



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **112**

(51) **МПК(2006.1) A61B 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 0800166
(22) 05.02.2007
(46) Бюл.49 (1), 2008
(71) Сафаров А.С. (ТД); Сафаров Б.А. (ТД).
(72) Сафаров А.С. (ТД); Сафаров Б.А. (ТД); Шер-
назаров Б.И. (ТД).
(73) Сафаров А.С. (ТД); Сафаров Б.А. (ТД).
(56) 1. Литманн И. «Брюшная хирургия». Буда-
пешт. 1970. С-556.
2. Афаунов М.В. «Диагностика и лечение повре-
ждений органов брюшной полости и забрюшинно-
го пространство у детей». Ж. Детская хирургия.
№4. 2001. С.42-46
3. Ефременко А.Д., Холостова В.В., Савенко А.Ю.,
Марочка Н.В. Ж. Детская хирургия. №4. 2004. С.9-
11.
4. Александрович Г.А., Секуляр Е.Ф., Бояринцев
Н.И. «Экстренная хирургическая помощь при
травме органов брюшной полости». М. 1983.
С.105-109.
5. Лебедев В.В., Охотский В.П., Каншин Н.Н. «Не-
отложная помощь при сочетанных травматических
повреждениях». Москва. Медицина.1980. С-184.
6. Булынин В.И., Демьянов В.Н., Глянцев В.П.,
Медведев В.П. «Хирургическая тактика при огне-
стрельном ранении кишечника в зоне связки Трей-
ца, осложненном распространенным гнойным
перитонитом». Ж. Хирургия. №4. 1996. С.73-74.
7. Савенко В.Ф., Маркулан Л.Ю., Белянский Л.С.,
Вирченко С.Б., Кучеренко Т.Л. «Роль двенадцати-
перстно-тощекишечного изгиба в регуляции мо-
торно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной
кишки». Ж. Вестник хирургии. 1989. №3. С 24-27.
(54) **СПОСОБ МЕЖКИШЕЧНОГО АНАСТО-
МОЗА С РАЗГРУЗОЧНОЙ ЕЮНОСТОМИЕЙ**

2

**ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ТОНКО-
ГО КИШЕЧНИКА В ОБЛАСТИ ТРЕЙЦОВОЙ
СВЯЗКИ В УСЛОВИЯХ ПЕРИТОНИТА У
ДЕТЕЙ.**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно
к детской хирургии и может применяться в абдо-
минальной хирургии у взрослых больных.

Целью изобретения является восстановление
непрерывности кишечника с сохранением есте-
ственного пути пищеварения при тяжелых повре-
ждениях кишечника в зоне Трейцовой связки.

Суть предложенного способа заключается в
том, что проводят щадящую резекцию поврежден-
ной части проксимального отдела кишечника с
сохранением зоны связки Трейца, накладывают
анастомоз между концом приводящего отдела и
боком отводящего отдела тощей кишки с отступом
на 15-20 см от резецированного его конца. Остав-
шийся свободный конец отводящего отдела тощей
кишки выводится в виде энтеростомии на левую
боковую стенку живота, часть отводящего отдела
параллельно линии анастомоза на протяжении 5см
подшивают серо-серозными швами к двенадцати-
перстно-тощекишечной складке (plicae duodenojeju-
nalis), Кишечную трубку интубируют через еюно-
стому проведением катетера Фолея в отводящую
часть за линии анастомоза на протяжении 30 см.
Также проводится санация и дренирование брюш-
ной полости.

Предложенный способ позволяет предотвра-
тить натяжение линии анастомоза, создать деком-
прессию кишечника в этой зоне, что снижает риск
развития несостоятельности анастомоза и истоще-
ния больного в послеоперационном периоде.

Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и может применяться в абдоминальной хирургии у взрослых больных.

Выбор хирургической тактики при тяжелых повреждениях кишечника в области Трейцовой связки, особенно при его отрыве и размозжении с последующим развитием перитонита является трудной задачей абдоминальной хирургии. Нередко наложение межкишечных анастомозов в этом участке в раннем послеоперационном периоде заканчивается несостоятельностью и прогрессированием перитонита. Причиной этого является недостаточность длины приводящего отдела, что при наложении анастомоза приводит к натяжению линии последней. Некоторые хирурги в таких случаях предлагают известные различные варианты гастро-энтероанастомоза с межкишечным соустьем. Однако эти операции не обеспечивают физиологически последовательную эвакуацию пищи по желудочно-кишечному тракту, что часто вызывают различные диспепсические расстройства, одним из которых является «Circulus vitiosus» (1) (фиг.1). На сегодняшний день летальность при закрытых повреждениях желудочно-кишечного тракта у детей составляет от 11 до 14% (2, 3). В случае несостоятельности анастомоза с последующим развитием прогрессирующего перитонита летальность достигает до 50,7% -75% (4, 5). В публикациях этих авторов и доступных для нас литератур отсутствуют сведения об определенной хирургической тактике при обширных повреждениях тонкого кишечника в зоне Трейцовой связки. В связи с этим при повреждениях тонкого кишечника в зоне Трейцовой связки мы предлагаем новый наиболее физиологичный способ межкишечного анастомоза с декомпрессивной еюностомией.

