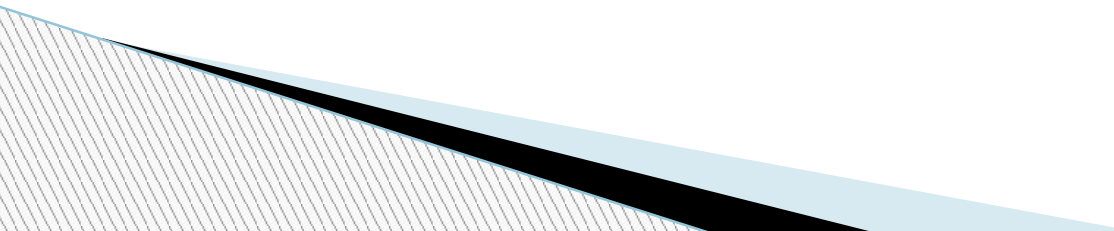


Резекция желудка

Выполнила: студентка 435 группы
Фатеева Ирина Сергеевна

Резекция желудка – это операция удаления части желудка, пораженной хроническим патологическим процессом с последующим формированием анастомоза (соединения различных отделов пищеварительной трубки) для восстановления адекватного пассажа пищи.



Виды резекции желудка

- Исходя из того, какой объем желудка планируется удалить, больному может быть проведена:

1. Экономная резекция, т.е. удаление от одной трети до половины желудка.
2. Обширная, или типичная резекция: удаление около двух третей желудка.
3. Субтотальная резекция: удаление 4/5 объема желудка.
4. Тотальная резекция: удаление более 90% желудка.

- По локализации иссекаемого отдела:

1. **Дистальные резекции** (удаление конечного участка желудка).
2. **Проксимальные резекции** (удаление входного отдела желудка, его кардиальной части).
3. **Срединная резекция** (удаляется тело желудка с оставлением его входного и выходного отделов).
4. **Частичная резекция** (удаление только пораженной части).

Показания

Абсолютные показания:

- Злокачественные опухоли.
- Хронические язвы с подозрением на малигнизацию.
- Декомпенсированный стеноз привратника.

Относительные показания:

- Хронические язвы желудка с плохим ответом на консервативное лечение (в течение 2-3 месяцев).
- Доброкачественные опухоли (чаще всего множественный полипоз).
- Компенсированный или субкомпенсированный стеноз привратника.
- Ожирение тяжелой степени.

Противопоказания к операции

- Множественные отдаленные метастазы.
- Асцит (возникающий, как правило, из-за цирроза печени).
- Открытая форма туберкулеза легких.
- Печеночная и почечная недостаточность.
- Тяжелое течение сахарного диабета.
- Тяжелое состояние пациента, кахексия.

Этапы операции

Положение больного: на спине.

Обезболивание: наркоз, местная анестезия.

Доступ: производится верхняя срединная лапаротомия.

Резекция желудка состоит из нескольких обязательных этапов:

- I этап – ревизия брюшной полости, определение операбельности.
- II — мобилизация желудка, то есть придание ему подвижности путем отсечения связок.
- III этап – непосредственно отсечение необходимой части желудка.
- IV этап – создание анастомоза между культей желудка и кишечника.

После завершения всех этапов операционная рана зашивается и дренируется.

Среди множества модификаций резекций желудка наибольшее распространение получили:

1. Резекция по Бильроту 1
2. Резекция по Бильроту 2
3. Резекция по Гофмейстеру — Финстереру (усовершенствованный вариант операции Бильрот 2)

Бильрот 1

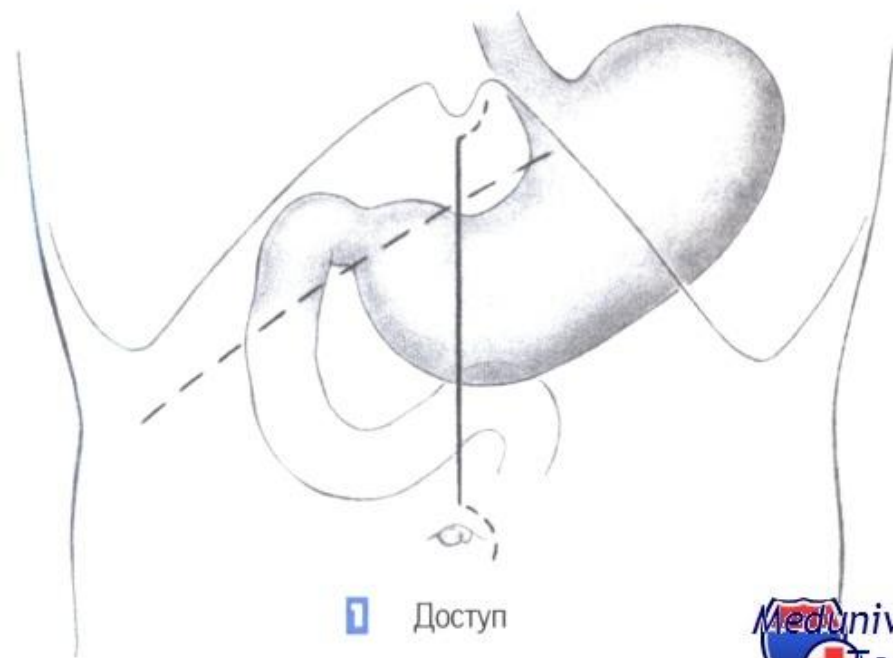
Преимущества резекции желудка по Бильрот 1:

- Не изменяется нормальная анатомия и функции пищеварительной системы, поскольку производится анастомоз культи желудка с двенадцатиперстной кишкой. Это благоприятствует перевариванию пищи, попадающей из желудка в кишку, смешиваясь с панкреатическим, дуоденальным и желчным секретами.
- Технически **резекцию желудка по Бильрот 1** выполнять легче. Помимо этого, всё хирургическое вмешательство проводится в верхней части брюшной полости.
- Значительно реже развивается демпинг-синдром после этой операции.
- Данный вид хирургического вмешательства не увеличивает вероятность развития внутренних грыж или синдрома приводящей петли.

Недостатки резекции желудка по Бильрот 1:

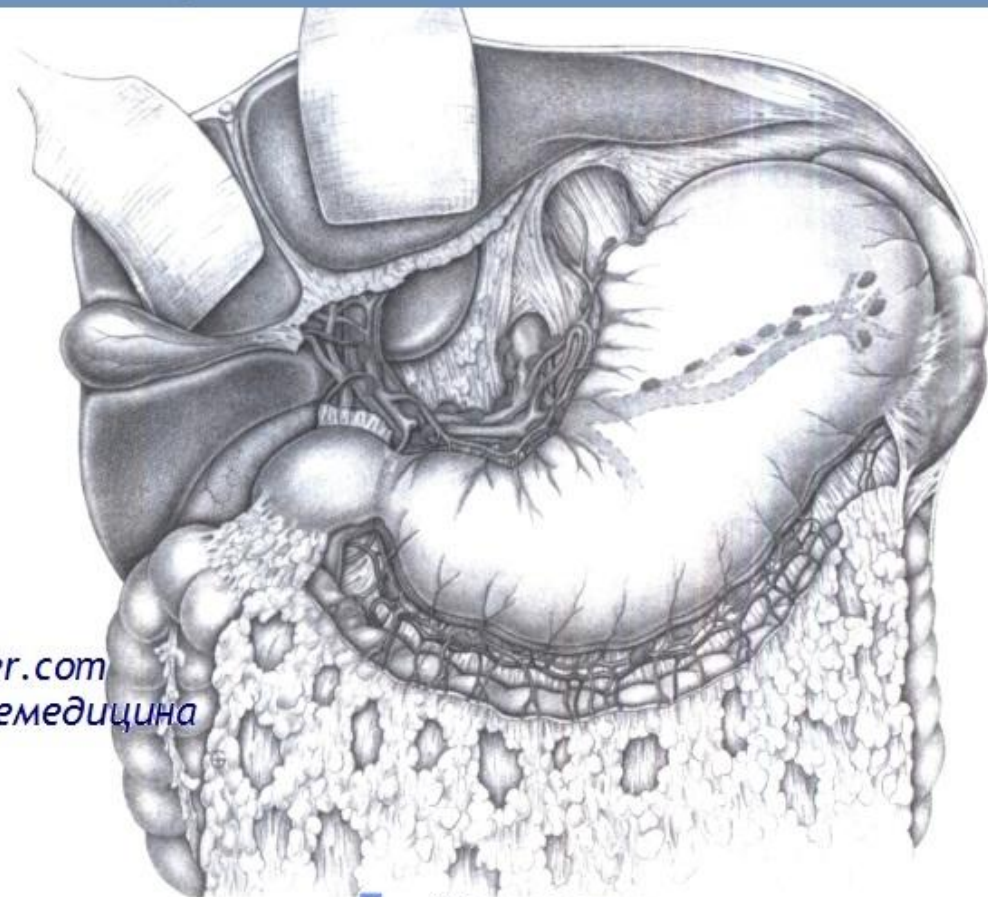
- Этот вид операций чаще провоцирует появление язв анастомоза, язвы двенадцатиперстной кишки.
- Не во всех случаях удается в достаточной мере мобилизовать 12-перстную кишку для формирования анастомоза с желудком, чтобы не было натяжения линии шва. Это вызывает дуоденальные язвы, выраженную рубцовую деформацию и сужение просвета кишки, язвы проксимального отдела желудка. В некоторых ситуациях требуется также мобилизация селезенки и культи желудка, что ведет к усложнению хирургического вмешательства и неоправданному повышению ее риска.
- Не проводится при диагнозе рак желудка.

