

(19) **KG** (11) **392** (13) **C1**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ ПРИ
ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(51)⁷ **A61B 17/00**

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к предварительному патенту Кыргызской Республики

(21) 980078.1

(22) 24.06.1998

(46) 30.09.2000, Бюл. №3

(71)(73) Кыргызская государственная медицинская академия (KG)

(72) Майтиков К.К., Кононов В.С. (KG)

(56) Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта - М.: Медицина, 1987. - С. 87-92

(54) **Способ пластики илеорефлюкса у детей**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии, и может быть использовано при лечении илеорефлюкса у детей. Для предупреждения рецидивов заболевания терминальный отдел подвздошной кишки сбаривают на расстоянии 3 - 4 см от илеоцекального угла, после чего его погружают вглубь слепой кишки на 2- 3 см. 2 ил., 1 пр.

Изобретение относится к медицине, а имени к детской хирургии и может быть использовано при лечении илеорефлюкса у детей.

Известен способ хирургической коррекции недостаточности илеоцекального аппарата путем пластики илеорефлюкса, заключающейся в резекции терминального отдела подвздошной кишки и внедрение ее в просвет слепой кишки "конец в бок" (Витебский Я.Д. Клапанные анастомозы в хирургии пищеварительного тракта. -М.: Медицина, 1987. - 87 с.

Однако при резекции терминального отдела подвздошной кишки резко нарушается моторная деятельность кишечника, и одновременно угнетаются процессы всасывания, что у 20 % больных приводит к рецидиву, а именно повторному забросу содержимого слепой кишки в подвздошную.

Задача изобретения предупреждение рецидивов путем исключения повторного заброса содержимого слепой кишки в подвздошную.

Задача осуществляется путем сбаривания терминального отдела подвздошной кишки на расстоянии 3-4 см от илеоцекального угла и погружения ее в слепую кишку на 2-3 см вглубь с последующей фиксацией.

На фиг. 1. - слепая кишка 1, терминальный отдел подвздошной кишки 2, сбаривающие швы 3, илеоцекальный угол 4, культия червеобразного отростка 5; на фиг. 2. - фиксация серо-серозными швами 6, просвет в слепую кишку после операции 7.

Способ осуществляется следующим образом. Разрезом по Волковичу - Дьяконову справа осуществляется доступ в брюшную полость. Производят ревизию кишечника и выводят в рану илеоцекальный угол 4 с червеобразным отростком 5 и терминальным отделом подвздошной кишки 2. Производят аппендэктомию обычным методом с рассечением спаек и тяжей между червеобразным отростком и подвздошной кишкой. На терминальный отдел подвздошной кишки в илеоцекальном углу на расстоянии 3-4 см накладывают в 3-х местах сбавивающие швы 3 и погружают в слепую кишку, фиксируя серо-серозными швами 6. Рану послойно ушивают наглухо. Просвет в слепую кишку после операции 7 составляет 1.6-1.8 см.

Пример. Больная А., 13 лет, поступила с подозрением на острый аппендицит, жалобы на боли в правой подвздошной области, однократную рвоту и повышение температуры тела. Из анамнеза выявлено, что больна около 2 лет, когда появились боли в правой подвздошной области. Со временем боли участились, стали интенсивными. Последние 6 месяцев болевой синдром 2-3 раза в неделю, сопровождался рвотой и повышением температуры тела до субфебрильных цифр. Трижды доставлялась в хирургическое отделение с подозрением на острый аппендицит.

При поступлении определялась локальная болезненность в правой подвздошной области без симптомов раздражения брюшины. Пальпировалась урчащая болезненная слепая кишка. В ходе динамического наблюдения острый аппендицит был исключен и заподозрен илеорефлюкс. Произведено обследование. Во время ирригоскопии выявлен заброс контрастного вещества в тонкую кишку на более 30 см. С учетом данных анамнеза, объективного обследования и рентгенологического исследования выявлены показания к оперативному лечению.

