

СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ
ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО И
ХРОНИЧЕСКОГО АППЕНДИЦИТА,
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДПК,
РАКА ЖЕЛУДКА

- Доступ при аппендэктомии. Как правило, используется косой переменный доступ Волковича—Дьяконова. Реже применяют параректальный разрез Леннандера. Косым разрезом длиной 9—10 см в правой паховой области послойно вскрывают переднюю стенку живота. Середина разреза должна проходить на границе средней и наружной третей линии, соединяющей переднюю верхнюю ость подвздошной кости с пупком (точка Мак Барни). Рассекают кожу, подкожную клетчатку и поверхностную фасцию. Обнажают апоневроз наружной косой мышцы живота и с помощью желобоватого зонда или изогнутыми ножницами отслаивают его от мышц и рассекают на всю длину кожной раны по направлению к верхнему, а затем к нижнему ее углу (в верхнем углу раны рассекают мышцу).

- С помощью тупоконечных ножниц тупо по ходу мышечных волокон расслаивают внутреннюю косую и поперечную мышцы живота. При этом края мышечной раны располагаются почти перпендикулярно краям кожного разреза. Поперечную фасцию живота рассекают, приподняв пинцетом. Брюшину поднимают в ране в виде конуса анатомическим пинцетом, проверяют, не захвачен ли какой-либо орган вместе с ней, и надсекают ее ножницами или скальпелем. Края брюшины захватывают зажимами Микулича, приподнимают и рассекают брюшину на всю длину раны.

- Этапы аппендэктомии. I — выведение слепой кишки и червеобразного отростка; II — перевязка брыжейки; III — отсечение отростка от брыжейки; IV — наложение кисетного шва вокруг основания отростка; V — перевязка червеобразного отростка кетгутовой лигатурой; VI — отсечение отростка, обработка его культи; VII — погружение культи отростка в кисетный шов; VIII — наложение Z-образного шва.

- Выведение слепой кишки при аппендэктомии. Отыскивают слепую кишку, ориентируясь по ее сероватому цвету, лентам, отсутствию брыжейки и сальниковых отростков со стороны правой боковой борозды. Захватывают слепую кишку пальцами с помощью марлевой салфетки, осторожно выводят ее вместе с червеобразным отростком из разреза, обкладывают марлевыми салфетками и приступают к той части операции, которая проводится вне брюшной полости.

- Отсечение брыжейки отростка при аппендэктомии. Захватывают зажимом брыжейку червеобразного отростка у его верхушки (в брыжейку можно ввести 15-20 мл 0,25% раствора новокаина). На брыжейку отростка накладывают кровоостанавливающие зажимы, брыжейку отсекают.

- Удаление отростка при аппендэктомии. Подтягивая мобилизованный отросток вверх с помощью зажима, наложенного на брыжейку у его верхушки, накладывают на стенку слепой кишки серозно-мышечный кисетный шов шелком или капроном вокруг основания червеобразного отростка. Шов не затягивают. В этом месте отросток пережимают кровоостанавливающим зажимом, затем зажим снимают и по образовавшейся бороздке перевязывают отросток кетгутом. Выше лигатуры, лежащей на основании отростка, накладывают кровоостанавливающий зажим и между ним и лигатурой отросток отсекают скальпелем и удаляют. Слизистую оболочку культи отростка обрабатывают спиртовым раствором йода, отсекают концы кетгутовой нити и с помощью ранее наложенного кисетного шва погружают культи в стенку слепой кишки. Удерживая концы затянутого кисетного шва, накладывают Z-образный шов и затягивают его после отсечения концов нити кисетного шва. Затем отсекают концы нитей Z-образного шва.

- Слепую кишку при аппендэктомии осторожно погружают в брюшную полость. Полость живота послойно закрывают. Париетальную брюшину зашивают непрерывным швом. Края мышц сближают 2—3 узловыми швами. Апоневроз наружной косой мышцы живота, а также кожу сшивают узловыми шелковыми швами.



- Самая распространенная операция при язвенной болезни – это резекция желудка. Она может проводиться как в экстренном порядке (при кровотечениях или прободении), так и в плановом (хронические длительно не заживающие, часто рецидивирующие язвы).
- Удаляется от 1/3 (при язвах, расположенных близко к выходному отделу) до 3/4 желудка. При подозрении на злокачественность может назначаться субтотальная и тотальная резекция (гастрэктомия).

- **Ход операции**
- ~~Операция проводится под общим эндотрахеальным наркозом.~~
- Разрез выполняется по средней линии от грудины до пупка. Хирург производит мобилизацию желудка, перевязку сосудов, идущих к удаляемой части. На границе удаления желудок прошивается или атравматичным швом или сшивающим аппаратом. Точно так же прошивается двенадцатиперстная кишка.
- Часть желудка отсекается и удаляется. Далее накладывается анастомоз (чаще всего «бок в бок») между оставшейся частью желудка и двенадцатиперстной кишкой, реже – тонкой кишкой. В брюшной полости оставляется дренаж (трубка), в желудке оставляется зонд. Рана ушивается.

- Лапароскопическая операция выполняется с помощью специального оборудования не через большой разрез брюшной стенки, а через несколько небольших проколов (для введения лапароскопа и троакаров для доступа инструментов).
- При этом этапы операции те же, что и при открытом доступе. Лапароскопия также требует общего наркоза. Прошивание стенок желудка и 12-перстной кишки при резекции проводится или обычным швом (что удлиняет операцию) или сшивающими аппаратами (по типу степлера), что дороже. После отсечения части желудка он удаляется. Для этого один из проколов в брюшной стенке расширяется до 3-4 см.

