



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **42474** (13) **U**  
(51) МПК (2009)  
**A61B 17/00**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ**

1

2

(21) u200900143

(22) 09.01.2009

(24) 10.07.2009

(46) 10.07.2009, Бюл.№ 13, 2009 р.

(72) ЛАВРИК АНДРІЙ СЕМЕНОВИЧ, БУРИЙ ОЛЕКСАНДР МИКОЛАЙОВИЧ, ЗГОННИК АНДРІЙ ЮРІЙОВИЧ, ТИВОНЧУК ОЛЕКСАНДР СТЕПАНОВИЧ

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ  
АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування ахалазії кардії, який включає лапароскопічний доступ, виконання позаслизової езофагокардіоміотомії з наступною фундоплікацією, який **відрізняється** тим, що езофагокардіоміотомію виконують за допомогою ультразвукового скальпеля, при цьому повноту езофагокардіоміотомії та герметичність слизової оболонки контролюють за допомогою інтраопераційної гастроінтестинофіброскопії.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути застосована для хірургічного лікування ахалазії кардії.

Найбільш близьким аналогом являється спосіб лікування ахалазії кардії, який включає лапароскопічний доступ, виконання позаслизової езофагокардіоміотомії з послідуною фундоплікацією, при цьому езофагокардіоміотомію виконують за допомогою ножиць та зупинку кровотечі за допомогою електродіатермокоагуляції. [M.G. Patti, P.M. Fisichella and S. Perretta et al, Impact of minimally invasive surgery on the treatment of esophageal achalasia a decade of change, J Am Coll Surg 196 (2003), pp. 698-705].

До недоліків аналогу відносять підвищену кількість інтраопераційних ускладнень у вигляді інтраопераційної кровотечі та високий ризик перфорації слизової оболонки стравоходу, що призводить до більшої тривалості оперативного втручання, до конверсії.

Задачею корисної моделі являється розробка такого способу лікування ахалазії кардії, який за рахунок виконання ультразвукової езофагокардіоміотомії забезпечував би зниження частоти інтраопераційних ускладнень, як кровотеча та перфорація слизової оболонки стравоходу, і за рахунок проведення інтраопераційної гастроінтестинофіброскопії забезпечував би контроль повноти езофагокардіоміотомії і герметичності слизової оболонки.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування ахалазії кардії, який включає лапароскопічний доступ, виконання позаслизової

езофагокардіоміотомії з послідуною фундоплікацією, згідно корисної моделі, езофагокардіоміотомію виконують за допомогою ультразвукового скальпеля, при цьому повноту езофагокардіоміотомії та герметичність слизової оболонки контролюють за допомогою інтраопераційної гастроінтестинофіброскопії.

Виконання езофагокардіоміотомії за допомогою ультразвукового скальпеля забезпечує зниження інтраопераційних ускладнень, так як при цьому езофагокардіоміотомія виконується без пошкодження слизової оболонки стравоходу з одночасним надійним гемостазом, а виконання інтраопераційної гастроінтестинофіброскопії забезпечує контроль повноти протяжності езофагокардіоміотомії та герметичності слизової оболонки.

Спосіб виконують таким чином. В черевну порожнину вводять 5 троакарів. Встановлюють ретрактор лівої долі печінки. Виконують мобілізацію стравоходу з мобілізацією переднього блукаючого нерва з використанням ультразвукового скальпеля, наприклад Ultra-cision (ETHICON) з насадкою-ножицями діаметром 5мм. Беруть стравохід на держалку. На рівні 1,5-2см нижче стравохідно-шлункового переходу по передній стінці за допомогою ультразвукового скальпеля обережно розділяють м'язову оболонку без пошкодження слизової оболонки. За допомогою ультразвукового скальпеля виконують езофагокардіоміотомію в краніальному напрямку невеликими порціями, тупим шляхом відділяють м'язовий шар від слизової оболонки та розсікають ультразвуковим скальпелем. Протяжність езофагокардіоміотомії складає

(19) **UA** (11) **42474** (13) **U**

8,5-10см, на 7-8см вище і на 1,5-2см нижче стравохідно-шлункового переходу. За тим, виконують інтраопераційну гастроінтестинофіброскопію, контролюють повноту протяжності езофагокардіоміотомії на всій довжині звуженої ділянки стравохідно-шлункового переходу і герметичність слизової оболонки стравоходу для виявлення мікроперфорацій. Наступним етапом операції виконують фундоплікацію, з антирефлюксною метою. Виконують дренажування черевної порожнини. Встановлюють назогастральний зонд. Ушивають шкірні рани, накладають асептичну пов'язку.

