



УКРАЇНА

(19) UA (11) 54464 (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 КОМБІНОВАНОЇ ГАСТРЕКТОМІЇ

1

2

(21) u201005509

(22) 05.05.2010

(24) 10.11.2010

(46) 10.11.2010, Бюл.№ 21, 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"

(57) 1. Спосіб комбінованої гастректомії, що вклю-
чає гастректомію з резекцією абдомінального і
грудного відділів стравоходу, а також пластику

стравоходу кишечним трансплантатом на судинній
ніжці, який **відрізняється** тим, що додатково ви-
конують пластику шлунка, а як трансплантат стра-
воходу і шлунка вибирають ілеоцекальний сегмент
кишечнику на судинній ніжці в ізоперистальтично-
му положенні, використовують абдоміно-
торакальний доступ, при цьому торакотомію вико-
нують в VII міжребер'ї зліва, а езофаго-ілеальний
анастомоз розташовують в лівій плевральній по-
рожнині.

2. Спосіб комбінованої гастректомії за п. 1, який
відрізняється тим, що як судинну ніжку вибира-
ють arteria ileocolica.

Корисна модель стосується хірургічної гастро-
ентерології і може бути використана для хірургіч-
ного лікування раку шлунка з переходом на абдо-
мінальний і нижньо-грудний (наддіафрагмальний)
відділи 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.-рис.62-63). Він включає
гастректомію з резекцією нижньої третини страво-
ходу із комбінованого абдоміно-торакального дос-
тупа і відновлення безперервності травного тракту
шляхом формування езофаго-єюнального анасто-
мозу з начальною петлею тонкої кишки.

Спосіб дозволяє видалити розповсюджену пу-
хлину і відновити безперервність травного тракту.
Але в умовах розповсюдження пухлини на нижньо-
грудний відділ стравоходу зазначений метод не-
придатний, оскільки не завжди можливе наклад-
нення 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 комбінова-
ної гастректомії (хірургічного лікування раку шлу-
нку з переходом на абдомінальний і грудний відділи
стравоходу), що описаний у книзі Шалимова А.А,
Саенко В.Ф. «Хирургия пищеварительного тракта»
(див. К.- Здоров'я." 1987.- С.131, рис. 52-1 - опера-

ція сегментарної езофагопластики клубовою киш-
кою за Поповим-філіном). Він включає гастректо-
мію з резекцією абдомінального і грудного відділів
стравоходу і пластику стравоходу кишковим тран-
сплантатом на судинній ніжці. Пластику стравохо-
ду здійснюють трансплантатом із сегмента клубо-
вої кишки на судинній ніжці arteria colica media.
Використовують комбінований абдоміно-
торакальний доступ, при цьому торакотомію вико-
нують в V міжребер'ї справа.

Описаний спосіб дозволяє видалити розпо-
всюджену пухлину у відповідності до онкологічних
принципів (видаляють уражену частину стравохо-
ду з лімфатичними колекторами) і відновити без-
перервність травного тракту, подолавши діастаз
між культею стравоходу і тонкою кишкою. Але його
недоліками є те, що не створюється шлунковий
резервуар, а також всі наслідки цього факту. До
того ж відсутність антирефлюксного механізму
створює умови виникнення в наступному дуодено-
і ентеростраховідного рефлюкса з неминучим виразок і
звужень кишкового трансплантата. При правобіч-
ному доступі до стравоходу необхідно перев'язу-
вати непарну вену, що ускладнює операцію і побі-
льшує імовірність інтра- і післяопераційних
ускладнень. Якщо заздалегідь відомо, що уражен-
ня стравоходу розташоване не вище грудного від-
ділу, то його резекція на більш високому рівні не
виправдана. До того ж, використання arteria colica

(13) U
54464
(11)
(19) UA

media як судинної ніжки призводить до суттєвого підвищення травматичності операції, яка пов'язана з необхідністю видалення всієї правої половини товстої кишки внаслідок її деваскуляризації.

В основу корисної моделі поставлене завдання створення удосконаленого способу комбінованої гастректомії, який дозволяє відновити безперервність травного тракту після резекції шлунку та абдомінального і нижньо-грудного відділу стравоходу із створенням шлункового резервуара і забезпеченням профілактики рефлюкса шлункового вмісту у знов створений із кишкового трансплантату стравохід, а також виключити невиправдану резекцію здорових тканин, якщо ураження стравоходу стосується грудного відділу. Тобто описаний спосіб забезпечить більш високу якість життя пацієнта.

Поставлене завдання вирішується тим, що в спосіб комбінованої гастректомії, що включає гастректомію з резекцією абдомінального і грудного відділів стравоходу, а також пластику стравоходу кишечним трансплантатом на судинній ніжці, згідно з корисною моделлю додатково виконують пластику шлунка, а як трансплантат стравоходу і шлунка обирають ілеоцекальний сегмент кишечника на судинній ніжці в ізоперистальтичному положенні, використовують абдоміно-торакальний доступ, при цьому торакотомію виконують в VII міжребер'ї зліва, а езофаго-ілеальний анастомоз розташовують в лівій плевральній порожнині.

Можливо як судинну ніжку обирати *arteria ileocolica*, якщо ураження стравоходу стосується його нижньо-грудного відділу.

