


Северо-Западный государственный медицинский
университет имени И. И. Мечникова


Презентация на тему:

Резекция пилорического отдела желудка

Выполнила:
студентка
ЛФ II курса
272 группы
Орлова Е.Б.



Резекция желудка

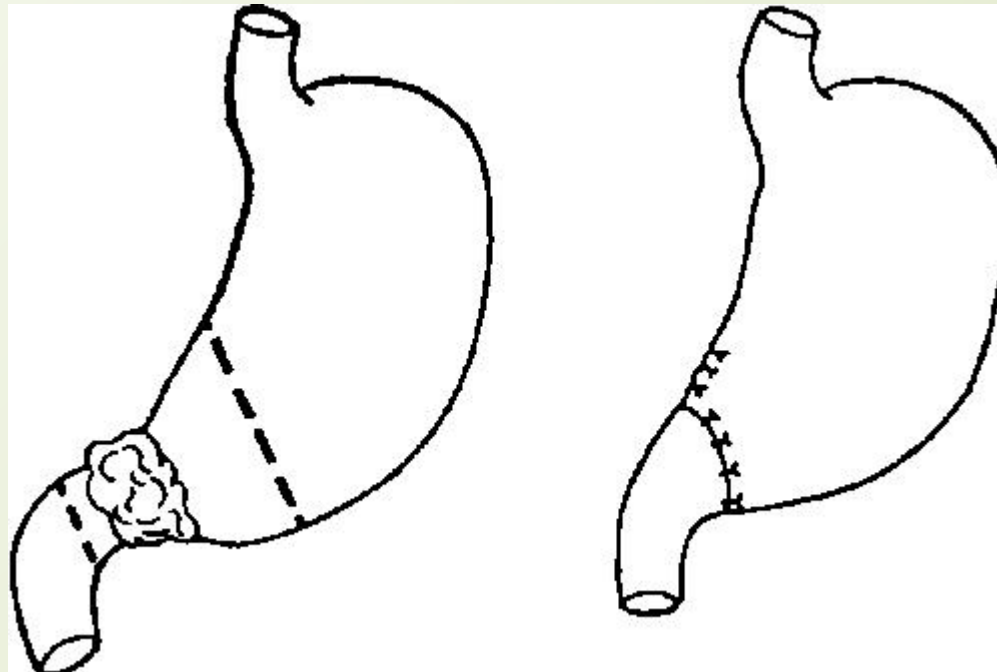
- Операция является одной из наиболее частых при заболеваниях желудка и двенадцатиперстной кишки;
 - Принцип операции состоит в иссечении пораженной части желудка и восстановлении непрерывности желудочно-кишечного тракта путем наложения анастомоза между культей желудка и двенадцатиперстной или тощей кишкой.
- 

История

- В 1810 г. Меррем (D. Merrem) произвел резекцию пилорического отдела желудка у нескольких собак с благоприятным исходом;
- В 1876 г. по поручению Бильрота (*T. Billroth*, нем. хирург, 1829 — 1894) Гуссенбауэр и Винивартер (*C. Gussenbauer, A. Winiwarter*) повторили эксперименты Меррема;
- В 1877 г. Бильрот после успешного ушивания раны желудка высказал мысль о возможности удаления пораженного раком участка желудка;
- В 1879 г. Пеан (*J. E. Pean*), а в 1880 г. Ридигер (*J. Rydygier*) произвели по заранее продуманному плану резекцию пилорического отдела желудка по поводу стенозирующего рака. В обоих случаях больные погибли;
- 29 января 1881 г. Бильрот оперировал женщину 43 лет, страдавшую стенозирующим раком пилорического отдела желудка. Бильрот использовал схему операции, предложенную Ридигером. Но у неё был серьёзный недостаток: застой желудочного содержимого у нижнего угла культи желудка с риском развития несостоятельности швов в этом месте;
- 12 марта 1881 г. Бильрот изменяет схему предыдущей операции и применяет методику, которая, как наиболее простая и рациональная, получает наибольшее распространение и становится известна как резекция желудка по способу Бильрот-1.

Способ резекции желудка «БИЛЬРОТ 1»