- При язве двенадцатиперстной кишки выполняются следующие операции.
- 1. Дистальная резекция не менее 2/3 желудка вместе с луковицей двенадцатиперстной кишки и дуоденальной язвой. При этом проксимальная часть желудка, как правило, анастомозируется с проксимальной петлей тощей кишки по способу Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера. Некоторые хирурги при анатомических возможностях и отсутствии дуоденостаза считают функционально более выгодным и в данном случае заканчивать резекцию гастродуоденоанастомозом по способу Бильрот-I. При дистальной резекции желудка удаляются антральный отдел (основной источник гастрин) и примерно половина тела желудка, слизистая оболочка которого содержит основную часть кислотопродуцирующих, т. е. париетальных (обкладонных) клеток. В большинстве случаев изъязвленная часть луковицы двенадцатиперстной кишки удаляется или же при формировании культи Двенадцатиперстной кишки оставляемое *in situ* дно язвы удаётся вывести за пределы просвета последней. Однако в ряде случаев попытка удаления этой части двенадцатиперстной кишки может быть неблагоразумной из-за опасности повреждения элементов гепатодуоденальной связки, поджелудочной железы, фатерова сосочка и трудностями закрытия слишком короткой кн. В таких ситуациях показана, прежде всего, ваготомия с дренирующей операцией, а также допустимо выполнение операции, которая называется «резекция на выключение» по Финстереру. При этом язву оставляют в культе двенадцатиперстной кишки, желудок пересекают на уровне антрума, иссекают слизистую оболочку антрального отдела до привратника и ушивают культю. Иссечение слизистой обязательно, так как удаляется источник продукции гастрин и потенциальная причина язвообразования в культе желудка и зоне анастомоза. Резекция на выключение обычно завершается по способу Гофмейстера-Финстерера. Язва, оставленная на месте, обычно быстро заживает. При кровоточащей язве двенадцатиперстной кишки «резекция на выключение» крайне нежелательна и, во всяком случае, должна сопровождаться ушиванием язвенного дефекта.

- 2. Органосохраняющие операции:
- а) стволовая (поддиафрагмальная) ваготомия с дренирующей желудок операцией состоит в пересечении или резекции 1-2 см каждого из блуждающих нервов выше отхождения от них печеночной и чревной ветвей. При стволовой ваготомии пересекаются все желудочные ветви блуждающих нервов, в том числе волокна нервов Латарже, что приводит к уменьшению секреторной и инкреторной функции желудка, стойкому пилороспазму, снижению моторной функции желудка и возникновению функциональных нарушений проходимости последнего, что требует обязательного сочетания ваготомии с дренирующей операцией. Кроме того, при стволовой ваготомии происходит нежелательная парасимпатическая денервация печени, желчных путей, поджелудочной железы и других брюшных органов. Поэтому стволовая ваготомия с дренирующей желудок операцией применяется преимущественно в неотложной хирургии (перфоративная язва или кровотечение);

- б) селективная ваготомия заключается в пересечении каждого блуждающего нерва дистальнее отхождения печеночной и чревной ветвей. Теоретически эта операция имеет преимущества перед стволовой ваготомией, так как наступает парасимпатическая денервация только желудка и сохраняется иннервация других внутренних органов, однако клинически ее преимущества не доказаны;

- в) селективная проксимальная ваготомия состоит в пересечении проксимальных ветвей блуждающих нервов, иннервирующих тело и свод желудка непосредственно у их вхождения в стенку последнего. Она обеспечивает денервацию всех кислото- В пепсинопродуцирующих полей желудка при сохранении иннервации пилорического жома и его функции за счет нервов Датарже. В связи с этим дренирующая желудок операция, как правило, не требуется;

- г) стволовая ваготомия с антрумэктомией (экономная резекция) состоит в резекции дистальной части желудка (антрума), являющегося источником гастрина, и денервации оставшейся части желудка. Эта операция может быть выполнена по способу Бильрот-I, Бильрот-II или путем наложения гастроеюноанастомоза по Ру.

- При пилоропластике по Гейнеке-Микуличу производится продольный разрез передней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки с пересечением пилорического жома длиной около 8 см и последующим сшиванием краев разреза в поперечном направлении. Этот метод показан при отсутствии грубых морфологических изменений в области двенадцатиперстной кишки.

- При пилоропластике по Финнею переднюю стенку желудка и двенадцатиперстной кишки рассекают непрерывным дугообразным разрезом. Затем накладывается анастомоз по способу «бок в бок» между препидорической частью желудка и начальным сегментом двенадцатиперстной кишки.

- При гастродуоденоанастомозе по Жабуле производятся продольные разрезы на желудке и двенадцатиперстной кишке без рассечения пилоруса и между ними формируется боковой анастомоз. Пилоропластика по Финнею или Жабуле показана преимущественно при рубцово-язвенном пилородуоденальном стенозе двенадцатиперстной кишки.

- При гастроэнтероанастомозе накладывається соустье между Желудком и тощей кишкой позади ободочной кишки. Эта дренирующая операция показана при выраженной деформации, воспалительной инфильтрации двенадцатиперстной кишки и при низко расположенной язве.
- При субтотальной дистальной резекции желудка операцию завершают формированием гастроеюнального анастомоза по способу Бильрот-II с энтероэнтероанастомозом между приводящей и отводящей петлями по Брауну для профилактики рефлюкс-гастрита. С этой же целью в последнее время многие хирурги отдают предпочтение гастроеюнальному анастомозу на выключенной по Ру петле тощей кишки. Завершение резекции по методу Бильрот-I многие хирурги считают менее выгодным из-за быстрого нарушения проходимости анастомоза в случае рецидива опухолевого процесса.

