



(19) KG (11) 1848 (13) C1
(51) A61B 17/11 (2016.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И ИННОВАЦИЙ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20150027.1

(22) 10.03.2015

(46) 30.04.2016, Бюл. № 4

(76) Тилеков Э. А.; Запопадько В. В.; Элеманов Н. Ч. (KG)

(56) <http://medlec.org/lec-10675> html, Операция Гартмана, В. И. Юхтин, Хирургия ободочной кишки

(54) Способ ручного реканализирующего анастомоза в экстренной хирургии толстого кишечника

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии толстого кишечника.

Задачей изобретения является разработка эффективного способа профилактики несостоятельности межкишечного анастомоза.

Задача решается в способе наложения ручного реканализирующего анастомоза в экстренной хирургии толстого кишечника, включающий в себя резекцию пораженного участка толстой кишки и соединение анастомозируемых частей кишечника по типу «ко-нец в конец», где проксимальный отдел толстой кишки прошивают и перевязывают на-глухо кетгутотом № 3, после чего инвагинационным способом выполняют наложение колонколон анастомоза по типу «конец в конец» в пределах серозно мышечного слоя, с наложением двухрядного шва, при этом дополнительно накладывают цекостому, что полностью исключает гипербарическое воздействие газов на линию анастомоза, сводит риск возможной несостоятельности швов анастомоза к минимуму.

Преимуществами данного способа являются: простота в техническом исполнении, исключается проведение последующей сложной восстановительной операции, и вследствие происходящей реканализации с восстановлением просвета кишечника исключается необходимость проведения повторной восстановительной операции, что является фактором ранней социальной реабилитации больного.

1 н. п. ф., 1 пр., 5 фиг.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии толстого кишечника.

Известны способы хирургического лечения по восстановлению непрерывности толстокишечной трубки, заключающиеся в наложении колоколон анастомоза по типу «конец в конец», «конец в бок», «бок в бок».

Наиболее близким к предлагаемому способу является способ хирургического лечения, заключающийся в наложении анастомоза по типу «конец в конец» (фиг. 1). Недостатком данного типа анастомоза является соприкосновение линии анастомоза по всему периметру со слизистой просвета толстой кишки, что в условиях неподготовленности толстого кишечника приводит к обсеменению зоны анастомоза патогенной флорой и в конечном итоге - к несостоятельности анасто-моза.

Результаты хирургического лечения с применением вышеуказанных анастомозов остаются неудовлетворительными, высок процент осложнений. Наиболее угрожающей из них является несостоятельность шва кишечника. Она достигает до 68.7 %, а летальность достигает 50-60 % (Царик С. Л., «Отсроченный компрессионный анастомоз при неотложной резекции толстой кишки» / диссертация кандидата медицинских наук. - Омск, 2003 г., <http://www.dissercat.com>). По

статистике локализация опухолевого процесса левой половины толстой кишки выявляется у 67-72,8 %, а заворот сигмы до 10-18 %.

В связи с вышеизложенным, при непроходимости левой половины толстой кишки на сегодня проводят операцию Гартмана, заключающуюся в выведении проксимального отдела кишечной трубки в виде одностольной колостомы и ушивании дистального отдела толстого отдела кишечника наглухо после резекции пораженного участка. Частота ее выполнения колеблется от 31-63 %. Осложнения после резекции толстой кишки по Гартману достигает 21-56 %, а летальность колеблется в пределах от 14,5 % до 47,1 %. Эти недостатки, кроме того, усугубляются необходимостью выполнения сложной восстановительной операции через 4-6 месяцев (все это время больные вынуждены жить с колостомой и носить калоприемник, что существенно влияет на качество и образ жизни больных). Повторная восстановительная операция существенно увеличивает риск развития спаечной болезни органов брюшной полости. (<http://medlec.org/lec-10675.html>, Операция Гартмана, В. И. Юхтин, Хирургия ободочной кишки).

