

Винахід належить до галузі медицини, а саме, до хірургії і може бути використаний для хірургічного лікування хворих з раннім раком тіла шлунка.

При наявності подібного ураження прийнято виконувати субтотальну проксимальну резекцію шлунка, яка передбачає резекцію проксимальної частини шлунка і відновлення безперервності травного тракту за допомогою формування стравохідно-шлункового анастомозу. Незважаючи на велику кількість розроблених способів формування стравохідно-шлункових анастомозів, усі вони не можуть забезпечити задовільні функціональні результати внаслідок втрати нижнього стравохідного сфінктера.

Було доведено, що саме втрата нижнього стравохідного сфінктера призводить до розвитку тяжкого рефлюкс-езофагіту. Так, наприклад, причини розвитку тяжкого рефлюкс-езофагіту внаслідок втрати нижнього стравохідного сфінктера після тотальної гастректомії доведено рядом бельгійських авторів [Disturbed esophageal motility after total gastrectomy / Broll R., Muller G., Burk C., Stefanovich P., Bruch H.P. // Acta Chir. Belg. - 1993. - Vol.93, №3. - P.78-82], які наводять описані методики езофагіальної монометрії з катетерним мікродатчиком. Відзначаючи, що у 29 пацієнтів (93%), з числа тих, котрі підлягли дослідженню за вищезначеною методикою, був зареєстрований патологічний характер стиснення в дистальній частині шлунка. Сила жому зменшувалась в середньому на 10мм рт. стовпця у цій зоні, а залишковий тиск верхнього сфінктера стравоходу зменшувався на 10мм рт. стовпа. Таким чином, як трактують автори, підвищений післяопераційний рефлюкс-езофагіт пов'язаний з відсутністю нижнього сфінктера стравоходу, видаленого під час операції і зміненою механікою стравоходу (зменшення поздовжнього натягу).

Аналогічну думку висловлюють Wang C.Y. з авторами [Reflux esophagitis after proximal subtotal gastrectomy / Wang C.Y., Hsu H.K., Chang H.C. et.al. // Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei). - 1997. - Vol.59, №6. - P.348-353], доводячи, що проксимальна субтотальна гастректомія з видаленням кардіального відділу шлунка і нижнього сфінктера стравоходу неминує призводити до рефлюкс-езофагіту і небажана, у зв'язку з цим, як оперативне лікування при ранніх стадіях раку тіла шлунка.

У зв'язку з цим були розроблені способи формування стравохідно-шлункових анастомозів, які мають антирефлюксні властивостями, які дозволяють зменшити вираженість рефлюкс-езофагіту.

До числа їх належить, наприклад, спосіб субтотальної проксимальної резекції шлунка, розроблений в клініці Шалімова [Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки. - Киев. 1972. - "Здоров'я". - С.228-236].

Відомий також спосіб, розроблений Г.В.Бондарем із співавторами [Бондарь Г.В., Думанский Ю.В. и др. Пути развития хирургии рака желудка в клинике онкологии Донецкого медицинского института / Архив клинической и экспериментальной медицины. - Т.1, №1. - С.12-14] який дозволяє покращити порційну евакуацію із шлунка і знизити розвиток пострезекційних синдромів за рахунок формування жому кукси шлунка під час виконання стравохідно-шлункового анастомозу.

Відомий спосіб резекції шлунка, котрий включає резекцію проксимальної частини шлунка і формування муфтоподібного анастомозу [Готовкин], обраний за прототип.[1]

Загальним недоліком відомих способів формування стравохідно-шлункових анастомозів, які мають антирефлюксні властивості, є неможливість повноцінного замінення нижнього стравохідного сфінктера за допомогою тих або інших технічних прийомів.

З іншого боку, зовсім недавно були розроблені нові способи лікування раннього раку тіла шлунка, які дозволяють зберігати нижній стравохідний сфінктер.

Відомий спосіб [Operative technique on nearly total gastrectomy reconstructed by interposition of a jejunal J pouch with preservation of vagal nerve, lower esophageal sphincter, and pyloric sphincter for early gastric cancer / R. Tomita, S. Fujisaki, K. Tanjoh, M. Fukuzawa // Woeld J. Surg. - 2001. - Vol.25, №12. - P.1524-1531], за яким розроблена техніка операції тотальної гастректомії з реконструкцією "порожньо-кишкової J кишені", яка забезпечує збереження вагусного нерва, нижнього стравохідного сфінктера і пілоретичного сфінктера у разі раннього раку шлунка.

Загальним недоліком способів хірургічного лікування раку шлунка, передбачаючих збереження нижнього стравохідного сфінктера, є можливість розвитку рефлюкс-езофагіту у хворих з уже існуючою на момент операції недостатністю даного сфінктера.

Винахід розв'язує задачу покращання функціональних результатів хірургічного лікування раннього раку тіла шлунка шляхом максимального збереження природної механіки стравоходу.

Поставлена задача вирішується тим, що субтотальну проксимальну резекцію у разі раннього раку тіла шлунка, яка включає субкардіальну резекцію проксимальної частини шлунка і формування заглибного анастомозу виконують із збереженням абдомінального відділу стравоходу разом з нижнім стравохідним сфінктером і субкардіальним відділом шлунка, для чого проксимальну лінію пересічення шлунка виконують паралельно кардії, після чого додатково формують антирефлюксний анастомоз між збереженим субкардіальним відділом і дистальною куксою шлунка.

Новизна заявленого способу полягає в одночасному використанні двох прийомів - збереження нижнього стравохідного сфінктера разом з субкардіальною частиною шлунка і формування антирефлюксного муфтоподібного анастомозу, спільне використання яких забезпечує надійну профілактику рефлюкс-езофагіту.

