



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **155**

(51) **МПК(2006) А 61 В 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 0600207

(22) 28.01.2008

(46) Бюл.51 (3), 2008

(71) Сафаров Б.А. (TJ)

(72) Сафаров Б.А. (TJ)

(73) Сафаров Б.А. (TJ)

(56) 1. Лебедев В.В., Охотский В.П., Каншин Н.Н. Неотложная помощь при сочетанных травматических повреждениях. М. Медицина.-1980.С.135-155.

2. Мишарев О.С., Котович Л.Е. Декомпрессия тонкой кишки в детской хирургии. //Хирургия.-1977.-№11.-С.52-56.

3. Попов Ф.Б., Немилова Т.К., Караваева С.А. Энтеростомия в неотложной абдоминальной хирургии новорожденных. //Детская хирургия.-2004.-№5.-С.20-23,

4. Цап Н.А. Послеоперационное восстановление непрерывности кишечника при энтеро и колостомах у детей. Автореф.дисс.канд.мед.наук.-Москва.-1995.-25С.

5. Щербакова О.В., Ионов А.Л., Лука В.А. Опыт оперативного лечения детей с воспали-

2

тельными заболеваниями толстой кишки. //Детская хирургия.-2007.-№2.-С.12-15.

6. Burghelle Th., Simici P. //Actachir. gastroenteroLrI%9.-Vol.3.-No.1.-P.58-68.

7. Lahey F.H.-Surg.Gynec.Obstet,-1952.-Vol'95.-P.28-32.

(54) **СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ЭНТЕРОСТОМИИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ**

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

Суть предложенного способа заключается в том, что энтеростому выводят в области правой или левой боковых стенок живота в точке пересечения двух линий, проведенные по переднеподмышечной линии до гребня крыла подвздошной кости одноименной стороны и поперечной линии проведенной на уровне пупка с избытком на 6-8см и его стенки фиксируют с охватом серозно-мышечного слоя только к фасции наружной косой мышцы живота и коже шелковыми нитями № 4.0 или 5.0 с атравматичной иглой 3 или 4 редкими узловыми швами на каждую стому.

Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии детского возраста. необходимости наложения энтеростомии при различных патологических состояниях тонкого кишечника в условиях распространенного перитонита у детей говорят многие детские хирурги [2; 3; 4]. Многие авторы, предлагая различные виды стом редко останавливаются на способах формирования последней.

После формирования энтеростомии нередко наблюдаются такие осложнения как дерматит, нагноение парастомической и лапаротомной раны, флегмона передней брюшной стенки, отхождение стомы в свободную брюшную полость, кишечная непроходимость, эвентрация, ретракция, некроз и стриктура выведенной кишки, парастомическая грыжа, эваги нация, парастомические лигатурные и кишечные свищи, встречающиеся от 5,3% до 70,6% случаев [1; 2; 3; 4; 5]. Исходя из этого, считать решенными все вопросы относящиеся техники формирования энтеростомии в условиях распространенных форм перитонита неправомерно.

Для предупреждения отхождения стомы ряд авторов [3; 4; 5] рекомендуют фиксировать стому к брюшине, апоневрозу и коже. Другие рекомендуют выведенный на 5-6см конец кишки подшит к марлевой муфте, окруженное вокруг стомы [1], ушивают стенку кишки к созданному брюшин но-кожному окну (спшивается париетальная брюшина с кожей) [2]. Однако и эти способы также не предупреждают развития постстомических осложнений.

Для налаживания эффективного ухода за стомой и предупреждения осложнений важное значение имеет место на передней брюшной стенке, где должна выводиться энтеростома. Васоп [6] рекомендует установить энтеростому на уровне перекрещивания линии, соединяющей ость лонной кости с правым реберным краем, соответствующим приблизительно наружному краю верхне-прямой мышцы живота с линией соединяющей пупок и передней-верхнюю подвздошную ость. Имеются сторонники выведения стомы через основной лапаротомный доступ [3]. Недостатками этих способов заключается в том, что при наличии стомы в указанных местах у детей затрудняется уход за стомой и сбор кишечного отделяемого из стомы, а также отмечаются частое излияние отделяемого кишечной стомы в лапаротомную рану с последующим нагноением и расхождением раны, отхождением стомы в брюшную полость, развитием эвентрации или послеоперационной грыжи.

