



УКРАЇНА

(19) UA (11) 46488 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

### (54) СПОСІБ РОЗШИРЕНОЇ ГАСТРЕКТОМІЇ

1

2

(21) u200906712

(22) 26.06.2009

(24) 25.12.2009

(46) 25.12.2009, Бюл.№ 24, 2009 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, САВВА  
СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ЛАЗИРСЬКИЙ ВЯЧЕ-  
СЛАВ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ЛИХМАН ВІКТОР МИКО-  
ЛАЙОВИЧ

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ  
ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕ-  
ДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

(57) Спосіб розширеної гастректомії, що включає  
гастректомію з резекцією сегмента поперечно-  
ободової кишки, відновлення безперервності шлу-  
нково-кишкового тракту шляхом пластики шлунка

сегментом кишечника на живильній судинній ніжці,  
а також формування проксимального і дистального  
анастомозів, який **відрізняється** тим, що дода-  
тково проводять резекцію висхідної товстої кишки,  
при цьому резекцію поперечно-ободової та висхід-  
ної товстої кишок проводять в одному блоці із  
шлунком і пухлиною, відновлення безперервності  
шлунково-кишкового тракту здійснюють шляхом  
пластики шлунка ілеоцекальним сегментом кише-  
чника на живильній судинній ніжці з клубово-  
товстокишковою артерією, а також формують  
езофаго-ілеальний анастомоз "кінець в бік", дуо-  
дено-цекальний анастомоз "кінець в кінець" і клу-  
бово-товстокишковий анастомоз "кінець в бік".

Корисна модель стосується хірургічної гастро-  
ентерології і може бути використана для лікування  
місцеворозповсюдженого раку шлунка з перехо-  
дом на товсту кишку і/або її брижу.

При наявності пухлини шлунка з пророщенням  
в поперечно-ободову кишку або її брижу прово-  
дять радикальну операцію з одночасною резекці-  
єю шлунка і поперечно-ободової кишки з пухли-  
ною.

Відомий спосіб комбінованої гастретомії з пух-  
линою і поперечно-ободовою кишкою, що його  
описано в книзі Шалимова А.А., Саенко В.Ф. «Хи-  
рургия пищеварительного тракта, (див. К. - Здоро-  
вье.- 1987. - с. 286). Він включає резекцію сегмен-  
та поперечно-ободової кишки, гастректомію з  
пухлиною в одному блоці, відновлення безперерв-  
ності шлунково-кишкового тракту, яке виконується  
шляхом формування езофагоєюноанастомозу та  
трансверзо-трансверзоанастомозу «кінець-в-  
кінець».

Описаний процес дає можливість видалити  
розповсюджену пухлину і виконати відновлення  
прохідності травного тракту. Але якість життя хви-  
рих після операції невисока, оскільки не створю-  
ють резервуар, який заміщує шлунок, і не включа-  
ють до травного тракту дванадцятипалу кишку.  
Все це може призводити до проявів демпінг-  
синдрому та інших розладів травлення. До того ж,

у хворих часто виникає єюноезофагеальний реф-  
люкс і, як наслідок його, запалення та ерозивно-  
виразкові ураження стравоходу та зони анастomo-  
зу.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті  
і результату, що досягається, є спосіб комбінова-  
ної гастректомії з пластикою шлунка товстою киш-  
кою, який описано в книзі Шалімова А.А. і Саенко  
В.Ф. (Шалимов А.А., Саенко В.Ф. «Хирургия пище-  
варительного тракта». - К. - Здоровье. - 1987. - с.  
285, мал. 115-18, операція по Могопелу). Він вклю-  
чає гастректомію з резекцією сегмента поперечно-  
ободової кишки, відновлення безперервності шлу-  
нково-кишкового тракту шляхом пластики шлунка  
сегментом кишечника на живильній судинній ніжці,  
а також формування проксимального і дистально-  
го анастомозів. Пластику шлунка здійснюють за-  
здалегідь резеційованим сегментом поперечно-  
ободової кишки. Як проксимальний і дистальний  
анастомози формують езофаго-  
трансверзоанастомоз «кінець-в-кінець», трансвер-  
зо-дуоденальний анастомоз «кінець-в-кінець» і  
трансверзо-трансверзо-анастомоз «кінець-в-  
кінець».

Зазначений спосіб дозволяє видалити розпо-  
всюджену пухлину, коли у відповідності до правил  
онкологічного захисту необхідне широке видален-  
ня усіх прилеглих до пухлини тканин (тобто і час-

(19) UA (11) 46488 (13) U

тини товстої кишки), а також дозволяє відновити безперервність травного тракту з заміщенням видаленого шлунку та включенням до пасажу їжі дванадцятипалої кишки. Але його недоліками є те, що, по-перше, цю методику неможливо використати у разі розповсюдження пухлини шлунку на попереково-ободову кишку, коли виникає необхідність в її видаленні. По-друге, використання товстої кишки для пластики шлунку не попереджує розвитку дуодено-трансверзо-езофагеального рефлюксу з виникненням запалення та ерозивно-виразкового ураження трансплантату і стравоходу. Ці недоліки погіршують якість життя оперованих хворих у віддаленому періоді.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого способу комбінованої гастректомії, який дозволяє розширити область свого використання на випадок, коли пухлина шлунку розповсюджена на попереково-ободову кишку, а також виключити можливість виникнення дуодено-трансверзо-езофагеального рефлюксу за рахунок обрання для пластики шлунка сегменту кишечнику, який вміщає природний клапан.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі розширеної гастректомії, що включає гастректомію з резекцією сегмента поперечно-ободової кишки, відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту шляхом пластики шлунка сегментом кишечнику на живильній судинній ніжці, а також формування проксимального і дистального анастомозів, згідно з корисною моделлю додатково проводять резекцію висхідної товстої кишки, при цьому резекцію поперечно-ободової та висхідної товстої кишок проводять в одному блоці із шлунком і пухлиною, відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту здійснюють шляхом пластики шлунка ілеоцекальним сегментом кишечнику на живильній судинній ніжці з клубово-товстокишковою артерією, а також формують езофаго-ілеальний анастомоз «кінець-в-бік», дуодено-цекальний анастомоз «кінець-в-кінець» і клубово-товстокишковий анастомоз «кінець-в-бік».

