



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

(21) 1701155

(22) 27.10.2017

(46) Бюл.139, 2018

(71) Султонов Ш.Р. (ТJ).

(72) Султонов Ш.Р. (ТJ); Пулатов Х.К. (ТJ);
Додочонов Ю.Т. (ТJ); Гуриев Х.Дж. (ТJ).

(73) Султонов Ш.Р. (ТJ).

(54) СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ЭНТЕРОСТОМА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ У ДЕТЕЙ.

(56) 1. Эктов В.Н. Реконструктивно-восстановительные операции при колостомах и кишечных свищах / А.И. Наливкин, А.М. Романов, Т.Е. Шамаева // Воронежская областная клиническая больница. Специализированная медицинская помощь. - 1996. - С. 353-357.

2. Смирнов А.Н., Пригаро Е.И., Гассан Т.А. Наружные кишечные свищи // Детская хирургия. - 2002, №4, - С.36-41.

3. Цуман В.Г., Машков А.Е., Щербина В.И., Наливкин А.Е., Семилов Э.А., Пыхтеев Д.А. Превентивные кишечные стомы после резекции кишки в условиях перитонита у детей. Детская хирургия.- 2004.-№1.-С.4-7.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и может быть использовано в общей хирургии.

Цель изобретения является повышение эффективности хирургического лечения детей с лечебными энтеростомами после операции гемиколэктомии.

Сущность изобретения заключается в том, что кишечный анастомоз предложенным способом одновременно предупреждает наличие рефлюкса и появление несостоятельности швов анастомоза, а также развития послеоперационной инвагинации кишечника. Анастомоз формируется адекватно с наложением двухрядными непрерывными кишечными швами и формированием манжетки в области баугины за счет вворачивание дистального конца тонкой кишки. По завершении формирования анастомоза и ушивания дефекта брыжейки по верхнему его край стенки толстой и тонкой кишки накладывается 3-4 дополнительные серо-серозные швы для профилактики осложнений.

Преимуществом данного изобретения является адекватное выполнение радикальной операции (баугинопластики), простота применения и эффективность способа.

Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и может быть использовано в общей хирургии у больных с лечением энтеростомы после операции правосторонней гемиколэктомии.

Существуют много способов ликвидации энтеростомы среди них универсальным являются ликвидация энтеростомы внутрибрюшинным методом с применением широкой лапаротомии с разведением межкишечных спаек и формированием анастомоза конец тонкой в бок толстой кишки с наложением узловых и непрерывных двухрядных швов [1]. Другой известный метод ликвидации этих свищей это – с применением парастомальным доступом двумя окаймляющими разрезами, выделение свища от слоев передней брюшной стенки до брюшины мобилизация приводящей и отводящего отделов свища с формированием илеоасцендо- или илеотрансверзанастомоз без создания антирефлюксного и антиинвагинационного механизма [2, 3].

Наиболее близким аналогом к предлагаемому способу является общепринятый способ ликвидации энтеростомы внутрибрюшинным методом с применением широкой лапаротомии с формированием анастомоза конец тонкой в бок толстой кишки с наложением узловых и непрерывных двухрядных швов, то есть илеоасцендо- или илеотрансверзанастомоз без создания антирефлюксного и антиинвагинационного механизма [3].

Недостатки перечисленных способов состоят в том, что они сложны и травматичны, их применение не всегда эффективны, а также опасность несостоятельности швов анастомоза, отсутствии антирефлюксного механизма и наличие дополнительных швов для профилактики инвагинации.

Цель настоящего изобретения является повышение эффективности хирургического лечения детей с лечебными энтеростомами после операции гемиколэктомии путем внедрения нового, простого и доступного способа баугинопластики.

Поставленная цель достигается тем, что разработан эффективный способ баугинопластики с применением илеоасцендо- и илеотрансверзанастомозом с антирефлюксным и антиинвагинационным механизмом, а также профилактики несостоятельности швов анастомоза.

Реконструктивные операции разработанным нами способом проводились в следующем порядке: лапаротомия срединная (поперечная маленьким детям), обеспечивающая адекватный доступ к свищу; ревизия органов брюшной полости с обязательным интраоперационным адгезиолизом и энтеролизом; внутрибрюшинный этап операции включал мобилизацию петли отводящей части толстой кишки, а после этого приступали к мобилизации приводящего отдела

