



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 2402005

(22) 03.10.2024

(46) Бюл. 219, 2025

(71) Гулзода Махмадшоҳ Курбоналӣ (ТД); Нурзода Зоиршоҳ Мираҳмад (ТД); Рузбойзода Қахрамон Рузбой (ТД); Гулов Афзалшоҳ Амиршоевич (ТД)

(72) Гулзода Махмадшоҳ Курбоналӣ (ТД); Нурзода Зоиршоҳ Мираҳмад (ТД); Рузбойзода Қахрамон Рузбой (ТД); Гулов Афзалшоҳ Амиршоевич (ТД)

(73) Гулзода Махмадшоҳ Курбоналӣ (ТД); Нурзода Зоиршоҳ Мираҳмад (ТД); Рузбойзода Қахрамон Рузбой (ТД); Гулов Афзалшоҳ Амиршоевич (ТД)

(54) **СПОСОБ ЗАЩИТЫ ТОЛСТОКИШЕЧНОГО АНАСТОМОЗА**

(56) 1. Мельник В.Е. Диагностика, лечение и профилактика осложнений, связанных с нарушениями анастомозов на толстой кишке / В.Е.Мельник, А.И.Пойда // Хирургия. - 2003. - №8. - С.69-74.

2. "Интраоперационная локальная - электростимуляция межкишечных анастомозов" 3.М.Сигал, Е.В.Шпилевой // Вестник хирургии, 2000; том 159, №3, стр.63-55

2

(57) **Изобретение** относится к медицине, а точнее к хирургии, и может быть использовано для защиты толстокишечных анастомозов, после проведения резекционных и восстановительных оперативных вмешательств у больных с хирургическими заболеваниями толстого кишечника.

Цель изобретения улучшение непосредственных результатов лечения больных с хирургическими заболеваниями толстого кишечника подвергшихся к резекционным и восстановительным операциям за счёт защиты толстокишечного анастомоза.

Поставленная цель достигается путём выполнения защиты толстокишечного анастомоза, который включает электростимуляцию зоны сформированного межкишечного анастомоза, в качестве физиотерапевтического воздействия в зоне сформированного толстокишечного анастомоза используют световод аппарата «Лазмик» частотой 80 Гц, мощностью 20 Вт, длиной волны 365-904 нм, которое осуществляют трансколоанально через газоотводную трубку длительностью 5 мин. ежедневно в течение 7 суток.

Изобретение относится к медицине, а точнее к хирургии, и может быть использовано для защиты толстокишечных анастомозов, после проведения резекционных и восстановительных оперативных вмешательств у больных с хирургическими заболеваниями толстого кишечника.

Внедрение в клиническую практику современных медицинских технологий, таких как прецизионная техника кишечного шва, использование атравматического монофиламентного шовного материала и т. д., условило переход к сокращению частоты послеоперационных процедур, в связи с окончанием межкишечного анастомоза. Однако такое осложнение, как несостоятельность швов анастомоза, остается довольно частым, особенно после операции на толстой кишке, и составляет 28,6-36,5%. Распознавание указанного определения остается контрольной группой, что связано с отсутствием выраженных признаков, а методы значительно различаются. Лечебная тактика, принятая в настоящее время, зависит в основном от расположения анастомоза по направлению к брюшной полости и распространенности воспалительного процесса в брюшной полости. И если при забрюшинном расположении анастомоза и отсутствии воспалительного процесса со стороны клетчатки возможно применение консервативной терапии в качестве самостоятельного метода лечения, то при его интраперитонеальном расположении, даже без развития перитонита, чаще всего используются хирургические методы лечения с использованием релапаротомии. Однако летальность при интраперитонеальном расположении анастомоза достигает 54,7-92,3% [1].

Прототипом к предлагаемому является способ профилактики несостоятельности межкишечных анастомозов пищеварительного тракта путем проведения локальной интраоперационной электростимуляции межкишечного анастомоза прямоугольными электрическими импульсами продолжительностью 30 сек, силой тока 100 или 200 мА. Способ осуществляют с помощью устройства для электростимуляции, включающего гастроинтестинальный монитор с зондом, представляющим собой капсулу с находящимися в ней блоком датчиков, состоящим из двух инфракрасных излучателей, одного фотодетектора, электростимулятора (типа «Мирабель») и съемной насадки из токопроводящего материала с электродами в виде лапок-терминалов. Данный аппарат позволяет, при обнаружении моторно-гемодинамических нарушений, проводить электростимуляцию зоны обратимой ишемии межкишечного анастомоза непосредственно во время операции [2].

