



УКРАЇНА

(19) UA (11) 64891 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМБІНОВАНОЇ ГАСТРЕКТОМІЇ

1

(21) u201104166

(22) 06.04.2011

(24) 25.11.2011

(46) 25.11.2011, Бюл.№ 22, 2011 р.

(72) БОЙКО ВАЛЕРІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ, САВВІ СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, ЛАЗИРСЬКИЙ ВЯЧЕСЛАВ ОЛЕКСІЙОВИЧ, ЛИХМАН ВІКТОР МИКОЛАЙОВИЧ

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

(57) Спосіб комбінованої гастректомії, що включає гастректомію, резекцію сегмента поперечно-ободової кишки з пухлиною в одному блоці, а та-

2

кож відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту, який **відрізняється** тим, що додатково виконують панкреатодуоденальну резекцію і правосторонню геміколектомію із збереженням ілеоцекального сегмента кишечника, виконують гастропластику ілеоцекальним сегментом, а відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту виконують шляхом формування анастомозів: панкреатоєюнального "кінець-в-кінець", езофагоілеального, цекоєюнального "кінець-в-бік", холедохоєюнального "кінець-в-бік", а також формування міжкишкового співвустя за Брауном із заглушкою привідної петлі за Шалімовим та ілеотрасверзоанастомозу "бік-в-бік".

Корисна модель стосується хірургічної гастроентерології і може бути використана для лікування місцеворозповсюдженого раку шлунка з переходом на підшлункову залозу та поперечно-ободову кишку одночасно.

Відомий спосіб гастректомії із збереженням воротора з панкреатодуоденальною резекцією, що його описано в книзі: Шалимов А.А., Саенко В.Ф. «Хирургия пищеварительного тракта» (див. К.-Здоровье. - 1987. - С. 486-487 - рис. 110 - операція Traverso, Longmire). Він включає гастректомію з лімфодисекцією і з проксимальною резекцією підшлункової залози. Відновний етап операції включає формування дуоденоєюно-, холедохоєюно- і панкреатоєюноанастомозів "бік-в-бік", або через У-подібний анастомоз. Культь підшлункової залози вшивають у відповідну петлю У-подібно мобілізованої тощої кишки, а з іншою відповідною петлею кишки накладають дуоденоєюнальний анастомоз і вшивають в загальну жовчну протоку.

Спосіб дозволяє видалити пухлину і відновити безперервність шлунково-кишкового тракту, але він призначений для випадку, коли пухлина розповсюджена лише на головку підшлункової залози, і непридатний при проростанні пухлини одночасно в шлунок, головку і в поперечно-ободову кишку. До того ж, на відновному етапі операції не створюється резервуар, який заміщує шлунок, що погіршує якість життя хворих після операції.

Найбільш близьким є спосіб комбінованої гастректомії з пухлиною і поперечно-ободовою киш-

кою, що його описано в книзі: Шалимов А.А., Саенко В.Ф. «Хирургия пищеварительного тракта» (див. К.-Здоровье. - 1987. - С. 286). Він включає резекцію сегмента поперечно-ободової кишки, гастректомію з пухлиною в одному блоці, відновлення безперервності 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 зазначений спосіб дозволяє видалити пухлину шлунку, яка розповсюджується лише на поперечно-ободову кишку. До того ж, якість життя хворих після операції невисока, оскільки не створюють резервуар, який заміщує шлунок. Все це може призводити до проявів демпінг-синдрому та інших розладів травлення. До того ж, у хворих часто виникає єюноезофагеальний рефлекс і, як наслідок його, запалення та ерозивно-виразкові ураження стравоходу та зони анастомозу.

В основу корисної моделі поставлено задачу створення удосконаленого способу комбінованої гастректомії, який дозволяє абластично видалити пухлину шлунку, що розповсюджується на підшлункову залозу та поперечно-ободову кишку одночасно, а також відновити безперервність травного тракту із створенням штучного шлунку і тим самим покращити післяопераційну якість життя хворого.