тонкой кишки несущей свищ до связки Трейца; следующим этапом наружный конец энтеростомы герметично зашивали и перемещали в брюшную полость, затем выполняли его резекцию в пределах здоровой кишки и его конец вворачивали вовнутрь с ушиванием краев в двух местах, создавая антирефлюксный механизм (фиг. 1); после чего выполняли анастомоз конец тонкой кишки в бок толстой, формировали герметичный тонко-толстокишечный анастомоз двухрядными узловыми викриловыми швами на атравматичной игле; с целью профилактики несостоятельности швов анастомоза, а также развития инвагинации после формирования анастомоза в зоне высокого давления – между терминальным отделом подвздошной кишки и восходящей или поперечной части толстой кишки накладывали 3-4 серо-серозных узловых швов (Фиг. 1, 2) стрелками показано: 1 – манжетка; 2 – дополнительные серо-серозные швы. Следующий этап операции заключался в сопоставлении и зашивании окна в брыжейке с целью предупреждения образования внутренней грыжи. По завершении этих этапов выполняли девальсацию анального жома и проводили трубку с боковыми отверстиями за зону анастомоза для декомпрессии. Затем дренировали брюшную полость и зашивали слои передней брюшной стенки наглухо.

Предложенный способ одновременно предупреждает наличие рефлюкса и появление несостоятельности швов анастомоза, а также развития послеоперационной инвагинации кишечника у детей.

Схематическое изображение предложенного способа ликвидации энтеростомы после операции гемиколэктомии (баугинопластики) у детей приведены на Фиг. 1 и 2.

Пример 1: больной К.М. 2 г. 6 месяца, история болезни № 705, поступил в клинику детской хирургии 27.03.17 г. с жалобами (со слов родителей) на наличие функционирующей лечебной энтеростомы в правой подвздошной области с наличием перистомальной осложнений в виде мацерации кожи и наличием дерматита вокруг стомы. Из анамнеза болеет в течение 4 месяцев. 4 месяц назад по поводу 4-х дневной давности сложной тонко-толстокишечной инвагинации осложнившейся некрозом кишечника и развития перитонита была произведена операция лапаротомия, гемиколэктомия на уровне поперечно-ободочной кишки, санация и дренирование брюшной полости, дистальная энтеростомия. После 10-дневной соответствующей предоперационной подготовки под общим эндотрахеальным наркозом больному была произведена операция лапаротомия ликвидация энтеростомы с применением баугинопластики, илеотрансверзанастомозом с антирефлюксным и антиинвагинационным механизмом, а также с профилактикой несостоятельности швов анастомоза предложенным способом. Толстая кишка

Брюшная полость дренирована, и ушита послойно наглухо. Послеоперационный период протекал гладко, раны зажились первично, дренажи удалены на 3-4 дни, швы раны сняты на 7-8 день после операции. В комплексе послеоперационного лечения ребенок получал рассасывающие и физиотерапию. На 14 день после операции в удовлетворительном состоянии выписан домой. Находится под наблюдением, жалоб не предъявляет.

Пример 2: больной К. Б. 9 л. 6 мес. история болезни № 743, поступил в клинику детской хирургии 17.07.17 г. с жалобами (со слов родителей) на наличие функционирующий энтеростомы в правой подвздошной области с наличием перистомальной осложнений в виде ретракции свища без нарушения функции стомы и наличием дерматита вокруг стомы. Из анамнеза болеет в течение 1 года. Год назад по поводу сложной тонко-толстокишечной инвагинации осложнившейся некрозом кишечника и развития перитонита была произведена операция лапаротомия, гемиколэктомия на уровне восходящей части ободочной кишки, санация и

дренирование брюшной полости, энтеростомия. После соответствующий предоперационной подготовки под общим эндотрахеальным наркозом больной была произведена операция лапаротомия ликвидация энтеростомы с применением баугинопластики, илеоасцендоанастомозом с антирефлюксным и антиинвагинационным механизмом, а также с профилактикой несостоятельности швов анастомоза предложенным способом. Толстая кишка также была трансанальна дренирована за линии анастомоза с целью декомпрессии тонкой кишки. Брюшная полость дренирована, и ушита послойно наглухо. Послеоперационный период протекал гладко, раны зажились первично, дренажи удалены на 3-4 дни, швы на ранах сняты на 7-8 день после операции. В комплексе послеоперационного лечения девочка получала рассасывающие и физиотерапию. На 12 день после операции в удовлетворительном состоянии выписана домой. Находится под наблюдением, жалоб не предъявляет.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ ликвидации энтеростомы после операции гемиколэктомии у детей включающий проведение широкой лапаротомии с формированием анастомоза конец тонкой кишки в бок толстого и наложение двухрядных узловых швов, **отличающийся тем, что** наружный конец энтеростомы герметично зашивают и перемещают в брюшную полость, затем выполняют его

резекцию в пределах здоровой кишки и его конец вворачивают вовнутрь с ушиванием краев в двух местах, и после формирования анастомоза в зоне высокого давления - между терминальным отделом подвздошной кишки и восходящей или поперечной части толстой кишки накладывают 3-4 серо-серозных узловых швов.

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ734042, г. Душанбе,
ул. Айни, 14а