



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **113**

(51) **МПК(2006.1) A61B 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

(21) 0800167

(22) 05.02.2007

(46) Бюл.49 (1), 2008

(71) Сафаров А.С. (ТJ); Сафаров Б.А. (ТJ).

(72) Сафаров А.С. (ТJ); Сафаров Б.А. (ТJ); Шер-
назаров Б.И. (ТJ).

(73) Сафаров А.С. (ТJ); Сафаров Б.А. (ТJ).

(56) 1. Ванцян Э.Н. Наружные и внутренние сви-
щи. М. Медицина. 1990. С 224.

2. Колченогов П.Д. Наружные кишечные свищи и
их лечение. М. Медицина. 1964. С 224.

3. Макаренко Т.П., Богданов А.В. Свищи желу-
дочно-кишечного тракта. М. Медицина. 1986. С
144.

4. Рахимов С.Р., Ленюшкин А.И., Кличев Б.М.
Хирургия наружных кишечных свищей у детей.
Ташкент. 1994. С 160.

5. Базаев А.В., Овчинников В.А., Пузанов А.В.
Лечение наружных кишечных свищей. Ж. Нижне-
городской медицинский журнал. 1998. №3. С 88-
92.

**(54) СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ТРУБЧАТЫХ И
ГУБОВИДНЫХ НЕПОЛНЫХ СВИЩЕЙ
ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ.**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно
к детской абдоминальной хирургии.

Целью изобретения является ликвидация
трубчатых и губовидных свищей кишечника не
более 1/5 части его окружности наиболее простым
и надежным способом.

Суть предложенного способа заключается в
том, что после наложения на устье свища кресто-
образных кожных швов с последующим выделени-
ем свищевого хода от окружающих тканей и спаек,
ликвидация свища производится путем завязыва-
ния кетгутовой нитью у шейки с погружением
культи в кисетный шов. В случае необходимости с
учетом диаметра кишечника накладывают допол-
нительный однорядный поперечный или Z-
образный шов. При выраженном дерматите вокруг
раны на кожу накладывают редкие наводящие
швы.

Изобретение относится к медицине, а именно к детской абдоминальной хирургии.

Ликвидации наружных неполных толстокишечных свищей, имеющие трубчатую или губовидную форму, обычно производят внебрюшинным или внутрибрюшинным способами [1,2,3,4]. В настоящее время большинство авторов [1,4] предлагают использовать внутрибрюшинные ликвидации наружных кишечных свищей, аргументируя следующие недостатки внебрюшинного доступа:

1. Не ликвидируются межкишечные и внутрибрюшинные спайки, что в послеоперационном периоде могут способствовать развитию таких осложнений, как спаечная кишечная непроходимость в зоне ликвидированного свища и нарушение моторики кишечника, приводящие к нагноению раны, расхождению швов, рецидива свища и перитонита до 37,8% [5].

2. С другой стороны, нет возможности оценить диаметр кишечного свища, который может стать причиной стенозирования просвета кишечника [1]. Эти недостатки в большинстве случаев стали причиной отказа от внебрюшинных доступов ликвидации кишечных свищей у детей.

Что касается внутрибрюшинных способов ликвидаций неполных трубчатых и губовидных свищей толстого кишечника у детей, в настоящее время в основном применяются следующие методики: операция Ру (круговая резекция кишки, 1828), операция Полано (боковое ушивание дефекта кишки 1853), и способ А.В. Мельникова (краевая резекция кишки с анастомозом в $\frac{3}{4}$ 1932). Необходимо отметить, что во всех этих операциях производят иссечение свища у его основания. Дефект кишечника ушивается двухрядным швом или накладывают межкишечный анастомоз. Однако при этих способах нельзя предупредить инфицирования раны и брюшной полости, которые в последующем становятся причиной рецидива, перитонита и нагноения раны. Мы, с целью предупреждения инфицирования раны и брюшной полости предлагаем новый вариант оперативного вмешательства, имеющий ряд преимуществ.

