

ОПЕРАЦИИ НА ЖЕЛУДКЕ: РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ГАСТРЭКТОМИЯ

УО «ГоГМК»

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПЕРЕПОДГОТОВКИ
ПО КВАЛИФИКАЦИИ: ОПЕРАЦИОННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА
ДИСЦИПЛИНА «ЧАСТНАЯ ХИРУРГИЯ»

ЛЕКЦИЯ №13

2015 г.

Подготовил Санец И.А.

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА

Показания к резекции желудка:

- Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки;
- Доброкачественные и злокачественные опухоли желудка.

Жизненные показания:

- Перфорация,
- Кровотечение тяжелой степени,
- Первый рецидив кровотечения.

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА

Абсолютные показания к резекции желудка:

- ⦿ Подозрение на малигнизацию язвы;
- ⦿ Суб- и декомпенсированный стеноз;
- ⦿ Повторное кровотечение;
- ⦿ Пенетрирующие язвы;
- ⦿ Каллезные язвы.

Относительные показания к резекции желудка :

- ⦿ Язвы желудка, рецидивирующие более двух лет.

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА

Виды резекции желудка по объему удаляемой части:

- экономные резекции: удаление от трети до половины желудка;
- обширные (типичные): удаление двух третей желудка;
- субтотальные: удаление 4/5 объема желудка;
- тотально-субтотальные: удаление 90 % объема удаляемого органа;
- гастрэктомия.

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА

**Виды резекции желудка
по расположению удаляемой части:**

- ◎ Пилороантральная резекция желудка;
- ◎ антрумэктомия;
- ◎ дистальная резекция желудка;
- ◎ проксимальная резекция желудка: удаление кардиальной части;
- ◎ частичная: удаление только пораженной части;
- ◎ циркулярная резекция желудка;
- ◎ клиновидная резекция желудка.

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА

**Виды резекции желудка
по способу восстановления проходимости
пищеварительного тракта:**

- ⊙ Резекция по ***Бильрот-1***: культя желудка и двенадцатиперстной кишки соединяют с помощью соустья “конец в конец”;
- ⊙ Резекция по ***Бильрот-2***: культя желудка и двенадцатиперстной кишки зашивают, а между желудком и тощей кишкой образуют гастроэнтероанастомоз по типу “бок в бок»; модификации Гофмейстера-Финстерера, Ру.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА

- ◎ **Общегигиенические процедуры.**
- ◎ **Бритье операционного поля (от линии сосков до лобка).**
- ◎ **Зонд желудок.**
- ◎ **Катетер в мочевой пузырь.**
- ◎ **Инфузионная терапия (по показаниям).**
- ◎ **Профилактика тромбоэмболических осложнений (эластическое бинтование ног, подкожное введение низкомолекулярных гепаринов).**

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА ПАЦИЕНТА

- ◎ **Профилактика гнойно-септических осложнений** (в/м введение перед или во время операции цефалоспоринов II-III).
- ◎ **Премедикация** (в/м введение за 30 мин до операции Атропина, Димедрола, по показаниям - Промедола и Диазепама)
- ◎ **Обработка кожи операционного поля** (трижды обрабатывают кожу йодонатом).
- ◎ **Отграничение операционного поля** (с четырех сторон стерильным бельем).

НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ

- ◎ Скальпели: брюшистые и остроконечные;
- ◎ ножницы: прямые и длинные изогнутые;
- ◎ длинные зажимы Бильрота (Шамли);
- ◎ зажимы типа «москит»;
- ◎ зажимы Кохера;
- ◎ зажимы Микулича: прямые и изогнутые;
- ◎ зажим Федорова изогнутый;
- ◎ кишечные жомы мягкие и раздавливающие;
- ◎ желудочный раздавливающий жом Пайра;
- ◎ пинцеты: хирургические и анатомические;

НАБОР ИНСТРУМЕНТОВ

- ⦿ крючки пластинчатые Фарабефа;
- ⦿ брюшное зеркало (угловое и С-образное);
- ⦿ печеночные зеркало;
- ⦿ ранорасширитель Госсе или Микулича;
- ⦿ хирургические иглы колющие и режущие;
- ⦿ иглодержатели Гегара;
- ⦿ Аппараты для механического шва (для наложения анастомозов на пищеводе, желудке, кишечнике);
- ⦿ цапки бельевые;
- ⦿ корнцанги.

ХОД ОПЕРАЦИИ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-1

Положение пациента: на спине с валиком ниже угла лопаток.

Обезболивание: эндотрахеальный наркоз.

1. Доступ: верхняя срединная лапаротомия с обходом пупка слева.

2. Ревизия органов брюшной полости.

- Хирургу - салфетку для фиксации желудка, ассистенту - печеночное зеркало.
- По заведенным в брюшную полость зеркалам вводят большие тампоны.

ХОД ОПЕРАЦИИ

3. Мобилизация желудка.

