



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **69386** (13) **U**
(51) МПК
A61B 17/52 (2006.01)

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2011 12513</p> <p>(22) Дата подання заявки: 25.10.2011</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.04.2012</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.04.2012, Бюл.№ 8</p>	<p>(72) Винахідник(и): Гриценко Микола Іванович (UA), Гриценко Євген Миколайович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): Гриценко Микола Іванович, вул. Халтуріна, 21, кв. 6, м. Полтава, 36038 (UA), Гриценко Євген Миколайович, вул. Халтуріна, 21, кв. 6, м. Полтава, 36038 (UA)</p>
---	--

(54) СПОСІБ ГАСТРОСТОМІЇ

(57) Реферат:

Спосіб гастростомії включає лапаротомію, розтин шлунку та введення в шлунок трубки, що виводиться на передню черевну стінку через окремий розтин. Виконують хрестоподібний розтин на передній стінці шлунку до слизової, мобілізують чотири трикутні серозно-м'язеві клапті, накладають кисетний шов біля основ трикутників. Шлунок фіксують до передньої стінки живота за допомогою серозно-м'язевих трикутних клаптів, фіксуючи їх вершини до шкіри вузловими швами.

UA 69386 U

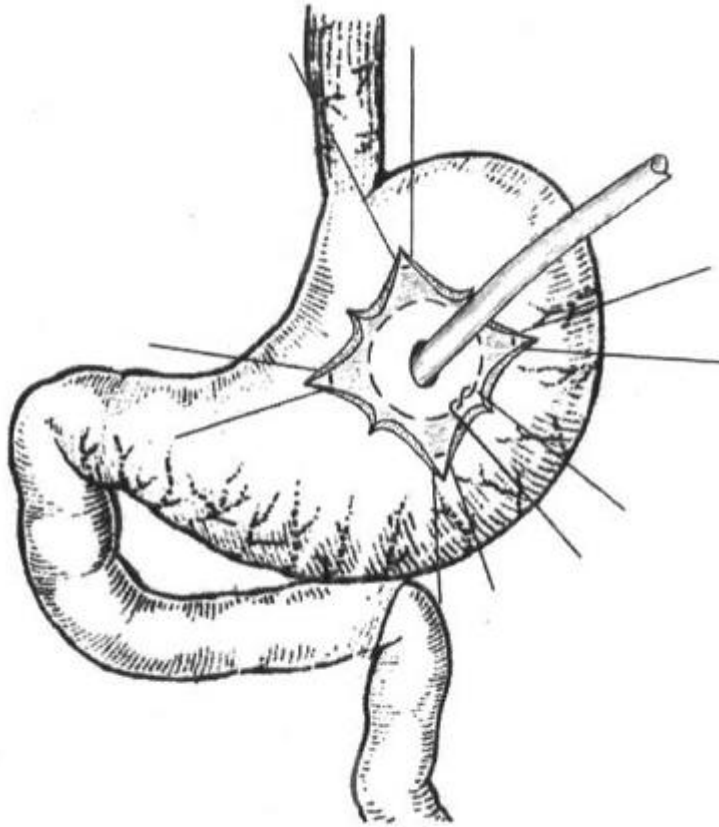


Рис. 1

Запропонована корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії.

Гастростомія є найбільш розповсюдженою операцією, що виконується при непрохідності стравоходу. В залежності від патологічного процесу ця операція виконується з різною метою: для харчування хворих, ретроградного бужування стравоходу, при пластичних операціях на стравоході, при виразкових запальних процесах та кровотечах, як етап підготовки хворих до пластичних операцій на стравоході та кардії (Описание изобретения к патенту Российской Федерации А61В 17/00 RU (11) 2134550 (13) С1 "Способ гастростомии"), у дітей, в тому числі новонароджених та грудного віку, гастростомія проводиться для проведення тривалого ентерального харчування, для декомпресії шлунку, при неможливості ковтання (при патології ЦНС), для забезпечення адекватного ентерального навантаження у дітей, які з якихось причин не можуть харчуватися природнім шляхом (Ашкрафт К.У. Детская хирургия: в 3 т. / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. - СПб.: Раритет - М., 1999. - Т. 1 - С. 101.).

Відомо близько 100 способів гастростомії, більшість з яких є модифікаціями трьох основних методів: створення висланого серозного оболонкою каналу від передньої стінки шлунку навкруги катетера, формування трубки з повношарового шлункового клаптя, яку виводять на поверхню шкіри, та черезшкірної гастростомії.

