

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути застосований для лікування морбідного ожиріння.

Відомі способи хірургічного лікування морбідного ожиріння шляхом відкритого і лапароскопічного керованого бандажування шлунка [1].

До недоліків цього способу відноситься велика вартість пристрою для лапароскопічного керованого бандажування шлунку, висока травматичність доступу при відкритому методі операції підвищена частота виникнення післяопераційних кил і висока частота післяопераційних кил.

Найближчим аналогом є спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння, який включає лапароскопічний доступ, формування верхнього та нижнього резервуарів шлунка та сполучення між ними шляхом накладання манжети на кардіальний відділ шлунку [2].

Недоліком аналогу є велика кількість ускладнень із-за виникнення сковзання манжети.

Задачею винаходу є розробка такого способу лікування морбідного ожиріння, який за рахунок використання манжети із дакрону забезпечував би зниження кількості ускладнень, обумовлених сковзанням манжети.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування морбідного ожиріння, який включає лапароскопічний доступ, формування верхнього та нижнього резервуарів шлунка та сполучення між ними шляхом накладання синтетичної манжети на кардіальний відділ шлунку, згідно з винаходом як манжет використовують дакронову смугу із звуженим першим кінцем з закріпленою ниткою, та прямокутним поперечним вирізом на другому розширеному кінці, при накладанні манжети останню проводять позаду шлунка, потім перший кінець за допомогою нитки вводять у прямокутний виріз на другому кінці і затягують манжету на зонді, після чого фіксують кінці манжети додатковими інтракорпоральними швами.

Використання манжети у вигляді дакронової смуги із звуженим першим кінцем з закріпленою ниткою та прямокутним вирізом на другому розширеному кінці забезпечує зниження кількості ускладнень, обумовлених сковзанням манжети, так як дакрон має нековзну поверхню і з часом утворюється інтимне з'єднання зі стінкою шлунка. Цьому сприяє, що при накладанні манжети останню проводять позаду шлунка, потім перший кінець за допомогою нитки вводять у прямокутний виріз на другому кінці і затягують манжету на зонді, після чого фіксують кінці манжети додатковими інтракорпоральними швами.

Спосіб виконують наступним чином. Хворого розташовують на операційному столі з піднятою верхньою половиною тулуба і розведеними нижніми кінцівками, закріпленими на спеціальних пристроях для ніг. Хірург розташовується між нижніми кінцівками хворого, перший асистент - справа, а другий - зліва від хворого. Вводять п'ять троакарів. Після ревізії частково мобілізують дно шлунку з формуванням вікна в шлунково-діафрагмальній зв'язці. Після введення спеціального калібраційного зонду діаметром 12 мм роздмухують балон до 20мл. і визначають місце мобілізації малої кривини шлунку по нижньому краю балона. За допомогою електродіатермії в цій ділянці формують отвір - 1,5-2см. В області *pars flaccidae* утворюють вікно а потім тунель з боку малої кривини позаду шлунку під візуальним контролем. В тунель проводять лапароскопічний зажим в направленні вікна в шлунково-діафрагмальній зв'язці в ділянці кута Пса. Після проходження затискача за стравоходом через троакар діаметром 10мм в черевну порожнину вводять манжету у вигляді дакронової смуги із звуженим першим кінцем з закріпленою ниткою, та прямокутним поперечним вирізом на другому розширеному кінці. Останню з боку малої кривини проводять у формований тунель. Кінець проводять через малий чепець в місце скелетизації кардіального відділу шлунку на рівні визначеним калібруванням. Потім звужений кінець смуги за прикріпленні нитки проводять в отвір з іншого кінця манжети і затягують на шлунковому калібраційному зонді. Лапароскопічно накладають фіксуючі інтракорпоральні шви на дакронову смугу з формуванням дублікатури і таким чином формують манжету. Накладають 2-3 серо-серозні шви на передню стінку шлунку з метою перитонізації манжети. Гемостаз. Черевну порожнину не дрениують. Вилучають троакари і накладають шви на шкіру в місцях проколу троакарами черевної стінки.

Приклад. Хвора Б. 1962р.н., історія хвороби №5075, поступила в клініку 09.12.2002р. зі скаргами на збільшення маси тіла, біль у колінних суглобах, задишку при фізичних навантаженнях. Після обстеження: ІМТ - 44кг/м<sup>2</sup>, аналізи крові та сечі, УЗД, УЗДС, ЕКГ, ЕГДФС, ЕХОКТ, функція зовнішнього дихання, рН шлунку встановлено діагноз - морбідне ожиріння. Після передопераційної підготовки 19.12.2002р. виконана операція : Лапароскопічне некероване бандажування шлунка.

За загальноприйнятій методики у черевну порожнину введені 5 троакарів. При ревізії - збільшена печінка, в тому числі ліва доля печінки (явлення гепатозу).

Шлунок без особливостей. Виконана мобілізація дна шлунку та кута Гісса. В ділянці малої кривини шлунку, біля квадратної долі (*pars flaccidae*), виділена права ніжка діафрагми та проведений інструмент (*gold finger*) позаду шлунку. Після калібрування верхнього резервуару (V - 20мл.) відмітили нижній край балону та на цьому рівні сформували вікно у малому сальнику і в це місце перевели манжети. Манжету, яка була виконана із розкладеного дакронового судинного протезу, і має звужений перший кінець з закріпленою ниткою, та прямокутним поперечним вирізом на другому розширеному кінці, провели позаду шлунка, потім перший кінець за допомогою нити ввели у прямокутний виріз на другому кінці і затягнули манжету на зонді, після чого фіксували кінці манжети додатковими інтракорпоральними швами. Гемостаз. Шов рани. Асептична пов'язка.

З використанням запропонованого методу прооперовано 5 хворих. Післяопераційних ускладнень із-за сковзання манжети не відмічалось. В той же час, у двох з п'яти прооперованих хворих по найближчому аналогу спостерігався синдром сковзання, а одного - розширення верхнього резервуару. Динаміка зниження ваги була однаковою у порівняльних групах.

Таким чином, порівняння з найближчим аналогом показало, що застосування даного способу дозволяє знизити кількість післяопераційних.

Література:

1. Molina M Gastric banding - Texas. Proceedings of the first annual meeting of the American Society for Bariatric Surgery, Iowa City, 1984; 129
2. Forsell P, Hallberg D, Hellers G. Gastric Banding for Morbid Obesity. Initial Experience with a New Adjustable

Band. Obes Surg. 1993 Nov;3(4):369-374. - найближчий аналог.