Введення комбінованого абдомінального і лівобічного торакотомного доступу дозволяє виконати пластику стравоходу і шлунку у разі розповсюдження пухлини шлунка на абдомінальний і нижньо-грудний (наддіафрагмальний) відділ стравоходу, забезпечивши адекватну резекцію стравоходу, а також виключивши імовірність пошкодження великих венозних стовбурів (непарна вена).

Обрання як судинної ніжки *arteria ileocolica* дозволяє зменшити травматичність операції за рахунок збереження правої половини товстої кишки. Слід зазначити, що якщо ураження стравоходу розташоване на рівні нижньо-грудного відділу і дозволяють анатомічні умови, то для достатньої довжини судинної ніжки вистачає довжини *arteria ileocolica*.

Обрання для пластики шлунка ілеоцекального сегмента кишечника на живильній судинній ніжці дозволяє відновити безперервність шлунково-кишкового тракту із створенням шлункового резервуару і забезпеченням профілактики рефлюксу шлункового вмісту у знов утворений стравохід за рахунок обрання для пластики шлунка і стравоходу сегменту кишечника, який вміщує природний клапан.

Заявнику відоме використання ілеоцекального сегмента кишечника на живильній судинній ніжці для відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту із створенням шлункового резервуару і забезпеченням профілактики рефлюксу шлункового вмісту (з-ка №2009 10516, пр. 16.10.2009, поз.ріш.15.01.2010. Спосіб комбінованої гастректомії), але у порівнянні з цим рішенням

спосіб, що пропонується, призначений для лікування раку шлунка з переходом на абдомінальний і нижньо-грудний (наддіафрагмальний) відділи стравоходу і дозволяє забезпечити радикальний об'єм операції та виключити невиправдану резекцію здорових тканин.

Докладний опис способу суміщений з прикладом його виконання в клініці.

Клінічний приклад.

Хвора М., 58 років, надійшла в клініку ДУ «ІЗНХ АМНУ» зі скаргами на болі в епігастрії, дисфагію, нудоту, слабкість, похудіння на 6 кг за 2-3 місяці. Вважає себе хворою на протязі останніх 3 місяців. При обстеженні за даними ендоскопічного та рентгенологічного дослідження виявлена пухлина кардіального відділу шлунка з переходом на абдомінальний відділ стравоходу, просвіт стравоходу звужений. За даними комп'ютерної томографії та УЗД діагноз підтверджено. Даних за віддалене метастазування не виявлено. Патогістологічний висновок: аденокарцинома шлунку. Хвора оперована в плановому порядку. Після лапаротомії виявлена пухлина на задній стінці кардіального відділу шлунку, що розповсюджується по малій кривизні на передню стінку шлунку та абдомінальний відділ стравоходу. Метастазів в печінці не спостерігається, парааортальні лімфовузли не збільшені. Виявлені збільшені до 1 см лімфовузли в малому сальнику та по ходу лівих шлункових судин. Після діафрагмотомії по Савіних виявлена зона інфільтрації стравоходу, яка поширюється на 3-4 см вище діафрагми. Виконана мобілізація шлунку з обома сальниками та лімфодисекція в межах D2, потім - мобілізація ілеоцекального сегменту кишечника з наступним викроюванням його на живильній судинній ніжці із *arteria ileocolica*. Сформовано ілеоасцендоанастомоз по типу «кінець-в-бік». Ілеоцекальний сегмент переведений в позицію шлунка з наступною гастро- та езофагопластикою шляхом формування сліпокишково-дуоденального анастомозу. На цьому абдомінальний етап операції завершено. Враховуючи незначне поширення пухлини на нижньо-грудний відділ стравоходу, виконана торакотомія у VII міжребер'ї зліва. Відступивши на 3 см від зони інфільтрації стравоходу, останній мобілізовано в одному блоці з клітковиною, задніми середостінними лімфовузлами і пересічено з попередньою перев'язкою нижніх стравохідних артерій. Шлунок з обома сальниками та нижньою третьою стравоходу видалено із торакотомного доступу. Сформовано езофагоілеальний анастомоз, який розташовано в лівій плевральній порожнині.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хвора виписана у задовільному стані на 21 добу. У подальшому хворій проведено три курси поліхіміотерапії.

При обстеженні через 3 місяці після операції у хворої скарг немає. При рентгенологічному дослідженні виявлено депо контрастної рідини у знов сформованому шлунковому резервуарі з відсутністю рефлюксу його у положенні Тренделенбурга. За даними ендоскопічного дослідження, УЗД та комп'ютерної томографії ознак рецидиву захворювання не виявлено.

Таким чином, зазначене рішення дозволяє відновити безперервність травного тракту після резекції шлунку та абдомінального і нижньо-грудного відділу стравоходу з включенням дванадцятипалої кишки в процес травлення та виконати гастро- та езофагопластику сегментом кишечника, що містить природний клапан, який дозволяє попередити дуодено-ілеально-стравохідний рефлюкс. Спосіб

дозволяє також виключити невиправдану резекцію здорових тканин, якщо ураження стравоходу стосується грудного відділу. Тобто описаний спосіб забезпечує більш високу якість життя пацієнта, зменшуючи травматичність втручання та відновлюючи природні взаємини між частинами травного тракту.