

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА

Кищук А. А 305 пед.

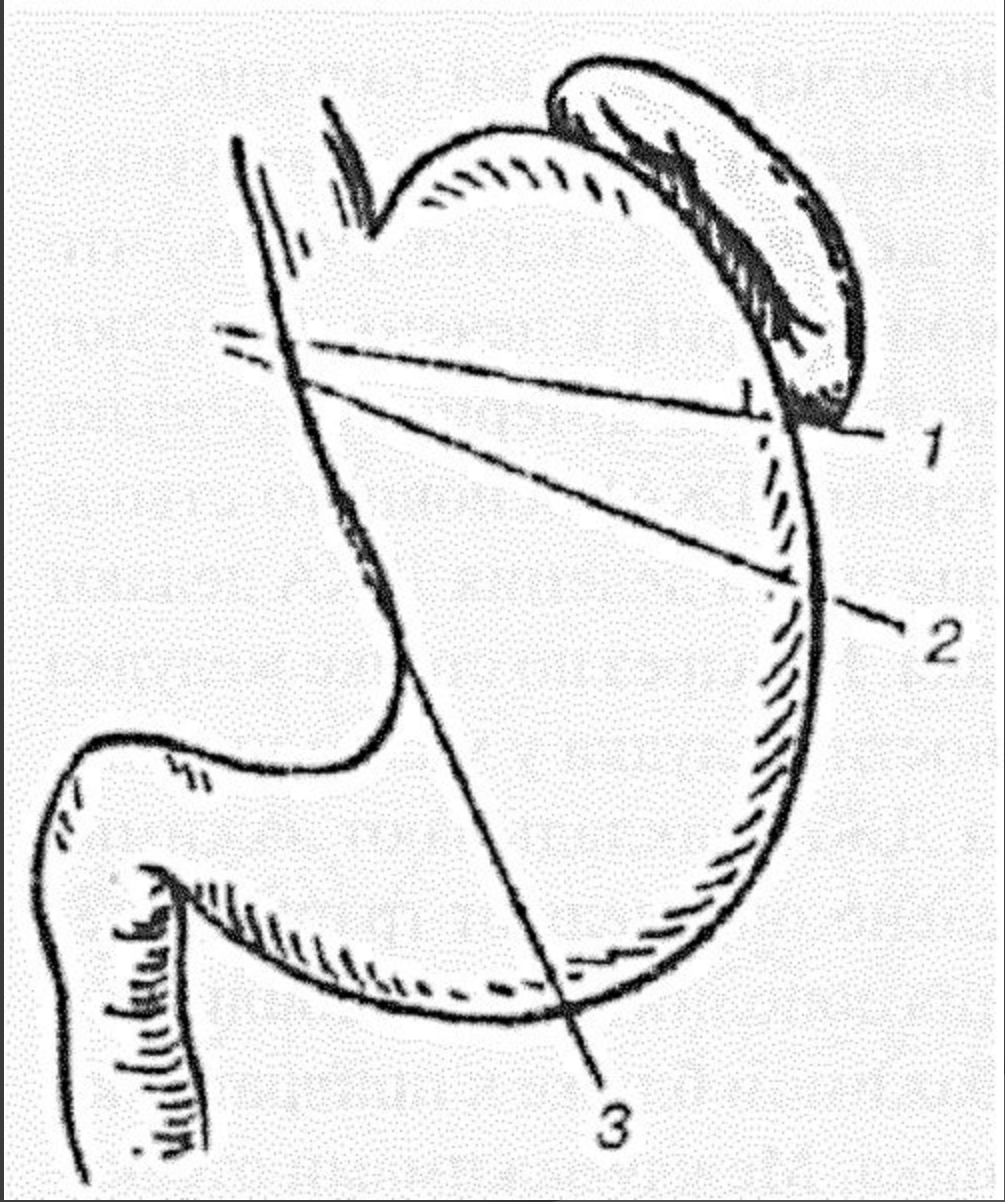
Резекция желудка

Удаление части желудка

Виды:

- ⦿ Дистальная
- ⦿ Проксимальна
- ⦿ Кольцевидная сегментарная
- ⦿ Субтотальная
- ⦿ Тотальная (гастроэктомия)

- ⦿ Рукавная (при ожирении)



Первая успешная резекция желудка была проведена Теодором Бильротом 29 января 1881 года по поводу рака привратника желудка. Следующая успешная операция была выполнена первым ассистентом Бильрота — Wolfler 8 апреля 1881 года. Этот пациент был первым из тех, кто жил после операции по поводу рака желудка пять лет.

Показания

- ⦿ Язвенная болезнь желудка и ее осложнения
- ⦿ Доброкачественная и злокачественная опухоли желудка
- ⦿ Острое расширение желудка,
- ⦿ Различные осложнения после гастроэнтеростомии.

Методы резекции желудка

- Основными методами резекции являются:
- Бильрот I
- Бильрот II
- Бильрот II в модификации по Гофмейстеру-Финстереру

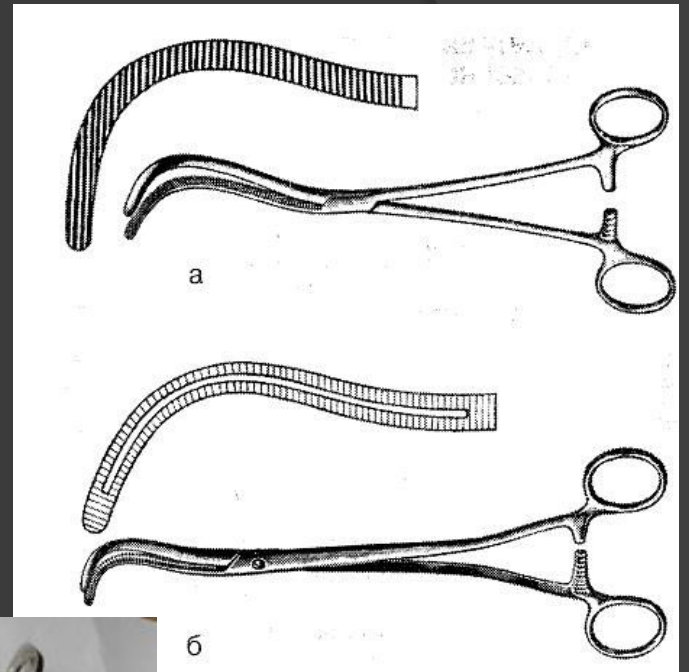
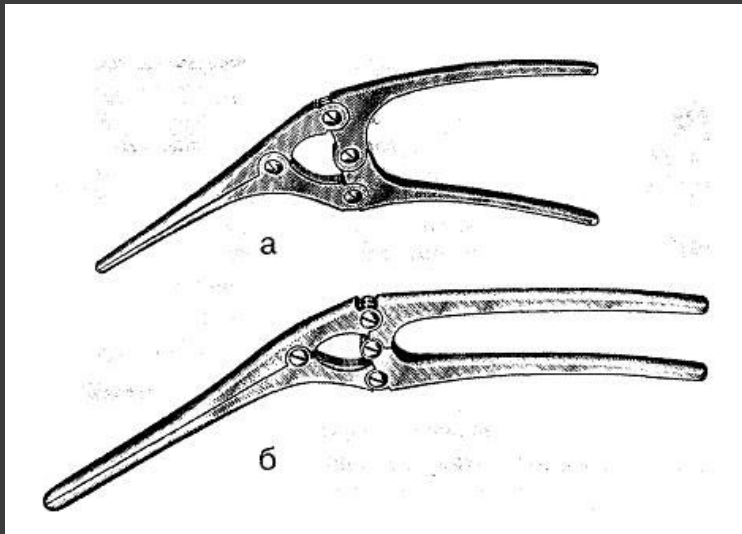
Инструменты:

