



УКРАЇНА

(19) UA (11) 33924 (13) U

(51) МПК (2006)

A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ФУНДОПЛІКАЦІЇ ПРИ ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНІЙ РЕФЛЮКСНІЙ ХВОРОБІ

1

2

(21) u200711431

(22) 15.10.2007

(46) 25.07.2008, Бюл.№ 14, 2008 р.

(72) ГРУБНИК ВОЛОДИМИР ВОЛОДИМИРОВИЧ,
UA, СОЛОМКО ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ,
UA(73) ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ, UA(57) Спосіб лапароскопічної фундоплікації при гас-
троезофагеальній рефлюксній хворобі шляхом
видалення абдомінального відділу стравоходу,
мобілізації фундального відділу шлунка і форму-

вання манжетки з фундального відділу шлунка, який **відрізняється** тим, що після проведення мобілізації фундального відділу шлунка позаду стравоходу моделюють манжетку, при цьому спочатку накладають один або два шви між передньою частиною фундального відділу шлунка і стінкою стравоходу зліва таким чином, щоб манжетка повністю обгортала стравохід, накладають три шви між лівим і правим відділом манжетки, формують симетричну вільну манжетку навколо стравоходу.

Корисна модель відноситься до області медицини, а саме гастроентерології, і може бути використана для лапароскопічної фундоплікації для лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є фундоплікація Ніссеном [1], яка полягає у проведенні мобілізації абдомінального відділу стравоходу і мобілізації фундального відділу шлунка. Задня частина фундального відділу проводиться за стравоходом, обгортається стравохід і формується манжетка.

Однак, несиметричне положення манжетки має тенденцію змішувати вісь абдомінальної частини стравоходу, що призводить до виникнення дисфагічних явищ, а також до перекручування манжетки і дисфагії.

Крім того, при скороченій частині абдомінального відділу стравоходу, при малому фундальному відділі шлунка накладання симетричної манжетки викликає технічні складності, а внаслідок несиметричного накладання манжетки відбувається дислокація або перекрути манжетки.

В основу корисної моделі поставлена задача вдосконалення способу лапароскопічної фундоплікації для лікування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби шляхом видалення абдомінального відділу стравоходу, мобілізації фундального відділу шлунка, формування симетричної вільної манжетки навколо стравоходу, що дозволить виключити тракцію манжетки вліво або її перекрути, а також скоротити число ускладнень (дисфагічних

розладів) у післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно корисної моделі, після проведення мобілізації фундального відділу шлунка позаду стравоходу моделюють манжетку, при цьому спочатку накладають один або два шви між передньою частиною фундального відділу шлунка і стінкою стравоходу зліва таким чином, щоб манжетка повністю обгортала стравохід, накладають три шви між лівим і правим відділом манжетки, формують симетричну вільну манжетку навколо стравоходу.

Мобілізоване дно шлунка заводять у сформоване позаду стравоходу вікно і фіксують його послідовно до лівої і правої ніжок діафрагми. Вузловими фіксуєчними швами дно шлунка підшивають до стінки стравоходу. Фундоплікація за запропонованим способом показана хворим, у котрих страждає моторика стравоходу. Накладання циркулярної манжетки таким хворим може сприяти розвитку дисфагії. В той же час „повне” обгортання стравоходу на 360° (на відміну від методик за Тупе та за Ніссеном, де формується манжетка на 180° або 270° шляхом зшивання стінки шлунка і передньої стінки стравоходу) не порушує моторики стравоходу і попереджує розвиток дисфагії. При формуванні фундоплікації накладають 12-14 швів.

Спосіб виконується наступним чином.

Великий клінічний досвід показує, що добрі результати при лапароскопічному лікуванні гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби можливо досягти при вільній симетрично сформованій манжетці, котра повинна бути вільною, але не повинна

(13) U

(11) 33924

(19) UA

зісковзувати із стравоходу. За класичною методикою лапароскопічної фундоплікації формування такої манжетки утруднене, що призводить у 15-20% випадків до ускладнень (дисфагічним розладам) у післяопераційному періоді.

Відомо, що при блювотних рухах і навіть при звичайному глотанні спостерігається рух стравохідно-шлункового переходу у вертикальному напрямку. Запропонована операція полягає у зшиванні ніжок діафрагми позаду стравоходу, проведенні задньої стінки дна шлунка позаду стравоходу і формуванні манжетки на 360° шляхом зшивання стінки шлунка і передньої стінки стравоходу. Важливою особливістю даного способу є відсутність фіксації манжетки до ніжок діафрагми. Така модифікація перешкоджає розвитку дисфагії. Важливою перевагою даної методики є накладання меншого числа швів, ніж за аналогами.

За запропонованим способом проліковано 124 хворих.

Приклад конкретного виконання способу.

Хворий К., 42 років поступив до ОКЛ зі скаргами на біль в епігастрії і поза грудиною, печію, слинотечу, відриг їжею. Зі слів хворого, страждає вказаними вище симптомами на протязі двох років. Лікувався під наглядом гастроентеролога поліклініки за містом проживання. Приймав H₂-блокатори, прокинетики, однак консервативна терапія не результативна. Пацієнт обстежений, встановлено діагноз: Гастроезофагеально-рефлюксна хвороба II ст. Добова Ph-метрія: індекс Де Местра > 5. За-

пропонована лапароскопічна фундоплікація за запропонованим методом.

Протокол операції:

Хворому даний ендотрахеальний наркоз (ЕТН). Операційна ділянка оброблена тричі.

У ти пічні точки введено 4 троакари. Виділені ніжки діафрагми. Відсічені короткі селезінкові судини. Зліва між передньою частиною фундального відділу шлунка і стінкою стравоходу накладено 2 шви. Сформована фундоплікаційна манжетка, зафіксована трьома вузловими швами. Виконана крурографія. Гемостаз - сухо. Встановлено дренаж в області фундоплікаційної манжетки зліва. Шви на рани. Асептична пов'язка.

Післяопераційний період перебігав гладко, без ускладнень. На другий день пацієнт самостійно приймав їжу. На протязі перших 6 місяців за даними клініко-лабораторних досліджень стан пацієнта добрий. Рецидиву немає.

В порівнянні з найближчим аналогом запропоноване технічне рішення технічно просте, дозволяє сформувати вільну симетричну манжетку. Тракція манжетки вліво, а також її перекручування повністю виключені за рахунок накладання швів між передньою частиною фундального відділу шлунка і медіальною стінкою стравоходу, а це, в свою чергу, дозволяє уникнути дисфагічних явищ.

Джерела інформації:

1. Видеоекопические операции в хирургии и гинекологии. Одесса, 2000г. ОДМУ, Запорожан В.Н., Грубник В. В.