



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 2402006

(22) 03.10.2024

(46) Бюл. 219, 2025

(71) Гулзода Махмадшоҳ Курбоналӣ (ТҶ); Нурзода Зоиршоҳ Мираҳмад (ТҶ); Рузбойзода Қаҳрамон Рузбой (ТҶ); Гулов Афзалшоҳ Амиршоевич (ТҶ)

(72) Гулзода Махмадшоҳ Курбоналӣ (ТҶ); Нурзода Зоиршоҳ Мираҳмад (ТҶ); Рузбойзода Қаҳрамон Рузбой (ТҶ); Гулов Афзалшоҳ Амиршоевич (ТҶ)

(73) Гулзода Махмадшоҳ Курбоналӣ (ТҶ); Нурзода Зоиршоҳ Мираҳмад (ТҶ); Рузбойзода Қаҳрамон Рузбой (ТҶ); Гулов Афзалшоҳ Амиршоевич (ТҶ)

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

(56) 1. Сакулин К.А. Лечебно-диагностический алгоритм при резистентных формах кологенного запора у взрослых / К.А. Сакулин, О.Ю. Карпухин // Вестник современной клинической медицины. – 2021. - №14(3). – С.38–43.

2. Шакуров А.Ф. Хирургия хронического кологенного запора / А.Ф. Шакуров, О.Ю. Карпухин // Креативная хирургия и онкология. 2013. - №1(2). – С. 67–73.

(57) Изобретение относится к медицине, а точнее к хирургии, и может быть использовано для лечения

2

хронического кологенного стаза у лиц «высокого риска», требующий проведения хирургического вмешательства.

Цель изобретения - улучшение непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения больных с хроническим кологенным стазом у лиц «высокого риска» за счёт формирования шунтирующий толсто-толстокишечный анастомоз и минимизация объёма хирургического вмешательства.

Поставленная цель достигается выполнением формирования шунтирующего толсто-толстокишечного анастомоза.

Способ осуществляется следующим образом: у больных с пограничным состоянием формируют шунтирующий трансверзосигмоанастомоз, накладывают заглушку на 4-5см ниже анастомоза ободочной кишки и создают острый угол с наложением 3-4 серозно-мышечных швов между поперечной ободочной кишки, после чего фиксируют к сигмовидной ободочной кишке к tenie libera при этом закручивая петлю последнего.

Изобретение относится к медицине, а точнее к хирургии, и может быть использовано для лечения хронического кологенного стаза у лиц «высокого риска», требующий проведения хирургического вмешательства.

В настоящее время хронический кологенный стаз относится к числу наиболее значимых проблем в колопроктологии, это обусловлено большой частотой встречаемости данной патологии, а также сложностью выбора тактики лечения больного особенно оперативного методов лечения. При хирургическом лечении ХТКС выполняются различные методы и способы оперативного вмешательства – органосберегающие хирургические вмешательства, резекционные методы операции, шунтирующие и реконструктивные оперативные вмешательства, а также хирургические вмешательства на проводящих путях и тд. Следует отметить, что, проведение первичного одноэтапного радикального хирургического лечения с проведением объёмных резекционных вмешательств, при хроническом кологенном стазе, особенно при долихоколоне, долихосигме и мегадолихосигме у больных с «высоким риском» (пожилой и старческий возраст и наличие тяжёлых сопутствующих соматических заболеваний –сахарный диабет, ИБС, сердечная и дыхательная недостаточность и др.), учитывая воздействие операционной и анестезиологической агрессии, чревато опасностью развития интра- и послеоперационных осложнений угрожающие жизни больного, что требует проведение более щадящих минимальных по объёму оперативных вмешательств [1].

Прототипом данного способа хирургического лечения хронического кологенного стаза является формирование шунтирующего, обходного анастомоза, предложенной Lane W.A. наложение анастомоза между терминальным отделом подвздошной кишки и сигмовидной, либо прямой кишкой конец в бок с сохранением всей ободочной кишки [2].

Недостатком этого способа является отключение всех отделов толстого кишечника, в результате чего не происходит всасывания воды и электролитов, чтобы относительно жидкий химус, попадающий из тонкой кишки в толстую, превращался в более густой кал, и данный способ не исключает развития синдрома слепого мешка в удлинённой сигмовидной кишке на фоне регургитации содержимого из приводящей петли поперечной ободочной кишки, а также чувство дискомфорта и тяжести в левом подвздошном области.

