

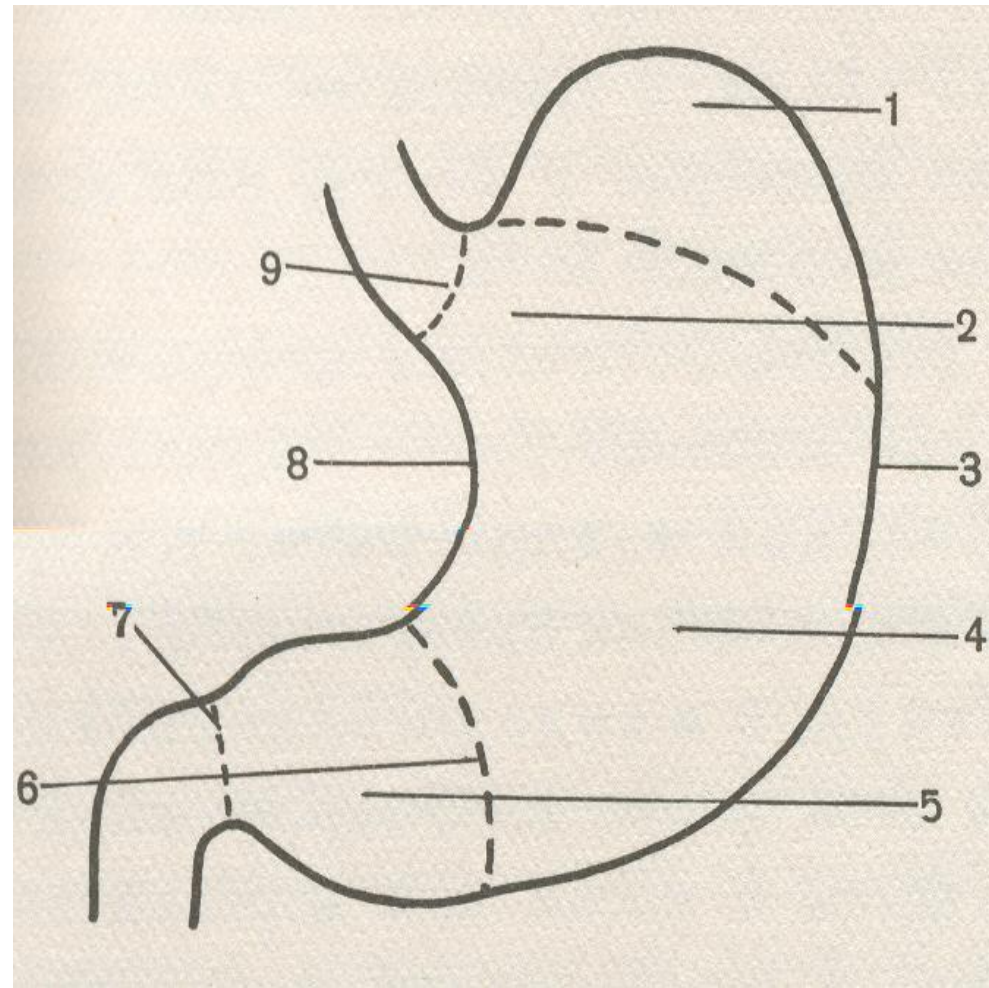
Топографическая анатомия и оперативная хирургия ЖЕЛУДКА

(часть 1)

Желудок располагается в
верхнем этаже брюшной
полости.

Имеет 2 стенки: переднюю и
заднюю, два края – верхний
(малая кривизна) и нижний
(большая кривизна).

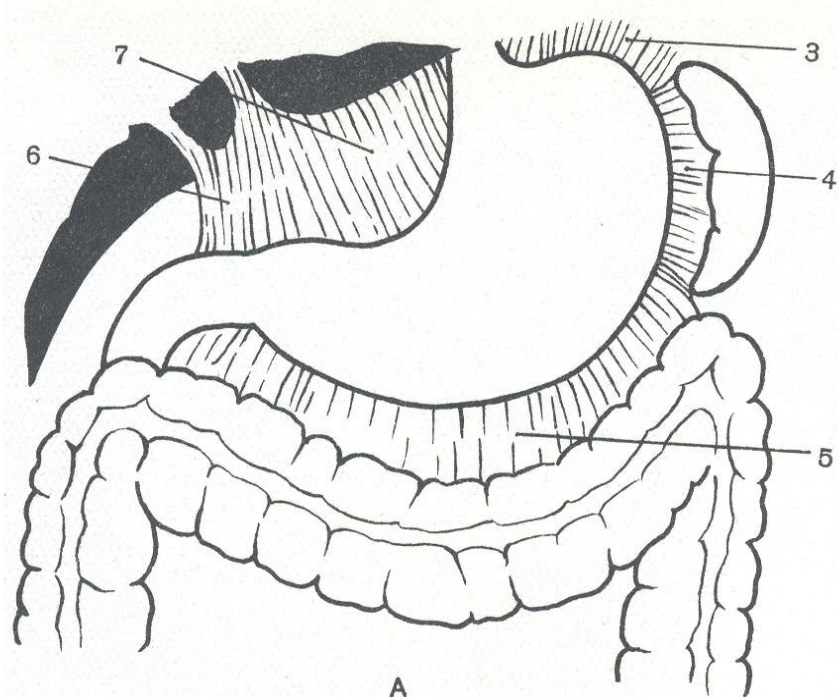
Отделы: кардиальный, дно,
тело, пилорический
(привратниковый)



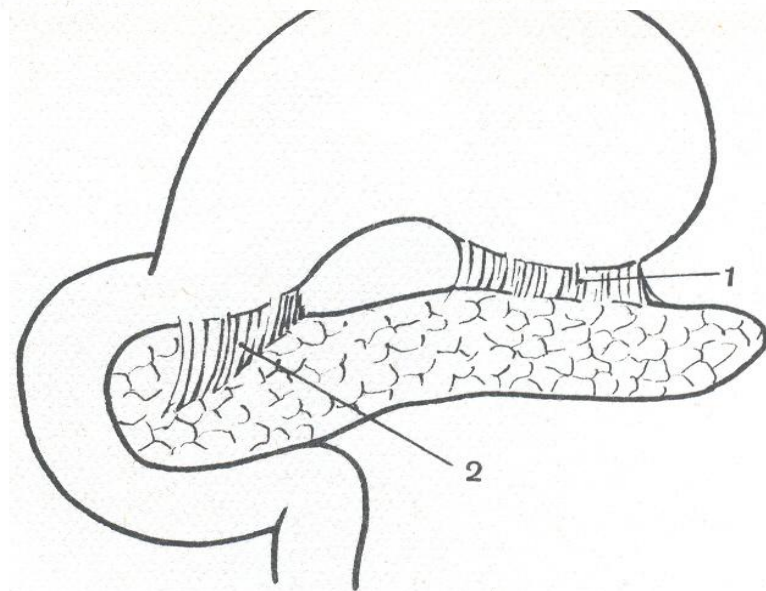
Фиксация желудка

Поверхностные связки:

- Желудочно-ободочная (ветви желудочно-сальниковых сосудов, опасность повреждения *a.colica media* в *mezocolon*);
- Желудочно-селезеночная (короткие желудочные сосуды); Левая желудочно-диафрагмальная (без сосудов);
- Печеночно-желудочная (левая и правая желудочные артерии).
- Печеночно-12-перстная (привратниковая) связка (проходят печеночная артерия, общий желчный проток и воротная вена) – 3 связки образуют малый сальник.