1. Расширенный общий набор для лапаротомии
2. Жомы Пайра (кишечный и желудочный)
3. Печеночные зеркала
4. Зажим Федорова, лигатурный диссектор
5. Окончатые зажимы



Набор инструментов для лапаротомии включает расширители и удерживатели:

- 1 - речный ранорасширитель по Госсе;
- 2 – ранорасширитель Коллина
- 3 - ранорасширитель хирургический (зеркало) по Кохеру; 4 - шпатель Ревердена



Оперативный доступ:

- Верхняя срединная лапаротомия
- Верхняя поперечная
- Поперечная тораколапаротомия

Оперативный прием

- Мобилизация желудка
- Резекция желудка
- Наложение анастомоза

Резекция желудка при ЯБЖ

Мобилизация:

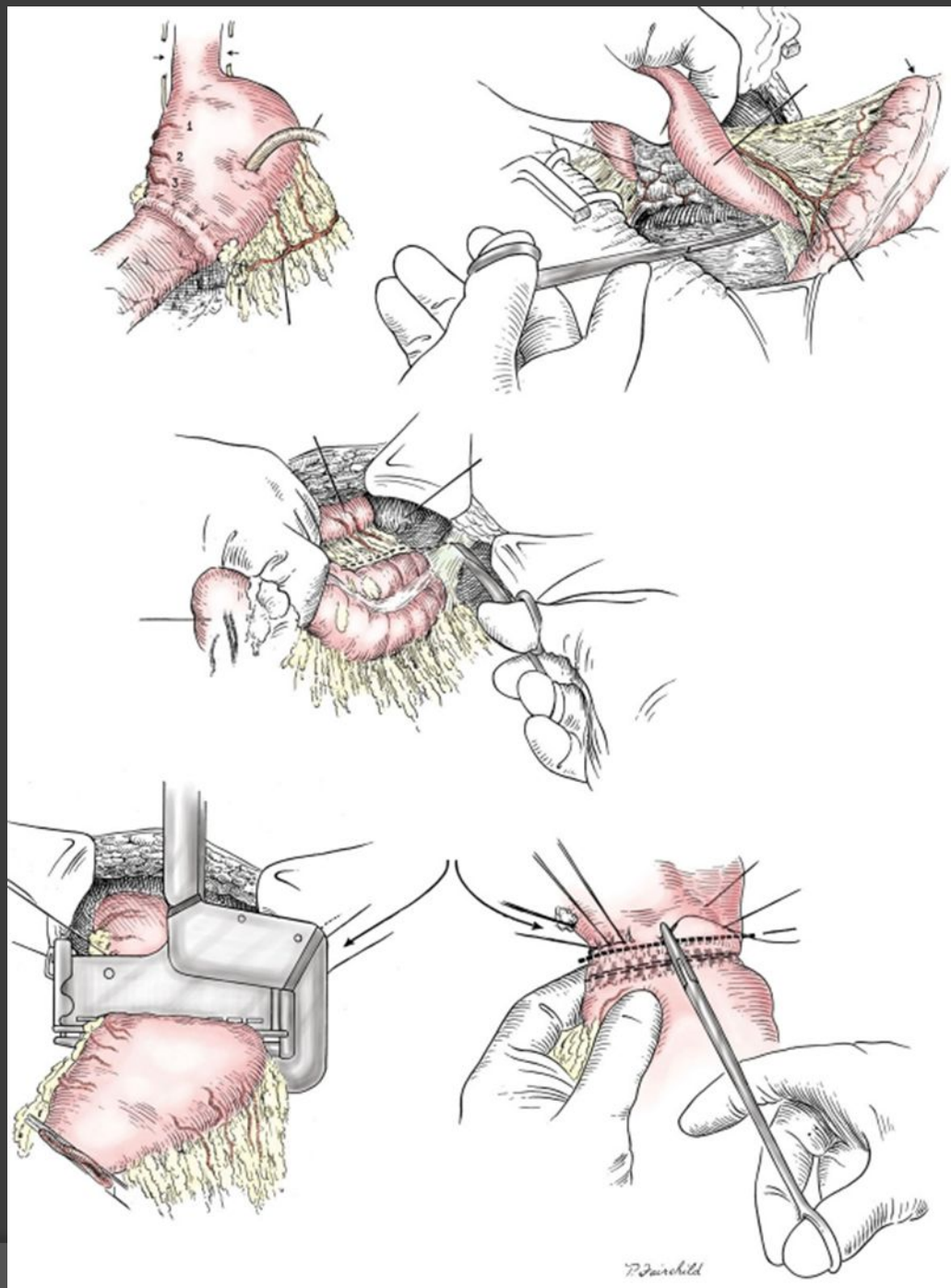
1. Определение границ
2. Маркировка границ:
 - Геометрические.
 - по уровню отхождения пристеночных артерии (наиболее целесообразно).

