



(19) KG (11) 1874 (13) C1
(51) A61B 17/00 (2016.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И ИННОВАЦИЙ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

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

(21) 20150064.1

(22) 10.06.2015

(46) 29.07.2016, Бюл. № 7

(76) Талипов Н. О.; Сопуев А. А.; Мамбетов А. К.; Чапыев М. Б.; Акматов Т. А.; Салибаев О. А.
(KG)

(56) Заявка RU № 2003134577 А, кл. А61В 17/00, 2005

(54) Способ формирования контролируемой разгрузочной колостомы в экстренной хирургии толстого кишечника

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

Задачей изобретения является разработка безопасной упрощенной техники оперативного вмешательства, способствующей самостоятельному закрытию колостомы.

Поставленная задача решается в способе формирования контролируемой разгрузочной колостомы в экстренной хирургии толстого кишечника, включающий в себя резекцию пораженного участка толстой кишки с выведением разгрузочной колостомы, где дополнительно прошивают два кисетных шва, вводят интубационную трубку, первый шов проталкивают внутрь второго шва, прошивают снаружи конец кишечника капроновыми нитями и фиксируют к париетальной брюшине, затем через семь-десять дней после рассасывания кетгута трубку убирают и колостома самостоятельно закрывается.

Преимуществами данного способа являются: исключение проведения последующей восстановительной операции; снижение количества послеоперационных осложнений, летальности, сокращение сроков лечения и времени социальной и трудовой реабилитации.

1 н. п. ф., 1 пр., 4 фиг.

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

До 65 % экстренных операций на толстой кишке завершаются формированием колостомы. Однако формирование колостомы значительно снижает возможность социально-трудовой реабилитации больных, так как все это время больные вынуждены жить с колостомой и носить калоприемник, что существенно влияет на качество и образ жизни больных. Эти недостатки, кроме того, усугубляются необходимостью выполнения сложной восстановительной операции через 4-6 месяцев.

До 70-95 % летальных исходов после восстановительных операций по поводу свищей кишечника обуславливают возникающие у 15-90 % больных гнойновоспалительные осложнения. Большинство хирургов самым опасным из них считают послеоперационный перитонит вследствие несостоятельности кишечных швов. Летальность при этом осложнении достигает 25-90 %.

За прототип принят асептический способ формирования одноствольной разгрузочной колостомы, которая включает мобилизацию ободочной кишки, резекцию измененного участка, герметизацию отводящего отдела ободочной кишки, формирование колостомы. При этом герметизацию осуществляют погружением в кисетный шов, на который сверху укладывают в два ряда серозно-мышечный шов. (Заявка RU № 2003134577 А, кл. А61В 17/00, 2005).

Недостатками данного способа является то, что имеется необходимость проведения повторной восстановительной операции, при этом до повторной операции снижается качество и образ жизни больного, имеется вероятность возникновения послеоперационных осложнений.

Задачей изобретения является разработка безопасной упрощенной техники оперативного вмешательства, способствующей са-мостоятельному закрытию колостомы.

Поставленная задача решается в способе формирования контролируемой разгрузочной колостомы в экстренной хирургии толстого кишечника, включающий в себя резекцию пораженного участка толстой кишки с выведением разгрузочной колостомы, где дополнительно прошивают два кисетных шва, вводят интубационную трубку, первый шов проталкивают внутрь второго шва, прошивают снаружи конец кишечника капроновыми нитями и фиксируют к париетальной брюшине, затем через семь-десять дней после рассасывания кетгута трубку убирают и колостома самостоятельно закрывается.

Способ поясняется фигурами 1-4, где 1 - толстая кишка; 2 - тонкая кишка; 3 - илеотранверзоанастомоз; 4 - интубационная трубка; 5 - первый кисетный шов; 6 - второй кисетный шов; 7 - узловой шов.

Способ осуществляют следующим образом.