Найбільш широко використовується спосіб Штамма, який може бути використаний у дітей будь-якого віку та ваги, навіть при дуже маленьких розмірах шлунку (наприклад, у новонароджених з безнорицевою формою атрезії стравоходу). Спосіб полягає у наступному. Розтин черевної стінки - трансректальний зліва. З передньої стінки шлунка формують конус, в основі якого накладають кисетний шов. Через розтин у верхівці конуса в шлунок вводять гумовий катетер, що фіксують швом до стінки шлунка. Далі, катетер інвагінують в кисетний шов разом з шлунковою стінкою. Кисетний шов затягують на катетері. Шлунок підшивають до очеревини і, крім того, додатково фіксують прошиванням кінцями нитки кисетного шва через всю товщу черевної стінки. Рану черевної стінки ушивають до трубки. Більшістю хірургів застосовується модифікація цієї операції, яка отримала назву гастростомії по Штамму - Сенну - Кадеру, при якій трубку занурюють у шлунок двома кисетними швами. Перевагою методу є його простота, швидкість виконання і доступність для широкого кола хірургів.

Негативними сторонами методу є неможливість здійснення візуального контролю повноти гемостазу судин слизової і підслизового шару, розташованих всередину від кисетних швів, і, внаслідок цього, висока ймовірність виникнення кровотеч у ранньому і віддаленому післяопераційному періоді. Через те, що канал нориці виконаний з серозної оболонки шлунка, відбувається повільне закриття, а в ряді випадків і повна відсутність самовільного закриття стоми.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб гастростомії (Пат. RU (11) 2134550 (13) С1 "Способ гастростомии"), що полягає у наступному. На ребрі тіла великої кривизни видаляють серозно-м'язовий шар у формі кола. Витягають підслизовий шар у вигляді конуса. Розсікають слизово-підслизовий шар. На край слизово-підслизового шару накладають два полукисета. В отвір вставляють трубку. Зав'язують на трубці нитки напівкисетів. Далі на прилеглий до серозно-м'язового шару підслизовий накладають кисетний шов. Занурюють трубку в просвіт шлунка. Зав'язують шов. На серозно-м'язовий шар з відступом від дефекту накладають кисетний шов. Занурюють трубку і зав'язують шов.

Недоліками відомого способу є зменшення розмірів шлунку, що особливо небажано у дітей раннього віку.

В основу корисної моделі поставлена задача шляхом удосконалення відомого способу досягти створення герметичної гастростомії з надійною фіксацією, яка не зменшувала б об'єм шлунку.

Поставлену задачу вирішують створенням способу гастростомії, що включає лапаротомію, розтин шлунку та введення в шлунок трубки, що виводиться на передню черевну стінку через окремий розтин, згідно з корисною моделлю, виконують хрестоподібний розтин на передній стінці шлунку до слизової, мобілізують чотири трикутні серозно-м'язеві клапті, накладають кисетний шов біля основ трикутників, а шлунок фіксують до передньої стінки живота за допомогою серозно-м'язевих трикутних клаптів, фіксуючи їх вершини до шкіри вузловими швами.

Спосіб здійснюють наступним чином. Забезпечують доступ шляхом виконання верхньо-середньої лапаротомії. Через передню стінку шлунка, відступивши від ребра великої кривизни, прошивають 2 серозно-м'язові трималки, за допомогою яких мобілізовану ділянку підтягують в рану. Між трималками виконують хрестоподібний розтин на передній стінці шлунку до слизової. Трикутні серозно-м'язеві клапті, що утворилися, мобілізують за допомогою анатомічного пінцету. Верхівки клаптів прошивають, нитки беруть на затискачі. Біля основ мобілізованих

трикутників на слизово-підслизовий шар накладають кисетний шов. В центрі кисетного шва розсікають слизово-підслизовий шар. В отвір вставляють трубку, на якій затягують кисетний шов, нитку зрізають. Трубку разом з нитками, якими прошиті верхівки серозно-м'язових трикутних клаптів, затискачем Мікуліча проводять через прокол передньої черевної стінки в

5

точці перетину лівій середньо-ключичної і мезогастральної лінії і фіксують цими ж нитками до шкіри. Черевну порожнину пошарово ушивають наглухо.