Маркировка границ по уровню отхождения артерии:

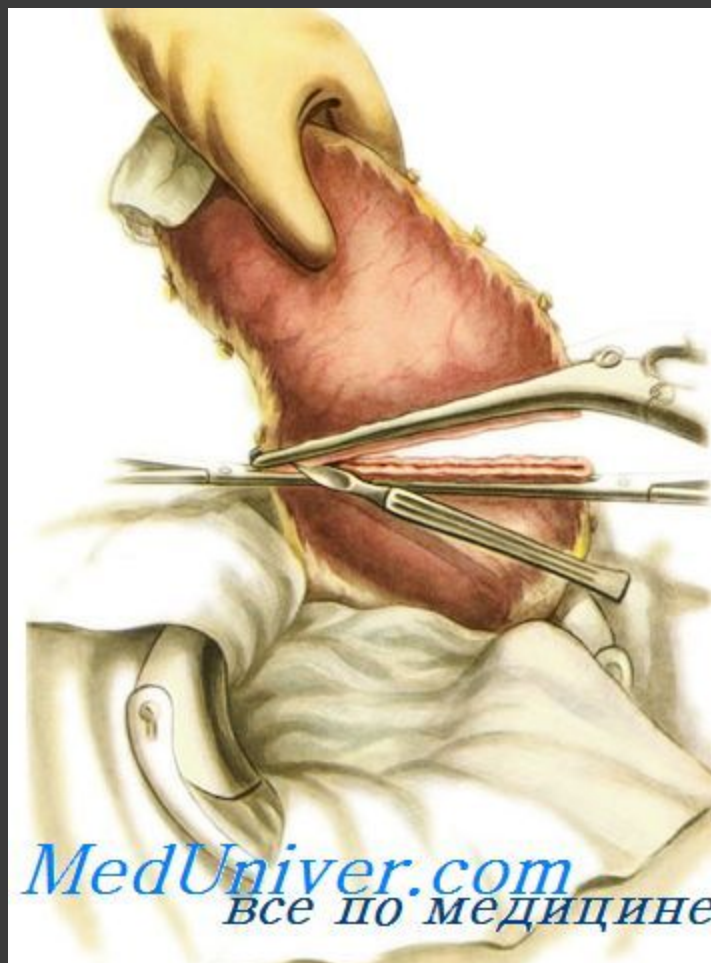
- По малой кривизне: точка по 1-ой поперечной ветви левой желудочной артерии.
- По большой кривизне: на 1-2 см выше отхождения ветви желудочно-сальниковой артерии.

Отсечение желудка

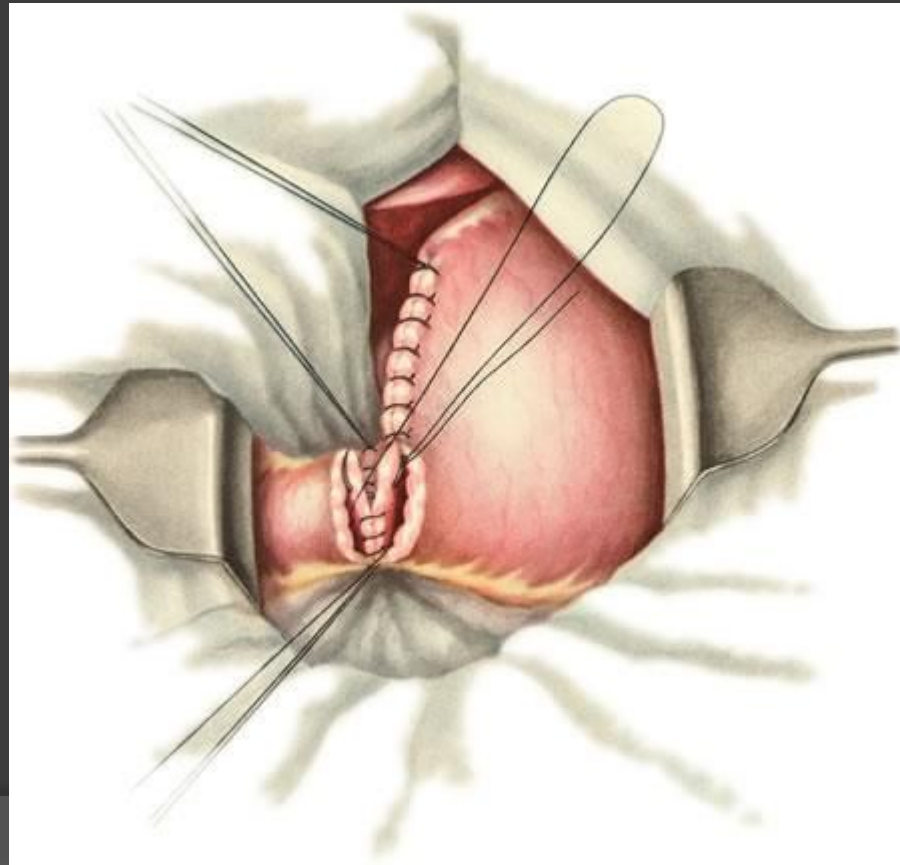
- Пересечение связок
- Перевязка и пересечение основных сосудов желудка на уровне резекции

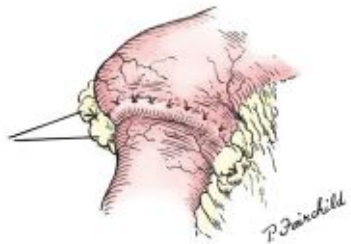
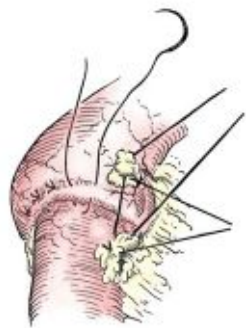
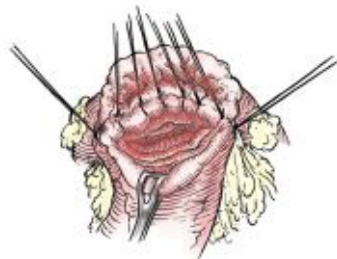
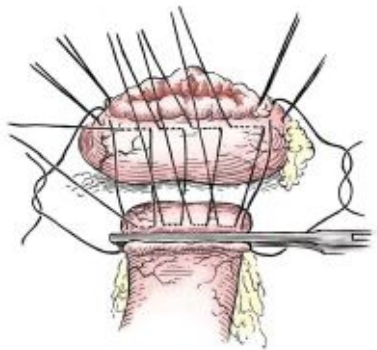
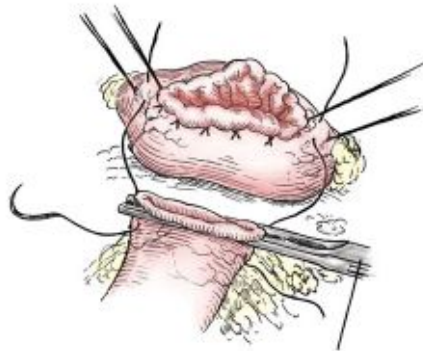