Цель изобретения - улучшение непосредственных и отдалённых результатов хирургического лечения больных с хроническим кологенным стазом у лиц «высокого риска» за счёт формирования шунтирующей толсто-толстокишечный анастомоз и минимизация объёма хирургического вмешательства.

Поставленная цель достигается выполнением формирования шунтирующего толсто-толстокишечного анастомоза.

Способ осуществляется следующим образом: после выполнения срединной лапаротомии по поводу хирургических заболеваний толстого кишечника, в частности по поводу долихосигма, долихоколон, мегадолихосигма и максимальной мобилизации поперечной ободочной кишки и удлинённой сигмовидной кишки намечают продольное линии разреза в срединной части поперечной ободочной и поперечной линии разреза на сигмовидной кишке. В дальнейшем между поперечной и дистальной части сигмовидной кишки формируют шунтирующий трансверзосигмоанастомоз по типу бок в бок с наложением непрерывного серозно-мышечно-подслизистого шва с использованием шовного материала ПДС-4/0 (Фиг. 1). Ниже толсто-толстокишечного анастомоза на 4-5 см в отводящем петле поперечной ободочной кишки накладывают заглушку с наложением в начале серозно-мышечного кистетного шва, а затем второй ряд в поперечном направлении по отношению кистетного шва накладывается 5-6 узловых швы (Фиг. 2). С целью профилактики регургитации содержимого из приводящей петли поперечной ободочной кишки в сигмовидную создается острый угол с наложением 3-4 серозно-мышечными швами поперечной ободочной кишки фиксируют к сигмовидной ободочной кишке к *tenie libera* относительно закручивая последнего (Фиг. 3). На завершающем этапе операции, трансколоанально в зону сформированного анастомоза устанавливается газоотводную декомпрессионную трубки диаметром 15-20мм дистальный конец которого находится в зоне с сформированного анастомоза.

По предложенной методике эффективно были пролечены 6 больных хроническим кологенным стазом у лиц «высокого риска» с формированием толстокишечного анастомоза.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

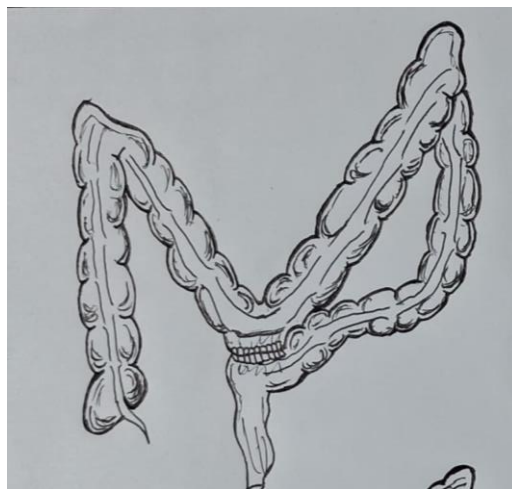
1. Профилактика риска развития интра- и послеоперационно-анестезиологических осложнений, с учетом относящийся группу «высокого риска», за счёт минимизации объёма оперативного вмешательства;
2. Коррекция наличия хронического кологенного стаза;
3. Всасывание воды и электролитов в правом отделе ободочной кишки;
4. Жидкий химус, попадающий из тонкой кишки в толстую, относительно превращается в более густой кал;
5. Предотвращает риска развития синдрома слепого мешка в удлинённой сигмовидной кишке на фоне регургитации содержимого из приводящей петли поперечной ободочной кишки;
6. Отсутствие чувство тяжести, болезненности и дискомфорта в левом подвздошном области;
7. значительные низкие экономические растраты;
8. быстрое улучшение качество жизни больного.