Резекция желудка по Бильрот-1



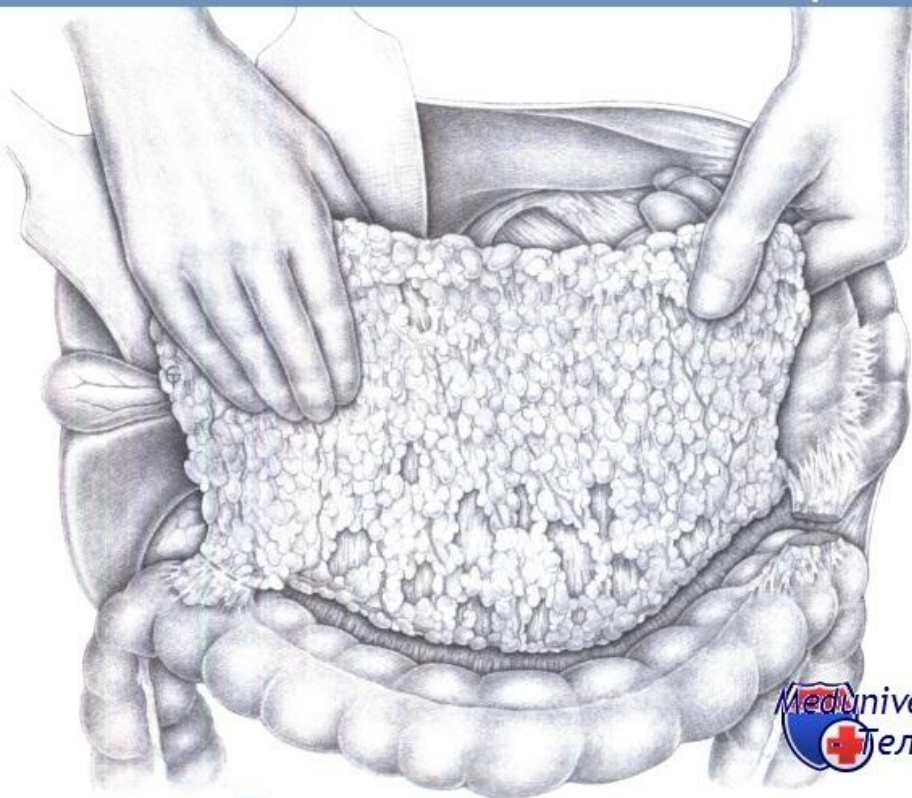
1 Доступ

Meduniver.com
Телемедицина



2 Объем резекции

Резекция желудка по Бильрот-1



3 Диссекция большого сальника



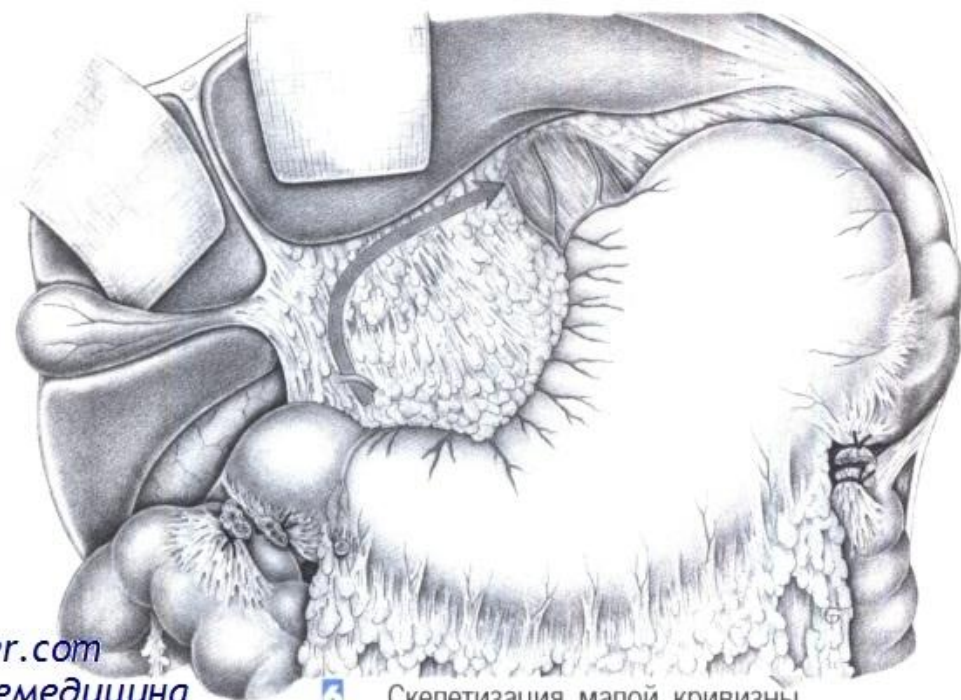
4 Отделение сальника от поперечно-ободочной кишки