Прототипом нашего метода является предложенный в 1996 году В.И. Булынином и соавторами (6) вариант межкишечного анастомоза с применением разгрузочных концевых энтеростом (фиг.2). Суть этого способа сводится к тому, что при несостоятельности анастомоза наложенного по поводу повреждения тонкого кишечника в зоне Трейцовой связки и прогрессирующего перитонита производилось резекция нижней горизонтальной ветви двенадцатиперстной и части тощей кишки ниже связки Трейца на протяжении 20см. Культи двенадцатиперстной кишки ушивалось наглухо. Мобилизованная часть тощей кишки проводилась впереди поперечной ободочной кишки и накладывалась еюнодуоденальный анастомоз бок в бок между тощей и нисходящей частью двенадцатиперстной кишки с введением концевой разгрузочной энтеростомы в правом подреберье. С целью декомпрессии проводилось назоинтестинальный зонд в желудок и тощую кишку через зону анастомоза. В последующем по улучшению общего состояния больному произведена внутрибрюшинные закрытые энтеростомы. Однако на наш взгляд, предложенный способ является очень травматич-

ным, так как резекция большей части двенадцатиперстной и тощей кишки на фоне прогрессирующего перитонита и релапаротомий вызывает недостаточность энтерального питания, что может привести к истощению с необратимыми изменениями в организме детей и их гибели. С другой стороны резекция дистальной части двенадцатиперстной кишки с участком переходящее в тощую кишку и Трейцовой связки может привести к различным диспепсическим расстройствам, что связана с их особым участием в процессе пищеварения и регуляции эвакуации пищи из двенадцатиперстной кишки в тощую (7).

Целью изобретения является разработка наиболее щадящего способа восстановления непрерывности кишечника с сохранением естественного пути пищеварения путем наложения межкишечного анастомоза, созданием декомпрессии и предотвращением натяжения в линии анастомоза.

Поставленная цель достигается путем разработки нового способа межкишечного анастомоза с декомпрессивной еюностомией и наложением фиксирующих швов зоны анастомоза к ближайшему участку наибольшего утолщения париетальной брюшины.

Заявленный способ от прототипа отличается тем, что после щадящей резекции зоны поражения, удаления нежизнеспособных тканей с освежением краев приводящего отдела вблизи Трейцовой связки и отводящего отдела тощей кишки накладывается анастомоз между концом приводящего отдела и боком отводящего, отступая на 15-20см от резецированного его конца. Оставшийся свободный конец отводящего отдела кишки выводится в виде энтеростомии на левую боковую стенку живота. Затем параллельно линии анастомоза, часть отводящего отдела тощей кишки на протяжении 5см подшивается серо-серозными швами к дуодено-еюнальной складке (*plica duodenojejunalis*), которое образуется вследствие выпячивания пристеночной брюшины в области двенадцатиперстно-тощейкишечного перехода, окаймляя начальную петлю тощей кишки сверху и слева (фиг.3). Кишечная трубка интубируется через еюностому проведением катетера Фолея в отводящую часть за линии анастомоза на протяжении 30см с целью декомпрессии и последующим проведением энтерального питания. Также проводится зонд в желудок (фиг.4). Перед всем этим проводится санация и дренирование брюшной полости. Дренаж также проводится к месту сформированного анастомоза с левой боковой стенки живота.

Пример: Мальчик Раджабов Рамазан, 5 лет получил тяжелую травму живота вследствие удара быка. Спустя 10 часов после получения травмы был оперирован в условиях ЦРБ Джиликульского района. Во время операции обнаружилось размозжение с отрывом тощей кишки с отступом на 5-6см от Трейцовой связки (фиг.5), множество гематом петли кишок и брыжейки, разлитой гнойный

