



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **90149** (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 2013 15382</p> <p>(22) Дата подання заявки: 27.12.2013</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 12.05.2014</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 12.05.2014, Бюл.№ 9</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 шлунка та введення в шлунок трубки, що виводиться на передню черевну стінку через окремий розтин. Виконують розтин до слизової на передній стінці шлунка довжиною до 0,5 см, формують підслизовий тунель довжиною до 2 см, який має напрямок зверху вниз та зліва направо в напрямку пілоричного відділу та відкривається у шлунок, через тунель в шлунок вводять трубку, а місце введення трубки в тунель фіксують до передньої черевної стінки.

UA 90149 U

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 (Патент РФ А61В 17/00 RU (11) 2134550 (13) С1 «Спосіб гастростомії»). У дітей, в тому числі новонароджених та грудного віку, гастростомія проводиться для проведення тривалого ентерального харчування, для декомпресії шлунка, у випадках неможливості ковтання при патології ЦНС. (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 вистланого серозною оболонкою каналу від передньої стінки шлунка навкруги катетера, формування трубки з повношарового шлункового клаптя, яку виводять на поверхню шкіри, та черезшкірної гастростомії.

Найбільш близьким аналогом є спосіб гастростомії по Вітцелю, який полягає у наступному. Розріз черевної стінки - трансректальний зліва. Вздовж шлунка в напрямку від воротаря до фундальної частини розміщують катетер. Навкруги катетера накладають 6-8 серозно-м'язових швів, що вкривають його. Навпроти кінця катетера, що буде введений в шлунок, накладають кисетний шов. В центрі кисетного шва виконують розтин, через який в шлунок вводять катетер. Кисетний шов затягують на катетері. Вільний кінець катетера виводять на передню черевну стінку та фіксують (Литтман И. Брюшная хирургия / И. Литтман. - Будапешт, 1970. - С. 186).

Недоліками відомого способу є зменшення розмірів шлунка та деформація його передньої стінки, що особливо небажано у дітей раннього віку.

В основу корисної моделі поставлена задача шляхом удосконалення відомого способу досягти створення герметичної гастростоми з надійною фіксацією, яка не зменшувала б об'єм шлунка та не деформувала його.

Поставлена задача вирішується за рахунок способу гастростомії, що включає лапаротомію, розтин шлунка та введення в шлунок трубки, що виводиться на передню черевну стінку через окремий розтин, згідно з корисною моделлю, виконують розтин до слизової на передній стінці шлунка довжиною до 0,5 см, формують підслизовий тунель довжиною до 2 см, який має напрямок зверху вниз та зліва направо в напрямку пілоричного відділу та відкривається у шлунок, через тунель в шлунок вводять трубку, а місце введення трубки в тунель фіксують до передньої черевної стінки.

Спосіб здійснюють наступним чином. Забезпечують доступ шляхом виконання верхньо-середньої лапаротомії. На передній стінці шлунку в безсудинній зоні виконують розтин серозно-м'язового шару довжиною до 0,5 см до слизової. Через розтин за допомогою зонда формують підслизовий тунель довжиною до 2 см, який має напрямок зверху вниз та зліва направо в напрямку пілоричного відділу шлунка, зондом перфорують слизову оболонку шлунка. Через тунель в шлунок проводять трубку. Вільний кінець трубки через прокол передньої черевної стінки в точці перетину лівій середньо-ключичної і мезогастральної ліній виводять на передню черевну стінку. Стінка шлунка у місці введення трубки в підслизовий тунель окремими швами фіксується до передньої черевної стінки. Черевну порожнину пошарово ушивають наглухо.

Приклад конкретного виконання.

Дитина Д., новонароджена, історія хвороби № 11349, госпіталізована до відділення інтенсивної терапії з діагнозом: вроджена атрезія стравоходу, атрезія дванадцятипалої кишки. Під час оперативного втручання з приводу атрезії дванадцятипалої кишки виконано гастростомію запропонованим способом, катетер проведено за анастомоз для ентерального харчування.

З використанням запропонованого способу було виконано гастростомію у 2 дітей. Ускладнень пов'язаних з використанням способу не було.

Використання запропонованого способу дозволяє створити герметичну гастростому з надійною фіксацією, яка не зменшує об'єм шлунка та не деформує його.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб гастростомії, що включає лапаротомію, розтин шлунка та введення в шлунок трубки, що виводиться на передню черевну стінку через окремий розтин, який **відрізняється** тим, що виконують розтин до слизової на передній стінці шлунка довжиною до 0,5 см, формують підслизовий тунель довжиною до 2 см, який має напрямок зверху вниз та зліва направо в

напрямку пілоричного відділу та відкривається у шлунок, через тунель в шлунок вводять трубку, а місце введення трубки в тунель фіксують до передньої черевної стінки.

Комп'ютерна верстка В. Мацело

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