Изложенное выше находить своё подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

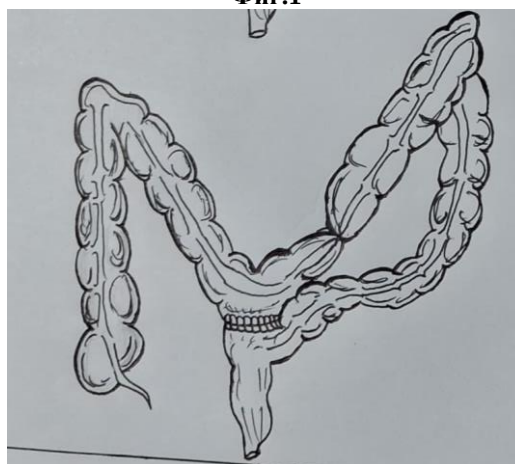
Больная Г., 68 лет. С анамнеза заболевания в течение 16 лет, отсутствие самостоятельного стула, и идёт в течение 10-12 суток только после приёма очистительной клизмы и приёма слабителей, которые последнее время также неэффективно. Подготовлена больная на планового оперативного вмешательства с основным диагнозом «Долихосигма. Хронический толстокишечный стаз, декомпенсированная стадия», сопутствующий диагноз: ИБС. Гипертонический болезнь 3 степени, 4 риска, постинфарктный кардиосклероз. После предоперационной подготовки совместно кардиологом и анестезиолог-реаниматологом под общим обезболиванием и нижнесрединным доступом длиной 18 см послойно вскрыта брюшная полость. Интраоперационная находка долихосигма являвшимся причиной хронического толстокишечного стаза. Учитывая вышесказанные обстоятельства, т.е. больная относящийся группу «высокого риска» решено произвести паллиативную оперативную вмешательства, формирование шунтирующего, обходного трансверзоректоанастомоз бок в бок, с последующим ниже толсто-толстокишечного анастомоза на 4-5 см в отводящем петле поперечной ободочной кишки накладывали заглушку и воссозданием острого угла

между приводящей петли поперечной ободочной и отключенной сигмовидной кишки с наложением 3-4 серозно-мышечными швами и поперечной ободочной кишки фиксируют к сигмовидной ободочной кишке к *tenie libera* относительно закручивая последнего. На завершающем этапе операции, трансколоанально в зону сформированного анастомоза устанавливается газоотводная декомпрессионная трубка диаметром 15-20мм дистальный конец которой находится в зоне с сформированного анастомоза. Швы на рану. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений, заживление первичным натяжением. Наблюдается самостоятельно, регулярно отхождение стула, без приёма слабителей. На 9-е сутки после контрольного проведения ультразвукового исследования и оценка биохимических анализов крови, больная выписана домой в удовлетворительном состоянии.

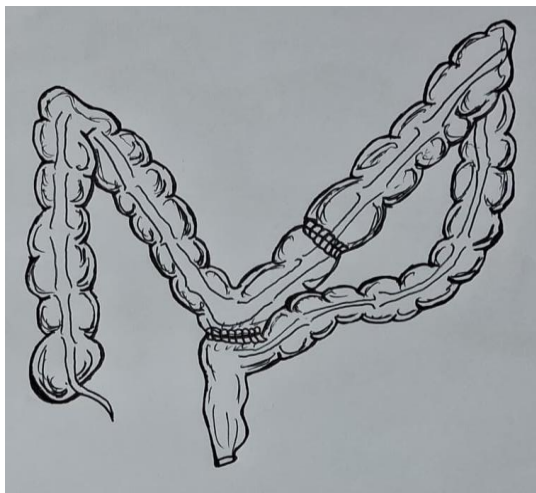
Таким образом, предлагаемый способ шунтирующий толсто-толстокишечный анастомоз у больных хроническим колонным стазом «высокого риска» улучшает результаты оперативных вмешательств за счёт за счёт формирования шунтирующий толсто-толстокишечный анастомоз и минимизация объёма хирургического вмешательства, способствующий уменьшению частоту интра- и послеоперационно-анестезиологических осложнений.



Фиг.1



Фиг.2



Фиг.3

Формула изобретения

Способ хирургического лечения хронического кологенного стаза, включающий формирование шунтирующего обходного анастомоза, *отличающийся тем, что* у больных с пограничным состоянием формируют шунтирующий трансверзосигмоанастомоз, накладывают заглушку на 4-5см ниже анастомоза

ободочной кишки и создают острый угол с наложением 3-4 серозно-мышечных швов между поперечной ободочной кишки, после чего фиксируют к сигмовидной ободочной кишке к *tenie libera* при этом закручивая петлю последнего.

Компьютерный набор: Раджабзода С.

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