



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1801189

(22) 15.03.2018

(46) Бюл.145, 2018

(71) Мухаббатов Дж.К. (ТJ); Нозимов Ф.Х.(ТJ);
Хоркашев Ф.М. (ТJ).

(72) Мухаббатов Дж.К. (ТJ); Нозимов Ф.Х.(ТJ);
Хоркашев Ф.М. (ТJ).

(73) Мухаббатов Дж.К. (ТJ); Нозимов Ф.Х.(ТJ);
Хоркашев Ф.М. (ТJ).

(54) **СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО
КОЛОГЕННОГО ЗАПОРА**

(56) 1. Цветкова Л.Н. Профилактика и лечение запоров у детей//Вопросы современной педиатрии.-2004.-№3.-С.2-7. 2

2.Locke G.R., Pemberton J.H., Phillips S.F., American Gastroenterologic Association medical position statement:guidelines on constipation//Gastroenterology.-2000.V.119.-P.1761-1778/

3. Longstreth G.H., Thompson W.G., Chey W.D., Houghton L.A., Mearin F., Spiller R.C., Function bowel disorders//Gastroenterology.-2006.-V. 130.-P.1480-1491.

4. Ачкасов С.И. Аномалии развития толстой кишки. Клиника, диагностики, лечение. Автореферат. дис. ...д-ра мед.наук: 14.00.27/ГНЦК.-Москва, 2003-31 с.

5. Яремчук А.Я., Радильский С.Е., Топчий Т.В., Морозова Н.Л. Хронический колостаз-особенности клиники и диагностики//Вести хирургии.-1990.-№7.-С.113-115.

6. Романов П.А. Клиническая анатомия вариантов и аномалии толстой кишки.-М.: Медицина, 1987.-189 с.

7. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В., Проктология.-М.: Медицина, 1984.-384 с.

8. Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А., Титов А.Ю., Капуллер Л.Л. и др. Клиника и выбор способа лечения внутреннего выпадения прямой кишки (интаректальной инвагинации) // Анн.хирургии.-2000.-№6.-С.34.

(57) Изобретение относится к хирургии и может быть применено для хирургического лечения хронических кологенных запоров, связанных с наличием у пациента патологически удлиненной и плохо функционирующей толстой кишки (долихоколон) и внутреннего пролапса прямой кишки.

Цель изобретения – устранить проблему запора у больных с долихосигмой при сочетании с патологиями правой половины толстого кишечника, снизить рецидив заболевания.

Технический результат достигается наложением двойного анастомоза у больных долихосигмой, причем резекцию проводят на двух участках толстого кишечника, причем после каждой резекции накладывают анастомоз конец в конец, непрерывными швами, в зависимости от участка резекции, что исключает возможность возникновения запоров, но в то же время обеспечивает регулярный мягкий или полужидкий стул, а также профилактика синдрома короткой кишки.

Изобретение относится к хирургии и может быть применено для хирургического лечения хронических кологенных запоров, связанных с наличием у пациента патологически удлиненной и плохо функционирующей толстой кишки (долихоколон) и внутреннего пролапса прямой кишки.

В различных странах запорами страдают от 28 до 50 % взрослого населения и более 5% детей [1,2,3]. Нередко признаки колостазы отмечаются в юношеском и молодом возрасте, особенно у женщин, у которых в целом признаки хронического запора регистрируются чаще, чем у мужчин.

Распространенность хронического колостазы делает эту проблему болезнью цивилизации, в промышленно развитых странах запорами страдают до 30-40% взрослого трудоспособного населения [4,5]. Патогенез хронического запора разнообразен, одной из причин замедленного продвижения содержимого по толстой кишке (кологенный запор) является существенное удлинение толстой кишки и ее отделов (долихоколон). В иных случаях хронический колостаз может являться следствием нарушения функции прямой кишки, анального сфинктера, мышц тазового дна (проктогенный запор).

На сегодняшний день ни один из множества предложенных методов консервативного и хирургического лечения хронических проктогенных запоров у больных с долихококоном не обладает стопроцентной эффективностью. По данным многих авторов частота неудовлетворенных результатов после оперативных вмешательств доходит до 27,3-45,9% [5,6].