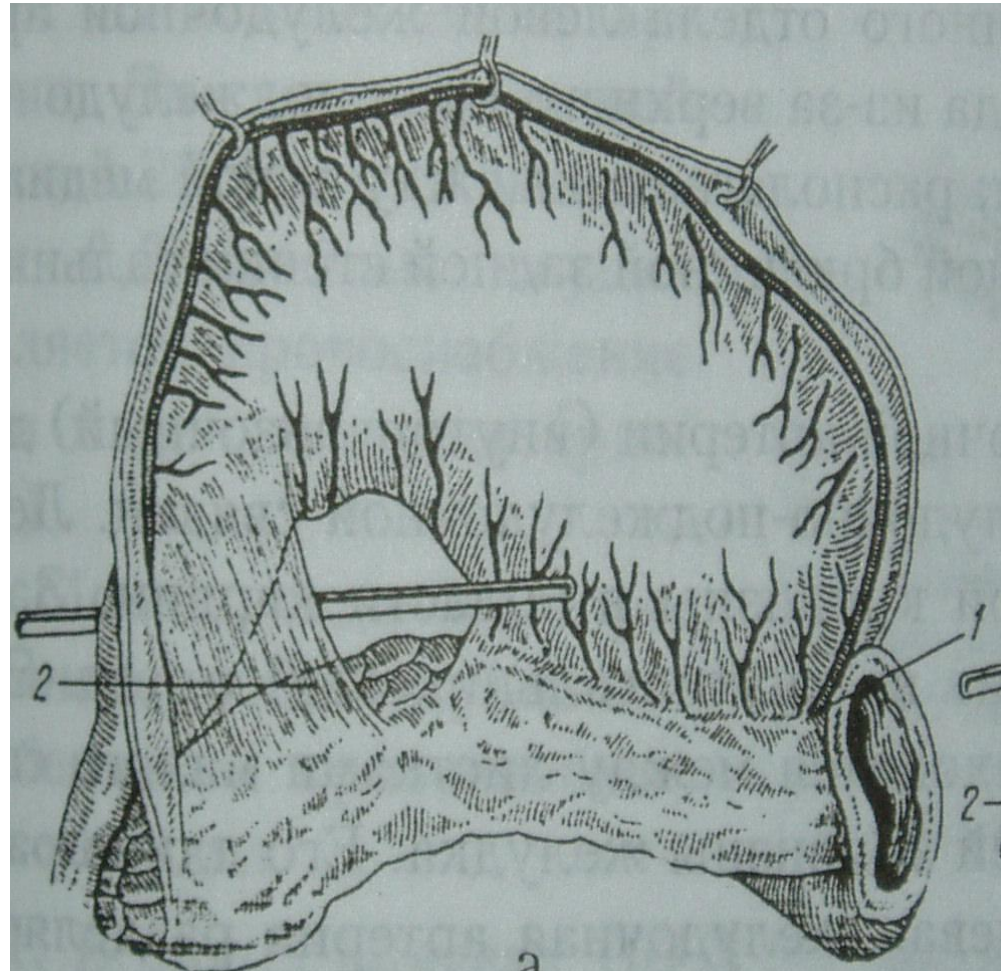
A



Б

Глубокие связки желудка

- – между задней стенкой и телом поджелудочной железы: верхняя (левая) желудочно-поджелудочная связка (проходят левые желудочные сосуды); /1/
- Нижняя (правая) привратниково-поджелудочная связка./2/;
- Боковые диафрагмально-пищеводные связки.



Кровоснабжение желудка

Артерии малой кривизны –

Левая желудочная – в 75% от чревного ствола (имеет забрюшинный, внутрисвязочный и сальниковый отделы);

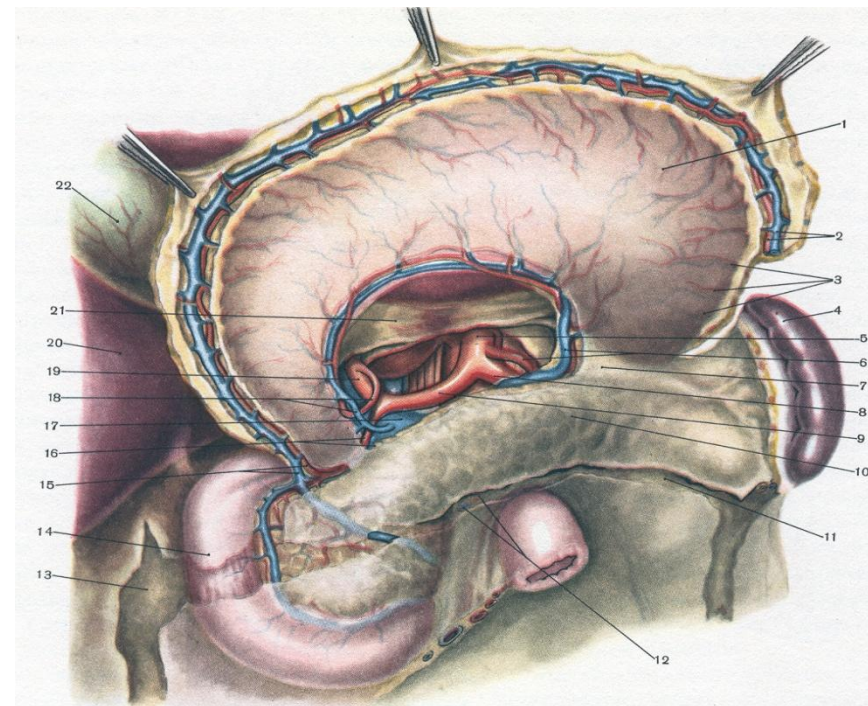
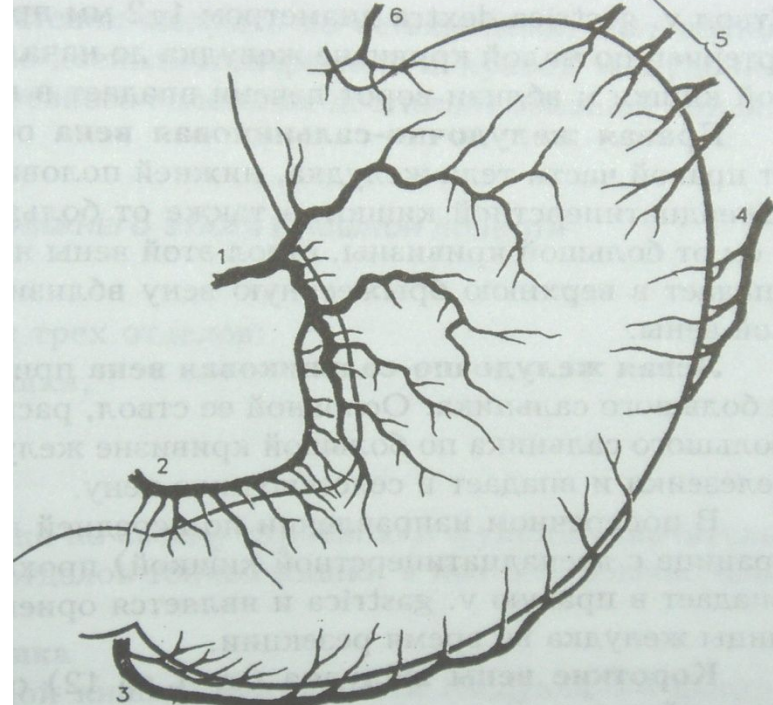
Правая желудочная – чаще от собственной печеночной – в составе печеночно-привр.связки анастомозирует с левой;

Артерии большой кривизны –

Левая желудочно-сальниковая /ЖСА/ (ветвь селезеночной) образует анастомозы с правой ЖСА;

Правая ЖСА - от желудочно-12-перстной артерии между листками желудочно-ободочной связки.

Короткие – из селезеночной артерии - кровоснабжают тело и дно.



Вены желудка

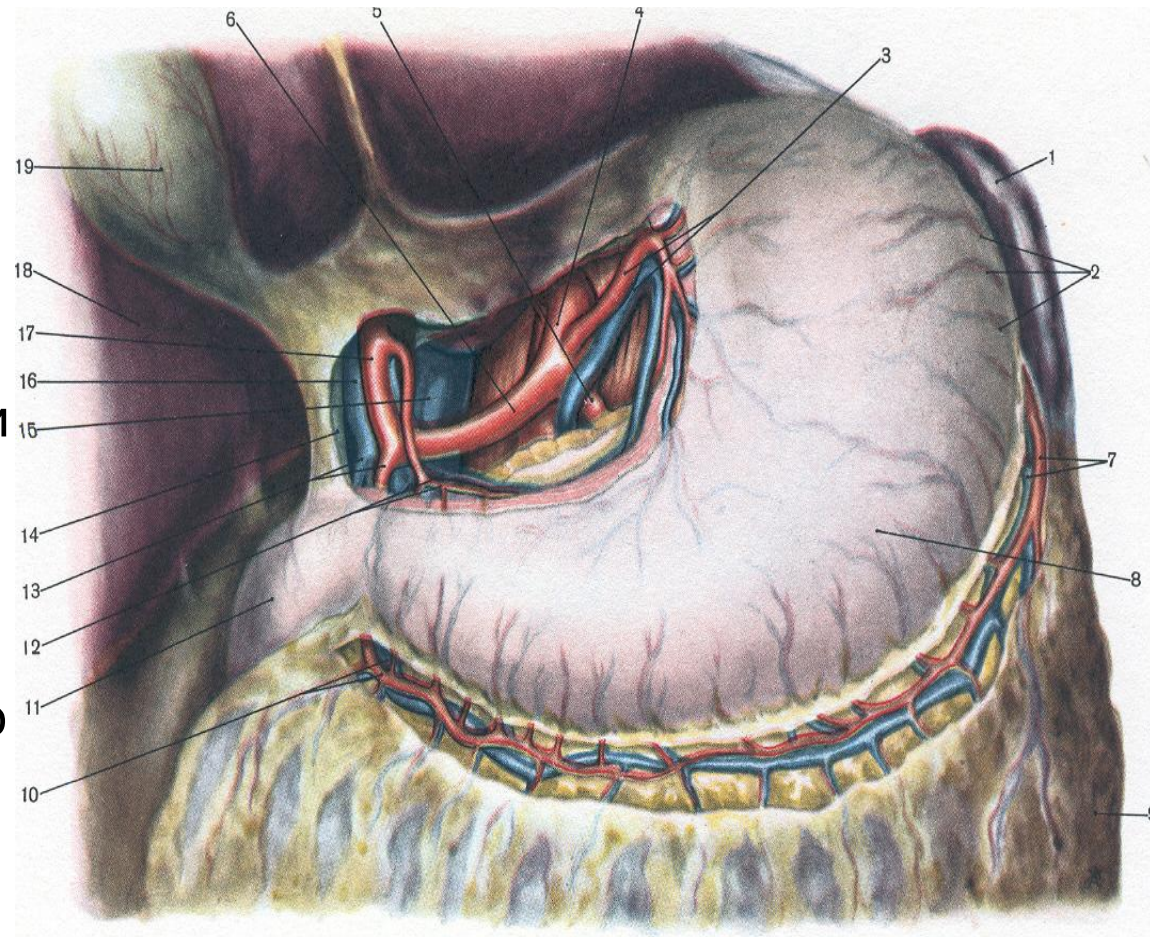
Левая желудочная вена – дренирует верхние 2/3 желудка, впадает в воротную;