Задачей изобретения является разработка эффективного способа профилактики несостоятельности межкишечного анастомоза.

Задача решается в способе наложения ручного реканализирующего анастомоза в экстренной хирургии толстого кишечника, включающий в себя резекцию пораженного участка толстой кишки и соединение анастомозируемых частей кишечника по типу «конец в конец», где проксимальный отдел толстой кишки прошивают и перевязывают наглухо кетгутом № 3, после чего инвагинационным способом выполняют наложение колонколон анастомоза по типу «конец в конец» в пределах серозно мышечного слоя, с наложением двухрядного шва, при этом дополнительно накладывают цекостому, что полностью исключает гипербарическое воздействие газов на линию анастомоза, сводит риск возможной несостоятельности швов анастомоза к минимуму.

Способ поясняется фигурами 1-5, где на фиг. 1 показан анастомоз по типу «конец в конец»; на фиг. 2 - резекция опухоли толстой кишки; на фиг. 3 - формирование культи проксимального отдела толстой кишки; на фиг. 4 - формирование толстокишечного анастомоза, цекостомия с интубацией просвета толстой кишки; на фиг. 5 - реканализация анастомоза на 8-10 сутки после рассасывания кетгута, при этом на фигурах цифрами обозначены: 1 - восходящая ободочная кишка; 2 - поперечно ободочная кишка; 3 - нисходящая ободочная кишка; 4 - прямая кишка; 5 - опухоль; 6 - линия резекции; 7 - перевязка кетгутом проксимального отдела толстой кишки; 8 - толстокишечный анастомоз; 9 - цекостомия с интубацией толстого кишечника; 10 - реканализация анастомоза на 8-10 сутки после рассасывания кетгута.

Способ осуществляют следующим образом.

Производят резекцию пораженного участка (опухоли) 5 толстой и сигмовидной кишки по линии 6. Мобилизуют, прошивают и перевязывают конец проксимального отдела толстой кишки кетгутом № 3 наглухо, образуя культю 7. Далее инвагинационным способом проксимальный отдел погружают в просвет дистальной части 4 и накладывают двухрядный серозно-мышечный шов 8 (обозначен на рисунке). Накладывают цекостому 9 с интубацией просвета толстой кишки до печеночного угла на одни сутки. Производят деульсую ануса. Реканализация анастомоза вследствие рассасывания кетгута и восстановление пассажа химуса по кишечной трубке наступает в среднем на 8-10 сутки после операции. При этом создаются благоприятные условия для самостоятельного закрытия цекостомы.

Пример: Больная А. И., 43 года, история болезни № 3127, поступила с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, неотхождение газов и стула. Объективно: язык сухой, живот умеренно вздут, в нижних отделах пальпируется объемное образование, симптом Щеткина Блюмберга положительный. С диагнозом: Перекрут кисты яичника. Объемное образование брюшной полости. Острая кишечная непроходимость. Перитонит. Больная взята на операцию. При ревизии брюшной полости установлено наличие обтурирующей опухоли сигмовидной кишки с прорастанием в брыжейку и стенку подвздошной кишки, видимых метастазов нет. Единым блоком выполнена резекция сигмовидной и пораженного участка подвздошной кишки. Наложена илеоасцендо ана-стомоз и далее произведено наложение реканализирующего анастомоза по нашей методике. Цекостомия с интубацией просвета толстого кишечника. Течение послеоперационного периода гладкое, без осложнений. Цекостомическая трубка удалена через сутки. Отхождение газов естественным путем - на 8 сутки. Самостоятельный стул на 11 сутки. Рана зажила первичным натяжением, больная выписана из стационара на 16 сутки. Стул самостоятельный, оформленный, из цекостомы имеется незначительное отделяемое.

Осмотрена через 6 месяцев, при этом жалоб нет. Цекостома самостоятельно закрылась, стул регулярный.

