

(19)



**Евразийское
патентное
ведомство**

(21) **201900182** (13) **A1**

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ЕВРАЗИЙСКОЙ ЗАЯВКЕ

(43) Дата публикации заявки
2020.08.31

(51) Int. Cl. *A61B 17/11* (2006.01)
A61B 17/00 (2006.01)

(22) Дата подачи заявки
2019.02.12

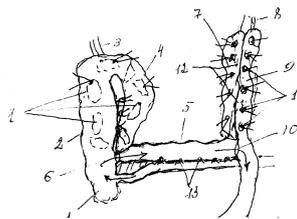
(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ И КОЛОСТАЗА

(96) 2019/006 (AZ) 2019.02.12

(74) Представитель:
Гырхларова А.С. (AZ)

(71)(72) Заявитель и изобретатель:
ГАДЖИЕВ САБИР АФИЗ ОГЛЫ;
ГЫРХЛАРОВА АЙТАН САБИР
КЫЗЫ (AZ)

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургическому лечению хронического колостаза, в частности выключению части восходящего, поперечного и нисходящего отделов ободочного кишечника, дренированию слепого и сигмовидного кишечника и формированию цеко-трансверзо- и трансверзо-сигмовидного анастомоза, соединению серо-серозными швами свободного края срединной части поперечного ободочного и терминальной петли тонкого кишечника. Сущность предлагаемого изобретения заключается в повышении эффективности выключения восходящей части поперечной и нисходящей ободочной кишки, а также печеночных и селезеночных углов толстого кишечника при хронической толстокишечной непроходимости и колостазе: адекватное дренирование толстого кишечника; профилактика выброса кишечного содержимого и газов в выключенную часть кишечника; сохранение ветвей сосудов и нервных окончаний всей толстой кишки; более быстрое восстановление моторно-эвакуаторной функции - отключенные части кишечника, в дальнейшем служат продолжением связочного аппарата; соединение поперечной и дистальной петли тонкого кишечника позволяет передаче перистальтических волн тонкого кишечника на поперечную ободочную, что позволяет быстрому ее опорожнению.



- 14. Слепой кишечник
- 15. Восходящая часть
- 16. Подпеченочная связка
- 17. Часть поперечного кишечника
- 18. Соединяющая часть анастомозов поперечного кишечника (мост)
- 19. Анастомоз между слепой и ободочной кишкой
- 20. Часть поперечного кишечника
- 21. Связки селезеночного угла
- 22. Нисходящая часть толстого кишечника
- 23. Анастомоз между ободочной и сигмовидной кишкой
- 24. Кисетные погружающие серозные швы
- 25. Отключенные сморщенные части кишечника (продолжение связок)
- 26. Серо-серозные швы между поперечной ободочной и тонкой кишкой.

A1

201900182

201900182

A1

Способ хирургического лечения хронической толстокишечной непроходимости и колостаз

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургическому лечению хронического колостаз, в частности выключению части восходящего, поперечного и нисходящего отделов ободочного кишечника и дренированию слепого и сигмовидного кишечника и формированию цеко-трансверзо- и трансверзо-сигмовидного анастомоза, соединению серо-серозными швами свободного края срединной части поперечного ободочного и терминальной петли тонкого кишечника.

Проблема лечения хронических колостазов остается одной из актуальных проблем гастроэнтерологии.

К настоящему времени известно множество способов оперативного лечения хронического колостазов, однако ни один из них не может быть признан полностью отвечающих всем необходимым требованиям, что прежде всего, обусловлено большим числом неудовлетворительных результатов (27,3-45,9%) (Яремчук А.Я., Радильский С.Е., Топчий Т.В., Морозова Н.Л. Хронический колостаз - особенности клиники и диагностики // Вестн. хирургии. - 1990. - №7. - С.113-115.)

В поисках обнаружить нормативы для сравнения предлагаемого изобретения в медицинских источниках подобные варианты нами не встречались. Существующие способы хирургического лечения хронического колостаз, в основном, направлены на различные варианты колектомии, что после себя приводит частому послеоперационному осложнению из-за пересечения брыжейных сосудов и нервных окончаний.