- При субтотальной проксимальной резекции анастомоз накладывают между пищеводом и оставшейся частью желудка. В связи со стволовой ваготомией и возможным пилороспазмом рекомендуется дополнительно производить пилоропластику по Гейнеке-Микуличу. После гастрэктомии восстановление пассажа пищи достигается путем формирования: 1) эзофагоэюноанастомоза с энтероэнтероанастомозом по Брауну; 2) эзофагоэюноанастомоза с выключенной по Ру петлей, что уменьшает вероятность развития рефлюкс-эзофагита; 3) эзофагодуденоэюнопластики с помощью вставки из сегмента тощей кишки между нитеводом и двенадцатиперстной кишкой по типу операции Захарова. Эта операция обеспечивает пассаж пищи по двенадцатиперстной кишке, но технически более сложна.

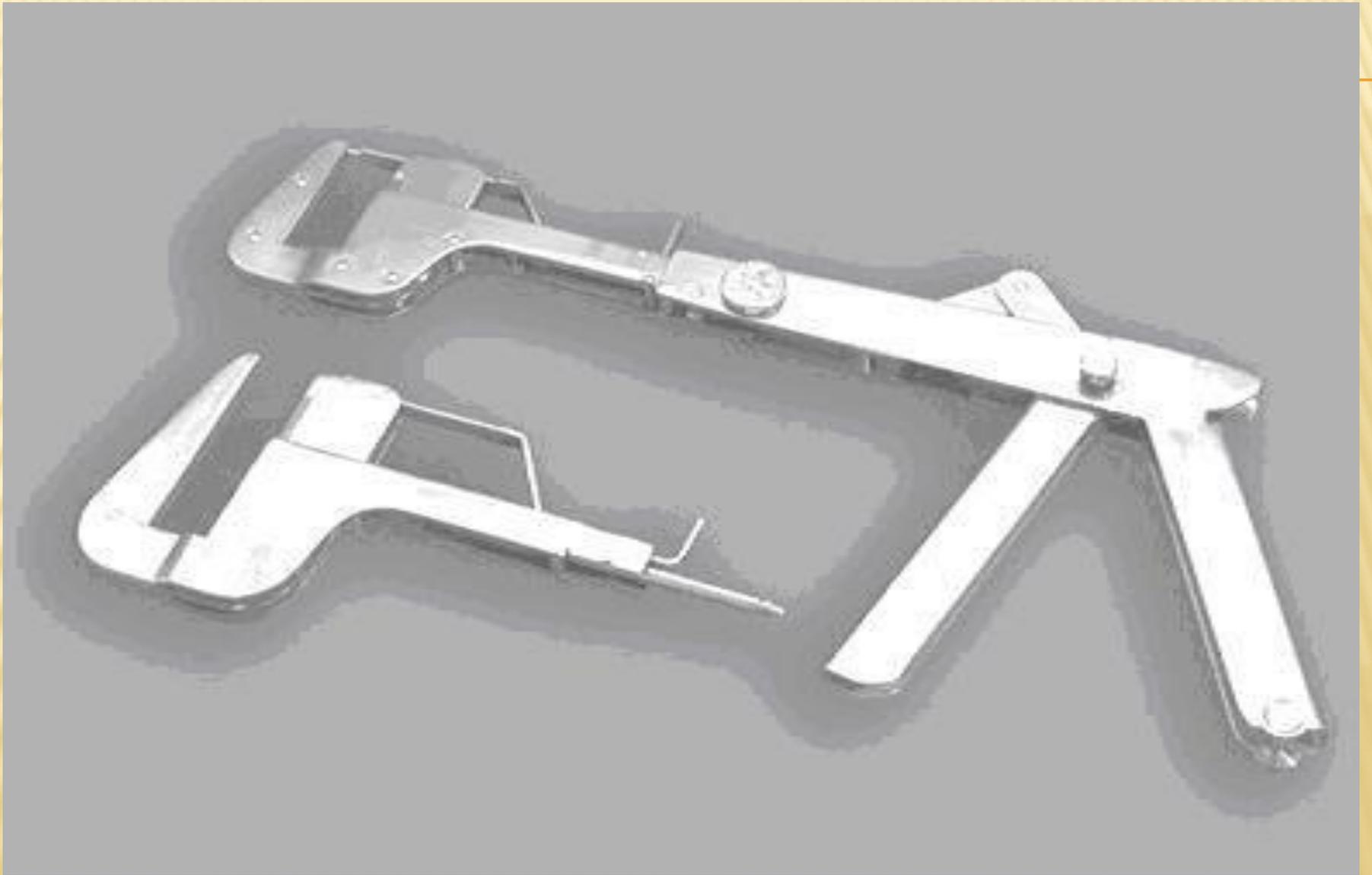
- Набор хирургических инструментов для резекции желудка