Правая желудочная – кровь от пилор.отдела и части 12-перстной, впадает в воротную вену.

Правая ЖСВ – кровь от части желудка и привратника, впадает в верхнюю брыжеечную;

Левая ЖСВ – от дна и б. сальника – в селезеночную вену.

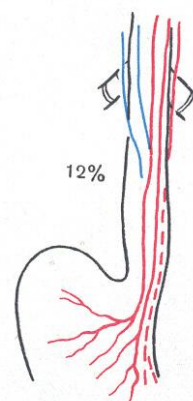
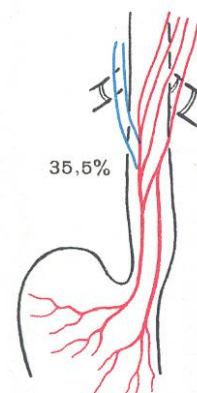
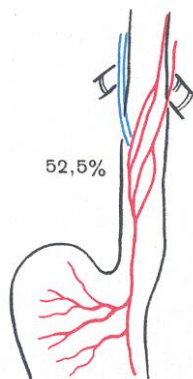
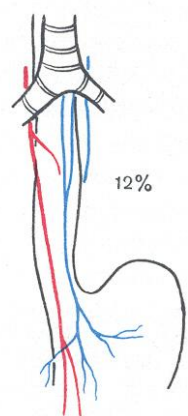
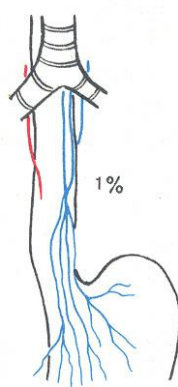
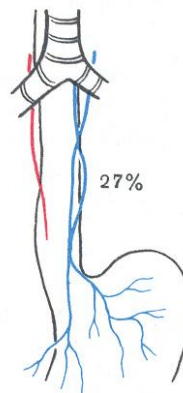
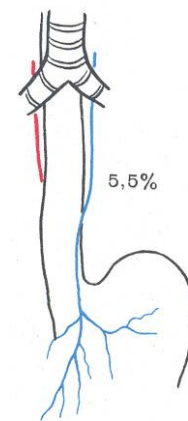
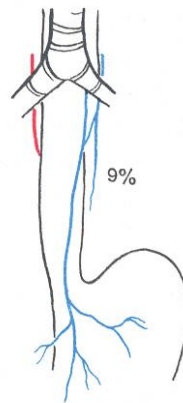
Короткие вены – отток в селезеночную вену.



Иннервация

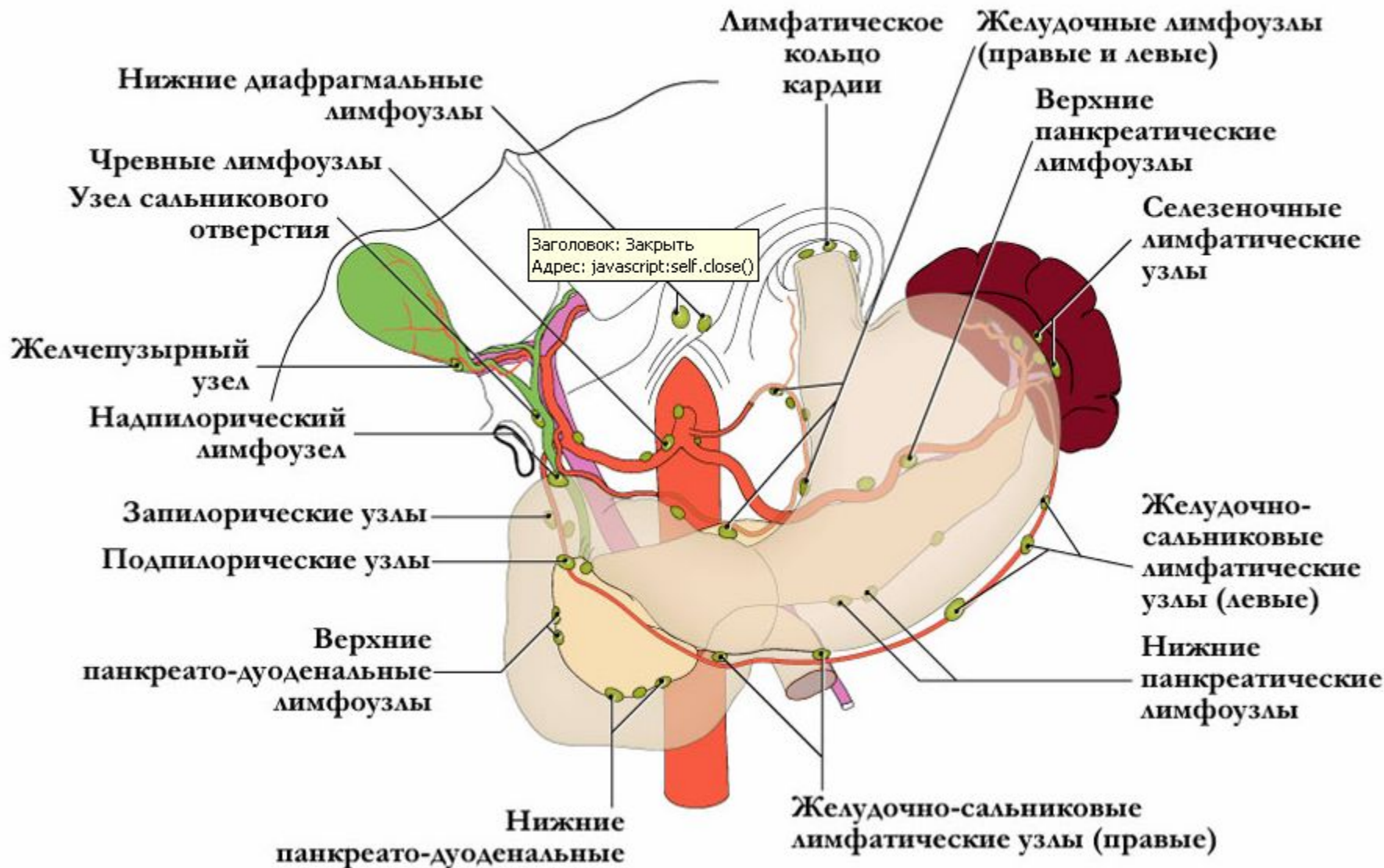
(ветви блуждающего нерва и чревного сплетения)

- Передний (левый) ствол блуждающего нерва – на передней поверхности пищевода и кардии, по малой кривизне;
- Дистальная ветвь - n. Letarge - иннервирует антральный и пилорический отделы
- Задний ствол (правый) – по задней поверхности пищевода, у кардии по малой кривизне в виде ветвей к печени;
- Ветви большого и малого внутренностных нервов, диафрагмального нерва.



