

(19) **KG** (11) **950** (13) **C1** (46) **31.05.2007**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПАТЕНТНАЯ СЛУЖБА
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)(51) *A61B 17/00* (2006.01)*A61K 35/00* (2006.01)**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ****к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)**(19) **KG** (11) **950** (13) **C1** (46) **31.05.2007**

(21) 20050063.1

(22) 15.06.2005

(46) 31.05.2007, Бюл. №5

(76) Акрамов Э.Х., Габитов В.Х., Токтомбаев К.К., Васильева О.И., Бейсембаев А.А., Сурлевич И.Е. (KG)

(56) Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М.: Медицина, 1984. – С. 346-355

(54) **Способ профилактики ретракции и пролапса при терминальной колопроктении**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к оперативной колопроктологии, и касается способа профилактики ретракции и пролапса при терминальной колопроктении. Задачей изобретения является создание высокоэффективного способа хирургического лечения больных для обеспечения фиксированного положения петли толстой кишки. Задача решается в способе профилактики ретракции и пролапса при терминальной колопроктении, включающем укрепление брыжейки несколькими отдельными швами к латеральной стенке живота, причем перед закрытием брюшной стенки стенка кишки циркулярно подшивается к латеральной стенке живота П-образными швами, а перед завязыванием узлов зоны соприкосновения однократно обрабатываются фармагеном. 1 н. п. ф-лы, 1 пр., 1 ил.

Изобретение относится к медицине, а именно к оперативной колопроктологии, и касается способа профилактики ретракции и пролапса при терминальной колопроктении.

Известен способ терминальной колопроктении – тип окончательной деривации (derivatio – отведение) по Н. Hartmann. Эта операция является наиболее распространенной при удалении прямой кишки по поводу рака, когда при неоперабельности опухоли ограничиваются наложением искусственного заднего прохода в левой паховой области (Симич П. Хирургия кишечника. – Бухарест: Медиздат, 1979. – С. 325-329).

Недостатком данного способа является то, что затрудняется пассаж каловых масс в результате перекручивания кишки и давления на нее в мышечно-апоневротическом туннеле. Так же часто возникает несостоятельность швов при слабой фиксации и ретракции сигмовидной кишки в брюшную полость, что в последующем приводит к развитию перитонита с летальным исходом.

Для возможности обеспечения частичного удержания при терминальном анусе на сигмовидной кишке Nasta Tr. разработал способ, при котором создается туннель в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки, через который выводится петля, которая перекручивалась бы по оси до 90-180° и пришивается в этом положении с помощью брыжейки к пристеночной брюшине (Дробни Ш. Хирургия прямой кишки. – Бухарест: Изд-во АН Венгрии, 1983. – С. 395-398).

Недостатком вышеописанного способа является то, что операция не предполагает реконструкцию фиксирующего аппарата ободочной кишки, что может вызвать затруднение пассажа

каловых масс и возможные некротические изменения в стенках толстого кишечника.

Наиболее близким аналогом является способ Lamy T., где с целью обеспечения положения петли, выведенной наружу, и избежания пролапса или ретракции, перед закрытием брюшной стенки брыжейку укрепляют несколькими отдельными узловыми швами к латеральной стенке живота (Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. – М.: Медицина, 1984. – С. 346-355).

Однако отдельные узловые швы не обеспечивают надежной фиксации, и в случае воспалительных изменений со стороны сигмовидной кишки, как перифокальная реакция на основное заболевание – рак прямой кишки, может возникнуть несостоятельность швов и последующее развитие перитонита с летальным исходом.

В этой связи необходимо создание условий ускорения плотного сращения фиксированной стенки сигмовидной кишки со стенкой живота.

Задачей изобретения является создание высокоэффективного способа хирургического лечения больных для обеспечения фиксированного положения петли толстой кишки.

Задача решается в способе профилактики ретракции и пролапса при терминальной колопроктитии, включающем укрепление брыжейки несколькими отдельными швами к латеральной стенке живота, причем перед закрытием брюшной стенки стенку кишки циркулярно подшивают к латеральной стенке живота П-образными швами, а перед завязыванием узлов зоны соприкосновения однократно обрабатывают фармагеном.

Результатом предлагаемого способа является повышение скорости плотного сращения фиксированной стенки сигмовидной кишки со стенкой живота за счет более интенсивного стимулирования развития новых кровеносных сосудов в месте соприкосновения путем обработки фармагеном и наложения П-образных швов.

На рисунке 1 показан способ колопроктитии.

Способ осуществляется следующим образом:

Подготовка для выведения кишки производится после срединного чревосечения; необходимо с самого начала установить состояние брыжейки, особенно распределение ее сосудов, чтобы знать как можно вывести наружу предназначенный сегмент в наилучших условиях. При неблагоприятном случае, когда расположение брыжейки является причиной невозможности выведения кишки, для выведения может потребоваться колопариетальное отслоение; когда же причина сосудистой природы, то может потребоваться применение колопроктитии на сегменте толстой кишки, расположенной выше. Обычным местом расположения конечной колопроктитии является подвздошная ямка, центр которой находится в точке, расположенной на одинаковом расстоянии от лобка, пупка и передневерхней ости подвздошной кости. В этой зоне разрезается кожа, апоневроз наружной косой мышцы по направлению волокон и пересекаются внутренняя косая и поперечная мышцы. Осуществляют ревизию брюшной полости, оценивают мобильность отделов толстого кишечника. Петля толстой кишки, зашитая на срезе, выводится наружу через туннель в стенке с излишком в 3-4 см. Это необходимо для создания возможности закрепления петли в стенке и для предупреждения возможного большого энтропiona (поворота) кишки при вторичной ретракции брыжейки.

