

(19) **KG** (11) **1118** (13) **C1** (46) **31.12.2008**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПАТЕНТНАЯ СЛУЖБА
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ(51) *A61B 17/00* (2006.01)**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ****к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)**

(21) 20070076.1

(22) 31.05.2007

(46) 31.12.2008, Бюл. №12

(76) Мамакеев М.М., Бектуров Ж.Т., Сыргаев Д.Т. (KG)

(56) Патент RU №2269314, кл. A61B 17/00, 2006

(54) Способ резекции подвздошной кишки с наложением илеоасцендостомии с управляемой илеостомой

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии, и может быть использовано для оперативного лечения больных с острыми заболеваниями брюшной полости для формирования илеоколоанастомоза. Задача изобретения заключается в создании способа формирования управляемой илеостомы на отводящий конец подвздошной кишки после резекции тонкой кишки с наложением поперечной инвагинационной илеоасцендостомии. Поставленная задача решается в способе резекции подвздошной кишки с наложением илеоасцендостомии с управляемой илеостомой, где на расстоянии 6-8 см от илеоцекального угла при сохранении жизнеспособности терминального отдела подвздошной кишки накладывают управляемую илеостому на отводящий конец с последующей интубацией слепой и восходящей ободочной кишки после резекции нежизнеспособной части тонкой кишки с созданием поперечной инвагинационной илеоасцендостомии по типу «конец в бок» с временным назоеюнальным зондированием. Дренажную трубку из илеостомы удаляют по мере восстановления перистальтики кишечника, т. е. на 5-е сутки, после чего управляемая илеостома закрывается самостоятельно в течение недели. 1 п. ф., 1 пр., 1 ил.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургической гастроэнтерологии, и может быть использовано при лечении острых заболеваний брюшной полости для формирования илеоколоанастомоза.

Известно, что большинство операций на тонком кишечнике при острых заболеваниях брюшной полости, проведенных в условиях экстренной хирургии, завершается наложением межкишечных анастомозов типа «конец в конец», «конец в бок», «бок в бок».

Три вышеуказанных вида кишечных анастомозов и их наложение во многом зависят от характера хирургической патологии тонкого кишечника и ее локализации. Однако следует отметить, что в момент выполнения этих анастомозов невозможно точно определить границы жизнеспособности приводящего и отводящего отделов тонкого кишечника, а также невозможно создать декомпрессию в области анастомоза. Поэтому нередко в области этих анастомозов развиваются нестойкость и перитонит, больные подвергаются повторному оперативному вмешательству.

Адекватная хирургическая техника наложения анастомоза и эффективная декомпрессия кишечника – это освобождение его от токсического содержимого и газов. Способы декомпрессии кишечника, применяемые при оперативных вмешательствах, разнообразны, и их выбор зависит, в первую очередь, от характера патологии брюшной полости, выраженности пареза кишечника,

(19) **KG** (11) **1118** (13) **C1** (46) **31.12.2008**

изменений кишечной стенки и места локализации участка некроза. Декомпрессия способствует улучшению кровоснабжения, облегчает восстановление нормальной перистальтики кишечника, уменьшает интоксикацию организма. Исходя из вышеизложенного, одним из возможных путей повышения эффективности оперативного вмешательства и выздоровления больных с осложненной острой низкой тонкокишечной непроходимостью является разработка наилучших методов и способов анастомозов и декомпрессии кишечника.

Известен способ формирования одноствольной илеостомы по Бруку (Балтайтис Ю.В. Обширные резекции толстой кишки. – К.: Здоровье, 1990. – С. 106-109), включающий на начальном этапе пересечение тонкой кишки, выведение на переднюю брюшную стенку одноствольной илеостомы и формирование на восстановительном этапе илеоколоанастомоза. Недостатком данного способа является необходимость выполнения на восстановительном этапе срединной лапаротомии, при этом при наличии в брюшной полости спаечного процесса требуются выполнение энтеролиза с последующей назоинтестинальной интубацией и формирование между петлями тонкого и толстого кишечника анастомоза двухрядными швами. Все это приводит к увеличению травматичности и длительности операции, повышается риск развития послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Наиболее близким по совокупности существенных признаков к заявляемому изобретению является способ формирования одноствольной илеостомы (Тотиков В.З., Амриллаева В.М., Калицова М.В. Бюл. №4., 2006), включающий на начальном этапе пересечение тонкой кишки, выведение на переднюю брюшную стенку одноствольной илеостомы и формирование на восстановительном этапе илеоколоанастомоза.

Недостатком прототипа является необходимость выполнения повторной операции для ликвидации одноствольной илеостомы, при этом при наличии в брюшной полости спаечного процесса требуется выполнение энтеролиза и формирование илеоколоанастомоза двухрядными швами. Все это приводит к увеличению травматичности и длительности операции, повышается риск развития послеоперационных осложнений и летальных исходов.