В связи с этим нами предлагается новый модифицированный способ энтеростомии. Прототипом нашего способа являются способ формирования энтеростомии по Бабеу [7]. Автор рекомендует, выводит энтеростому на 2см ниже пупка в проекции наружного края правой пря-

мой мышцы живота, что соответствует правой

подвздошной области. На Фиг. 1. изображен прототип нашего способа с указанием предлагаемого автором прототипа место на передней брюшной стенке для выведения энтеростомы, где 1- пупок, 2 расстояние на 2см ниже пупка, 3 - прямые мышцы живота, 4 - наружный край прямой мышцы живота соответствующий месту для выведения энтеростомы. При этом стому фиксируют к париетальной брюшине, апоневрозу и коже множественными швами. По мнению многих авторов [1; 2; 4] правая подвздошная область является типичным местом на передней брюшной стенке для выведения энтеростомы.

Недостатком этого способа по нашему мнению является выведения стомы в подвздошной области, а также ушивания стенки стомы к брюшине и апоневрозу. При перитоните в подвздошной области обычно делают разрез брюшной стенки, и вводят дренажи в брюшную полость с целью создания оттока внутрибрюшному экссудату. При наличии кишечной стомы в подвздошной области кишечное содержимое часто попадает в указанную рану и способствует вторичному инфицированию брюшной полости. Кроме того, затрудняется уход за стомой, становится очень трудным наложение мешков и калоприемников. Это связано с тем, что неровный рельеф этих мест не дает возможность плотного прилегания калоприемников к стенке живота, что часто ведет истечению кишечного отделяемого мимо них и развитию постстомических осложнений. У детей в положении лежа на спине в связи с возрастными особенностями конфигурации живота в подвздошных областях образуются ямки, и при наличии здесь кишечной стомы кишечное содержимое часто стекает в сторону лапаротомной раны. Это, как известно, приводит к нагноению и расхождению раны с возможным развитием эвентрации петель кишечника. А ушивание стенки выведенных кишечных стом к париетальной брюшине, апоневрозу и коже образует замкнутое пространство, в мягких тканях препятствуя оттоку воспалительного экссудата выделяющегося из инфильтрированной флегмонозно-измененной стенки кишечника. Это в свою очередь ведет к нагноению парастомической раны со всеми вытекающими последствиями.

Целью нашего изобретения является разработка нового способа энтеростомии у детей, которая обеспечивало бы эффективный уход за ним и предупреждало развития постстомических осложнений.

Поставленная цель достигается путем разработки нового способа энтеростомии в правой боковой стенке живота у детей с фиксированием его стенки с апоневрозом и кожей атравматическими швами.

Заявленный способ от прототипа отличается

ся тем, что после пересечения наиболее пора

женного участка кишки между двумя заранее наложенных лигатур и мобилизации ее от брыжейки с сохранением ближайшей арки сплетений сосудов на протяжении 6 см энтеростому выводят отдельным разрезом вне лапаротомной раны в области правой боковой стенки живота. Ориентиром является точка пересечения двух линий проведенные по передне-подмышечной линии справа продольно до гребня крыла подвздошной кости и поперечной линии проведенной на уровне пупка. На Фиг.2. изображена предлагаемое нами место на передней брюшной стенке для выведения энтеростомы, где 1- передне-подмышечная линия, 2 – гребень подвздошной кости, 3 - пупок, 4 - поперечная линия, проведенная на уровне пупка, 5 точка пересечения двух линий соответствующий месте для выведения энтеростомы. Преимущество выведения кишечной стомы в указанной точке боковой стенки живота состоит в том, что при этом исключается повторное инфицирование раны и брюшной полости, так как на много уменьшается вероятность попадания кишечного отделяемого в лапаротомную рану и в рану подвздошной области предназначенное для дренирования брюшной полости. Кроме того, облегчается уход за стомой, появляется возможность плотно приложить калоприемник к стенке живота, как как рельеф в этой области ровный, наклоняется в наружную сторону и будет располагаться намного дальше от основной раны. Если повреждена малоподвижная часть кишки, то ее следует мобилизовать, так как кишка

должна быть выведена наружу без всякого натяжения.

Энтеростому можно вывести и в левую боковую стенку живота в указанной точке, если поврежденный участок кишки лежит в левой половине брюшной полости, где натяжение брыжейки выводимой кишки получается меньше. Для этого следует сначала провести пробу, протянув выделенный конец стомы к предполагаемому месту на брюшной стенке.

