



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **193**

(51)) **МПК(2006)A61B 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

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

1

(21) 0800176

(22) 01. 02. 2008

(46) Бюл.52 (4), 2008

(71) Полвонов Ш.Б. (TJ).

(72) Полвонов Ш.Б. (TJ).

(73) Полвонов Ш.Б. (TJ).

**(54) СПОСОБ НАЛОЖЕНИЯ ИЛЕОЦЕКОАНА-
СТОМОЗА С РАЗГРУЗОЧНОЙ ИЛЕОСТОМОЙ
(ВАРИАНТЫ)**

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

При патологии терминального отдела тонкой кишки и илеоцекального угла резецируют пораженную часть тонкой кишки. Вблизи илеоцекального угла наглухо зашивают культя отводящей части тонкой кишки. Приводящую часть тонкой

2

кишки выводят через отдельный разрез в правую повздошную область (илеостома). По передней части слепой кишки, по ходу ленты, ставят анастомоз между тонкой и толстой кишками (илеоцекоанастомоз) и на 15 суток после операции илеостому ликвидируют.

При крайне тяжелом состоянии больного, после выведения приводящей части тонкой кишки через отдельный разрез в правую повздошную область (илеостома), дренируют брюшную полость. Через 1,5- 2 м-ца в правой повздошной области делают разрез и через этот доступ накладывают илеоцекоанастомоз бок-в-бок. На 7-8 суток после операции больной выписывается, а на 10-15 суток после выписки ликвидируется илеостома.

Изобретение относится к медицине, а именно к абдоминальной хирургии.

Аналогов заявленного изобретения не выявлено.

Целью изобретения является улучшение результатов илеоцекоанастомоза при патологии терминального отдела тонкой кишки и илеоцекального угла.

В зависимости от состояния больного способ осуществляется в два варианта.

Вариант 1

При поступлении больного с патологией терминального отдела тонкой кишки и илеоцекального угла резецируется пораженная часть тонкой кишки. Вблизи илеоцекального угла наглухо зашивается культи отводящей части тонкой кишки. Далее, приводящая часть тонкой кишки выводится через отдельный разрез в правую подвздошную область (илеостома). По передней части слепой кишки, по ходу ленты, ставится анастомоз между тонкой и толстой кишками (илеоцекоанастомоз). На 15 суток после операции илеостома ликвидируется.

Вариант 2 - при крайне тяжелом состоянии больного.

Резецируется пораженная часть тонкой кишки. Вблизи илеоцекального угла наглухо зашивается культи отводящей части тонкой кишки. Далее, приводящая часть тонкой кишки выводится через отдельный разрез в правую подвздошную область (илеостома). При этом дренируется брюшная полость.

Через 1,5- 2 м-ца, под внутривенном наркозе, в правой подвздошной области делается разрез. Через этот доступ накладывается илеоцекоанастомоз бок-в-бок и на 7-8 сутки после операции больной выписывается.

На 10-15 сутки после выписки, под местной анестезией, ликвидируется илеостома,

Приводим клиническое наблюдение:

1, Больной М, история болезни № 366, 38 лет поступил в клинику 12.09.2006, в 16 часов, через 14 часов от начала заболевания. Из анамнеза установлено, что абдоминальная боль появилась внезапно после поднятия тяжести. Пациент по профессии автослесарь, на работе поднял тяжелый предмет (двигатель автомобиля). Поначалу болевому синдрому особого внимания не придавал. По ухудшению общего состояния, усилению болей, появлению вздутия живота, тошноты и рвоты вызвал машину скорой помощи, на которой был доставлен в ГКБ№5. При госпитализации находился в состоянии алкогольного опьянения. В последующем при более тщательном сборе анамнеза установлено, что приблизительно за сутки до первоначального появления болей, также находясь в состоянии алкогольного опьянения, во время приема пищи случайно проглотил кусочек бараньей кости.

При поступлении состояние тяжелое, выраженная картина разлитого перитонита. Начата

предоперационная подготовка, которая продолжалась 1 час 20 мин. В 18 часов начато оперативное вмешательство. Операция выполнена под общим эндотрахеальным наркозом из средне-срединной лапаротомии. При ревизии брюшной полости установлено, что причиной разлитого перитонита является рваная рана с неровными, разорванными краями размером 3,0 x 4,0 см, расположенная в противобрыжечном крае тонкой кишки на расстоянии 5 см от илеоцекального угла. Вокруг раны стенка кишки синюшного цвета, из раны выделяется жидкое тонкокишечное содержимое. В правой подвздошной ямке, между петлями кишечника обнаружена кость длиной 3 см, диаметром у основания 2 см и у верхушки -0,3 см.