Запропонований спосіб може бути використаний при лікуванні хворих на ахалазію кардії з спайковим або рубцевим процесом в ділянці стравохідно-шлункового переходу внаслідок лікування за допомогою повторних курсів пневмокардіодилатацій або ендоскопічних ін'єкцій ботулотоксину.

Приклад. Хвора К. 1959 р.н., історія хвороби №307, поступила в клініку 31.01.2006 р. зі скаргами на порушення прохідності їжі по стравоходу. Після обстеження: аналізи крові та сечі, УЗД, ЕКГ, ЄГДФС, рентген дослідження, рН-метрії стравоходу, манометрії стравоходу встановлено діагноз - ахалазія кардії III ст. Після передопераційної підготовки, 31.01.2006 р. виконана операція: Лапароскопічна езофагокардіоміотомія, передня модифікована розширююча фундоплікація.

У черевну порожнину ввели 5 троакарів. При ревізії - шлунок без особливостей. З використанням ультразвукового скальпеля Ultra-cision (ETHICON) з насадкою-ножицями діаметром 5мм виконали мобілізацію абдомінального відділу стравоходу з кліпуванням та пересіченням 2 судин. Взяли стравохід на держалку. На рівні 1,5-2см нижче стравохідно-шлункового переходу по передній стінці за допомогою ультразвукового скальпеля розділили м'язову оболонку стравоходу до слизової оболонки без пошкодження останньої. За допомогою ультразвукового скальпеля Ultra-cision (ETHICON) з насадкою-ножицями діаметром 5мм виконали позаслизиву езофагокардіоміотомію в

краніальному напрямку невеликими порціями, тупим шляхом відділяючи м'язовий шар від слизової оболонки та розсікаючи ультразвуковим скальпелем на 7см вище і 1,5см нижче стравохідно-шлункового переходу. Відмітили гемостатичність країв езофагокардіоміотомії, що не потребували проведення додаткового гемостазу. Виконали інтраопераційну гастроінтестинофіброскопію, при якій відмічено виконання езофагокардіоміотомії на всій довжині звуженої ділянки стравохідно-шлункового переходу і герметичність слизової оболонки стравоходу. Наступним етапом виконали передню модифіковану розтягуючу фундоплікацію. Встановили дренаж підпечінкового простору. Встановили назогастральний зонд. Ушили шкірні рани. Наклали асептичну пов'язку. Інтраопераційних ускладнень не відмічали.

З використанням запропонованого методу прооперовано 30 хворих. Тривалість операції складала в середньому 155хв. Інтраопераційних ускладнень, таких як кровотеча та перфорація слизової оболонки не відмічалось, конверсій не було. Рецидивів ахалазії кардії в післяопераційному періоді не діагностовано. В той же час у 30 прооперованих хворих по аналогу відмічалась необхідність додаткового гемостазу країв міотомії. Та у двох діагностовано мікроперфорації слизової оболонки стравоходу, що призвело до конверсії та ушивання перфораційного отвору в одному випадку, та до лапароскопічного ушивання перфораційного отвору в іншому випадку. Тривалість такої операції становила в середньому 260хв. В післяопераційному періоді у 2 хворих діагностовано рецидив ахалазії.

Таким чином, порівняння з аналогом показало, що застосування даного способу дозволяє знизити кількість інтраопераційних ускладнень, як кровотечі та перфорації слизової стравоходу, конверсій до відкритої операції, скоротити тривалість оперативного втручання та інтраопераційно контролювати повноту протяжності езофагокардіоміотомії.