Хронические запоры наиболее часто встречаются у лиц пожилого возраста. Однако и в молодом возрасте они наблюдаются нередко, по данным ряд авторов, примерно 30% практически здоровых студентов жаловались на

запоры. Встречаемость запоров среди населения планеты по данным мировой литературы находится в пределах 0,7% до 79% (среднее значение 16%). К 70 летнему возрасту количество людей, страдающих хроническими запорами, составляет более 70%. В Великобритании до 50% жителей страдают запорами, в Германии – 30%, во Франции более 25%. Число амбулаторных посещений по поводу запоров в США увеличилось в 2001-2004 годах в два раза по сравнению с 1993-1996 годами. В России эпидемиологические исследования запоров составляют в порядке 34%, а в Азербайджане 42% среди взрослого населения. (Потемин С.Н. ХРОНИЧЕСКИЙ МЕДЛЕННО ТРАНЗИТОРНЫЙ КОЛОНОСТАЗ: МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – № 6. – С. 84-103.)

Широкое распространение запоров в современном обществе дало основания J.Whorton (2000) отнести их к болезням цивилизации. Таким образом, проблема хронического толстокишечного стаза актуальна и решение ее может быть обеспечено выработкой адекватной тактики лечения, в том числе хирургического, в зависимости от стадии процесса, характера и степени функционального расстройства ободочной кишки.

В настоящее время наметилась тенденция к переходу от консервативных методов лечения заболевания к оперативным при декомпенсированном колостазе. Поиски характера оперативного вмешательства продолжаются. Одни авторы являются сторонниками резекционных методов лечения – от сегментарных до лево-или правосторонней гемиколэктомии и даже субтотальной и тотальной колэктомии, другие предпочитают различные методы фиксации подвижных отделов ободочной кишки без ее резекции.

Безуспешное консервативное лечение хронического колостаза приводит к отчаянному состоянию больного и лечащего врача. Ослабленные больные в преклонном возрасте не в состоянии выдержать длительные наркозные и оперативные травмы. Только выбранные щадящие

короткосрочные малотравматичные операции требуют неглубокий и недолгий наркоз. Отвечающие на такие требования операции редкие и они не в состоянии решить задачу полностью, так как у них имеются ряд недостатков и ограниченных возможностей.

В медицинской литературе не нашлось подобных вариантов предлагаемого нами изобретения.

Задачей изобретения является исключение послеоперационных нарушений путем укорочения участков движений кишечного содержимого и в целом выключением из пищеварения части толстого кишечника, что позволяет обеспечить регулируемый переход кишечных масс из слепого через части поперечного кишечника в сигмовидный отдел и далее нормальный акт дефекации и использование перистальтики тонкого кишечника с целью ускорения движений поперечного ободочного кишечника.

Поставленная задача решается тем, что способ хирургического лечения хронической толстокишечной непроходимости и колостазы проводят отделением большого сальника от *taenia omentalis* поперечной ободочной кишки острым путем, а поперечную ободочную освобождают от окружающих сращений до связок под печенью и селезенкой, опущенную ободочную кишки по медиальному краю восходящей и нисходящей кишечника фиксируют до слепого и сигмовидного кишечника серозными швами, затем между слепым и поперечно лежащим ободочным кишечником 2-мя разными швами создают анастомоз бок в бок, а также формируют около 3-х см диаметром анастомоз, таким же образом формируют анастомоз между левой частью поперечной ободочной и сигмовидной кишкой, после чего восходящая, нисходящая и вдоль с ними опущенная часть ободочной кишки, где каждая в отдельности, формируют наложенными серозными погружающими швами, чередуя направление направо и налево, их просвет заполняют нагруженными собственными

тканями, предупреждая наполнение кишечных масс и газов в их просвет, которые в дальнейшем играют роль продолжения связок справа и слева.