После резекции пораженного участка толстой кишки 1 накладывают соответствующий анастомоз 3. Затем кетгутом № 3 накладывают первый кисетный шов 5, интубируют толстый кишечник дренажной трубкой 4 диаметром 1 см. Первый кисетный шов 5 туго завязывают и концами нитей фиксируют интубационную трубку 4. Тугое завязывание кетгутового кисетного шва 5 до интубационной трубки 4 обеспечивает полную герметичность, предупреждающую попадание толстокишечного содержимого в окружающую ткань. Отступив от первого кисетного шва 5, накладывают с помощью капроновых нитей № 3 второй кисетный шов 6. Затем с помощью интубационной трубки 4 первый кисетный шов 5 проталкивают внутрь так, чтобы он погрузился во второй кисетный шов 6 и снаружи накладывают узловые капроновые швы 7. При фиксации кетгутового шва к дренажной трубке первый кисетный шов 5 легко, а главное самостоятельно погружается во второй кисетный шов 6. Узловые швы 7 сверху второго кисетного шва 6 предупреждают дезинвагинацию части кишечника, погружившегося в кисетный шов при удалении дренажной трубки.

После чего прошитый конец кишечника 7 фиксируют к париетальной брюшине (по краям брюшину подшивают к кишечнику), наносят восстанавливающие узловые швы на мышечную ткань и апоневроз, а также швы на кожу.

На 7-10 сутки после рассасывания кетгута интубационную трубку 4 удаляют. После удаления интубационной трубки 4 колостомическое отверстие самостоятельно закрывается.

Пример: Больная И. Н. 30 лет, история болезни № 2236, поступила 29.03.2015, от момента заболевания через пять суток с клиникой острого деструктивного аппендицита и периаппендикулярного абсцесса. Объективно: язык сухой, живот болезнен в правой подвздошной области, там же пальпируется болезненное объемное образование. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. С диагнозом острый аппендицит больную взяли на операцию. При ревизии брюшной полости установили диагноз: острый гангренозно-перфоративный аппендицит, периаппендикулярный абсцесс, некроз слепой кишки и терминального отдела подвздошной кишки. Была произведена резекция илеоцекального угла, наложили илеоасцендоанастомоз и далее сформировали разгрузочные асцендостомы (колостомы) по вышеуказанному способу.

В динамике послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Интубационную трубку удалили на десятые сутки. Асцендостома самостоятельно закрылась. Швы сняли на двенадцатые сутки, рана зажила первичным натяжением.

Повторный осмотр провели через 1 месяц. Жалоб нет, при осмотре в правой подвздошной области имелся послеоперационный рубец 7,0 на 0,3 см.

Анализ результатов проведенных операций показал, что контролируемая разгрузочная колостома в экстренной хирургии толстого кишечника избавляет больных от проведения последующей восстановительной операции.

Близкое расположение наружного кишечного свища к анастомозу осуществляет эффективную декомпрессию толстой кишки, что является профилактикой развития несостоятельности анастомоза даже в неблагоприятных условиях (разлитом перитоните и острой кишечной непроходимости).

Благодаря круговому ушиванию брюшины вокруг колостомы, исключается развитие перитонита и других внутрибрюшных осложнений при несостоятельности кисетных швов. Послойное ушивание мышечной ткани и апоневроза исключает развитие послеоперационной вентральной параколостомической грыжи.

Предлагаемый способ формирования колостомы улучшает социально трудовую

реабилитацию больных и устраняет необходимость выполнения восстановительной операции.

Преимуществами данного способа являются: исключение возможности попадания содержимого толстого кишечника в окружающую ткань; исключение проведения последующей восстановительной операции; снижение количества послеоперационных осложнений, летальности, сокращение сроков лечения и времени социальной и трудовой реабилитации.