Резекция



Бильрот I - формирование анастомоза между культей желудка и 12-перстной кишкой по типу «конец-в-конец»





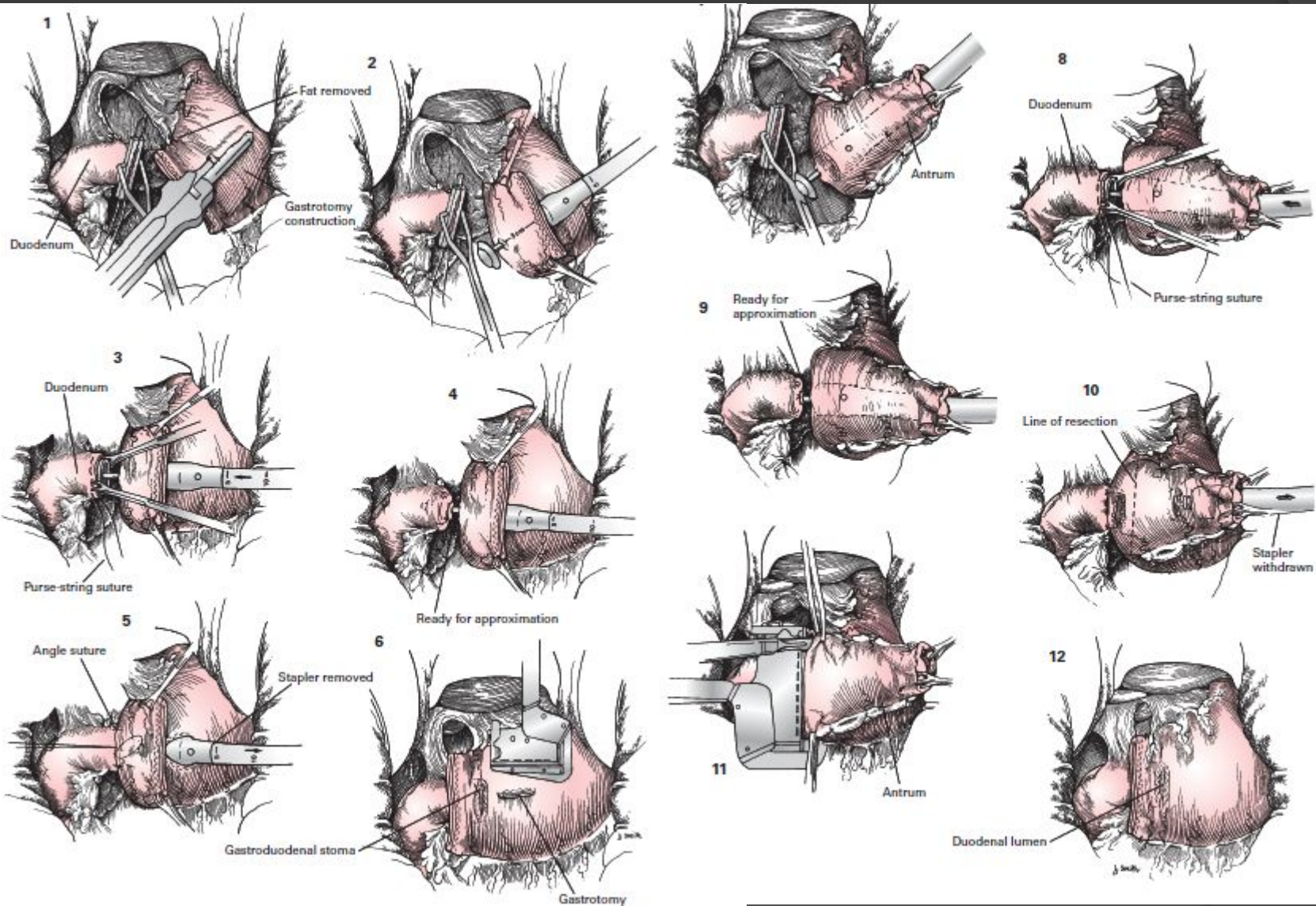
Преимущества метода:

- Сохранение анатомо-физиологического пути пищи;
- Адекватная резервуарная функция культи желудка;
- Отсутствие прямого контакта слизистой оболочки желудка со слизистой оболочкой тощей кишки, что полностью исключает образование пептических язв соустья.
- Техническая простота и быстрота выполнения операции
- Значительно реже развивается демпинг-синдром после этой операции.

Недостатки:

- Возможность расхождения швов анастомоза, обусловленная бедным кровоснабжением двенадцатиперстной кишки
- Расхождение швов анастомоза
- Этот вид операций чаще провоцирует появление язв анастомоза, язвы двенадцатиперстной кишки.
- Резекция желудка по Бильрот 1 не проводится при диагнозе рак желудка.

Бильрот I с помощью скоб



Модификации Б-1

- Слабым местом операции по способу Бильрот-I в любой ее модификации является возможность расхождения швов анастомоза, обусловленная сравнительно бедным кровоснабжением начальной части двенадцатиперстной кишки и отсутствием серозного покрова на ее задней стенке.
- Все модификации этого способа различаются между собой только методикой формирования гастро-дуоденального анастомоза. В зависимости от этого они могут быть разделены на четыре группы: а) анастомоз формируется по типу конец в конец; б) по типу конец в бок; в) по типу бок в конец; г) по типу бок в бок.
- Наиболее распространены способы резекции с созданием различных вариантов анастомоза конец в конец.