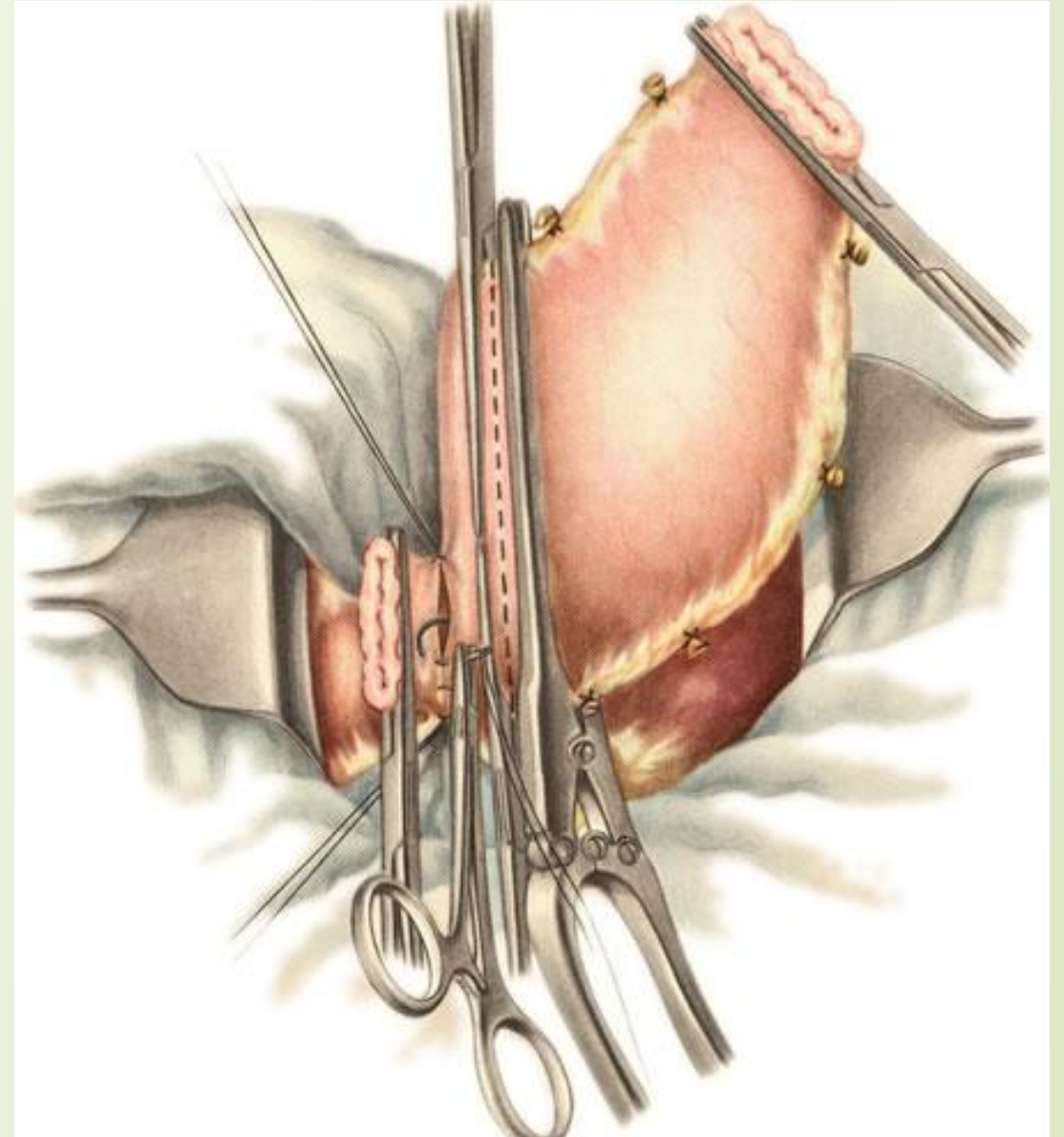
- Заключается в циркулярном иссечении пилорического и антрального отделов желудка и наложении анастомоза между двенадцатиперстной кишкой и нижней частью культи желудка по типу конец в конец.
- Схема операции, применённой Бильротом 12 марта 1881 г.: гастродуоденальный анастомоз конец в конец был сформирован у большой кривизны, просвет культи желудка частично ушит со стороны малой кривизны:



Техника операции «БИЛЬРОТ 1». 1

часть.

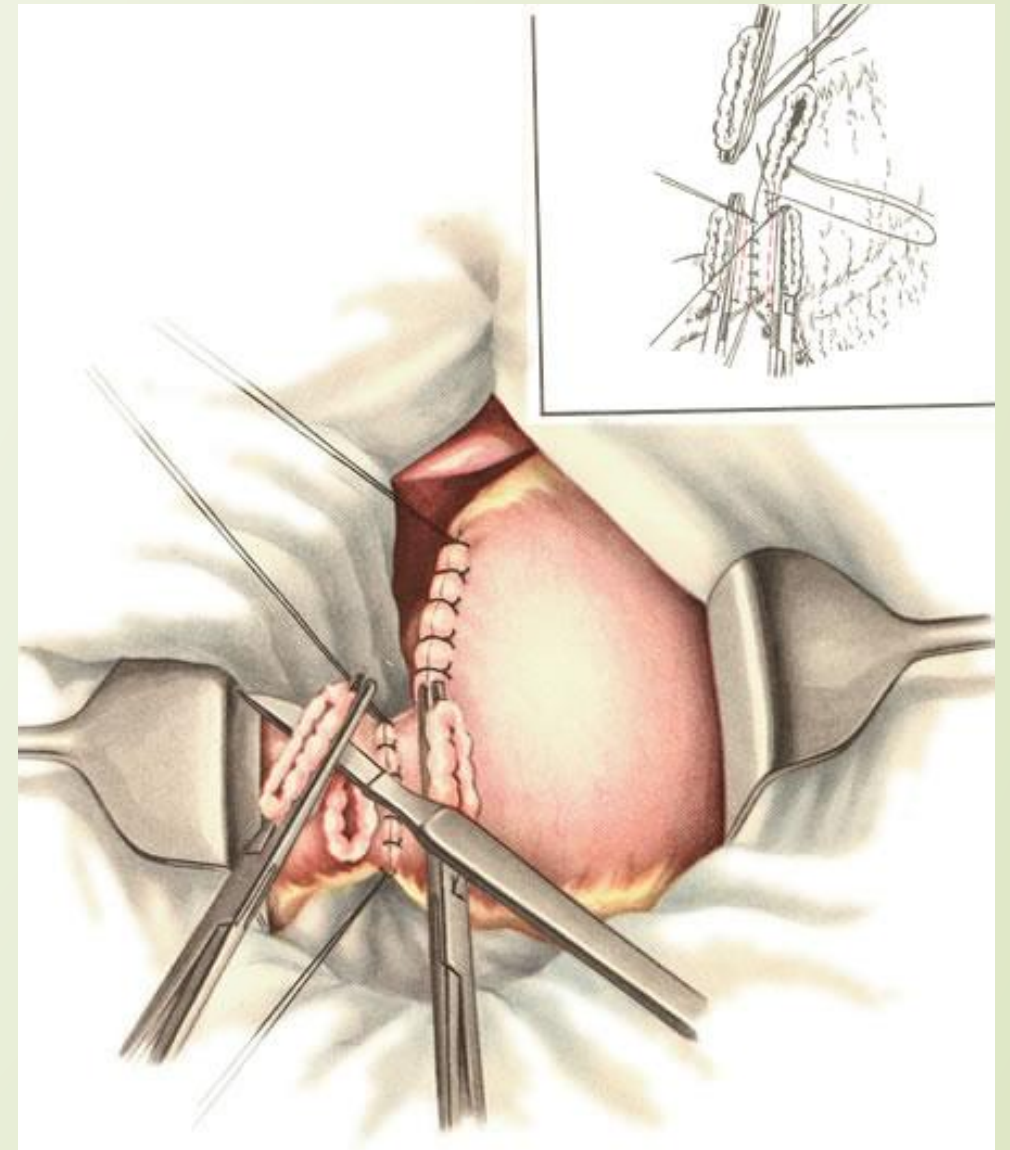
- После мобилизации желудка на пилорический отдел и начальную часть двенадцатиперстной кишки накладывают кишечные жомы. Между жомами желудок отсекают и отворачивают влево. На среднюю треть желудка накладывают жом Пайра и параллельно ему два зажима. После этого желудок подводят к двенадцатиперстной кишке и, отступя на 0,7—0,8 см от жомов, сшивают серозно-мышечными швами заднюю стенку желудка с задней стенкой двенадцатиперстной кишки.



