



УКРАЇНА

(19) UA (11) 13881 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ

1

2

(21) u200510578

(22) 09.11.2005

(24) 17.04.2006

(46) 17.04.2006, Бюл. № 4, 2006 р.

(72) Фомін Петро Дмитрович, Шепетько Євген Миколайович, Гуменюк Сергій Адамович, Андрусенко Олександр Миколайович

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. О.О.БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб хірургічного лікування ахалазії кардії, що включає поздовжню позаслизову езофагокардіоміотомію з фундопластикою, який **відрізняється** тим, що розширювальну поздовжню позаслизову езофагокардіоміотомію з фундопластикою виконують шляхом накладання по 1-2 поздовжніх позаслизових м'язових шви по правому і лівому краях позаслизової езофагокардіоміотомії в зоні найбільшого звуження стравоходу.

Корисна модель, що заявляється відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути застосована при хірургічному лікуванні ахалазії кардії.

Відомий спосіб лікування ахалазії кардії по Геллеру з виконанням позаслизової міотомії стравоходу в зоні звуження. Інші методи базуються на застосуванні езофагокардіоміотомії з пластикою сальником (операція Колесова), стінкою шлунку (операція Суворової-Беркутова), пластикою клаптом діафрагми (операція Петровського) [1].

Однак, вказані способи наділені тими недоліками, що є висока ймовірність рубцювання зони пластики стравоходу і кардії з наступним рецидивом захворювання та розвитком дисфагії.

Найбільш близьким до заявленого способу є спосіб езофагокардіоміотомії з пластикою передньою стінкою фундального відділу шлунку [2]. Разом з тим цей спосіб також має недоліки, а саме:

1) езофагокардіоміотомія виконується довжиною 4-5см, що є недостатнім для розширення стравоходу в зоні звуження;

2) підшив передньої стінки фундального відділу шлунку за цим способом може призвести до ротаційної деформації абдомінального відділу стравоходу, рубцевим змінам в зоні пластики з послідовним розвитком кардіостенозу.

Сутність заявляемого способу полягає в виконанні поздовжньої езофагокардіоміотомії довжиною не менш 8см з наступним накладанням 1-2 швів у зоні найбільшого звуження стравоходу в поздовжньому напрямку по осі стравоходу праворуч і ліворуч з наступною фундопластикою передньою стінкою фундального відділу шлунку.

Завдання корисної моделі полягає в створенні

способу, який дозволяє максимально розширити просвіт стравоходу в зоні звуження та запобігає наступному рецидиву захворювання.

Технічний результат полягає у запобіганні наступного рецидиву захворювання та розвитку кардіостенозу.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі, який включає поздовжню позаслизову езофагокардіоміотомію з фундопластикою, згідно корисної моделі розширюючи продольну позаслизову езофагокардіоміотомію з фундопластикою виконують шляхом накладання по 1-2 поздовжніх позаслизових м'язових шва по правому і лівому краях позаслизової езофагокардіоміотомії в зоні найбільшого звуження стравоходу.

Запобігання рецидиву ахалазії кардії та кардіостенозу досягається шляхом виконання поздовжньої езофагокардіоміотомії по передній стінці не менш ніж на 8см, накладанням по правій та лівій стінці езофагокардіоміотомії по 1-2 шви позаслизово з захватом м'язової оболонки стравоходу на 0,5-0,8см вище й нижче звуження з наступним підшиванням передньої стінки фундального відділу рядком вузлових швів по правому і лівому краю розрізу м'язової оболонки стравоходу позаслизової езофагокардіоміотомії.

Відмінностями заявляемого способу є виконання поздовжньої позаслизової езофагокардіоміотомії не менш ніж на 8-10см, причому міотомія стравоходу довжиною 6-8см і кардії не менш ніж 2-2,5см, з послідовним накладанням 1-2 бокових поздовжніх швів на м'язову стінку позаслизово, що дозволяє максимально розширити стравохід в зоні звуження.