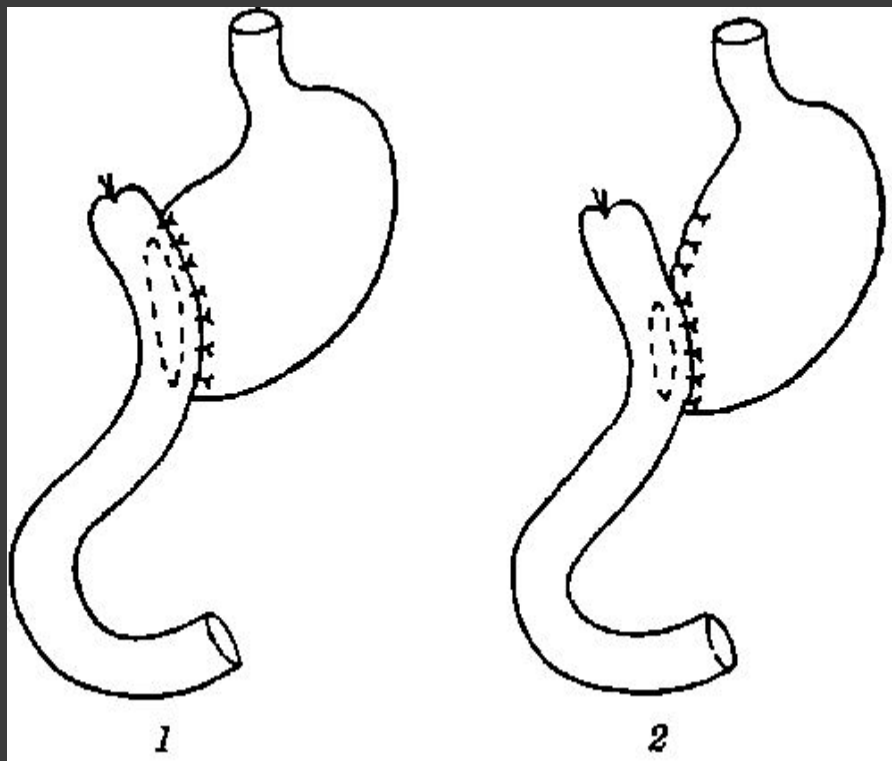
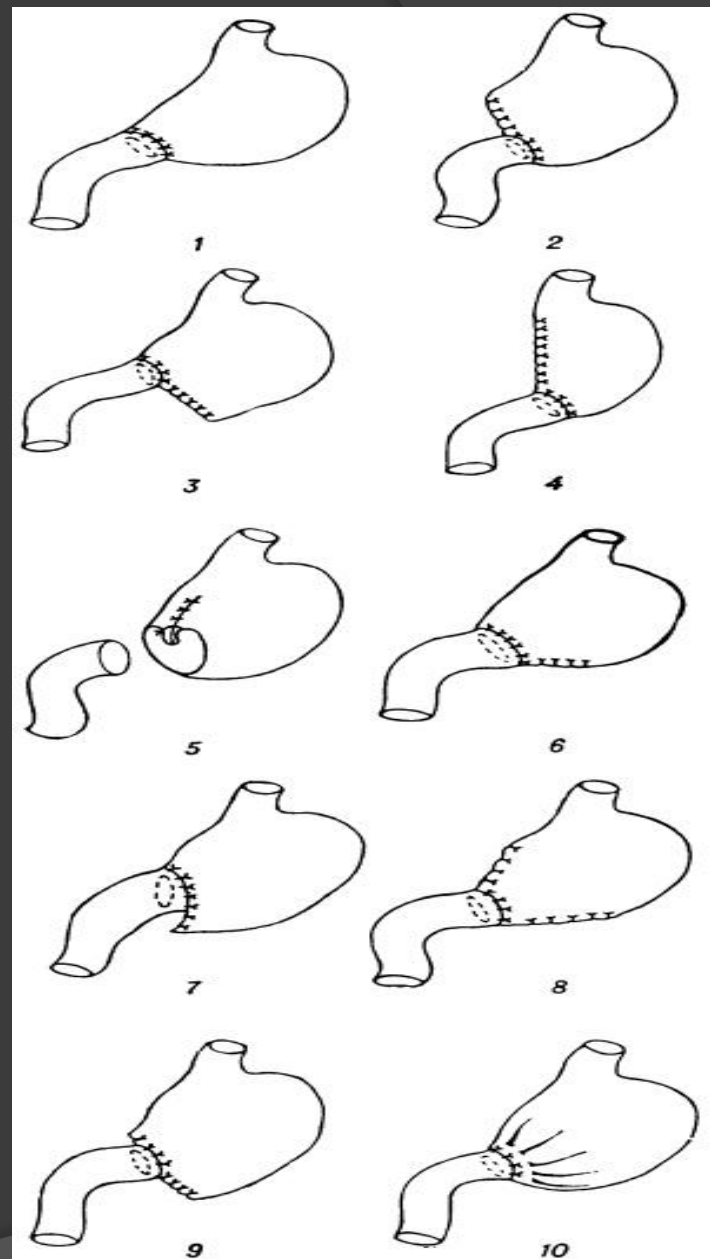


Рис. Модификации резекции желудка с гастро-дуоденальным анастомозом конец в бок: 1 — Габерера, Финнея; 2 — Финстерера.

Рис. Некоторые модификации резекции желудка по способу Бильрот-I: 1 — Пеана; 2 — Бильрота; 3 и 6 — Ридигера; 4 — Шемакера; 5 — А. Мельникова; 7 — Томоды; 8 — Бельфлера; 9 — Бабкока; 10 — Габерера.



Бильрот II - наложение широкого анастомоза между культей желудка и начальной частью тощей кишки по типу «конец-в-бок».

Особенности:

- Культю двенадцатиперстной кишки после резекции ушивают наглухо.
- После полного или частичного ушивания культи желудка накладываются гастроеюнальный анастомоз в различных вариантах.

Недостатки:

- ⦿ одностороннее выключение из пищеварительного тракта двенадцатиперстной кишки,
- ⦿ угроза недостаточности швов культи двенадцатиперстной кишки,
- ⦿ развитие послеоперационных осложнений: синдрома приводящей петли, демпинг-синдрома, дуоденогастрального рефлюкса с развитием хронического атрофического гастрита

Преимущества метода:

