



УКРАЇНА

(19) UA (11) 48332 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/04МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМБІНОВАНОЇ ГАСТРЕКТОМІЇ

1

(21) u200910516

(22) 16.10.2009

(24) 10.03.2010

(46) 10.03.2010, Бюл.№ 5, 2010 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, САВВА
СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ЛАЗИРСЬКИЙ ВЯЧЕ-
СЛАВ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ЛИХМАН ВІКТОР МИКО-
ЛАЙОВИЧ(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬ-
НОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕ-
ДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

2

(57) Спосіб комбінованої гастректомії, що включає гастректомію з резекцією абдомінального та грудного відділів стравоходу і пластику стравоходу кишечним трансплантатом на судинній ніжці, який **відрізняється** тим, що додатково виконують пластику шлунка, а як трансплантат стравоходу і шлунка обирають ілеоцекальний сегмент кишечника на судинній ніжці arteria ileocolica в ізоперистальтичному положенні.

Корисна модель стосується хірургічної гастроентерології і може бути використана для хірургічного лікування рака шлунка з переходом на абдомінальний та грудний відділ стравоходу.

Відомий спосіб комбінованої гастректомії, що його описано в книзі Шалимова А.А., Саенко В.Ф. «Хирургия пищеварительного тракта» [див. К.-Здоров'я, - 1987.- С. 142.]. Він включає гастректомію з резекцією нижньої третини стравоходу із комбінованого абдоміно-торакального доступу і відновлення безперервності травного тракту шляхом формування езофаго-єюнального анастомозу з початковою петлею тонкої кишки.

Спосіб дозволяє видалити розповсюджену пухлину і відновити безперервність травного тракту. Але в умовах розповсюдження пухлини на грудний відділ стравоходу зазначений метод непридатний, оскільки не завжди можливе накладення езофаго-єюнального анастомозу внаслідок наявного діастазу між культею стравоходу і тонкою кишкою. Крім цього, не здійснюється резервуарна функція шлунка.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті і результату, що досягається, є спосіб комбінованої гастректомії за книгою Шалимова А.А., Саенко В.Ф. «Хирургия пищеварительного тракта» [див. К.-Здоров'я, - 1987.- С. 131, рис. 52-1 - операція сегментарної езофагопластики клубовою кишкою за Поповим-Філіном]. Він включає гастректомію з резекцією абдомінального і грудного відділів стравоходу і пластику стравоходу кишковим трансплантатом на судинній ніжці. При цьому пластику

стравоходу здійснюють трансплантатом із сегмента клубової кишки на судинній ніжці arteria colica media.

Описаний спосіб дозволяє видалити розповсюджену пухлину у відповідності до онкологічних принципів (видаляють уражену частину стравоходу з лімфатичними колекторами) і відновити безперервність травного тракту, подолавши діастаз між культею стравоходу і тонкою кишкою. Але його недоліками є те, що не створюється шлунковий резервуар, і всі наслідки цього факту. Також використання тонкої кишки для пластики стравоходу створює умови виникнення в наступному дуодено-і ентеростравохідного рефлюкса з неминучим розвитком пептичного езофагіту, пептичних виразок і звужень кишкового трансплантата.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого способу комбінованої гастректомії, який дозволяє відновити безперервність травного тракту із створенням шлункового резервуара і забезпеченням профілактики рефлюкса шлункового вмісту у знов створений із кишкового трансплантата стравохід. Описаний спосіб, кінець кінцем, забезпечить більш високу якість життя пацієнта за рахунок відновлювального етапу операції.

Поставлене завдання вирішується тим, що в способі комбінованої гастректомії, який включає гастректомію з резекцією абдомінального та грудного відділів стравоходу і пластику стравохода кишковим трансплантатом на судинній ніжці, згідно з корисною моделлю додатково виконують пла-

(19) UA (11) 48332 (13) U

стику шлунка, а як трансплантат стравоходу і шлунка обирають ілеоцекальний сегмент кишечника на судинній ножці *arteria ileocolica* в ізоперистальтичному положенні.