Сущность предлагаемого изобретения заключается в повышении эффективности выключения восходящей части поперечной и нисходящей ободочной кишки, а также печеночных и селезеночных углов толстого кишечника при хронической толстокишечной непроходимости и колостазе:

- адекватное дренирование толстого кишечника;
- профилактика выброса кишечного содержимого и газов в выключенную часть кишечника;
- сохранение ветвей сосудов и нервных окончаний всей толстой кишки;
- более быстрое восстановление моторно-эвакуаторной функции;
- наложенные широкие анастомозы послужат своевременному опорожнению кишечника;
- отключенные части кишечника, в дальнейшем служат продолжением связочного аппарата;
- соединение поперечной и дистальной петли тонкого кишечника позволяет передаче перистальтических волн тонкого кишечника на поперечную ободочную, что позволяет быстрому ее опорожнению.

Сопоставительный анализ с известными хирургическими способами лечения хронического колостаза показал преимущества предлагаемого способа:

Во-первых, при хроническом толстокишечном стазе субкомпенсаторных и декомпенсаторных стадий движения кишечных масс по восходящему и через печеночный угол по опущенному поперечному, далее через селезеночный угол затрудняется и вызывает долговременный (длительный) стаз. Дренирование слепого кишечника с выключением восходящего и части поперечного кишечника и создание условий для прямого попадания кишечных масс минуя селезеночный угол в сигмовидный кишечник с выключением нисходящего отдела ободочного кишечника.

Во-вторых, освобождение поперечно-ободочного кишечника от большого сальника и от окружающих сращений позволяет уложить его вдоль восходящего и нисходящего ободочного кишечника вольготно, т.е. без натяжения и формировать адекватные анастомозы.

В третьих, наложение серозных погружающих швов позволяет закрыть просвет отключенные части кишечника в спиральнообразной форме, что является препятствием попадания кишечных масс и газов в проксимальном направлении.

В четвертых, отключенные части кишечника с закрытыми пространствами является надежным продолжением связочного аппарата до линии анастомозов.

Пятое – резекция брыжейки не производится, так как это приводит к пересечению нервных сплетений идущих вдоль сосудов, вследствие чего замедляется восстановление моторной и других функций толстой кишки.

Шестое – являющейся мостом между слепой и сигмовидной кишкой часть поперечной ободочной кишки по свободному краю серо-серозными швами соединяется с терминальным отделом тонкой кишки, перистальтика последнего передается и играет источником возбудителя движения соединяющегося ободочного кишечника, что является преимуществом в опорожении кишечного содержимого (13).

На фигуре 1 представлены все позиции хирургического лечения хронической толстокишечной непроходимости с колостазом.

1. Слепой кишечник
2. Восходящая часть
3. Подпеченочная связка
4. Часть поперечного кишечника
5. Соединяющая часть анастомозов поперечного кишечника (мост)
6. Анастомоз между слепой и ободочной кишкой
7. Часть поперечного кишечника
8. Связки селезеночного угла

9. Нисходящая часть толстого кишечника
10. Анастомоз между ободочной и сигмовидной кишкой
11. Кисетные погружающие серозные швы
12. Отключенные сморщенные части кишечника (продолжение связок)
13. Серо-серозные швы между поперечной ободочной и тонкой кишкой.

Способ хирургического лечения хронической толстокишечной непроходимости с колостазом осуществляют следующим образом: большой сальник острым путем отделяют от *taenia omentalis* поперечной ободочной кишки и полностью сохраняют, поперечную ободочную кишку отделяют от окружающих сращений и освобождают, поперечно-ободочная кишка по медиальному краю восходящей и нисходящей кишечника опускается вниз до слепого и сигмовидного (иногда до середины нисходящей ободочной кишки) кишечника и соединяются серо-серозными швами (4), затем формируются анастомозы между слепой и поперечно-ободочной (6) и поперечно-ободочной-сигмовидной кишкой (10) шириной около 3-х см, над восходящей и нисходящей ободочной кишкой и соединяющимися с ними части поперечной и ободочной кишок продольно относительно справа и в левом направлении накладывают серозные кисетные погружающие швы (11).

