Общие принципы радикальных операций на желудке и кишечнике.

***Радикальная операция*** – хирургическое вмешательство, направленное на удаление пораженного органа.

**Аппендэктомия.**

***Аппендэктомия*** - экстренная операция, требующая немедленного выполнения, заключающаяся в удалении воспаленного червеобразного отростка.

*Показания:* острый приступ аппендицита, хронический аппендицит (в холодном периоде).

Техника операции.

**Доступы:**

1. *Косой разрез по Мак-Бурнею*. Проводится перпендикулярно линии, проведенной от spina iliaca anterior superior к пупку (linea spinaumbilicalis), на границе средней и наружной трети, у молодых людей через точку Ланца – linea bispinalis. Верхняя треть динии должна быть выше linea spinaumbilicalis, а нижние две трети ниже. Разрез делается через все слои: кожа, ПЖК, поверхностная фасция, аппоневроз наружной косой мышцы, внутренняя косая мышца, поперечная мышца живота, внутрибрюшная фасция, париетальная брюшина.
2. *Косой переменный разрез по Мак-Бурнею-Волковичу-Дьяконову*. Разрез проводят также как при доступе по Мак-Бурнею, но рассекают только кожу, ПЖК, и апоневроз наружной косой мышцы живота. Далее тупо раздвигают тупфером, параллельно волокнам, сначала внутреннюю косую мышцу, а затем поперечную мышцу живота и растягивают их пластинчатыми крючками Фарабефа. Рассекают поперечную фасцию живота и приподнятую двумя анатомическими пинцетами складку париетальной брюшины и фиксируют ее края к салфеткам. Наиболее часто используемый сейчас разрез.
3. *Нижняя срединная лапаротомия*. Разрез по белой линии живота в ее нижней половине. Используется в тяжелых случаях.
4. *Кожный разрез по Ленандеру*. Параректальный разрез, кнутри от края правой прямой мышцы живота на 1-1,5 см. Середина разреза должна быть на linea bispinalis. Далее рассекают влагалище прямой мышцы (апоневрозы наружной косой, внутренней косой и поперечной мышц живота), сама мышца отодвигается кнутри, задний листок влагалища и брюшину рассекают. В тяжелых случаях для проведения исследования нижнего этажа брюшной полости.
5. *Поперечный разрез по Колесову*. Проводится по linea spinaumbilicalis. Выполняется редко.

Способы операции.

1. ***Лигатурно инвагинационный способ*.**
2. *Антеградный* – наиболее часто используемый способ. После выполнения разреза рану растягивают пластинчатыми крючками и выводят в рану слепую кишку окончатым зажимом или анатомическим пинцетом. Слепую кишку различают от остальных отделов кишечника по: сероватой окраске, положению, наличию мышечных лент, отсутсвию брыжейки и жировых привесков. Затем ищут червеобразный отросток, который является продолжением свободной линии толстого кишечника, и оттягивают его кверху, так чтобы была видна вся его брыжейка. Производится мобилизация червеобразного отростка – его освобождение от брыжейки в которой по свободному краю идет артерия. Накладывают зажим Кохера на брыжейку, затем рассекают брыжейку между зажимом и аппендиксом, и накладывают кетгутовую прошивную лигатуру под зажимом. Эту процедуру повторяют необходимое количество раз до полного рассечения брыжейки. Далее начинается второй этап – удаление отростка. На слепую кишку вокруг аппендикса, на 1 см ниже его основания, накладывают кисетный шов (концы лигатур выводят в сторону подвздошной кишки, что бы не задеть ее). Отросток пинцетом отводят в сторону за иссеченный край брыжейки. Накладывают зажим Кохера на основание аппендикса. Затем зажим снимают и передвигают в дистальном направлении, а на след от зажима накладывают кетгутовую лигатуру и завязывают ее тройным узлом. Производят иссечение отростка между зажимом и лигатурой. Далее культю отростка прижигают йодом и погружают в кисетный шов который затем затягивают и культя оказывается заключенной в серозную оболочку. В конце наклкдывают Z-образный серозно мышечный шов.
3. *Ретроградный* – при ретроцекальном расположении аппендикса, при его фиксации спайками глубоко в подвздошной ямке и при некротической форме аппендикса. Мобилизацию не проводят, а вглубине раны у основания аппендикса в брыжейке делают отверстие, через которое накладывают лигатуру на отросток. Затем делают кисетный шов на слепой кишке и отрезают отросток выше лигатуры, культю обрабатывают и погружают в шов, который затягивают. Далее брыжейка постепенно рассекается и ее перевязывают.
4. ***Лигатурный способ.***

У детей и при плохом состоянии стенки слепой кишки. При выполнении операции этим способом выполняют те же действия, как при антеградном, но не накладывают кисетный шов и не погружают культю отростка в кисетный шов, а слизистую оболочку культи обрабатывают карболовой кислотой.

После удаления аппендикса с помощью тупфера проверяют не накапливается ли кровь в брюшной полости и если крови много то расправляют илеоцекальный угол, отыскивают кровоточащие сосуды и тщательно их лигируют. В конце послойно ушивают рану.