По данному способу прооперировано 12 больных.

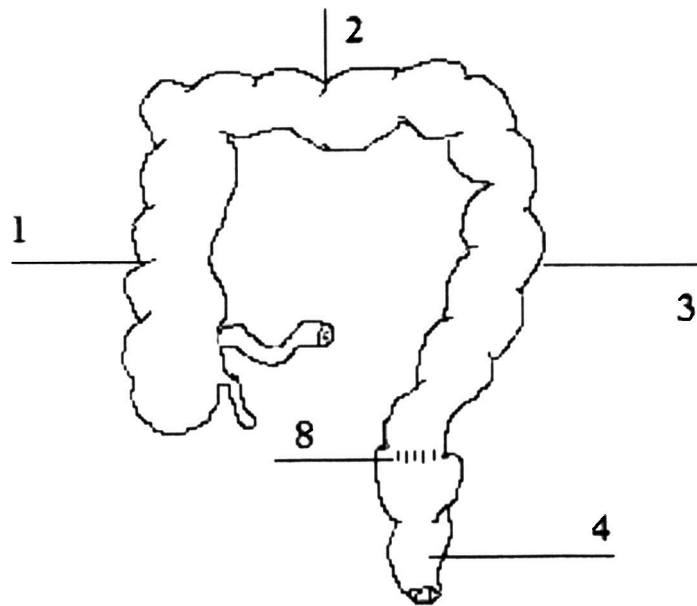
Таким образом, внедрение способа формирования ручного реканализирующего анастомоза толстого кишечника после неотложной резекции толстой кишки позволил: упростить технику формирования межкишечного соустья, улучшить качество шва и повысить его механическую прочность, «выключить» зону анастомоза из патогенной среды толстой кишки; исключить гипербарическое воздействие газов на линию анастомоза.

Преимуществами данного способа являются: простота в техническом исполнении, исключается проведение последующей сложной восстановительной операции, и вследствие происходящей реканализации с восстановлением просвета кишечника исключается необходимость проведения повторной восстановительной операции, что является фактором ранней социальной реабилитации больного.

Формула изобретения

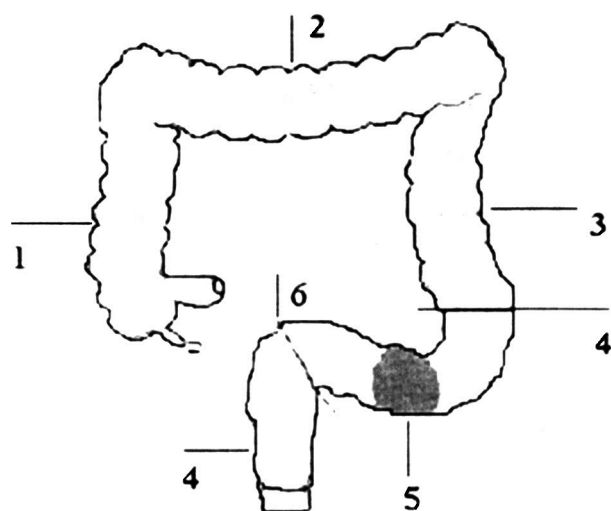
Способ наложения ручного реканализирующего анастомоза в экстренной хирургии толстого кишечника, включающий в себя резекцию пораженного участка толстой кишки и соединение анастомозируемых частей кишечника по типу "конец в конец", отличающийся тем, что проксимальный отдел толстой кишки прошивают и перевязывают наглухо кетгутом № 3, после чего инвагинационным способом выполняют наложение колонколон анастомоза по типу "конец в конец" в пределах серозно мышечного слоя, с наложением двухрядного шва, при этом дополнительно накладывают цекостому, что полностью исключает гипербарическое воздействие газов на линию анастомоза, сводит риск возможной несостоятельности швов анастомоза к минимуму.

