



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **90900** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2014 00888</p> <p>(22) Дата подання заявки: 31.01.2014</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.06.2014</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.06.2014, Бюл.№ 11</p>	<p>(72) Винахідник(и): Юффе Олександр Юлійович (UA), Цюра Юрій Петрович (UA), Стеценко Олександр Павлович (UA), Кривопустов Микола Сергійович (UA), Тарасюк Тетяна Василівна (UA)</p> <p>(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, 01601 (UA)</p>
--	--

(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ЕНТЕРО-ЕНТЕРОАНАСТОМОЗУ ПРИ ВИКОНАННІ ШЛУНКОВОГО ШУНТУВАННЯ

(57) Реферат:

Спосіб формування ентеро-ентероанатомозу при виконанні шлункового шунтування включає проведення лапароскопії. Формування ентеро-ентероанатомозу як задньої, так і передньої губи, виконують за допомогою апарата Echelon Flex 60 мм виробництва Ethicon (США).

UA 90900 U

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для виконання лапароскопічного шлункового шунтування у пацієнтів з морбідним ожирінням.

5 За останні 30 років чисельність хворих на ожиріння подвоїлася, а від пов'язаних з ним хвороб у світі помирає 2,8 млн. осіб на рік. Серед 1,4 млрд. дорослих, які страждають від зайвої ваги в усьому світі, ожиріння мають понад 200 млн. чоловіків та майже 300 млн. жінок (ВООЗ, 2013). При цьому особливі ризики для здоров'я пацієнта несе саме морбідне ожиріння (ІМТ ≥ 40 кг/м²). Воно є причиною підвищеної захворюваності, інвалідності, смертності і зниження якості життя (1,2,3).

10 Недостатня ефективність консервативних методів лікування морбідного ожиріння зумовила необхідність впровадження у клінічну практику бариатричних операцій. Серед хірургічних втручань важливе місце займає операція шлункового шунтування. Проте, для них притаманні деякі ускладнення, серед яких - неспроможність анастомозів сягає 2-2,5 % (2,5).

15 Найбільш близьким до способу, що заявляється, вибраний як прототип, є спосіб формування ентеро-ентероанастомозу при виконанні операції лапароскопічного шунтування шлунку (4), який виконують наступним чином:

20 Тонку кишку перетинають лапароскопічним лінійним степлером на відстані 45 см від зв'язки Трейца. В 150 см дистальніше місця перетину кишки накладають ентеро-ентероанастомоз за Ру. Формувати анастомоз починають з фіксуючого серо-серозного шва. За допомогою електрокоагулятора на одному рівні виконують ентеротомії до 0,5 см в паралельному напрямі до привідної та відвідної кишок. В подальшому сформовані отвори використовують для заведення лапароскопічного лінійного степлера (blue load) на глибину 3,5 см та формування апаратного шва. На передню губу ентеро-ентероанастомоза накладають безперервний наскрізний шов, застосовуючи атравматичний шовний матеріал (2/0), що не розсмоктується без додаткової перитонізації швів. Способу властиві недоліки:

- 1) технічна складність виконання,
- 2) тривалий час виконання даного етапу оперативного втручання,
- 3) накладання наскрізного шва є додатковим ризиком розвитку неспроможності анастомозу.

30 Задача корисної моделі, що заявляється, полягає у створенні технічно простого способу формування ентеро-ентероанастомозу, який забезпечує зниження ризику розвитку неспроможності анастомозу та скорочення часу оперативного втручання.

Технічний результат, отриманий від вирішення задачі буде полягати у зниженні ризику розвитку неспроможності анастомозу та скорочення часу оперативного втручання.

35 Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає виконання лапароскопії шунтування шлунку, згідно корисної моделі формування ентеро-ентероанастомозу, як задньої так і передньої губи, виконують за допомогою апарата Echelon Flex 60 мм виробництва Ethicon (США).

Спосіб здійснюється наступним чином:

40 Тонку кишку перетинають апаратом Echelon Flex 60 мм на відстані 45 см від зв'язки Трейца. Брижу тонкої кишки розсікають до кореня за допомогою ультразвукового скальпеля Ultracision виробництва Ethicon (США). В 100-150 см дистальніше місця перетину кишки накладають ентеро-ентероанастомоз бік-в-бік апаратом Echelon Flex 60 мм. Формування анастомозу починають з ентеротомії за допомогою ультразвукового скальпеля Ultracision, її виконують на одному рівні до 0,5 см в паралельному напрямі до привідної та відвідної кишок по протибрижовому краю. В подальшому сформовані отвори використовуються для заведення браншів апарата Echelon Flex 60 мм на глибину 3 см та формують апаратний шов.