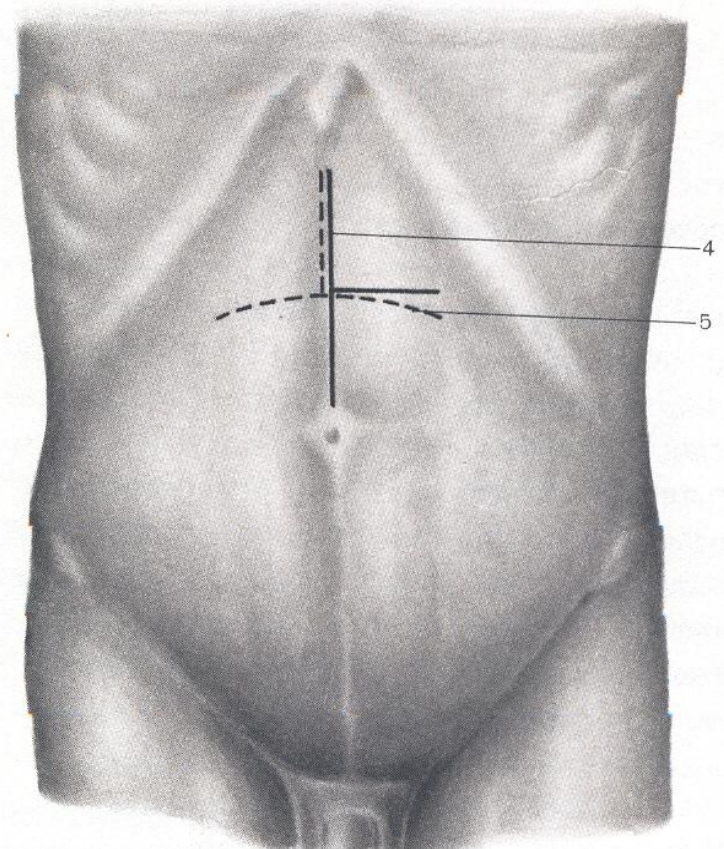
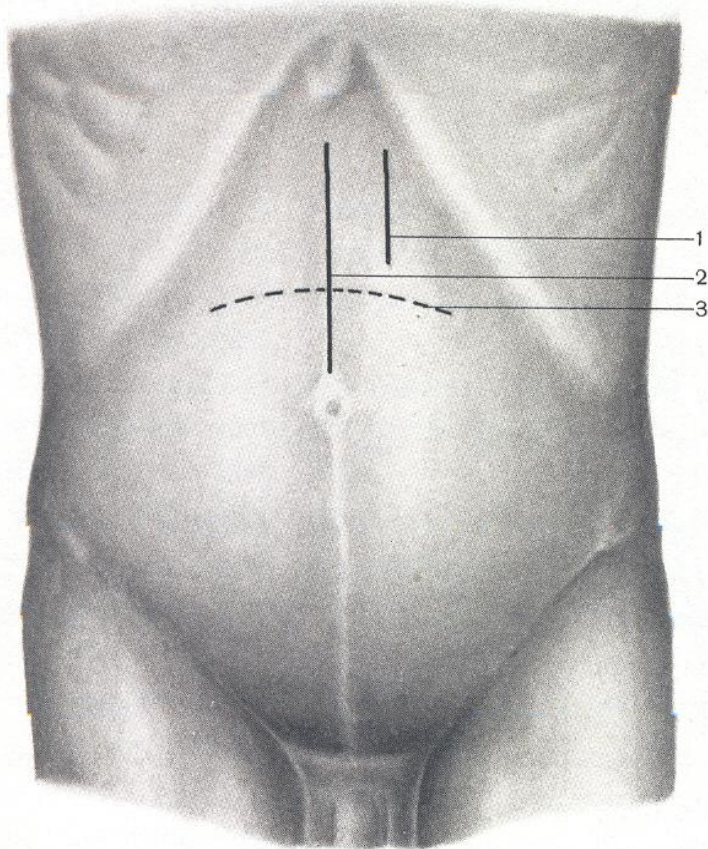


Лимфоотток от желудка и двенадцатиперстной кишки



Разрезы при вмешательствах на желудке

- Верхняя срединная лапаротомия;
- Параректальный доступ;
- Комбинированный (продольно-поперечный) разрез.



Гастротомия

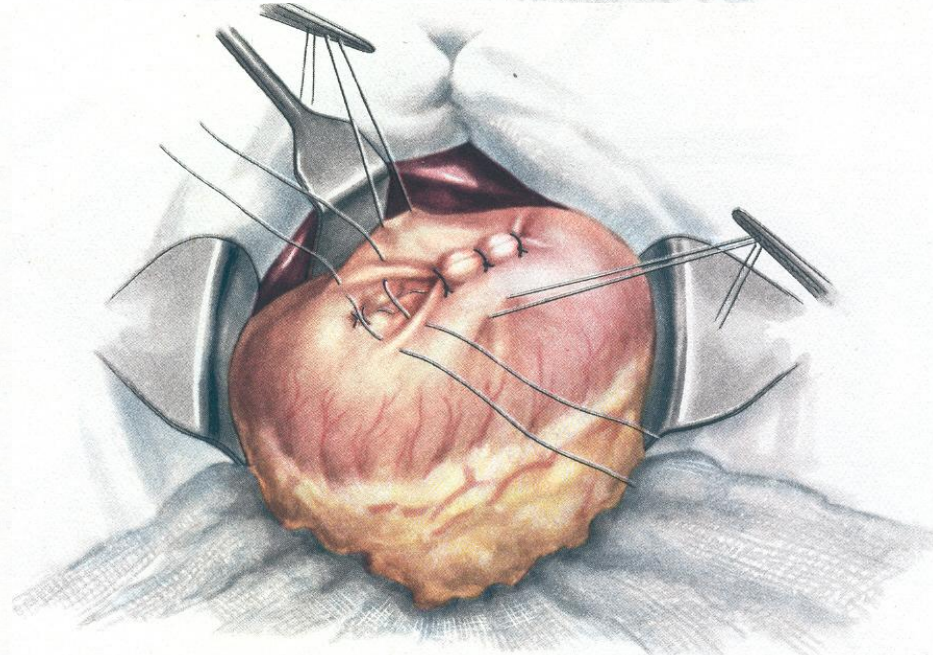
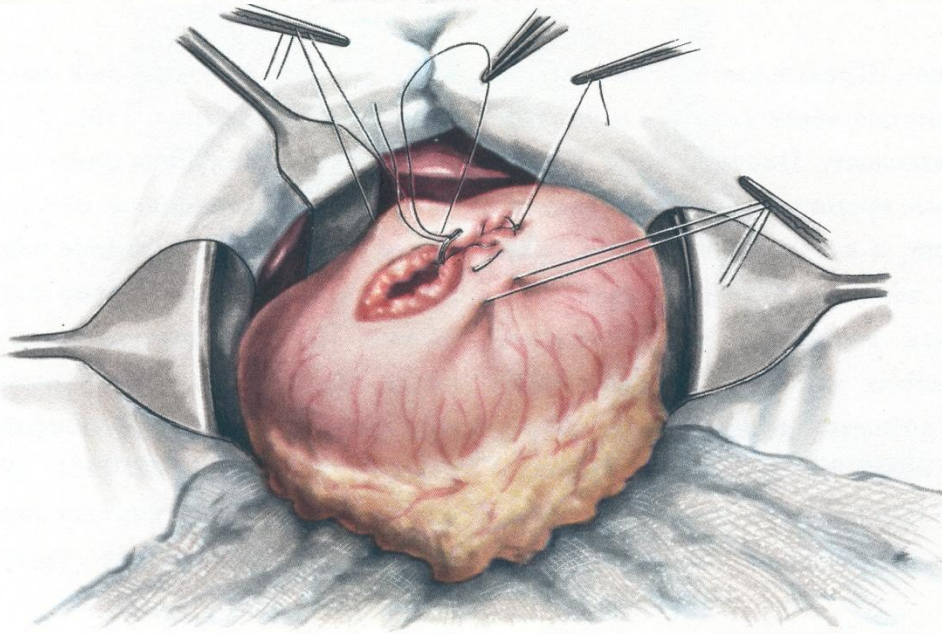
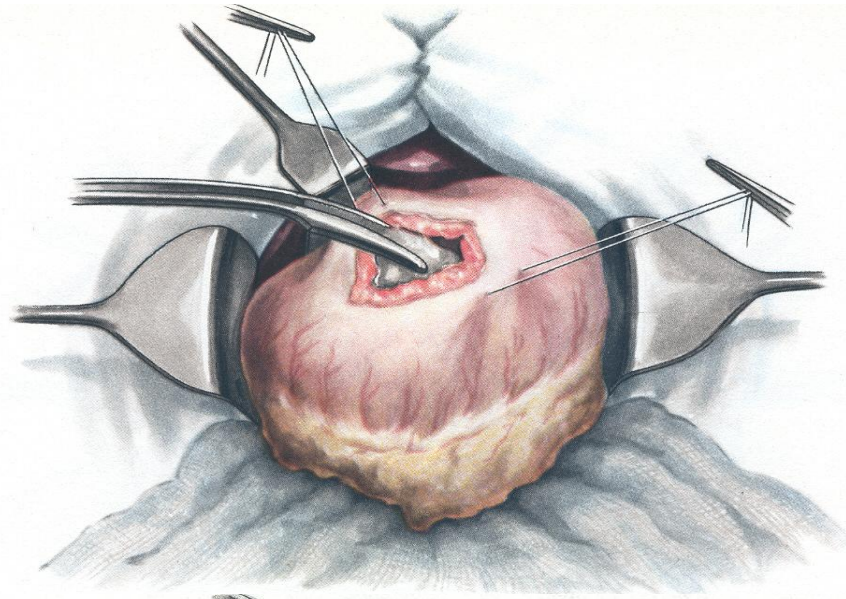
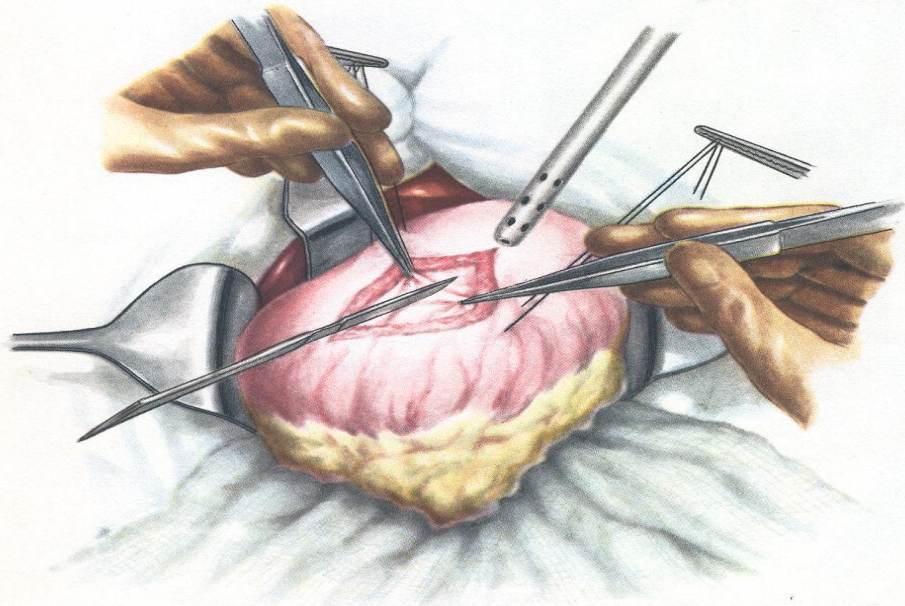
- это операция, при которой производится вскрытие просвета желудка с последующим зашиванием данного разреза.