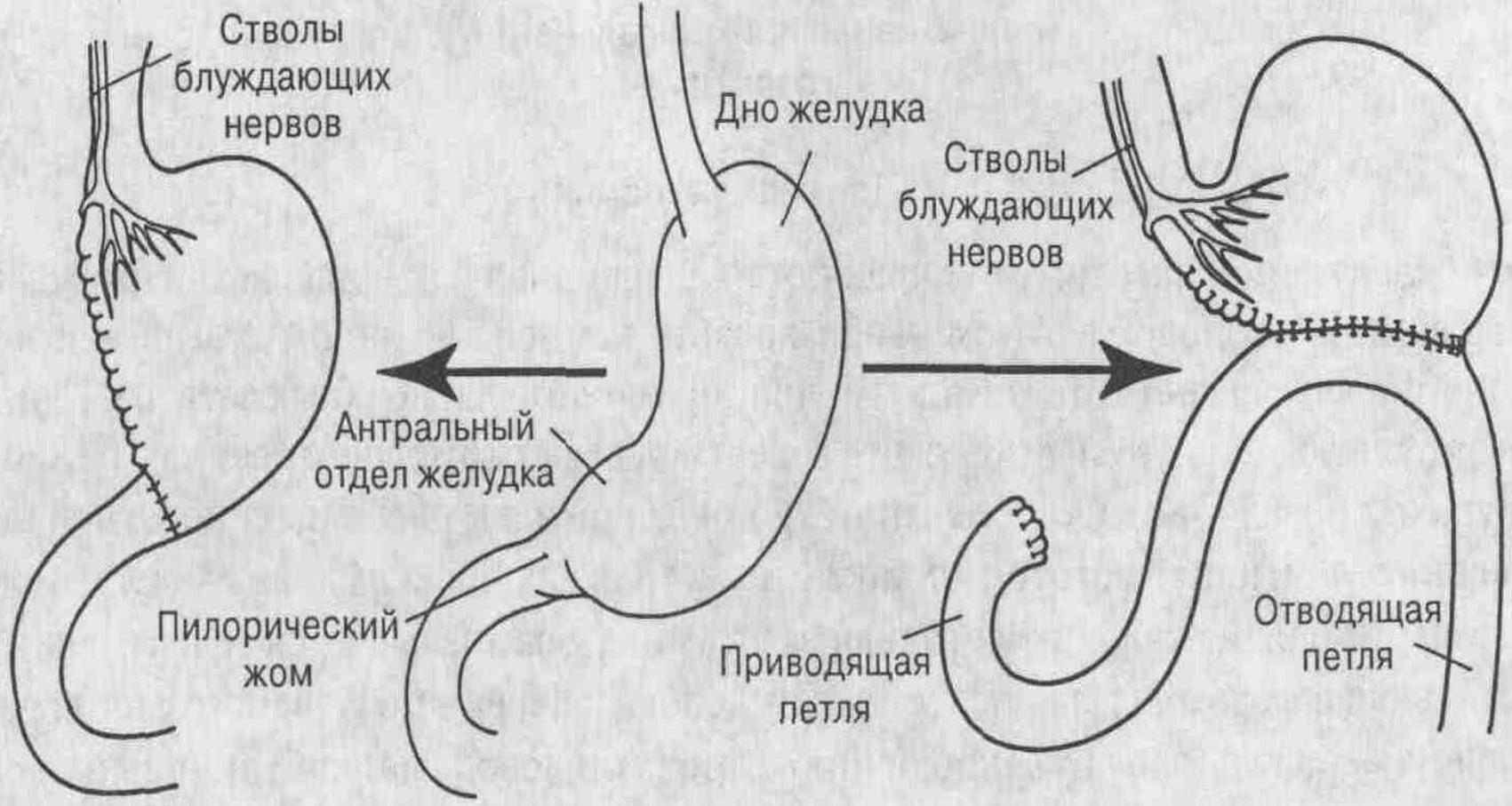
- Рисунок . Рычажный ушиватель желудка.

- Рисунок . Зажим Лане желудочный –кишечный, двойной.

- Применяется при перфоративной и обычной язве желудка и 12 – перстной кишки, при ранении желудка, опухолях желудка. Инструменты: 1. Расширенный общий набор для лапаротомии 2. Жомы 3. Печеночные зеркала 4. Зажим Федорова, лигатурный диссектор 5. Окончатые зажимы