Техника операции «БИЛЬРОТ 1». 2

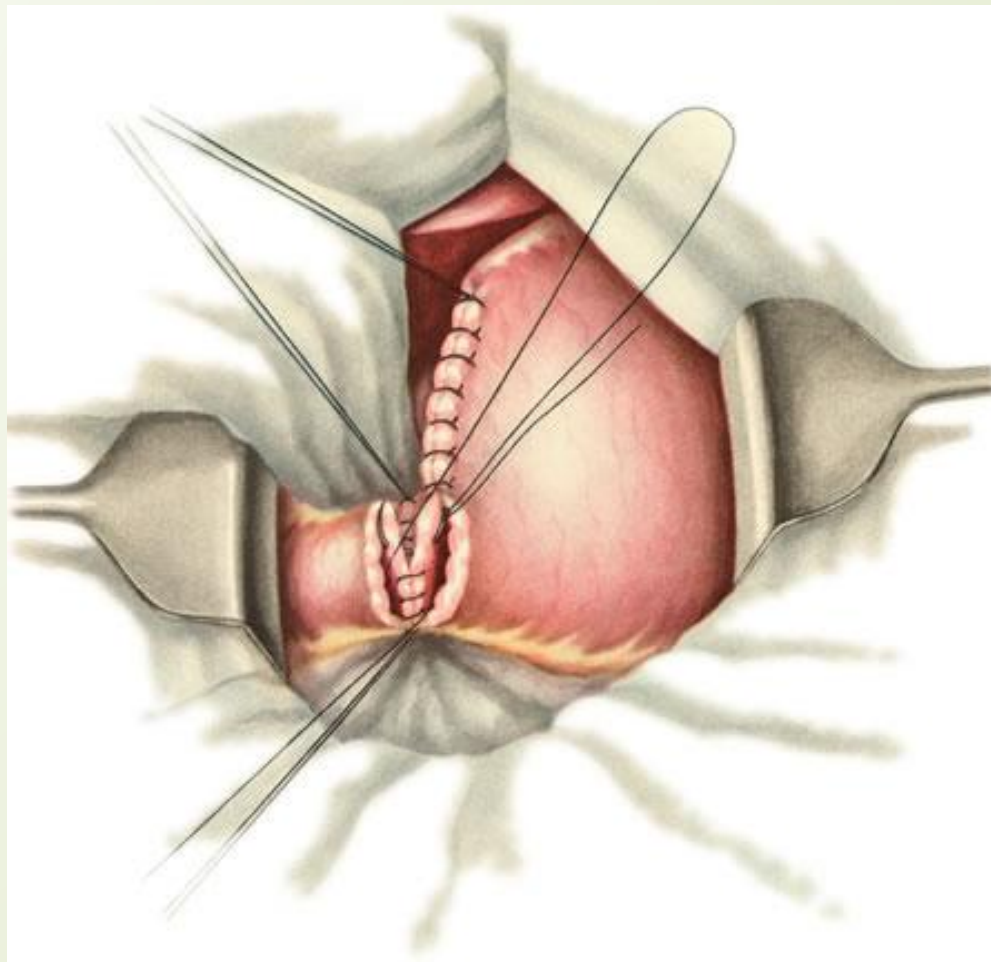
Часть.

- Нити наложенных швов срезают за исключением крайних, которые в дальнейшем при наложении анастомоза служат держалками. Затем желудок пересекают между жомами и препарат удаляют. На малую кривизну выше оставшегося жома накладывают шов-держалку и отсекают край желудочной стенки вместе с верхним жомом. На культю желудка накладывают вначале непрерывный кетгутовый шов, который проходит через все слои стенки желудка, а затем узловой серозно-мышечный шов. Закончив ушивание верхней части культи, срезают края стенки желудка и двенадцатиперстной кишки под жомами