Задача изобретения заключается в создании способа формирования управляемой илеостомы на отводящий конец подвздошной кишки после резекции тонкой кишки с наложением поперечной инвагинационной илеоасцендостомии.

Поставленная задача решается в способе резекции подвздошной кишки с наложением илеоасцендостомии с управляемой илеостомой, где на расстоянии 6-8 см от илеоцекального угла при сохранении жизнеспособности терминального отдела подвздошной кишки накладывают управляемую илеостому на отводящий конец с последующей интубацией слепой и восходящей ободочной кишки после резекции нежизнеспособной части тонкой кишки с созданием поперечной инвагинационной илеоасцендостомии по типу «конец в бок» с временным назоюнальным зондированием (фиг. 1).

Дренажную трубку из илеостомы удаляют по мере восстановления перистальтики кишечника, т. е. на 5-е сутки, после чего управляемая илеостома закрывается самостоятельно в течение недели.

Методика оперативного вмешательства состоит из следующих этапов:

1. Пересечение или резекция кишки на участке предполагаемого формирования стомы и удаления содержимого кишечника типичным способом;

II. Наложение инвагинационного поперечного илеоасцендоанастомоза по типу «конец в бок»;

III. Аппендэктомия;

IV. Формирование столбиковой илеостомы из отводящего участка подвздошной кишки с интубацией слепой и восходящей ободочной кишки.

Формирование столбиковой илеостомы включает следующие моменты:

1. Наложение непрерывного обвивного шва через все слои кишечной трубки, который вначале используется в качестве фиксатора;

2. Интубация слепой и восходящей ободочной кишки через отводящий конец подвздошной кишки и Баугиниеву заслонку;

3. Затягивание и завязывание первого шва вокруг дренажной трубки;

4. Наложение кисетного серозно-мышечного шва капроном ниже первого на 1-1.5 см и образование инвагинационной стомы;

5. Фиксация кишечной трубки, несущей стому к париетальной брюшине узловыми швами с захватом в шов апоневроза передней брюшной стенки вокруг декомпрессионного дренажа;

6. Фиксация дренажа к коже.

Пример: больная Б., 24 года, поступила в Национальный хирургический центр (НХЦ) с типичной клинической картиной острой кишечной непроходимости. Перитонит. Беременность 17-18 нед. Мертвый плод.

Была оперирована: Лапаротомия. Резекция тонкого кишечника с наложением илеоасцендостомии по типу «конец в бок» и управляемой илеостомой. Санация и дренирование брюшной полости. Был выставлен клинический диагноз: Спаечная болезнь органов брюшной полости. Острая спаечная обтурационно-странгуляционная тонкокишечная непроходимость с некрозом петли тонкого кишечника. Разлитой гнойный перитонит, терминальная фаза. Токсический шок. Беременность 17-18 нед. Мертвый плод.

В послеоперационном периоде состояние больной было тяжелым. Сохранились явления интоксикации и пареза кишечника до 3-х суток, после которого произошел самопроизвольный выкидыш мертвым плодом.

Больной в течение 5-ти суток проводилась интенсивная реанимационная терапия. На 4 сутки появилась перистальтика кишечника, и были удалены назоюнональный зонд и дренажные трубки из брюшной полости. В течение 6 суток интубированный через илеостому толстый кишечник промывался теплым раствором фурациллина или физиологическим раствором, удалялось содержимое кишечника, после чего вследствие исчезновения явлений перитонита и наличия скудного серозного отделяемого из кишечника интубационная трубка была удалена.

В последующем больной проводились обычные перевязки по обработке швов и на 12 сутки швы были сняты вследствие заживления послеоперационной раны первичным натяжением. На 15 сутки больная была выписана с закрывшейся илеостомой.