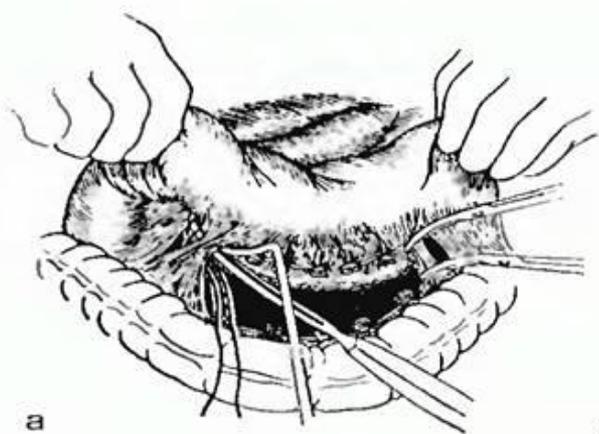




Резекция желудка по Бильрот-I

С-петля (подкова) двенадцатиперстной кишки

Резекция желудка по Бильрот-II



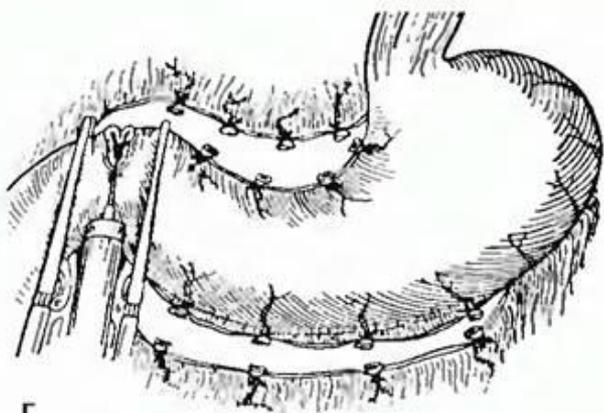
а



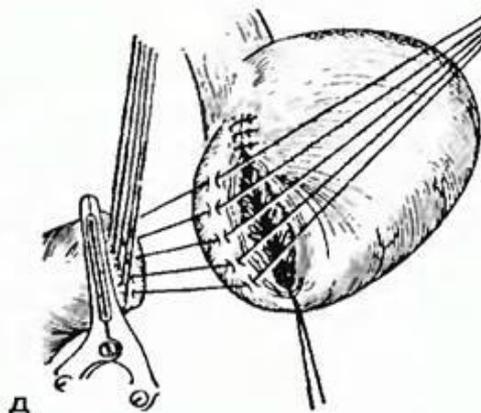
б



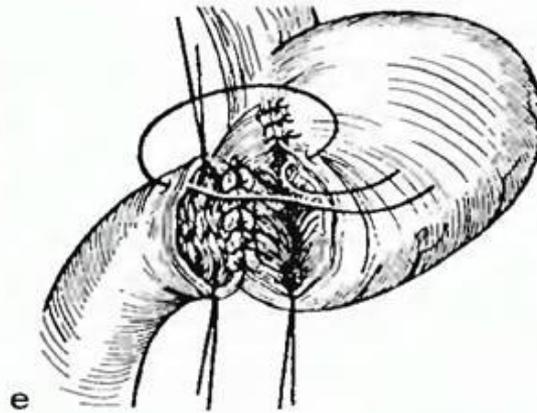
в



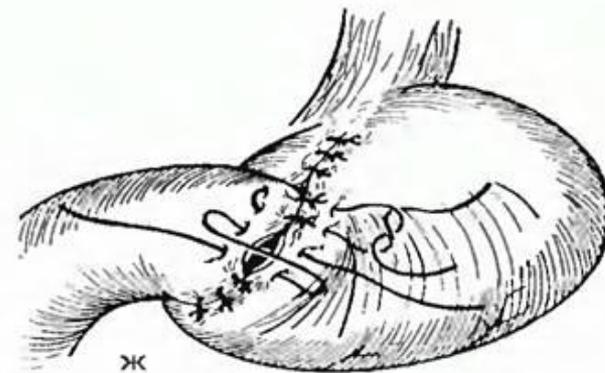
г



д



е



ж

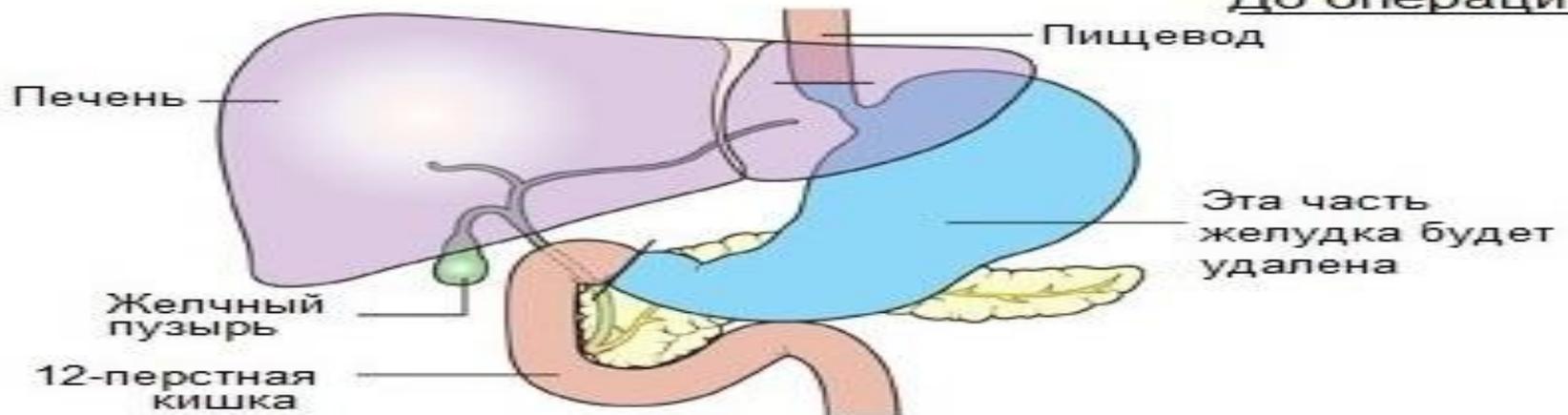
204. Резекция желудка по способу Бильрот-I.

а — мобилизация желудка и перевязка ветвей желудочно-сальниковых артерий; б — мобилизация малой кривизны желудка; в — левые желудочные сосуды перевязаны и пересечены; перевязка боковой ветви левой желудочной артерии; г — пересечение двенадцатиперстной кишки; д — подготовка культи желудка и двенадцатиперстной кишки к наложению анастомоза; е — начало наложения первого ряда швов на переднюю стенку анастомоза; ж — завершающий этап формирования анастомоза.



