



УКРАЇНА

(19) UA (11) 21586 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) ПРОЦЕС ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ

1

(21) u200611114

(22) 23.10.2006

(24) 15.03.2007

(46) 15.03.2007, Бюл. № 3, 2007 р.

(72) Бойко Валерій Володимирович, Савві Сергій
Олександрович, Шевченко Олександр Миколайо-
вич(73) ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ І НЕВІДКЛАДНОЇ ХІ-
РУРГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ(57) 1. Процес хірургічного лікування ахалазії кар-
дії, який включає лапаротомний доступ, мобіліза-
цію кардіоезофагеальної зони, відновлювання
компонентів зв'язкового апарату кардії, внеслизо-
ву езофагокардіоміотомію з переходом на карді-
альний відділ шлунка, розширюючи езофагокарді-
офундопластику, який **відрізняється** тим, що за
допомогою швів-зв'язок відновлюють анатомічні
компоненти зв'язкового апарату кардії, а саме:
стравохідно-діафрагмальні, діафрагмально-
фундальні, кардіодіафрагмальні зв'язки, також
формують арефлюксну кардію за допомогою езо-

2

фагокардіофундопластики, закривання м'язового
дефекту проводять передньою стінкою дна шлун-
ка.2. Процес хірургічного лікування ахалазії кардії за
п.1, який **відрізняється** тим, що швом-зв'язкою
№1 фіксують ліву бокову стінку стравоходу з лівою
ніжкою діафрагми, швом-зв'язкою №2 - праву
бокову стінку стравоходу з лівою ніжкою
діафрагми, швом-зв'язкою №3 - праву бокову
стінку стравоходу до правої ніжки діафрагми,
швом-зв'язкою №4 - праву передньобокову стінку
стравоходу до правої ніжки діафрагми, швом-
зв'язкою №5 - передню стінку стравоходу до
верхнього краю стравохідного отвору діафрагми.3. Процес хірургічного лікування ахалазії кардії за
п.1, який **відрізняється** тим, що до лівого краю
міотомного розтину підшивають передню стінку
дна шлунка, до правого - задню, а дефект у м'язо-
вому шарі закривають передньою стінкою дна
шлунка.

Корисна модель стосується хірургії і може бути
використана для оперативного лікування ахалазії
кардії.

Відомий спосіб оперативного лікування ахала-
зії кардії, який включає лапаротомний доступ, вне-
слизову езофагокардіоміотомію з переходом на
кардіальний відділ шлунку, закривання м'язового
дефекту алотрансплантатом. Притому підшивання
виконують до обох країв розсеченої м'язової обо-
лонки, з заходом на стінку шлунка, [див. В.Х. Ва-
силенко, Т.А. Суворова, А.Л. Гребенев "Ахалазия
кардии". - М. - Медицина. -1976. -С.204].

Недоліком цього способу є можливість виник-
нення у післяопераційному періоді ускладнень
захворювання у вигляді рефлюксу з подальшим
розвитком рефлюкс-езофагіту.

Найбільш близьким до корисної моделі по суті
і результату, що досягається, є спосіб хірургічного
лікування ахалазії кардії, який включає лапарото-
мний доступ, мобілізацію кардіо-езофагеальної
зони, внеслизову езофагокардіоміотомію з пере-
ходом на кардіальний відділ шлунку, закривання

м'язового дефекту муфтою з власних тканин та
ушивання діафрагми. Закривання м'язового defe-
кту проводять за допомогою фундопластики по Ніс-
сену [див. В.Т. Зайцев, В.П. Далавурак, В.В. Бойко
зі співавт. "Кардіоспазм и его лечение". - Харьков
1995. -С.95-96].

До недоліків згаданого способу слід віднести
можливість виникнення в подальшому рецидиву
захворювання, оскільки згодом м'язова тканина
втрачає еластичність, недостатньо скорочується і
не забезпечує адекватної прохідності стравоходу.