перитонит. Произведена резекция поврежденной части тощей кишки на протяжении 15 см. Наложена анастомоз конец в конец и пристеночная еюностомия по Юдину с проведением через него полиэтиленового катетера за линии анастомоза антеградно в приводящую часть. Брюшная полость санирована и несколькими дренажами дренирована область малого таза и боковых каналов. На 5-е сутки послеоперационного периода, состояние ребенка прогрессивно стало ухудшаться, нарастали симптомы перитонита и ранней спаечной кишечной непроходимости, по поводу чего ребенок был направлен в клинику детской хирургии Республиканской клинической больницы имени А.М. Дьякова. При поступлении состояние больного тяжелое, в сознании но очень беспокойный, стонет, выражены симптомы интоксикации, температура тела 38°C, живот равномерно вздут, болезненный больше в верхней половине, симптомы раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга и другие положительные, определяется подкожная крепитация в области линии швов. Держится заброс застойным желудочным содержимым через зонд. На рентгенографии органов брюшной полости определяется скопление воздуха под куполами диафрагмы. На основании данных анамнеза, клиники, лабораторных и рентгенологических данных больному выставлен диагноз Прогрессирующий разлитой перитонит, несостоятельность швов анастомоза, состояние после травматического разрыва тонкого кишечника, резекции поврежденной части тонкого кишечника, наложения анастомоза конец в конец, пристеночной еюностомии, санации и дренирования брюшной полости. Больному после предоперационной подготовки в течение 6 часов произведена релапаротомия. На операции оказалась картина общего гнойного перитонита, полное расхождение анастомоза с изливом кишечного содержимого в брюшную полость. Отводящий отдел кишечника на расстоянии около 20 см резко инфильтрирован, в стенках местами сохраняются гематомы. В связи с чем произведено резекция этого участка. Края приводящего отдела тощей кишки освежены до предела жизнеспособной ткани, после которого осталось всего 2 см до Трейцовой связки. Учитывая тяжесть состояния больного, его возраст, повторной операции, несостоятельность анастомоза, прогрессирующего перитонита и

сложность выполнения операции предложенное В.И.Булыным (вышеописанный прототип) вынуждало нас поискать более щадящих и надежных вариантов восстановления непрерывности кишечника с целью предотвращения повторных осложнений. Исходя из этого, больному произведена операция вышеизложенным нами способом межкишечного анастомоза с фиксацией этой зоны к париетальной брюшине и разгрузочной еюностомии. Брюшная полость санирована 3 литрами раствора фурацилина, метражила и дренирована шестью дренажами. В качестве дренажей использованы мягкие, тонкие полиэтиленовые трубки, проведенные через сигары.

В послеоперационном периоде на фоне комплексной интенсивно-корректирующей терапии состояние больного постепенно стало улучшаться. Зонд из желудка удален на 3-й день после прекращения заброса. Из отводящего отдела кишечника зонд удален на 8-е сутки. Работа кишечника полностью восстановлена на 5-е сутки послеоперационного периода. Послеоперационная рана на передней брюшной стенке зажила после частичного нагноения в пределах подкожной клетчатки.

Больного выписали в удовлетворительном состоянии. Еюностому ликвидирована спустя 4 месяцев со дня второй операции, внутрибрюшинным способом через местный доступ. Мальчик полностью выздоровел, посад кишечника восстановлен.

Таким образом, предложенный нами способ межкишечного анастомоза между концом приводящего отдела тонкой кишки и боком отводящего отдела с функционирующей еюностомией и фиксирующими швами зоны анастомоза к дуодено-еюнальной складке в условиях прогрессирующего перитонита является наиболее физиологичным, что создает полную декомпрессию линии анастомоза и кишечника, и в большинстве случаев предотвращает развитие несостоятельности анастомоза в этой сложной по анатомическому расположению участка кишечной трубки. Другим преимуществом нашего метода перед прототипом состоит в том, что проводится щадящая резекция поврежденных участков кишечника с сохранением дистального отдела двенадцатиперстной кишки и Трейцовой связки, которое играет огромную роль в моторно-эвакуаторной деятельности дуодено-еюнальной зоны.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ межкишечного анастомоза с разгрузочной еюностомией при тяжелых повреждениях тонкого кишечника в области Трейцовой связки в условиях перитонита у детей заключающийся в

том, что проводят резекцию, **отличающийся тем, что** после щадящей резекции зоны поражения, удаления нежизнеспособных тканей с освежением краев приводящего отдела и отводящего отдела

тощей кишки накладывают анастомоз между кон-

7

цом приводящего и боком отводящего отдела с отступом на 15-20см от его резецированного кон-

часть отводящего отдела на протяжении 5 см подшивают серо-серозными швами к дуодено-еюнальной складке (plica duodenojejunalis), интубируют кишечную трубку через еюностому прове-

ца, оставшийся свободный конец отводящего от-

8

дела выводят в виде энтеростомии на левую боковую стенку живота, параллельно линии анастомоза

дением катетера Фолея в отводящую часть за линию анастомоза на протяжении 30см, также проводят санацию и дренирование брюшной полости.

112

Компьютерный набор: Назарова Дж.

Заказ

Тираж

Подписное

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