Известен способ ректопексии по Кюмелю-Зеренину в модификации НИИ проктологии МЗ РСФСР, применяемый при выпадении прямой кишки с устранением прямокишечного -маточного кармана брюшины (у женщин), или ректо-везикального кармана (у мужчин) [7]. Наиболее близким аналогом заявленного изобретения является резекция удлиненных нефункционирующих левых отделов толстой кишки (левосторонняя гемиколэктомия) в сочетании с операцией Кюммеля, предложенная Г.И. Воробьевым и соав.[8].

Недостатком известного способа является то, что он не может гарантировать восстановление перистальтики оставшейся удлиненной и атоничной, поперечно-ободочной и правой половины толстой кишки и экономная резекция не устраняет проблему запора, а обширная резекция приводит к синдрому короткой кишки.

Следовательно, известный способ не приводит к устранению хронических кологенных запоров, то есть не гарантирует успеха.

Цель изобретения – устранить проблему запора у больных с долихосигмой при сочетании с патологиями правой половины толстого кишечника, снизить рецидив заболевания.

Технический результат достигается наложением двойного анастомоза у больных долихосигмой, причем резекцию проводят на двух участках толстого кишечника, причем после каждой резекции накладывают анастомоз конец в конец, непрерывными швами, в зависимости от участка резекции, что исключает возможность возникновения запоров, но в то же время обеспечивает регулярный мягкий или полужидкий стул, а также служит профилактикой синдрома короткой кишки.

Сущность изобретения заключается в том, что после срединной лапаротомии проводят ревизию толстого кишечника. Макроскопически определяют наиболее удлиненные участки и морфологически измененные стенки толстого кишечника. После мобилизации и соблюдения архитектоники сосудов толстого кишечника, на двух участках проводят резекцию удлиненного участка кишки. В первую очередь резецируют морфологически измененные участки в правой половине толстого кишечника, затем удлиненные участки в левой половине толстого кишечника. После каждой резекции накладывают анастомоз конец в конец, непрерывными швами. Резекцию осуществляют в зависимости от участка резекции. Различают нижеследующие участки, на которых возможно проводить резекцию: цеко-асендо, асендо- асендо, цеко-транзверзо, асендо-транзверзо, транзверзо-десендо, транзверзо-сигмо, транзверзо-ректо или десендо ректо-анастомоз.

При имеющейся подвижной слепой кишке проводят ее фиксацию. Далее толстый кишечник интубируют трансанально. Линия швов дренируют полихлорвиниловой трубкой через боковые стенки брюшной полости. На 7-мые сутки дренажные трубки удаляют.

Заявленный способ хирургического лечения кологенного запора проиллюстрирован фиг. 1-3, где на фиг. 1 показано удлинение сигмовидной кишки и правой половины толстой кишки; на фиг.2 показана произведенная резекция сигмовидной кишки и удлиненной части правой половины толстого кишечника; на фиг.3 показано наложение десцендо-ректо и асендо –асендо анастомоза конец в конец.

Таким образом, разработанный способ является патогенетически обоснованным и практически значимым методом для снижения рецидива заболевания и профилактики синдрома короткой кишки.

Примеры.

1. Больной Ю.М.В., 35 лет, история болезни №1076, поступил в клинику с жалобами на боли в животе, вздутие и запор. Болен 7 лет. Неоднократно лечился консервативно у врача гастроэнтеролога. При осмотре наблюдалось вздутие живота, пальпаторно определили болезненность в области левой и правой половины живота. После подготовки больному проведена колоноскопия и ирригография

После соответствующей подготовки больному произведена резекция восходящей ободочной кишки с наложением асцендо-асцендо анастомоз конец в конец и резекция сигмовидной кишки с наложением дещендо-ректоанастомоза конец в конец по заявленному способу. Послеоперационный период протекал гладко. На 9-ые сутки больной был выписан на амбулаторное лечение.