Резекция желудка по Бильрот-1



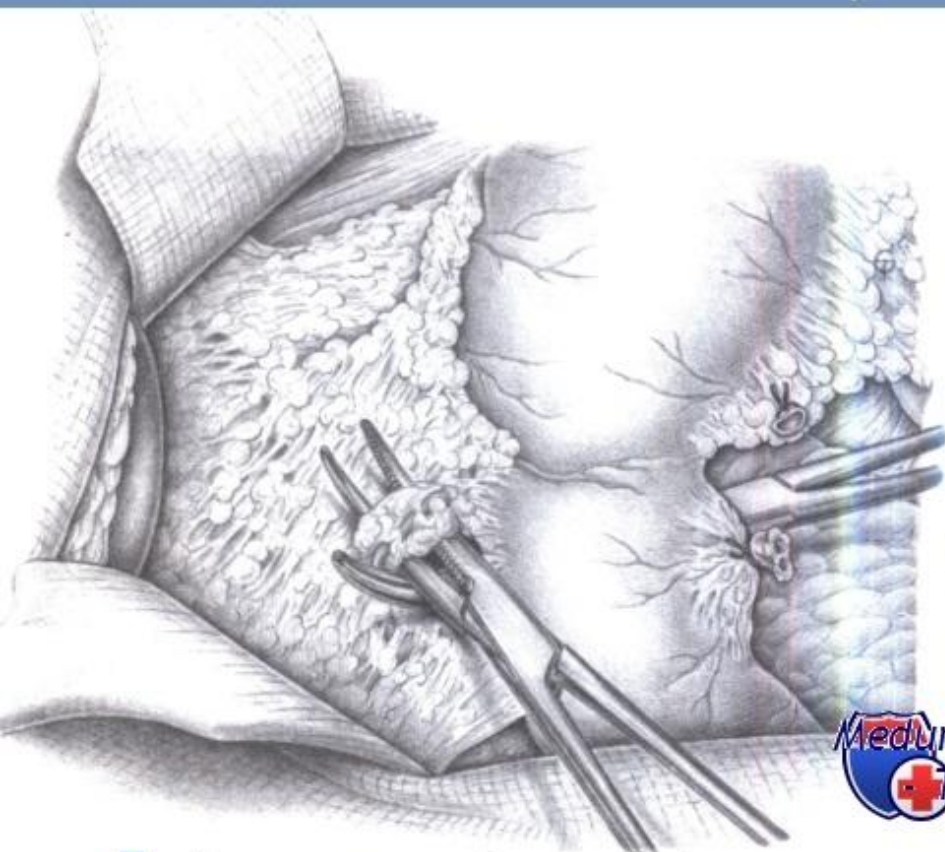
5 Диссекция позади желудка

Meduniver.com
Телемедицина

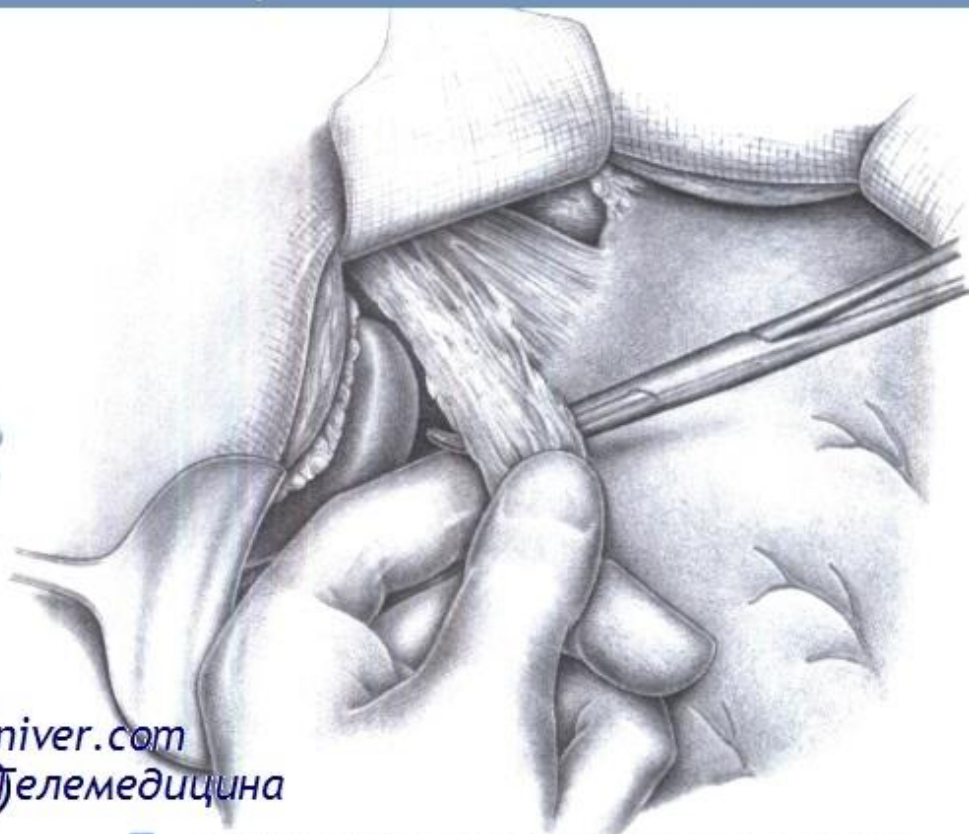


6 Скелетизация малой кривизны

Резекция желудка по Бильрот-1



7 Пересечение правой желудочной артерии

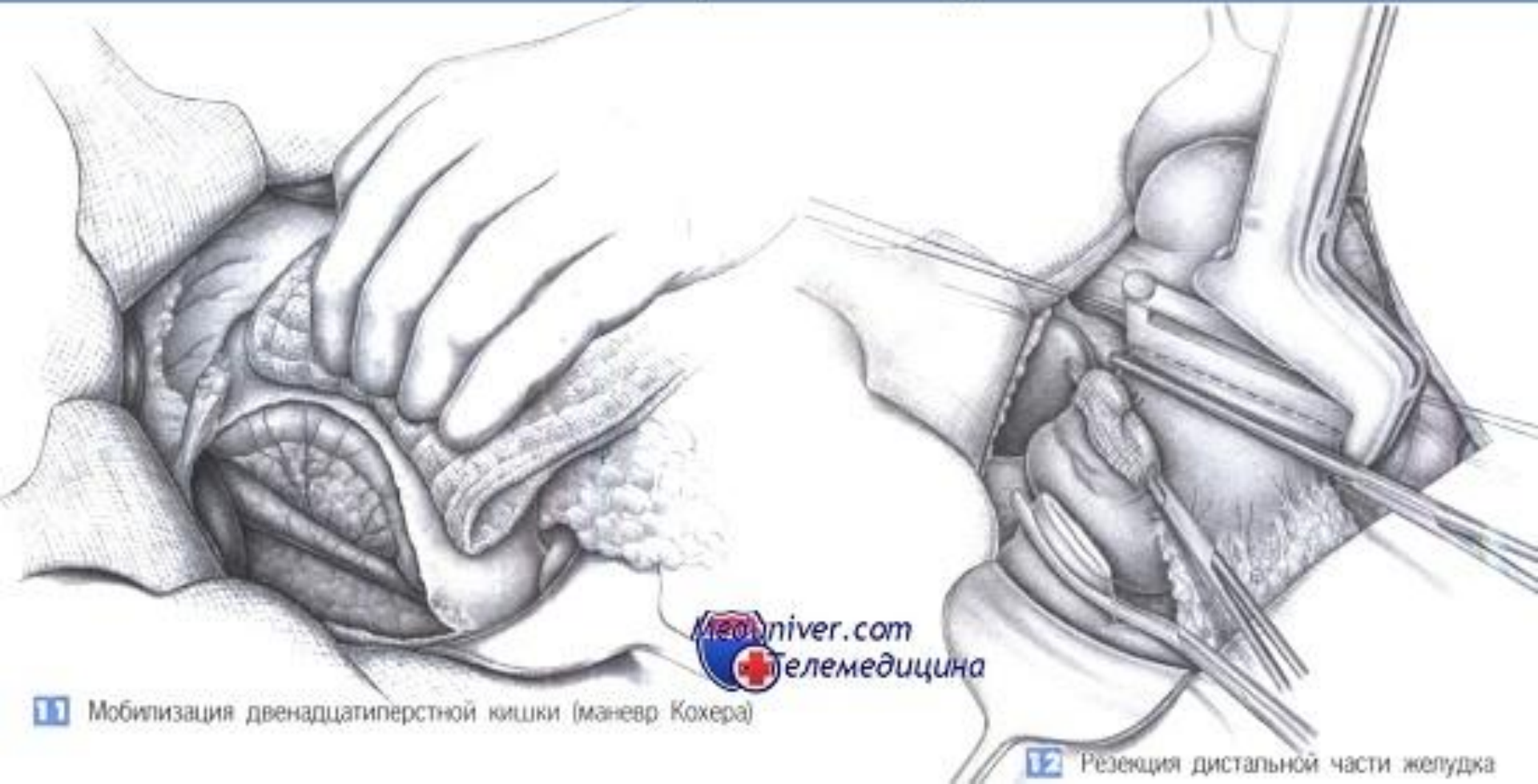


8 Проксимальная скелетизация малого сальника

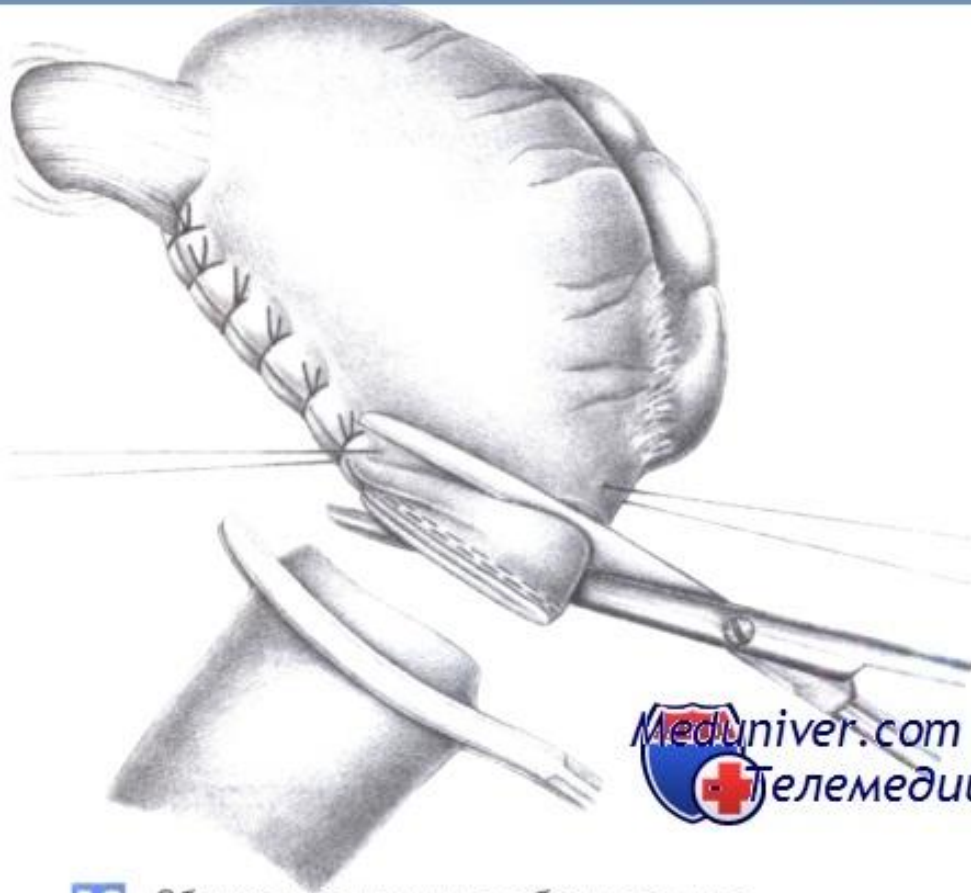
Резекция желудка по Бильрот-1



Резекция желудка по Бильрот-1

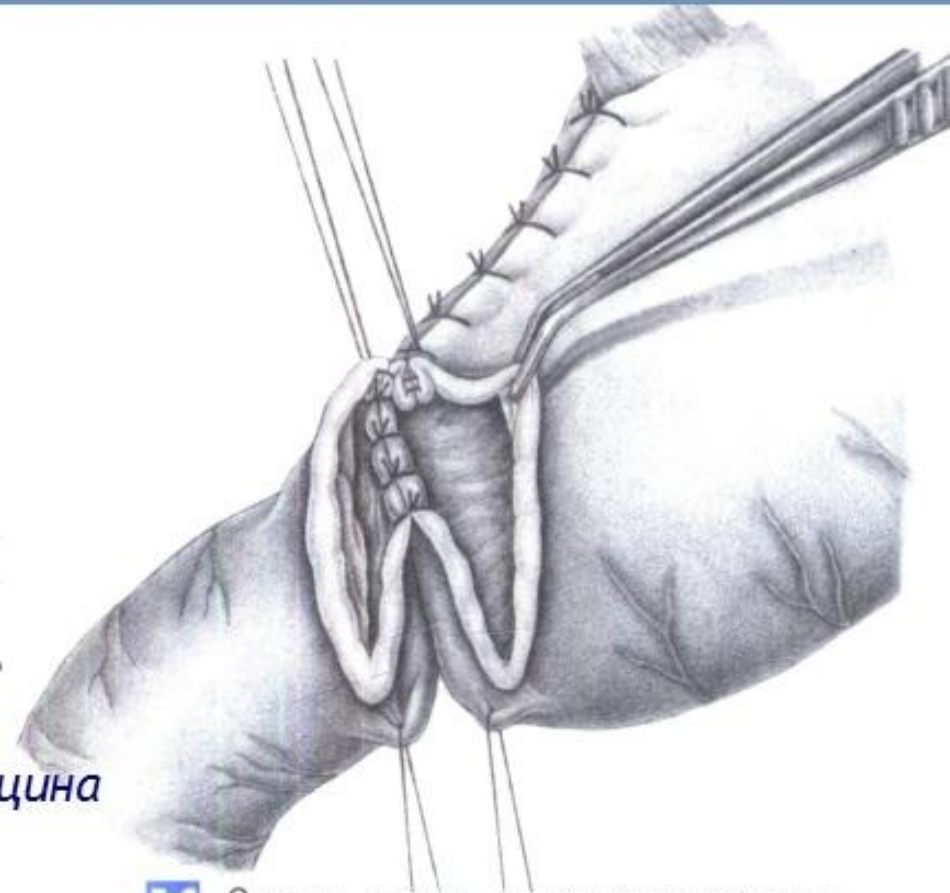


Резекция желудка по Бильрот-1



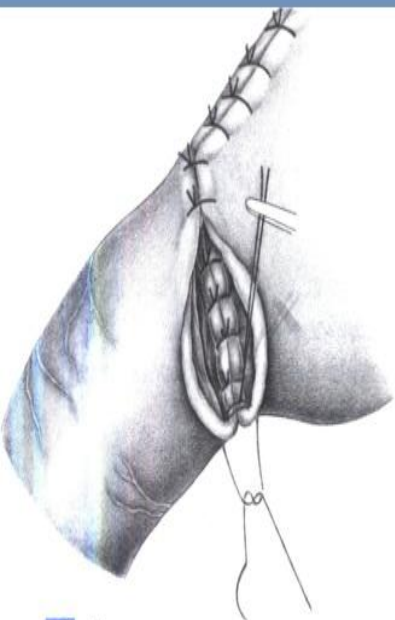
13 Обшивание линии скобочного шва

Meduniver.com
Телемедицина



14 Задняя стенка гастродуоденостомии

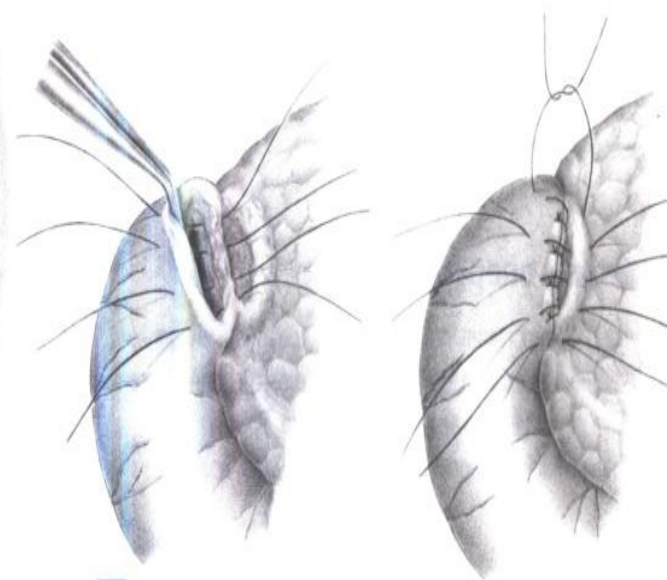
Резекция желудка по Бильрот-1



15 Передняя стенка гастродуоденостомии



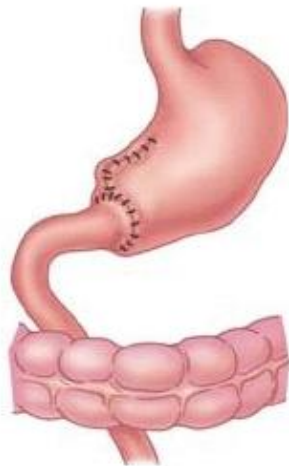
16 Гастродуоденостомия «конец в бок»



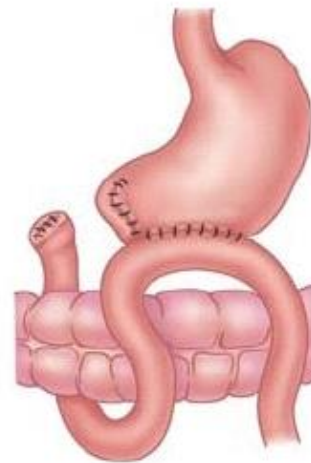