Учитывая выраженную картину разлитого калового перитонита, выполнена тщательная санация брюшной полости 8 литрами раствора фурациллина. Произведена резекция сегмента тонкой кишки, протяженностью около 10 см по обе стороны от имеющегося дефекта. Отводящий отрезок кишки ушит наглухо около ИЦК, а приводящий конец кишки выведен наружу через дополнительный разрез и в правой подвздошной области, где наложена концевая илеостома на уровне кожи.

Течение послеоперационного периода адекватное. Назначена антибактериальная, общеукрепляющая терапия, на протяжении 3 суток проводилось парентеральное питание. На 4 сутки послеоперационный парез кишечника разрешился, на 15 суток больной в удовлетворительном состоянии выписан с функционирующей концевой илеостомой.

Через 7 недель после больной госпитализирован для выполнения второго этапа оперативного вмешательства. При обследовании со стороны общих и биохимических показателей крови, анализа мочи существенных изменений не выявлено. Отмечалась нормохромная анемия легкой степени (Hb - 100 гр/л), некоторое повышение уровня фибрина (22) и фибриногена (333).

30.10.2006 года под общим обезболиванием разрезом в правой подвздошной области по нижнему краю илеостомы, длиной 10 см вскрыта брюшная полость. К ране предлежала слепая кишка. На 3 см проксимальнее илеостомы наложен илеоцекоанастомоз по методике клиники.

Рана зажила первичным натяжением. Несмотря на наличие илеостомы на 5 сутки после операции толстая кишка начала функционировать, что проявлялось отхождением газов и жидкого стула рег гесШт. Начиная с 12 суток, илеостому рыхло тампонируют мазевыми тампонами, отхождение газов и жидкого стула естественным путем постепенно увеличивались. Больной выписан на амбулаторное долечивание и наблюдение.

Через месяц после выписки пациент обратился за хирургической помощью для ликвидации илеостомы. При поступлении состояние удовлетворительное, прибавил в массе тела 3 кг, жалоб не

предъявляет. По илеостоме скудные выделения жидкого характера, тонкокишечные, периодические. Мацерация кожи и гиперемия значительно уменьшились. Со стороны лабораторных показателей клинически значимых изменений нет. После обследования больной под внутривенным наркозом оперирован, произведена внебрюшинная ликвидация кишечного свища путем 2-х слойного ушивания нитью на атравматической игле РО8-3/0. Течение послеоперационного периода гладкое, заживление раны первичным натяжением. При контрольном осмотре через 6 месяцев, 1 и 3 года после операции состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет.

2. Больная С. С., история болезни №69, 68 лет, поступил в клинику 07.03.2006 г. в 22 часов, через 24 часов от начала заболевания.

Из анамнеза установлено, что абдоминальная боль появилась внезапно среди полного здоровья. Лечилась самостоятельно дома различными обезболивающими средствами, но без эффекта. Состояние больной постепенно ухудшилось. Похудшению общего состояния, усилению болей, появлению вздутия живота, тошноты и рвоты вызвала машину скорой помощи, на которой была доставлена в ГКК города Душанбе.

При поступлении состояние больной крайне тяжелая, выраженная картина разлитого перитонита. Начата предоперационная подготовка, которая продолжалась 1 час 40 мин. В 23 часов 40 мин начато оперативное вмешательство. Операция выполнена под общим эндотрахеальным наркозом из средне-срединной лапаротомии. При вскрытии брюшной полости выделялся около 2000 мл гнойно-геморрагический выпот с нитями фибрина. Петли тонкого кишечника резко вздуты. При ревизии брюшной полости установлено, что причиной непроходимости и разлитого перитонита является сайки. Тонкая кишка на расстоянии 100 см от шеечного угла некротизирована. Выше странгуляционной борозды тонкий кишечник резко отечен, гиперемирован. Учитывая выраженную картину разлитого калового перитонита, выполнена тщательная санация брюшной полости 10 литрами раствора фурациллина. Произведена резекция терминального угла тонкой кишки на расстоянии 120 см. Отводящий отрезок кишки 2 см ушит наглухо около ИЦК, а приводящий конец кишки выведен наружу через дополнительный разрез и в правой подвздошной области, где наложена концевая илеостома на уровне кожи.

Течение послеоперационного периода адекватное. Назначена антибактериальная, общеукрепляющая, инфузионно-трансфузионная терапия. На 3 сутки послеоперационный парез кишечника разрешился, на 11 сутки больная в удовлетворительном состоянии выписана с функционирующей концевой илеостомой.

