



УКРАЇНА

(19) UA (11) 45080 (13) U
(51) МПК (2009)
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 ВИКОНАННЯ ПОВТОРНОЇ БАРІАТРИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПІСЛЯ МІГРАЦІЇ БАНДАЖА В ПОРОЖНИНУ ШЛУНКА

1

2

(21) u200905050

(22) 22.05.2009

(24) 26.10.2009

(46) 26.10.2009, Бюл.№ 20, 2009 р.

(72) ТИВОНЧУК ОЛЕКСАНДР СТЕПАНОВИЧ, ЛАВРИК АНДРІЙ СЕМЕНОВИЧ, ТЕРЕШКЕВИЧ ІВАН СТЕПАНОВИЧ

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ АМН УКРАЇНИ

(57) Спосіб виконання повторної баріатричної операції після міграції бандажа в порожнину шлунка, який включає лапаротомію, вісцероліз, гастрото-

мію в проекції бандажа з видаленням останнього, виконання повторної баріатричної операції, який відрізняється тим, що гастротомію проводять в незмінній частині шлунка на 4-5 см нижче запального інфільтрату в поздовжньому напрямку довжиною 3-4 см, пересікають та видаляють бандаж, ідентифікують внутрішній отвір норицевого каналу, що утворений бандажом, ушивають його однорядним швом, стінку шлунка ушивають в поперечному напрямку дворядним швом, а повторну баріатричну операцію виконують шляхом шунтування шлунка через 6-7 місяців.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути застосована для лікування морбідного ожиріння при виконанні повторних баріатричних операцій після міграції бандажа в порожнину шлунка.

Відомий спосіб виконання повторної баріатричної операції після міграції бандажа в порожнину шлунка, який включає лапаротомію, вісцероліз, повне поперечне пересічення шлунка в проекції бандажа з видаленням останнього, формування переднього гастро-гастрального анастомозу по типу формування горизонтальної гастропластики [Б.Ю. Цветков, Д.Ю. Степанов, М.Н. Козлов, А.Б. Соколов, С.В. Мешков. Опыт хирургического лечения патологического ожирения: выбор метода, эффективность, осложнения // Эндоскопическая хирургия. - 2006. - №2. - с. 925-935].

Недоліком аналогу є велика кількість післяопераційних ускладнень у вигляді неспроможності гастро-гастроанастомозу, шлункових нориць, пошкодження судин в ділянці інфільтрату та нетривале зниження маси тіла.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу виконання повторної баріатричної операції після міграції бандажа в порожнину шлунка, який за рахунок виконання гастротомії в незмінній ділянці шлунка і проведення баріатричної операції у відстрочений термін забезпечував би зниження кількості інтра- та післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в

способі виконання повторної баріатричної операції після міграції бандажа в порожнину шлунка, який включає лапаротомію, вісцероліз, гастротомію в проекції бандажа з видаленням останнього, виконання повторної баріатричної операції, згідно корисної моделі гастротомію проводять в незмінній частині шлунка на 4-5см нижче запального інфільтрату в поздовжньому напрямку довжиною 3-4см, пересікають та видаляють бандаж, ідентифікують внутрішній отвір норицевого каналу, що утворений бандажом, ушивають його однорядним швом, стінку шлунка ушивають в поперечному напрямку дворядним швом, а повторну баріатричну операцію виконують шляхом шунтування шлунка через 6-7 міс.

Виконання гастротомії нижче інфільтрату в незмінній ділянці шлунка дозволяє виконати швидкий доступ до бандажа та уникнути пошкодження судин та сусідніх органів, які входять в запальний інфільтрат. Проведення шунтування шлунка у відстрочений період дає можливість виконати операцію на шлунку після ліквідації запального процесу, що в свою чергу дає змогу уникнути ускладнень у вигляді неспроможності гастроєноанастомозу. Видалення бандажа через гастротомний отвір дозволяє попередити ускладнення у вигляді зовнішньої шлункової нориці.

Вказані у формулі корисної моделі числові значення 4-5см нижче запального інфільтрату, 3-4см довжина гастротомії і виконання шунтування

(19) UA (11) 45080 (13) U

шлунка через 6-7 міс вибрані на основі клінічних спостережень на 5 хворих.

Спосіб виконують наступним чином. Виконують верхньосерединну лапаротомію з обходженням мечовидного відростку зліва. На 4-5см нижче запального інфільтрату в незмінній ділянці шлунка накладають шви-трималки, в поздовжньому напрямку довжиною 3-4см виконують гастротомію. Виділяють частину бандажа, яка знаходиться в порожнині шлунка, пересікають та видаляють його. Ідентифікують внутрішній отвір норицевого каналу, що утворений бандажом, ушивають його однорядним швом. Стінку шлунка ушивають в поперечному напрямку дворядним швом. Проводять тест на герметичність з метиленовим синім. Встановлюють дренаж підпечінково. Пошарово ушивають черевну стінку. Через 6-7 міс, коли запальний процес ліквідований, виконують повторну баріатричну операцію шляхом шунтування шлунка.

Приклад. Хворий П., 1970 р.н., IX №3080/07 р. поступив у відділення інституту 11.04.2007 року з діагнозом морбідне суперожиріння. Міграція бандажа в порожнину шлунка. Стан після некерованого бандажування шлунка (5.03.07 р.). Обстежений: ЕГДС (11.04.07): в кардіальному відділі шлунка ближче до малої кривини встановлений дефект стінки шлунка в якому знаходиться стороннє тіло з нашаруваннями фібрину, можливо бандаж. Набряк, гіперемія слизової по краям дефекту. 15.04.07 р. при рентгенографії шлунка виявили деформацію кардіального відділу шлунку без порушення пасажу. Після передопераційного дообстеження та підготовки 7.05.07 р. виконали верхньосерединну лапаротомію з обходженням мечовидного відростку зліва. На 4см нижче запального інфільтрату в незмінній ділянці шлунка

наклали шви-трималки, в поздовжньому напрямку довжиною 3см виконали гастротомію. Виділили частину бандажа, яка знаходився в порожнині шлунка, пересікли та видалили його. Ідентифікували внутрішній отвір норицевого каналу, що був утворений бандажом, ушили його однорядним швом. Стінку шлунка ушили в поперечному напрямку дворядним швом. Провели тест на герметичність з метиленовим синім. Встановили дренаж підпечінково. Пошарово ушили черевну стінку. В післяопераційному періоді без ускладнень. Рана зажила первинним натягом.

Хворий П. повторно викликаний в клініку через 6 міс для виконання повторної баріатричної операції. Після обстеження даних за запальний інфільтрат в верхніх відділах живота не виявлено. 12.12.07 р. виконали реконструктивне шунтування шлунка з формуванням аліментарної петлі довжиною 150см. В післяопераційному періоді - явища функціонального гастростазу, що були усунені консервативним лікуванням. Рана зажила первинним натягом. Виписаний в задовільному стані. Оглянутий через 3 місяці після операції - втратив 22кг.

За запропонованим способом прооперовано 5 хворих. Ускладнень у вигляді кровотечі, пошкодження внутрішніх органів не було. В той же час з 5 хворих прооперованих за способом аналогу в 2 випадках була недостатність гастрогастроанастомозу, в одному - пошкодження крупної артерії.

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