



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 2402007

(22) 03.10.2024

(46) Бюл. 219, 2025

(71) Гулзода Махмадшоҳ Курбоналӣ (ТД); Нурзода Зоиршоҳ Мираҳмад (ТД); Рузибойзода Қахрамон Рузибой (ТД); Гулов Афзалшоҳ Амиршоевич (ТД)

(72) Гулзода Махмадшоҳ Курбоналӣ (ТД); Нурзода Зоиршоҳ Мираҳмад (ТД); Рузибойзода Қахрамон Рузибой (ТД); Гулов Афзалшоҳ Амиршоевич (ТД)

(73) Гулзода Махмадшоҳ Курбоналӣ (ТД); Нурзода Зоиршоҳ Мираҳмад (ТД); Рузибойзода Қахрамон Рузибой (ТД); Гулов Афзалшоҳ Амиршоевич (ТД)

(54) **СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ТОЛСТОКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗ**

(56) 1. Агаев Э.К., Исмаилов З.Э., Мамедов Т.Э. Профилактика несостоятельности швов кишечных анастомозов // Новости хирургии. – 2022. №30 (1). – С. 86-94.

2. Муродова Ш.М. и соавт. «Способ профилактики несостоятельности толстокишечного анастомоза» Патент РТ ТД. №3180.

2

(57) **Изобретение** относится к медицине, а точнее к хирургии, и может быть использовано для профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов, возникающей после резекционных оперативных вмешательств у больных с хроническими толстокишечными стазами.

Цель изобретения - улучшение непосредственных результатов хирургического лечения больных с хроническим толстокишечным стазом за счёт профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов.

Поставленная цель достигается путём промывания линию анастомоза антисептическим раствором декасан и дополнительно для орошения тканей зоны сформированного толстокишечного анастомоза вводят трансклоанально через газоотводную трубку 5,0 мл раствора мексидола, 2,0 мл раствора динатона и 100,0 мл раствора тиворела, 2 раза в день в течение 7 суток.

Изобретение относится к медицине, а точнее к хирургии, и может быть использовано для профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов, возникающей после резекционных оперативных вмешательств у больных с хроническими толстокишечными стазами.

Анализ литературных данных показывает сохранение высоких показателей несостоятельности кишечных швов, несмотря на применение различных современных методик. Если говорить о плановой операции, то в данном случае для ускорения процессов регенерации в зоне кишечного анастомоза применяют протокол улучшенного восстановления. Согласно которого перед операцией производят очищение кишечника, назначают неомицин, метронидазол, перорально вводят раствор, содержащий Лцитруллин, мальтодекстрин и хром. Для восстановления перистальтики назначают за 2 часа до и после операции альвиопан. В послеоперационном периоде пациент получает жидкую пищу, обезболивание состоит из приема НПВС (кеторолак, ибупрофен) и ТАР блокада [1].

Изучение патогенетических механизмов риска возникновения несостоятельности толстокишечных анастомозов на фоне снижения заживления раневого процесса в зоне анастомоза в раннем послеоперационном периоде после различных вариантов резекции толстого кишечника и формирования анастомоза не зависимо от предоперационной плановой подготовки, особенно у пациентов хроническим толстокишечным стазом, показало, что наряду с известными причинами, провоцирующими возникновение этого тяжелого осложнения, немаловажное значение имеет нарушение кровообращения в зоне сформированных анастомозов, активация процессов липопероксидации, антиоксидантного статуса и эндотоксиновая агрессия, уменьшение продукции энтерохроматофильными клетками серотонина в слизистой оболочке толстой кишки, а также уменьшение эндогенного оксид азота, что негативно влияют на заживления раны.

Прототипом является способ профилактики несостоятельности толстокишечного анастомоза, которая включает в себе дренирование брюшной полости через основную рану «Т» - образной силиконовой трубкой, наложенной вокруг анастомоза с дополнительными отверстиями. Свободный конец трубки выводился в наружу через которую в последующем в послеоперационном периоде промывалась линия анастомоза раствором «Декасана» - 20 мл [2].

Недостатком этого способа является очень низкой эффективностью за счет введения антисептического раствора декасана со стороны серозной оболочки, и следует отметить, что патогенные микрофлоры находятся в просвете кишечника, с другой стороны все патофизиологические процессы в патогенезе снижения репаративной процессов в слизистой оболочке кишечника, также данный прототип является травматичной за счет установленного силиконовой трубки вокруг анастомоза.

Цель изобретения - улучшение непосредственных результатов хирургического лечения больных с хроническим толстокишечным стазом за счёт профилактики несостоятельности толстокишечных анастомозов.

Поставленная цель достигается выполнением трансколоанально местной локальной введением антисептика декасана и препаратов динатона и мексидола, а также NO – содержащих препаратов в зоне сформированного толстокишечного анастомоза после различных вариантов резекции толстого кишечника и наложения толстокишечного анастомоза.