17 Закрытие трудной культи двенадцатиперстной кишки

Бильрот 2

При резекции по Бильрот 2 после удаления дистальной части органа культю желудка и ДПК зашивают, а между желудком и тощей кишкой образуют гастроэнтероанастомоз по типу «бок в бок». Петлю тощей кишки подводят к культе желудка позади поперечной ободочной кишки через отверстие в mesocolon. При данной методике устраняются недостатки резекции Бильрот 1, но происходит одностороннее выключение из функций ЖКТ ДПК, что нефизиологично. Кроме того, пища через приводящий конец кишки может попадать в ДПК, где застаивается и подвергается гниению. Чтобы избежать этого Браун предложил накладывать энтероэнтероанастомоз между приводящим и отводящим концами тонкой кишки.



Billroth I



Billroth II

Бильрот 2

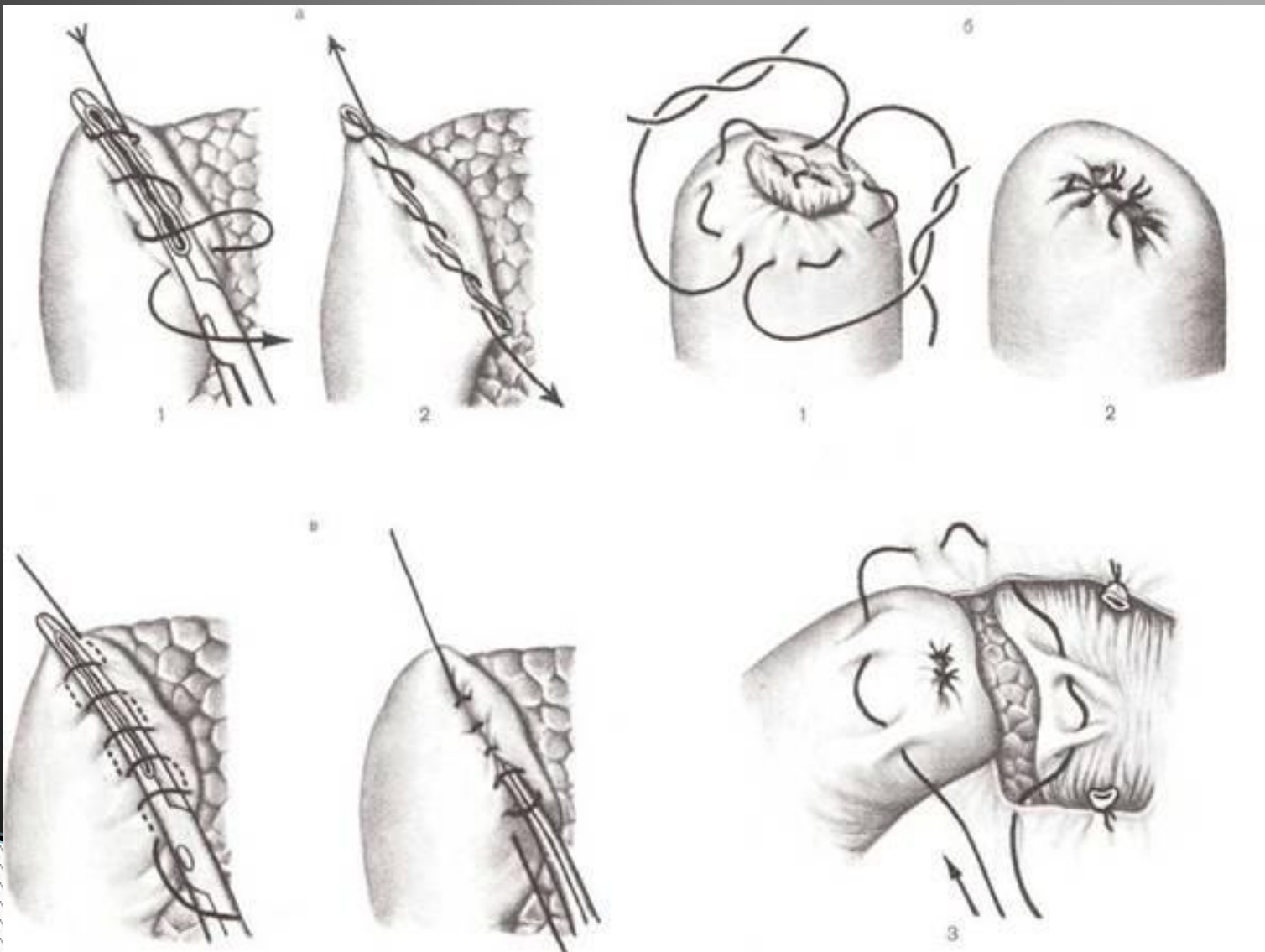
Преимущества резекции желудка по Бильрот 2

- 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.