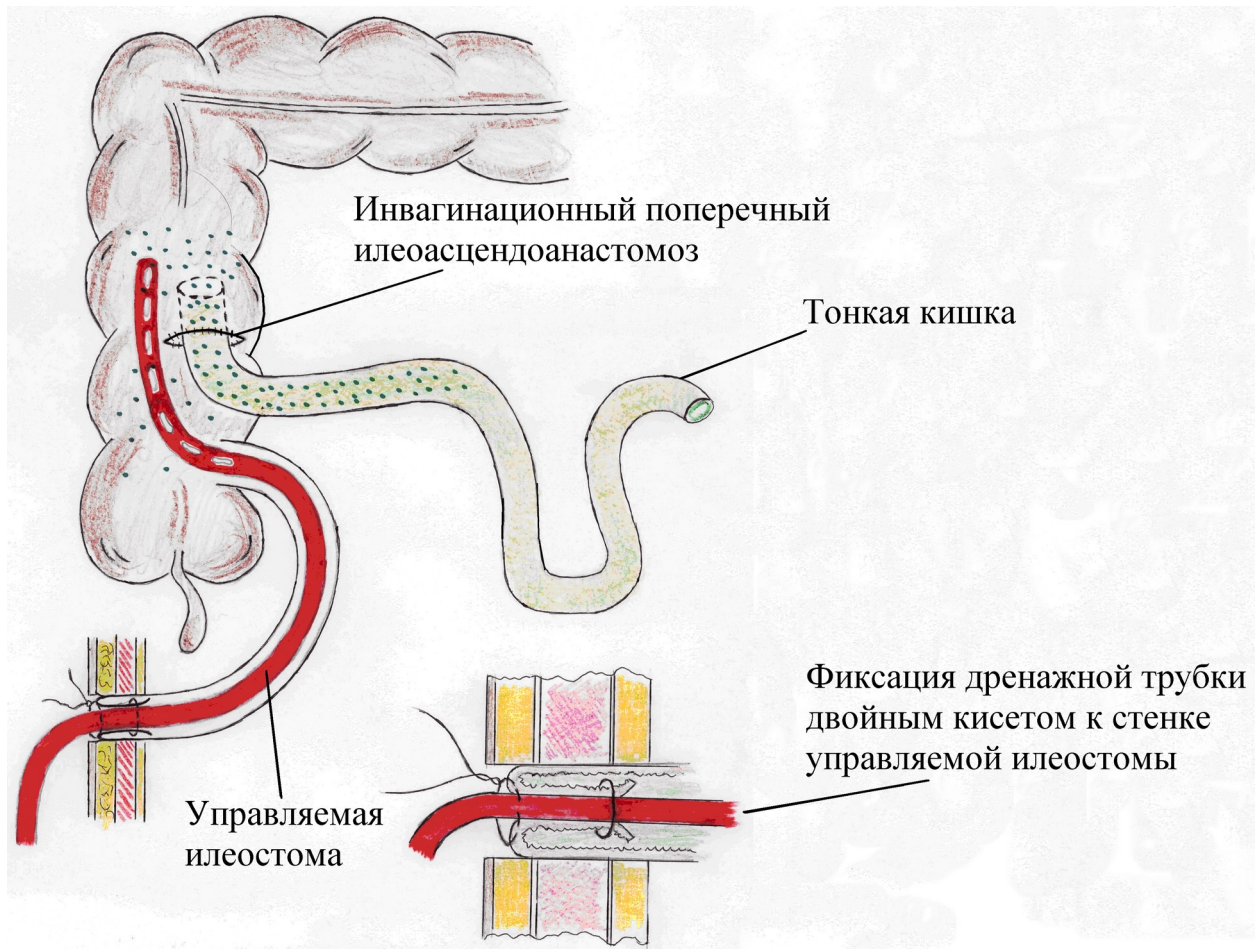
На ирригоскопии: контраст заполняет равномерно все отделы толстого кишечника. Левые отделы умеренно деформированы. Смещаемость низкая, гаустрация левых отделов сглажена. После опорожнения кишечника сохраняются следы контраста.

Лечение предлагаемым способом проведено 18 больным, у которых была отмечена эффективность оперативного вмешательства и наблюдалось полное выздоровление.

Существенными признаками предложенного способа являются создание наилучшей декомпрессии толстого и тонкого кишечника путем интубационной илеостомии отводящего отдела подвздошной кишки в условиях перитонита; сохранение илеоцекального угла – регулятора моторно-эвакуаторной деятельности желудочно-кишечного тракта, анатомо-физиологичности кишечника; возможность местного энтерального лечения толстого отдела кишечника через интубационную илеостому; улучшение качества жизни больного в послеоперационном периоде, т.к. отсутствует каловое отделяемое из илеостомы; самостоятельное раннее закрытие илеостомы после удаления дренажной трубки и разрешение явлений перитонита; уменьшение сроков пребывания больного в стационаре и, следовательно, расходов на лечение; отсутствие необходимости повторного оперативного вмешательства.

Формула изобретения

Способ резекции подвздошной кишки с наложением илеоасцендостомии с управляемой илеостомой, включающий выведение на переднюю брюшную стенку терминального конца подвздошной кишки, наложение серозно-мышечных швов между стенками восходящей ободочной и тонкой кишками для формирования илеоколоанастомоза, наложение инвагинационного поперечного илеоасцендоанастомоза по типу "конец в бок", формирование одностольной илеостомы, отличающийся тем, что в условиях перитонита создается декомпрессия толстого и тонкого кишечника путем интубационной илеостомии с сохранением илеоцекального угла и самостоятельным закрытием управляемой илеостомы.



Фиг 1. Илеоасцендостомия с управляемой илеостомой с двойным кистетным швом.

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Торобекова М.А.
Чекиров А.Ч.

Государственная патентная служба КР, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 680819, 681641; факс: (312) 681703