



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **259**

(51)) **МПК(2006) А 61 Н**
17/00;

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 0900285

(22) 24.02.2009

(46) Бюл.56 (4), 2009

(71) Абдуфатоев Т.А. (ТJ); Давлатов Р.М. (ТJ);
Рофиев Р.Р. (ТJ); Латипов Ш.Э. (ТJ).

(72) Абдуфатоев Т.А. (ТJ); Давлатов Р.М. (ТJ);
Рофиев Р.Р. (ТJ); Латипов Ш.Э. (ТJ).

(73) Абдуфатоев Т.А. (ТJ); Давлатов Р.М. (ТJ);
Рофиев Р.Р. (ТJ); Латипов Ш.Э. (ТJ).

**(54) СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ**

(56) 1. А.И. Ленюшкин, Хирургическая колопроктология детского возраста, Медицина, 1999.

2. А.Н. Никифорова, Болезнь Гиршпрунга у детей, автореферат дисс. док. мед. наук, Минск, 1995, с. 27

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и может быть использовано при лечении болезни Гиршпрунга (БГ) у детей.

Способ хирургической коррекции БГ осуществляется следующим образом. Демуккозаци

2

дистального отдела сигмы и прямой кишки начинается на 2-3 см выше переходной складки и производится до 0,5 см от кожной складки анального отверстия. При ректосигмоидальной, субтотальной, тотальной форме БГ. С целью свободного проведения и профилактики некроза низводимой кишки стенка наружного мышечного цилиндра рассекается по переднее - левой (по 10-11 часу) поверхности до проекции внутреннего сфинктера. При ректальной формы с целью профилактики обраования гематомы или абсцесса стенки наружного мышечного цилиндра иссекается. С целью снятия спазма производится рассечения внутреннего сфинктера (до 1 см от анального отверстия). С целью профилактики ухода кишки верх, низведенная часть кишки с охватом морганиевых валиков и крипты серозно-мышечным слоем четырьмя швами фиксируется на кожи ягодичы с охватом фасции и мышцы.

Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и может быть использовано при лечении болезни Гиршпрунга (БГ) у детей.

Основным методом лечения БГ является хирургическая коррекция. Из за неудачного выбора и существующих недостатков в методах операции частота осложнений в раннем послеоперационном периоде составляют от 9,1 до 77%. Летальность - от 1 до 8%. В отдаленном послеоперационном периоде неудовлетворительные функциональные результаты лечения остаются высоким -от 8 до 18% и в 4,9 - 13% случаев возникает необходимость в повторных реконструктивных операциях [А. И. Ленишкин, 1999.

Наиболее близким к предлагаемым оперативным вмешательствам является операций Соаве с модификацией А.Н. Никифорова [Болезнь Гиршпрунга у детей, автореферат дисс. док. мед. наук., Минск, 1995, с. 27]. При котором производится демукозация ректосигмоидального отдела толстой кишки до 1 см от анального отверстия с сохранением серозно-мышечного слоя кишки и низводят через естественный аноректальный канал аганглионарной и расширенной зоны кишки в пределах здоровой участки.

Однако, при этом иссечение полоски из стенки мышечного цилиндра прямой кишки по задней поверхности является достаточно травматичным, не менее безопасным в связи расположением сосудов, нервных окончаний и мочеточника по задней поверхности мышечного футляра. Остается неотработанным показание к иссечению мышечного цилиндра, так как при ректальной с поражением ампулярной и надампулярной части, ректосигмоидальной, субтотальной, тотальной форме БГ мышечный цилиндр без того оказывается суженным. Иссечение мышечного цилиндра в этих случаях сопровождается угрозой не достаточного формирования естественного анастомоза или его деформации. Неотработанна размер ширины иссечения наружного мышечного цилиндра. Механическое разрушение внутреннего сфинктера является травматичным и не может, достаточно снять спазм и является коротко временным и в отдаленном сроке развивается склеротические изменения мышечных элементов. После низведение кишки по Соаве и по модификации А.Н. Никифорова до 1 см от анального отверстия в послеоперационном периоде низведенная кишка сокращается и обратно уходят вверх на 1 и более см, при этом естественный анастомоз формируется выше ампулярной части прямой кишки, который часто приводит к сужению анастомоза. А при супракороткой форме БГ в области анального канала остается аганглиозная зона, приводящие к рецидиву болезни.

Целью изобретения является разработки более безопасной и менее травматичной способ иссечения стенки мышечного цилиндра прямой кишки, определение ширины, щадящие и надежные снятие

спазм внутреннего сфинктера, профилактики сокращения низведенной кишки и тем самым получение удовлетворительных функциональных результатов и профилактики рецидива болезни.