Недостатком этого способа является ограниченность применения известного способа за счет того, что данный способ применяется только интраоперационно, непродолжительное время (не более 30 сек) и не предполагает пролонгированной электростимуляции зоны межкишечного анастомоза в раннем послеоперационном периоде с целью ускорение роста соединительной ткани, стимуляция

образования сосудов и предупреждение микробная контаминация в зоне толстокишечного анастомоза и профилактики его несостоятельности.

Цель изобретения - улучшение непосредственных результатов лечения больных с хирургическими заболеваниями толстого кишечника подвергшихся к резекционным и восстановительным операциям за счёт защиты толстокишечного анастомоза.

Поставленная цель достигается выполнением трансколоанально локальной лазерной стимуляции в зоне сформированного толстокишечного анастомоза после различных вариантов резекции толстого кишечника или ликвидации колостомы с наложением толстокишечного анастомоза.

Способ осуществляется следующим образом: после выполнения различных вариантов резекционных и восстановительных оперативных вмешательств на толстом кишечнике по поводу хирургических заболеваний толстого кишечника, в частности по поводу долихосигма, долихоколон, мегадолихосигма, а также колостомы и т.д. на завершающем этапе операции, т.е. после формирования различных вариантов толстокишечного анастомоза, трансколоанально в зону сформированного анастомоза устанавливается газоотводную декомпрессионную трубки диаметром 15-20мм дистальный конец которого находится в зоне с сформированного анастомоза, с обязательным измерением длины газоотводную декомпрессионную трубки, с целью соответствия длину лазерного световода. Через установленный газоотводной трубки трансколоанально с ведением лазерного световода проводили локальную прямую лазерную стимуляцию зону сформированного толстокишечного анастомоза, с использованием аппарата «Лазмик» (Российская Федерация) с частотой 80 Гц, мощностью 20 Вт, длина волны 365-904 нм. Длительность лазерного облучения, т.е. каждого сеанса в среднем составило 5 минут, один раз в сутки в течение в 7 суток. (Фиг. 1).

Показаниям к прекращению локальной лазеротерапии терапии явилось отсутствие патологической выделения из страховочного дренажа установленной в зоне анастомоза до 7 суток после операции, восстановление функции толстого кишечника и нормализация биохимических показателей крови.

По предложенной методике эффективно были пролечены 10 больных с сформированными толстокишечного анастомоза.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. Своевременное ликвидации гнойно-воспалительных процессов в зоне анастомоза и в брюшной полости;
2. Предупреждение микробной контаминации в зоне толстокишечного анастомоза;
3. Предотвращение риска развития анастомозита;
4. Быстрее заживление раны сформированного анастомоза;

