



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **92229** (13) **U**  
(51) МПК (2014.01)  
**A61B 17/00**

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ  
УКРАЇНИ

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

<p>(21) Номер заявки: <b>u 2014 01501</b></p> <p>(22) Дата подання заявки: <b>17.02.2014</b></p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: <b>11.08.2014</b></p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: <b>11.08.2014, Бюл.№ 15</b></p>	<p>(72) Винахідник(и): <b>Юффе Олександр Юлійович (UA), Цюра Юрій Петрович (UA), Стеценко Олександр Павлович (UA), Кривопустов Микола Сергійович (UA), Тарасюк Тетяна Василівна (UA)</b></p> <p>(73) Власник(и): <b>НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ, бул. Шевченка, 13, м. Київ-4, 01601 (UA)</b></p>
--	---

**(54) СПОСІБ ФОРМУВАННЯ ГАСТРОЕНТЕРОАНАСТОМОЗУ ПРИ ВИКОНАННІ ЛАПАРОСКОПІЧНОГО ШЛУНКОВОГО ШУНТУВАННЯ**

**(57) Реферат:**

Спосіб формування гастроентероанастомозу при виконанні лапароскопічного шлункового шунтування включає проведення лапароскопії. Формування гастроентероанастомозу виконують лапароскопічно за допомогою однорядного ввертаючого безперервного шва атравматичною ниткою, що розсмоктується (Vicryl 3/0), при цьому гастроентероанастомоз формують попереду ободової кишки з передньою стінкою кукси шлунка кінець в бік.

**UA 92229 U**



Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для виконання лапароскопічного шлункового шунтування.

Щорічне зростання захворюваності на ожиріння серед населення країн світу та зокрема України, та високий ризик розвитку супутніх йому соматичних захворювань зумовлює пошук нових способів лікування. За результатами неофіційних опитувань, анкетувань, досліджень на основі самооцінки серед населення України до 30 % осіб мають надлишкову масу тіла, а ожиріння виявляють у 25 % людей працездатного віку. В країнах західної Європи ожиріння зустрічається у 25-35 % населення, а серед осіб старше 60 років цей показник становить 42-43,5 % (2,3).

Низька ефективність консервативної терапії, висока частота розвитку рецидивів ожиріння зумовлюють необхідність застосування більш радикальних методів лікування. Операцією вибору при морбідному ожирінні є шлункове шунтування з ентеро-ентероанастомозом за Ру лапароскопічним шляхом. Нині його віднесено до "золотого стандарту" хірургічного лікування морбідного ожиріння.

Найбільш близьким аналогом до способу, що заявляється, є спосіб формування гастроентероанастомозу при виконанні операції лапароскопічного шунтування шлунка (1), який виконують після мобілізації шлунка, відступаючи 5,5 см від шлунково-стравохідного переходу по малій кривизні та в ділянці кута Гіса, формують "малий шлуночок" об'ємом до 20 мл. Шлунок перетинають на зонді 34 Fr за допомогою апарату Echelon Flex 60 мм виробництва Ethicon (США). Позаду ободової кишки, накладають гастроентероанастомоз кінець-в-бік. Починають формувати анастомоз з накладання безперервного серо-серозного шва в поперечному напрямку на 2 см дистальніше лінії апаратного шва шлунка між задньою стінкою куки шлунка та петлею тонкої кишки протягом 3-4 см за допомогою атравматичного шовного матеріалу (2/0). Електрокоагулятором на одному рівні виконують ентеротомію та гастротомію до 0,5 см в поперечному напрямі паралельно до попередньо накладеного серо-серозного шва. В подальшому сформовані ентеро- та гастротомний отвори використовували для заведення лапароскопічного лінійного степлера на глибину 1,5 см та формування апаратного шва. Ентеро та гастротомний отвори ушивають однорядним атравматичним шовним матеріалом (2/0). На передню губу гастроентероанастомозу додатково накладають безперервний серо-серозний шов. При формуванні гастроентероанастомозу застосовували атравматичний шовний матеріал, що розсмоктується і що не розсмоктується (4).

Способу властиві недоліки:

1) технічна складність виконання

2) тривалий час виконання даного етапу оперативного втручання

3) високі витрати на технічне забезпечення виконання даного етапу оперативного втручання.

