

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и медицинской технике.

Известен способ расширенной селективной проксимальной ваготомии с использованием кровоостанавливающих зажимов типа Бильрот путем скелетизации желудка по малой кривизне от "гусиной лапки" нерва Летарже, перитонизации малой кривизны, выполнении эзофагофундопликации и пересечении желудочно-ободочной связки [1].

Наиболее близким по технической сущности является известный инструмент [2], который предназначен для перевязки биологического материала и может использоваться как кровоостанавливающий зажим.

Однако при применении названного инструмента кровоточащий участок биологической ткани (сальник, жировая клетчатка) захватывается рабочей частью зажима с заправленной лигатурой, а затем петля нити набрасывается на этот участок и проводится лигирование этого участка. Этим инструментом можно наложить лишь одну лигатуру и, кроме того, использование его предназначено для лигирования кровоточащих тканей. Для выполнения такого оперативного вмешательства, как селективная проксимальная ваготомия, этот инструмент непригоден.

Задачей изобретения является создание инструмента, позволяющего значительно ускорить и технически упростить выполнение селективной проксимальной ваготомии.

В известном устройстве для выполнения СПВ, включающем кровоостанавливающий зажим, согласно изобретению, на рабочей части выполнены канавки для протягивания нити, а для фиксации ее концов на браншах зажима установлены прижимные приспособления (фиксаторы нити). Такое устройство позволяет ускорить и упростить выполнение селективной проксимальной ваготомии.

Поставленная задача решается тем, что на рабочей части изогнутого кровоостанавливающего зажима типа Бильрот создаются канавки, в которые продевают длинную капроновую нить, а на браншах зажима - специальные прижимные устройства для фиксации нити.

После проведения рабочей части зажима через порцию малого сальника так, чтобы была видна продетая через канавку лигатура, бранши зажима раздвигают, нажимая на рабочие части прижимного устройства фиксации нити, высвобождают концы нитей, затем захватывают пинцетом центральную часть лигатуры, подтягивают ее, перерезают в средней части и обе половины завязывают на обе стороны, после чего пересекают порцию ткани между завязанными лигатурами и срезают длинные концы нитей над узлами лигатур.

На фиг. 1 представлен предложенный инструмент во фронтальной проекции; на фиг. 2 - то же, в боковой проекции; на фиг. 3 - то же, в рабочем состоянии с фиксированной и заправленной в канавки нитью; на фиг. 4 - проведение рабочей части зажима через порцию переднего листка малого сальника; на фиг. 5 - высвобождение нити из фиксаторов, раздвигание бранш зажима; на фиг. 6 - протягивание нити и разрезание ее в центре пополам; на фиг. 7 - завязывание полученных лигатур на обе стороны; на фиг. 8 - рассечение порции сальника между лигатурами, извлечение инструмента, срезание длинных концов нитей над узлами лигатур.

Инструмент для выполнения селективной проксимальной ваготомии состоит из: кровоостанавливающего зажима А, фиксатора нити 3 (фиг. 1), включающего: корпус б, прижим фиксатора в, ось г, пружину д.

Пояснения к графическим материалам:

- 1 - желудок;
- 2 - нерв Летарже;
- 3 - фиксатор длинных концов нитей;
- 4 - изогнутая рабочая часть инструмента;
- 5 - капроновая длинная нить;
- 6 - канавки для нити, прорезанные в рабочей части инструмента;
- 7 - малый сальник;
- 8 - пинцет;
- 9 - ножницы; 10-лигатуры.

Селективную проксимальную вагото-мию с использованием изобретенного инструмента выполняют следующим образом.

После лапаротомии, ревизии брюшной полости, определения характера патологического процесса и принятия решения о выполнении селективной проксимальной ваготомии, в области угла желудка 1 в месте разветвления нерва Летарже 2 надсекают серозную оболочку желудка на передней стенке ближе к малой кривизне так, чтобы пересечь две антральные ветви нерва Летарже, а одну оставить. Селективную проксимальную ваготомию начинают выполнять с использованием изобретенного инструмента размерами 14 см типа "Москит" с напаянными фиксаторами нити 3 и нарезанными канавками на изогнутой рабочей части 4. После продевания длинной тонкой капроновой нити 5 в канавки рабочей части и фиксации ее концов в фиксаторах 3 инструмент проводят через порцию малого сальника 7 так, чтобы дистальный отдел рабочей части инструмента вышел выше порции сальника и была видна продетая в канавку нить 5. Затем высвобождают концы нити из фиксаторов 3, раздвигают бранши инструмента, захватывают пинцетом 8 нить, подтягивают ее и разрезают ножницами 9 в центре пополам. Полученные две лигатуры ассистенты завязывают на обе стороны. Перевязанную порцию сальника рассекают между лигатурами 10, инструмент извлекают и длинные концы нитей срезают над узлами лигатур.

Операцию повторяют, последовательно перевязывая и пересекая все новые и новые порции сальника выше и выше по малой кривизне желудка, пересекая передний листок сальника, затем средний и задний, до самого пищевода. Наложение серо-серозных перитонизирующих швов на малую кривизну и выполнение эзофагофундопликации осуществляется по общепринятой методике.