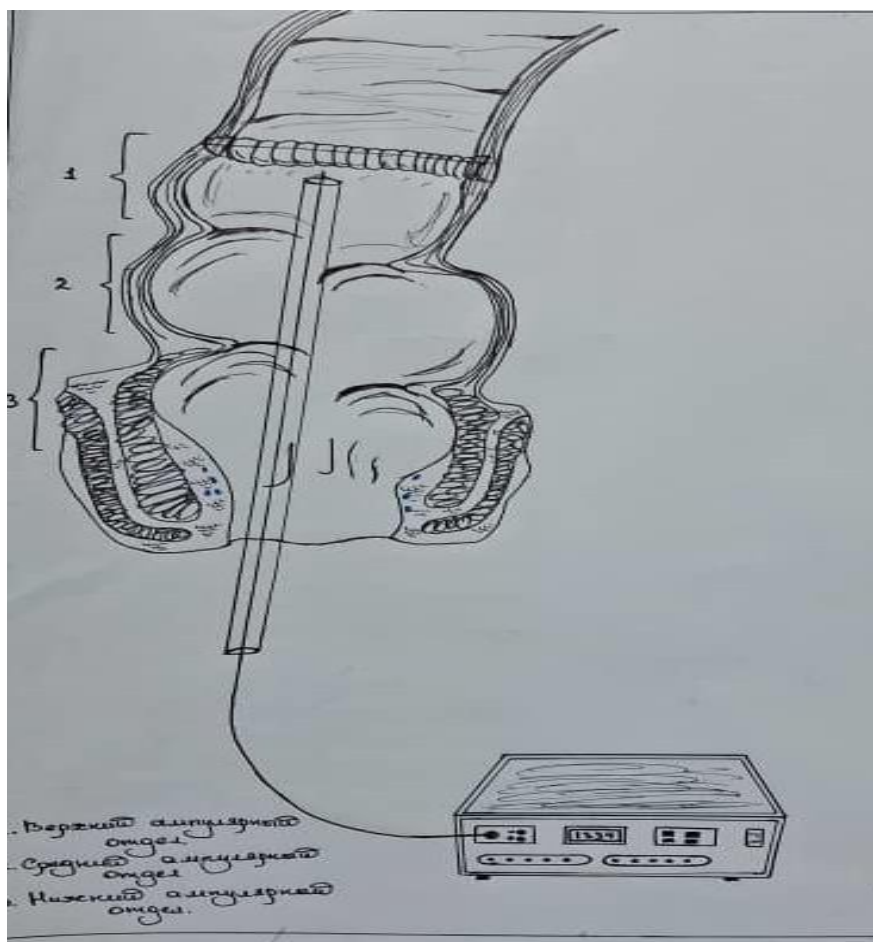
5. Профилактика несостоятельности швов анастомоза;
6. Профилактика риска развития стриктура линии сформированного анастомоза в отдаленном периоде;
7. значительные низкие экономические растраты;
8. быстрое улучшение качество жизни больного.

Изложенное выше находить своё подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Больной Д., 57 лет. Подготовлена на планового оперативного вмешательство с диагнозом «Долихоколон. Хронический толстокишечный стаз, декомпенсированная стадия». После предоперационной подготовки нижнесрединным доступом длиной 18 см послойно вскрыта брюшная полость. Интраоперационная находка долихоколон являвшимся причиной хронического толстокишечного стаза. Учитывая вышесказанные обстоятельства решено произвести левостороннюю гемиколэктомию с формированием трансверзоректоанастомоз конец с концом, с трансанальном ведением газоотводной трубки и дренированием брюшную полость. Швы на рану. В послеоперационном периоде через установленный трансколоанальный газоотводный трубки вблизи линии анастомоза вводили лазерный световод для проведения лазерной облучении в зону сформированного толстокишечного анастомоза и тем

самым проводили локальную прямую лазерную стимуляцию зону сформированного толстокишечного анастомоза, с использованием аппарата «Лазмик» (Российская Федерация) с частотой 80 Гц, мощностью 20 Вт, длина волны 365-904 нм. Длительность лазерного облучения, т.е. каждого сеанса в среднем составило 5 минут, ежедневно в течение в 7 дней, в результате чего из страховочной дренажной трубки не наблюдалось выделение патологической жидкости, отмечалось положительная динамика, восстановилось функция толстого кишечника. На 7 – сутки прекратили проведение локальной лазеротерапии с целью защиты толстокишечного анастомоза. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений, заживление первичным натяжением. На 9-е сутки после контрольного проведения ультразвукового исследования и оценка биохимических анализов крови, больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, предлагаемый способ защиты толстокишечного анастомоза у больных с хирургическими заболеваниями толстого кишечника улучшает результаты резекционных и восстановительных оперативных вмешательств за счет своевременной репарации и заживления линии анастомоза, уменьшает частоту послеоперационных осложнений – инфекционно-воспалительных осложнений и несостоятельность толстокишечного анастомоза.



Фиг.
Формула изобретения

Способ защиты толстокишечного анастомоза, включающий электростимуляцию зоны сформированного межкишечного анастомоза, *отличающийся тем*, что в качестве физиотерапевтического воздействия в зоне сформированного толстокишечного анастомоза используют световод

аппарата «Лазмик» частотой 80 Гц, мощностью 20 Вт, длиной волны 365-904 нм, которое осуществляют трансколоанально через газоотводную трубку длительностью 5 мин. ежедневно в течение 7 суток.

Компьютерный набор: Раджабзода С.

Заказ	Тираж	Подписное
Национальный патентно-информационный центр РТ 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а		