



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 60913

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МОРБІДНОГО ОЖИРІННЯ

1

2

(21) 2003043437

(22) 16 04 2003

(24) 15 10 2003

(46) 15 10 2003, Бюл. № 10, 2003 р.

(72) Грубнік Володимир Володимирович, Бойко
Володимир Володимирович, Голляк Валерій Пет-
рович(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння шляхом бандажування шлунка в кардіальному відділі з формуванням „малого" і „великого" шлунків, який відрізняється тим, що оперативне втручання проводять через мінілапаротомний розтин довжиною 5-6см з відеоскопічною асистенцією в точці, розташованій в квадранті між парастернальною і середньоключичною лініями зліва, лівою реберною дугою і епігастральною лінією

Винахід відноситься до галузі хірургії і може бути застосований для лікування морбідного ожиріння

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння шляхом бандажування шлунка з формуванням „малого" і „великого" шлунків через лапаротомний розтин довжиною 20-25см, що дозволяє досягти в досить короткі строки стійкого зниження ваги [1]

Недоліком вказаного метода є виникнення ускладнень у вигляді нагноєння післяопераційної рани, вираженого больового синдрому

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу хірургічного лікування морбідного ожиріння шляхом проведення оперативного втручання через мінілапаротомний розтин довжиною 5-6см з відеоендоскопічною асистенцією, що дозволить уникнути нагноєння післяопераційної рани, зменшити травматизацію, знизити вираженість больового синдрому

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно винаходу, оперативне втручання проводять через мінілапаротомний розтин довжиною 5-6см під контролем лапароскопа, бандажують шлунок в кардіальному відділі з формуванням „малого" і „великого" шлунків з діаметром співустья між ними 10-11мм

Спосіб здійснюється наступним чином. На фіг. схематично представлена послідовність проведення операції за запропонованим способом, де

1 - лапароскоп,

2 - мінілапаротомний розтин,

3 - точка введення троакара

Під ендотрахеальним наркозом пошарово розтинають черевну порожнину верхньо-середнім мінілапаротомним розтином, довжиною 5-6см від мечевидного відростка. Через окремий розтин 3 вводять 10мм троакар. Точка вибору введення троакара залежить від конструкційних особливостей пацієнта, але в 98% випадків знаходиться в квадранті між парастернальною і середньоключичною лініями зліва, лівою і реберною дугою і епігастральною лінією. На верхній і нижній кути рани накладають держалки 4, за котрі проводять тракцію передньої черевної стінки уверх. Проводять ревізію органів черевної порожнини. Під контролем лапароскопа 1 розтинають шлунково-печінкову зв'язку в безсудинній зоні. Перетинають шлунково-діафрагмальну зв'язку з мобілізацією дна шлунка. Проксимальніше сальникової сумки позаду шлунка тупо формують тунель, через нього проводять спеціальний інструмент, дистальний кінець котрого згинають під кутом 90° і над ним розкривають шлунково-селезінкову зв'язку на 3-4 см нижче травнево-шлункового переходу. В шлунок через рот вводять калібровочний зонд діаметром 10 мм з балоном, в котрий вводять 25-30 мл фізіологічного розчину хлориду натрію і максимально підтягають його до проксимального відділу шлунка. Через сформований тунель протягують стіпчастий протез з комбінованої поліпропіленової сітки (Dual mesh) фірми Gortex. Кінці протеза зашивають 3-4 швами, безпосередньо під роздутим балоном на зонді. При цьому діаметр стоми між „великим" і „малим" шлунками складає 10-11мм, а

(13) A

(11) 60913

(19) UA

об'єм "малого" шлунка не перевищує 30мл. Зонд з баллоном вилучають. Протез перетонізують 3-4 серозно-серозними швами. Черевну порожнину ушивають пошарово. Накладають асептичну пов'язку.

Всього за даною методикою прооперовано 4 хворих. Приклад конкретного виконання способу.

Хвора Т. 32 роки. Іст. Хвороби №2433. Клінічний діагноз: Морбідне ожиріння, цукровий діабет II типу. Маса тіла - 134кг, ІМТ - 42кг/м².

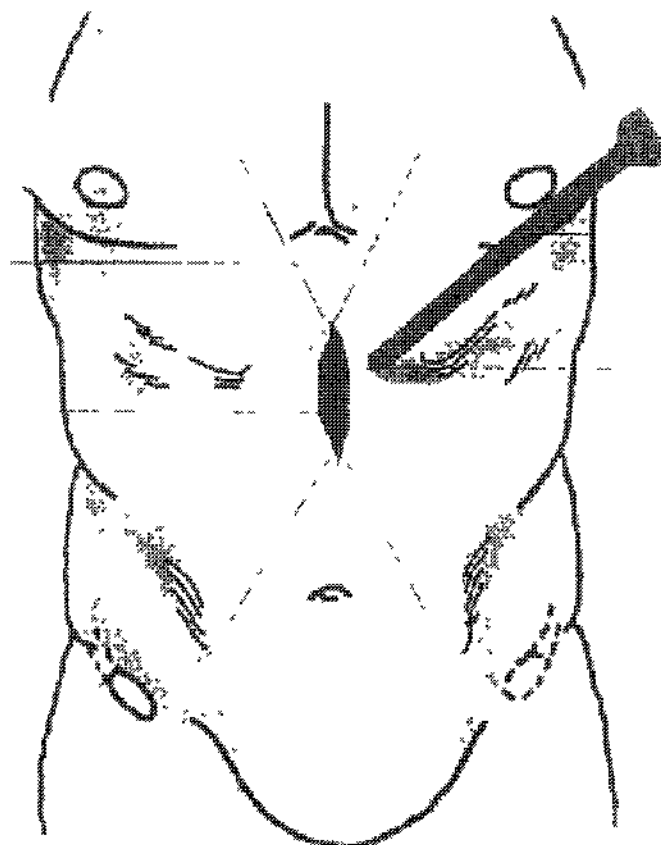
Виконана операція за запропонованою методикою. Післяопераційний період без ускладнень. Хвора виписана на 3-й день після операції. Через 6 місяців після операції втрата ваги склала 30кг.

Ускладнення у вигляді нагноєння післяопераційної рани і тривалого болювого синдрому не спостерігалося.

В порівнянні з прототипом запропоноване технічне рішення дозволяє уникнути загнювання післяопераційної рани, зменшити травматизацію, знизити вираженість болювого синдрому.

Література

1. Кузін Н.М., Марков В.К., Романов М.М. и др. Результаты операций формирования "малого" желудка в лечении алиментарно-конституционного ожирения / Хирургия, 1990, №2 - С 104-109.



Фіг.