

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до абдомінальної хірургії і може бути використана для корекції вісцero-абдомінальної диспропорції при вроджених вадах розвитку передньої черевної стінки та грудної порожнини у немовлят.

Відомий пристрій для корекції вісцero-абдомінальної диспропорції у новонароджених з вродженою вагою передньої черевної стінки який складається з системи «вага - блок - сілопластичний мішок» з наступною додатковою монотягою за верхню поверхню експлантата [Ашкрафт К.У., Холдер Т.М. Детская хирургия. - СПб., Пат-Тал, 1997. - С. 242].

Недоліком відомого пристрою є те, що конструкція є нестабільною внаслідок сила її тракційності, напрямком монотяги тільки догори призводить до конусоподібної деформації сілопластичного пристрою та механічного стиснення петель евентрованого кишечника, що призводить до некорегованої вісцero-абдомінальної диспропорції, гнійно-запальних процесів черевної порожнини, пошкодження стінки кишечника, злукового процесу, тромбування судин брижі кишечника, кишкової непрохідності.

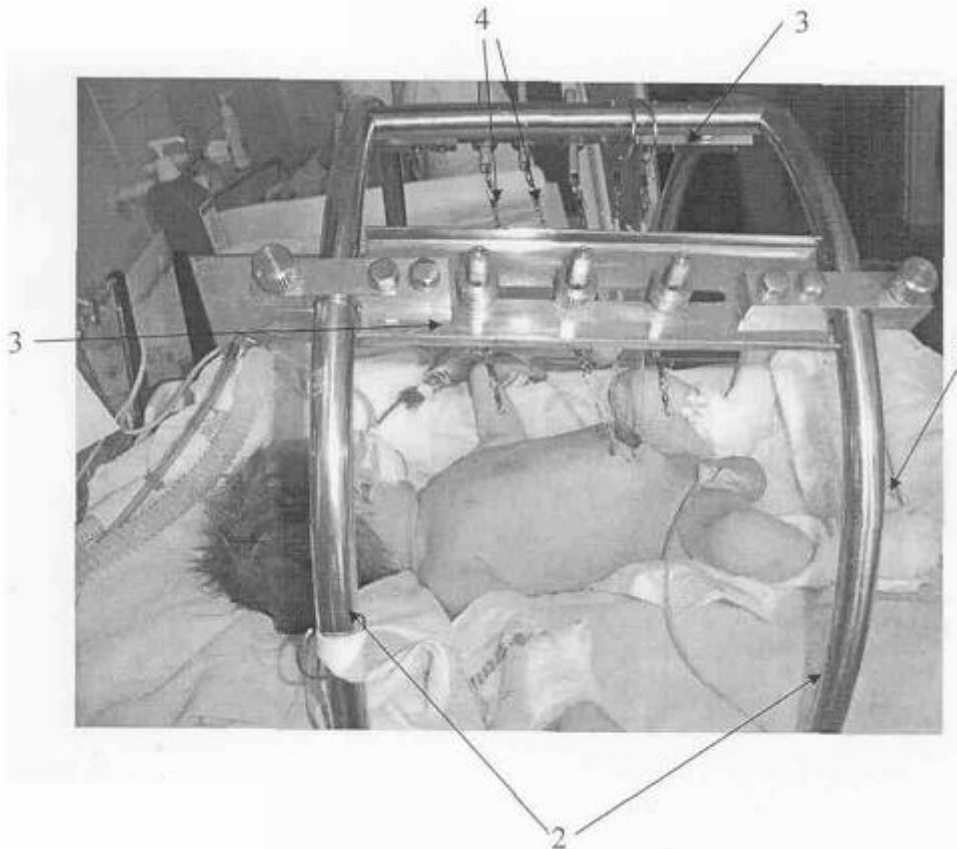
В основу корисної моделі «Пристрій для корекції вродженої вісцero-абдомінальної диспропорції у немовлят, поставлене завдання зменшити післяопераційні ускладнення за рахунок реконструктивного відновлення анатомо-функціональних співвідношень органів черевної порожнини.

Поставлене завдання досягається пристроєм, що має основу і тяги, в якому згідно з корисною моделлю до основи приєднані дві нерухомі напівкруглі арки, з'єднані між собою перетинками, які можуть рухатись по кривизні арок, а від перетинок до передньо-бокових відділів черевної стінки під'єднані капроново-гумові еластичні тяги для здійснення багатовекторної тракції передньої черевної стінки.

На Фіг.1 представлений пристрій для корекції вродженої вісцero-абдомінальної диспропорції у немовлят в робочому вигляді.

Пристрій для корекції вродженої вісцero-абдомінальної диспропорції у немовлят виготовлений з антикорозійного металу та має прямокутну основу (1) на якій знаходиться дитина і до якої приєднані дві нерухомі напівкруглі арки (2), з'єднані між собою перетинками (3) які можуть рухатись по кривизні арок (2). Розміри конструкції дозволяють дитині розташовуватись безпосередньо в кюветі, не заважаючи при цьому проведенню лікувальних маніпуляцій. Багатовекторна тракція передньої черевної стінки досягається шляхом під'єднання капроново-гумових еластичних тяг (4) від перетинок (3) до передньо-бокових відділів черевної стінки, з можливістю корегування як сили тракції, так і її напрямку (Фіг.1).

Приклад. Дівчинка Ч., 6 годин з моменту народження, історія хвороби №8654, 6.09.07 р. була госпіталізована в дитячу хірургічну клініку з діагнозом: Гастрошизис. Після передопераційної підготовки дитині було проведено оперативне втручання, при якому після виконання сілопластики на залишковому дефекті, передня черевна стінка за допомогою капроново-гумових еластичних тяг (4) під'єднана до перетинок (3) пристрою. В процесі виконання корекції вісцero-абдомінальної диспропорції проводилась зміна напрямку та сили тяг за допомогою розведення рухомих частин пристрою (3, 4). Вісцero-абдомінальна диспропорція повністю була ліквідована на 5 добу від початку лікування. 11.09.07 р. краї фасциально-м'язевого дефекту передньої черевної стінки адаптовані окремими вузловими швами без створення штучної вентральної грижі. Дитина в задовільному стані на 26 добу життя виписана з стаціонару без ознак збільшення внутрішньо очеревиного тиску.



Фіг.