



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **156**

(51) **МПК(2006) A61F 5/44**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 0600206

(22) 02.04.2008

(46) Бюл.51 (3), 2008

(71) Сафаров Б.А. (TJ)

(72) Сафаров Б.А. (TJ)

(73) Сафаров Б.А. (TJ)

(56) 1. Ванцян Э.Н. Наружные и внутренние свищи. М.Медицина.-1990.- С. 132-174.

2. Макаренко Т.П., Богданов А.В. Свищи желудочно-кишечного тракта. М.Медицина.-1986.- С. 144.

3. Попов Ф.Б., Немилова Т.К., Караева С.А. Энтеростомия в неотложной абдоминальной хирургии новорожденных. //Дет.хир.-2004.-№5.-С.20-23.

4. Смирнов А.П., Пригаро Е.И., Гассан Т.А. Наружные кишечные свищи (этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, современные тенденции в предоперационной подготовке, хирургической тактики и послеоперационном ведении пациентов). //Дет.хир.-2002.-№4.-С.36-41.

5. Степанов Э.А., Смирнов А.Н., Беляева И.Д., Александров А.В., и др. Предоперационная

2

подготовка и хирургическое лечение тонкокишечных свищей у детей. //Хирургия.-2003.-№1.-45-47.

6. Цуман В.Г., Машков А.Е., Пыхтеев Д.А., Щербина В.И., Семилов Э.А., и др. Превентивные кишечные стомы при резекции кишки в условиях перитонита и сроки их закрытия. //Дет.хир.-2004.-№1.-С.4-6.

7. Williams J.A., Irving M., Rhoads J.E. Intestinal fistulas. //Bristol London Boston. :Wright PSG.-1982.-P.1-114.

8. Winkler R. Stomatherapie. //Atlas und Leitfaden fur intestinale stomata//Georg Thieme Verlag Stuttgart-New York.-1983.-P.9-33.

(54) УСТРОЙСТВО ДЛЯ УХОДА ЗА ЭНТЕРО-КОЛОСТОМАМИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАРАСТОМАЛЬНОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии. Суть предложенного устройства заключается в том что, корпус калоприемника выполнен из резины, прокладка выполнена из подгузника, состоит из двух фиксирующих лент, металлических застежек закрепленных на лентах.

Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии.

После формирования кишечной стомы отмечается непроизвольное постоянное излияние кишечного содержимого в кожу, с которым связана появление парастомального язвенно-некротического дерматита. Прогрессирование воспалительного процесса в коже вокруг кишечной стомы сопровождается гнойными осложнениями передней брюшной стенки нарастающей интоксикацией, жжением кожи, беспокойством ребенка, что отрицательно влияет на психику пациента и усугубляет течение основного заболевания [1; 2; 4; 8]. При этом авторы рекомендуют ограничить контакт кишечного содержимого с раной и кожей вокруг кишечной стомы, что может быть достигнуто при помощи мазей, паст, мешков и калоприемников [3; 4; 5; 6; 7]. Вместе с тем авторы считают, что ни один из известных способов лечения дерматита не способен полностью предупредить его развития.

В связи с этим нами предлагается новое устройство для лечения и предупреждения развития парастомального дерматита у детей. Прототипом нашего устройства является полимерный калоприемник ТУ 9452-114-05519988-2002 Российского производства (г. Казань). Общий вид данного калоприемника представлен на фигуре 1, где она состоит из полиэтиленового корпуса - 1; сборного мешочка -- 2; прижимного кольца -- 3; эластичной тканой ленты -- 4; пряжки -- 5; прокладки -- 6; и замка - 7. Калоприемник используется следующим образом: под корпусом (1) накладывается полиэтиленовая прокладка (6), на корпус надевается мешочек сборник (2) и закрепляется с помощью прижимного кольца (3). Калоприемник крепится к телу больного с помощью ленты (4), двух пряжек (5) и замка (7). Данный калоприемник эффективно применяется у взрослых больных. Однако у пациентов детского возраста применение данного калоприемника малоэффективна, не всегда предупреждает излияния кишечного содержимого в кожу вокруг стомы и порою приводит к нежелательным осложнениям. Эта связана с тем, что корпус калоприемника является достаточно жестким, и для того чтобы предупредить излияния кишечного содержимого в кожу, необходима, чтобы корпус приобрел подходящую форму соответствующего участка тела больного, и плотно прилегал к передней брюшной стенке. Эта достигается перетягиванием закрепляющей ленты. У детей младшего возраста мышцы и ткани передней брюшной стенки недостаточно развиты, поэтому перетягивание ленты приводит к сдавливанию тканей передней брюшной стенки и органов брюшной полости самой лентой и корпусом калоприемника, которое может вызвать нарушение кровообращения кожи и внутренних органов вызывая тем самым частич-