Передню губу формують наступним чином:

50 спочатку накладають 3 наскрізні вузлові шви, на проксимальний, дистальний кінці та посередині передньої губи анастомозу, використовуючи їх як "трималок". В подальшому під час одночасної тракції "трималок" передньої губи анастомозу доверху накладають нижче них апарат Echelon Flex 60 мм та формують передню губу ентеро-ентероанастомозу.

Цим досягалась надійна герметизація анастомозу, скорочувався час виконання даного етапу операції.

55 Суть корисної моделі пояснюється кресленням, де зображено інтраопераційне фото. Операція-лапароскопічне шунтування шлунка. Етап формування передньої губи ентеро-ентероанастомозу.

Спосіб вигідно відрізняється від прототипу тим, що передбачає формування ентеро-ентероанастомозу, за допомогою апарата Echelon Flex 60 мм.

Відмова від застосування безперервного наскрізного шва знижує ризик виникнення неспроможності анастомозу, дозволяє значно скороти час виконання даного етапу оперативного втручання та досягнути надійної герметичності ентеро-ентероанастомозу.

5 Спосіб був апробований на базі кафедри загальної хірургії №2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, отримані позитивні результати дозволяють рекомендувати його для широкого впровадження в медицину.

Джерела інформації:

1. Евдошенко В.В. Бариатрические операции - Осложнения всех бариатрических операций. <http://www.obese.ru/publication-doctor/obesity/complications-operation>.

10 2. AACE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Clinical Practice Guidelines, Endocr Pract. 2013; 19 (No. 2).

3. Buchwald H. Buchwald's Atlas of Metabolic & Bariatric Surgical Techniques and Procedures, 1st Edition. Expert Consult-Online and Print, 2012, Saunders, 400 p.

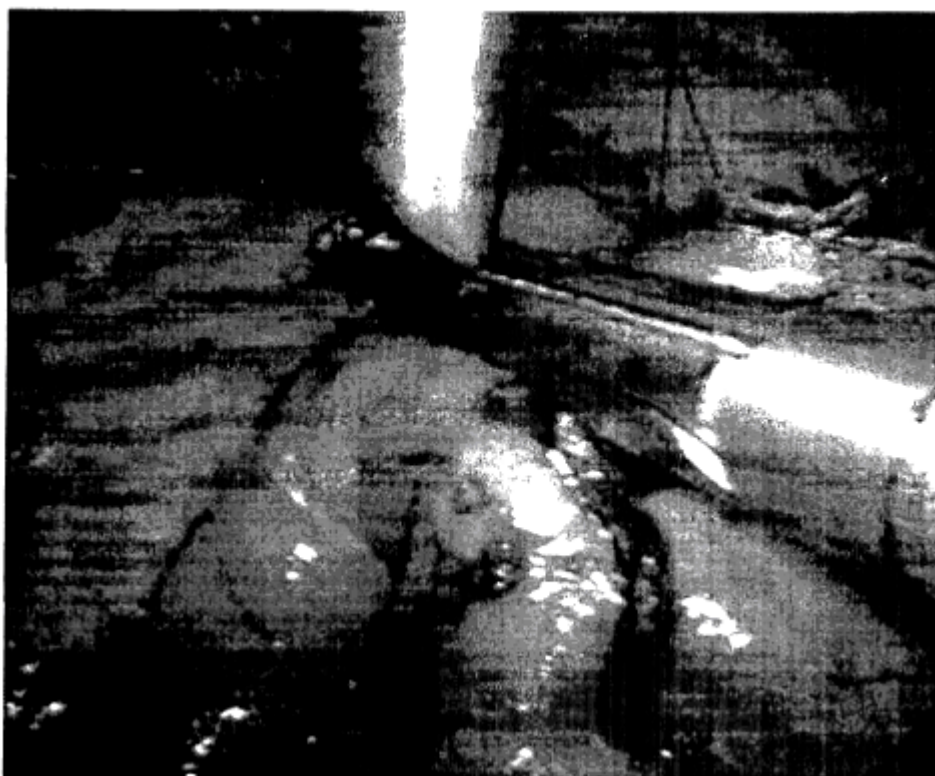
15 4. Fobi MA, Lee H, Holness R, Cabinda D (1998) Gastric bypass operation for obesity. World J Surg 22:925-935.

5. Renehan A.G., Tyson M., Egger M., Heller R.F., Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies // Lancet. — 2008; 371: 569-78.

20 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування ентеро-ентероанатомозу при виконанні шлункового шунтування, що включає проведення лапароскопії, який **відрізняється** тим, що формування ентеро-ентероанатомозу, як задньої, так і передньої губи, виконують за допомогою апарата Echelon Flex 60 мм виробництва Ethicon (США).

25



Комп'ютерна верстка І. Мироненко

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