Такая созданная структура и состояние являются препятствием для выброса кишечных масс и газов в направлении печеночного и селезеночного угла по восходящей и нисходящей, а также поперечно-ободочному кишечнику (12).

Клинический пример: больной Рзаев А. 67 лет поступил в стационар с жалобами на боли в нижнем отделе живота, отсутствие стула около 6 дней.

Около 6 месяцев стул отмечается только после разных клизм, ослабленный. После обследования был установлен диагноз: Хроническая непроходимость толстого кишечника в стадии декомпенсации. Колостаз. Проводимое консервативное лечение оказалось безуспешным. После предоперационной подготовки выполнена операция с целью устранения хронической толстокишечной непроходимости с колостазом: выключение

восходящего, нисходящего и части поперечно-ободочной кишки и создание цеко-коло и коло-сигмовидного анастомозов и создание препятствий попаданию кишечных масс и газов в проксимальном направлении в отключенную зону, обеспечение быстрого пассажа кишечных масс по поперечному за счет перехода в тонкий кишечник. Выполнена средняя лапоромия. Интраоперационное исследование: слепого кишечника, восходящий ободочный кишечник расширен в размерах, восходящая ободочная имеет дополнительную петлю. Поперечный ободочный кишечник опущен в малый таз, размеры увеличены. В селезеночном угле имеется дополнительная петля, перекрут вокруг своей оси на 360°. Сигмовидная кишка имеет дополнительную петлю. Была выполнена операция по предложенному способу. Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациент обследован через 12 дней, 3 и 6 месяцев – жалоб не предъявляет.

Данный способ хирургического лечения хронической толстокишечной непроходимости с колостазом апробирован у 8 больных.

При осмотре пациентов через 24 месяцев у 92% результаты хирургического лечения описаны как отличные и хорошие, а у 8% больных – удовлетворительное.

Таким образом, в предложенном способе хирургического лечения хронической толстокишечной непроходимости и колостаза новым является то, что отключение части толстого кишечника от пассажа с целью укорочения пути продвижения кишечных масс и создания соответствующих анастомозов адекватной проходимости, передача перистальтических движений с тонкого кишечника на поперечный ободочный кишечник для своевременного попадания кишечных масс в дистальный отдел кишечного тракта, закрытые просвета отключенных частей кишечника погружающими швами обеспечивает профилактику рефлюкса в проксимальном направлении кишечника. А также предложенный способ при техническом выполнении простой и легко доступен для хирургов-гастроэнтерологов, сохранение

целостности кишечного тракта является важным моментом предложенного способа операции.

Авторы :

Гаджиев С.А.

Гырхларова А.С.

Формула изобретения

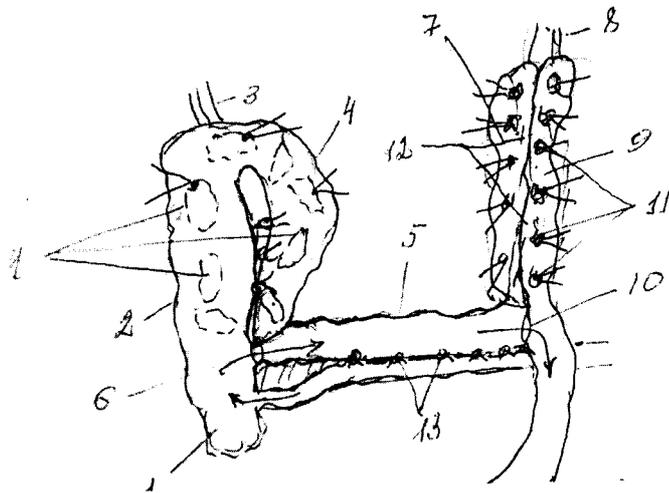
Способ хирургического лечения хронической толстокишечной непроходимости и колостазов проводят отделением большого сальника от *taenia omentalis* поперечной ободочной кишки острым путем, а поперечную ободочную освобождают от окружающих сращений до связок под печенью и селезенкой, опущенную ободочную кишку по медиальному краю восходящей и нисходящей кишки фиксируют до слепого и сигмовидного кишечника серо-серозными швами, затем между слепым и поперечно лежащим ободочным кишечником 2-мя разными швами создают анастомоз бок в бок, а также формируют около 3-х см диаметром анастомоз, таким же образом формируют анастомоз между левой частью поперечной ободочной и сигмовидной кишкой, после чего восходящая, нисходящая и вдоль с ними опущенная часть ободочной кишки, где каждая в отдельности, формируют наложенными серозными погружающими швами, чередуя направление направо и налево, их просвет заполняют нагруженными собственными тканями, предупреждая наполнение кишечных масс и газов в их просвет, которые в дальнейшем играют роль продолжения связок справа и слева.