Пример 1. Б-ная К., 29 лет, и.б. №2042, поступила в центр желудочно-кишечных кровотечений 16.02.93 г. в связи с язвенным кровотечением средней степени тяжести. На протяжении 5 лет страдала язвой двенадцатиперстной кишки. При фиброгастроскопии выявлено продолжающееся кровотечение из язвы 0,7 см на передней стенке луковицы, двенадцатиперстной кишки. Экстренно оперирована на высоте кровотечения.

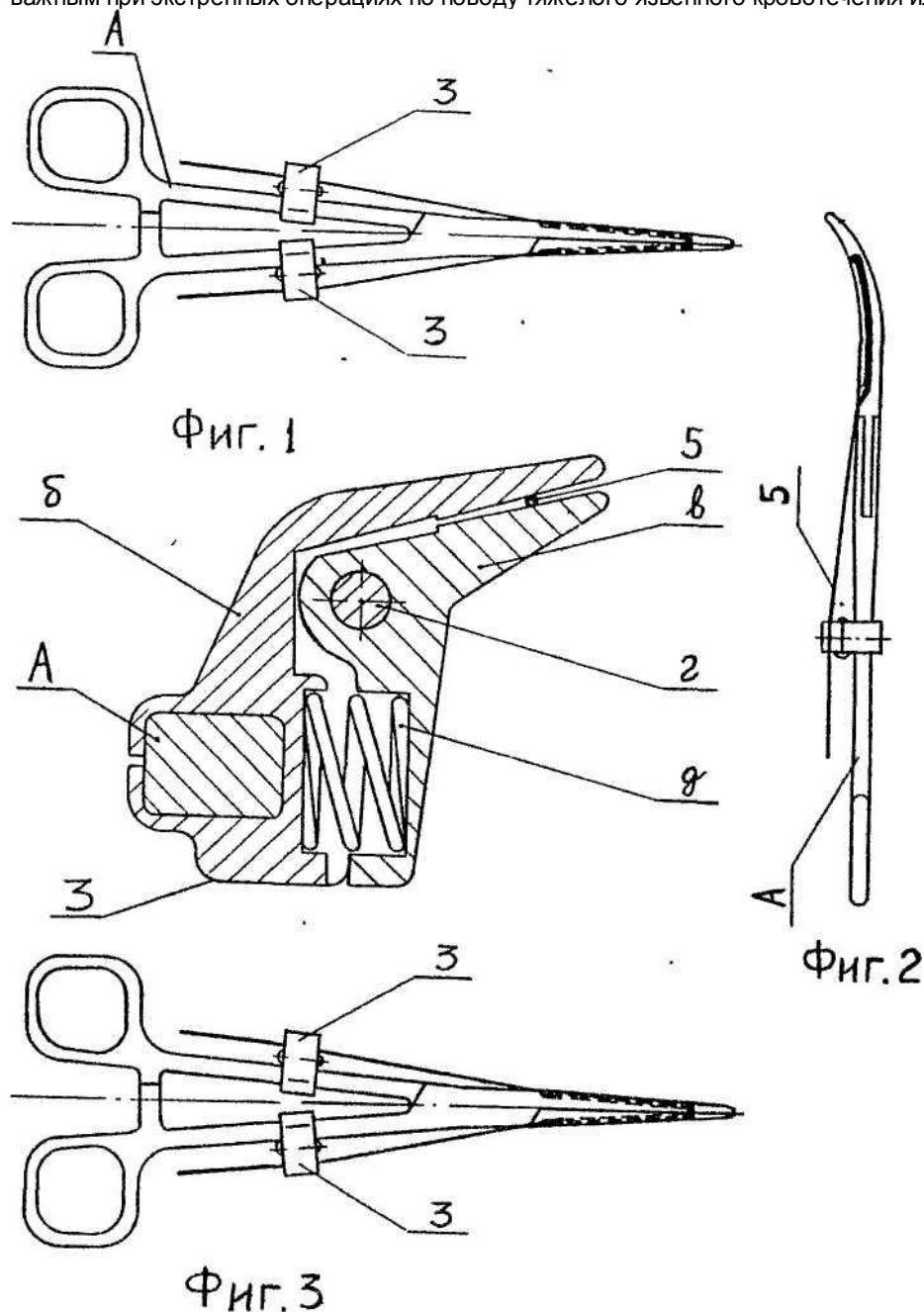
Во время операции обнаружены две язвы луковицы двенадцатиперстной кишки на передней и задней стенках размерами 1,7 и 1,2 см соответственно. Выполнена мостовидная дуоденопластика с иссечением язвы передней стенки и выведением кратера язвы на задней стенке за пределы двенадцатиперстной кишки.

