СОЮЗ СОВЕТСКИХ СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ РЕСПУБЛИК

(19) SU (11) 1169625 A

(51)4 A 61 B 17/00

ГОСУДАРСТВЕННЫЙ КОМИТЕТ СССР ПО ДЕЛАМ ИЗОБРЕТЕНИЙ И ОТКРЫТИЙ

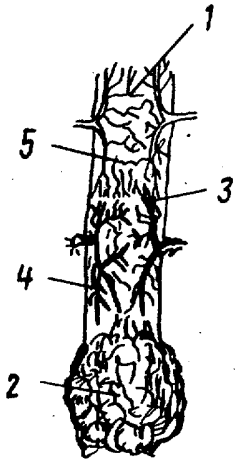
ВСЕСОЮЗНАЯ 13 13 БИБЛИОТЕКА

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

К АВТОРСКОМУ СВИДЕТЕЛЬСТВУ

(21) 3452426/28-13
(22) 10.06.82
(46) 30.07.85. Бюл. № 28
(72) Г.В.Бондарь и Н.И.Кулиш
(71) Донецкий государственный медицинский институт им.М.Горького
(53) 616.329-089.86:616.33(088.8)
(56) Березов Ю.Е., Григорьев М.С. Хирургия пищевода. М., 1965, с. 271-281.

(54)(57) СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ПИЩЕВОДНО-ЖЕЛУДОЧНОГО АНАСТОМОЗА, включающий резекцию пищевода, создание трубки из большой кривизны желудка и наложение соустья между ними, о т л и ч а ю щ и й с я тем, что, с целью предупреждения несостоятельности швов анастомоза и рефлюкса, резецируют пищевод путем циркулярного рассечения адвентициально-мышечного слоя по границе сохранившегося артериального микроциркуляторного сегмента и пересечения слизисто-подслизистого слоя, выкроенного ниже, но в пределах кавального венозного оттока дополнительно мобилизуют и отворачивают в виде манжеты адвентициально-мышечный слой, соустье накладывают путем сшивания слизисто-подслизистых слоев, после чего их инвалинируют в полость желудка и подшивают основание манжетки изнутри к серозно-мышечному слою желудка, далее манжетку отворачивают и фиксируют поверх купола.



Фиг. 1

(19) SU (11) 1169625 A

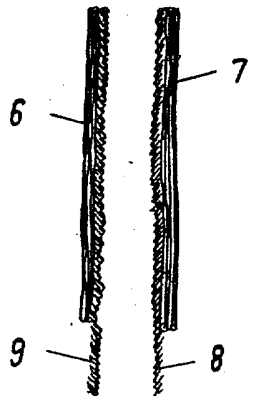
Изобретение относится к медицине (конкретно - к хирургии пищевода и желудка) и может быть использовано в тех случаях, когда удаляют, например, по поводу рака нижние отделы пищевода, кардиальный отдел желудка с малой кривизной.

Цель изобретения - предупреждение несостоятельности швов анастомоза и рефлюкса.

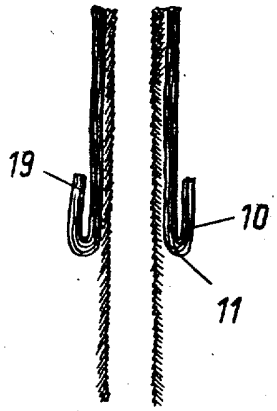
На фиг.1 изображена последовательность осуществления способа.

Способ осуществляют следующим образом.