Обрання ілеоцекального сегмента кишечника на судинній ножці *arteria ileocolica* в ізоперистальтичному положенні як трансплантата стравоходу і шлунка дозволяє, по-перше, замінити резеційовану частину стравоходу тонкою кишкою, а резеційований шлунок - відрізком товстої кишки, створивши при цьому шлуночний резервуар із останнього. По-друге, наявність між відрізкамі трансплантата ілеоцекального клапана та ізоперистальтичне розташування трансплантата дозволяють запобігти закиданню вмісту дванадцятипалої кишки до знов створеного після операції стравоходу. По-третє, використання як судинної ножки *arteria ileocolica* дозволяє забезпечити адекватне кровопостачання трансплантата.

Приклад конкретного виконання корисної моделі ілюструється кресленням, на якому зображений кінцевий вигляд травного тракту після операції. Здійснена пластика шлунка ілеоцекальним сегментом кишечника на живильній судинній ніжці 1, а також сформовані езофаго-ілеальний, цекодуоденальний анастомози 2, 3, відповідно. Показані також сегмент 4 клубової кишки і сліпа кишка 5.

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

Клінічний приклад.

Хвора М., 59 років, надійшла в клініку ДУ «ІЗНХ АМНУ» зі скаргами на болі в епігастрії, дисфагію, нудоту, одноразове блювання по типу «кавової гущі», слабкість, похудіння на 5 кг за 2-3 місяці. Вважає себе хворою на протязі останніх 6 місяців. При обстеженні за даними ендоскопічного та рентгенологічного дослідження виявлена інфільтративна пухлина тіла шлунка з розповсюдженням на кардіальний відділ шлунку та абдомінальний відділ стравоходу, просвіт стравоходу звужений. За даними комп'ютерної томографії та УЗД діагноз підтверджено. Даних за віддалене метастазування не виявлено. Патогістологічне заключення: низькодиференційована аденокарцинома. Хвора оперована в плановому порядку. Після лапаротомії була виявлена пухлина тіла шлунку з переходом на кардіальний відділ та абдомінальний відділ стравоходу з інфільтративним ростом та розповсюдженням вище діафрагми. Метастазів в печінці не виявлено, парааортальні лимфовузли не збільшені. Виявляються збільшені до 1-1,5 см лимфовузли в обох сальниках, по ходу

лівих шлункових судин. Здійснена мобілізація шлунку в обсязі гастректомії та лімфодиссекції в межах DII, діафрагмотомія по Савіних з мобілізацією стравоходу. При цьому виявлено розповсюдження пухлини на нижню третину грудної частини стравоходу. Виконана правобічна торакотомія з мобілізацією грудного відділу стравоходу в одному блоці з клітковиною, грудною лімфатичною протокою, задніми середостінними лімфовузлами, нижніми трахеобронхіальними лімфовузлами і перев'язуванням середніх і нижніх стравохідних артерій. Виконана гастректомія та резекція абдомінального та грудного відділів стравоходу у межах здорових тканин з лімфодиссекцією в одному блоці.

У подальшому виконано реконструктивно-пластичний етап операції з використанням 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. Хвора виписана у задовільному стані на 22 добу. У подальшому хворій 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, зазначене рішення дозволяє відновити безперервність шлунково-кишкового тракту з утворенням шлункового резервуару та забезпеченням профілактики рефлюкса дуоденального вмісту у штучно сформований із кишкового трансплантату стравохід за рахунок обрання для пластики шлунка і стравоходу сегменту кишечника, який вміщує природний клапан. Крім того, спосіб може бути використаний і у всіх інших випадках, коли потрібна гастропластика. Наявність ілеоцекального клапану попереджує виникнення дуодено-ентеро-езофагеального рефлюксу, тим самим попереджує розвиток запального та ерозивно-виразкового ураження стравоходу та дозволяє максимально функціонально вигідно відновити безперервність травного каналу.