ную непроходимость кишечника, болей в животе, рвоту и беспокойства. А в случае уже развившегося дерматита сдавливание корпусом калоприемника сопровождается пролежню и сильными болями. Кроме того, прижимное кольцо у этих калоприемников хоть резиновое, но жесткое и труднорастягиваемое, что требует больших усилий для надевания его к корпусу. Так как уход за детьми обычно проводят матери, они часто не справляются с этим и надевание кольца к корпусу большими усилиями сопровождается перемещением корпуса и возможным повреждением стомы.

Учитывая вышеприведенные недостатки прототипа, мы предлагаем новое устройство для ухода за кишечными стомами и лечения парастомального дерматита путем разработки комплекса приспособлений включающие новый калоприемник, прокладки вырезанный из подгузника (Pampers), цинковой и левомеколевой мазей, детской присыпки. На фигуре 3 представлена фотография предлагаемого нами калоприемника и на фигуре 2 его схематичное изображение, где 1- корпус калоприемника; 2 - эластичная фиксирующая лента располагающая снизу; 3 - эластичная фиксирующая лента располагающая сверху; 4 - металлические застёжки; 5 - целлофановый мешочек, 6 - впитывающая прокладка.

Калоприемник изготавливается следующим образом: корпус калоприемника вырезается из камеры шины грузовых автомобилей овальной формы, в середине вырезается отверстие соответствующей форме кишечной стомы, но на 1 см больше размера его окружности. Берутся две эластичные ленты шириной 5 см и ушиваются на обе крыла корпуса подкладыванием с противоположной стороны кусочек такой же ленты, чтобы предотвратить прорезывание швов. При этом на ниже расположенную ленту отступая на 12-15 см от корпуса подшивается дополнительная лента, которому закрепляются петли металлических застёжек предназначенные для брюк параллельно по краям ленты, а крючки застёжек закрепляются также параллельно по краям ленты, но на ленту, которое будет располагаться сверху. Место закрепления застёжек определяются после пробной примерки калоприемника к телу данного больного. Так как объем живота изменяется в зависимости от принятия пищи и состояния желудочно-кишечного тракта, петли застёжек закрепляются в трех местах по длине ленты на расстоянии 2см друг от друга. Длина лент подравняются, примерив калоприемник. Затем изготавливается прокладка, вырезая из подгузника 1/3 его участка, по середине вырезается отверстие чуть больше окружности стомы.

После обработки кожи вокруг стомы растворами перекиси водорода и фурацилина, на кожу смазывается цинковая мазь. В случае если имеется выраженный воспалительный процесс кожи, сма-

зывается левомеколевая мазь, а сверху присыпается детская присыпка, для того чтобы образовалась

5

густая смесь и не стекала по передней брюшной стенке. На кожу накладывается прокладка, проводя стому через отверстие прокладки. После того как через отверстие в корпусе калоприемника проводится целлофановый мешочек, корпус калоприемника прикладывается сверху прокладки и крепится к телу больного с помощью застёжек.

Приводим пример: на фигуре 4 представлена фотография больного М. 3,5 года, которому наложена двустольная энтеростома на фоне общего перитонита. В послеоперационном периоде возникла необходимость наложение калоприемника. При наложении фирменного калоприемника ТУ 9452-114-05519988-2002, который представлен на фигуре 1 у больного продолжалось излияние кишечного содержимого в кожу, развился ярко выраженный дерматит. Кроме того, вследствие сдавливания корпусом и лентой калоприемника переднюю брюшную стенку появились боли в животе беспокойства, жжение в области пораженной кожи вокруг стомы. В связи, с чем после снятия фирменного калоприемника больному проведено ле-

156

чение дерматита с помощью нашего устройства. При ношении предложенного нами калоприемни-

6

ка, у больного не возникали ни какие жалобы, излияние кишечного содержимого в кожу не отмечалось и уже на третьи сутки отмечалось ликвидация воспалительного процесса кожи вокруг стомы.