Прототипом нашего способа является операция Полано (боковая энтерорафия), занимающее промежуточное положение между краевой резекцией кишки с анастомозом в $\frac{3}{4}$ и круговой резекцией кишки [2,3]. Суть этого метода заключается в том, что свищ окружают овальным разрезом, а затем вдали от него проникают в брюшную полость и вводят в нее тампоны. Под контролем пальца введенного в свищ вырезают весь свищевой ход, освобождая его от сращений с брюшной стенкой. Петлю кишки, несущую свищ и выделенную из спаек, извлекают из брюшной полости. Основание свищевых ходов отсекают от кишки и края образовавшегося дефекта освежают, после чего отверстие в кишке зашивают двухрядным швом в поперечном направлении (фиг.1.а,б,в,г). Но и

этот метод не исключает инфицирования брюшной полости и рану.

Целью нашего изобретения является ликвидация трубчатых и губовидных свищей не более 1/5 части окружности кишечника наиболее асептичным, простым и надежным способом.

Цель достигается тем, что в начале по краям устья свища накладывается крестообразный кожный шов шелковыми нитями № 1. Сверху накладывают закрученную стерильную салфетку со спиртом и завязывают наложенный шов, после которого полностью закрывается устье свища. После смены перчаток, остатки шва берут на зажим и слегка подтягивая вверх, окаймляющим полукруглым разрезом кожи вокруг свищевых ходов, постепенно освобождают свищевой ход от окружающих тканей: кожи, подкожной клетчатки, фасции, мышц и брюшины (фиг.2). Петля кишечника подтягивается в рану, его стенки освобождаются от окружающих спаек. Вокруг петли кишечника накладывают тампоны, смоченные раствором метрогила. Затем на 0,5 см выше основания свищевых ходов шейка туго завязывается кетгутовой нитью № 1 и у его основания на стенке кишечника накладывается кисетный серозно-мышечный шов. Выше кетгутовой нити накладывается прямой зажим и отсекается дистальная часть свищевых ходов, культя обрабатывается и погружается в кисетный шов. В случае необходимости с учетом диаметра кишечника накладывается дополнительный однорядный поперечный или Z-образный шов (фиг.3.а,б,в). Тампоны удаляются, восстанавливаются брюшину и мягкие ткани брюшной стенки послойно. В случае выраженного дерматита вокруг раны на кожу накладывают редкие наводящие швы. В остальных случаях рану ушивают наглухо.

По описанной методике мы производили ликвидацию кишечных свищей у 31 больных. Из них 29 больных были с искусственными неполными кишечными свищами толстой кишки, 2-е со спонтанными трубчатыми неполными кишечными свищами тонкой кишки, наложенные или образовавшиеся при распространенных перитонитах различной этиологии. Благодаря проведению реабилитационных мероприятий в предоперационном периоде состоящее из рассасывающей терапии, физиотерапии, иммуностимулирующей терапии, нормализации кишечной микрофлоры, полной ликвидации причин свища, щадящего оперативного вмешательства без вскрытия просвета кишечника позволили добиться 100% благоприятных результатов. Случаи рецидива свища, развития перитонита или нагноения раны у наших пациентов не наблюдались.

Таким образом, предложенный способ ликвидации неполных трубчатых и губовидных кишечных свищей позволяет быстро, надежно и асептично провести операцию по ликвидации кишечного свища.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

1. Способ ликвидации трубчатых и губовидных неполных свищей толстого кишечника у детей, при котором окружают свищ овальным разрезом, **отличающийся тем, что** после наложения на устье свища крестообразных кожных швов с последующим выделением свищевого хода от окружающих тканей и спаек, ликвидация свища производится путем завязывания кетгутовой нитью у

шейки с погружением его культи в кисетный шов.

2. Способ по п. 1, **отличающийся тем, что** в случае необходимости с учетом диаметра кишечника сверху накладывается дополнительный однорядный поперечный шов или Z-образный шов.

3. Способ по п. 1, **отличающийся тем, что** в случае выраженного дерматита вокруг раны на кожу накладываются редкие наводящие швы.

Компьютерный набор: Назарова Дж.

Заказ

Тираж

Подписное

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