В основу корисної моделі поставлена задача у створенні технічно простого способу формування гастроентероанастомозу, який забезпечив би значне зниження частоти неспроможності анастомозу, скорочення часу оперативного втручання та знижує затрати на технічне забезпечення операції.

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

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі, який включає виконання лапароскопічного шунтування шлунка, згідно з корисною моделлю, формування гастроентероанастомозу виконують лапароскопічно за допомогою однорядного ввертаючого безперервного шва атравматичною ниткою, що розсмоктується (Vicryl 3/0), при цьому гастроентероанастомоз формують попереду ободової кишки з передньою стінкою куки шлунка кінець в бік.

Цим досягається надійна герметизація анастомозу, скорочується час виконання даного етапу операції, знижуються витрати на технічне забезпечення оперативного втручання.

Суть корисної моделі пояснюється кресленням, де показана операція лапароскопічного шунтування шлунка за методикою Fobi-Capella. Етап формування попереду обідкового переднього гастроентероанастомозу кінець в бік.

Спосіб вигідно відрізняється від аналога тим, що передбачає формування гастроентероанастомозу попереду ободової кишки з передньою стінкою шлунка без застосування лапароскопічного лінійного степлера та використання однорядного безперервного ввертаючого шва за допомогою атравматичного шовного матеріалу, що розсмоктується. Відмова від застосування лапароскопічного лінійного степлера знижує витрати на технічне забезпечення оперативного втручання. Завдяки заявленому способу з застосуванням безперервного однорядного ввертаючого шва можна значно скороти час виконання даного

етапу оперативного втручання та досягнути надійної герметичності гастроентероанастомозу і знизити ризик розвитку неспроможності анастомозу.

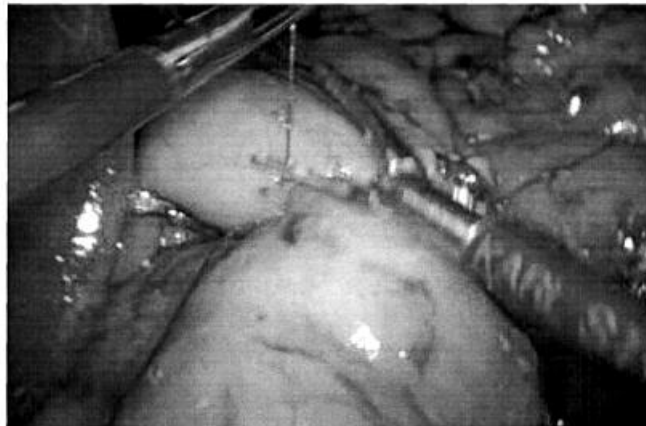
Спосіб був апробований на базі кафедри загальної хірургії № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, отримані позитивні результати дозволяють рекомендувати його для широкого впровадження в медицину.

Джерела інформації:

1. James W.P. The epidemiology of obesity: the size of the problem// J. Intern. Med. - 2008; 263: 336-52.
2. Branca F., Nikogosian H., Lobstein T. (ets). The challenge of Obesity in the WHO European Region and the Strategies for Response: Summary. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2007.
3. AACE/TOS/ASMBS Bariatric Surgery Clinical Practice Guidelines, Endocr Pract.2013;19(No. 2).
4. Buchwald H. Buchwald's Atlas of Metabolic & Bariatric Surgical Techniques and Procedures, 1st Edition. Expert Consult-Online and Print, 2012, Saunders, 400 p.
5. Fobi MA, Lee H, Holness R, Cabinda D (1998) Gastric bypass operation for obesity. World J Surg 22:925-935.

#### ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб формування гастроентероанастомозу при виконанні лапароскопічного шлункового шунтування, що включає проведення лапароскопії, який **відрізняється** тим, що формування гастроентероанастомозу виконують лапароскопічно за допомогою однорядного ввертаючого безперервного шва атравматичною ниткою, що розсмоктується (Vicryl 3/0), при цьому гастроентероанастомоз формують попереду ободової кишки з передньою стінкою кулки шлунка кінець в бік.




---

Комп'ютерна верстка А. Крижанівський

---

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