

Операции на желудке

Виды операций

1. Гастротомия
2. Пилоротомия
3. Гастростомия
4. Гастроэнтеростомия
5. Резекция желудка

ГАСТРОТОМИЯ - операция вскрытия полости желудка.

ГАСТРОСТОМИЯ - операция создания наружного свища желудка с целью искусственного кормления больного.

- а) Гаст. ПО ВИТЦЕЛЮ - Гаст. с помощью резиновой трубки, вшиваемой в переднюю стенку желудка с образованием канала, в конце которого трубка вводится в полость желудка; другой конец трубки выводят наружу, желудок подшивают к передней брюшной стенке.
- б) Г. ПО КАДЕРУ - Г. путем введения в полость желудка резиновой трубки перпендикулярно передней стенке и фиксации её к стенке желудка двумя-тремя концентрически наложенными кисетными швами, создающими вокруг трубки канал, выстланный серозной оболочкой желудка.
- в) Г. ПО ТОПРОВЕРУ - Г., при которой переднюю стенку желудка выводят в рану в виде конуса, на него накладывают несколько кисетных швов и затягивают их вокруг резиновой трубки, введенной в желудок через вскрытую верхушку конуса, затем края раны желудка подшивают к коже, а трубку извлекают.

ГАСТРОЭНТЕРОСТОМИЯ - операция наложения анастомоза между желудком и тонкой кишкой.

а)Г. ПЕРЕДНЯЯ - Г., при которой анастомоз с тощей кишкой накладывается на передней стенке желудка, кпереди от поперечной ободочной кишки.

б)Г. ЗАДНЯЯ - Г., при которой анастомоз с тощей кишкой накладывается на задней стенке желудка позади поперечной ободочной кишки, через отверстие в её брыжейке.

в)Г. ПО ВЕЛЬФЛЕРУ - передняя гастроэнтеростомия с вертикальным расположением гастроэнтероанастомоза на стенке желудка.

г)Г. ПО ВЕЛЬФЛЕРУ - передняя гастроэнтеростомия с вертикальным расположением гастроэн-тероанастомоза на стенке желудка.

д)Г. ПО ГАККЕРУ-ПЕТЕРСЕНУ - задняя гастроэнтеростомия с вертикальным расположением гаетроэнтероанастомоза на стенке желудка.

ВИДЫ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА

Пилороантральная резекция

Резекция $2/3$ желудка

Резекция $3/4$ желудка

Субтотальная резекция

РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА - операция удаления части желудка с формированием желудочно-кишечного соустья.

- **Р.Ж. ПО БИЛЬРОТ I** - резекция, при которой накладывают анастомоз между культей желудка и двенадцатиперстной кишкой по типу "конец в конец".
- **Р.Ж. ПО БИЛЬРОТ II** - резекция, при которой культю желудка и двенадцатиперстной кишки ушивают наглухо, а желудочно-кишечный анастомоз накладывают на передней стенке желудка с петлей тонкой кишки по типу "бок в бок".
- **Р.Ж. ПО ГОФМЕЙСТЕРУ-ФИНСТЕРЕРУ** - модификация Р.ж. по Бильрот II по которой ушивают $2/3$ культи желудка от малой кривизны, последнюю погружают в просвет желудка, оставшуюся часть культи анастомозируют по типу "конец в бок" с короткой петлей тощей кишки, приводящий отрезок которой фиксируют к зашитой части культи желудка.

ВАГОТОМИЯ - операция пересечения блуждающих нервов или их отдельных ветвей, применяемая для лечения язвенной болезни.

В. СТВОЛОВАЯ - В., при которой пересекаются стволы блуждающих нервов над диафрагмой до их разветвления.

В. СЕЛЕКТИВНАЯ - В., при которой пересекаются желудочные ветви блуждающего нерва при сохранении ветвей к печени и чревному сплетению. **В. СЕЛЕКТИВНАЯ ПРОКСИМАЛЬНАЯ** - В., при которой пересекаются ветви блуждающего нерва только к верхним отделам желудка.

ГАСТРЭКТОМИЯ - операция полного удаления желудка с наложением анастомоза между пищеводом и тощей кишкой.

ГАСТРОПЛАСТИКА - аутопластическая операция замещения желудка сегментом тонкой или толстой кишки.

Р. ЖЕЛУДКА ПИЛРОАНТРАЛЬНАЯ - Р.ж., при которой удаляют привратниковую -часть желудка.

Р. ЖЕЛУДКА СУБТОТАЛЬНАЯ - Р.ж., при которой оставляют только его кардиальную часть и дно.

