

Винахід відноситься до медицини, зокрема до хірургічної гастроентерології, і може бути використаний при лікуванні недостатності кардії.

Відомий спосіб корекції недостатності кардії шляхом гастропексії по методиці Воєта J. (С.С. Раззадорин. "Хирургические способы коррекции недостаточности кардии при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки." Дисс. на соискание ученой степени к.м.н. - 1994г. - Харьков., 179 с. с.34). Після верхньосерединної лапаротомії проводиться репозиція шлунка у черевну порожнину та фіксація його з певним натягом до передньої черевної стінки окремими швами на рівні лівої реберної дуги та паралельно операційному розтину. При цьому мала кривизна у верхній частині фіксується до задньої стінки фаціального футляру прямого м'язу живота, у результаті впадіння стравоходу у шлунок відбувається під гострим кутом. Зазвичай гастропексія проводиться разом з позастравохідною крурорафією - звуженням розширеного стравохідного отвору діафрагми. Дно шлунка фіксують до нижньої поверхні діафрагми. Але ця операція недостатньо коригує клапанний механізм замикання кардії, що є причиною рецидиву рефлюксу.

Відомий спосіб корекції недостатності кардії Hill L.D. та Tobias J.A., які запропонували операцію задньої езофагогастропексії з наступною модифікацією, яка включає калібровку кардії. Після виконання верхньосерединної лапаротомії розсікається ліва трикутна зв'язка печінки та печінково-шлунково зв'язка. Стравохід береться на держалку у кардіальній частині та відтягується донизу, частина шлунка, що знаходиться у прихованому мішку низводиться у черевну порожнину. Виділяються краї стравохідного отвору діафрагми, а також зв'язки та ніжки діафрагми, що прилягають до стравохідно-шлункового переходу. Шви на ніжки діафрагми накладають, але не зав'язують поки не буде виконана калібровка кардії. Звуження стравохідного отвору діафрагми проводять так, щоб можна було провести вказівний палець у стравохідний отвір поряд зі стравоходом. Калібровка кардії досягається накладанням 3-4 швів. Вони проводяться послідовно через серединну круглу зв'язку (передній край задньої частини діафрагми), задньомедіальну частину кардії, шматки стравохідно-діафрагмальної мембрани та передньобокову частину кардії. При затягуванні цих швів дистальна частина стравоходу закручується на 180 градусів. Калібровочні шви затягуються так, щоб у дистальному сфінктері стравоходу був забезпечений тиск у 50мм.рт.ст. при якому звуження кардії є достатнім. Потім зав'язують шви на ніжках діафрагми.

Найбільш близьким до заявленого рішення є спосіб корекції недостатності кардії шляхом фундоплекції, що створює клапанний механізм замикання кардії по Toupet (Toupet A. Technique d'oesophago-gastroplastie avec phrenogastropexie applique dans la cure radicale des hernies hiatales et comme complement de l'operation d'Heller dans les cardiospasmes. //Mem. Acad. Chir. -1963. - Vol. 89. - P.384), при якому проводять мобілізацію абдомінальної частини стравоходу та стравохідно-шлункового переходу, при необхідності мобілізують дно шлунка з розтином коротких шлункових артерій. Зазвичай проводять крурорафію. Потім одним або двома пальцями дно шлунка підводиться під стравохід, таким чином, щоб стінка шлунка опинялася заправо від нього, таким чином щоб стравохід був окутаний на 240-270 градусів задньою частиною дна шлунка без натягу. Декількома вузловими швами фіксують дно шлунка до стравоходу.

Недоліком даного способу є те, що при виконанні фундоезофагорафії достатньо великий ризик перфорації голкою стравоходу. При виконанні крурорафії необхідно накласти 3-4 додаткових шви, що робить операцію більш тривалою. Печія за рахунок гастроезофагеального рефлюксу залишається у 25-27% випадків.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу хірургічної корекції недостатності кардії з варійованим клапанним механізмом, у якому за рахунок зміни характеру формування та фіксації шлункової манжети досягається поліпшення анатомічних взаємовідносин у зоні стравохідно-шлункового переходу при недостатності кардії, зменшується ризик виникнення рецидиву гастроезофагеального рефлюксу, зменшується загальний час на виконання операції, та з'являється можливість формувати манжету з варійованим механізмом замикання кардії.