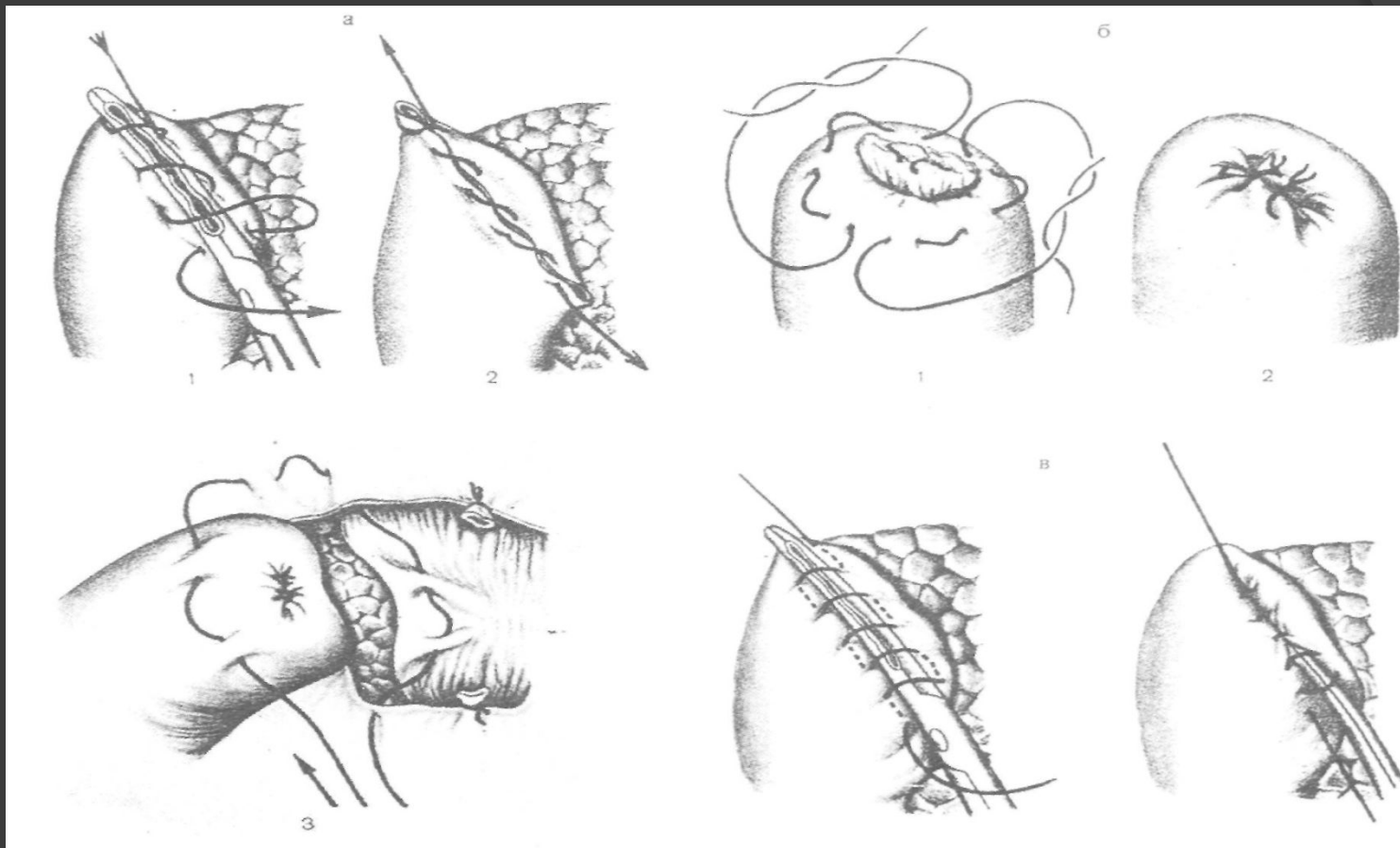
- Осуществляется обширная резекция органа без натяжения гастроеюнальных швов.
- При язве двенадцатиперстной кишки реже возникают после операции пептические язвы анастомоза.
- При дуоденальной язве с грубыми патологическими изменениями двенадцатиперстной кишки легче производится ушивание культи, чем анастомоз с желудком.
- При нерезектабельной дуоденальной язве после выполнения резекции «на выключение» по Finsterer-Bancroft-Plenk только с помощью резекции по Бильрот 2 удастся восстановить проходимость пищеварительной системы.

Бильрот II

Модификации отличаются
конструированием гастроеюнального
анастомоза

Способы закрытия культи двенадцатиперстной кишки

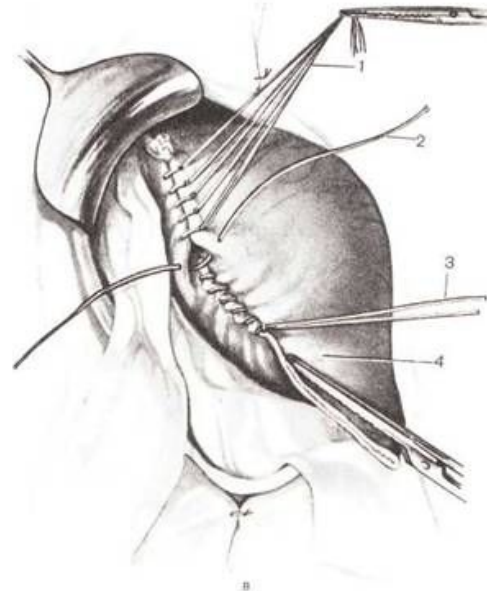
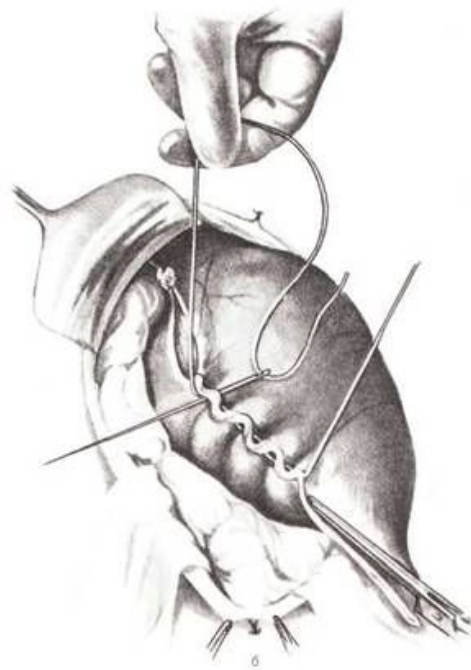
- ⦿ 1. Двухрядный шов: Первый ряд – непрерывный кетгутовый шов
- ⦿ Второй – кисетный серозно-серозный
- ⦿ 2. Ряды узловых швов
- ⦿ 3. лоскут неизмененной ткани



1— наложение непрерывного шва поверх зажима; 2 — шов затянут; б: 1 — погружение культи двенадцатиперстной кишки с помощью полукисетных швов; 2 — затягивание швов; 3 — перитонизация культи брюшиной, покрывающей поджелудочную железу; в — погружение культи двенадцатиперстной кишки по Мойнингену.