У основу корисної моделі поставлене завдан-
ня створення удосконаленого процесу хірургічного
лікування ахалазії кардії, у якому відновлюється
зруйнований зв'язковий апарат стравоходу та кар-
дії: стравохідно-діафрагмальних, діафрагмально-
фундальних, кардіо-діафрагмальних зв'язок з ме-
тою попередження зміщення абдомінального від-
ділу стравоходу, кардії, дна шлунка у заднє сере-
достіння, виключена можливість виникнення
рецидиву захворювання.

(13) U

(11) 21586

(19) UA

Поставлене завдання вирішується тим, що у процесі хірургічного лікування ахалазії кардії, який включає лапаротомний доступ, мобілізацію кардіо-езофагеальної зони, відновлювання компонентів зв'язкового апарату кардії, внеслизову езофагокардіоміотомію з переходом на кардіальний відділ шлунку, розширюючи езофагокардіофундопластику, згідно з корисною моделлю за допомогою швів-зв'язок відновлюють анатомічні компоненти зв'язкового апарату кардії, а саме: стравохідно-діафрагмальні, діафрагмально-фундальні, кардіо-діафрагмальні зв'язки, також формують арефлюксну кардію за допомогою езофагокардіофундопластики, закривання м'язового дефекту проводять передньою стінкою дна шлунка.

Доцільно швом-зв'язкою №-1 фіксувати ліву бокову стінку стравоходу з лівою ножкою діафрагми, швом-зв'язкою №-2 - праву бокову стінку стравоходу з лівою ножкою діафрагми, швом-зв'язкою №-3 - праву бокову стінку стравоходу до правої ніжки діафрагми, швом-зв'язкою №-4 - праву передньо-бокову стінку стравоходу до правої ножки діафрагми, швом-зв'язкою №-5 - передню стінку стравоходу до верхнього краю стравохідного отвору діафрагми.

Доцільно до лівого краю міотомного розтину підшивати передню стінку дна шлунка, до правого - задню, а дефект у м'язовому шарі закривати передньою стінкою дна шлунка.

Уведення у склад процесу нових ознак (накладання швів-зв'язок, формування арефлюксної кардії за допомогою езофагокардіофундопластики, закривання м'язового дефекту передньою стінкою дна шлунка) забезпечує можливість більш якісного хірургічного втручання при лікуванні ахалазії кардії і запобігання рецидивів та ускладнень.

Підшивання до лівого краю міотомного розтину передньої стінки дна шлунка, до правого - задньої, а також закривання дефекту у м'язовому шарі передньою стінкою дна шлунка сприяє постійному

находженню розсічених м'язових країв у стані діастазу, що запобігає зростанню та рубцюванню міотомного розтину.

Заявнику невідоме введення відновлювання компонентів зв'язкового апарату кардії за допомогою швів-зв'язок у сполученні з розширюючою езофагокардіофундопластикою і забезпечення за рахунок цього можливості комплексного лікування згаданої хвороби і запобігання рецидивів та ускладнень.

Докладний опис процесу суміщений з прикладом його конкретного виконання.

Процес реалізують наступним чином. Застосовують верхньо-серединну лапаротомію. Мобілізується абдомінальний сегмент стравоходу з розсіченням лівої трикутної зв'язки, нижньої діафрагмальної вени та самої діафрагми на 5-6 см. Виділяється стравохід до розширеної частини. Виконується відновлювання компонентів зв'язкового апарату кардії за допомогою швів зв'язок. На усьому протязі звуженої частини стравоходу розсікають стінку до слизової оболонки. Визволяють слизову оболонку в межах рани стравоходу на 2/3 окружності. До лівого краю міотомного розтину підшивають передню стінку дна шлунка, а до правого - задню. Дефект у м'язовому шарі закривають передньою стінкою дна шлунка. Контроль гемостазу. Пошарове закриття рани.

Таким чином, використання запропонованого рішення дозволяє виключити можливість виникнення рецидиву захворювання, а також ускладнень у вигляді стравохідного рефлюксу з рефлюксу - езофагітом.

При цьому зменшується травматичність, час і трудомісткість втручання. Травматичність зменшується за рахунок більш фізіологічного способу закриття оголеної слизової оболонки стравоходу. Усе перелічене дозволяє забезпечити якісно нові характеристики способу хірургічного лікування ахалазії кардії.