(13) U
(11) 13881
(19) UA

Спосіб пояснюється графічно:

Фіг.1. Поздовжня езофагокардіоміотомія довжиною 8-10см.

Фіг.2. Накладання по 2 бокових вертикальних позаслизово-м'язових шва праворуч та ліворуч по краям езофагокардіоміотомії в зоні максимального звуження. Зав'язування поздовжніх бокових швів розширюючої езофагокардіоміотомії.

Фіг.3. Фундопластика передньою стінкою фундального відділу шлунка окремими вузловими швами по лівому краю езофагокардіоміотомії і зав'язування їх.

Фіг.4. Накладання вузлових швів по правому краю розширюючої езофагокардіоміотомії та зав'язування їх.

Спосіб виконується наступним чином:

Після лапаротомії виконують сагітальну діафрагмокуротомію, мобілізують абдомінальний та частину нижньогрудного відділу стравоходу (1) із збереженням стовбурів вагусів, після чого виконують поздовжню позаслизову езофагокардіоміотомію (2) (Фіг.1) так, що на стравоході (1) довжина розрізу не менш 6-8см, а на кардії (3)-2-2.5см; потім накладають вертикальні м'язові шви (по 1-2), позаслизово по лівому краю стравоходу (1) в зоні найбільшого звуження, і по правому краю стравоходу (1) в зоні найбільшого звуження (4) (Фіг.2), створюючи розширюючу позаслизову езофагокардіоміотомію, після чого виконують фундопластику, підшиваючи 4-5 окремими вузловими швами передню стінку фундального відділу шлунка (5) до лівого краю розширюючої езофагокардіоміотомії з наступним їх зав'язуванням (Фіг.3), а потім передню стінку фундального відділу (5) підшивають до правого краю езофагокардіоміотомії і зав'язують шви (Фіг.4).

Приклади конкретного виконання:

1. Хвора Л., 62р., і.хв. №7294. Поступила в клініку 08.02.04. зі скаргами на дисфагію, слабкість, втрату ваги. 6 місяців тому виявлено ахалазію стравоходу. Зараз загальний стан погіршився, не може приймати тверду та рідку їжу. Клінічно та рентгенологічно встановлено діагноз: Ахалазія кардії III ст.

9.02.04р. Операція: лапаротомія, діафрагмокуротомія, мобілізація стравоходу із середостіння на 10-12см. Звуження стравоходо-шлункового переходу до 1см протягом 2см. Вище звуження стравохід різко розширений до 6см. Тонус збережений. Передня позаслизова езофагокардіоміотомія протягом 10см з накладанням позаслизово по 2 вертикальних м'язових шва по лівому краю стравоходу в зоні найбільшого звуження та по правому краю стравоходу в зоні найбільшого звуження, створюючи розширюючу позаслизову езофагокардіоміотомію, після чого виконано фундопластику шляхом підшивання 4-5 окремими вузловими швами передньої стінки фундального відділу до лівого краю розширюючої езофагокардіоміотомії з наступним їх зав'язуванням, після чого передню

стінку фундального відділу підшито до правого краю езофагокардіоміотомії. Виписана з клініки 14.02.04. Оглянута та рентгенологічно обстежена через рік. Дисфагії не має. Барієва суміш вільно поступає в шлунок, ознак рецидиву захворювання не має.

2. Хворий Г., 71р., і.хв. №9227. Поступив 16.06.04р. зі скаргами на нудоту, блювоту відразу після прийому їжі. Хворів протягом двох років. Було встановлено ахалазію стравоходу, але після цього хворий нікуди не звертався. Діагностовано ахалазію стравоходу II ст.