С целью обеспечения положения петли, выведенной наружу, и избежания пролапса или ретракции, перед закрытием брюшной стенки стенка кишки циркулярно подшивается к латеральной стенке живота П-образными швами, а перед завязыванием узлов зоны соприкосновения однократно обрабатываются фармагеном – все это способствует плотному сращению фиксированной стенки сигмовидной кишки со стенкой живота в виде циркулярного рубца, улучшению кровообращения в области повреждения тканей за счет восстановления капиллярной сети и стимулированию местного иммунитета.

Излишек выведенной петли иссекается вторично через 4-5 дней, так как в результате локальной стимуляции фармагеном регенераторного процесса уже нет опасности в несостоятельности швов.

На основании проведенных операций предлагаемый способ профилактики ретракции и пролапса при терминальной колопроктитии наиболее целесообразен и позволяет обеспечивать надежную фиксацию культи толстой кишки и препятствует развитию вторичных осложнений.

Пример.

Больной К., 30 лет, поступил в отделение хирургии №1 Аламудунской территориальной больницы с диагнозом: рак прямой кишки. После предоперационной подготовки в течение 7 дней, больной был взят на операцию колопроктитии. Операция произведена под эндотрахеальным наркозом. На одинаковом расстоянии от лобка, пупка и передневерхней ости подвздошной кости

разрезана кожа, апоневроз наружной косой мышцы по направлению волокон и рассекли по ходу волокон внутреннюю косую и поперечную мышцы. Осуществлена ревизия брюшной полости и, после проведения оценки мобильности отделов толстого кишечника, петля толстой кишки, зашитая на срезе, выведена наружу через туннель в стенке с излишком в 4 см. Перед закрытием брюшной стенки к латеральной стенке живота циркулярно подшита П-образными швами стенка кишки, а перед завязыванием узлов зоны соприкосновения однократно обработаны фармагеном. Излишек выведенной петли иссечен вторично через 5 дней. Послеоперационное течение гладкое, осложнений не было. На 14-е сутки больной выписан в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, применение предложенного способа обеспечивает надежную фиксацию культи толстой кишки и препятствует развитию вторичных осложнений (перифокальной реакции на основное заболевание – рак прямой кишки и последующее развитие перитонита с летальным исходом).

Формула изобретения

Способ профилактики ретракции и пролапса при терминальной колопроктитии, включающий укрепление брыжейки несколькими отдельными швами к латеральной стенке живота, отличающийся тем, что перед закрытием брюшной стенки стенку кишки циркулярно подшивают к латеральной стенке живота П-образными швами, а перед завязыванием узлов зоны соприкосновения однократно обрабатывают фармагеном.

Способ профилактики ретракции и пролапса при терминальной колопроктитии

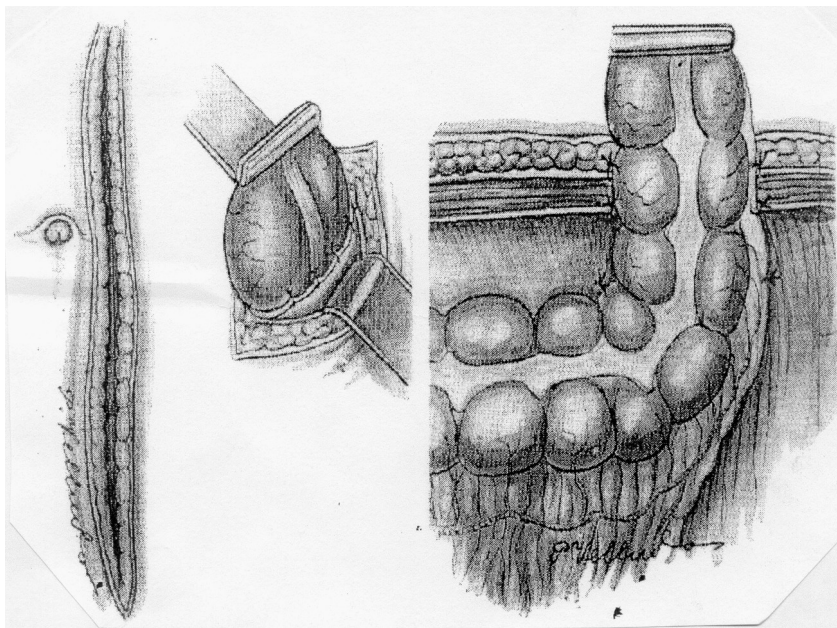


Рис. 1

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Усубакунова З.К.
Арипов С.К.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03