Операция по удалению желудка при раке

До операции



После операции

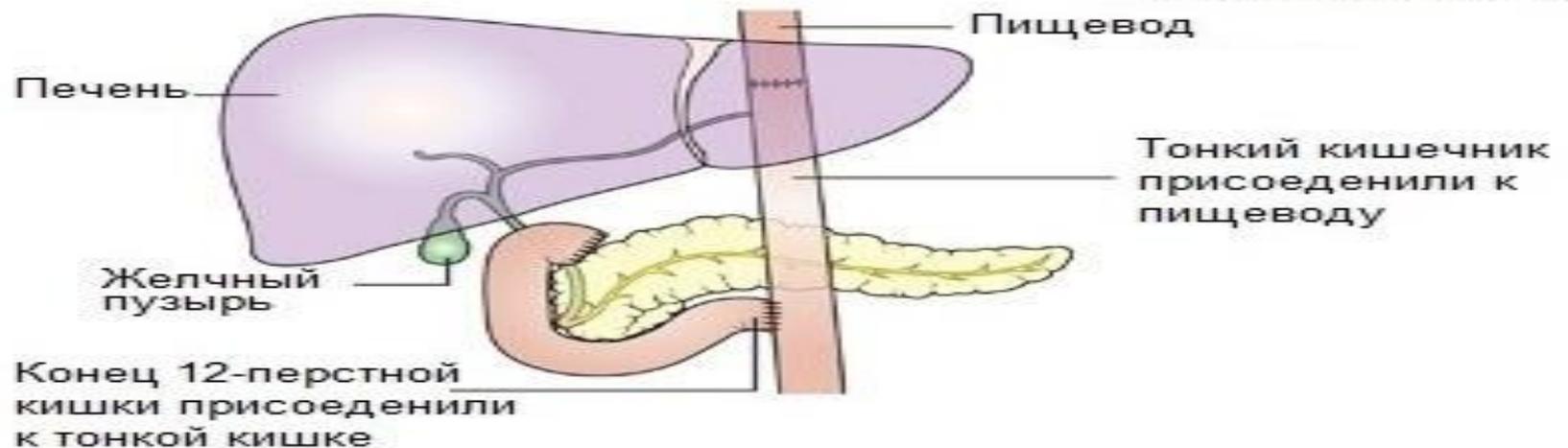
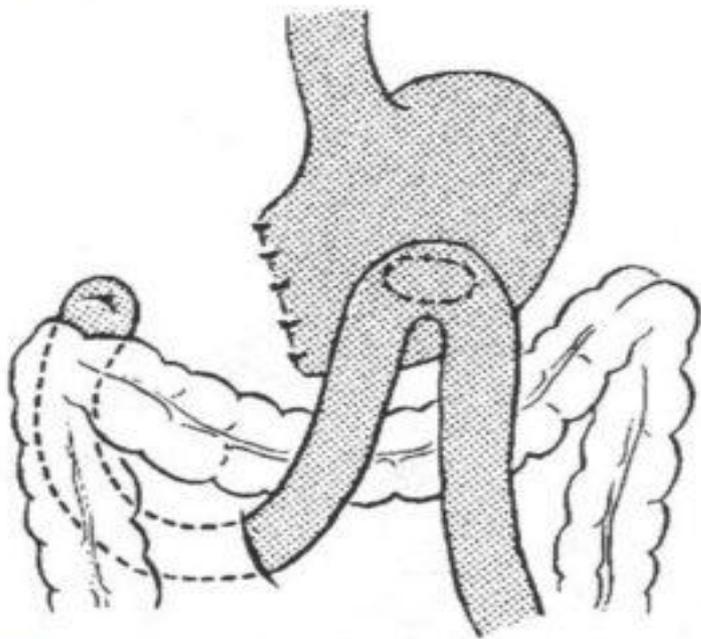
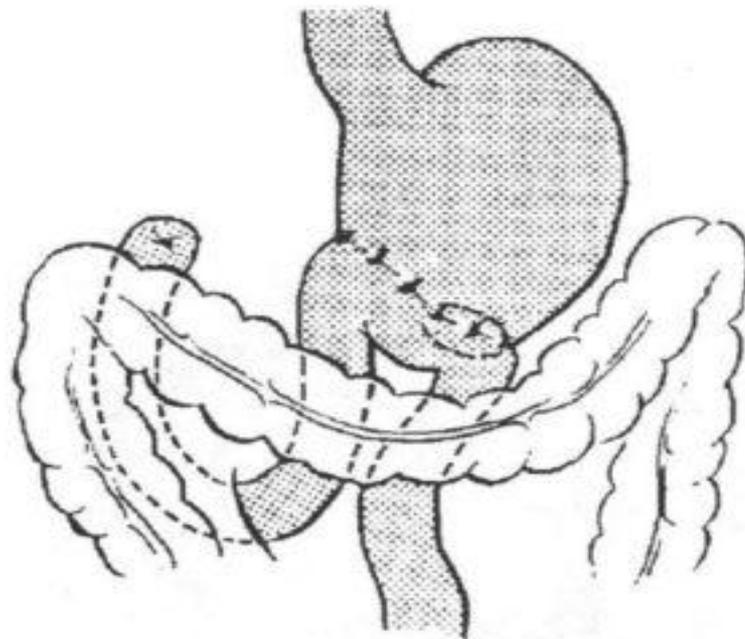


Diagram showing how the oesophagus, duodenum and small bowel are reconnected after Roux-en-y surgery for stomach cancer
Copyright © CancerHelp UK