по Гофмейстеру-Финстереру

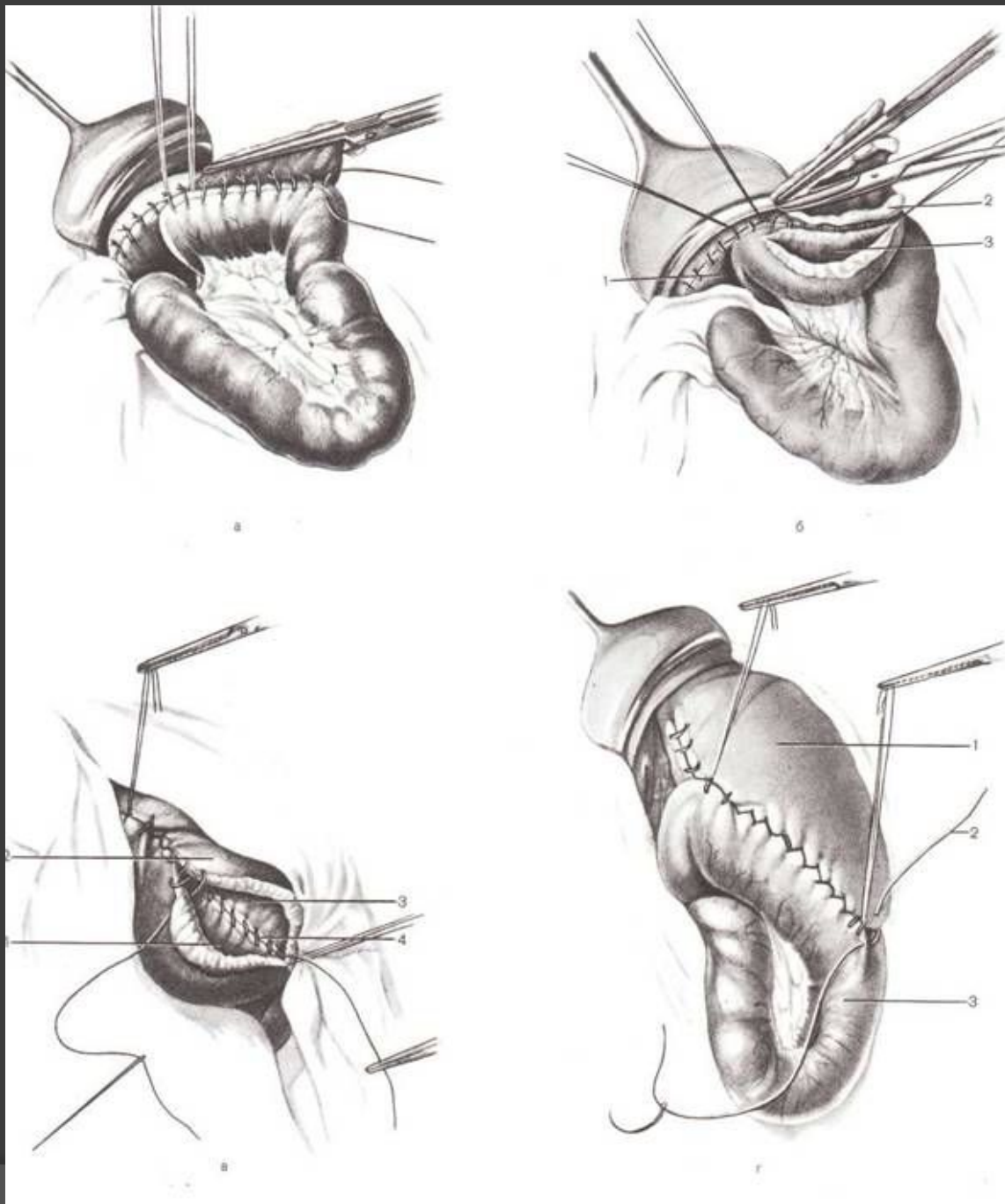
- ◎ Кольца двенадцатиперстной кишки ушиваются наглухо, анастомоз накладывается между кольцами желудка и тощей кишкой в изоперистальтическом направлении по типу "конец-в-бок".
- ◎ Петлю тощей кишки подводят к кольцу желудка позади поперечной ободочной кишки через отверстие в ее брыжейке.



а - отсечение желудка;

б - прошивание культи желудка в обратном направлении после снятия жома;

в - начало погружения культи желудка серозно-мышечными швами:



- а- вид культи желудка после подшивания к ней петли тощей кишки;
- б- вскрытие просвета желудка путем рассечения задней стенки его участка, бывшего в зажиме;
- в - сшивание передней стенки анастомоза;
- г - наложение второго этапа швов на переднюю стенку анастомоза.