Заявляемый способ поясняется прилагаемым рисунком.

Способ хирургической коррекции БГ осуществляется следующим образом. Демукозации дистального отдела сигмы и прямой кишки начинают на 2-3 см выше переходной складки (поз. 1,2) и производят разрез до 0,5 см от кожной складки (поз.3) анального отверстия. При ректальной (с поражением ампулярной и надампулярной части), ректосигмоидальной, субтотальной, тотальной форме БГ.

С целью свободного проведения расширенного участка и профилактики некроза низведенной кишки в послеоперационном периоде стенки мышечного цилиндра прямой кишки рассекают в более безопасной зоне, по переднее - левой (соответственно 10-11 часам по циферблату) поверхности (поз.4) до проекции внутреннего сфинктера. Иссечение стенки мышечного цилиндра не производится, так как в этом нет необходимости. При супракороткой ректальной форме БГ ампулярной и надампулярной части прямой кишки расширенные. Поэтому в послеоперационном периоде между наружным цилиндром и низведенной кишки образуется гематома или абсцесс, для профилактики этих осложнений уменьшают межфутлярное пространство путем (поз.5) иссечения наружного цилиндра. Ширина иссекаемой части наружного цилиндра определяется соответственно по диаметру низводимой здоровой участки (поз.6) толстой кишки. Для снятия спазма производится рассечение (поз. 7) внутреннего сфинктера (до 1 см от анального отверстия). С целью предотвращения ухода кишки вверх, низведенная часть кишки с охватом морганиевых валиков и крипты серозно-мышечным слоем четырьмя швами фиксируется на кожи ягодицы с охватом фасции и мышцы.

Пример. Больной В., 1 год 8 мес. поступил в отделение городской клинической детской хирургической больницы с жалобами на отсутствие самостоятельного стула. Запоры появились в первые дни жизни, с возрастом прогрессировали. При поступлении состояние средней тяжести. Клиническая картина соответствовала болезни Гиршпрунга. Диагноз подтвержден рентгенологически и УЗИ: выявлена сужения (аганглионарная) зона, захватывающая прямую кишку и ректосигмоидальный отдел, с характерным воронкообразным переходом в супрастенотическое расширение диаметром до 12 см.

После соответствующей подготовки мальчик оперирован. Диагноз подтвержден. На 2 см выше переходной складки, на границе ректосигмоидальной части начато демукозации до 0,5 см от

анального отверстия. Учитывая трудности низведение расширенной участка кишки, наружный серозно-мышечный цилиндр по 10 часу рассечен, с целью снятия спазм внутреннего сфинктера, последний рассечен до 1 см от анального отверстия. Расширенный участок кишки свободно низведен в пределах здоровой участка нисходящей отдел толстой кишки. Для профилактики сокращения низведенной кишки верх, последний с области крипты фиксирован четырьмя швами на ягодицы. Послеоперационный период протекал гладко. Швы

сняты на 7 сутки и культя резецирована на 14 день. После операции стул самостоятельно 2-3 раза в сутки. Недержания кала и газа отсутствуют. Ближайший функциональный результат хороший. Больной на 18 день после операции выписан на амбулаторные восстановительные лечение и диспансерного наблюдения. Ребенок осмотрен через 3 года после операции. Жалобы нет. Стул регулярный, самостоятельна. Функциональный результат хороший.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

1. Способ хирургической коррекции болезни Гиршпрунга у детей, включающий демукозацию, низведение ананглионарной части кишки, **отличающийся тем, что** демукозацию производят на 2-3 см выше переходной складки, иссекают серозно-мышечный футляр и внутренний сфинктер.

2. Способ по п. 1, **отличающийся тем, что** при ректальной, ректосигмоидальной, субтотальной и тотальной формах болезни Гиршпрунга серозно-мышечный футляр и внутренний сфинктер

рассекают по передне-левой поверхности (соответственно 10-11 часам по циферблату) до проекции внутреннего сфинкера от анального отверстия.

3. Способ по п. 1 и 2, **отличающийся тем, что** при супракоротной форме болезни Гиршпрунга серозно-мышечный футляр иссекают на ширину, соответствующую диаметру здорового участка кишки с рассечением внутреннего сфинкера.

Компьютерный набор: Назарова Дж.Д.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.

СПОСОБ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ БОЛЕЗНИ ГИРШПРУНГА У ДЕТЕЙ

