



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К ПАТЕНТУ

(21) 04000809

(22) 06.02.2004

(46) Бюл.36 (4), 2004

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

(72) Сафаров А.С.(TJ); Сафаров Б.А.(TJ); Файзуллоева М,Ф. (TJ); Холов К.А. (TJ)

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

(56) 1. Ленюшин А.И. и др. Острый аппендицит у детей, М., Медицина, 1964, 88-89

2.RU 2150896 С1 (Богатов В.Ю., Марковский И.А.). 20.06.2000, описание стр.4

3. Баиров Г.А. Срочная хирургия детей, С-П-., Питер, 1997, с.160

4. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости, М., Медицина, 1996, с.186

5. Дробни Ш. Хирургия кишечника, BUDAPEST, Издательство академии наук Венгрии, 1983, с.32

6. Тошовски Вацлав. Острые процессы в брюшной полости у детей. Прага, Авиценум, медицинское издательство, 1987, с.110, 114, 120, 121, 134

7. US 5609597 (THEODOR LENRER), 11.03.1997, реферат

8. WO 9743957 (LEHRER THEODOR), 27.11.1997, реферат

(54) СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ЛЕВОСТОРОННЕГО АППЕНДИЦИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ КИШЕЧНИКА И БРЮШИНЫ

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и может быть использовано в общей хирургии.

Целью изобретения является предотвращение послеоперационных осложнений при остром левостороннем аппендиците, возникшем на фоне врожденной патологии кишечника и брюшины.

Поставленная цель достигается путем применения разработанного способа лечения острого левостороннего аппендицита у детей.

Способ заключается в полной лапаротомии по срединной линии передней брюшной стенки, аппендэктомии, рассечении и ликвидации врожденных тяжей-спаек, возвращение слепой кишки в правую половину живота, цекостомии или илеостомии (в зависимости от оперативной находки) с целью фиксации и декомпрессии кишечника.

Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и может быть использовано в общей хирургии.

Левосторонний острый аппендицит наблюдается у детей с врожденными патологиями кишечника, реже при избыточной подвижности правой половины толстой кишки (coecum mobili) и чаще при незавершенном повороте кишечника, где купол слепой кишки вместе с червеобразным отростком располагаются в левой подвздошной области.

Одновременно с врожденным незавершенным поворотом кишечника наблюдаются плоскостные спайки и тяжи брюшины в области Plica duodeno jeunalis, идущие к корню брыжейки, сдавливающие двенадцатиперстную кишку и печеночный изгиб толстого кишечника [1].

Дети, родившиеся с подобной аномалией, могут жаловаться: на частые боли в животе, тошноту, рвоту и неустойчивый стул. Они лечатся у врачей по поводу хронического расстройства пищеварения, дискинезии, целиакии, а иногда психопатии.

Нередко у этих детей может развиваться картина левостороннего острого аппендицита, где после установления диагноза операция аппендэктомия осуществляется известным левосторонним доступом [2].

Известен также способ, когда при оперативном вмешательстве по поводу острого аппендицита, где обнаружив левостороннее расположение слепой кишки с червеобразным отростком, зашивают первоначальный разрез справа и делают новый слева [3].

Указанный способ не позволяет произвести полную ревизию брюшной полости, в связи с чем остаются не диагностируемыми врожденные тяжи брюшины и незавершенный поворот кишечника, ставшие причиной послеоперационных осложнений в виде прогрессирования картины непроходимости кишечника и перитонита.

Целью заявленного изобретения является предотвращение послеоперационных осложнений при левостороннем остром аппендиците, возникших на фоне врожденной патологии кишечника и брюшины у детей.

Поставленная цель достигается тем, что оперативный доступ при левостороннем остром аппендиците осуществляется из полной срединной лапаротомии, что позволяет хирургу одновременно с аппендэктомией произвести полноценную ревизию в брюшной полости, установить аномалии желудочно-кишечного тракта, наличие спаек, тяжей брюшины и устранить их оперативным путем.

Суть данного способа заключается в применении различной хирургической тактики в зависимости от оперативной находки в брюшной полости. В случае обнаружения острого простого-катарального аппендицита или флегмоны червеобразного отростка без вовлечения в патологический процесс окружающих тканей, следует произвести аппендэктомию, рассечь все тяжи, сдавливающие начальный отдел тонкого кишечника, возвратить проксимальный отдел толстого кишечника в правую подвздошную область и создать цекостому через культю червеобразного отростка, с дренированием терминального отдела тонкого кишечника. Данный прием обоснован тем, что цекостомия с дренированием тонкого кишечника через культю червеобразного отростка обеспечивает декомпрессию кишечника и позволяет фиксировать слепую кишку в правую подвздошную область, этим предотвращается возможность перемещения кишечника в левую подвздошную область. Наряду с этим исключается расхождение швов культи червеобразного отростка, которое может возникнуть вследствие дилатации проксимального отдела толстого кишечника.