После осмотра через 1,5 месяца кишечный пассаж больного восстановлен.

2. Больной О.Г.К., 26 лет, история болезни № 846, поступил в клинику с жалобами на запор. Больным себя считает в течение 5-лет. Неоднократно лечился консервативно у врача гастроэнтеролога без эффекта. Пальпаторно живот мягкий, определяется болезненность в области правой подвздошной области и левой половины живота. Больному произведена колоноскопия и

ирригография на которых выявлена подвижная слепая кишка, слабость связочного аппарата правой половины толстого кишечника и долихосигма. Со стороны лабораторных анализов без изменений. В плановом порядке произведено лапаротомия и интрооперационная находка совпала с инструментальными методами исследования. Произведена резекция восходящей ободочной кишки с наложением асцендо -транзвезо анастомоза конец в конец с фиксацией слепой кишки и резекция сигмовидной кишки с наложением десендо-ректоанастомоза конец в конец. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 10-ые сутки больной был выписан в удовлетворительном состоянии. Произведен осмотр через 2 месяца, который показал, что пациент здоров, кишечный пассаж восстановлен.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

1. Способ хирургического лечения больных хроническим кологенным запором, включающий срединную лапаротомию, рассечение париетальной брюшины, проведение резекции с наложением анастомоза, **отличающийся тем, что** после макроскопического определения наиболее удлиненных участков и морфологически измененных стенок толстого кишечника его мобилизуют, после чего приводят резекцию на двух участках толстого кишечника, причем сначала резецируют морфологически измененные участки в правой половине толстого кишечника,

затем удлиненные участки в левой половине толстого кишечника, накладывают после каждой резекции анастомоз конец в конец непрерывными швами, после чего, область шва дренируют через боковые стенки брюшной полости полихлорвиниловой трубкой.

2. Способ по п.1, отличающийся тем, что в зависимости от места патологии толстой кишки осуществляют анастомоз: цеко-асцендо, асцендо-асцендо, цеко-транзверзо, асцендо-транзверзо, транзверзо-дещендо, транзверзо-сигмо, транзверзо-ректо или дещендо ректо-анастомоз.

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

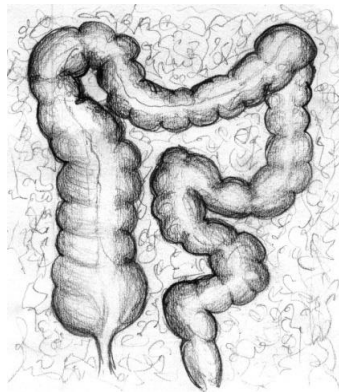
Заказ

Тираж

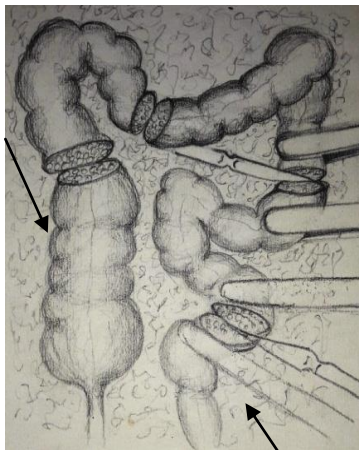
Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ734042, г. Душанбе,
ул. Айни, 14а

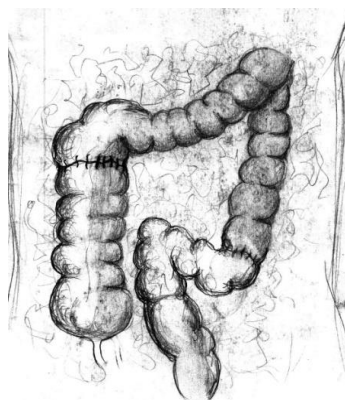
Способ хирургического лечения больных кологенным запором



Фиг. 1 Удлинение сигмовидной кишки и правой половины толстой кишки.



Фиг. 2 Резекция сигмовидной кишки и удлинённой части правой половины толстого кишечника.



Фиг. 3 Наложение десцендо-ректо и асцендо-асцендо анастомоза конец в конец.