ПИЛРОТОМИЯ ПО ФРЕДЕ-РАМШТЕДТУ (син. экстрамукозная пилоропластика) - операция продольного рассечения серозно-мышечного слоя привратника без разреза слизистой оболочки.

ПИЛРОПЛАСТИКА ПО ГЕЙНЕКЕ-МИКУЛИЧУ - операция продольного рассечения сфинктера привратника без вскрытия слизистой оболочки с последующим сшиванием серозной оболочки в поперечном направлении.

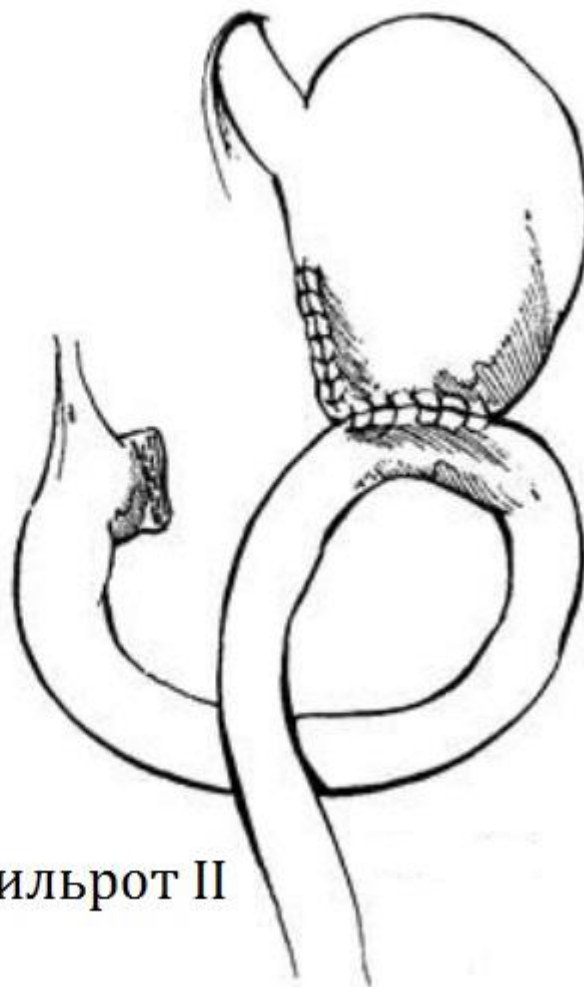
Грязные этапы операции на желудке — когда вскрывается просвет полого органа (желудок, кишка).

Чистые этапы — до вскрытия просвета полого органа и после закрытия раневых дефектов желудка и кишки. После закрытия дефекта — смена перчаток и обкладочных салфеток.