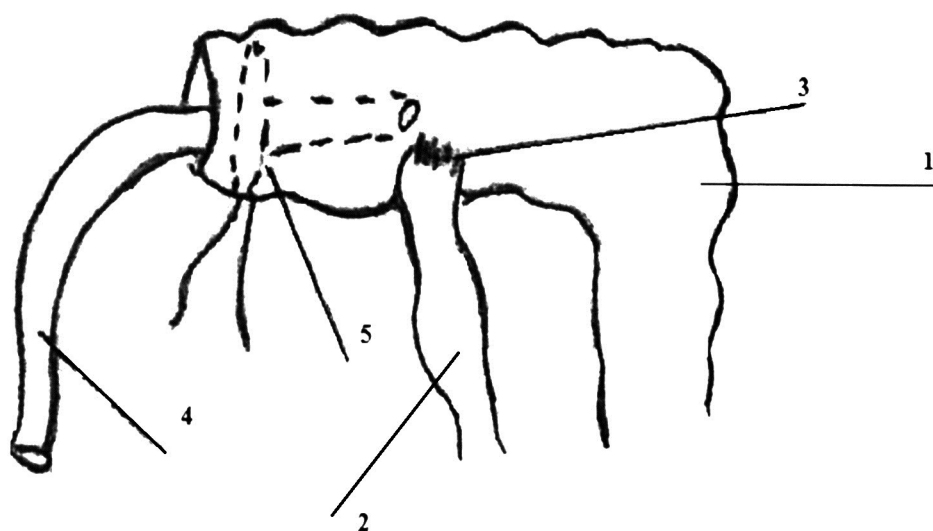
Формула изобретения

Способ формирования контролируемой разгрузочной колостомы в экстренной хирургии толстого кишечника, включающий в себя резекцию пораженного участка толстой кишки с выведением разгрузочной колостомы, отличающийся тем, что дополнительно прошивают два кишетных шва, вводят интубационную трубку, первый шов проталкивают внутрь второго шва, прошивают снаружи конец кишечника капроновыми нитями и фиксируют к париетальной брюшине, затем через семь-десять дней после рассасывания кетгута, трубку убирают и колостома самостоятельно закрывается.

Способ формирования контролируемой разгрузочной колостомы в экстренной хирургии толстого кишечника

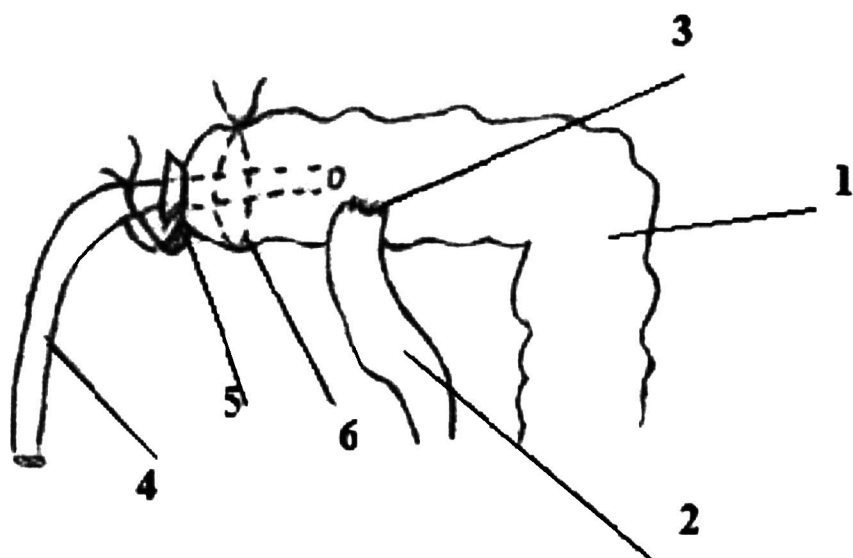


Фиг. 1

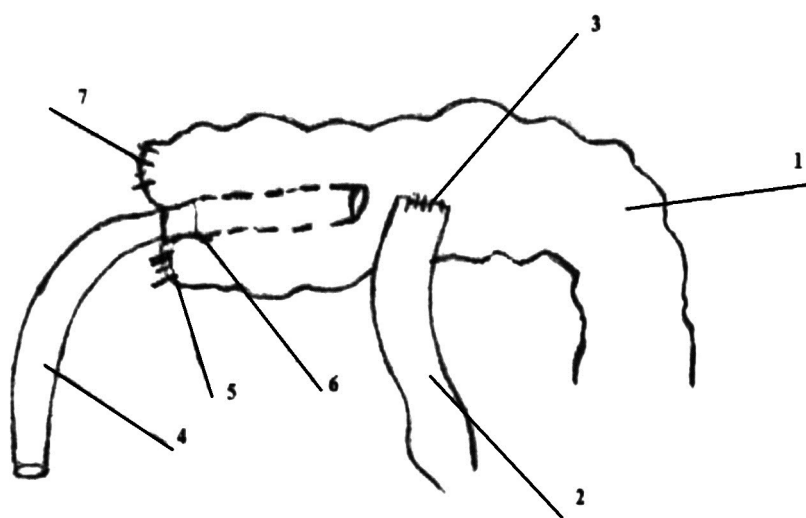


Фиг. 2

Способ формирования контролируемой разгрузочной колостомы в экстренной хирургии толстого кишечника



Фиг. 3



Фиг. 4

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