



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **110393** (13) **U**
(51) МПК (2016.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2016 03017	(72) Винахідник(и): Лаврик Андрій Семенович (UA), Манойло Микола Володимирович (UA), Згонник Андрій Юрійович (UA), Лаврик Ольга Андріївна (UA)
(22) Дата подання заявки: 24.03.2016	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.10.2016	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.10.2016, Бюл.№ 19	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ, вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, 03680 (UA)

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МОРБІДНОГО ОЖИРІННЯ

(57) Реферат:

Спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння, який включає виключення дванадцятипалої кишки з пасажу, пересічення тонкої кишки на відстані 250 см від ілеоцекального кута і формування гастроентероанастомозу та білеопанкреатодигестивного анастомозу, причому виключення дванадцятипалої кишки виконують шляхом пересічення антрального відділу шлунка без його видалення.

UA 110393 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії, і може бути використана при лікуванні морбідного ожиріння.

Відомий спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння, який включає резекцію антрального відділу шлунка, пересічення тонкої кишки на відстані 250 см від ілеоцекального кута і формування гастроентероанастомозу та білеопанкреатодигестивного анастомозу. Резекцію шлунка виконують в межах антрального відділу, а білеопанкреатодигестивний анастомоз формують на відстані 75-85 см від ілеоцекального кута [Усенко О.Ю., Лаврик А.С., Манойло М.В.// Матеріали XXIII з'їзду хірургів України, Київ, Клінічна хірургія, 2015 - с. 560-562 // Біліопанкреатичне шунтування за Scopina у лікуванні хворих на морбідне ожиріння].

Недоліками цього способу є технічна складність формування кукси дванадцятипалої кишки і мобілізації видалюваної частини шлунка, що значно збільшує тривалість операції.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування морбідного ожиріння, який за рахунок збереження шлунка забезпечував би зменшення тривалості операції.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування морбідного ожиріння, який включає виключення дванадцятипалої кишки з пасажу, пересічення тонкої кишки на відстані 250 см від ілеоцекального кута і формування гастроентероанастомозу та білеопанкреатодигестивного анастомозу, відповідно до корисної моделі, виключення дванадцятипалої кишки виконують шляхом пересічення антрального відділу шлунка без його видалення.

Виконання виключення дванадцятипалої кишки з пасажу шляхом пересічення антрального відділу шлунка запобігає технічним труднощам при формуванні кукси дванадцятипалої кишки і мобілізації антрального відділу шлунка, що й веде до зменшення тривалості операції, зниження рівня можливих ускладнень після операції, пов'язаних з куксою дванадцятипалої кишки.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Після розкриття черевної порожнини, вимірюють 250 см від ілеоцекального кута та пересікають тонку кишку, мобілізують ділянки шлунка по малій і великій кривизні на межі антрального відділу та тіла шлунка, виконують його повне пересічення на межі антрального відділу та тіла шлунка, формують гастроентероанастомоз, а білеопанкреатодигестивний анастомоз формують на відстані 75-85см від ілеоцекального кута. Черевну порожнину дренують та пошарово ушивають.

Приклад. Хвора М., історія хвороби № 307, 1985 року народження, поступила з діагнозом морбідне ожиріння ($IMT=55 \text{ кг/м}^2$). Анамнез хвороби біля 10-ти років. Після загальноприйнятих обстежень хворій виконано операцію білеопанкреатичного шунтування зі збереженням антрального відділу шлунка: після лапаротомії відміряли 250 см тонкої кишки від ілеоцекального кута та пересікли тонку кишку, мобілізували шлунок по малій і великій кривизні на межі антрального відділу та тіла шлунка та виконали його повне пересічення на межі антрального відділу та тіла шлунка, сформували гастроентероанастомоз кінець у бік позадуободово, а білеопанкреатодигестивний анастомоз сформували бік у бік на відстані 80 см від ілеоцекального кута. Після дренивання підпечінкового простору лапаротомну рану пошарово зашили. Тривалість операції склала 2 години. В післяопераційному періоді почувала себе задовільно. Виписана зі стаціонару на восьму добу у задовільному стані, без післяопераційних ускладнень.

Запропонованим способом проліковано 20 хворих з морбідним ожирінням. Жодного випадку післяопераційних ускладнень не спостерігали. При лікуванні 20 хворих за способом найближчого аналога середня тривалість операції складала 3,5 години, а запропонованим способом - 2,5 години.

Таким чином, використання запропонованого способу забезпечує спрощення техніки операції і її тривалість.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння, який включає виключення дванадцятипалої кишки з пасажу, пересічення тонкої кишки на відстані 250 см від ілеоцекального кута і формування гастроентероанастомозу та білеопанкреатодигестивного анастомозу, який **відрізняється** тим, що виключення дванадцятипалої кишки виконують шляхом пересічення антрального відділу шлунка без його видалення.

Комп'ютерна верстка М. Мацело

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601