Поставлена задача вирішується у способі корекції недостатності кардії з варійованим клапанним механізмом, при якому мобілізують дно шлунка, абдомінальний відділ стравоходу виділяють з оточуючих тканин і беруть на держалки, зшивають ніжки діафрагми шляхом накладання вузлових швів, та формують навкруги стравоходу фундоплекційну манжетку з кардіальної частини, згідно з винаходом, накладають 2-3 шва на ніжки діафрагми, по черзі зв'язують шви, звужуючи стравохідний отвір діафрагми, нитки якими виконана крурорафія не зрізають, рядом не зрізаних ниток проводять задню фундокрурорафію з захопленням задньої стінки дна шлунку та стравоходу, зав'язують та зрізають шви, другим рядом швів проводять фіксацію передньої стінки дна шлунка до передньої поверхні стінки стравоходу, рівень фіксації передньої стінки дна шлунка можливо варіювати, що дозволяє регулювати рівень базального тиску у зоні стравохідно-шлункового переходу, стравохід протягом 3-5см на 240-270° огортають дном шлунка і фіксують до зведених ніжок діафрагми.

При накладанні заднього ряду швів досягається: корекція діафрагмального компонента механізму замикання кардії за рахунок зшивання ніжок діафрагми; надійне обмеження середостіння від черевної порожнини; за рахунок підхоплення стравоходу відбувається фіксація низведення сегменту стравоходу необхідної довжини в сфері позитивного тиску черевної порожнини; більш фізіологічне положення шлунка при фіксації задньої стінки, чим при фундоплекції по Тупе; досить глибоке занурення стравоходу у складку задньої стінки шлунка.

Сутність способу пояснюється малюнками: фіг.1 - крурорафія; фіг.2 - задня крурофундорафія; фіг.3 - заключний вид операції.

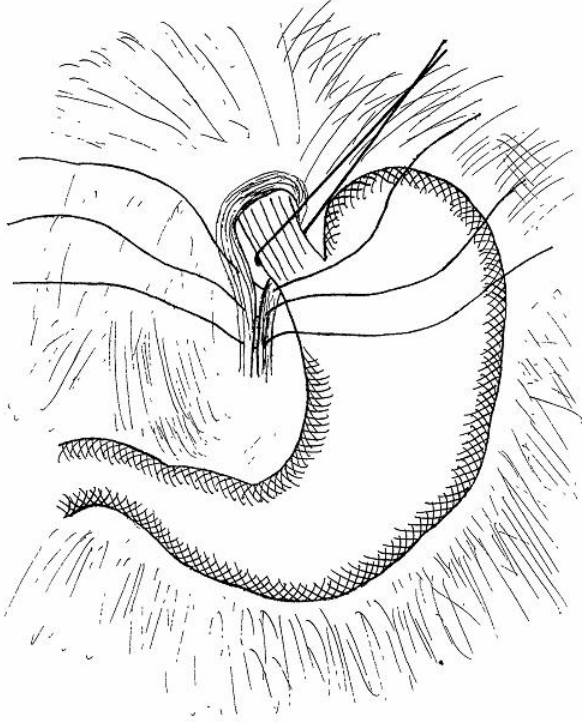
Заявляємий спосіб здійснюють наступним чином: після виконання верхньосерединної лапаротомії перетинають трикутну низку печінки і за допомогою печінкового дзеркала ліву частку печінки відсувають вправо. Поперечно перетинають пасмо тканини, що вкриває абдомінальну частину стравоходу. Для кращої орієнтації попередньо в стравохід вводять товстий шлунковий зонд. Після мобілізації дна шлунка за допомогою держалки стравохід витягують донизу. Дно шлунка двома пальцями підводять за стравохід таким чином, щоб стінка шлунка виявилася праворуч від нього. Накладають 2-3 шви на ніжки діафрагми, по черзі зав'язують шви, звужуючи стравохідний отвір діафрагми так, щоб можна було провести кінчик вказівного пальця в стравохідний отвір поруч із стравоходом, нитки якими виконана крурорафія не зрізають. Рядом не зрізаних ниток проводять задню фундокрурорафію з захопленням задньої стінки дна шлунку та стравоходу, зав'язують та зрізають шви. Другим