Способ осуществляется следующим образом: после выполнения различных вариантов резекционных оперативных вмешательств на толстом кишечнике по поводу хронического толстокишечного стаза, в частности по поводу долихосигма, долихоколон, мегадолихосигма и т.д. на завершающем этапе операции, т.е. после формирования различных вариантов толстокишечного анастомоза, трансколоанально в зону сформированного анастомоза устанавливается газоотводная декомпрессионная трубка диаметром 15-20мм дистальный конец которой находится в зоне анастомоза, и фиксируется в кожу перианально. Через установленную газоотводную трубку вводится в послеоперационном периоде для очищения линии анастомоза и окружающих тканей слизистой оболочки толстого кишечника, и после опорожнения декасана, для орошения линия анастомоза и слизистой оболочки локально вводится 5,0мл раствора мексидола, 2,0 мл динатона и 100,0 мл раствора тиворела. Длительность курса локальной комплексной медикаментозной терапии составляет в 2 раза в сутки в течение 7 суток в два раза сутки. Также через установленную газоотводную трубку можно водить гибкую эндоскопа для динамического наблюдения о состоянии сформированного анастомоза (Фиг.). Показаниями к прекращению локальной медикаментозной терапии явилось отсутствие патологического 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 12 больных с хроническими толстокишечными стазами.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. Своевременное ликвидации гнойно-воспалительных процессов в зоне анастомоза и в брюшной полости;
2. Предотвращение риска развития анастомозита;
3. Быстрее заживление раны сформированного анастомоза;
4. Профилактика риска развития стриктура линии сформированного анастомоза в отдаленном периоде;

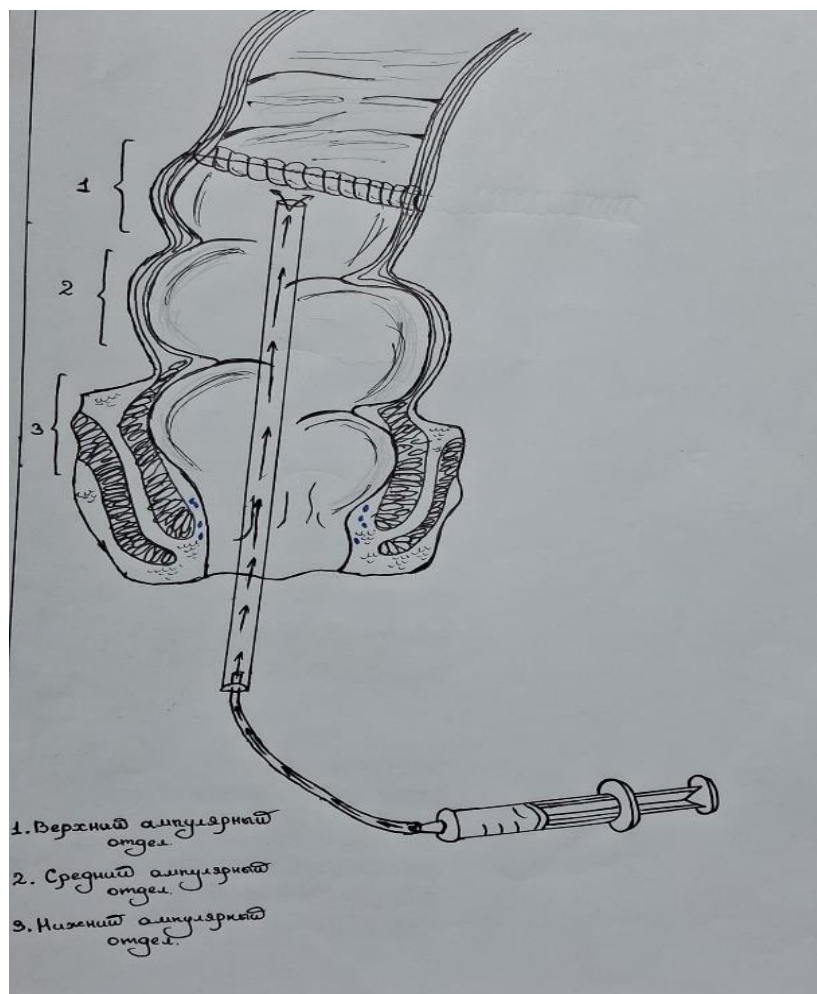
5. Профилактика риска развития несостоятельности швов толстокишечных анастомозов;
6. значительные низкие экономические растраты;
7. быстрое улучшение качество жизни больного.

Изложенное выше находить своё подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Больная З., 48 лет. Подготовлена на планового оперативного вмешательства с диагнозом «Долихосигма. Хронический толстокишечный стаз, декомпенсированная стадия». После предоперационной подготовки нижнесрединным доступом длиной 18 см послойно вскрыта брюшная полость. Интраоперационная находка долихосигма 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 трансанальный газоотводный трубки в близи линии анастомоза вводили в начале раствора декасана в объёме 100,0 мл для очищения линии анастомоза и окружающих тканей слизистой оболочки толстого

кишечника, и после опорожнения декасана, для локального орошения линия анастомоза и слизистой оболочки вводили 5,0мл раствора мексидола, 2,0 мл динатона и 100,0 мл раствора тиворела в 2 раза сутки в течение 7 суток, 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 комплексной медикаментозной терапии и удалили установленный газоотводный дренажный трубка. 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 профилактики несостоятельности толстокишечного анастомоза у больных с хроническим толстокишечным стазом улучшает результаты резекционных и восстановительных оперативных вмешательств за счет своевременной заживления линии анастомоза при патологиях толстого кишечника и уменьшает частоту послеоперационных осложнений – инфекционно-воспалительных осложнений и несостоятельность толстокишечного анастомоза.



Фиг.

Формула изобретения

Способ профилактики несостоятельности толстокишечного анастомоза, включающий формирование толстокишечного анастомоза с промыванием линии анастомоза антисептическим раствором декасана, *отличающийся тем*, что дополнительно для орошения тканей зоны

сформированного толстокишечного анастомоза вводят трансколоанально через газоотводную трубку 5,0 мл раствора мексидола, 2,0 мл раствора динатона и 100,0 мл раствора тиворела, 2 раза в день в течение 7 суток.

Компьютерный набор: Раджабзода С.

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