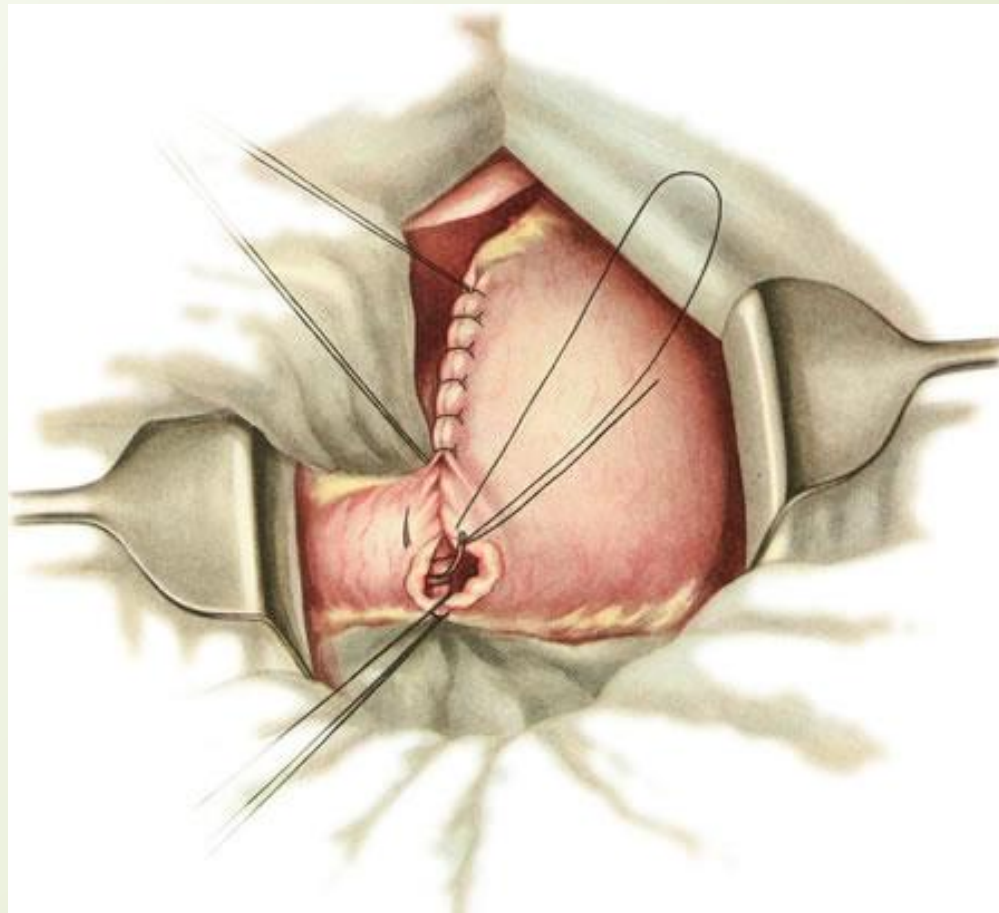
Техника операции «БИЛЬРОТ 1». 3 часть.

- На задние губы анастомоза накладывают непрерывный кетгутовый шов, начиная шить снизу вверх



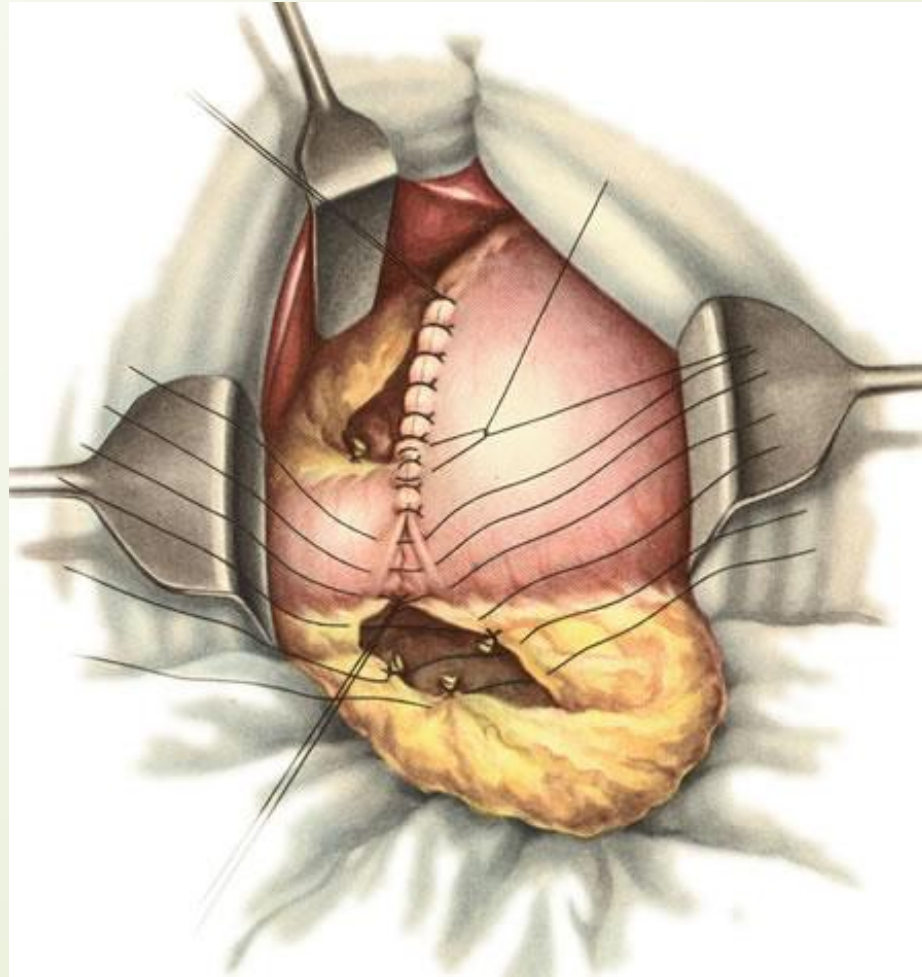
Техника операции «БИЛЬРОТ 1». 4 часть.

- У верхнего края анастомоза нить захлестывают и продолжают накладывать шов на передние губы (наложение скорняжного шва)



Техника операции «БИЛЬРОТ 1». 5 часть.

- Поверх первого ряда швов на переднюю стенку анастомоза накладывают второй ряд серозно-мышечных узловых швов



Техника операции «БИЛЬРОТ 1». 6 часть

- Следует уделять особое внимание тщательности ушивания анастомоза в верхнем углу на стыке трех швов. Здесь целесообразно наложить несколько дополнительных швов.
- После наложения анастомоза нити-держалки срезают и зашивают дефекты в желудочно-ободочной и печеночно-желудочной связках. Остатками связок прикрывают культю желудка и линию анастомоза. Рану брюшной стенки послойно зашивают наглухо.

Техника операции «БИЛЬРОТ 1».

Модификации. 1 Часть.