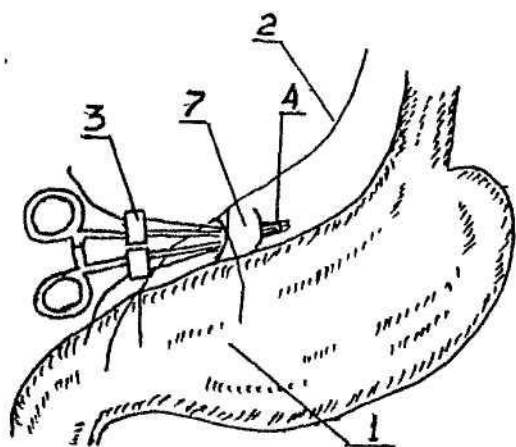
Затем произведена селективная проксимальная ваготомия по заявляемому способу с применением инструмента в течение 35 минут. Рассечена связка Трейца, низведен дуоденоюнальный переход. Послеоперационный период без осложнений. Выписана через 11 дней в удовлетворительном состоянии для амбулаторного лечения.

Пример 2. Б-ной О., 35 лет, и.б. №232, поступил в клинику 07.01.93 г. по поводу желудочно-кишечного кровотечения. 10.01.93 г. в связи с рецидивом кровотечения выполнено оперативное вмешательство: селективная проксимальная ваготомия по предлагаемому способу с использованием оригинального инструмента, мостовидная дуоденопластика на 2/3 периметра двенадцатиперстной кишки с выведением язвы размерами 1,5 x 1,8 см на задней стенке, удаленной на 1,3 см от интактного пилорического жома. Рассечена связка Трейца, низведен дуоденоюнальный переход. Время выполнения СП В составило 30 мин. На десятые сутки выписан под наблюдение хирурга поликлиники.

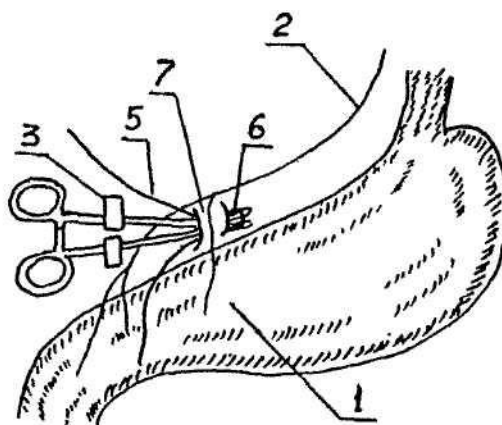
По заявляемому способу оперировано 9 больных, а по способу-прототипу - 128. Предлагаемый способ является лучшим, более эффективным, позволяет сократить время выполнения такой трудоемкой операции, как СПВ, на 30-35%.

Заявляемый способ реализует новый подход к выполнению СП В с использованием оригинального инструмента и позволяет существенно сократить время оперативного вмешательства, что является весьма важным при экстренных операциях по поводу тяжелого язвенного кровотечения или перфорации язв.

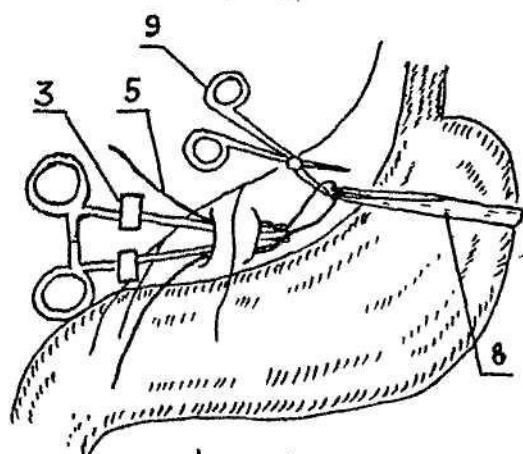




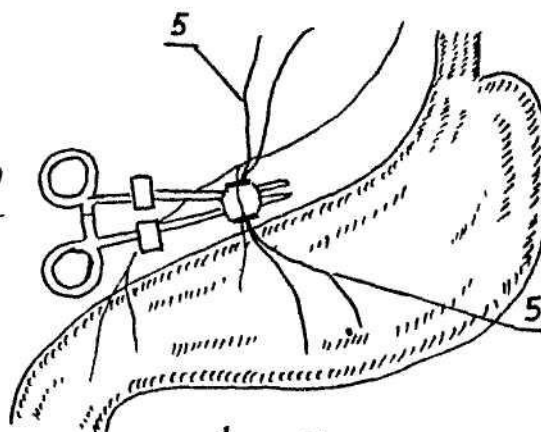
Фиг. 4



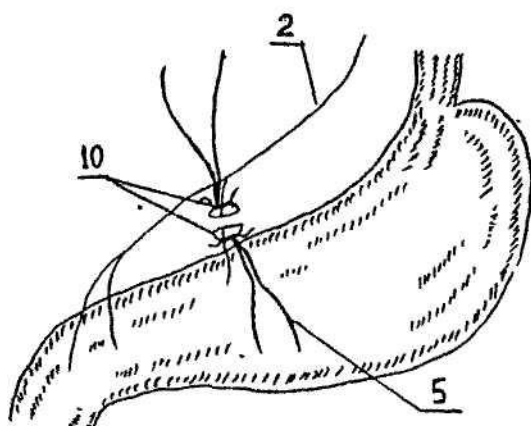
Фиг. 5



Фиг. 6



Фиг. 7



Фиг. 8