17.06.04р. Операція: верхньо-серединна лапаротомія, мобілізована ліва доля печінки і відведена праворуч. Виконана сагітальна діафрагмокуротомія. Стравохід мобілізовано до рівня біфуркації трахеї. В нижній третині стравоходу м'язевий шар різко гіперемований з елементами склерозування. Виконана поздовжня езофагокардіоміотомія до верху до незміненої стінки стравоходу і до низу на 2,5-3см нижче кардії. При цьому в нижній третині стравоходу сталась точечна перфорація слизової передньої стінки. Перфорація ушита атравматичним швом. Накладено позаслизово по 2 вертикальних м'язових шва по лівому краю стравоходу в зоні найбільшого звуження та по правому краю стравоходу в зоні найбільшого звуження, після чого виконано фундопластику, підшиваючи 4-5 окремими вузловими швами передню стінку фундального відділу до лівого краю розширюючої езофагокардіоміотомії з наступним їх зав'язуванням. Потім передню стінку фундального відділу підшито до правого краю езофагокардіоміотомії. Виписаний додому 29.06.04. року. Через 8 місяців оглянуто. Почуває себе задовільно. Дисфагії не має.

За способом, що заявляється, прооперовано 4 хворих, за способом-найближчим аналогом - 7. Спосіб, що заявляється, забезпечує надійне вилікування від захворювання з виключенням ризику рубцювання і рестенозу езофагокардіального переходу. Функціональні результати операції більш стійкі та кращі порівняно з найближчим аналогом. Доцільно використовувати запропонований спосіб при таких формах ахалазії кардії, які не піддаються комплексному консервативному лікуванню.

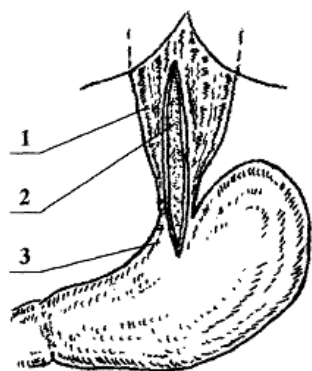
Спосіб може бути застосований в хірургічних відділеннях міських і обласних лікарень, торакальних відділеннях і клініках, які займаються хірургічним лікуванням захворювань стравоходу і кардії.

Спосіб може бути застосований в хірургічних відділеннях міських і обласних лікарень, торакальних відділеннях і клініках, які займаються хірургічним лікуванням захворювань стравоходу і кардії.

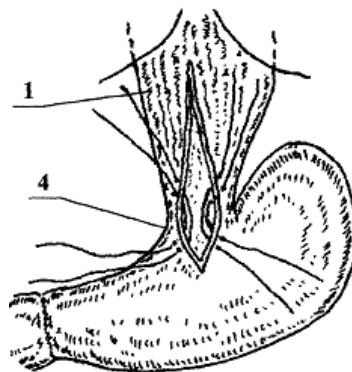
Використана література.

1. Матяшин И.М., Глузман А.М. Справочник хирургических операций // Киев, «Здоров'я». - 1979. - 312с.

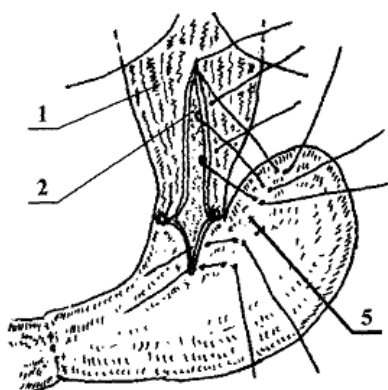
2. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - К.: Здоров'я, 1987. - 568с.



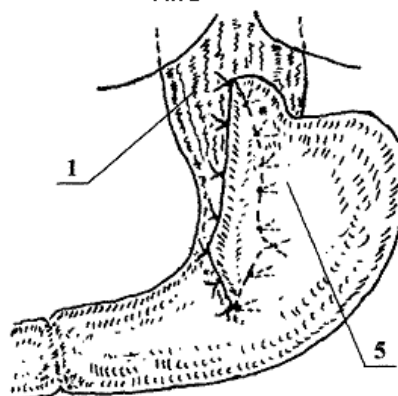
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4