Приклад конкретного виконання корисної моделі ілюструється кресленням, на якому зображено кінцевий вигляд травного тракту після накладання анастомозів. Здійснена пластика шлунка ілеоцекальним сегментом кишечнику на живильній судинній ніжці 1, а також сформовані езофаго-ілеальний анастомоз 2, дуодено-цекальний анастомоз 3 і клубово-товстокишковий анастомоз 4, показаний також стравохід 5.

Докладний опис способу суміщений з прикладом його конкретного виконання в клініці.

Клінічний приклад.

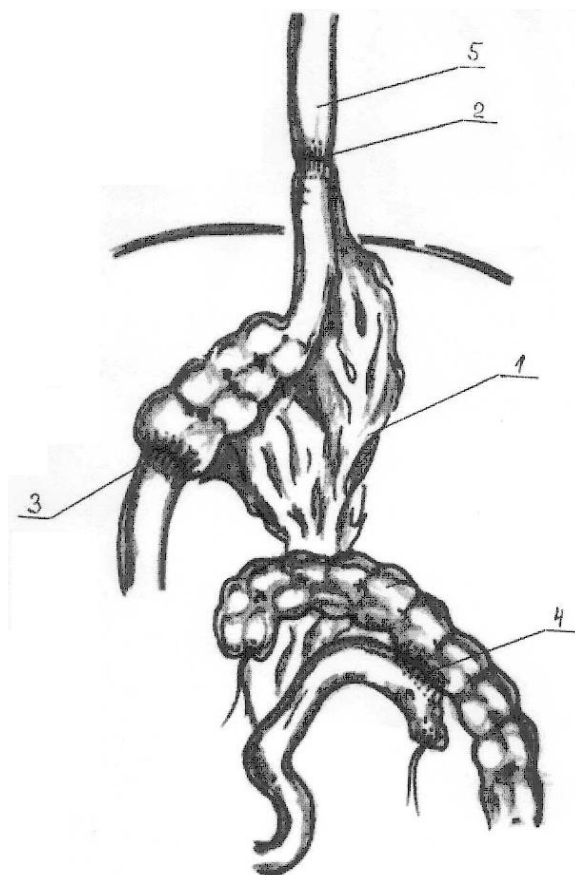
Хворий В., 55 років, надійшов в клініку ДУ «ІЗНХ АМНУ» зі скаргами на болі в епігастрії, нудоту, одноразове блювання по типу «кавової гущі», затримку стула, слабкість, похудіння на 5 кг за

2-3 місяці. Зазначені скарги з'явилися за 2 місяці до госпіталізації. При обстеженні за даними ендоскопічного та рентгенологічного дослідження виявлена пухлина тіла шлунку з розповсюдженням на антральний відділ, а за даними комп'ютерної томографії виявлено пророщення пухлини в ободову кишку з явищами часткової кишкової непрохідності. Патогістологічне заключення: помірно диференційована аденокарцинома. Даних за віддалене метастазування не виявлено. Хворий оперований в плановому порядку. Після лапаротомії була виявлена пухлина тіла шлунку з переходом на антральний відділ розміром до 9 см в діаметрі та пророщенням пухлини в ободову кишку та її брижу. Висхідна частина ободової кишки не розширена. Метастазів в печінці не виявлено, парааортальні лімфовузли не збільшені. Пальпаторно виявляються збільшені до 1-1,5 см лімфовузли в обох сальниках, по ходу селезінкових судин та лівих шлункових судин. Здійснена гастректомія з резекцією поперекової та висхідної частин ободової кишки з пухлиною в одному блоці та лімфодисекція в межах DIII. У подальшому виконано виділення ілеоцекального сегменту кишки із збереженням його брижі з живильною судиною (клубово-товстокишкова артерія), ізоперистальтичне формування езофаго-ілеального анастомозу «кінець-в-кінець», та дистального цекодуоденального анастомозу «кінець-в-кінець», формування ілеотрансверзоанастомозу «бік-в-бік».

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворий виписаний у задовільному стані на 21 добу. У подальшому хворому проведено три курси поліхіміотерапії.

При обстеженні через 6 місяців після операції скарг немає. При ендоскопічному дослідженні, УЗД та комп'ютерній томографії ознак рецидива захворювання не виявлено. Стан задовільний. Рентгенологічно: прохідність анастомозів вільна, в положенні Тренделенбурга відсутній рефлюкс контрасту з сліпої кишки в тонку кишку та стравохід. Функціонування травної системи задовільне.

Таким чином, використання корисної моделі дозволяє у порівнянні з прототипом розширити область свого використання на випадок, коли пухлина шлунку розповсюджена на попереково-ободову кишку, а також виключити можливість виникнення дуодено-трансверзо-езофагеального рефлюксу за рахунок обрання для пластики шлунка сегменту кишечнику, який вміщає природний клапан. Крім того, спосіб може бути використаний і у всіх інших випадках, коли потрібна гастропластика. Наявність ілеоцекального клапану попереджує виникнення дуодено-трансверзо-езофагеального рефлюксу, тим самим попереджує розвиток запального та ерозивно-виразкового ураження стравоходу та дозволяє максимально функціонально вигідно відновити безперервність травного каналу.



Фіг.