Способ ручного реканализирующего анастомоза
в экстренной хирургии толстого кишечника

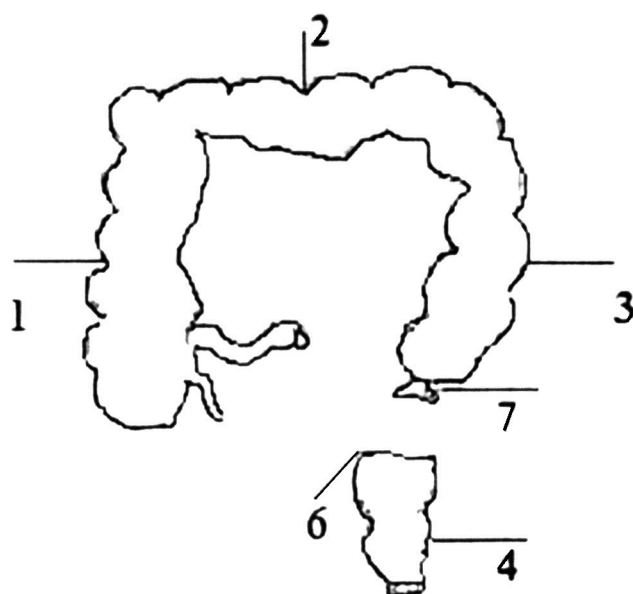


Фиг. 1

Способ ручного реканализирующего анастомоза

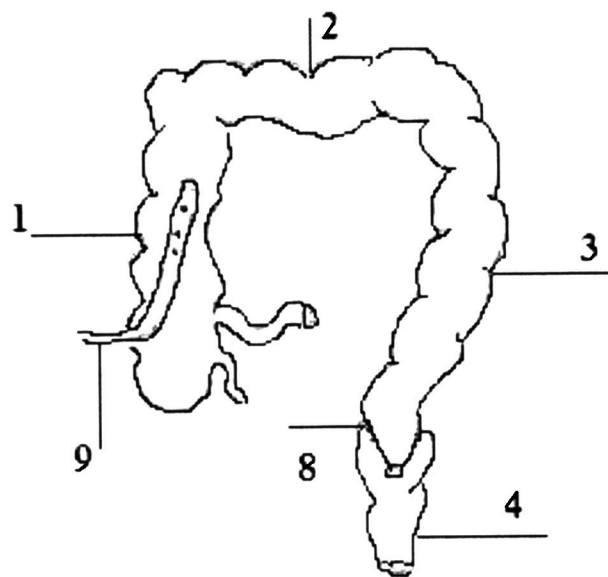


Фиг. 2

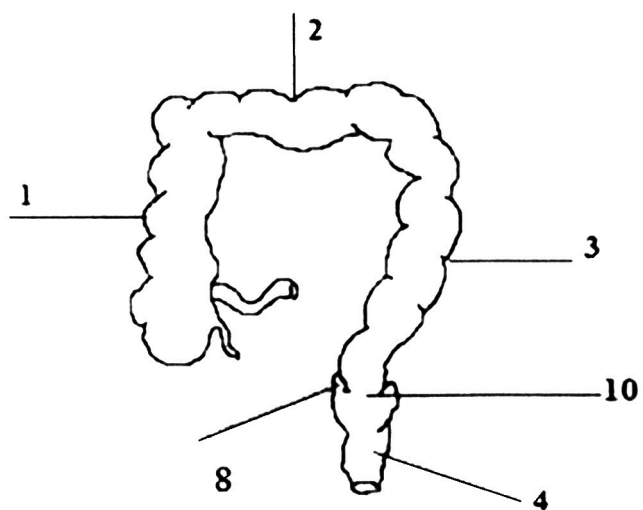


Фиг. 3

Способ ручного реканализирующего анастомоза
в экстренной хирургии толстого кишечника



Фиг. 4



Фиг. 5

Выпущено отделом подготовки материалов

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики,
720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03