Недостатки резекции желудка по Бильрот 2:

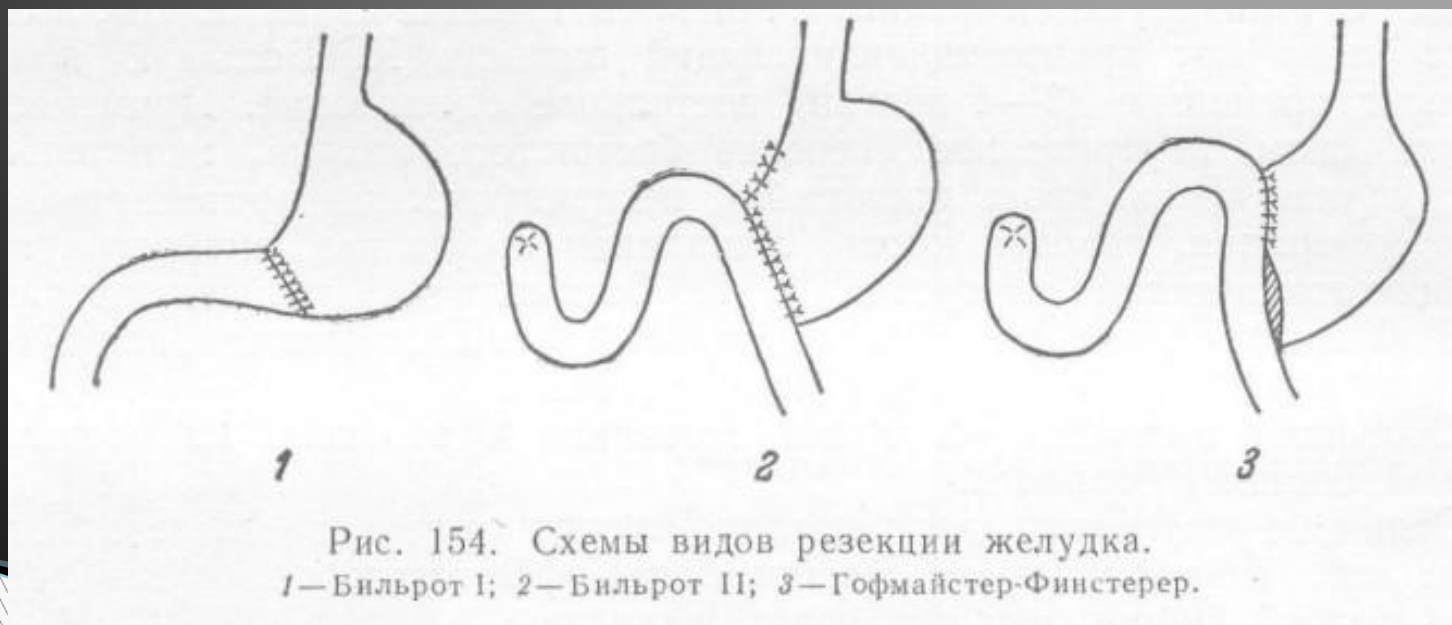
- Повышается риск развития демпинг-синдрома.
- Возможными, хотя и редкими осложнениями являются синдром приводящей петли и внутренняя грыжа.

