

w okolicy śledziony i lewej odnogi przepony może być utrudnione, szczególnie u mężczyzn z grubą powłoką brzuszną i znaczną ilością tłuszczu otrzewnowego. Naczynia żołądkowe krótkie mogą być uwidocznione przez odsunięcie tkanek więzadła żołądkowo-śledzionowego w kierunku śledziony przez drugiego asystenta z użyciem graspera (zapinanego w połowie odległości pomiędzy śledzioną a żołądkiem). Kolejnymi czynnościami ułatwiającymi ten etap operacji mogą być: przejściowe podwyższenie ciśnienia w jamie otrzewnej do 20 mm Hg, maksymalne ułożenie chorego w odwróconej pozycji Trendelenburga, odwrócenie chorego na prawą stronę oraz upewnienie się co do prawidłowego stopnia zwiotczenia.

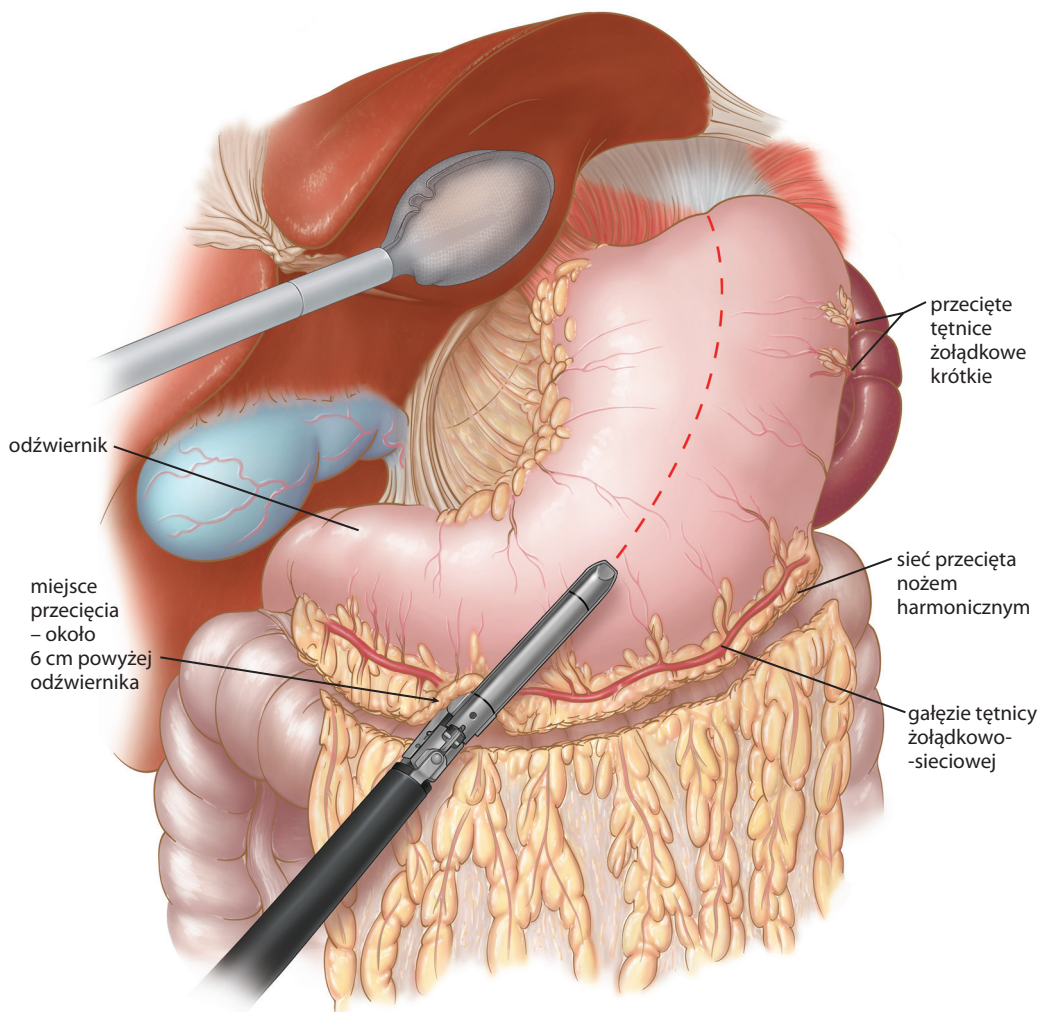
Należy uwolnić wszystkie zrosty z trzustką na tylnej ścianie żołądka przy zachowaniu ostrożności, aby nie uszkodzić tętnicy śledzionowej. Umieszczenie przez drugiego asystenta graspera na tylnej ścianie żołądka i skierowanie go w kierunku prawego ramienia pozwala uwidocznić zrosty. Jeżeli nie uwolni się wspomnianych zrostów przed użyciem staplera, może dojść wówczas do rozerwania tkanek z towarzyszącym krwawieniem. Chirurg powinien zachować ostrożność, preparując krzywiznę mniejszą żołądka, ponieważ unaczynienie rękawa żołądkowego pochodzi wyłącznie z tej strony.

Lewa odnoga przepony może zostać uwidoczniiona przez uniesienie żołądka do przodu. Należy przeciąć więzadła łączące żołądek z przeponą. Tkanka tłuszczowa położona od strony przedniej ściany żołądka i na lewo od wpustu powinna zostać usunięta w celu zmniejszenia grubości tkanek obejmowanych

przez szczęki staplera. Nie należy preparować po prawej stronie połączenia żołądkowo-przełykowego, ponieważ może dojść do uszkodzenia nerwu błędnego. Jeżeli u chorego stwierdza się dodatkowo przepuklinę rozworu przełykowego, wówczas należy ją zaopatrzyć. Nierozpoznanie przemieszczonego do przepukliny dna żołądka może skutkować niedostateczną redukcją masy ciała po wykonaniu rękawowej resekcji żołądka.

Preparowanie krzywizny większej żołądka kończy się w odległości dwóch centymetrów od odźwiernika. Drugi asystent odsuwa krzywiznę większą do przodu i w kierunku prawego ramienia pacjenta, chirurg lewą ręką odsuwa ku dołowi więzadło żołądkowo-okrężnicze (przez trokar umiejscowiony w linii środkowo-obojęzycznej prawej). Prawą ręką chirurg posługuje się nożem ultradźwiękowym. Należy unikać uszkodzenia lub oparzenia okolicy przedodźwiernikowej, zwłaszcza tylnej ściany, ponieważ ta część żołądka będzie pełnić zasadniczą rolę w jego opróżnianiu.

Badanie palpacyjne z użyciem instrumentu umożliwia umiejscowienie odźwiernika. W odległości od 6 do 8 cm od odźwiernika rozpoczyna się wytwarzanie rękawa żołądkowego (na wysokości ostatniej gałęzi naczyniowej od strony krzywizny mniejszej, bezpośrednio poniżej wcięcia kąтового żołądka) (ryc. 9-5). Rozpoczynanie wytwarzania rękawa w odległości mniejszej niż 6 cm od odźwiernika powoduje także wycięcie częściowej okolicy przedodźwiernikowej, a tym samym doprowadzi do trudności w opróżnianiu żołądka. W lewą rękę chirurg trzyma stapler liniowy (wysokość zszywek 4,8 mm, długość magazynka 60 mm) wprowadzony przez trokar o średnicy 5–12 mm w linii środ-



RYCINA 9-5 Zastosowanie staplera w pierwszym etapie rękawowej resekcji żołądka.