Сутність способу пояснюється рисунками 1 - 3, де на фіг.1 показаний розріз шлунка в сагітальній площині з прийнятими таким позначеннями: 1 -абдомінальний відділ стравоходу, 2 - нижній стравохідний сфінктер, 3 - проксимальна лінія резекції, 4 - пухлина, 5 - дистальна лінія резекції; на фіг.2 показаний резецьований шлунок після видалення його частини разом з пухлиною з прийнятими умовними позначеннями: 1 - абдомінальний відділ стравоходу, 2 - нижній стравохідний сфінктер, 3 - проксимальна лінія резекції, 6 - збережений субкардіальний відділ шлунка, 8 - муфтоподібний анастомоз між збереженим субкардіальним відділом шлунка і дистальним відділом шлунка.

Спосіб здійснюють таким чином. Виконують верхню середню лапаротомію, здійснюють ревізію черевної порожнини і показання до виконання субкардіальної субтотальної проксимальної резекції шлунка. Пересікають печінково-шлункову зв'язку з судинами, які проходять у ній. Перев'язують ліву шлункову артерію біля її основи. Пересікають шлунково-ободову зв'язку, зберігаючи при цьому праву шлунково-сальникову артерію. Ліву шлунково-сальникову артерію перев'язують під час розсічення зв'язки. Пересікають шлунково-селезінкову зв'язку

з перев'язкою коротких судин шлунка, які проходять у ній. На цьому мобілізацію шлунка завершують. Субкардіальний відділ шлунка не мобілізують. Кровопостачання збереженого субкардіального відділу шлунка здійснюється за рахунок стравохідних судин, а також судин, які проходять у шлунково-діафрагмальній зв'язці і задній шлунковій артерії (у пацієнтів, які її мають).

На рівні проксимальної 3 і дистальної 5 межі резекції шлунок прошивають подвійним апаратним швом, пересікають між апаратними швами і видаляють резецьовану частину шлунка разом з пухлиною 4 і резецьованим зв'язковим апаратом. Лінію апаратного шва дистальної кукси шлунка 7 занурюють з боку малої кривизни вузловими серозно-м'язовими швами на 2/3 її довжини, зберігаючи 1/3 лінії апаратного шва, не вкритої серозно-м'язовими швами. Накладають три провізорних шва дистальніше не зануреного вузловими швами апаратного шва, між передньою стінкою дистальної кукси шлунка і лівою стінкою стравоходу. Ротують дистальну куксу шлунка на 90° таким чином, щоб лінія апаратного шва, зануреного вузловими серозно-м'язовими швами, розташовувалась спереду. Аналогічним чином накладають три провізорних шва дистальніше не зануреного вузловими швами апаратного шва між задньою стінкою дистальної кукси шлунка і правою стінкою стравоходу. Затягують і зав'язують лігутури провізорних швів, чим підтягують дистальну куксу шлунка до стравоходу. При цьому лінія апаратного шва, яка тимчасово закриває збережений субкардіальний відділ шлунка 6, розташовується безпосередньо поряд з лінією апаратного шва, який закриває дистальну куксу шлунка 7. Ножицями зрізують лінії апаратних швів на збереженому субкардіальному відділі шлунка і некриту вузловими швами лінію апаратного шва на дистальній куксі шлунка. При цьому відкривається отвір збереженого субкардіального відділу шлунка і дистальної кукси шлунка. Формують наскрізний ряд вузлових швів анастомозу між дистальною куксою шлунка і збереженим субкардіальним відділом. Накладають шви між передньою і задньою стінкою ротованої дистальної кукси шлунка, проводячи шви спереду збереженого субкардіального відділу. Зав'язуючи накладені шви, забезпечують вкриття стравоходу і збереженого субкардіального відділу шлунка передньою і задньою стінками збереженої дистальної кукси шлунка. Сформована таким чином муфта з дистальної кукси шлунка, яка вкриває абдомінальний відділ стравоходу і збережений субкардіальний відділ шлунка, забезпечує антирефлюксий ефект сформованого анастомозу. Таким чином, використання двох прийомів, а саме, збереження абдомінального відділу стравоходу разом з нижнім стравохідним сфінктером з субкардіальним відділом шлунка і формування антирефлюксного муфтоподібного анастомозу забезпечують надійне попередження розвитку рефлюкс-езофагіту, у тому числі й у пацієнтів, які мали до операції недостатність нижнього стравохідного сфінктера.

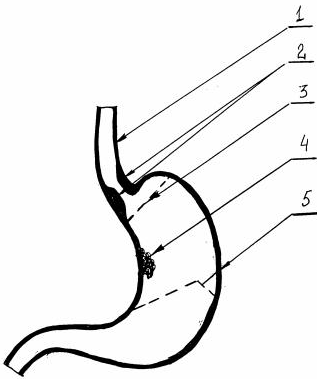


Fig. 1

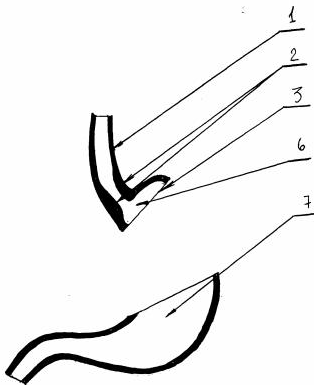
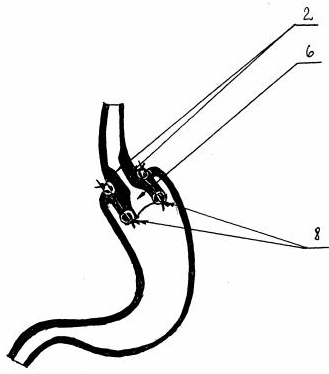


Fig. 2



Фиг. 3