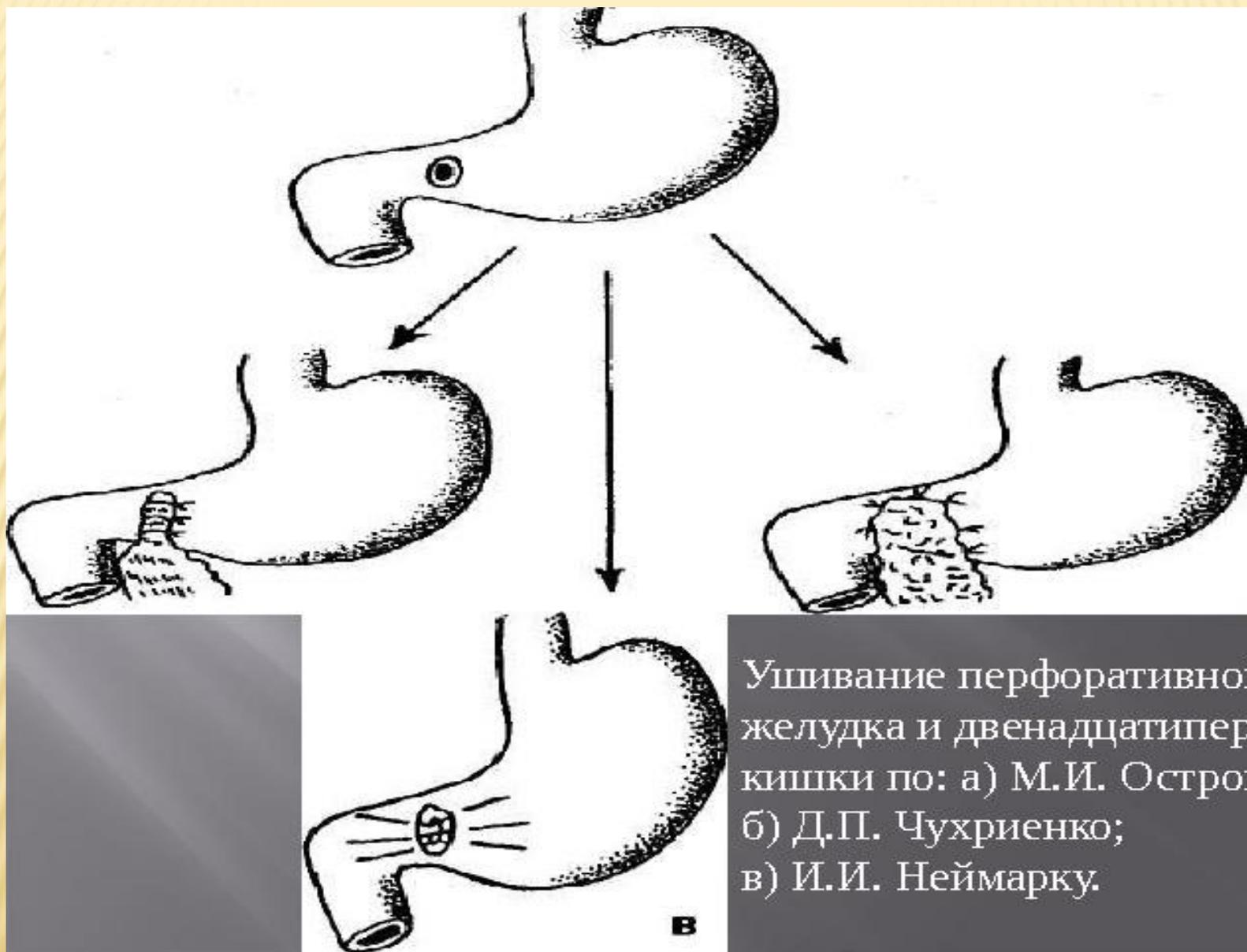
Резекция желудка



Бильрот-II



**По Гофмейстеру-
Финстереру**



Ушивание перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки по: а) М.И. Островскому; б) Д.П. Чухриенко; в) И.И. Неймарку.