(Д. Швабе, 1635 г., кенигсбергский мед. факультет)

Показания к гастротомии:

- Полипы желудка
- Ущемление в привратнике пролабирующей слизистой желудка
- Трещины слизистой желудка (синдром Маллори-Вейса)
- Доброкачественные опухоли
- Инородные тела желудка
- Кровоточащая язва (в случаях когда резекция не показана)

ХОД ОПЕРАЦИИ



ГАСТРОСТОМИЯ

Наложение наружного искусственного свища при непроходимости пищевода или его функциональном выключении.

Показания:

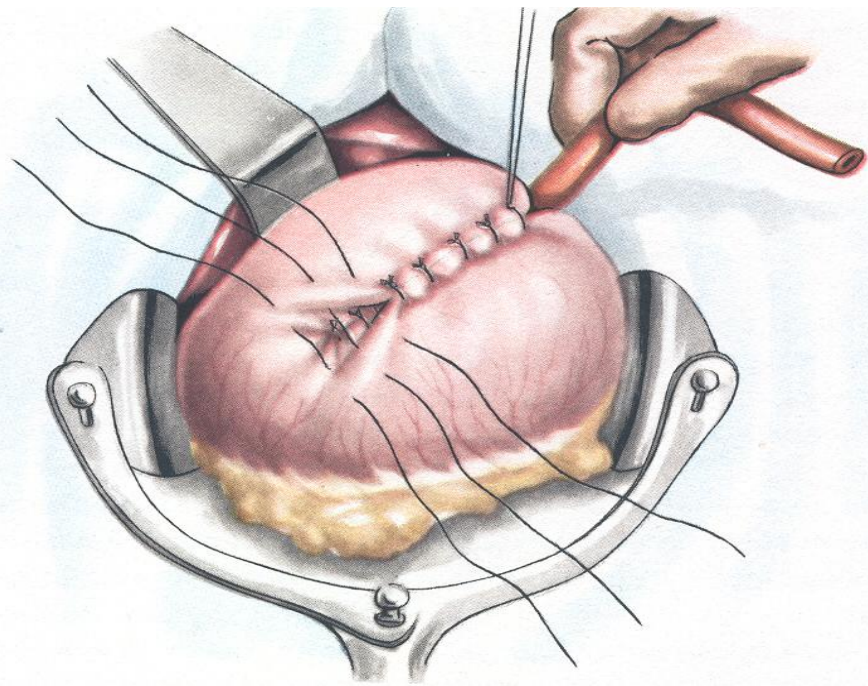
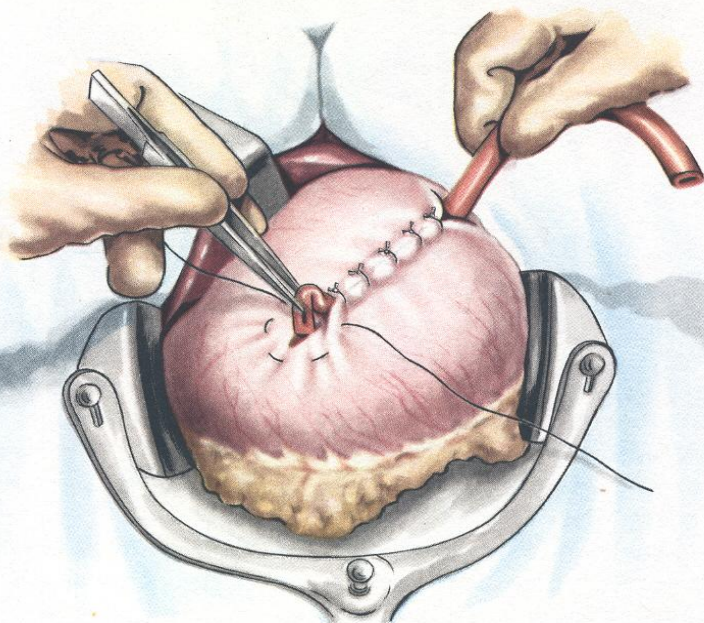
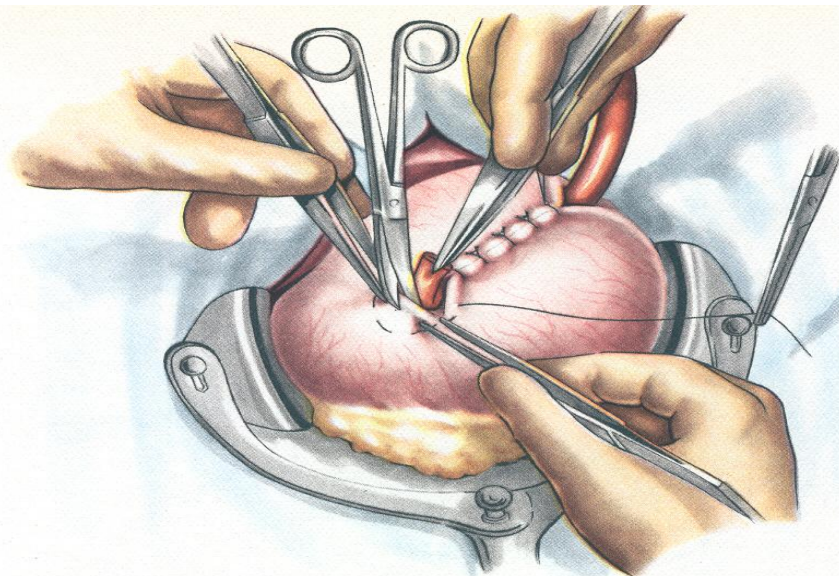
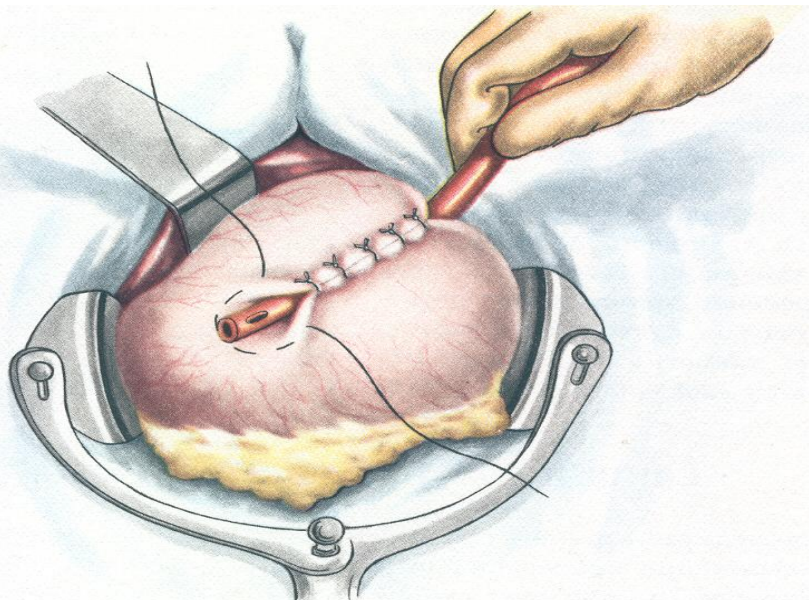
- * Ранения грудного отдела пищевода;
- * Наличие пищеводно-трахеального (бронхиального) свища;
- * Рубцовые стриктуры пищевода (ожоги);
- * Злокачественные опухоли с обтурацией просвета.

