



УКРАЇНА

(19) UA (11) 21706 (13) U  
(51) МПК (2006)  
A61B 17/22МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АЛІМЕНТАРНО-КОНСТИТУЦІОНАЛЬНОГО ОЖИРІННЯ

1

2

(21) u200613339

(22) 18.12.2006

(24) 15.03.2007

(46) 15.03.2007, Бюл. № 3, 2007 р.

(72) Грубнік Володимир Володимирович, Голляк Валерій Петрович, Грубнік Олександра Володимирівна

(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб хірургічного лікування аліментарно-конституціонального ожиріння шляхом бандажування шлунка спеціальним шлунковим бандажем

(3), який відрізняється тим, що бандажують шлунок в кардіальному відділі з формуванням "малого" (1) і "великого" (2) шлункових резервуарів з діаметром співустья (6) між ними 10-11мм з прецизійним накладенням зміцнюючих шлунковий бандаж серозно-м'язових швів (5), при формуванні яких проксимальна, по відношенню до бандажа, точка проколу (4) в серозно-м'язовому шарі шлунка повинна розташовуватися на відстані, яка рівна половині ширини шлункового бандажа, від краю останнього, що забезпечує правильне горизонтальне розташування бандажа.

Корисна модель відноситься до області медицини, а саме до хірургії, і може бути застосована для лікування аліментарно-конституціонального ожиріння.

Відомий спосіб хірургічного лікування аліментарно-конституціонального ожиріння шляхом бандажування шлунку з формуванням «малого» і «великого» шлункових резервуарів [1].

Проте, в більшості випадків в післяопераційному періоді виникають дисфагічні розлади, що виявляються у вигляді блювоти, пов'язані з дилатацією «малого» шлункового резервуару, унаслідок зсуву силіконового бандажа і розвитку функціонального стенозу співустья між шлунковими резервуарами, а також укріпленням шлункового бандажа до шлунку двома-трьома серозно-м'язовими швами.

Найближчим до пропонованого технічного рішення є спосіб хірургічного лікування аліментарно-конституціонального ожиріння, заснований на бандажуванні шлунку спеціальним шлунковим бандажем з формуванням «малого» шлункового резервуару 25-30мл, із співустьям діаметром 10-11мм, що дозволяє досягти в достатньо короткі терміни стійкого зниження ваги [2].

Недоліком вказаного методу є розвиток функціонального стенозу в області накладення шлункового бандажа при неправильному його укріпленні до стінки шлунку.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалення способу хірургічного лікування алі-

ментарно-конституціонального ожиріння шляхом формування двох шлункових резервуарів, між якими прицезійно накладають шви з розрахованим розташуванням проксимальної точки проколу, що забезпечить правильне горизонтальне розташування бандажа, і, таким чином, дозволить скоротити число ускладнень в післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно корисної моделі, бандажують шлунок в кардіальному відділі з формуванням «малого» і «великого» шлункових резервуарів з діаметром співустья між ними 10-11мм з прецизійним накладенням зміцнюючих шлунковий бандаж серозно-м'язових швів, при формуванні яких проксимальна, по відношенню до бандажа, точка проколу в серозно-м'язовому шарі шлунку повинна розташовуватися на відстані, яке рівне половині ширини шлункового бандажа, від краю останнього, що забезпечує правильне горизонтальне розташування бандажа.

Спосіб здійснюється таким чином.

Під ендотрахеальним наркозом виконувалася середина мінілапаротомія. Для проведення бандажа позаду шлунку у малому сальнику в бессудинній зоні у області шлунково-печенкової зв'язки формували отвір 1,5×1,5см. Виділяли праву нижню діафрагму. Потім в діафрагмально-шлунковій зв'язці на відстані 1-2см від шлунково-стравохідного переходу таким самим чином формували отвір 1×1,5см. Позаду шлунку через підготовлені отвори супрабурсально тупо вказівним пальцем створю-

(13) U

(11) 21706

(19) UA

вали тунель у напрямку до малої кривизни. Через нього за допомогою зігнутого затиску проводився шлунковий бандаж або силіконове шлункове кільце. У шлунок ретроспективно вводився спеціальний калібрувальний зонд за товщиною 32 F з балонном на дистальному кінці, який наповнювався фізіологічним розчином до 20-25мл і підтягався до стравохідно-шлункового переходу якомога ближче. На введеному зонді, безпосередньо під роздутим балонном, шлунковий бандаж калібрувався і укріплювався. Прокідність сформованого співустья перевірялася шляхом траекції калібрувального зонда, досягали вільного його проходження через сформований отвір, після чого накладали 4 вузлових, п-подібних шви на кінці сітчастого бандажу безпосередньо під затиском. При використуванні для бандажування шлунку регульованих і нерегульованих силіконових шлункових кілець «Swedish Band» (Швейцарія), «Bioenterics» (США), «Ендомед» (Україна), бандаж проводився позаду шлунку, і з'єднувався за допомогою спеціального замка спеціальної конструкції. Спосіб пояснюється схематичним зображенням (Фіг.1, 2.), на якому схематично показаний етап бандажування шлунку (Фіг.1), сагітальний розріз в боковій проекції (Фіг.2), де: 1 - «малий» шлунковий резервуар, 2 - «великий» шлунковий резервуар, 3 - шлунковий бандаж, 4 - проксимальна точка проколу в серозно-м'язовому шарі шлунку, 5 - сформований серозно-м'язовий вузол, 6 - співустья між шлунковими резервуарами. Шлунковий бандаж укріплювався на стінці шлунку шляхом накладення 3-4 серозно-м'язових швів (5). Проксимальна, по відношенню до кільця, точка проколу в серозно-м'язовому шарі шлунку (4) повинна розташовуватися на відстані, яке дорівнює половині ширини шлункового бандажа (3), від краю останнього, що забезпечує правильне гори-

зонтальне розташування бандажа. В результаті виконання описаної вище методики шлунок набував вигляд «пісочного годинника» з двома шлунковими резервуарами, «малий» шлунок (1) мав об'єм 20-25мл; діаметр співустья (6) між «малим» і «великим» (2) шлунковими резервуарами варіювався у межах 10-11мм. Рану ушивають пошарово. Накладають асептичну пов'язку.

Всього за даним способом прооперовано 17 хворих.

Приклад конкретного виконання способу:

Хворий Си-к. 35 років. Іст. х-би №25650. Клін. діагноз: Аліментарно-конституціональне ожиріння ІІІст. Грижа стравохідного отвору діафрагми ІІст. Гіпертонічна хвороба ІІст.

Маса тіла -130кг. Ріст - 167см. Індекс маси тіла (ІМТ) =  $46\text{кг/м}^2$ .

Виконана операція по запропонованій методиці. Післяопераційний період без ускладнень. Хворий виписаний на 4 день після операції. Через 6 місяців після оперативного лікування зниження ІМТ склало  $12\text{кг/м}^2$ . Ускладнень у вигляді нудоти, блювоти, дилатації «малого» шлункового резервуару не відмічалось.

В порівнянні з найближчим аналогом запропоноване технічне рішення дозволяє за рахунок формування двох шлункових резервуарів досягти стійкого зниження маси тіла до нормальних показників, а також скоротити число ускладнень в післяопераційному періоді.

Література:

1. Kuzmak L.A Review of Seven Years' Experience with Silicone Gastric Banding. // *Obes. Surg.* - 1991. -Vol.1 (4). -P.403-408.

2. Lobstein T., Baur L., Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. // *Obes. Rev.* -2004. -Vol.5 (Suppl.1). -P.4-85.