рядом швів проводять фіксацію передньої стінки дна шлунка до передньої поверхні стінки стравоходу, рівень фіксації передньої стінки дна шлунка можливо варіювати, що дозволяє регулювати рівень базального тиску у зоні стравохідно-шлункового переходу. Таким чином, стравохід протягом 3-5см на 240-270° огортають дном шлунка і фіксують до зведених ніжок діафрагми.

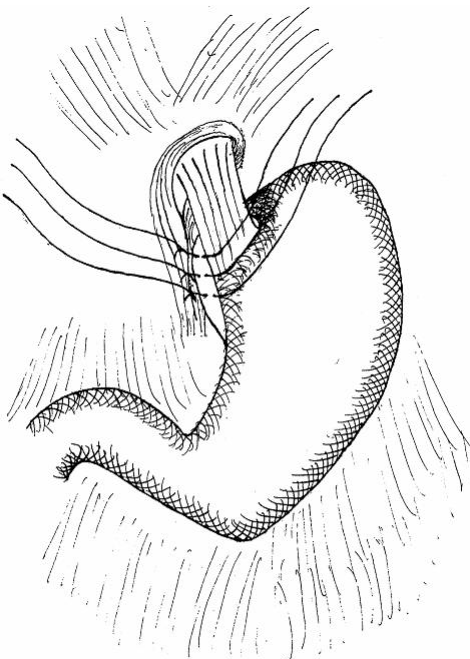
Приклад: Хворий М., 45 років госпіталізований у хірургічне відділення з діагнозом: Виразкова хвороба 12 палої кишки. Рубцева деформація луковиці. Субкомпенсований стеноз. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, рефлюкс-езофагіт 2-3 ступеня. Після обстеження виконана операція запропонованим способом. Перебіг післяопераційного періоду без ускладнень. При обстеженні через один рік результат операції визнано відмінним. У хворого скарг не має. Рефлюкс-езофагіт при ендоскопічному обстеженні не виявлений. Добрий функціональний результат підтверджено рентгенологічно.

Запропонована операція - корекції недостатності кардії з варійованим клапанним механізмом дозволяє істотно поліпшити анатомічні взаємовідносини в області кардії при її недостатності, що допомагає ліквідувати гастроєзофагеальний рефлюкс та рефлюкс-езофагіт.

Запропонований спосіб використаний у 9 хворих. Летальних випадків не було. У віддалені строки після операції (до 5 років) рецидивів виразок, гриж та рефлюкс-езофагіту не було. Значних порушень з боку езофагокардіального переходу також не виявлено.



Фіг. 1



Фіг. 2

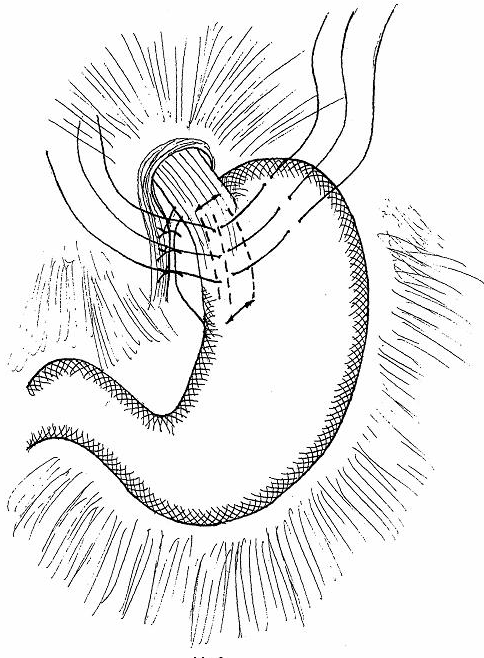


Fig. 3