Преимущество предложенного нами калоприемника заключается в том, что корпус калоприемника является гибким в связи, с чем легко приобретает форму соответствующего участка тела больного, не сдавливает ткани передней брюшной стенки и органов брюшной полости. Кроме того, удобные застёжки позволяют легко сменить мешочек калоприемника. А наличие впитывающей прокладки не позволяет воздействовать излившегося кишечного химуса на кожу и тем самым способствует коже постоянно оставаться сухой и чистой, которое является важным элементом в лечении и профилактике дерматита.

Таким образом предложенное нами устройство для ухода за энтеро-колостомами и лечения парастомального дерматита у детей является простым в изготовлении, легко применяемым, эффективным, и экономически дешевым.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Устройство для ухода за энтеро-колостомами и лечения парастомального дерматита у детей, состоящее из корпуса, сборного мешочка, эластичной тканой ленты, прокладки, закрепляющих пряжек и замков, **отличающийся тем,**

что корпус калоприемника выполнен из резины, прокладка выполнена из подгузника, состоит из фиксирующих лент, металлических застёжек, закрепленных на лентах.

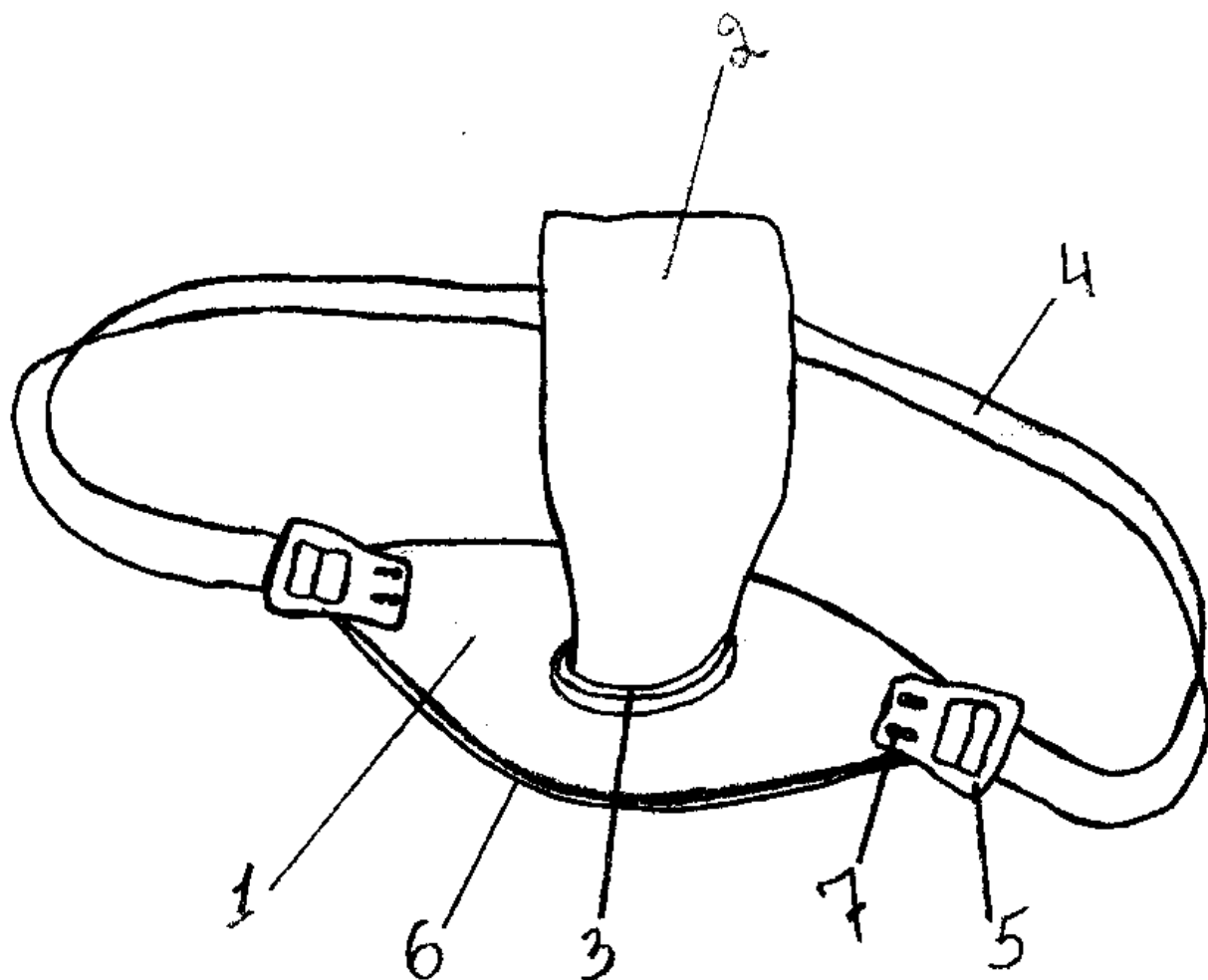
Компьютерный набор: Назарова Дж.