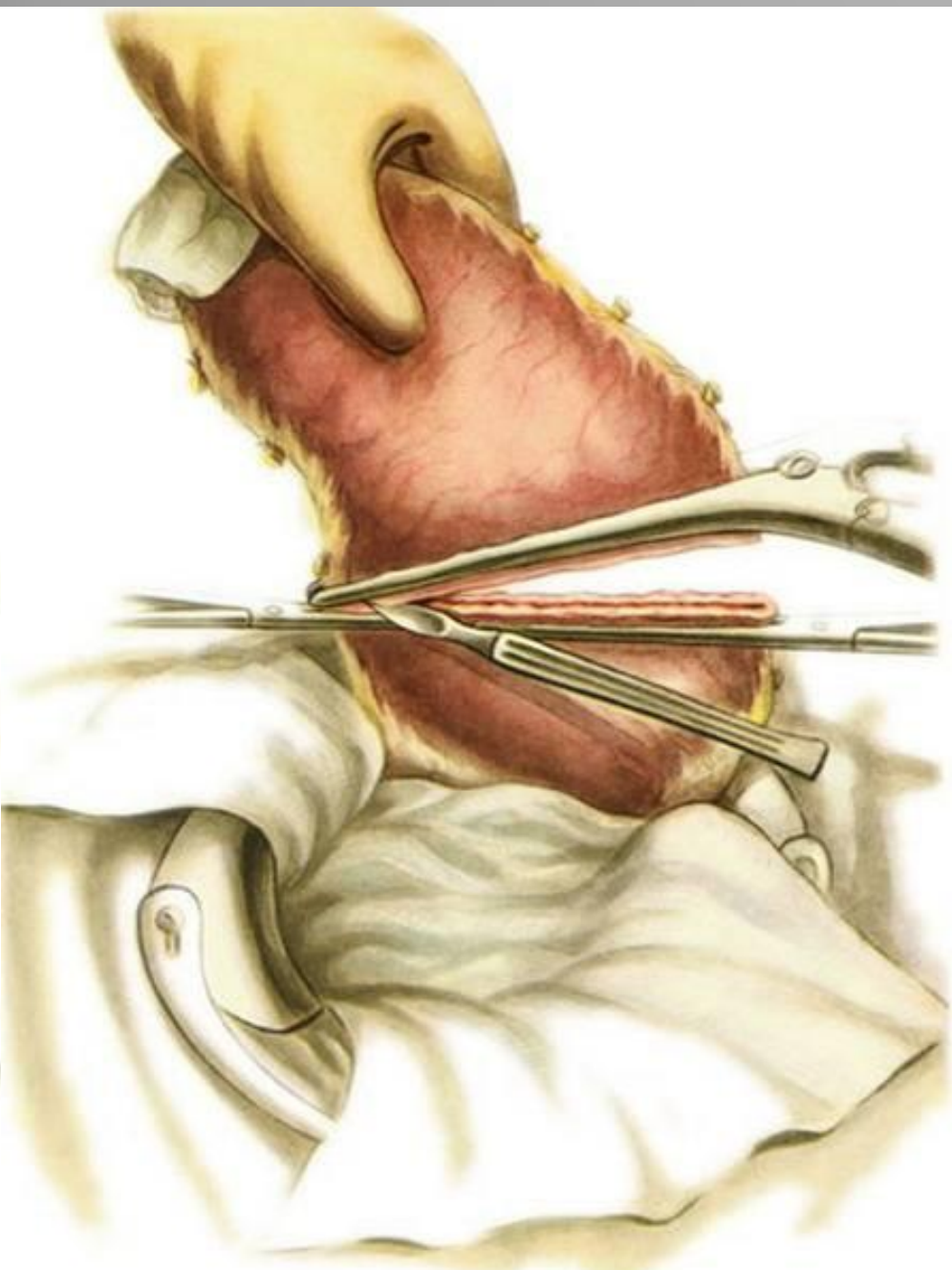
Обработка культи ДПК

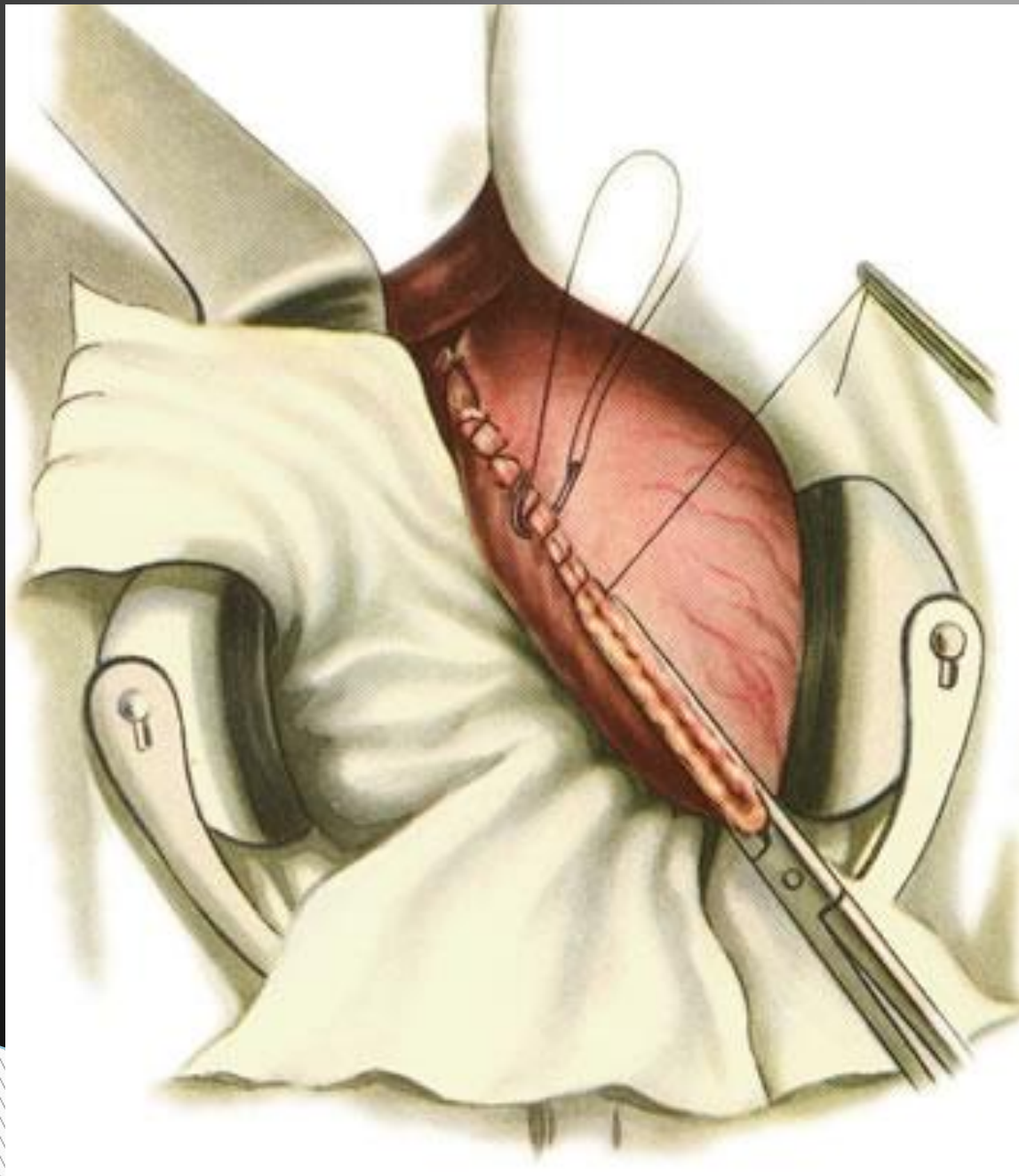


Бильрот 2 в модификации Гофмейстера-Финстерера

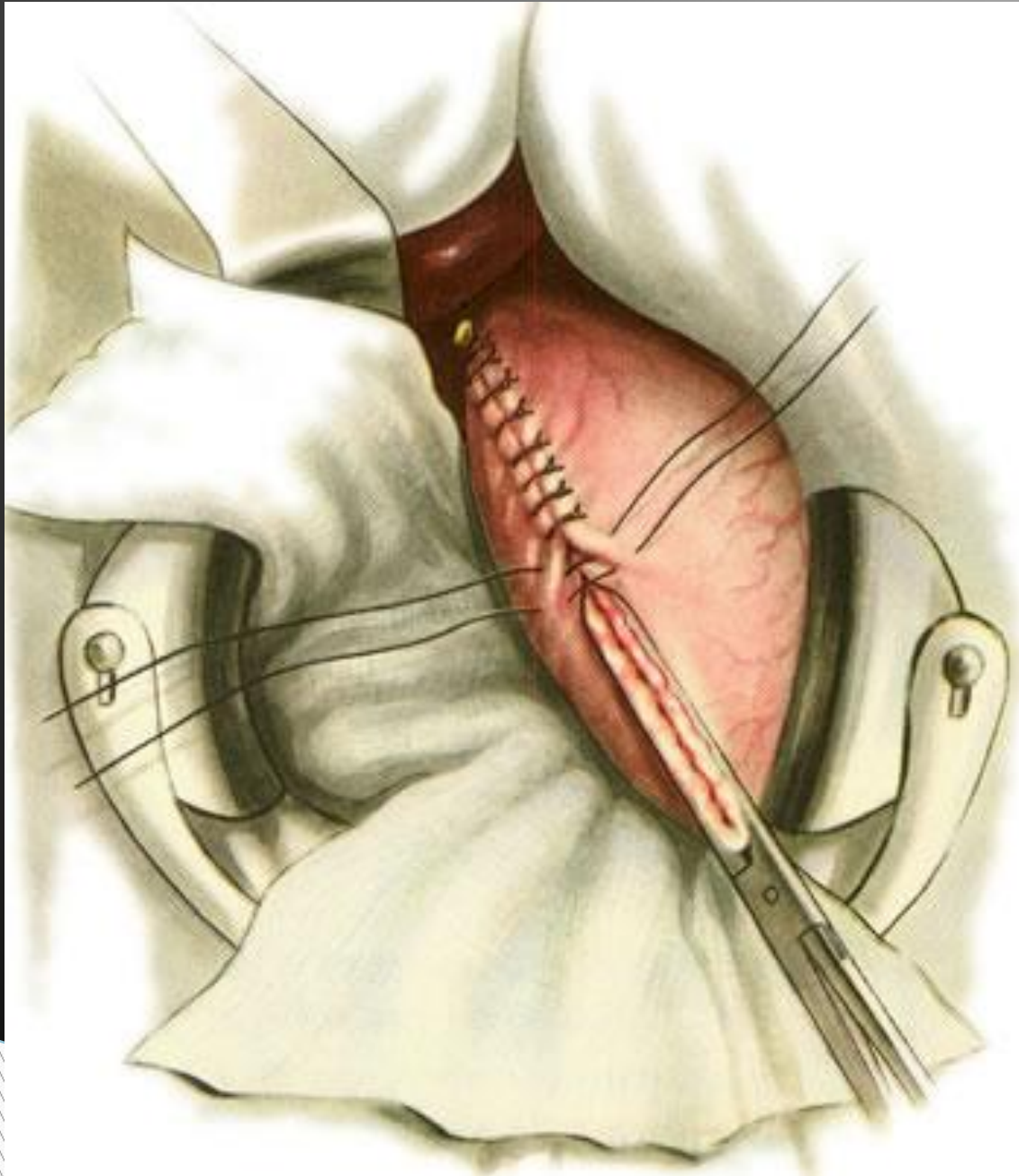
Культия ДПК при этом способе ушивается наглухо, анастомоз (несколько более узкий за счет частичного ушивания проксимальной части культи желудка) накладывается между культей желудка и тощей кашкой в изоперистальтическом направлении по типу «конец-в-бок». Петлю тощей кишки подводят к культе желудка позади поперечной ободочной кишки через отверстие в ее брыжейке.



