



(19) KG (11) 2047 (13) C1  
(51) A61B 21/00 (2018.01)

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ И  
ИННОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)**

(21) 20170041.1

(22) 12.04.2017

(46) 31.05.2018, Бюл. № 5

(76) Омурбеков Т. О.; Тазабеков Р. А. (KG)

(56) Патент RU № 2095027, кл. A61B 17/00, 1997

**(54) Способ хирургического лечения болезни Гиршпрунга**

(57) Изобретение относится к медицине, в частности к детской хирургии, и может быть применено в детской колопроктологии.

Задачей изобретения является разработка способа лечения болезни Гиршпрунга, обеспечивающего снижение травматичности операции за счет сохранения питающей ножки и снижение инвазивности оперативного вмешательства.

Поставленная задача решается в способе хирургического лечения болезни Гиршпрунга, включающем интраабдоминальную резекцию аганглионарной зоны, формирование анастомоза вне брюшной полости ниже переходной складки брюшины, характеризующемся тем, что создают V-образный анастомоз с сохранением питающей ножки.

1 н. п. ф., 2 пр.

Изобретение относится к медицине, в частности к детской хирургии, и может быть применено в детской колопроктологии.

Известен способ хирургического лечения болезни Гиршпрунга у детей, при котором создается анастомоз кишки «конец в конец» между низведенной толстой кишкой и дистальным участком слизистого футляра прямой кишки с последующим закрытием зоны анастомоза мышечной оболочкой (Патент RU № 2095027, кл. A61B 17/00, 1997). Недостаток данного способа заключается в образовании анастомозитов, несостоятельности анастомоза и наличии дополнительного, травматичного этапа операции - заднесагитального разреза.

Операция Ребейна заключается в интраабдоминальной резекции аганглионарной зоны с формированием анастомоза вне брюшной полости ниже переходной складки брюшины. К недостаткам данной методики можно отнести возможность сохранения части аганглионарной зоны в проксимальном отделе прямой кишки, а также возникновение воспалительного процесса в области анастомоза (Исаков Ю. Ф. Степанов Э. А. Красовская Т. В. Абдоминальная хирургия у детей. - М.: «Медицина», 1988. - С. 203).

Известный способ обладает рядом недостатков: в связи с демукозацией участка прямой кишки имеется высокий риск кровотечения, при операции накладывается кишечный анастомоз «конец в конец», что, свою очередь, может в дальнейшем привести к рубцеванию зоны анастомоза (повторное сужение).

Задачей изобретения является разработка способа лечения болезни Гиршпрунга, обеспечивающего снижение травматичности операции путем сохранения трофики зоны анастомоза и снижение инвазивности оперативного вмешательства.

Поставленная задача решается в способе хирургического лечения болезни Гиршпрунга, включающем интраабдоминальную резекцию аганглионарной зоны, формирование анастомоза вне брюшной полости ниже переходной складки брюшины, характеризующемся тем, что создают V-образный анастомоз с сохранением питающей ножки.

Способ осуществляют следующим образом.

При ревизии отводящего отдела колостомы во время второго этапа хирургической коррекции визуально проводят оценку состояния кишки и ее длины. Так же проводится ревизия оставленной раннее «метки». Тщательно осматривают длину аганглиоза и проводят резекцию зоны аганглиоза до здорового участка кишки. Далее на проксимальном и дистальном отделах кишки выкраивают V-образный лоскут с последующим наложением однорядного кишечного шва. Во время операции пересекают верхнюю прямокишечную артерию. Обязательным аспектом является сохранение средней и нижней прямокишечной артерии. Данный сосуд в дальнейшем, питая место наложения анастомоза, будет препятствовать дальнейшему рубцеванию.

#### Пример 1.

Больной, Т. уулу, история болезни № 4253, поступил 12.04.11 в возрасте 6 лет с жалобами на наличие колостомы. Из анамнеза: ребенок с рождения страдает хроническими запорами. Восемь месяцев назад в ГДКБ СМП при проведении ирригографии была диагностирована болезнь Гиршпрунга, ректосигмоидальная форма. После предварительной подготовки в качестве I этапа оперативной коррекции была наложена колостома. Согласно предложенному методу лечения после срединной лапаротомии проведена ревизия отводящего отдела колостомы, при которой обнаружена ректосигмоидальная зона аганглиоза. Произведена резекция измененного участка кишки, на дистальном и проксимальном участке выкраивается V-образный лоскут и создается V-образный анастомоз с наложением однорядного узлового кишечного шва при наличии колостомы. Брюшная полость послойно закрывается и ребенок через сутки переводится в отделение с отделения общей реанимации.

На десятые сутки кожные швы удаляются, ребенок выписывается домой с улучшением с сохранением колостомы. Спустя три месяца ребенок вновь госпитализируется, при проведении контрольной ирригографии с контрастом зоны аганглиоза не обнаруживается и, в качестве заключительного этапа хирургической коррекции, колостома закрывается с анастомозом «конец в конец». В послеоперационном периоде отмечается стабильный пассаж кишечного содержимого.

#### Пример 2.

Больной, А. М., история болезни № 4818, поступил 09.04.12 в возрасте 2 лет 3 месяцев с жалобами, со слов мамы, на наличие колостомы. В качестве первого этапа оперативного лечения болезни Гиршпрунга была наложена колостома. При проведении ирригографии через отводящий отдел диагностирована ректосигмоидальная форма болезни Гиршпрунга. После срединной лапаротомии обнаружена ректосигмоидальная форма аганглиоза. Произведена резекция измененного участка кишки, на дистальном и проксимальном участке выкраивается V-образный лоскут и создается V-образный анастомоз с наложением однорядного узлового кишечного шва при наличии колостомы. Брюшная полость послойно закрывается и ребенок через сутки переводится в отделение с отделения общей реанимации.

На десятые сутки кожные швы удаляются, ребенок выписывается домой с улучшением, с сохранением колостомы. Спустя три месяца ребенок вновь госпитализируется, при проведении контрольной ирригографии с контрастом зоны аганглиоза не обнаруживается и, в качестве заключительного этапа хирургической коррекции, колостома закрывается с анастомозом «конец в конец». В послеоперационном периоде отмечается стабильный пассаж кишечного содержимого.

#### **Формула изобретения**

Способ хирургического лечения болезни Гиршпрунга, включающий интраабдоминальную резекцию аганглионарной зоны, формирование анастомоза вне брюшной полости ниже переходной складки брюшины, о т л и ч а ю щ и й с я тем, что создают V-образный анастомоз с сохранением питающей ножки.

Выпущено отделом подготовки материалов

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03