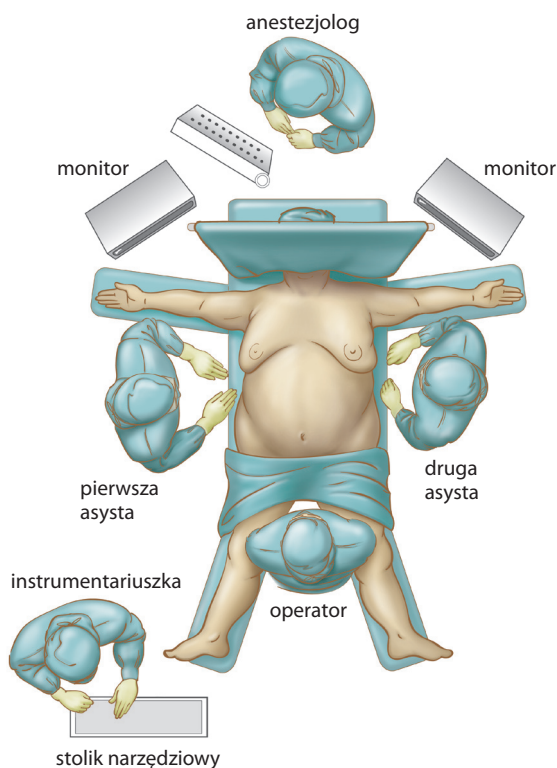


się badania oceniające występowanie zespołu snu z bezdechem. Chorzy otrzymują dietę płynną w przeddzień operacji, płukanie jelit nie jest konieczne.

UŁOŻENIE CHOREGO I LOKALIZACJA TROKARÓW

Chory jest układany w tzw. pozycji francuskiej (nogi rozchylone i odwiedzione, ale nie ugięte), i prawidłowo umocowane do stołu operacyjnego (ryc. 9-3). Chirurg stoi pomiędzy nogami chorego, pierwsza asysta (hak wątrobowy i optyka) stoi po prawej stronie chorego, a drugi asystent po stronie lewej. Preferuje się stół operacyjny Alpha Star z podporami pod stopy (Maquet, Rastatt, Germany).

Wykorzystywanych jest siedem trokarów (ryc. 9-4). Pierwszy trokar wprowadza się do jamy otrzewnej techniką otwartą przez pępek. Po wytworzeniu odmy otrzewnej dwutlenkiem węgla pod ciśnieniem 15 mm Hg wprowadza się skośną (30°) optykę o średnicy 10 mm i dokonuje oceny wnętrza jamy brzusznej. Następnie wprowadza się dwa trokary o średnicy 10 mm, pierwszy w nadbrzuszu na lewo od linii przyśrodkowej, a drugi pod prawym łukiem żebrowym w linii środkowoobojczykowej (dla haka wątrobowego). Kolejne dwa trokary o średnicy 5–12 mm (Versaport, U.S. Surgical, Norwalk, CT) są wprowadzane w okolicy pod wyrostkiem mieczykowatym oraz w linii środkowoobojczykowej lewej, około czterech palców poniżej łuku żebrowego. Średnica ostatniego z trokarów jest zależna od rodzaju użytego staplera podczas rękawowej resekcji żołądka i może okazać się konieczne zastosowanie trokara o średnicy 5–15 mm. Kolejny trokar, o średnicy 5 mm, jest wprowadzany w linii pachowej przedniej bocznie względem trokaru o średnicy 5–12 mm. Trokar o średnicy 5–12 mm należy umieścić w linii środkowoobojczykowej prawej, bezpośrednio powyżej pępka. Następnie podłącza się drugi



RYCINA 9-3 Chory ułożony w pozycji z rozchylonymi nogami, chirurg stojący między rozchylonymi nogami chorego – pierwszy asystent (kamera, hak wątrobowy) stoi po prawej stronie chorego, a drugi asystent po lewej stronie chorego.

insuflator, którego zadaniem jest utrzymanie odmy otrzewnej, gdy wykorzystywane jest ssanie.

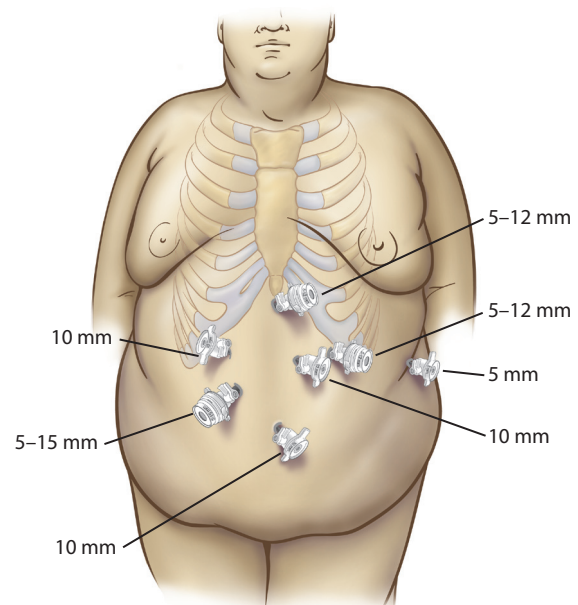
TECHNIKA OPERACYJNA

Rękawowa resekcja żołądka

Autorzy zalecają rozpoczęcie operacji od wykonania rękawowej resekcji żołądka w pierwszej kolejności, a następnie operacji na jelitach, ponieważ czasami chorzy źle znoszą odmy otrzewnej i konieczne może być skrócenie czasu operacji. W takich przypadkach rękawowa resekcja żołądka jest skuteczną operacją bez dodatkowego obciążania chorego. Kilka miesięcy później (kiedy nastąpi istotna redukcja masy ciała), można u chorego wykonać drugi etap operacji, na jelitach.

Podczas operacji chory jest układany w odwróconej pozycji Trendelenburga, a stół operacyjny należy przechylić na prawą stronę w celu ułatwienia dostępu do połączenia żołądkowo-przełykowego. Laparoskop o średnicy 10 mm wprowadza się przez trokar umieszczony w nadbrzuszu w linii przyśrodkowej. Jeżeli żołądek jest wypełniony treścią, to odbarcza się go sondą, którą wprowadza anesteziolog; sonda ta powinna być usunięta natychmiast po odbarczeniu żołądka. Przez trokar pod prawym łukiem żebrowym wprowadza się hak o średnicy 10 mm w celu uniesienia wątroby do przodu, w ten sposób uwidoczniony zostaje żołądek i okolica wpustu. Chirurg wykonuje operację przez trokary umieszczone w okolicy wyrostka mieczykowatego i pod lewym łukiem żebrowym. Drugi asystent odsuwa sieć za pomocą graspera jelitowego wprowadzonego przez trokar o średnicy 5 mm, znajdujący się po lewej stronie brzucha.

Operację rozpoczyna się od przecięcia gałęzi tętnicy żołądkowo-sieciowej za pomocą noża ultradźwiękowego, bezpośrednio przy ścianie żołądka. Należy unikać uszkodzenia tętnicy żołądkowo-sieciowej, ponieważ ewentualne krwawienie z niej do sieci może istotnie utrudnić wykonanie operacji. Krzywizna większa żołądka jest preparowana do wysokości lewej odnogi przepony. Drugi asystent z użyciem przemieszczonego w górę graspera napina przecinane tkanki. Uwidocznienie przecinanych tkanek



RYCINA 9-4 Rozmieszczenie trokarów. Może okazać się konieczne umieszczenie pod lewym łukiem żebrowym trokaru o średnicy 5–15 mm w zależności od rodzaju staplera użytego do rękawowej resekcji żołądka.