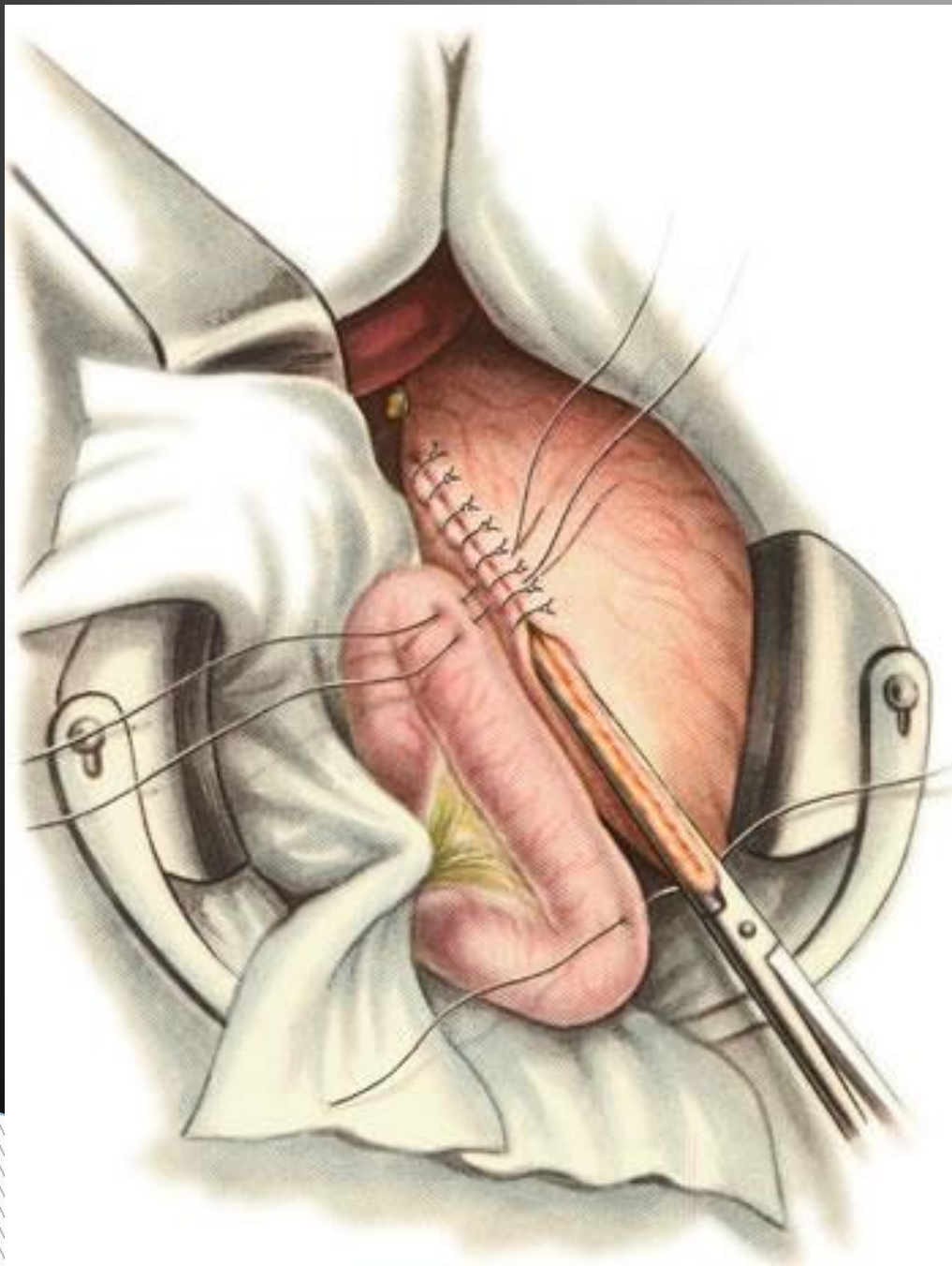




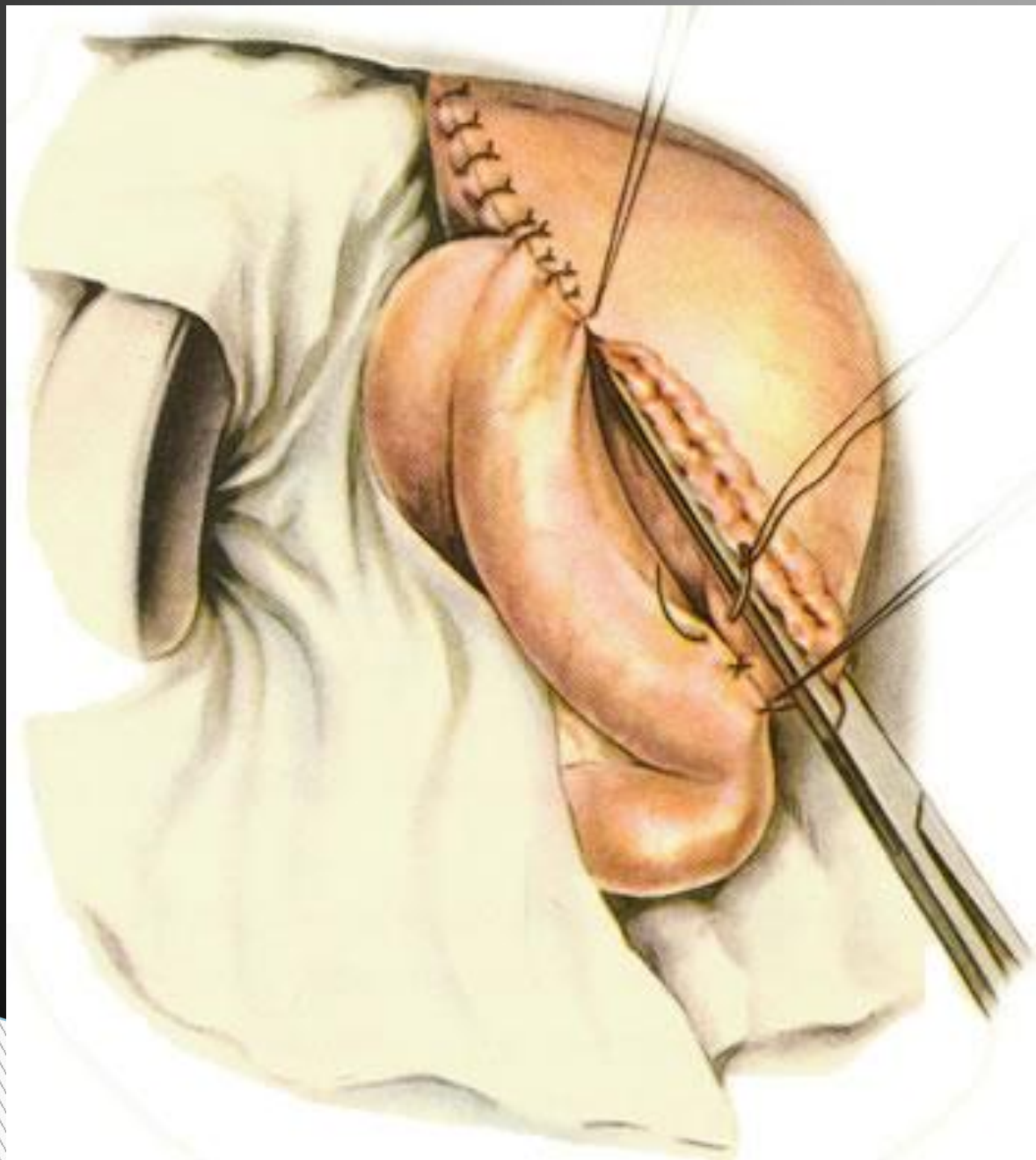
Ушивание верхней части
культи желудка.
Наложение обвивного шва
в направлении малой
кривизны.



Ушивание верхней части
культи желудка. Наложение
ряда узловых серозно-
мышечных швов.

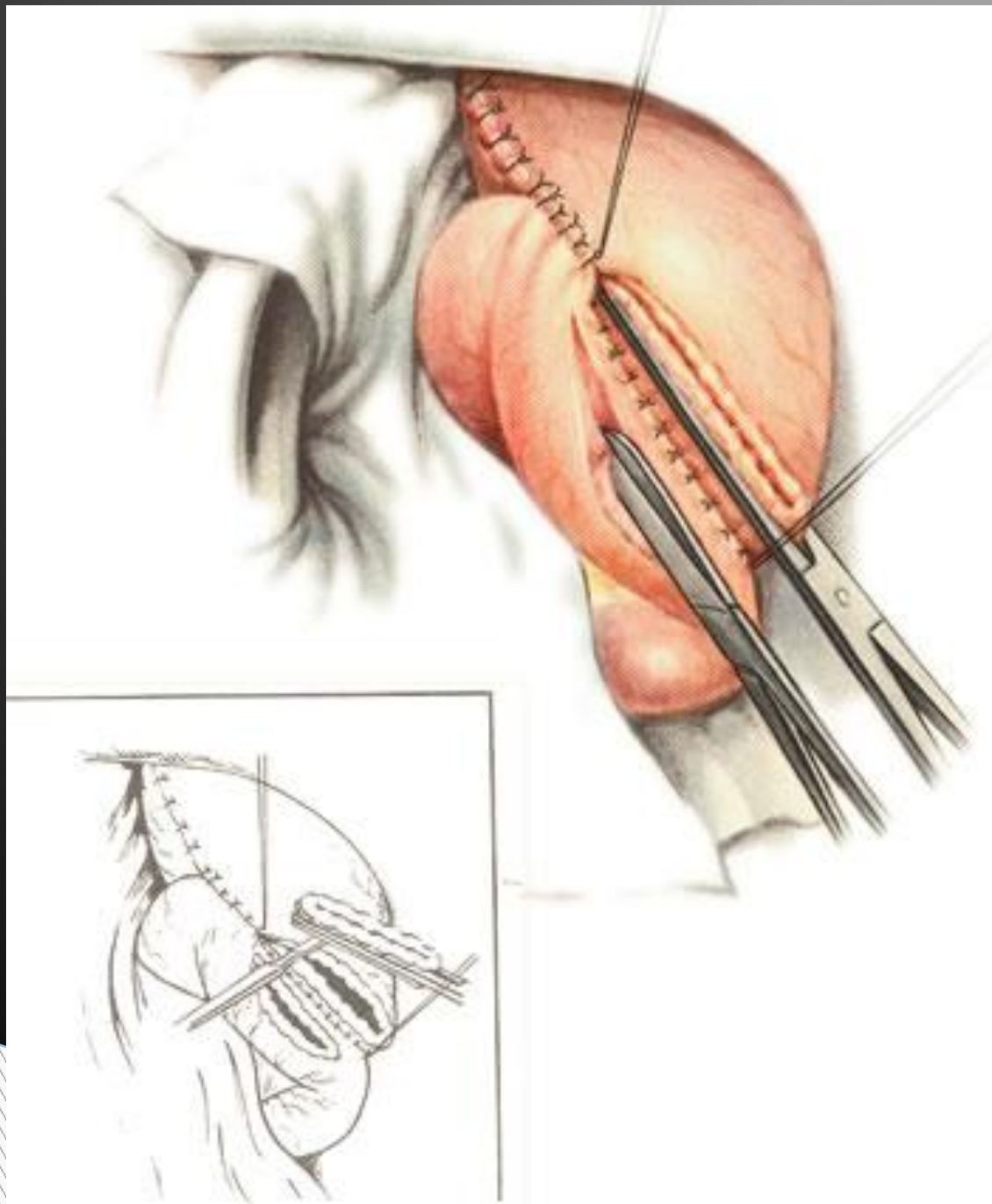


Подшивание короткой петли
тощей кишки к культе желудка.



