



УКРАЇНА

(19) UA (11) 17957 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МОРБІДНОГО ОЖИРІННЯ

1

2

(21) u200604741

(22) 27.04.2006

(24) 16.10.2006

(46) 16.10.2006, Бюл. № 10, 2006 р.

(72) Тивончук Олександр Степанович, Лаврик Андрій Семенович, Терешкевич Іван Степанович

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння, який включає мобілізацію шлунка по малій кривині, пересічення його, формування вертикально розміщеного проксимального малого резервуара, на який накладають бандаж, та дистальної відключеної кукси шлунка, формування гастроен-

тероанастомозу і виключення тонкої кишки по Ру, який **відрізняється** тим, що пересічення шлунка проводять спочатку під гострим кутом до малої кривини, а потім вздовж неї в напрямку кута Гіса, як бандаж використовують силіконову трубку з боковим отвором, яку фіксують за допомогою нитки, якою охоплюють куксу, кінці заводять в трубку з обох сторін і виводять в боковий отвір, натягують до утворення манжети і зав'язують, після цього пересікають порожню кишку на відстані 30-40см від зв'язки Трейця, а анастомоз по Ру формують на відстані 100-150см від гастроентероанастомозу.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути застосована для хірургічного лікування морбідного ожиріння.

Відомий спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння, який включає мобілізацію шлунку по малій кривині, пересічення його, формування вертикально розміщеного проксимального малого резервуару, на який накладають бандаж, та дистальної відключеної кукси шлунку, формування гастроентероанастомозу і виключення тонкої кишки по Ру. При цьому бандаж у вигляді силіконової трубки фіксують на проксимальній культі шлунку за допомогою нитки, сформований вузол розміщується безпосередньо на стінці шлунку [Fobi M., Lee H., Holness R., Cabinda D. Gastric bypass operation for obesity // Wld J. Surg. - 1998.- Vol. 16.- P. 925-935].

До недоліків аналогу відносять велике число післяопераційних ускладнень у вигляді прорізування стінки шлунку ниткою, утворення пролежнів кукси, сковзання силіконової трубки, утворення пептичної виразки гастроентероанастомозу, неадекватна втрата ваги після операції.

Задачею винаходу є розробка такого способу хірургічного лікування морбідного ожиріння, який за рахунок використання бандажу у вигляді трубки з боковим отвором забезпечував би зниження кі-

лькості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування морбідного ожиріння, який включає мобілізацію шлунку по малій кривині, пересічення його, формування вертикально розміщеного проксимального малого резервуару, на який накладають бандаж, та дистальної відключеної кукси шлунку, формування гастроентероанастомозу і виключення тонкої кишки по Ру, згідно корисної моделі пересічення шлунку проводять спочатку під гострим кутом до малої кривини, а потім вздовж неї в напрямку кута Гіса, в якості бандажу використовують силіконову трубку з боковим отвором, яку фіксують за допомогою нитки, якою охоплюють куксу, кінці заводять в трубку з обох сторін і виводять в боковий отвір, натягують до утворення манжети і зав'язують, після цього пересікають порожню кишку на відстані 30-40см від зв'язки Трейця, а анастомоз по Ру формують на відстані 100-150см від гастроентероанастомозу.

Пересічення шлунку спочатку під гострим кутом до малої кривини, а потім вздовж неї в напрямку кута Гіса та використання в якості бандажу силіконової трубки з боковим отвором дозволяє знизити кількість ускладнень, так як при фіксуванні бандажу нитку заводять за куксу, кінці її заводять в трубку з обох сторін, виводять в боковий отвір,

(19) UA (11) 17957 (13) U

натягують до утворення манжети і зав'язують, що запобігає тиску нитки та вузла на незахищені тканини кукси шлунку. Цьому ж сприяє пересічення порожньої кишки на відстані 30-40см від зв'язки Трейця і формування анастомозу по Ру на відстані 100-150см від гастроентероанастомозу, так як це попереджує ускладнення у вигляді пептичної виразки гастроентероанастомозу і неадекватної втрати ваги у віддаленому післяопераційному періоді.