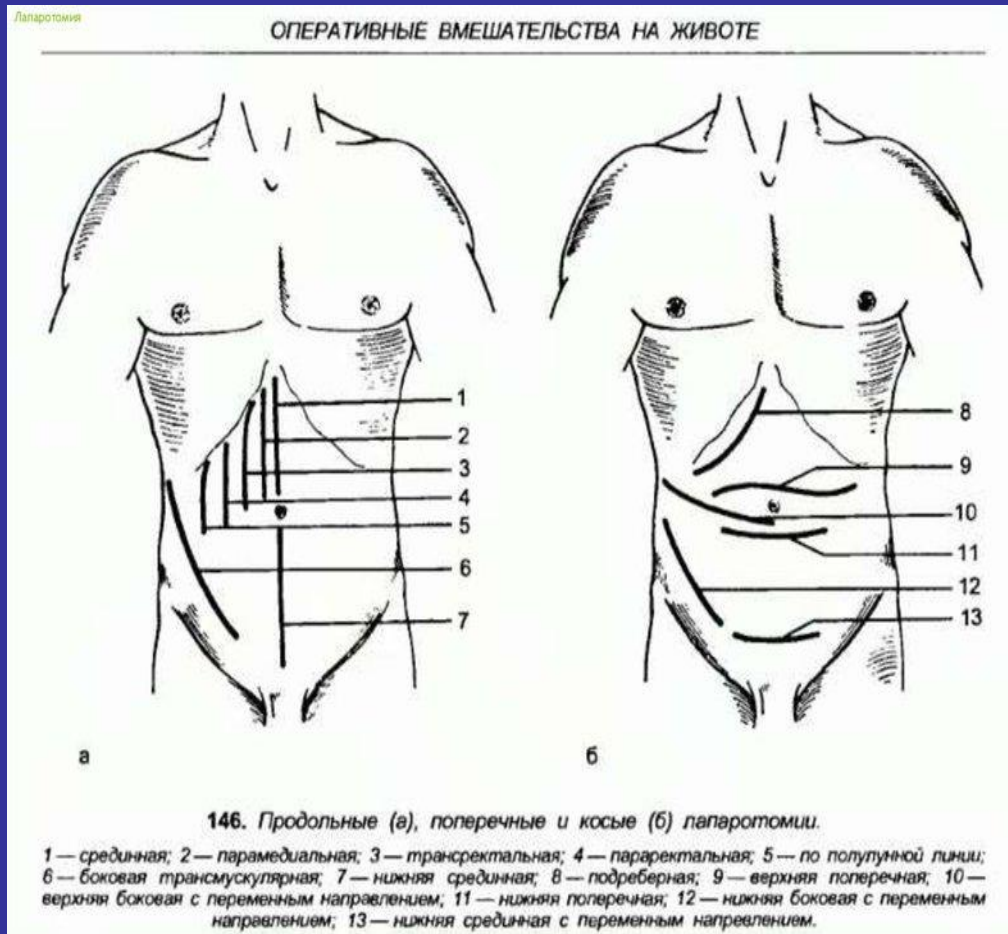
Бильрот I



Бильрот II



Виды лапаротомий



Верхняя срединная лапаротомия.

Рассечение от мечевидного отростка до пупка (кожа, жировая клетчатка, пластинка апоневроза белой линии живота, поперечная фасция, предбрюшинный жир, париетальная брюшина).

Нижняя срединная лапаротомия.

Слои брюшной стенки пересекаются по средней линии от пупка до лонного сочленения.

Рассекают влагалище прямой мышцы живота, на 1 – 2 мм отступая от средней линии. Прямая мышца оттягивается в сторону и продольным разрезом через поперечную фасцию и париетальную брюшину широко вскрывается брюшная полость. При закрытии брюшной полости происходит устранение белой линии живота.

Центральная срединная лапаротомия.

Выполняется разрез 8-10см, половина его располагается над пупком, половина – под пупком, разрез обходит пупок слева.

Разрез применяется при диагностической лапаротомии. После вскрытия брюшной полости, в зависимости от дальнейшего хода операции, этот разрез может быть продолжен кверху или книзу.

Кишечные анастомозы

Кишечный анастомоз – это ручное или механическое соединение, разделенных или различных отделов кишечника с целью восстановления непрерывности кишечной трубки и/или нормализации пассажа кишечного содержимого

Типы энтеро-энтероанастомозов

-Конец в конец

-Бок в бок

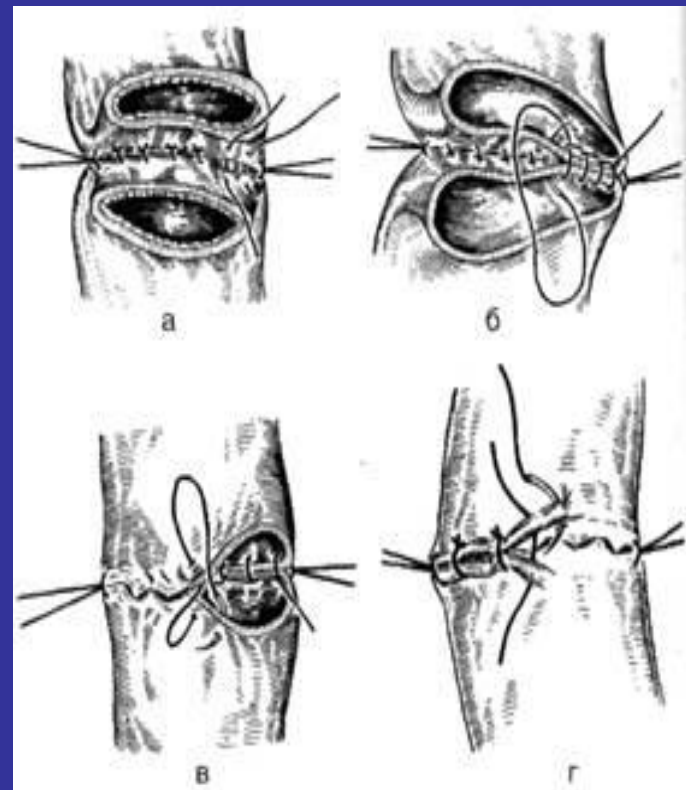
-Конец в бок

При формировании анастомоза швом Альберта выделяют внутренний «грязный» ряд и наружный «чистый» ряд задней губы и внутренний «грязный» ряд и наружный «чистый» ряд передней губы

Наружный ряд задней губы анастомоза выполняется узловым серозно-мышечным швом Ламбера. Накладывают швы по ровной линии на расстоянии около 1,0 см от среза сшиваемых кишок.