- Все модификации этого способа различаются между собой только методикой формирования гастро-дуоденального анастомоза. В зависимости от этого они могут быть разделены на четыре группы: а) анастомоз формируется по типу конец в конец; б) по типу конец в бок; в) по типу бок в конец; г) по типу бок в бок;

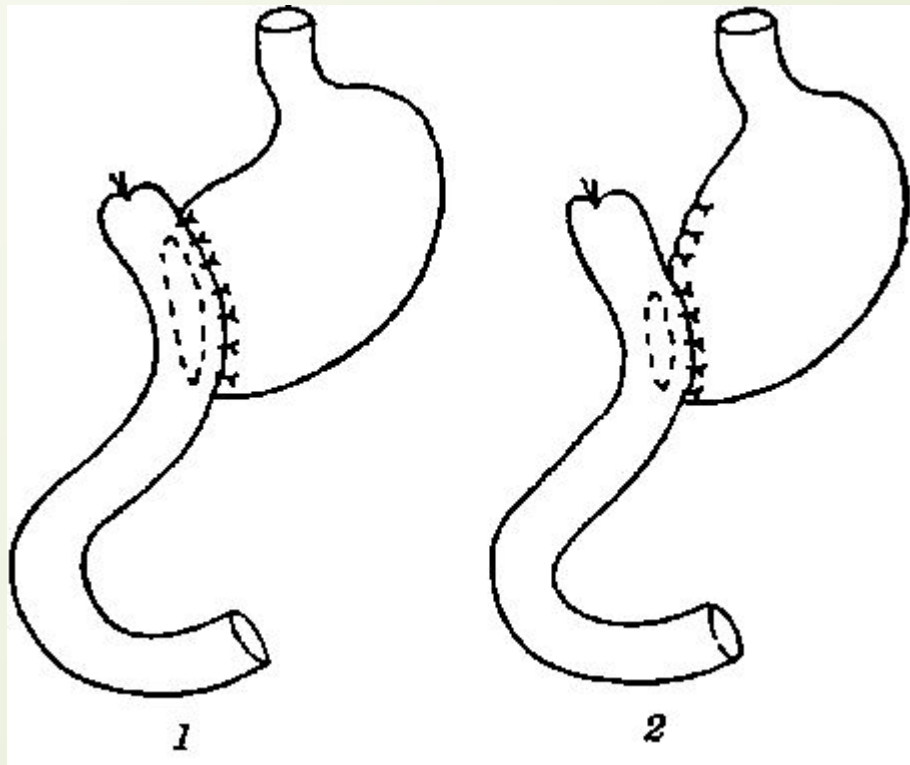


- Наиболее известен среди них метод Габерера (H. Haberer, 1933), позволяющий устранить несоответствие анастомозируемых органов без ушивания части просвета культи желудка. При этом способе путем наложения гофрирующих швов просвет культи желудка суживается до ширины двенадцатиперстной кишки, после чего между ними накладывается анастомоз конец в конец;

Техника операции «БИЛЬРОТ 1».

Модификации. 2 Часть.

- Из вариантов операции с гастродуоденальным анастомозом конец в бок наибольшее распространение получил способ, предложенный Габерером в 1922 г. и независимо от него Финнеем (J. M. T. Finney) в 1924 г. При этом просвет культи желудка анастомозируется с передней стенкой вертикальной части двенадцатиперстной кишки после ушивания наглухо ее культи (рис. 1).



- В модификации Финстерера (H. Finsterer, 1929) анастомоз накладывается вблизи большой кривизны просвета культи желудка, частично ушитой со стороны малой кривизны (рис. 2). Этот метод позволяет создать гастродуоденальный анастомоз с его функциональными преимуществами при резких рубцовых изменениях начальной части двенадцатиперстной кишки, исключающих возможность создания гастродуоденального анастомоза конец в конец.

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
- Техническая простота и быстрота выполнения операции. Помимо этого, всё хирургическое вмешательство проводится в верхней части брюшной полости.
- Отсутствие прямого контакта слизистой оболочки желудка со слизистой оболочкой тощей кишки, что полностью исключает образование пептических язв соустья.
- 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

- Слабым местом операции по способу Бильрот-I в любой ее модификации является возможность расхождения швов анастомоза, обусловленная сравнительно бедным кровоснабжением начальной части двенадцатиперстной кишки и отсутствием серозного покрова на ее задней стенке. Эти особенности анатомического строения двенадцатиперстной кишки способствуют развитию несостоятельности швов, если анастомоз наложен с натяжением. Возможность совершенно свободного сближения сшиваемых органов более важна для успеха вмешательства, чем ликвидация «опасного угла»; этим и объясняются, с одной стороны, популярность классического варианта способа Бильрот-I, с другой — использование этого метода только для наиболее экономных пилоро-антральных резекций.
- Этот вид операций чаще провоцирует появление язв анастомоза, язвы двенадцатиперстной кишки.
- Резекция желудка по Бильрот 1 не проводится при диагнозе рак желудка.

Способ резекции желудка «БИЛЬРОТ 2»

- Отличается от Бильрот 1 тем, что после резекции желудка культю его зашивают наглухо и восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта осуществляют путем наложения переднего или заднего гастроэнтероанастомоза.
- Способ Бильрот II, так же как и способ Бильрот I, имеет много модификаций. Особенно большое распространение получили модификации Гофмейстера — Финстерера (Hoffmeister — Finsterer), Райхель — Полиа (Reichel — Polya), Кронлайна — Бальфура (Kronlein — Balfour) и некоторые другие. Различия между ними в основном заключаются в методике закрытия культи желудка, подшивания петли тощей кишки к желудку и в способе расположения ее по отношению к поперечной ободочной кишке.
- Суть операции Бильрот II в модификации Гофмейстера — Финстерера заключается в резекции $2/3$ — $3/4$ желудка, ушивании верхней трети культи его и наложении анастомоза между короткой петлей тощей кишки и оставшимся просветом желудка. Приводящее колено петли кишки при этом способе подшивают несколькими узловыми швами к культе желудка выше анастомоза.