Заказ

Тираж

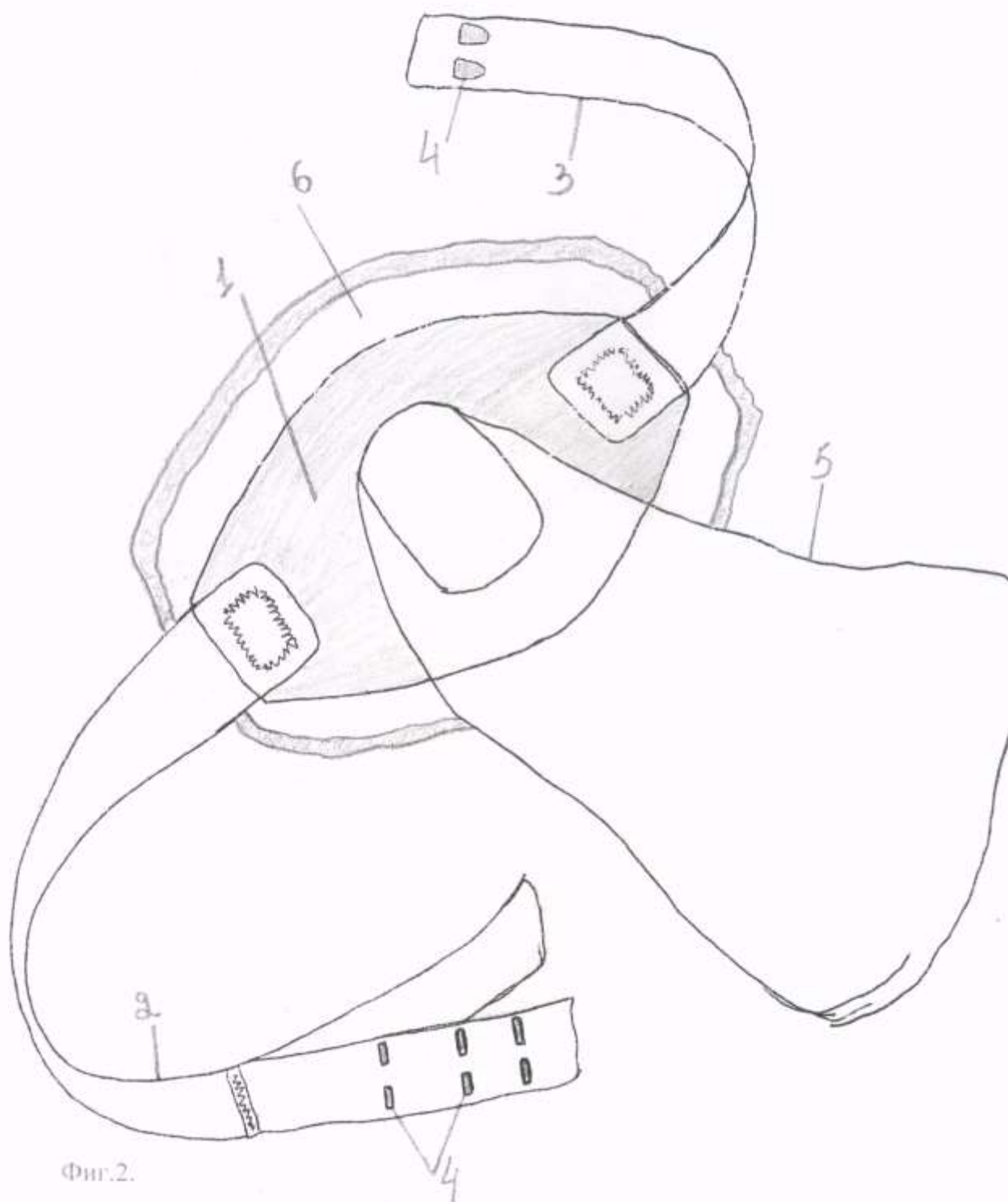
Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.
**УСТРОЙСТВО ДЛЯ УХОДА ЗА ЭНТЕРО- КОЛОСТОМАМИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАРАСТОМАЛЬНОГО
ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ**