На Рис.1 зображені мобілізовані серозно-м'язеві клапті та кисетний шов, в центрі якого введена гастростомічна трубка. На Рис.2 представлено сформовану гастростому, де 1 - гастростомічна трубка, 2 - шкіра, 3 - кисетний шов, 4 - серозно-м'язовий клапоть, 5 - слизово-

10

Приклад конкретного виконання

Дитина Ж., новонароджена, історія хвороби №10206, була прийнята до відділення інтенсивної терапії з діагнозом: Безнорицева форма атрезії стравоходу. Після передопераційної підготовки дитині виконано гастростомію запропонованим способом. Через 3 доби розпочато ентеральне харчування через гастростому. Дитина померла через 1 місяць внаслідок мозкової недостатності, викликаній прогресуючою гіпертензивною гідроцефалією. Під час патологоанатомічного розтину гастростома сформована, щільно фіксована до передньої черевної стінки, герметична. Об'єм шлунку близько 30 мл.

15

З використанням запропонованого способу було виконано гастростомію у 3 дітей: 1 новонародженого з безнорицевою формою атрезії стравоходу та у 2 дітей з неспроможністю швів після накладання езофагоанастомозу. Ускладнень пов'язаних з використанням способу не було.

20

Використання запропонованого способу дозволяє створити герметичну гастростому з надійною фіксацією, яка не зменшує об'єм шлунку.

25

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб гастростомії, що включає лапаротомію, розтин шлунку та введення в шлунок трубки, що виводиться на передню черевну стінку через окремий розтин, який **відрізняється** тим, що виконують хрестоподібний розтин на передній стінці шлунку до слизової, мобілізують чотири трикутні серозно-м'язеві клапті, накладають кисетний шов біля основ трикутників, а шлунок фіксують до передньої стінки живота за допомогою серозно-м'язевих трикутних клаптів, фіксуючи їх вершини до шкіри вузловими швами.

30

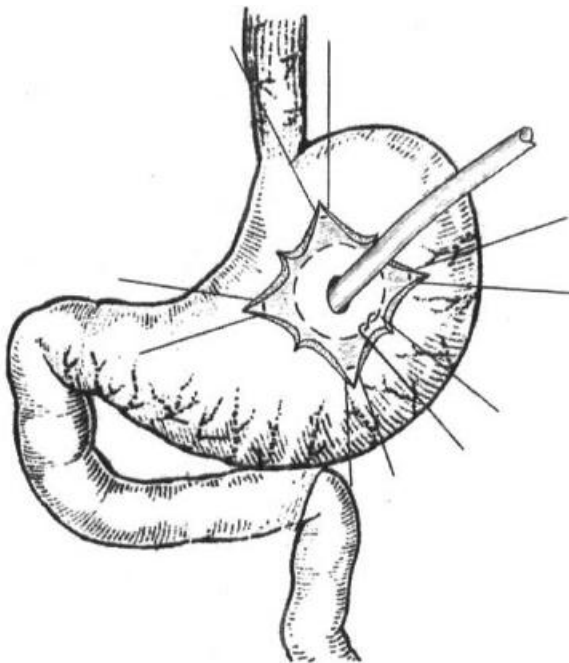


Рис. 1

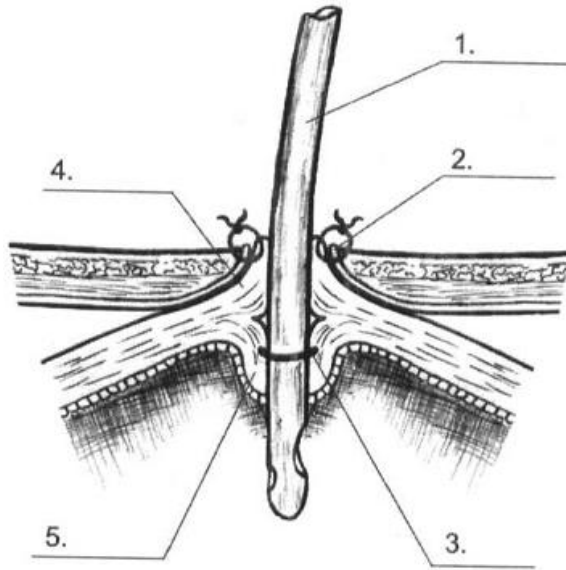


Рис. 2

Комп'ютерна верстка А. Рябко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601