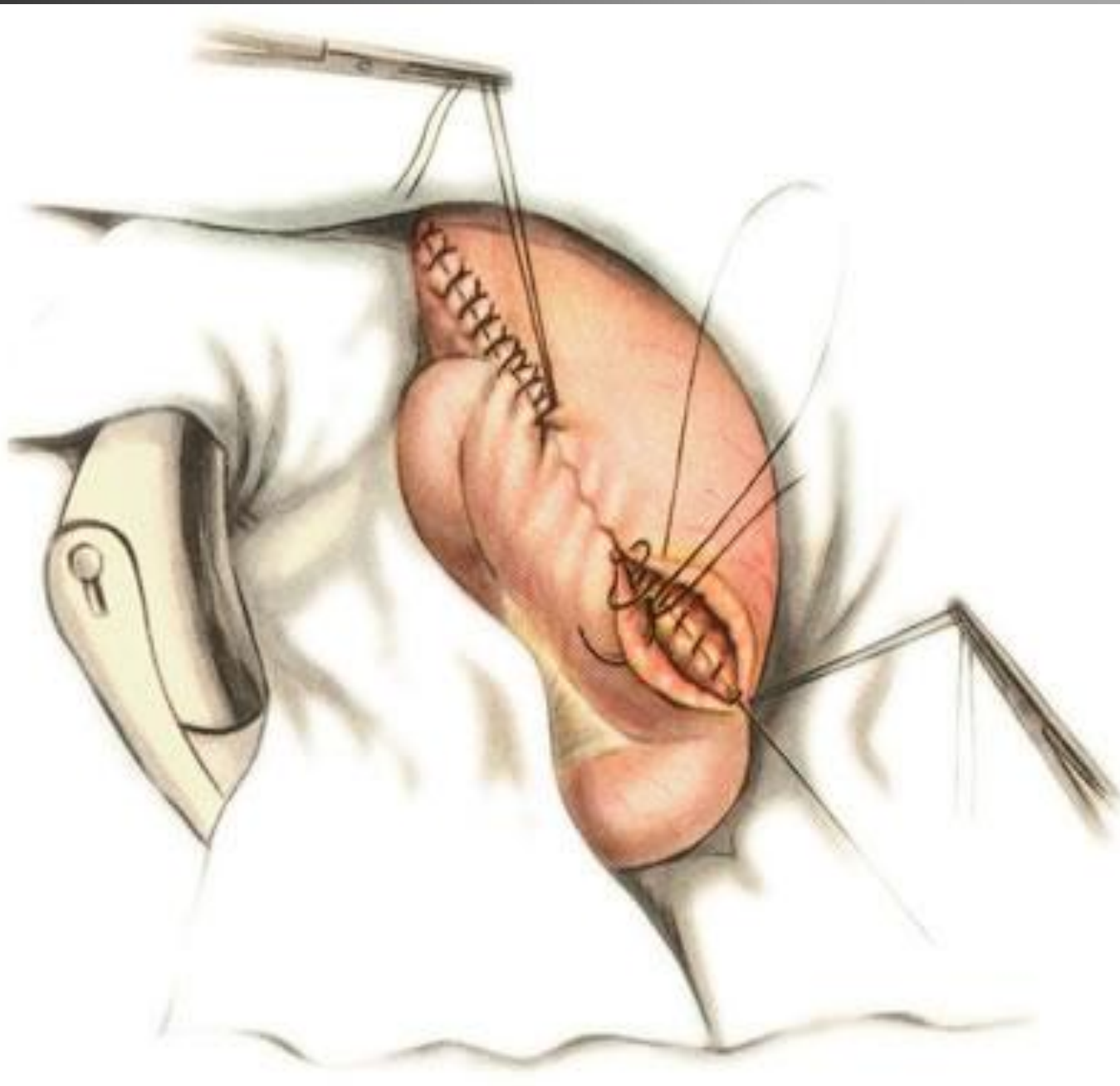
Наложение первого ряда узловых серозно-мышечных швов.

Вскрытие просвета кишки.

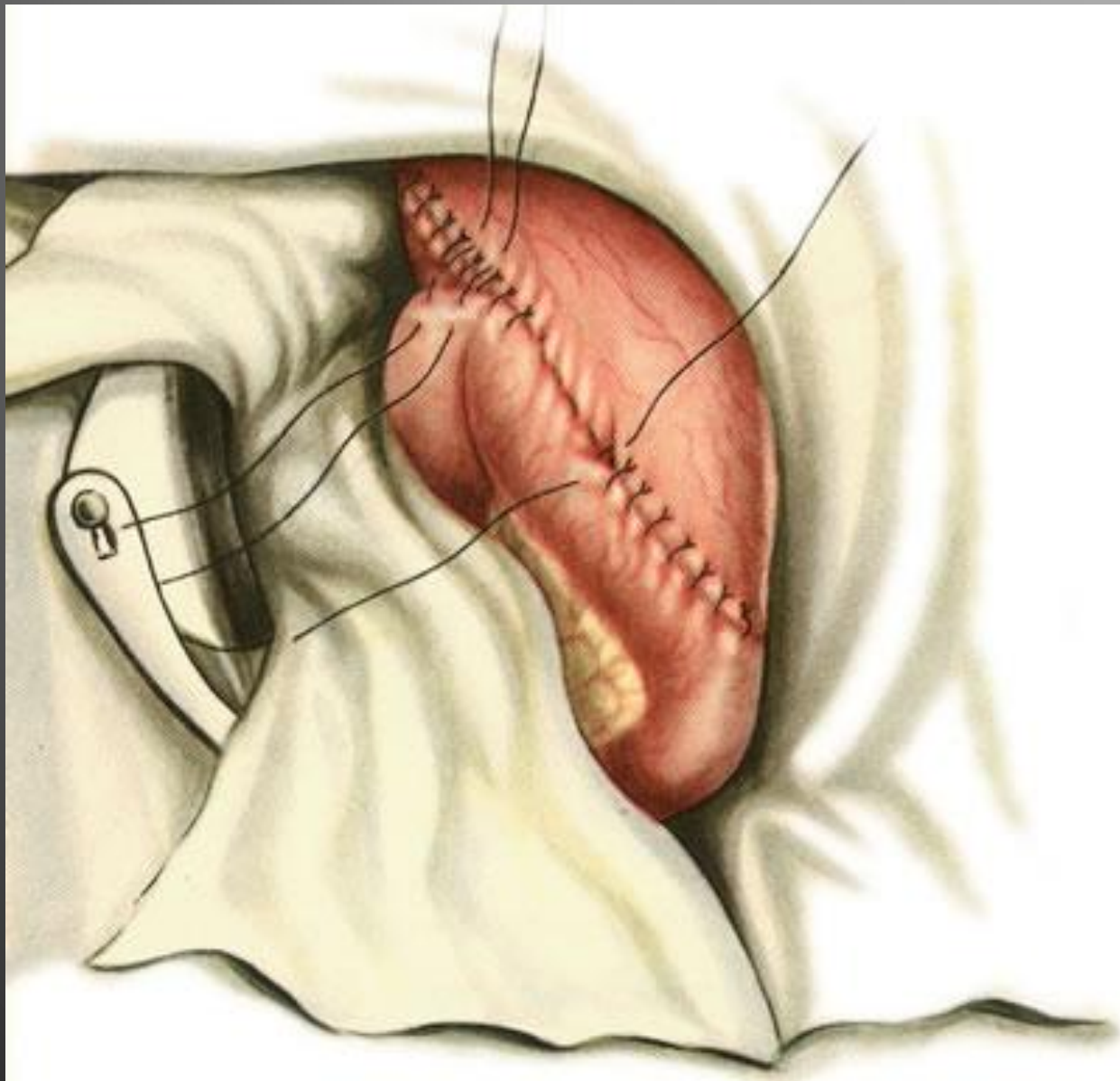




Наложение обвивного шва на задние губы анастомоза.



Наложение
скорняжного шва на
передние губы
анастомоза.



Наложение серозно-мышечных швов на переднюю стенку анастомоза и подтягивание приводящей петли кишки к культе желудка выше анастомоза.

Спасибо за внимание!