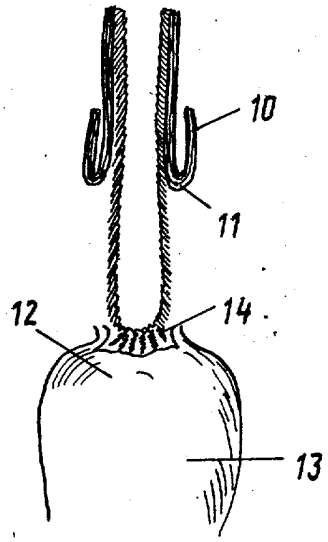
Резицируют известным способом нижнюю часть пищевода 1, кардию и малую кривизну желудка (фиг.1). Трубку из ткани желудка, представленную большой кривизной с ее питающими сосудами, левой и правой желудочно-сальниковыми артериями, после мобилизации вытягивают в рану на шее. Опухоль 2 кардии или пищевода удаляют путем пересечения пищевода на достаточном отдалении от опухоли, но при этом известным интраоперационным методом устанавливают границу стыка 3 микроциркуляторных русел между восходящими ветвями мобилизованной и перевязанной артерии 4 и нисходящими ветвями сохраненной артерии 5 на выделенном оральном конце пищевода (фиг.1). Известно, что пищевод имеет не менее 4-6 источников артериального кровообращения, в связи с чем имеют место на пищеводе так называемые сегментарные артериальные микроциркуляторные поля. Артериальные поля не совпадают с границами венозного поля. Последнее делится на портальную систему, относящуюся к нижней трети пищевода и кавальную, цельно обеспечивающую венозный отток от средней и верхней трети пищевода с обильной портокавальной сетью в подслизистом слое. После определения артериальной микроциркуляторной границы известным способом, отступив от нее оральнее, циркулярно рассекают пищевод 1, пересекая адвентициальный 6 и мышечный 7 слои до подслизистого слоя 8, где всегда сохраняют все сосудисто-нервные стволы, идущие со слизистой 9 (фиг.2). Мышечный слой с удаляемой части отслаивают и удаляют, сохраняя слизистую 9 на 3-5 см, но не далее чем начало ее портальной части, где слизистую пересекают (фиг.2). Образовался оральный конец пищевода с двуступенчатым пересечением его слоев: слизистая с подслизистым слоями 8 и 9, затем мышечная с адвентициальными слоями. В оральном конце пищевода еще мобилизуют слизистую на 2-4 см, отворачивая адвентициально-мышечный слой 6-7 в виде манжетки 10 вверх (фиг.3). Таким образом, нижним краем мышечной части пищевода является так называемый киль 11 манжетки 10 (фиг.3). Вскрывают свод 12 желудочной трубки 13 до подслизистого слоя. Вытягивают конусообразно слизистую 14 желудка. В куроле свода слизистой оболочки 14 производят небольшое отверстие, затем его растягивают до диаметра слизистой пищевода 1. Смешивают слизистую 9 культи пищевода 1 со слизистой 14 желудка (фиг.4). Опускают слизистую 9 пищевода 1 в просвет 15 желудочной трубки 13 по типу слизисто-слизистого инвагината 16 (фиг.5). Этим достигается перекрытие линии шва 17 цельной слизистой оболочкой 9 и образование клапана в желудочно-трубочном пищеводном соустье. Длина клапана бывает в пределах 2-4 см. Затем сшивают мышечные слои желудочной трубки 13 с мышечным слоем киля 11 пищеводной манжетки 10 сшивают П-образными швами, что обеспечивает второй ряд швов 18. После чего мышечную манжетку 10 пищевода 1 расправляют путем отворачивания (фиг.6). Для этого ее несколько растягивают, откатывают и одевают на весь свод 12 желудочной трубки 13, край мышечно-адвентициального слоя 19 пищевода 1 подшивают к серозномышечной оболочке трубки 13 из желудка. Этим третьим рядом швов достигается полная герметизация линии слизистого и мышечного швов и удвоение мышечных слоев желудка и пищевода, несущих функцию кардиального жома.



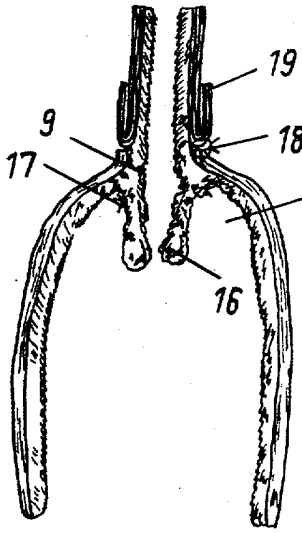
Фиг. 2



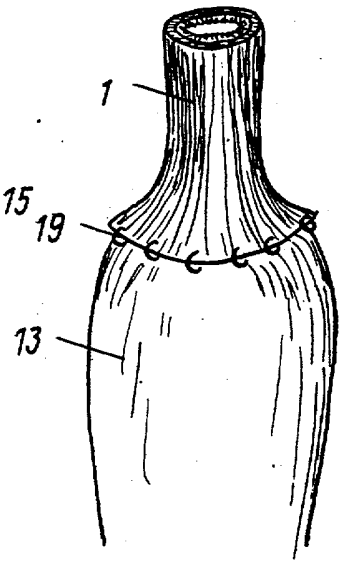
Фиг. 3



Фиг. 4



Фиг. 5



Фиг. 6

Составитель В.Дивилин
Редактор А.Ревин Техред О.Неце Корректор О.Тигор

Заказ 4643/4 Тираж 721 Подписное
ВНИИПИ Государственного комитета СССР
по делам изобретений и открытий
113035, Москва, Ж-35, Раушская наб., д.4/5

Филиал ППП "Патент", г.Ужгород, ул.Проектная, 4