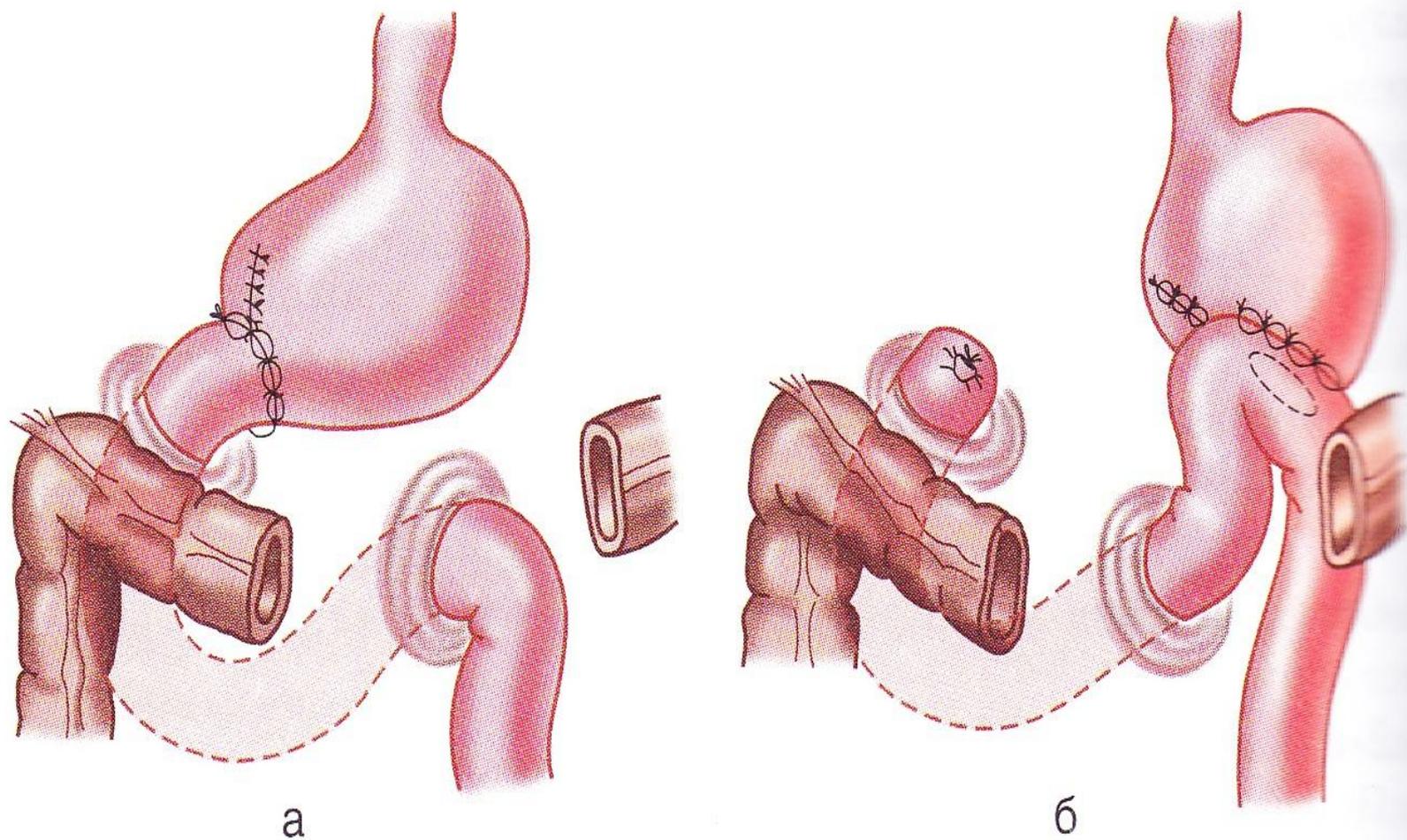


Рис. 20.9. Схемы резекций желудка по Бильроту I (а) и Бильроту II (б)

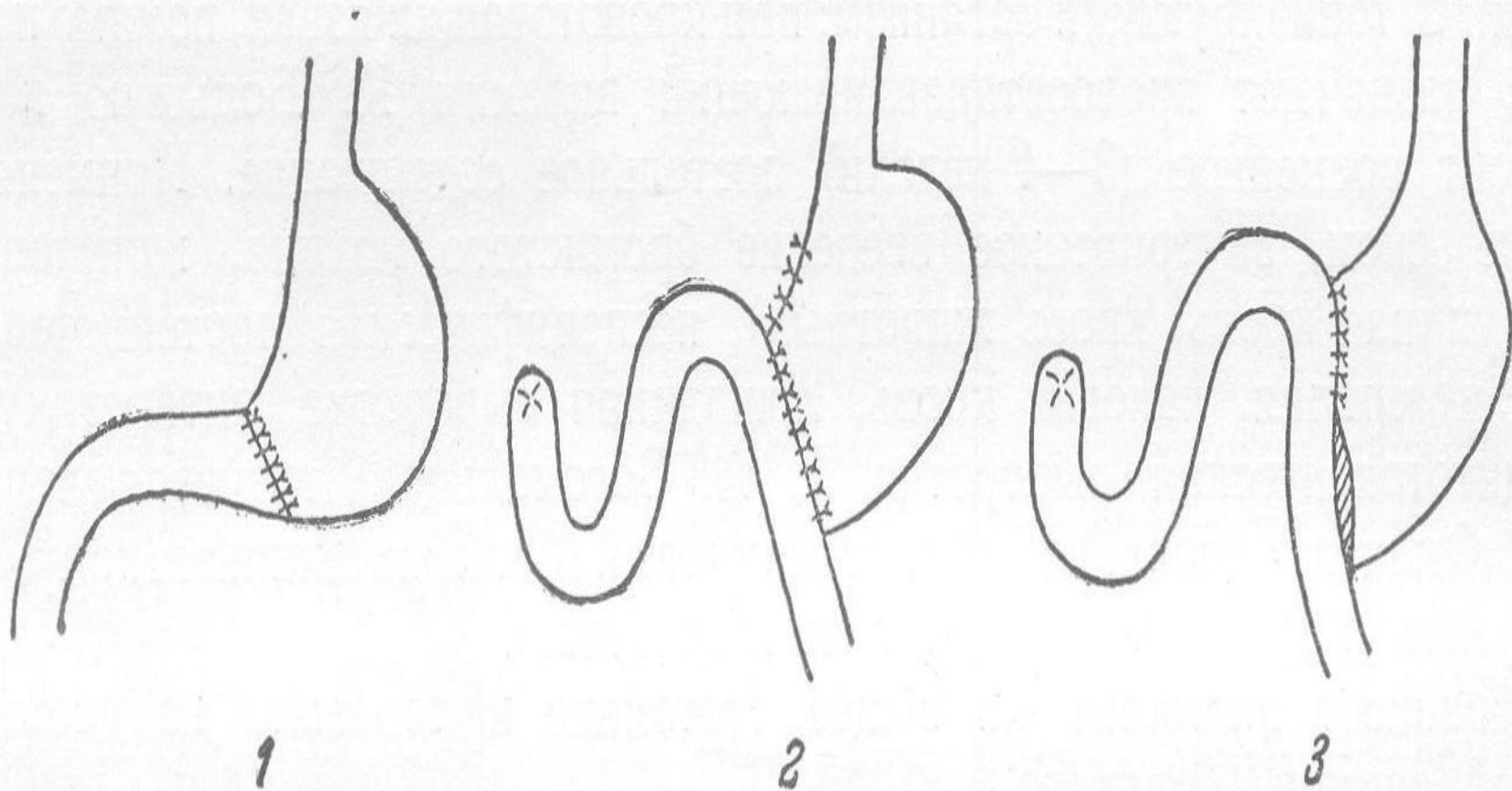


Рис. 154. Схемы видов резекции желудка.
1—Бильрот I; 2—Бильрот II; 3—Гофмайстер-Финстерлер.