Модификации Бильрот II

- ⦿ по Гофмейстеру-Финстереру
- ⦿ по Ру
- ⦿ по Бальфуру

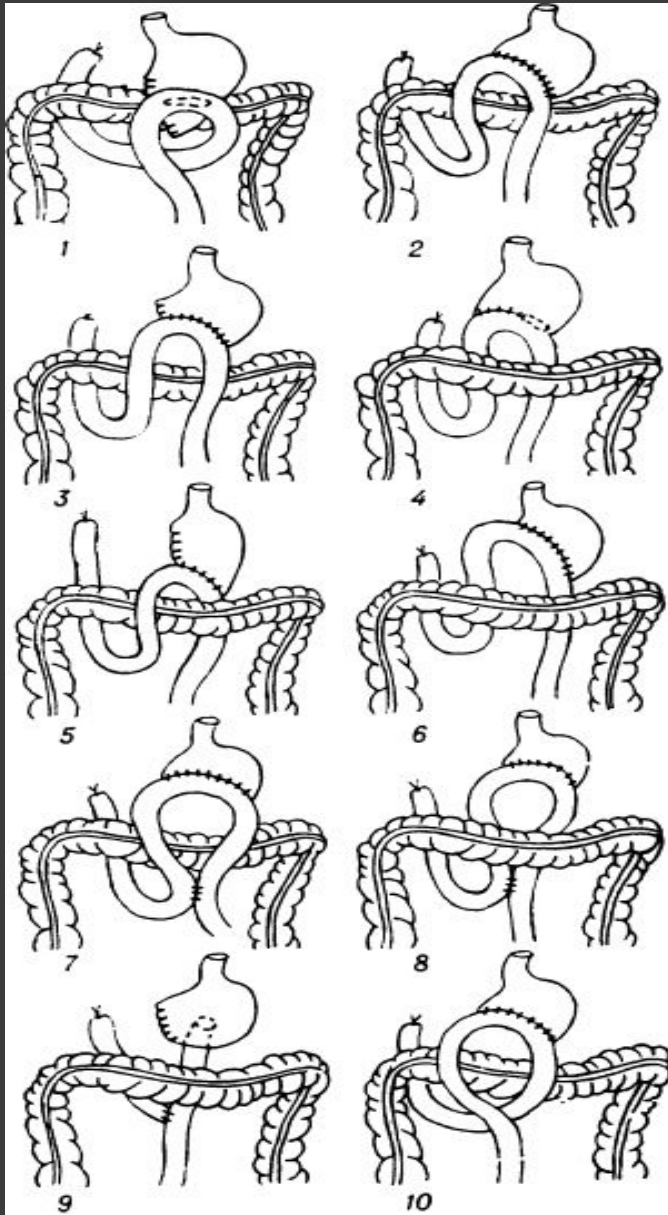


Рис. 4. Некоторые модификации резекции желудка по способу Бильрот-II:
1 — оригинальная Бильрота;
2 — Кренлейна;
3 — Эйзельсберга;
4 — Гофмейстера;
5 — Финстерера;
6 — Рейхеля и Поля;
7 — Бальфура;
8 — Рейхеля;
9 — Ру;
10 — Мойнихена.

Резекция желудка при злокачественных опухолях

- ⦿ Границы резекции определяют на расстоянии не менее 7 см от края опухоли
- ⦿ Удаляют большой и малый сальник, параортальный, поддиафрагмальные, в воротах печени и по ходу селезеночной артерии лимфатические узлы.
- ⦿ Наложение анастомозов производят по наиболее простой модификации анастомозов.

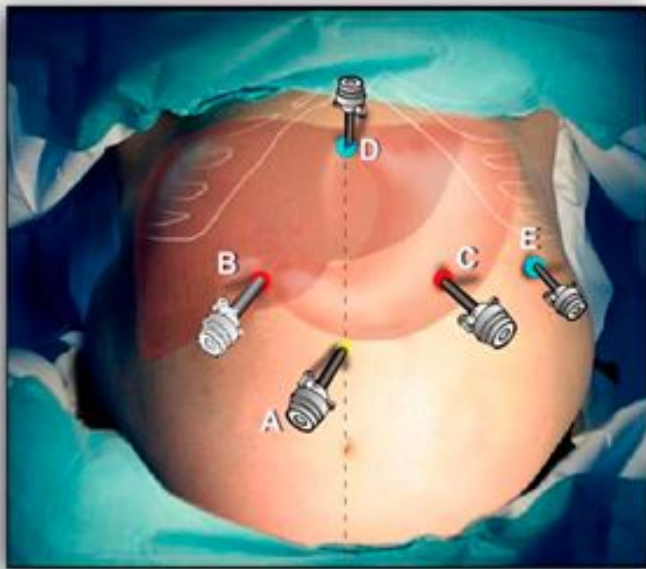


- MS'p - Middle supra-pancreatic nodes (celiac nodes)
- RS'p - Right supra-pancreatic nodes
- LS'p - Left supra-pancreatic nodes (pancreaticocolic nodes)
- S'pyl - Subpyloric nodes
- RGE - Right gastro-epiploic nodes
- ULG - Upper left gastric nodes
- P'c - Para-cardial nodes
- LLG - Lower left gastric nodes
- S - Splenic nodes
- LGE - Left gastro-epiploic nodes
- MR - Mesenteric root nodes

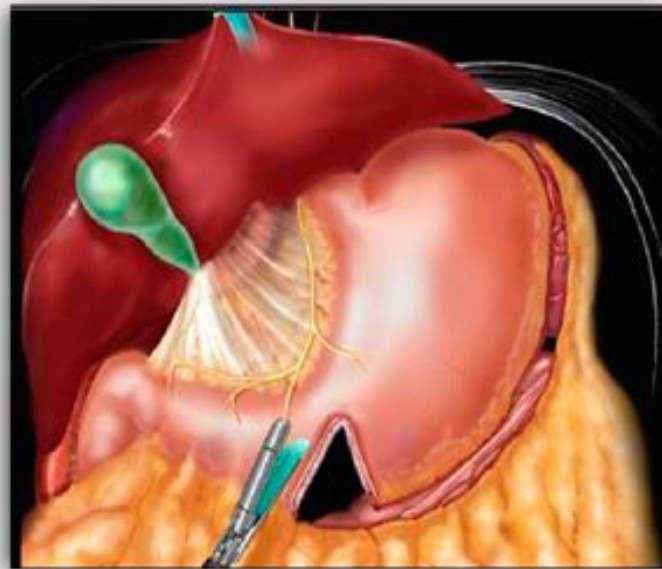
f. Netter M.D.

Рукавная гастрэктомия

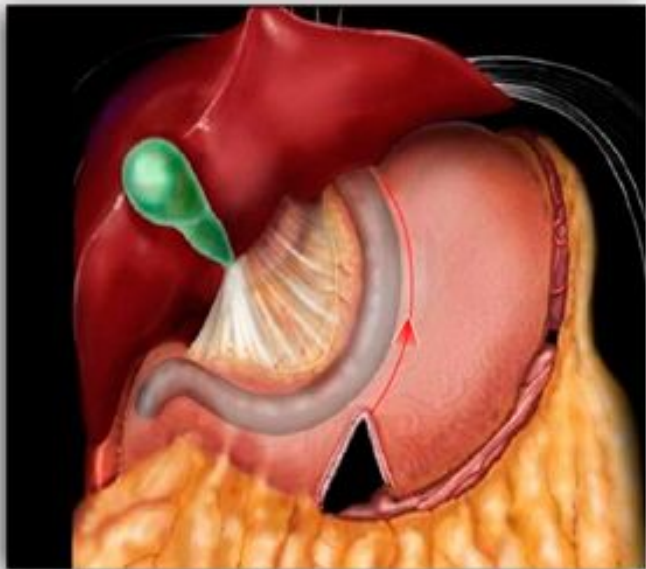
- один из методов бариатрической хирургии, который базируется на рестриктивном принципе.
- Цель: ограничение поступления пищи в организм за счёт сужения верхнего отдела ЖКТ. Эту операцию также называют **рукавной резекцией желудка** – заключающуюся в формировании узкого и длинного желудочного рукава с целью затруднения прохождения твёрдой пищи на протяжении участка от пищевода до конечного (антрального) отдела желудка.



a



б



в



г