



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **13882** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС****ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВАЖКИХ ФОРМ АХАЛАЗІЇ КАРДІЇ**

1

2

(21) u200510579

(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

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

(57) Спосіб хірургічного лікування важких форм ахалазії кардії, що включає поздовжню позаслизоз-

ву езофагокардіоміотомію з фундопластикою, який **відрізняється** тим, що як продовження позаслизозової езофагокардіоміотомії вискають трикутний серозно-м'язовий клапот на передній стінці кардії розмірами 2 x 2,5 см, верхівкою повернений до нижнього кута позаслизозової езофагокардіоміотомії, а основою - до лінії, яка з'єднує кардіальну вирізку шлунка і кут Гіса.

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 позаслизозової міотомії стравоходу в зоні звуження [1]. Інші методи базуються на застосуванні з пластикою сальником (операція Колесо́ва), стінкою шлунку (операція Суворової-Беркутова), пластикою клаптом діафрагми (операція Петровського) [2].

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 за суттєвими ознаками до способу, що заявляється (прототипом) є спосіб позаслизозової езофагокардіоміотомії з пластикою передньою стінкою фундального відділу шлунку [2]. Разом з тим цей спосіб також має недоліки, а саме:

1) езофагокардіоміотомія виконується довжиною 5-6см, що є недостатнім для розширення стравоходу в зоні звуження;

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

Завдання корисної моделі полягає в створенні способу, який дозволяє максимально розширити просвіт стравоходу в зоні звуження та запобігає наступному рецидиву захворювання.

Вказана задача вирішується тим, що у відо-

мому способі позаслизозової езофагокардіоміотомії з пластикою передньою стінкою фундального відділу шлунку згідно корисної моделі виконується поздовжня езофагокардіоміотомія довжиною не менш 8-10см з наступним викроюванням та висіканням трикутного серозно-м'язового клаптя на передній стінці кардії як продовження позаслизозової езофагокардіоміотомії, розширюючої просвіт в зоні звуження, з наступною фундопластикою позаслизозової езофагокардіоміотомії передньою стінкою фундального відділу шлунку.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі полягає в виконанні поздовжньої езофагокардіоміотомії по передній стінці не менш ніж на 8см, викроюванням та висіканням трикутного серозно-м'язового клаптя на передній стінці кардії як продовження позаслизозової езофагокардіоміотомії розмірами 2x2,5см верхівкою зверненого до нижнього кута позаслизозової езофагокардіоміотомії, а основою - до лінії, яка з'єднує кардіальну вирізку шлунка та кут Гіса, що дозволяє розширити кардію в зоні звуження, з наступною фундопластикою підшиванням передньої стінки фундального відділу шлунка рядком вузлових швів по правому і лівому краю розрізу м'язової оболонки стравоходу позаслизозової езофагокардіоміотомії, тим самим зменшує кількість рецидивів захворювання та покращує віддалені результати операції.

Відмінною особливістю способу, що заявляється, є викроювання і висікання трикутного серозно-м'язового клаптя на передній стінці кардії як продовження позаслизозової езофагокардіоміотомії, яка дозволяє максимально розширити кардію в

(13) **U**
(11) **13882**
(19) **UA**

зоні звуження.

Спосіб пояснюється графічно:

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

Фіг.2. Викроювання та висікання трикутного серозно-м'язового клаптя на передній стінці кардії як продовження позаслизової езофагокардіоміотомії.

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

Фіг.4. Накладання вузлових швів по правому краю позаслизової 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, виконують поздовжню позаслизову езофагокардіоміотомію (2) довжиною 8-10см (Фіг.1), після чого викроюють і висікають трикутний серозно-м'язовий клапоть (3) на передній стінці кардії (4) розмірами 2х2,5см, як продовження позаслизової езофагокардіоміотомії, верхівкою звернений до нижнього кута (5) позаслизової езофагокардіоміотомії (2), а основою до лінії яка з'єднує кардіальну вирізку шлунка (6) і кут Гіса (7), що дозволяє розширити кардію в зоні звуження (Фіг. 2), після чого виконують фундопластику, підшиваючи 4-5 окремими вузловими швами передню стінку фундального відділу шлунка (8) до лівого краю позаслизової езофагокардіоміотомії з наступним їх зав'язуванням (Фіг.3), після чого передню стінку фундального відділу (8) підшивають до правого краю позаслизової езофагокардіоміотомії (Фіг.4).

Приклади конкретного виконання.

1. Хвора К. 54р., і.хв. №6006. Поступила в клініку 13.04.05року. Скарги на затруднено ковтання, блювоту після прийому рідкої і твердої їжі, біль за грудиною та в епігастрії. Анамнез хвороби: діагноз ахалазії стравоходу встановлено в 2000р. Неодноразово лікувалась консервативно. Виконувалось бужування стравоходу в грудні 2003р. Ефект був короточасний. З лютого місяця 2003 року заявила біль за грудиною, зригування навіть після прийому води. Діагностовано ахалазія кардії III ст.

14.04.2005р. Операція: Розширююча езофагокардіоміотомія з фундопластикою.