(13) U
(11) 64891
(19) UA

Поставлена задача досягається тим, що в способі комбінованої гастректомії, що включає гастректомію, резекцію сегмента поперечно-ободової кишки з пухлиною в одному блоці, а також відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту, згідно з корисною моделлю додатково виконують панкреатодуоденальну резекцію і правобічну геміколектомію із збереженням ілеоцекального сегмента кишечника, виконують гастропластику ілеоцекальним сегментом, а відновлення безперервності шлунково-кишкового тракту виконують шляхом формування анастомозів: панкреатоєюнального "кінець-в-кінець", езофагоїлеального, цекоєюнального "кінець-в-бік", холедохоєюнального "кінець-в-бік", а також формування міжкишкового співвустя за Брауном із заглушкою привідної петлі за Шалімовим та ілеотрасверзоанастомозу "бік-в-бік".

Видалення відділів кишечника здійснюють, виходячи з об'єму уражених тканин, а також необхідності правобічної геміколектомії кишечника у всякому разі, коли пухлиною уражується печінковий кут ободової кишки.

Збереження ілеоцекального сегмента дозволяє в наступному виконати ним гастропластику, виключивши виникнення в післяопераційному періоді тонкокишково-стравохідного рефлюксу і, як наслідок, езофагіту.

Приклад конкретного виконання корисної моделі ілюструється кресленням, на якому зображено кінцевий вигляд травного тракту після накладання анастомозів. Здійснена пластика шлунка ілеоцекальним сегментом 1 кишечника, а також сформовані панкреатоєюнальний, езофагоїлеальний, цекоєюнальний, холедохоєюнальний анастомози, 2, 3, 4, 5 відповідно. Також сформоване міжкишкове співвустя 6 за Брауном, заглушка 7 привідної петлі за Шалімовим та ілеотрасверзоанастомоз 8.

Докладний опис корисної моделі суміщений з прикладом його конкретного виконання в клініці.

Клінічний приклад.

Хворий К., 42 роки, був прийнятий ургентно з ознаками гострої шлунково-кишкової кровотечі III

ступеня тяжкості. У зв'язку з тяжкістю стану госпіталізований у відділення реанімації, де проводилася інтенсивна терапія, включаючи переливання свіжозамороженої плазми та еритроцитарної маси. На фоні терапії, що проводилася, спостерігалися неодноразові рецидиви кровотечі з падінням гемодинаміки. Рівень гемоглобіну коливався від 56 до 85 г/л. Паралельно проведено обстеження: ФЕГДС (фіброезофагогастродуоденоскопія) - в тілі шлунка на передній стінці з переходом по малій кривизні на задню стінку і дистальним розповсюдженням на антральний відділ шлунку і дванадцятипалу кишку визначається пухлиноподібне утворення приблизно 15×10 см, яке покрите множинними виразками і вкрите гематиною.

За даними комп'ютерної томографії виявлена пухлина дистального відділу шлунку з розповсюдженням на головку підшлункової залози, дванадцятипалу кишку і поперечно-ободову кишку. Враховуючи неефективність гемостатичної терапії, хворий 7.03.2011 прооперований. Інтраопераційно: виявлена пухлина шлунку з інвазією в головку підшлункової залози і поперечно-ободову кишку, ближче до печінкового кута, а також в дванадцятипалу кишку. Виявляються збільшені до 1,5 см парагастральні лімфатичні вузли і лімфовузли по ходу судин черевного стовбура. Виконана комбінована гастректомія з панкреатодуоденальною резекцією, спленектомія, правостороння геміколектомія із збереженням ілеоцекального сегмента кишечника, лімфодисекція D3. Відновний етап операції включав гастропластику ілеоцекальним сегментом, а також формування анастомозів: панкреатоєюнального "кінець-в-кінець", езофагоїлеального, цекоєюнального "кінець-в-бік", холедохоєюнального "кінець-в-бік", а також формування міжкишкового співвустя за Брауном із заглушкою привідної петлі за Шалімовим та ілеотрасверзоанастомозу "бік-в-бік". Післяопераційний період протікав тяжко, з ознаками поліорганної недостатності. У відносно задовільному стані на 28 добу хворий виписаний.