Длина разреза на брюшной стенке зависит от диаметра кишки вида стомы, и возраста детей (смотрите таблицу). Разрез должен быть продольным небольшим, строго соответствующим диаметрам выводимой наружу одной стомы или двух рядом расположенных кишечных стом. При излишнем отверстии кишка будет плохо срастаться с брюшной стенкой и рядом с ней может произойти эвентрация других кишечных петель. При чрезмерно узком отверстии, помимо пережатия просвета, окажется нарушенным отток крови от кишки, возникающий вследствие этого выраженный отек кишечной стенки будет способствовать постепенной тракции дополнительных участков кишки из брюшной полости наружу и развития некроза стомы.

После продольного разреза кожи и подкожной клетчатки. Мышцы не срезают, а раздвигают по ходу волокон. Брюшину протыкают острым зажимом и расширяют в продольном направлении.

Таблица. Определение длины разреза брюшной стенки для энтеростомии

Возраст	Вид энтеростомы	ростомы
больных	одноствольная	двуствольная
2-5-лет	2-2,5 см	3,5-4 см
5- 10 лет	3 см	4-5 см
10-15 лет	3,5 см	5-6 см

Энтеростому выводят с избытком на 6~8см, что облегчает сбор кишечного отделяемого и в какой-то степени предупреждает погружение стомы в брюшную полость. При выведении двуствольной стоме приводящий конец стомы располагают в верхнем углу раны, а отводящий конец в нижнем углу, смотрящими друг на друга брыжейками. При выведении одноствольной стомы его брыжеечный край должна смотреть нижний угол раны. Необходимо, следить за тем, чтобы выводимая кишка не перекручивалось вокруг своей брыжейки. Стенки кишечной стомы фиксируют с охватом его серозно-мышечного слоя шелковыми нитями № 4.0 или 5.0 с атравматичной иглой только к фасции наружной косой мышцы живота и коже 3 или 4 редкими узловыми швами на каждую стому. При незашивании стомы с париетальной брю-

шиной обеспечивается пассивный дренаж экссудату, скопившемуся между мягкими тканями и кишечной стомой, что предотвращает нагноение тканей энтеростомического окна и флегмоны передней брюшной стенки. Этому также способствует наложение редких швов к фасции наружной косой мышцы живота и коже. На Фиг.3. изображен больной с двуствольной энтеростомой, где 1 - приводящий конец стомы, 2 - отводящий конец стомы, 3 - брыжейки стом, 4 - узлы, фиксирующие стому к коже, 5 -разрезы в подвздошных областях для введения дренажей в брюшную полость, 6 - лапаротомная рана.

В приводящий отдел кишки заводят силиконовую трубку диаметром до 1 см с округленным слепым концом и множественными боковыми отверстиями на конце до начальных отде

лов тощей кишки. После операции стому окружают марлевой салфеткой густо смоченной левомесколовой мазью или стерильным вазелиновым маслом так чтобы не пережимать кишку. Салфетку необходима, прокапать маслом каждые 3-4 часа и менять каждый день до стихания гнойно-воспалительного процесса стенок кишечника и плотного прилипания ее к тканям брюшной стенки. Такая процедура, благоприятно воздействуя на стенки стомы, предотвращает ее от высыхания, травматизации и ускоряет процессы приживления. К тому же уменьшает риск отхождения стомы.

В первые 8-10 дней кишечное содержимое из стомы собирают в полихлорвиниловые гигиенические мешочки и удаляют. Тактическую ошибку допускают те хирурги, которые в первые же дни на энтеростому укрепляют фирменный калоприемник. Помимо механического, совершенно ненужного в это время воздействия на стому, калоприемник мешает ее достаточной аэрации, создает условия для постоянного затекания содержимого кишки в зону, окруженную герметизирующим кольцом. Мы рекомендуем применение калоприемника на 8-12 день после операции, когда больной выходит из тяжелого состояния и может ходить.

Пример: Больной Бобохонов Довуд 5 лет доставлен в клинику детской хирургии НМЦРТ машиной скорой помощи с подозрением на перитонит брюшнотифозной этиологии. Из анамнеза выяснилось, что болеет в течение двух недель. Получал лечение по поводу брюшного тифа назначенное участковым врачом, однако, без эффекта. Последние три дня состояние ребенка стало ухудшаться, по поводу чего вызвали машину скорой помощи. При поступлении состояние ребенка крайне тяжелое, сознание спутанное, на вопросы не отвечает. Температура тела 39°C. Кожные покровы бледные. Язык обложен грязным налетом. Сердечные тоны ясные, пульс до 140 ударов в минуту, артериальное давление 80/40 мм рт.ст. При осмотре живот вздут, не участвует в акте дыхания. При

