



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **92414** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 03302	(72) Винахідник(и): Ларик Андрій Семенович (UA), Тивончук Олександр Степанович (UA), Манойло Микола Володимирович (UA), Кондратенко Борис Миколайович (UA)
(22) Дата подання заявки: 01.04.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 11.08.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 11.08.2014, Бюл.№ 15	(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 включає резекцію частини шлунка, пересічення тонкої кишки на відстані 250 см від ілеоцекального кута і формування гастроентероанастомозу та білеопанкреатодигестивного анастомозу. Виконують резекцію лише антрального відділу шлунка, а білеопанкреатодигестивний анастомоз формують на відстані 75-85см від ілеоцекального кута.

UA 92414 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 шлунка, пересічення тонкої кишки на відстані 250 см від ілеоцекального кута і формування гастроентероанастомозу та білеопанкреатодигестивного анастомозу. Резекцію шлунку виконують субтотально, а білеопанкреатодигестивний анастомоз формують на відстані 50 см від ілеоцекального кута [Scopinaro, N; Gianetta, E; Civalieri, D et al.- Biliopancreatic by-pass for obesity: initial experience in man. Br. J. Surg. 1979;].

Недоліками цього способу є високий рівень таких ускладнень після операції, як депінг синдрому, синдрому мальабсорбції та частого та зловонного стільця після операції.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування морбідного ожиріння, який за рахунок збереження більшої частини шлунка та збільшення довжини загальної петлі тонкої кишки забезпечував би зниження рівня ускладнень після операції.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування морбідного ожиріння, який включає резекцію частини шлунка, пересічення тонкої кишки на відстані 250 см від ілеоцекального кута і формування гастроентероанастомозу та білеопанкреатодигестивного анастомозу, відповідно до корисної моделі, виконують резекцію лише антрального відділу шлунка, а білеопанкреатодигестивний анастомоз формують на відстані 75-85 см від ілеоцекального кута.

Виконання резекції лише антрального відділу шлунка, та формування білеопанкреатодигестивного анастомозу на відстані 75-85 см від ілеоцекального кута запобігає проявам демпінг-синдрому та синдрому мальабсорбції, за рахунок збільшення кукси шлунка та подовження загальної петлі тонкої кишки для всмоктування, що й веде до зниження рівня ускладнень після операції.

Вказані у формулі корисної моделі числові значення відстані білеопанкреатодигестивного анастомозу від ілеоцекального кута - 75-85 см обрані на підставі клінічних досліджень 20 хворих.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Після розкриття черевної порожнини, вимірюють 250 см від ілеоцекального кута та пересікають тонку кишку, шлунок мобілізують у межах антрального відділу та виконують його резекцію, формують гастроентероанастомоз, а білеопанкреатодигестивний анастомоз формують на відстані 75-85 см від ілеоцекального кута. Черевну порожнину дренують та пошарово ушивають.

Приклад.

Хвора О., історія хвороби № 1388, 1963 року народження, госпіталізована з діагнозом морбідне ожиріння ($IMT = 43 \text{ кг/м}^2$). Анамнез хвороби біля 10-ти років. Після загальноприйнятих обстежень хворій виконано операцію білеопанкреатичного шунтування: після лапаротомії відміряли 250 см тонкої кишки від ілеоцекального кута та пересікли тонку кишку, шлунок мобілізували у межах антрального відділу та виконали його резекцію, сформували гастроентероанастомоз кінець у бік позадиободово, а білеопанкреатодигестивний анастомоз сформували бік у бік на відстані 85см від ілеоцекального кута. Після дреновання під печінкового простору лапаротомну рану пошарово зашили. В післяопераційному періоді почувала себе задовільно, явищ демпінг синдрому та синдрому мальабсорбції не спостерігали, стілець 2-3 рази на добу. Виписана зі стаціонару на восьму добу у задовільному стані, без післяопераційних ускладнень.

Запропонованим способом проліковано 20 хворих з морбідним ожирінням. Жодного випадку ускладнень у вигляді демпінг синдрому та клінічно значущих проявів мальабсорбції не спостерігали. При лікуванні 20 хворих за способом найближчого аналога процент подібних ускладнень склав 20 %.

Таким чином, використання запропонованого способу забезпечує зниження рівня ускладнень після операції.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння, який включає резекцію частини шлунка, пересічення тонкої кишки на відстані 250 см від ілеоцекального кута і формування гастроентероанастомозу та білеопанкреатодигестивного анастомозу, який **відрізняється** тим, що виконують резекцію лише антрального відділу шлунка, а білеопанкреатодигестивний анастомоз формують на відстані 75-85см від ілеоцекального кута.

Комп'ютерна верстка Л. Литвиненко

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

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