Вказані у формулі корисної моделі числові значення 30-40см від зв'язки Трейця і 100-150см від гастроентероанастомозу вибрані на основі клінічних спостережень на 10 хворих.

Спосіб виконують наступним чином. Виконують верхньосерединну лапаротомію з обходженням мечовидного відростку зліва. Встановлюють модифіковані ранорозширювачі Сігала. Мобілізують тіло шлунку по малій кривині на відстані 6-7см від стравохідно-шлункового переходу зі збереженням нерву Лятарже. По великій кривині пересікають шлунково-діафрагмальну зв'язку, мобілізують дно шлунку в ділянці кута Гіса, з можливим, але не обов'язковим пересіченням коротких селезінкових судин. Пересікають шлунок спочатку під гострим кутом до малої кривини, а потім вздовж неї в напрямку кута Гіса. Оптимальний об'єм проксимальної культі шлунку складає 30мл. Для прошивання шлунку використовують лінійні стаплери 45, 55, 75 або 100мм (TYCO, Ethicon) для нормальних тканин.

Порожню кишку пересікають на відстані 30-40см від зв'язки Трейця. Дистальну частину порожньої кишки проводять позадуободовим і позадушлунковим шляхами. Гастроентероанастомоз накладають "кінець-в-бік", дворядним швом (1-ий-безперервний, 2-ий-вузловий). На 2,5см вище ГЕА на культю шлунку накладають бандаж у вигляді силіконової трубки з боковим отвором довжиною 6см для жінок і 6,5см для чоловіків. Міжкишковий анастомоз по Ру формують на відстані 100см від ГЕА (в випадку суперожиріння - 150см). Відновлюють цілісність очеревини. Хворим з морбідним суперожирінням, особливо в технічно важких випадках, накладають гастростому на відключений

шлунок.

Приклад

Хвора С., 1959р.н., історія хвороби №2609, поступила в клініку 12.05.2005р. зі скаргами на збільшення маси тіла, біль в колінних суглобах, задишку при фізичних навантаженнях. Після обстеження: аналізи крові та сечі, УЗД, УЗДС, ЕКГ, ЕГДФС, Ехо-КГ, функція зовнішнього дихання, рН-метрія шлунку, встановлено діагноз - морбідне ожиріння. Після передопераційної підготовки 01.06.2005р. виконана операція: шунтування шлунку за запропонованим способом.

Верхньосерединна лапаротомія з обходженням мечовидного відростку зліва. При ревізії - збільшена печінка, в тому числі ліва доля печінки (явища гепатозу). Шлунок без особливостей. Мобілізували тіло шлунку по малій кривині. По великій кривині пересікли шлунково-діафрагмальну зв'язку, мобілізували дно шлунку в ділянці кута Гіса. Пересікли шлунок спочатку під гострим кутом до малої кривини, а потім вздовж неї в напрямку кута Гіса. Прошили шлунок лінійними стаплерами. Порожню кишку пересікли на відстані 30см від зв'язки Трейця. Дистальну частину порожньої кишки провели позадуободовим і позадушлунковим шляхами. ГЕА наклали "кінець-в-бік" дворядним швом. На 2,5см вище ГЕА на культю шлунку наклали бандаж у вигляді силіконової трубки з боковим отвором довжиною 6см. Міжкишковий анастомоз по Ру сформували на відстані 100см від ГЕА.

Відновили цілісність очеревини. Гемостаз. Шов рани. Асептична пов'язка. Оглянута через місяць, ускладнень не було.

За запропонованим способом прооперовано 10 хворих. Ускладнень у вигляді прорізування стінки шлунку ниткою, утворення пролежнів кукси, сковзання силіконової трубки, утворення пептичної виразки гастроентероанастомозу не було. В той час у 10 хворих прооперованих за способом аналогу в 2 випадках було прорізування стінки шлунку ниткою, в 1 сковзання силіконової трубки, в 2 неадекватна втрата ваги після операції.

Таким чином, застосування запропонованого способу дозволяє знизити кількість післяопераційних ускладнень.