Фиг. 1

Устройство для ухода за энтеро- колостомами и
лечения парастомального дерматита у детей



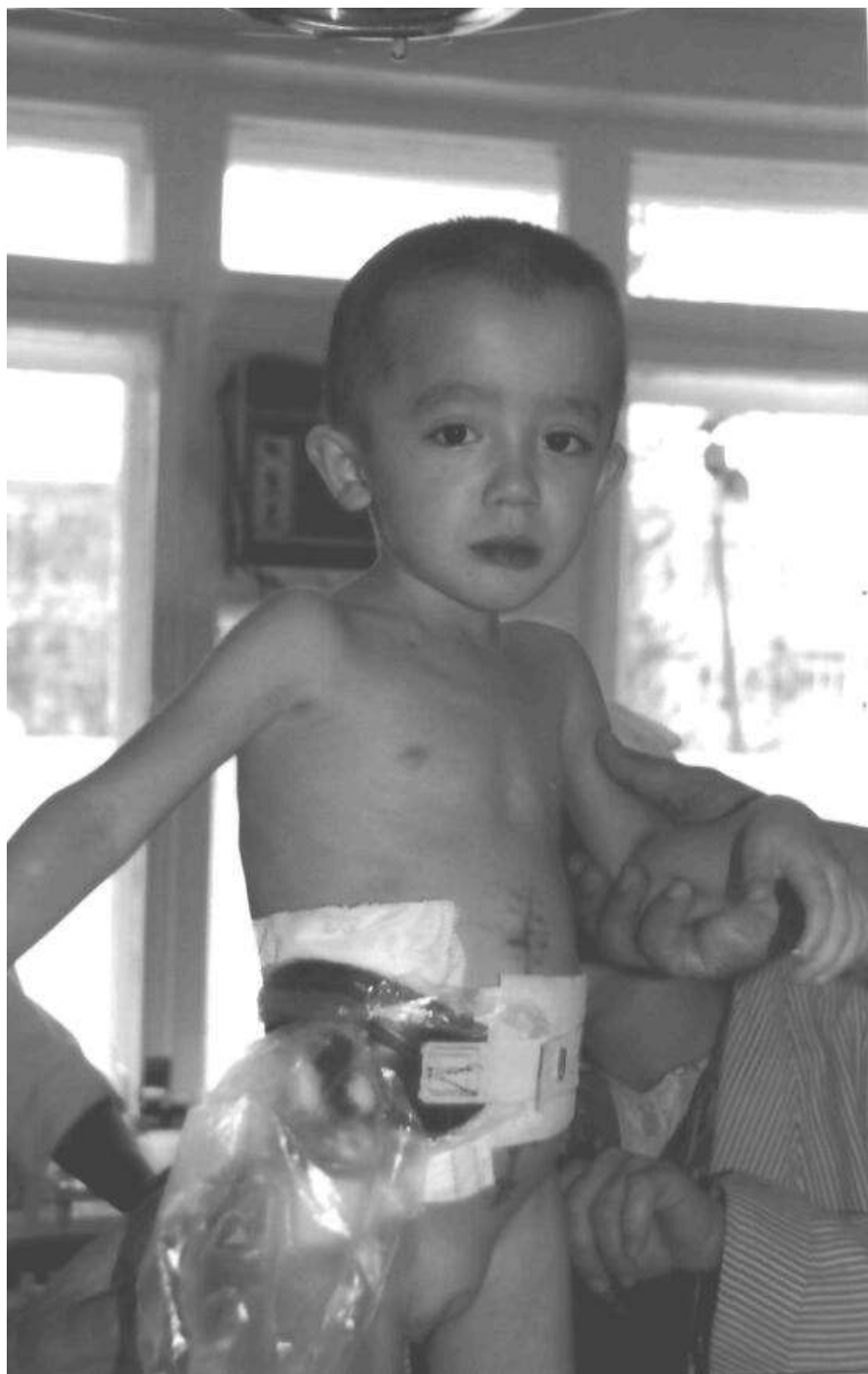
Фиг.2.

**УСТРОЙСТВО ДЛЯ УХОДА ЗА ЭНТЕРО- КОЛОСТОМАМИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАРАСТОМАЛЬНОГО
ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ**



Фиг. 3

**УСТРОЙСТВО ДЛЯ УХОДА ЗА ЭНТЕРО- КОЛОСТОМАМИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАРАСТОМАЛЬНОГО
ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ**



Фиг. 4