При этом нитки первого и последнего узлов не срезают, а остаются в качестве держалок, что облегчает наложение анастомоза.

Затем просветы кишок вскрывают и накладывают внутренний ряд задней губы сквозным непрерывным обвившим швом



Начинается шов с того же края кишок, с какого и шов наружного ряда, расстояние между рядами швов около 5 мм.

Первый стежок завязывается, короткий конец нити берется на зажим, а длинным концом с иглой начинают прошивать стенки кишок.

Продолжается шов до противоположного края, где переходит на внутренний ряд передней губы анастомоза, идет обратно и завязывается.

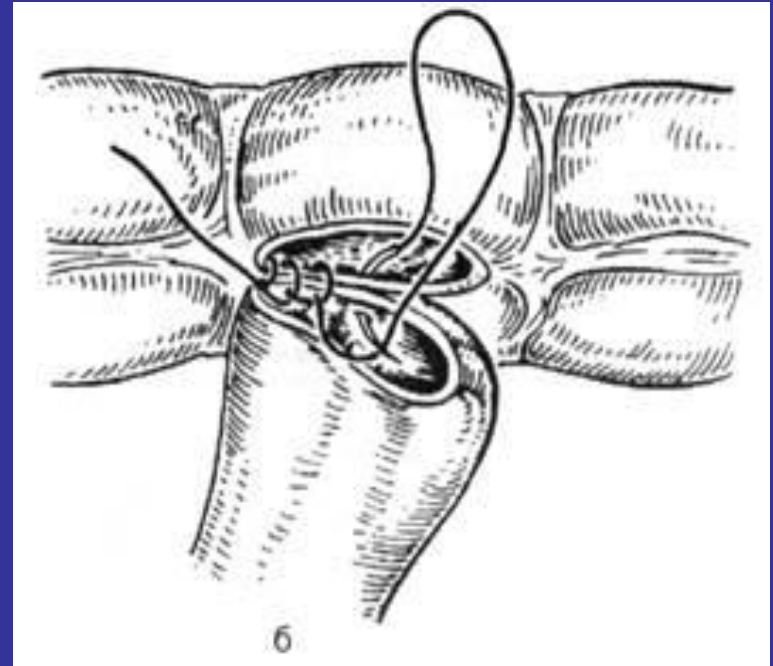
Традиционно внутренний ряд передней губы формируют швом Шмидена. Однако весь внутренний ряд может быть наложен обвивным швом, что зависит от хирурга.

После этого формируют наружный ряд передней губы так же, как и соответствующий ряд на задней губе, все нити срезаются – анастомоз наложен.

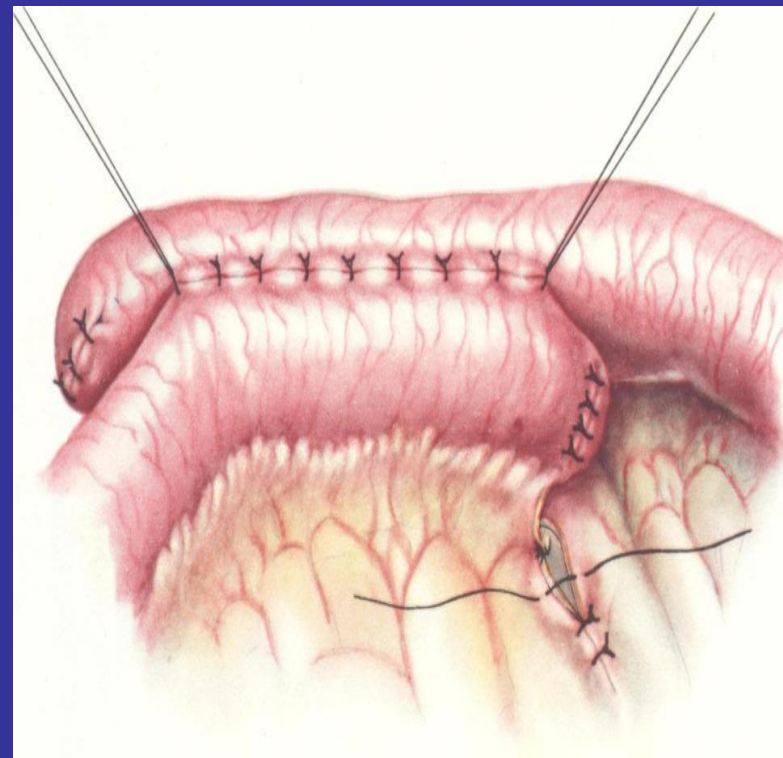
Энтеро-энтероанастомоз «конец в бок» применяется для восстановления непрерывности тонкого кишечника после “выключения” петли тонкой кишки по Ру, при энтеростомии по Майдлю и формировании соустья между тонкой и толстой кишками после правосторонней гемиколэктомии.