В ділянці стравоходо-шлункового переходу звуження до 1см. Констатована ахалазія кардії III ст. Розсічена трикутна зв'язка печінки. При цьому додаткова аномальна гілка нижньої діафрагмальної вени, яка відходить в товщину трикутничкової зв'язки, ліву долю печінки, перев'язана та пересічена. Перев'язана нижня діафрагмальна вена, мобілізований абдомінальний та нижньогрудний відділ стравоходу. Виконана позаслизова езофагокардіоміотомія довжиною 10см. В нижньому куті розрізу по передній стінці кардіального відділу викроєно трикутний серозно-м'язовий клапоть

1,5 на 2,0см, основою звернутий до лінії, яка з'єднує кут Гіса і кардіальну вирізку, а гострим кутом направлений до нижнього кута езофагокардіоміотомії (розширююча поза слизова езофагокардіоміотомія); потім виконана фундопластика шляхом підшивання передньої стінки фундального відділу шлунку до правого і лівого краю розширюючої езофагокардіоміотомії вузловими швами. Виписана в задовільному стані 27.04.05 року. Оглянуто хворого через 5 місяців. Почуває себе добре, дисфагії не має.

2. Хвора М., 63р., і.хв. №4971. Поступила в клініку 28.03.05р. з діагнозом ахалазія кардії для оперативного лікування. 31.03.2005р. Операція: після лапаротомії з'ясовано, що в ділянці езофагокардіального переходу визначається звуження з різким супрастенотичним розширенням стравоходу. Констатовано ахалазія кардії IV ступеню. Розсічена трикутна зв'язка печінки, виконана сагітальна діафрагмотомія. Виділені абдомінальний і нижньогрудний відділ стравоходу. В ділянці езофагокардіального переходу звуження до 1см. Вище нього супрастенотичне розширення стравоходу до 6см. Виконана поздовжня позаслизова езофагокардіоміотомія довжиною до 10см. по передній стінці стравоходу. В місті переходу розрізу на передню стінку кардії виконано висічення серозно-м'язового клаптя 2,5 на 2,5см у вигляді трикутника, якій гострим кутом направлений до зони переходу позаслизової езофагокардіоміотомії до кардії, а основою - до лінії, яка з'єднує кут Гіса з кардіальною вирізкою. Потім виконана фундопластика передньою стінкою фундального відділу вузловими швами по правому і лівому краю поза слизової езофагокардіоміотомії на всьому протязі. Виписана в задовільному стані 11.04.05 року. Пацієнтку оглянуто через 4 місяці. Ознак рецидиву захворювання не виявлено. Почуває себе добре, скарг не вияжує.

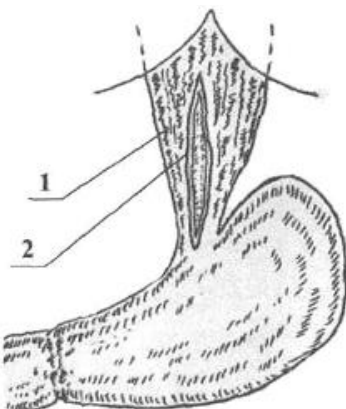
Перевага запропонованого способу полягає в створенні розширюючої езофагокардіоміотомії з фундопластикою, котра запобігає рубцюванню і рестенозу стравоходу в зоні звуження і слугує профілактикою рецидиву ахалазії кардії.

За заявляємим способом прооперовано 2 хворих, за способом-прототипом - 12. Спосіб, що заявляється, забезпечує надійне виліковування від захворювання з виключенням ризику рубцювання і рестенозу езофагокардіального переходу. Функціональні результати операції більш стійкі і кращі у зрівнянні з прототипом. Доцільно використовувати запропонований спосіб при тяжких формах ахалазії кардії, які не піддаються консервативному лікуванню, в тому числі пневмобалонній і гідробалонній кардіодилатації.

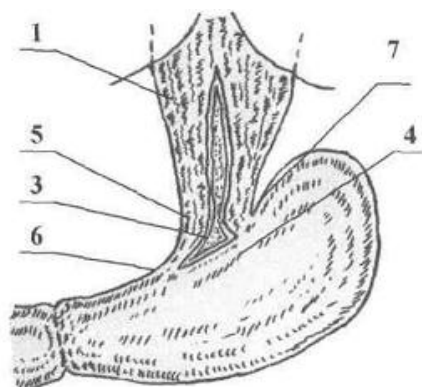
Використана література.

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

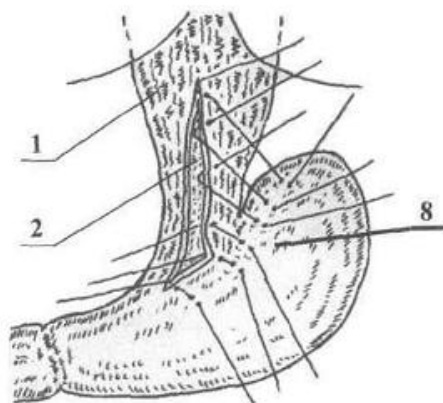
2. Шалимов А.А., Саенко В.Ф. Хирургия пищеварительного тракта. - К.: Здоров'я, 1987. - 568с.



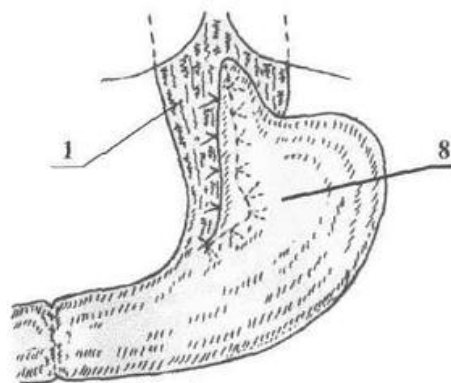
Фиг. 1



Фиг. 2



Фиг. 3



Фиг. 4