**Общие принципы хирургического лечения язвенной болезни и злокачественных опухолей желудка.**

При язвенной болезни и опухолях желудка выполняют частичную (2/3 или 1/3 при язвенной болезни) или полную (при опухолевом процессе) резекцию желудка.

***Показания к частичной резекции желудка.***

*Абсолютные:*

1. Перфоративная язва желудка, если нет признаков перитонита.
2. Органический стеноз привратника, если он операбелен.
3. Рубцовое сужение пилорического отдела желудка после рубцевания язвы.
4. Профузное кровотечение.

*Относительные:*

1. Пятилетнее лечение язвенной болезни желудка.
2. Повторное кровотечение язвы желудка
3. Пенетрация язвы желудка.

Операция проводится в 3 этапа: мобилизация желудка, отсечение желудка и удаление жалудка; и 3 способами: Бильрот I, Бильрот II и Бильрот II в модификации по Гофмейстер-Финстереру.

# Техника операции

*Доступ* – верхняя срединная лапаротомия.

Операция Бильрот II в модификации по Гофмейстер-Финстереру проводится следующим образом.

*Мобилизация желудка* – пересечение связок и перевязка сосудов проходящих в них. Начинают по большой кривизне: между зажимами перфорируют lig gastrocolicum и постепенно ее рассекают, следя за тем что бы не повредить проходящие в ней сосуды, и на пересеченные участки накладывают лигатуры. Рассечение проводят влево до малососудистого поля большой кривизны или далее в зависимости от величины резекции, а вправо до начального отдела двенадцатиперстной кишки.

Для мобилизации малой кривизны по задней стенке желудка проводят указательный палец к малому сальнику и тупо проделав в нем отверстие на уровне антрального отдела желудка, оттягивают желудок влево и вниз. Рассекают бессосудистую часть малого сальника (lig. hepatogastricum); накладывают на a. gastrica dextra, а затем на a. gastrica sinistra две прочные лигатуры и между ними сосуды пересекают. Лигатуру на центральный отрезок левой желудочной артерии накладывают на последующих этапах операции.

*Отсечение желудка*. Далее проводят подготовку петли тонкой кишки к анастомозу. Для этого в бессосудистой зоне брыжейки поперечно-ободочной кишки делают отверстие и через него тощую кишку подводят к задней стенке желудка. Затем на двенадцатиперстную кишку накладывают 4 жома (два раздавливающих и два эластических), между двумя раздавливающими жомами кишку пересекают, а вокруг эластических накладывают обвивной сквозной шов. Затем культю желудка укрывают салфетками и отодвигают, а на культе двенадцатиперстной кишки затягивают обвивной шов после снятия раздавливающего жома, и затем вокруг первого шва накладывают кисетный шов.

*Удаление желудка*. На желудок накладывают два жома проксимальнее раздавливающего, один со стороны большой кривизны на 1/3 желудка, другой со стороный малой кривизны на 2/3 желудка, затем по раздавливающему жому желудок отсекают и жом снимают. Далее зашивают культю желудка на 2/3 со стороны малой кривизны двойным обвивным швом, а затем погружают его сплошным серозно-мышечным. К оставшейся части культи подводят участок тощей кишки (или конец двенадцатиперстной при операции по Бильрот I) и сначала подшивают участок приводящей петли к зашитой культе желудка со стороны малой кривизны, таким образом, что приводящий участок петля оказывается выше отводящего, а затем сшивают заднюю стенку желудка со стенкой кишки серозно-мышечным швом на протяжении будущего соустья. Вскрывают просвет кишки на протяжении 7 см и накладывают сквозной шов на внутреннюю губу анастомоза, далее на наружную губу накладывают шов Шмидена, который погружают серозно-мышечным швом. В конце операции приводящую петлю тонкой кишки подводят к ранее ушитому участку культи вновь образованной малой кривизны и фиксируют ее 2-3 серозно-мышечными швами. После проверки проходимости анастомоза, его выводят в отверстие в брыжейке поперечноободочной кишки и пришивают к краям этого отверстия. Операцию заканчивают туалетом брюшной полости и послойным зашиванием разреза.

*Операция Бильрот II*. При этой операции иссеченный край желудка зашивается полностью, а анастомоз между петлей тощей кишки и желудком накладывается на задней стенке желудка. Для этого петлю кишки сшивают со стенкой желудка серозно-мышечным швом, делают разрез в кишке и желудке, разрезанные края прошивают обвивным швом, затем сшивают швом Шмидена противоположные края и в конце заканчивают серозно-мышечным швом поверх шва Шмидена.

При операции по Бильрот I, культю двенадцатиперстной кишки не зашивают, а обкладывают салфетками и затем подшивают к желудку вместо петли тощей кишки по той же схеме как при Бильрот II.

При обнаружении опухолевого процесса в желудке производят субтотальное удаление желудка вместе с близлежащими лимфатическими узлами, большим сальником, а иногда и частью других органов.

**Список литературы.**

1. Г.Е. Островерхов и др. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Курск, 1995 г.
2. Янсон Роберт М. Хирургия. Что и зачем делает хирург: подробное описание 73 операций. Минск, 1998 г.
3. И.М. Матяшин, А.М. Глузман, Справочник хирургических операций. Киев, 1979 г.