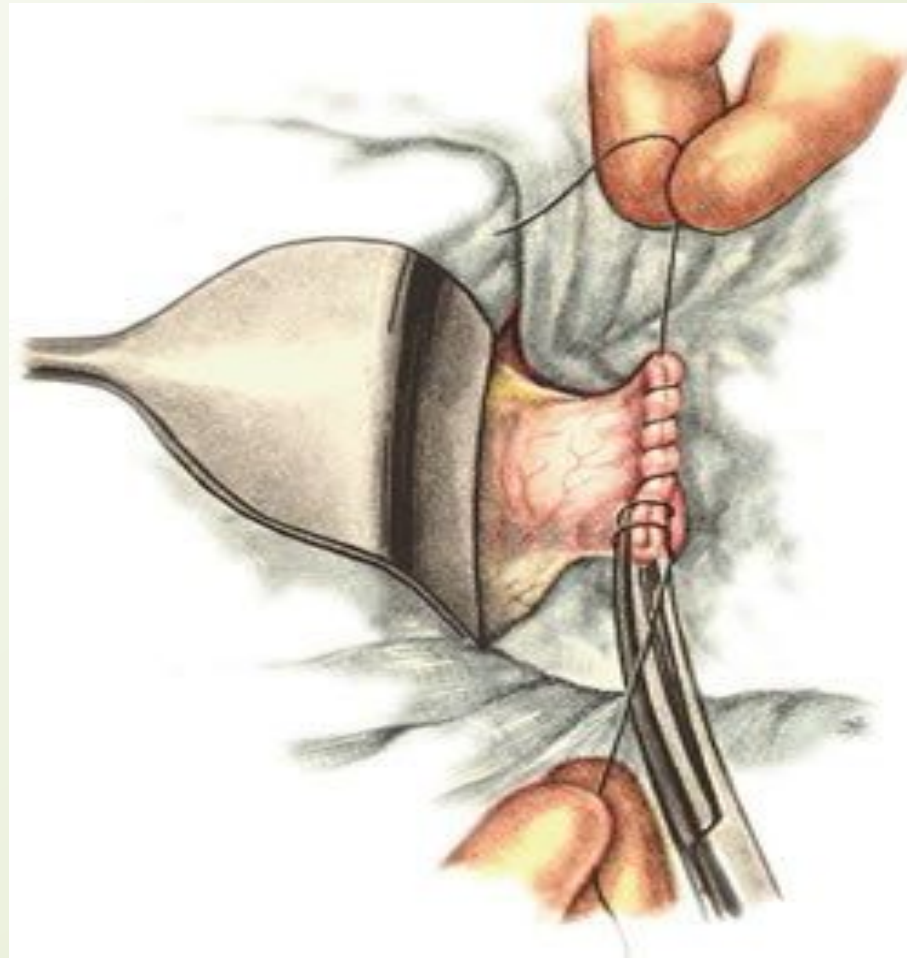
Техника операции «БИЛЬРОТ 2». Часть 1.



□ Методика операции Бильрот II в модификации Гофмейстера — Финстерера состоит в том, что гастроэнтероанастомоз накладывают по типу «конец в бок» (конец культи желудка сшивается с боковым отверстием в тонкой кишке) в изоперистальтическом направлении. Ширина просвета составляет 5-6см. Анастомоз (несколько более узкий за счет частичного ушивания проксимальной части культи желудка).

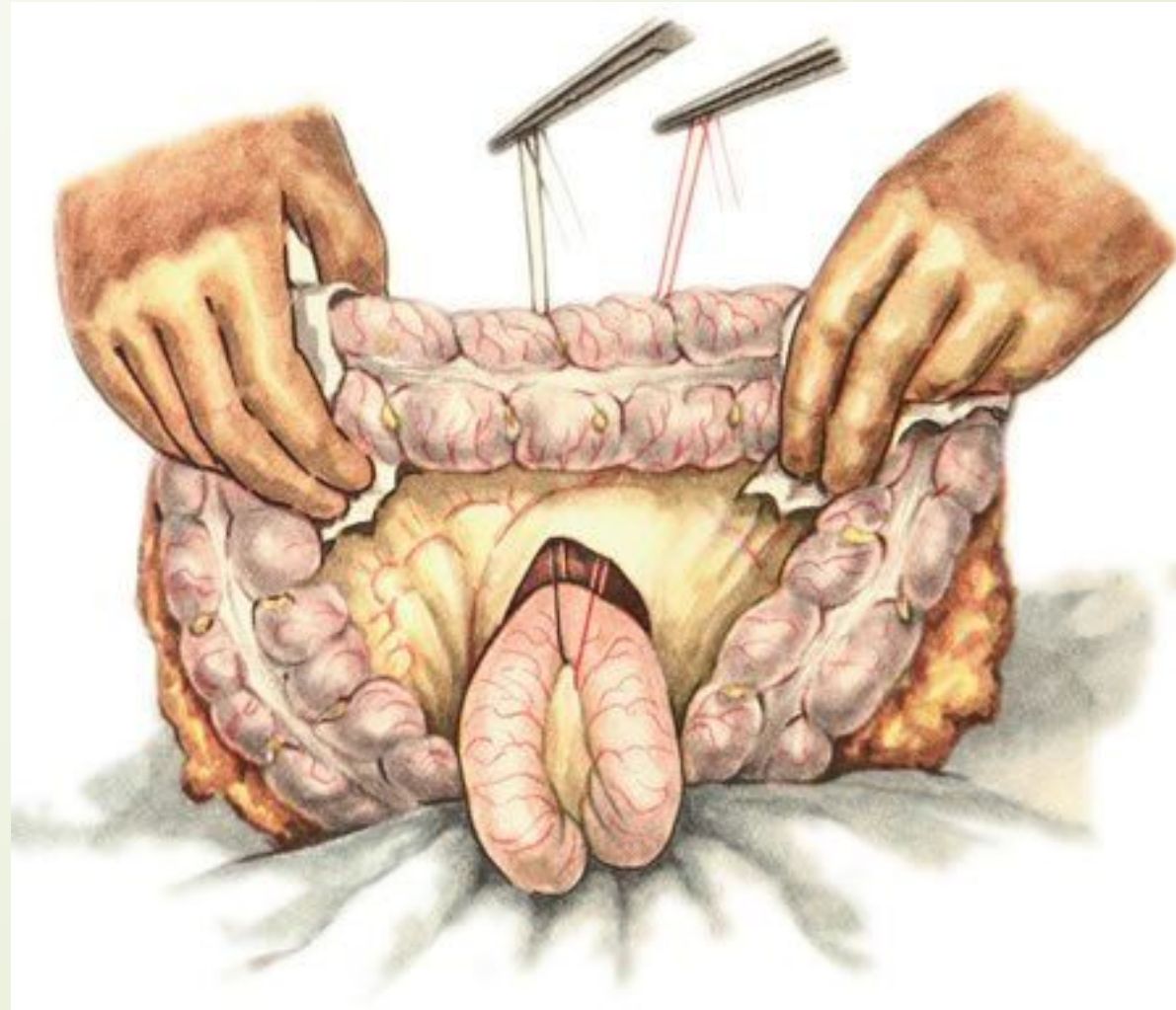
Техника операции «БИЛЬРОТ 2». Часть 2.