пальпации больной беспокоится, симптомы раздражения брюшины положительные. На обзорной рентгенограмме определяется наличие свободного воздуха под куполами диафрагмы. После предварительной подготовки с диагнозом перфорация кишечника и распространенный перитонит больному проведена операция Лапаротомия, на котором выяснилось, что у больного развились множественные перфорации язв расположенных на терминальном отделе тонкого кишечника и картина общего перитонита. В связи, с чем проведена операция резекция пораженного участка кишечника, с выведением приводящего и отводящего концов кишечника по предложенному нами способу на боковую стенку живота. Проведена санация и дренирование брюшной полости. После операции уход за стомой проведена по вышеуказанному способу. В результате комплексного лечения перитонит ликвидировался, работа кишечника полностью восстановлена. Больной выписан с выздоровлением и спустя 6 месяцев проведена операция ликвидация энтеростомы с наложением анастомоза тонкого кишечника конец в конец. Больной выздоровел.

Такой способ энтеростомии использован нами у 66 больных на фоне распространенного перитонита. Осложнений в виде отхождения стомы в брюшную полость, нагноение стомической раны, ретракция, сужение стомы, парастомальные свищи не отмечалось ни у одного больного.

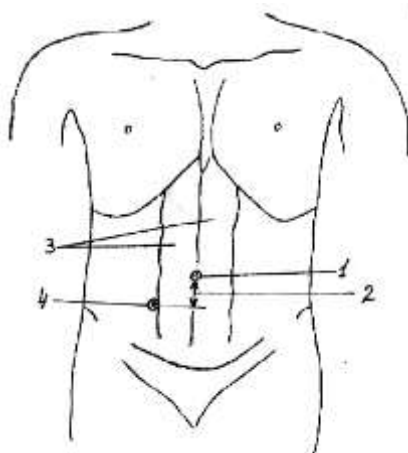
Таким образом, предложенный нами модифицированный и усовершенствованный способ наложения энтеростомии у детей в условиях распространенного перитонита является надежным способом, предотвращающим такие осложнения как: нагноение лапаротомной раны и мтеростомического окна, отхождение стомы в брюшную полость, ретракция, некроз и стриктуры стомы, парастомические грыжи и свищи. Для предотвращения осложнений очень важна четкое исполнение всех этапов этой операции.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

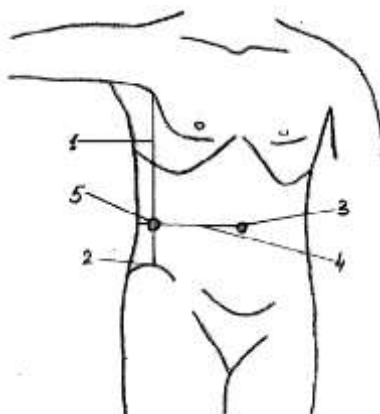
Способ формирования энтеростомии в условиях распространенного перитонита у детей, заключающееся в том, что пересекают наиболее пораженный участок кишки и выводят концы кишок на брюшную стенку вне лапаротомной раны, **отличающийся тем, что** энтеростому выводят в области правой или левой боковых стенок живота в точке пересечения двух линий, проведенных по передне-подмышечной

линии до гребня крыла подвздошной кости одноименной стороны и поперечной линии, проведенной на уровне пупка с избытком на 6-8 см и его стенки фиксируют с охватом серозно-мышечного слоя только к фасции наружной косой мышцы живота и кожи шелковыми нитями № 4,0 или 5,0 атравматичной иглой 3 или 4 редкими узловыми швами на каждую стому.

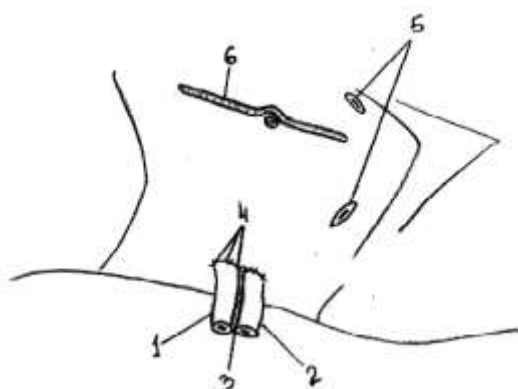
**СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ЭНТЕРОСТОМИИ В УСЛОВИЯХ РАСПРОСТРАНЕННОГО ПЕРИ-
ТОНИТА У ДЕТЕЙ**



Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3

Компьютерный набор: Назарова Дж.

Заказ

Тираж

Подписное

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