Методы гастростомии:

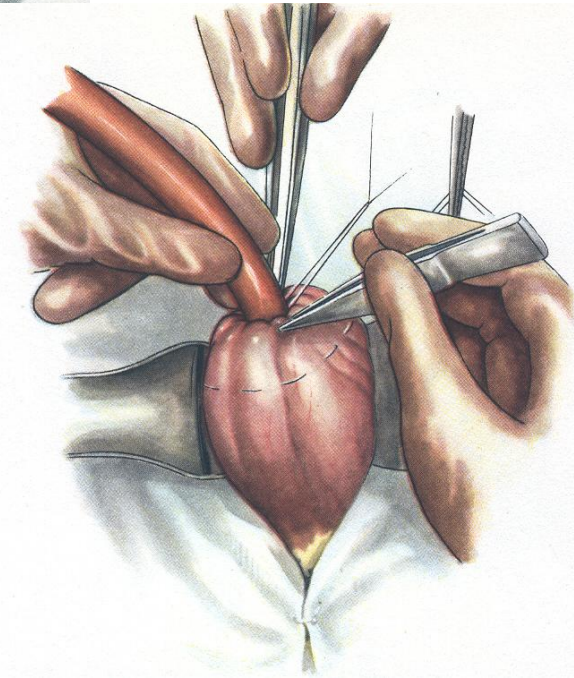
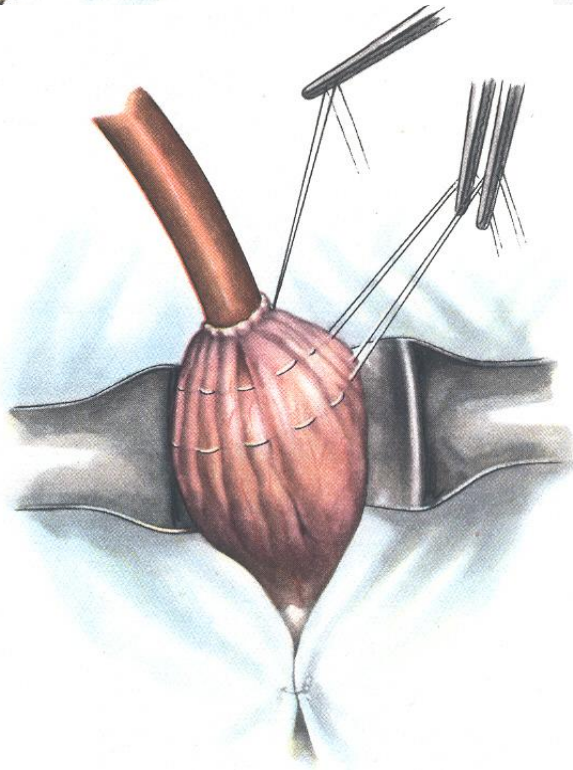
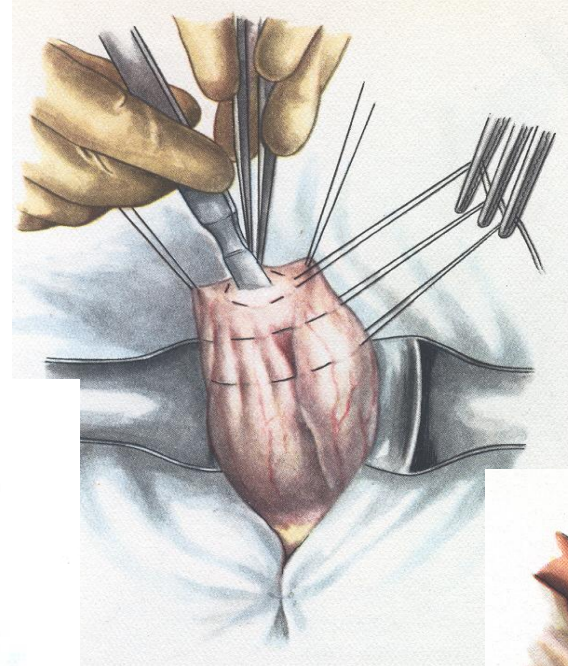
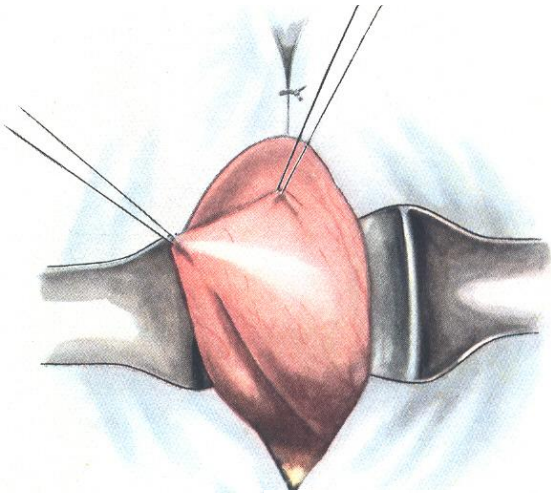
Создание временной гастростомы (трубчатый или каналовидный свищ);

Формирование постоянной гастростомы (формирование губовидного свища).