- Культю двенадцатиперстной кишки зашивают наглухо.
- Затем полностью или частично ушивают культю желудка.



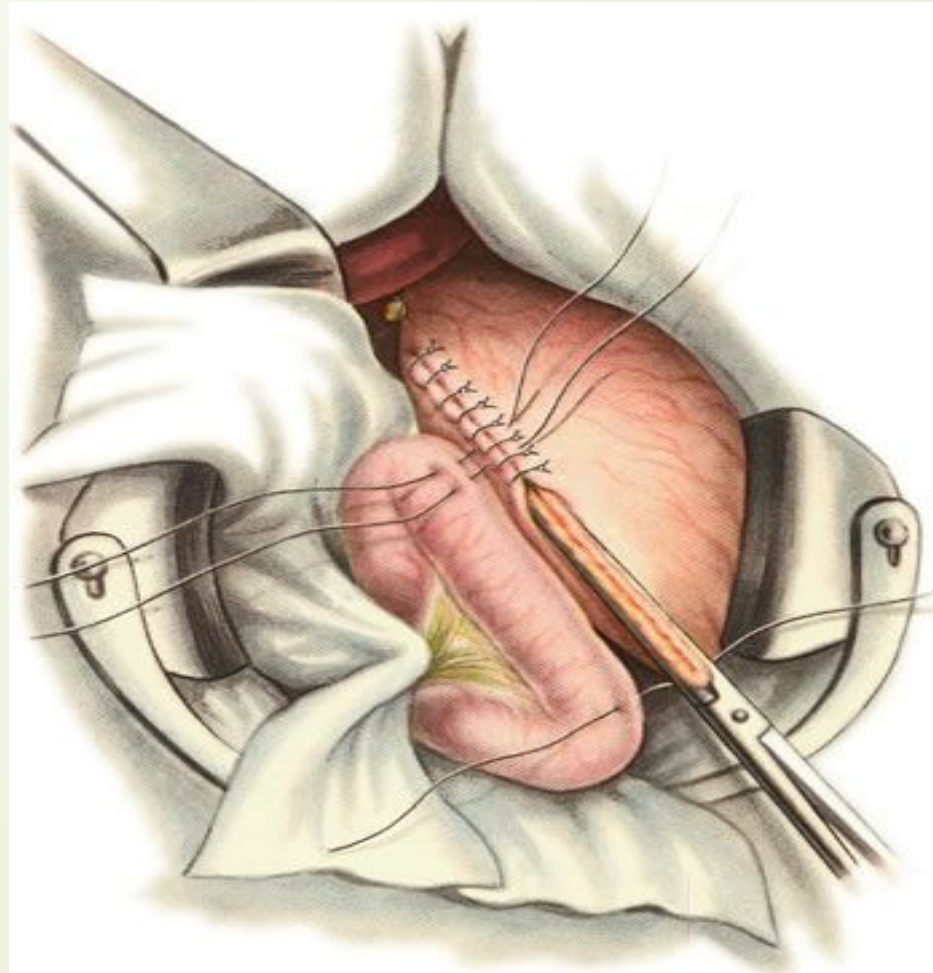
Техника операции «БИЛЬРОТ 2». Часть 3.

- Петлю тощей кишки подводят к культе желудка позади поперечной ободочной кишки через отверстие в mesocolon transversum.



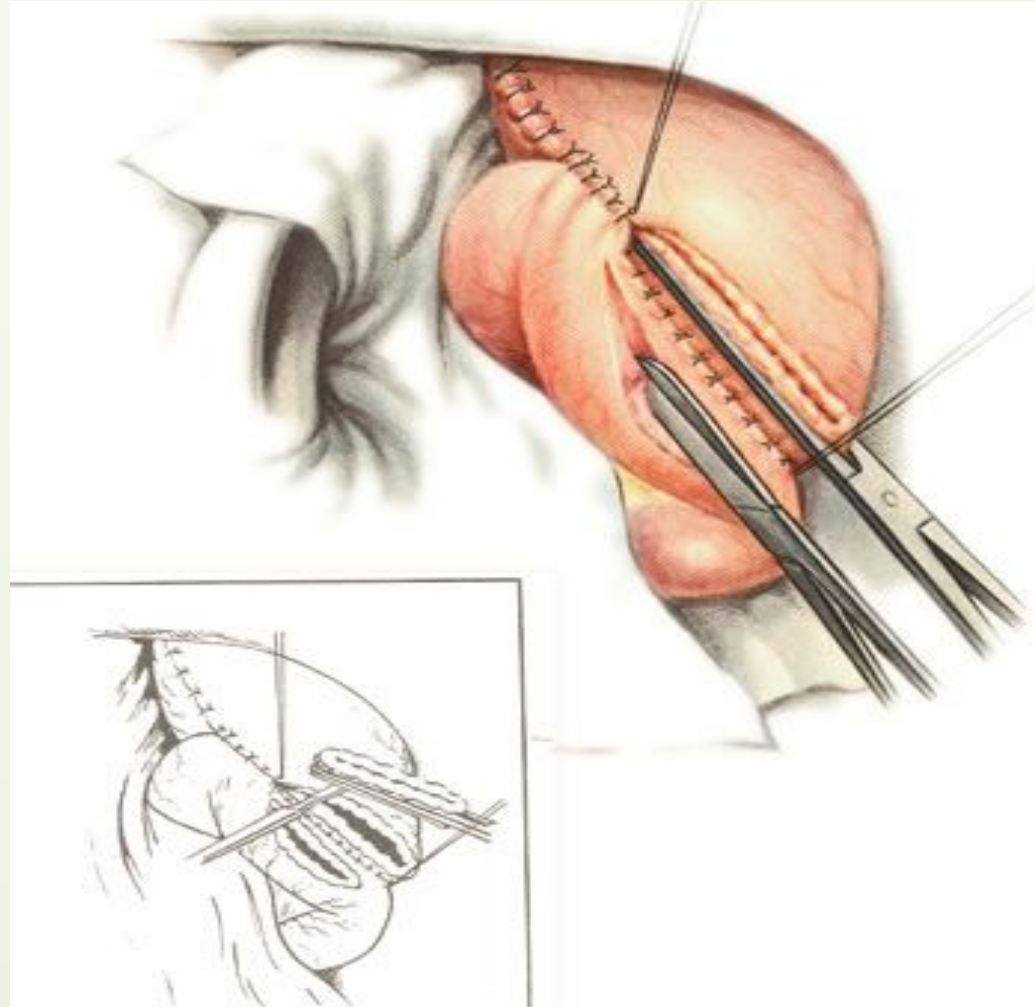
Техника операции «БИЛЬРОТ 2». Часть 4.

