



УКРАЇНА

(19) UA (11) 42475 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ВИКОНАННЯ ЛАПАРОСКОПІЧНОЇ ФУНДОПЛІКАЦІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ**

1

2

(21) u200900144

(22) 09.01.2009

(24) 10.07.2009

(46) 10.07.2009, Бюл.№ 13, 2009 р.

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

(73) ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб лапароскопічної фундоплікації в хірургічному лікуванні ахалазії кардії, який включає лапароскопічний доступ, виконання езофагокардіо-

міотомії з наступною фундоплікацією, який відрізняється тим, що при виконанні фундоплікації першим етапом створюють в нижній половині езофагокардіоміотомного розрізу розширюючий каркас шляхом накладання розтягуючих в протилежні сторони трьох швів, справа, зліва та в самому нижньому куті міотомії, другим етапом виконують підшивання дна шлунка до правого та лівого країв езофагокардіоміотомного розрізу, та у верхній частині його якомога далі по задній стінці стравоходу, при цьому формують фундоплікацію, більшу за 180°.

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

Найбільш близьким аналогом являється спосіб виконання лапароскопічної фундоплікації в хірургічному лікуванні ахалазії кардії (за Дором, 180°), що включає підшивання дна шлунка до правого та лівого країв міотомного розрізу з метою попередження рефлюкс-езофагіту та для закриття міотомного розрізу [Richards W.O., Torquati A., Holzman M.D. et al. Heller myotomy versus Heller myotomy with Dor fundoplication for achalasia. A prospective randomized double-blind clinical trial. Annals of Surgery - 2004 - Vol.240. - No.3. - P.405-415.].

До недоліків аналогу відносяться велика кількість рецидивів ахалазії кардії та ризик виникнення рефлюкс-езофагіту в післяопераційному періоді.

Задачею корисної моделі являється розробка такого способу виконання лапароскопічної фундоплікації в хірургічному лікуванні ахалазії кардії, який, за рахунок виконання розширення країв езофагокардіоміотомії та фундоплікації більшої за 180°, забезпечував би зниження кількості рецидивів ахалазії кардії та ризику виникнення рефлюкс-езофагіту в післяопераційному періоді.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі виконання лапароскопічної фундоплікації в хірургічному лікуванні ахалазії кардії, який включає лапароскопічний доступ, виконання езофагокардіо-

корисної моделі при виконанні фундоплікації першим етапом створюють в нижній половині езофагокардіоміотомного розрізу розширюючий каркас, шляхом накладання розтягуючих в протилежні сторони трьох швів: справа, зліва та в самому нижньому куті міотомії, другим етапом виконують підшивання дна шлунка до правого та лівого країв езофагокардіоміотомного розрізу, та у верхній частині якого якомога далі по задній стінці стравоходу, при цьому формують фундоплікацію більшу за 180°.

Створення в нижній половині езофагокардіоміотомного розрізу розширюючого каркасу, шляхом накладання розтягуючих в протилежні сторони трьох швів забезпечує кращий протирецидивний ефект, а створення фундоплікації більшої за 180° забезпечує кращий антирефлюксний ефект.

Спосіб виконують таким чином. В черевну порожнину вводять 5 троакарів. Встановлюють ретрактор лівої долі печінки. Виконують мобілізацію стравоходу з мобілізацією переднього блукаючого нерва. Виконують взяття стравоходу на держалку. Виконують езофагокардіоміотомію на 7-8см вище і на 1,5-2см нижче стравохідно-шлункового переходу. Виконують контроль герметичності слизової оболонки стравоходу для виявлення мікроперфорацій за допомогою тесту з барвником метиленовим синім. Наступним етапом операції виконують фундоплікацію, для чого в нижній частині езофагокардіоміотомного розрізу накладають розтягуючі в

UA (11) 42475 (13) U

протилежні сторони три шва між краями езофагокардіоміотомного розрізу та шлунком: справа, зліва та в самому нижньому куті езофагокардіоміотомії. Підшивали дно шлунка до правого та лівого країв езофагокардіоміотомного розрізу, та у верхній частині якого якомога далі по задній стінці стравоходу, що дозволяє сформувати фундоплікацію окружністю більшою за 180°. Для виконання фундоплікації використовують нитки Ethibond 4/0 (Ethicon). Виконують дренажування черевної порожнини. Встановлюють назогастральний зонд. Ушивають шкірні рани, накладають асептичну пов'язку.

#### Приклад

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

У черевну порожнину ввели 5 троакарів. При ревізії - шлунок без особливостей. Виконали мобілізацію абдомінального відділу стравоходу з кліпуванням та пересіченням 2 судин. Виконали позаслизову езофагокардіоміотомію на 7см вище і 1,5см нижче стравохідно-шлункового переходу.

Провели тест на герметичність з метиленовим синім. Герметично. Виконуючи фундоплікацію в нижній частині езофагокардіоміотомного розрізу накладали розтягуючі в протилежні сторони три шва між краями езофагокардіоміотомного розрізу та шлунком: справа, зліва та в самому нижньому куті езофагокардіоміотомії. Підшивали дно шлунка до правого та лівого країв езофагокардіоміотомного розрізу, та у верхній частині якого до задньої стінки стравоходу, що дозволило сформувати фундоплікацію окружністю приблизно 220°. Контролювали гемостаз. Встановлено дренаж підпечінкового простору. Встановили назогастральний зонд. Ушили шкірні рани. Наклали асептичну пов'язку. Впродовж двохрічного спостереження при планових обстеженнях у хворой не було виявлено рецидиву ахалазії та рефлюкс-езофагіту.

З використанням запропонованого способу прооперовано 30 хворих. Післяопераційних ускладнень, таких як рецидив ахалазії кардії, рефлюкс-езофагіт не відмічалось. В той же час у двох з 30 прооперованих хворих по аналогу спостерігався рецидив ахалазії, та у двох рефлюкс-езофагіт легкого ступеню.

Таким чином, порівняння з аналогом показало, що застосування даного способу дозволяє знизити кількість рецидивів ахалазії та ризик виникнення рефлюкс-езофагіту в післяопераційному періоді.