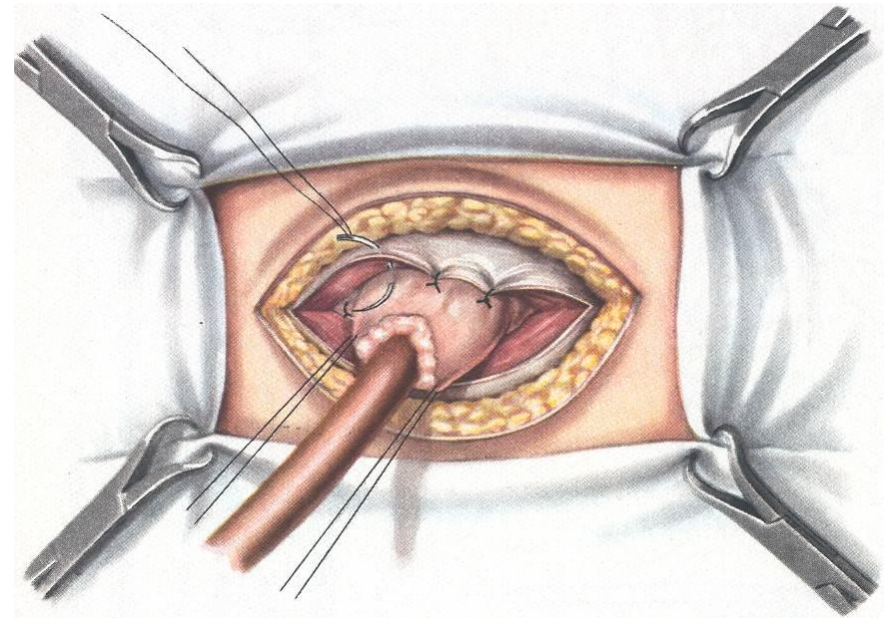
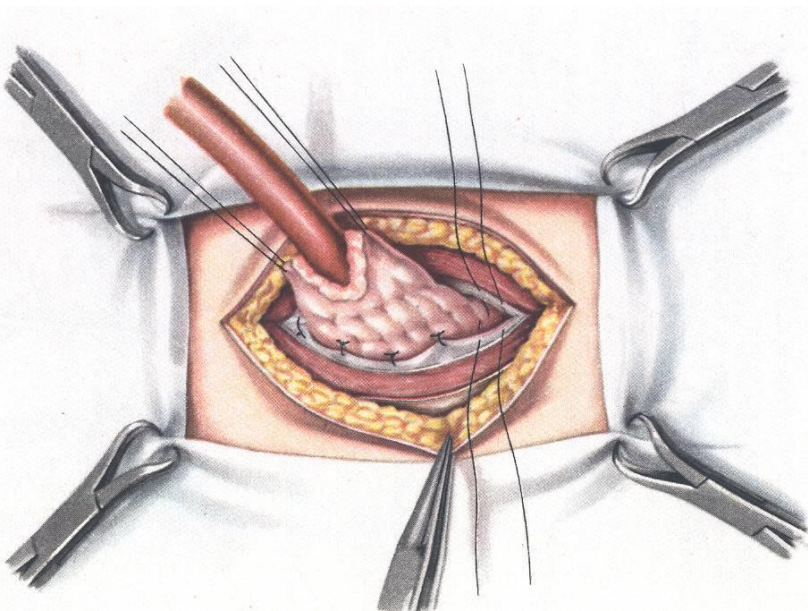
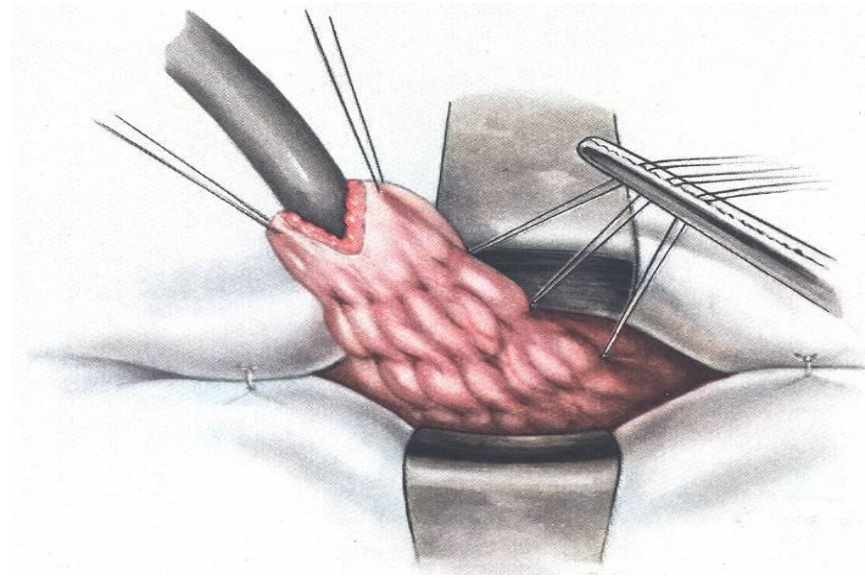
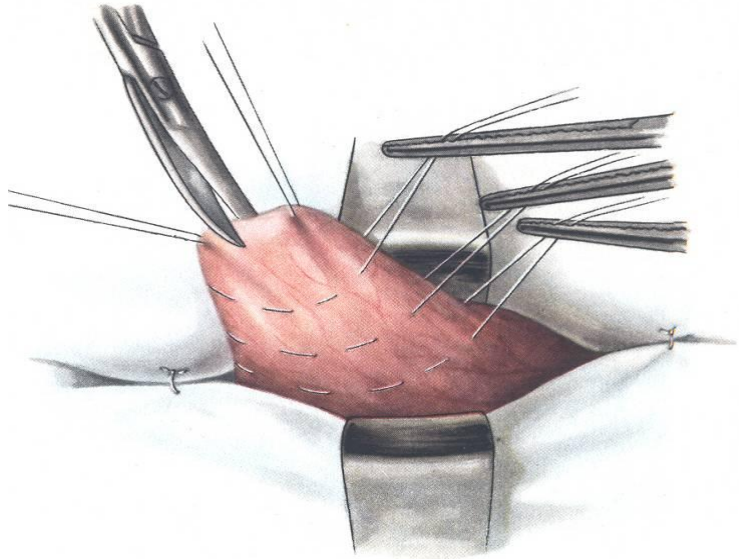
Гастростомия по Витцелю



Гастростомия по Штамму-Кадеру



Гастростомия по Г.С. Топроверу



ГАСТРОЭНТЕРОСТОМИЯ

- наложение соустья между желудком и тонкой (тощей) кишкой.

Показания: стеноз выходного отдела желудка язвенной или раковой природы.

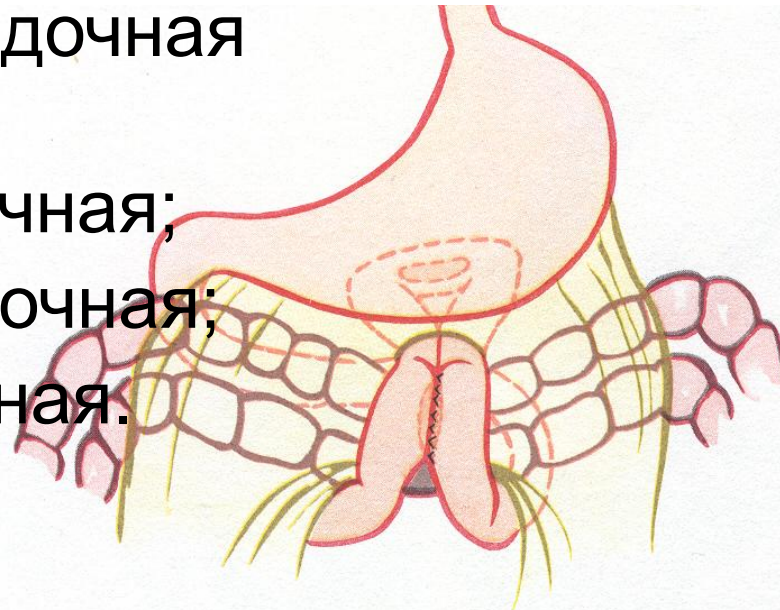
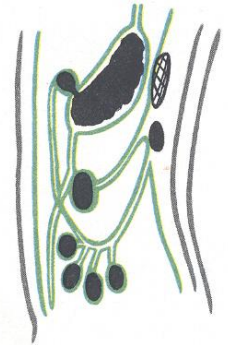
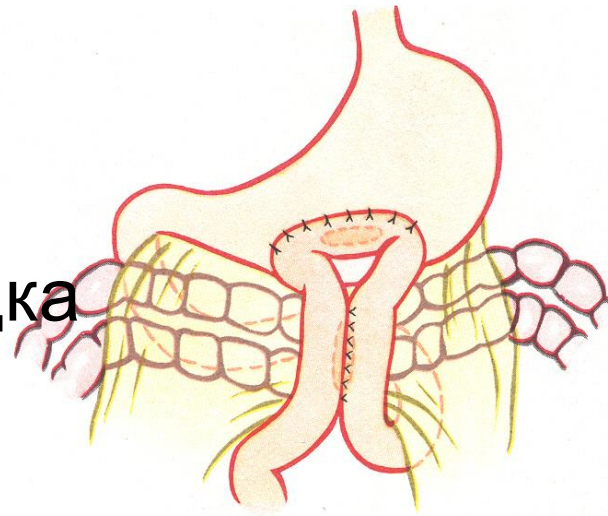
Варианты:

передняя впередиободочная
ГЭС;

задняя впередиободочная;

передняя позадиободочная;

задняя позадиободочная.