- Подшивать кишку к желудку необходимо так, чтобы линия анастомоза проходила посередине свободного края петли кишки.

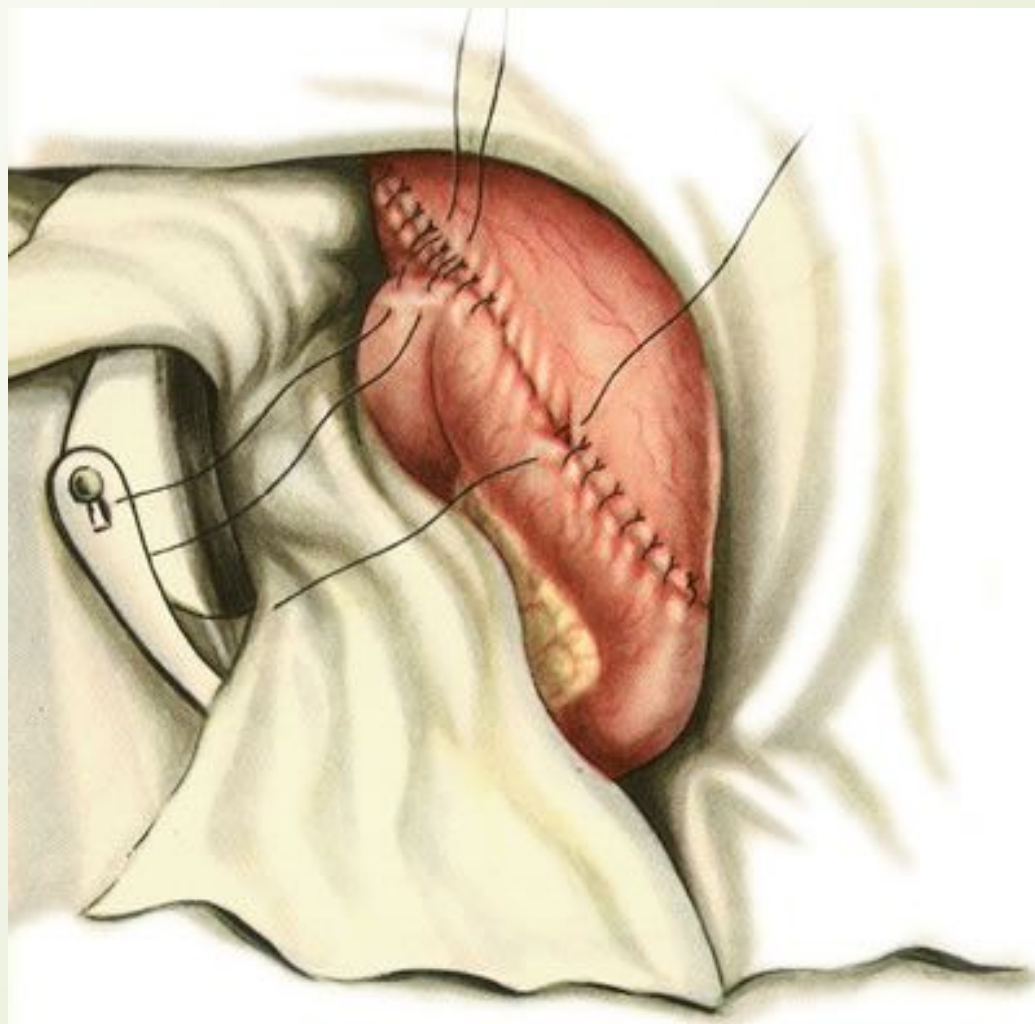


Техника операции «БИЛЬРОТ 2». Часть 5.

- Затем вскрывают просвет кишки и формируют гастроеюнальный анастомоз.



Техника операции «БИЛЬРОТ 2». Часть 6.



- Приводящий конец кишки 2-3 швами подшивают к желудку ближе к малой кривизне, для того чтобы:
 1. Увеличить изгиб приводящего отдела петли.
 2. Создать своего рода шпору, образованную избыточно сшитыми стенками желудка и кишки, которая действует как клапан, препятствует вытеканию содержимого из желудка в приводящую петлю.

Преимущества резекции желудка по Бильрот 2

- При этой методике устраняются недостатки способа Бильрот I;
- 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 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.
- Происходит одностороннее выключение из функции желудочно-кишечного тракта двенадцатиперстной кишки, что нефизиологично.
- Кроме того, при этом способе существует реальная опасность недостаточности швов культи двенадцатиперстной кишки, поэтому предложено много способов обработки культи двенадцатиперстной кишки (краевой шов Шмидена, кисетный шов и др.).



Спасибо за внимание!