



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **146563** (13) **U**  
(51) МПК (2021.01)  
**A61B 17/00**

НАЦІОНАЛЬНИЙ ОРГАН  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
ДЕРЖАВНЕ ПІДПРИЄМСТВО  
"УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ"

**(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**

<b>(21)</b> Номер заявки: <b>u 2020 04745</b>	<b>(72)</b> Винахідник(и): <b>Лаврик Андрій Семенович (UA), Згонник Андрій Юрійович (UA), Литвинчук Ганна Миколаївна (UA), Виноградов Роман Ігорович (UA), Різник Максим Віталійович (UA)</b>
<b>(22)</b> Дата подання заявки: <b>27.07.2020</b>	
<b>(24)</b> Дата, з якої є чинними права інтелектуальної власності: <b>04.03.2021</b>	
<b>(46)</b> Публікація відомостей про державну реєстрацію: <b>03.03.2021, Бюл.№ 9</b>	<b>(73)</b> Володілець (володільці): <b>НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМ. О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ, вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, 03680 (UA)</b>

**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ МОРБІДНОГО ОЖИРІННЯ**

**(57) Реферат:**

Спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння включає лапароскопічний доступ, виконання шунтування шлунка з одним анастомозом між куксою шлунка та привідною петлею тонкої кишки. Під контролем інтраопераційної гастроінтестиноскопії накладають додаткові одиночні вузлові шви між задньою стінкою кукси шлунка проксимальніше анастомозу і привідною петлею тонкої кишки в кількості до відсутності зіяння просвіту біліопанкреатичної петлі.

**UA 146563 U**

UA 146563 U

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

Відомий спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння, який включає лапароскопічний доступ, виконання шунтування шлунка з одним анастомозом між куксою шлунка та привідною петлею тонкої кишки та відрізняється тим, що під контролем інтраопераційної гастрointестиноскопії накладають додаткові одиночні вузлові шви між задньою стінкою кукси шлунка проксимальніше анастомозу і привідною петлею тонкої кишки в кількості до відсутності зіяння просвіту біліопанкреатичної петлі [Патент на корисну модель № 116694, Бюл.№ 10, 2017].

Недоліками цього способу є рефлюкс жовчі з привідної петлі у проксимальний шлунковий резервуар та закид вмісту проксимального шлункового резервуара у біліопанкреатичну петлю, які є причинами таких післяопераційних ускладнень як рефлюкс-езофагіт та недостатня втрата надлишкової маси тіла. Потрапляння шлункового вмісту у біліопанкреатичну петлю відбувається за рахунок наявності просвіту між куксою шлунка та біліопанкреатичною петлею.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування морбідного ожиріння, який за рахунок фіксації привідної петлі одиночними вузловими швами до задньої стінки шлунка на протязі 6-7 см до відсутності зіяння слизової оболонки біліопанкреатичної петлі забезпечував би зменшення кількості таких ускладнень в післяопераційному періоді, як рефлюкс жовчі в привідну петлю гастроентероанастомозу та куксу шлунка.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі хірургічного лікування морбідного ожиріння, який включає лапароскопічний доступ, виконання шунтування шлунка з одним анастомозом між куксою шлунка та привідною петлею тонкої кишки, згідно з корисною моделлю, під контролем інтраопераційної гастрointестиноскопії накладають додаткові одиночні вузлові шви між задньою стінкою кукси шлунка проксимальніше анастомозу і привідною петлею тонкої кишки в кількості до відсутності зіяння просвіту біліопанкреатичної петлі.

Накладання додаткових одиночних вузлових швів між задньою стінкою кукси шлунка проксимальніше анастомозу і привідною петлею тонкої кишки під контролем інтраопераційної гастрointестиноскопії в кількості до відсутності зіяння просвіту біліопанкреатичної петлі, дозволяє повністю усунути просвіт останньої, що і забезпечує зниження кількості ускладнень у вигляді рефлюкс-езофагіту та недостатньої втрати надлишкової маси тіла.

Спосіб здійснюють наступним чином.

Виконують лапароскопічний доступ за допомогою 3 троакарів. Під час виконання шунтування шлунка з одним анастомозом лапароскопічним доступом, після накладання стаплерного гастроентероанастомозу накладають нерозсмоктучі вузлові шви між привідною (біліопанкреатичною) петлею та задньою стінкою проксимального шлункового резервуара на протязі 6-7 см. Виконують інтраопераційну фіброгастрointестиноскопію, під час якої оцінюють стан устя гастроентероанастомозу, а саме - відсутність зіяння просвіту біліопанкреатичної петлі та вільну прохідність загальної (відвідної) петлі тонкої кишки. При наявності зіяння просвіту біліопанкреатичної петлі накладають додаткові одиночні шви нерозсмоктуючим шовним матеріалом з ендоскопічним контролем в кількості до остаточної відсутності зіяння просвіту біліопанкреатичної петлі. Виконують дренування черевної порожнини. Видаляють троакари, пошарово ушивають рани, накладають асептичні пов'язки.

Приклад. Хвора П., історія хвороби № 5869, 1971 року народження, госпіталізована з діагнозом морбідне ожиріння. Хворіє понад 20 років. Після загальноприйнятих обстежень хворій виконали операцію - лапароскопічне дистальне шунтування шлунка з анастомозом між куксою шлунка та відвідною петлею тонкої кишки: після введення 3 троакарів в черевну порожнину відміряли 250 см тонкої кишки від ілеоцекального кута, мобілізували шлунок по великій і малій кривизні на межі антрального відділу та тіла шлунка та виконали його повне пересічення за допомогою лінійних степлерів, сформували гастроентероанастомоз бік у бік попередуючому. Під контролем інтраопераційної фіброгастрointестиноскопії, додаткові одиночні вузлові шви нерозсмоктуючою ниткою в кількості 5 до повної відсутності зіяння просвіту біліопанкреатичної петлі. Після дренування підпечінкового простору троакарні рани пошарово ушили. В післяопераційному періоді хвора почувала себе задовільно. Виписана зі стаціонару на третю добу у задовільному стані, без післяопераційних ускладнень. Через 3 місяці після операції під час контрольної фіброгастроскопії під час огляду проксимального шлункового резервуара наявності жовчі у куксі шлунка не виявлено. За даними рентгенографії стравоходу та шлунка, стравохід вільнопрохідний, гастроентероанастомоз шириною 4 см, контраст вільно потрапляє у відвідну петлю. Через 1,5 години весь контраст в петлях тонкої кишки та сліди у культі шлунка. Даних за закид контрасту в привідну петлю не виявлено.

- Запропонованим способом проліковано 15 хворих без ускладнень у вигляді рефлюксу жовчі в привідну петлю гастроентероанастомозу та куксу шлунка. В той же час, при лікуванні 15 хворих за способом-аналогом у 9 хворих спостерігався рефлюкс жовчі в привідну петлю гастроентероанастомозу та куксу шлунка. Таким чином, використання запропонованого способу
- 5 забезпечує зниження проявів жовчного рефлюксу в проксимальний шлунковий резервуар та закиду шлункового вмісту в біліопанкреатичну петлю.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- 10 Спосіб хірургічного лікування морбідного ожиріння, що включає лапароскопічний доступ, виконання шунтування шлунка з одним анастомозом між куксою шлунка та привідною петлею тонкої кишки, який **відрізняється** тим, що під контролем інтраопераційної гастроінтестиноскопії накладають додаткові одиночні вузлові шви між задньою стінкою кукси шлунка проксимальніше анастомозу і привідною петлею тонкої кишки в кількості до відсутності зіяння просвіту
- 15 біліопанкреатичної петлі.