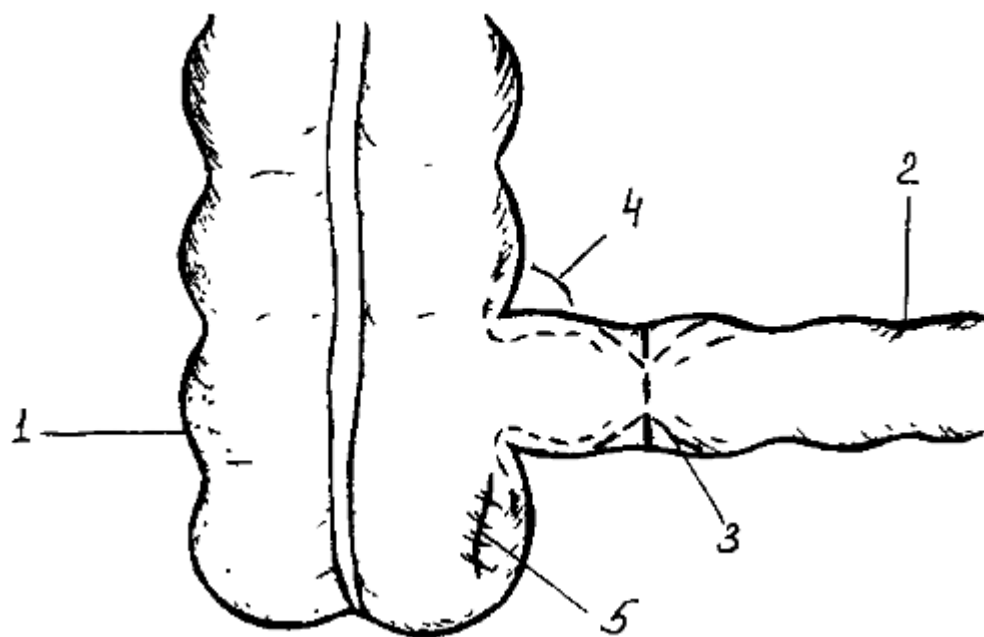
Во время операции обнаружено, что просвет в слепую кишку пропускает 2 пальца. Выражены явления мезаденита. Произведена аппендэктомия и пластика илеоцекального запирающего аппарата по изложенной выше методике. Просвет в слепую кишку составлял 0.6 см.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Пациентка осмотрена через 3 месяца, жалоб не предъявляет, живот при пальпации безболезненный, контрольная ирригоскопия показала - заброса контрастного вещества нет.

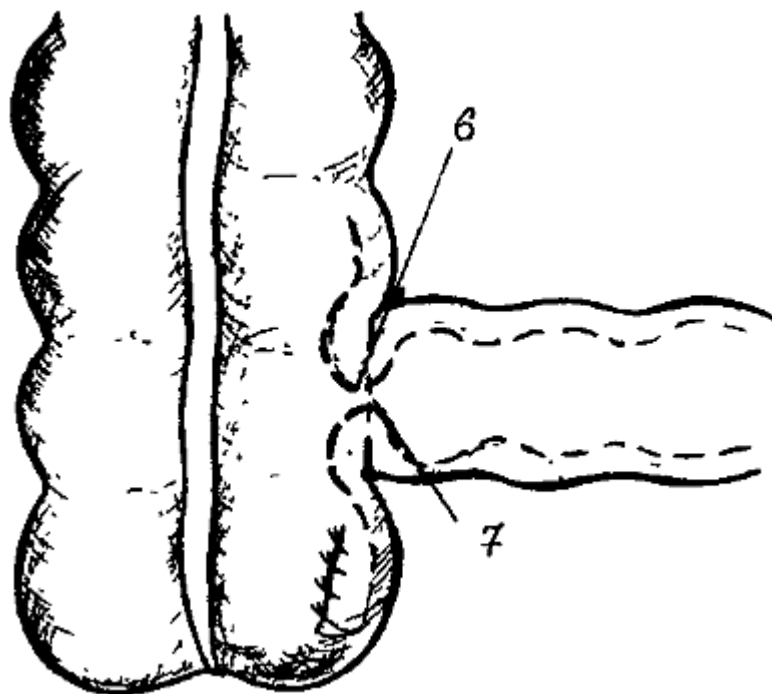
Таким образом, изобретенный способ пластики илеорефлюкса позволяет предупредить обратный заброс содержимого слепой кишки в подвздошную и избежать рецидива заболевания.

Формула изобретения

Способ пластики илеорефлюкса путем внедрения терминального отдела подвздошной кишки в слепую кишку, отличающийся тем, что до внедрения осуществляют сбавивание терминального отдела подвздошной кишки на расстоянии 3 - 4 см от илеоцекального угла, после чего его погружают вглубь слепой кишки на 2 - 3 см.



Фиг. 1



Фиг. 2

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Кожомкулова Г.А.
Арипов С.К.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03