Задняя позадиободочная ГЭС

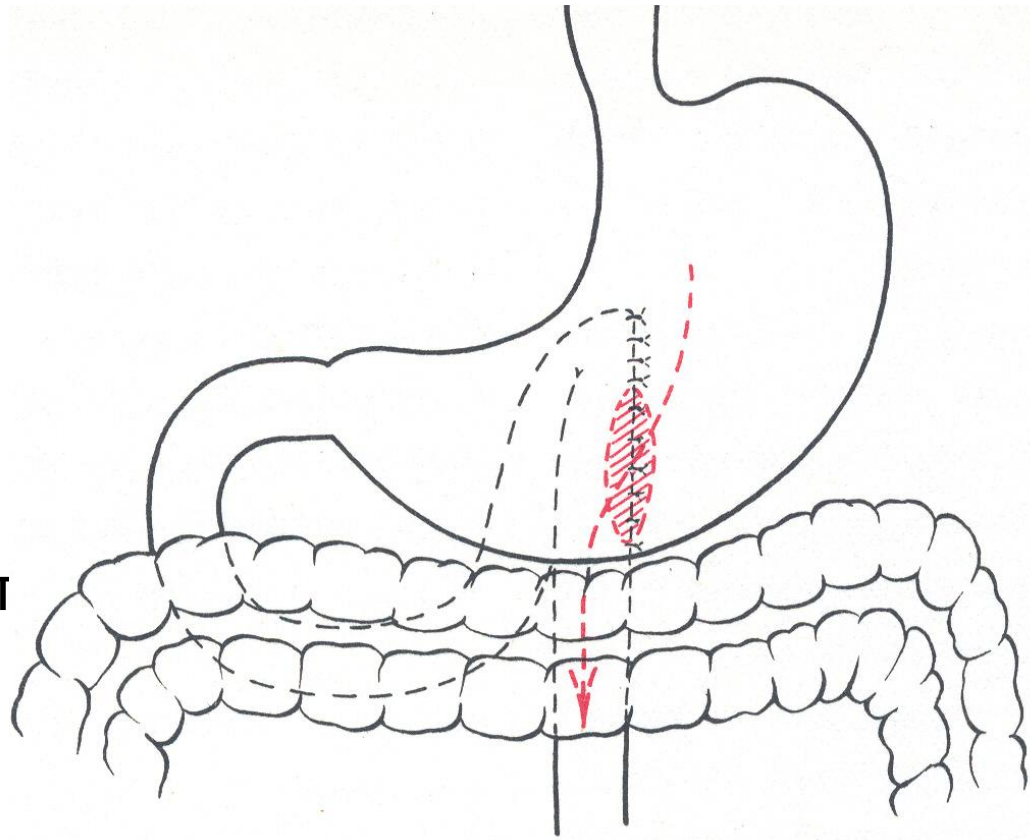
(по Гаккеру в модификации
Петерсена).

Оперативный прием:

Петля тощей кишки на 10 см.
от связки Трейца на
держалки;

В бессосудистой зоне делают
окно в брыжейке ПОК;

Располагая приводящий
конец выше отводящего
накладывают задний
позадиободочный ГЭА по
описанной методике (без
брауновского).



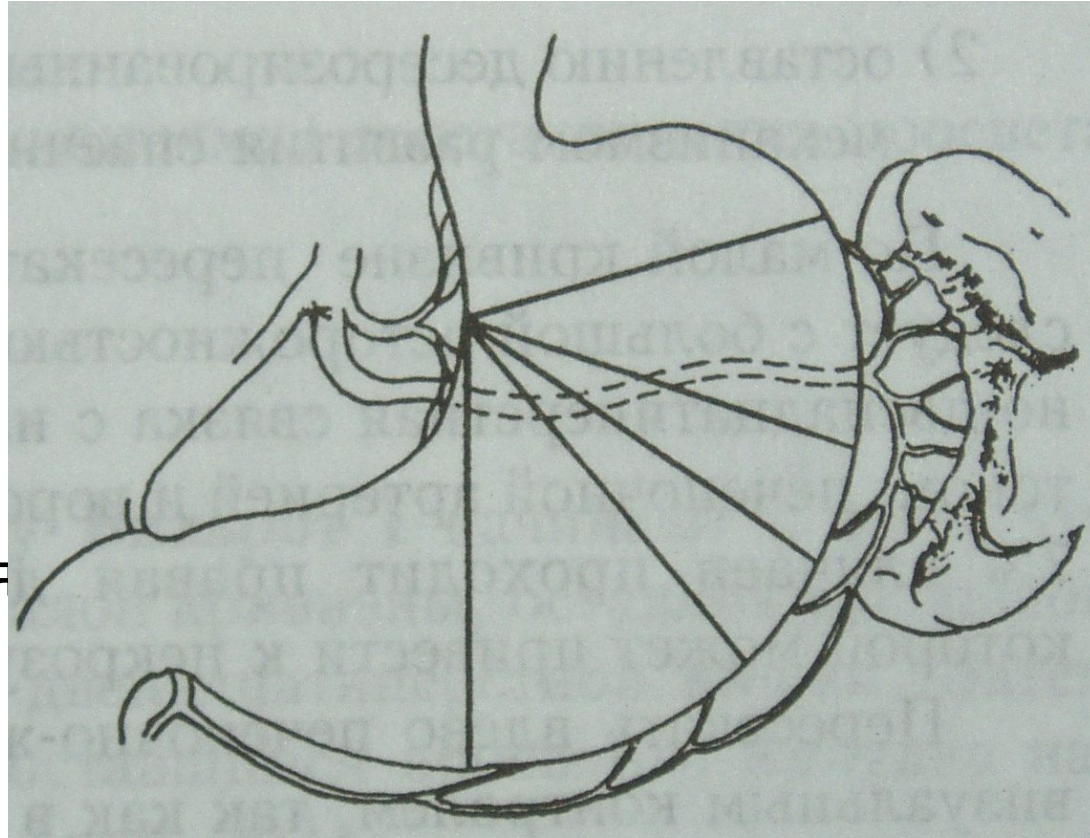
- **Резекция желудка** - это удаление части желудка с восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта

Показания:

- Язвенная болезнь и ее осложнения;
- Опухоли желудка.
- Оперативный доступ: верхняя срединная, поперечная лапаротомия, тораколапаротомия.

Оперативный прием:

- Мобилизация желудка;
- Резекция желудка;
- Наложение анастомоза.



Резекция желудка

ЭТАПЫ:

1. Мобилизация желудка.

Границы резекции – по малой кривизне – на уровне 1-й поперечной ветви левой желудочной артерии;

- по большой кривизне – на 1-2 см. выше нижней ветви желудочно-сальниковой артерии.

2. Отсечение желудка :

а) пересечение связок желудка – по большой кривизне пересечение желудочно-ободочной связки; по малой кривизне - печеночно-желудочной.;

б) перевязка и пересечение основных сосудов желудка на уровне резекции: по малой кривизне – правую и левую желудочные артерии и вены, по большой кривизне – правую и левую желудочно-сальниковую артерии и вены.

3. Резекция желудка после наложения зажимов - кишечного жома Пайра и желудочного жома Пайра, на сосуды зажимов Кохера скальпелем резецируют часть желудка.

ОПЕРАЦИЯ Бильрот-1 – ушивание культи желудка со стороны малой кривизны, сшивание концов 12-перстной кишки и просвета желудка (анастомоз «конец в конец» и его модификации).

Преимущества:

сохранение физиологического пассажа пищи.

Недостатки:

возможность расхождения швов ввиду бедной васкуляризации и отсутствия серозного покрова задней стенки 12-перстной кишки;

возможность несостоятельности ввиду натяжения ШВОВ.

Особенности операции по Бильрот–II

- Культю 12-перстной кишки после резекции ушивают наглухо;
- после ушивания культи желудка накладывают гастроеюнальный анастомоз (различные варианты).
- Способы закрытия культи: двухрядный шов (непрерывный кетгутовый и кисетный серо-серозный), либо узловыми швами. Культю желудка после наложения гемостатических швов погружают серозно-мышечными швами.
- Типы ГЕ-анастомозов: конец желудка в бок кишки; бок желудка в бок кишки; бок желудка в конец кишки.
- - различное расположение анастомоза по отношению к ПОК; направление изо- и антиперистальтическое.

Особенности операции Б-II (в модификации Гофмейстера-Финстерера)

1. 2/3 культи желудка ушивают, а анастомоз «конец в бок» накладывают у большой кривизны;
2. ГЕА на короткой петле тощей кишки проводят позади ПОК;
3. Приводящую петлю тощей кишки пришивают к ушитой части желудка и малой кривизне.(создание шпоры-клапана).

Ваготомия с дренирующими операциями

Пересечение стволов и ветвей блуждающего нерва и пластические вмешательства на пилоро-дуоденальной зоне.

1. Ваготомии: двусторонняя над- и поддиафрагмальная;
2. Селективная проксимальная ваготомия (СПВ) – изолированное пересечение ветвей при сохранении веточек n.Latorge , иннервирующего привратник (по Инбергу и Холле);
3. Селективная ваготомия (СВ) – пересечение всех ветвей n.vagus при сохранении основных стволов , идущих к печеночному и чревному сплетениям.