При поздней диагностике левостороннего острого аппендицита и развитии флегмонозно-гангренозного аппендицита, осложнившегося перитонитом и непроходимостью кишечника, предлагается создать (энтеростому) илеостому в правой половине брюшной стенки, что является сравнительно эффективным в налаживании работы кишечника, чем цекостомия.

Данный способ обоснован тем, что возникшие осложнения, перитонит и кишечная непроходимость, наряду с поражением стенки кишечника, приводят к тяжелым нарушениям микроциркуляции, к парезам и параличам кишечника, где цекостома не обеспечивает восстановление работы кишечника. В этих случаях создание илеостомы в начальном отделе подвздошной кишки, укорачивая путь продвижения кишечного содержимого, способствует декомпрессии и раннему восстановлению работы кишечника.

Пример: Рустамов Мухриддин, 9 лет (история болезни №1775), обратился по поводу болей в животе, тошноте и однократной рвоте. Согласно анамнезу болезни, со слов родителей мальчик, с годовалого возраста страдает хроническим расстройством пищеварения. В течение 8-лет каждые 6-10 дней наблюдалась рвота, после которого его самочувствие несколько улучшалось. Лечился по поводу гастрита, энтероколита, гельминтоза, гипотрофии.

После установления левостороннего аппендицита, мальчик оперирован левосторонним доступом. Удален флегмонозно измененный отросток. На 7-й день после операции отмечено ухудшение состояния, нарастает картина разлитого перитонита, и спустя 10 дней после первой операции повторно оперируется. Производится широкая лапаротомия по средней линии, на операции установлено расхождение культи червеобразного отростка, картина разлитого гнойного перитонита и огромный желудок, достигающий до полости малого таза. Хирурги центральной районной больницы, подумав о пилоростенозе и гастроптозе, ликвидировали кишечный свищ, санировали брюшную полость и подшили желудок к брюшине и дренировали брюшную полость. В послеоперационном периоде нарастала картина кишечной непроходимости, обусловленной врожденным незавершенным поворотом кишечника, спайками, тяжами брюшины и перитонитом.

Учитывая сложность патологического процесса, нарастающей картины непроходимости кишечника и истощения организма мальчик был доставлен к нам. При поступлении состояние ребенка крайне тяжелое, выраженная кахексия, подкожная жировая клетчатка отсутствует, кожные покровы бледные. Имеются клиникрентгенологические данные непроходимости кишечника. Вес у больного 15-кг при должном 24,4 кг, а дефицит веса составляет 39%.

В клинике начата предоперационная подготовка с одновременным контрастным исследованием желудочно-кишечного тракта (Фиг.1), где диагностировано резкое увеличение желудка до выхода в полость малого таза (б), картина непроходимости кишечника. С риском 6-ой степени по жизненным показаниям мальчик оперирован. Произвели третью операцию, релапаротомию по поводу кишечной непроходимости на фоне общего перитонита. На операции установлен перитонит, резко выраженный спаечный процесс, после постепенной санации брюшной полости разъединение рыхлых спаек; установлено, что слепая кишка увеличена в размере, застойная, находится в левой подвздошной области (в), припаянная к операционной ране воспалительным инфильтратом. Двенадцатиперстная кишка и начальный отдел подвздошной кишки вместе с печеночным углом толстого кишечника сдавливаются мощными врожденными тяжами брюшины, идущими от *plica duodeno jejunalis* к брыжейке толстого кишечника (а). Этим оно создалась непроходимость в начальном отделе тонкого кишечника и печеночном угле толстого кишечника, которые усиливались после развития перитонита и спаечного процесса приводящего к полной непроходимости кишечника.

Операция заключалась в освобождении всех спаек и рассечении врожденных тяжей, возвращении купола слепой кишки в правую подвздошную область и илеостомии. Операция закончилась санацией и дренированием брюшной полости с налаживанием метода лаважа брюшной полости.

Послеоперационный период протекал очень тяжело, операционная рана полностью нагноилась и расходилась местами до 10-15см. Эвентрации петли кишок не возникло благодаря использованию устройства для фиксации краев раны и образовавшихся спаек. Проводилась комплексная интенсивно корригирующая терапия с налаживанием особого ухода. Благодаря этому брюшная полость постепенно очистилась от гноя, пассаж кишечника восстановился по энтеростоме. Рана на передней брюшной стенке постепенно и частично восстанавливается за счет кожи. Мальчик прибавил в весе на 7кг (в настоящее время 22кг). Выписан домой в удовлетворительном состоянии.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

1. Способ лечения острого левостороннего аппендицита у детей с врожденной патологией кишечника и брюшины, включающий удаление червеобразного отростка, **отличающийся тем, что** производят полную лапаротомию по срединной линии брюшной стенки, ликвидируют тяжи и спайки, создают фиксацию и декомпрессию кишечника цекостомией в правой подвздошной области.

2. Способ лечения осложнений при остром левостороннем аппендиците у детей с врожденной патологией кишечника и брюшины, включающий удаление червеобразного отростка, **отличающийся тем, что** производят полную лапаротомию по срединной линии брюшной стенки, ликвидируют тяжи и спайки, создают фиксацию и декомпрессию кишечника илеостомией в правой подвздошной области.