При этом способе анастомоза стенка поперечного среза тонкой кишки сшивается с боковой поверхностью стенки другого участка тонкой, или толстой, кишки

Конец одной петли кишки подводится к боковой



Энтеро-энтеро анастомоз «бок в бок» применяется для восстановления кишечного пассажа при неудаляемом препятствии (опухоль и др.) в обход обтурации; после некоторых операций на желудке и желчных путях; после резекции толстой кишки в виде тонко-толстокишечного анастомоза. Производят сшивание боковой стенки одного участка тонкой кишки с боковой стенкой другого участка тонкой, или толстой, кишки. Концы приводящего и отводящего отделов соединяемых сегментов кишок после ушивания укрываются кисетными серозно-мышечными швами, подводятся друг к другу изоперистальтически (по ходу волн перистальтики) противобрыжеечными краями. Межкишечный анастомоз накладывают отступя от концов культей на 2-3 см и рассекая стенки кишок продольно на 4-6см.



Абластика

Абластика – это комплекс мероприятий, направленных на предотвращение попадания в операционную рану опухолевых клеток и гематогенной диссеминации. Эффективными методами абластики являются: предоперационная химио- и лучевая терапия, разрез кожи и тканей за пределами края опухоли, выполнение операции с помощью лазерного или электроскальпеля, тщательный гемостаз, бережное отношение к тканям во время операции, недопустимость нарушения целостности опухоли, внутривенное капельное введение химиопрепаратов на протяжении всей операции, смена инструментов, перчаток, однократное использование тампонов, салфеток и т.д.

Антибластика

Антибластика – комплекс мероприятий, направленных на уничтожение опухолевых клеток в операционной зоне, которые могут попасть в рану при удалении опухоли, в условиях технических трудностей, связанных с распространенностью опухолевого процесса. К методам антибластики относятся послеоперационная лучевая и химиотерапия, интраоперационное облучение раны, фотодинамическая терапия, обработка раны растворами антисептиков, 70% этиловым спиртом и т.д.

1. Техника оперирования должна быть атравматичной. Необходимо избегать излишних манипуляций и грубых механических воздействий на область поражения тканей. Следует по возможности избегать контакта рук хирурга и инструментов непосредственно с опухолью.
2. Орган или ткани, пораженные опухолью, иссекаются широко с учетом распространенности новообразования и особенностей метастазирования.
3. Наиболее радикальным при злокачественных опухолях считается тотальное или субтотальное удаление органа в едином блоке с клетчаткой и регионарными лимфатическими коллекторами в пределах их фасциального футляра.
4. Линия рассечения тканей должна быть в пределах, исключающих возможность поражения остающихся тканей.
5. Выделение пораженных тканей, как правило, следует начинать с перевязки вен удаляемого органа, а не артерий.
6. В ходе хирургического вмешательства необходима частая смена марлевых салфеток, тупферов, инструментов, тщательная изоляция выделяемого препарата от остальной части операционного поля марлевыми салфетками и тампонами. Каждому новому этапу хирургического вмешательства должна предшествовать смена перчаток, обработка рук хирургов антисептическими растворами, протирание их спиртом.

7. По окончании хирургического вмешательства операционную рану обильно промывают антисептическими растворами, осушивают, обрабатывают спиртом.
8. Необходимо моноблочное удаление пораженных зон и использование для разрезов тканей электрохирургических, лазерных методов с целью повышения абластичности вмешательства.
9. Доброкачественные образования необходимо иссекать в пределах здоровых тканей, чтобы в случае нераспознанной злокачественной опухоли или при малигнизации операционное поле не обсеменялось элементами новообразования. Обязательно срочное гистологическое исследование.
10. Рациональный доступ должен обеспечивать полную ревизию пораженного органа, соседних анатомических структур и позволять с минимальным операционным риском осуществить радикальную операцию.
11. Необходима обоснованная оценка операционного риска и адекватная предоперационная подготовка.