Авторы :

Гаджиев С.А.

Гырхларова А.С.

**Способ хирургического лечения
хронического колостаз.**



фиг.1

Авторы : Гаджиев С.А.
Гырхларова А.С.

ОТЧЕТ О ПАТЕНТНОМ ПОИСКЕ
(статья 15(3) ЕАПК и правило 42 Патентной инструкции к ЕАПК)

Номер евразийской заявки:

201900182

А. КЛАССИФИКАЦИЯ ПРЕДМЕТА ИЗОБРЕТЕНИЯ:

A61B 17/11 (2006.01)

A61B 17/00 (2006.01)

Согласно Международной патентной классификации (МПК)

Б. ОБЛАСТЬ ПОИСКА:

Просмотренная документация (система классификации и индексы МПК)

A61B 17/00, 17/11

Электронная база данных, использовавшаяся при поиске (название базы и, если, возможно, используемые поисковые термины)

В. ДОКУМЕНТЫ, СЧИТАЮЩИЕСЯ РЕЛЕВАНТНЫМИ

Категория*	Ссылки на документы с указанием, где это возможно, релевантных частей	Относится к пункту №
A	RU 2307606 C1 (ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ "ДАГЕСТАНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ") 10.10.2007	1
A	RU 2010110733 A (МУНИЦИПАЛЬНОЕ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 17" ГОРОДСКОГО ОКРУГА Г. УФА РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН) 27.09.2011	1
A	RU 2346656 C1 (ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ "РОССИЙСКИЙ ЦЕНТР ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ" и др.) 20.02.2009	1
A	ЭКТОВ В.Н. Применение межкишечного анастомоза в хирургическом лечении обтурационной толстокишечной непроходимости опухолевой этиологии. Хирургия, 2017, № 9, сс. 43-53	1

последующие документы указаны в продолжении

* Особые категории ссылочных документов:

«А» - документ, определяющий общий уровень техники

«D» - документ, приведенный в евразийской заявке

«E» - более ранний документ, но опубликованный на дату подачи евразийской заявки или после нее

«O» - документ, относящийся к устному раскрытию, экспонированию и т.д.

"P" - документ, опубликованный до даты подачи евразийской заявки, но после даты испрашиваемого приоритета"

«Т» - более поздний документ, опубликованный после даты приоритета и приведенный для понимания изобретения

«X» - документ, имеющий наиболее близкое отношение к предмету поиска, порочащий новизну или изобретательский уровень, взятый в отдельности

«Y» - документ, имеющий наиболее близкое отношение к предмету поиска, порочащий изобретательский уровень в сочетании с другими документами той же категории

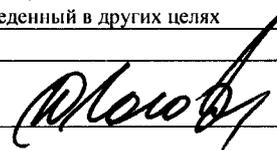
«&» - документ, являющийся патентом-аналогом

«L» - документ, приведенный в других целях

Дата проведения патентного поиска: **18/02/2020**

Уполномоченное лицо:

Начальник Управления экспертизы

 Д.Ю. Рогожин