Через 8 недель после больной госпитализирована для выполнения второго этапа оперативного вмешательства. При обследовании со стороны общих и биохимических показателей крови, анализа мочи существенных изменений не выявлено. Отмечалась нормохромная анемия легкой степени (Hb - 100 г/л), некоторое повышение уровня фибрина (22) и фибриногена (333).

30.04.2006 года под общим обезболиванием разрезом в правой подвздошной области по нижнему краю илеостомы, длиной 10 см вскрыта брюшная полость. К ране предлежала слепая кишка. На 3 см проксимальнее илеостомы наложен илеоцекоанастомоз по методике клиники.

Рана зажила первичным натяжением. Несмотря на наличие илеостомы на 5 сутки после операции толстая кишка начала функционировать, что проявлялось отхождением газов и жидкого стула *рег rectum*. Начиная с 10 суток, илеостому рыхло тампонируют мазевыми тампонами, отхождение газов и жидкого стула естественным путем постепенно увеличивались. Больной выписан на амбулаторное долечивание и наблюдение.

Через месяц после выписки пациента обратился за хирургической помощью для ликвидации илеостомы. При поступлении состояние удовлетворительное, прибавила в массе тела 6 кг, жалоб не предъявляет. По илеостоме скудные выделения жидкого характера, тонкокишечные, периодические. Мацерация кожи и гиперемия значительно уменьшились. Со стороны лабораторных показателей клинически значимых изменений нет. После обследования больная под местной анестезии 0,5% раствором новокаина оперирована, произведена внебрюшинная ликвидация кишечного свища путем 2-х слойного ушивания нитью на атравматической игле PDS-3/0. Течение послеоперационного периода гладкое, заживление раны первичным натяжением. При контрольном осмотре через 6 месяцев, 1 и 3 года после операции состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет.

3. Больной А., история болезни № 36, 42 лет поступил в клинику 16.07.2006 г. с жалобами на наличие стомы в правой подвздошной области с кишечным выделением. Из анамнеза установлено, что в 10 января 2006 года оперирован в ГКБСМП города Душанбе по поводу брюшнотифозной перфорации тонкой кишки. Тогда же по тяжести состояния и тотального поражения терминального отдела тонкой кишки произведена резекция тонкой кишки с наложением илеостомы. Отводящая часть из-за короткости менее 1 см ушита наглухо.

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Гемодинамика в норме. При обследовании со стороны общих и биохимических показателей крови, анализа мочи существенных изменений не выявлено.

20.07.2006 года под общим обезболиванием разрезом в правой подвздошной области по ниж-

нему краю илеостомы, длиной 10 см вскрыта брюшная полость. К ране предлежала слепая кишка. На 3 см проксимальнее илеостомы наложен илеоцекоанастомоз по методике клиники.

7

193

Рана зажила первичным натяжением. Несмотря на наличие илеостомы на 4 сутки после операции толстая кишка начала функционировать, что проявлялось отхождением газов и жидкого стула per rectum. Начиная с 10 суток, илеостому рыхло тампонируют мазевыми тампонами, отхождение газов и жидкого стула естественным путем посте-

пенно увеличивались. По настаиванию больного на 15 сутки после операции под местной анестезии 0,55% р-ром оперирован, произведена внебрюшинная ликвидация кишечного свища путем 2-х

8

спайного ушивания нитью на атравматической игле PDS-3/0. Течение послеоперационного периода гладкое, заживление раны первичным натяжением. При контрольном осмотре через 6 месяцев, 1 и 3 года после операции состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

1. Способ наложения илеоцекоанастомоза с разгрузочной илеостомой, заключающийся в том, что при патологии терминального отдела тонкой кишки и илеоцекального угла резецируют пораженную часть тонкой кишки, вблизи илеоцекального угла наглухо зашивают культи отводящей части тонкой кишки, приводящую часть тонкой кишки выводят через отдельный разрез в правую повздошную область (илеостома), по передней части слепой кишки, по ходу ленты, ставят ана-

стомоз между тонкой и толстой кишками (илеоцекоанастомоз) и на 15 сутки после операции илеостому ликвидируют.

2. Способ по п. 1, **отличающийся тем, что** через 1,5- 2 м-ца в правой повздошной области делают разрез, через этот доступ накладывают илеоцекоанастомоз бок-в-бок, на 7-8 сутки после операции больного выписывают и на 10-15 сутки после выписки илеостому ликвидируют.

Компьютерный набор: Назарова Дж.

Заказ

Тираж

Подписное

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