- ⦿ Пересечение желудочно-ободочной связки: в бессосудистой зоне средней трети связки делают окно остроконечным зажимом, затем вверх и вниз поэтапно берут на зажимы Бильрота, пересекают и перевязывают ветви желудочно-сальниковой артерии.
- ⦿ Мобилизация малой кривизны: изогнутым зажимом делают отверстие в малом сальнике, через которое проводится марлевая или резиновая держалка.
- ⦿ Особое внимание уделяется перевязке левой желудочной артерии - перевязывается дважды.
- ⦿ Двенадцатиперстная кишка выделяется на 2,5-3 см ниже привратника.

ХОД ОПЕРАЦИИ

4. Резекция желудка.

- ⦿ На дистальную часть желудка накладывают два зажима Кохера или зажим Кохера и раздавливающий жом Пайра,
- ⦿ Рассекают ткани между зажимами, края среза культи обрабатывают спиртовым раствором йода, обворачивают марлевыми салфетками.
- ⦿ На проксимальную часть желудка со стороны большой и малой кривизны накладывают два зажима Кохера навстречу друг другу и между ними раздавливающий жом Пайра.
- ⦿ Желудок отсекается ниже жома Пайра, край среза культи желудка обрабатывается йодом, отсеченная часть и скальпель сбрасываются в таз.

ХОД ОПЕРАЦИИ

4. Резекция желудка, обработка малой кривизны.

- ⦿ Культу желудка под жомом и зажимом Кохера со стороны малой кривизны зашивают непрерывным гемостатическим швом. Инструменты снимают. Накладывают второй ряд швов - серозно-мышечных, нити крайних швов не срезают а берут на держалки.

5. Наложение желудочно-кишечного анастомоза.

- ⦿ На стенки культи желудка и двенадцатиперстной кишки накладывают швы-держалки, берут их на зажимы.
- ⦿ На задние стенки желудка и кишки накладывают первый ряд серозно-мышечных швов на расстоянии 1 см от зажимов.

ХОД ОПЕРАЦИИ

5. Наложение желудочно-кишечного анастомоза.

- ⦿ Обкладывают культю желудка и двенадцатиперстной кишки салфетками. Снимают зажимы Кохера. Содержимое просвета удаляют электроотсосом.
- ⦿ На задние стенки желудка и кишки накладывают второй ряд сквозных швов.
- ⦿ Формируют переднюю стенку анастомоза двухрядным швом.
- ⦿ Желудочный зонд проводят ниже уровня швов.
- ⦿ Перед наложением второго ряда швов на переднюю стенку меняют перчатки, обкладочный материал и инструмент.

ХОД ОПЕРАЦИИ

6. Завершение операции.

- ⦿ Ревизия и туалет брюшной полости.
- ⦿ Контроль гемостаза.
- ⦿ Подсчет салфеток и инструментов.
- ⦿ Послойное зашивание раны брюшной стенки.
- ⦿ Дренажи, если не было загрязнения брюшной полости, не ставятся.

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПО БИЛЬРОТ-2

Отличия от резекции по Бильрот-1:

- ⦿ Культи двенадцатиперстной кишки зашивается наглухо двухрядным швом.
- ⦿ Через сформированное в брыжейке поперечноободочной кишки окно подводят к передней стенке культи желудка петлю тощей кишки и накладывают желудочно-кишечный анастомоз по типу «бок в бок».

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

- ⦿ Адекватное обезболивание.
- ⦿ Антибиотикотерапия.
- ⦿ Профилактика тромбоэмболических осложнений (эластичное бинтование ног, подкожное введение гепаринов).
- ⦿ Ранняя активизация пациентов (лечебная физкультура, дыхательная гимнастика).
- ⦿ Пить дают со второго дня, жидкую пищу - с 3-4-го дня, после удаления зонда.

ЭТАПЫ ГАСТРЭКТОМИИ

Положение пациента: на спине с валиком ниже угла лопаток.

Обезболивание: эндотрахеальный наркоз.

1. Доступ: верхняя срединная лапаротомия с обходом пупка слева.

2. Ревизия органов брюшной полости.

3. Мобилизация желудка.

Проводят по тем же принципам, что и при резекции желудка, но более широко.

4. Пересечение двенадцатиперстной кишки и ушивание её культи.

ЭТАПЫ ГАСТРЭКТОМИИ

5. Мобилизация левой доли печени, пересечение ветвей блуждающего нерва: используются длинные брюшные зеркала, печеночное зеркало, длинные зажимы Бильрота и длинные изогнутые ножницы.

6. Подготовка петли тонкой кишки: ножницами в брыжейке толстой кишки делается окно.

7. Пересечение пищевода

производят между мягким изогнутым зажимом и зажимом Федорова.

ЭТАПЫ ГАСТРЭКТОМИИ

8. Наложение пищеводно-кишечного соустья: двухрядный шов.

9. Наложение межкишечного соустья: по типу «конец в бок».

10. Фиксация петель тонкой кишки в окне брыжейки толстой кишки.

11. Туалет брюшной полости, ушивание раны брюшной стенки.