



Абдоминальная хирургия.  
Кишечный шов.

Докладчик: Жданов  
Алексей Дмитриевич



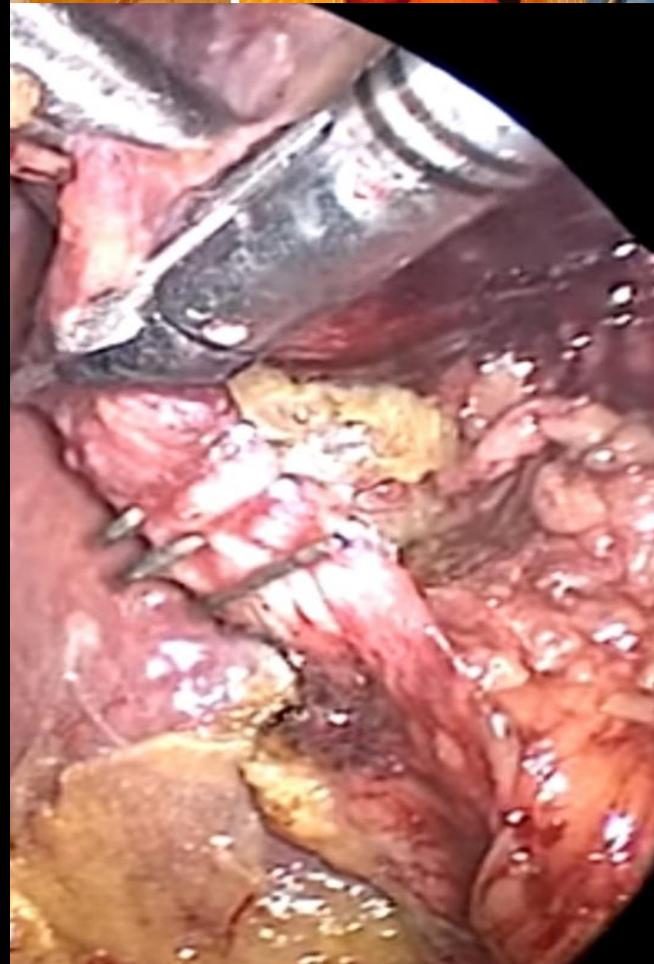
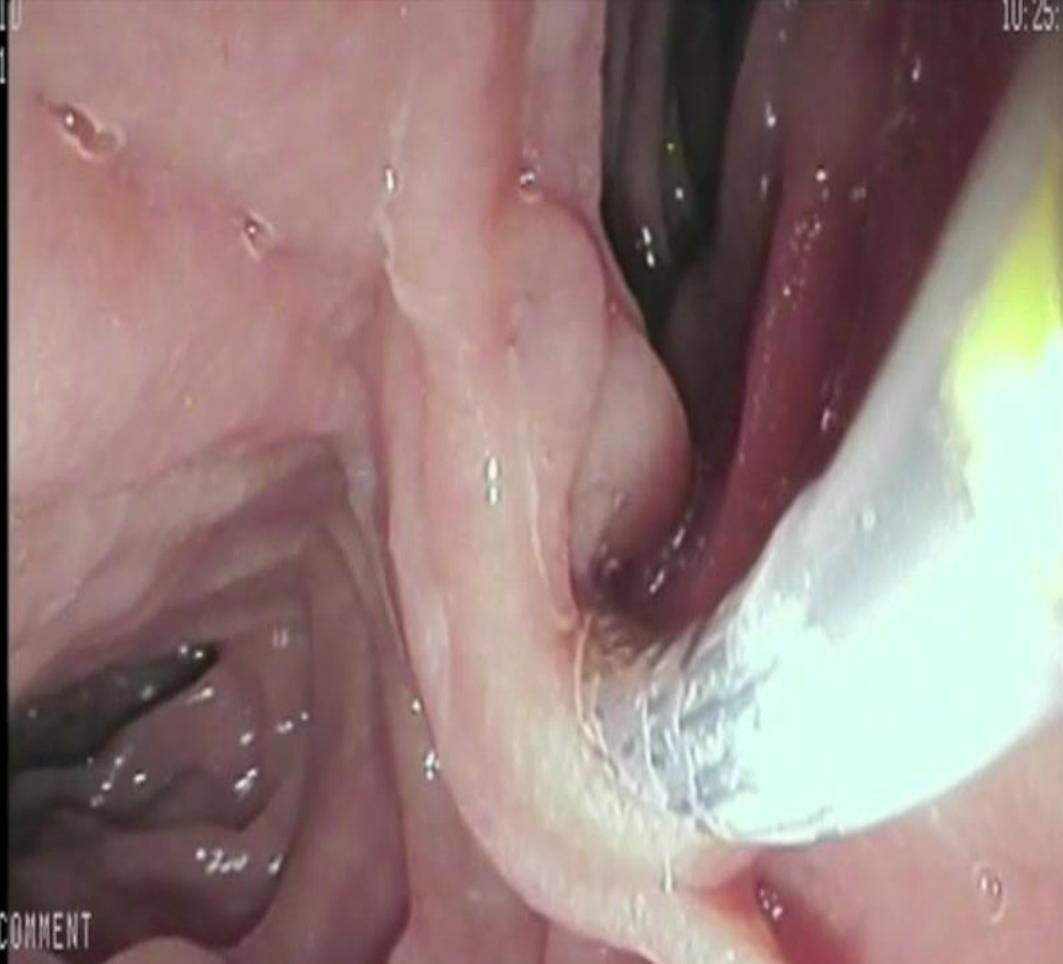
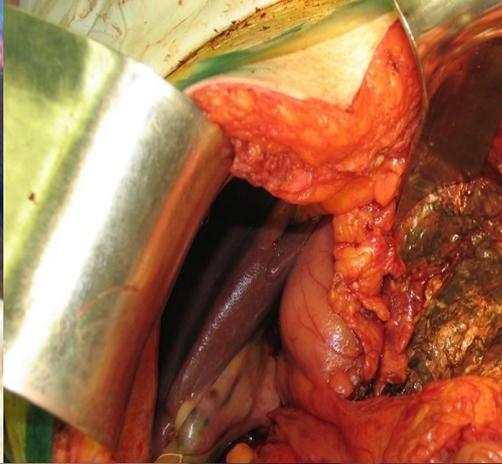
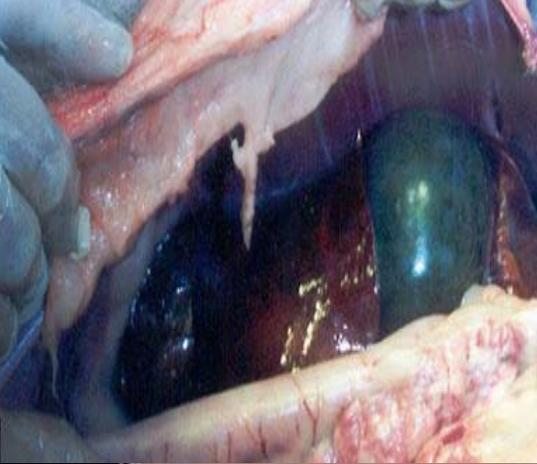
# ПЛАН ЛЕКЦИИ:

1. Абдоминальная хирургия
2. Ее направления
3. Анатомия ЖКТ
4. Гистология ЖКТ
5. Кишечный шов
6. Швы
7. Резекция тонкой кишки



# Абдоминальная хирургия

- Область медицинских знаний, целью которой является **хирургическое лечение заболеваний и травм органов и стенок брюшной полости.**

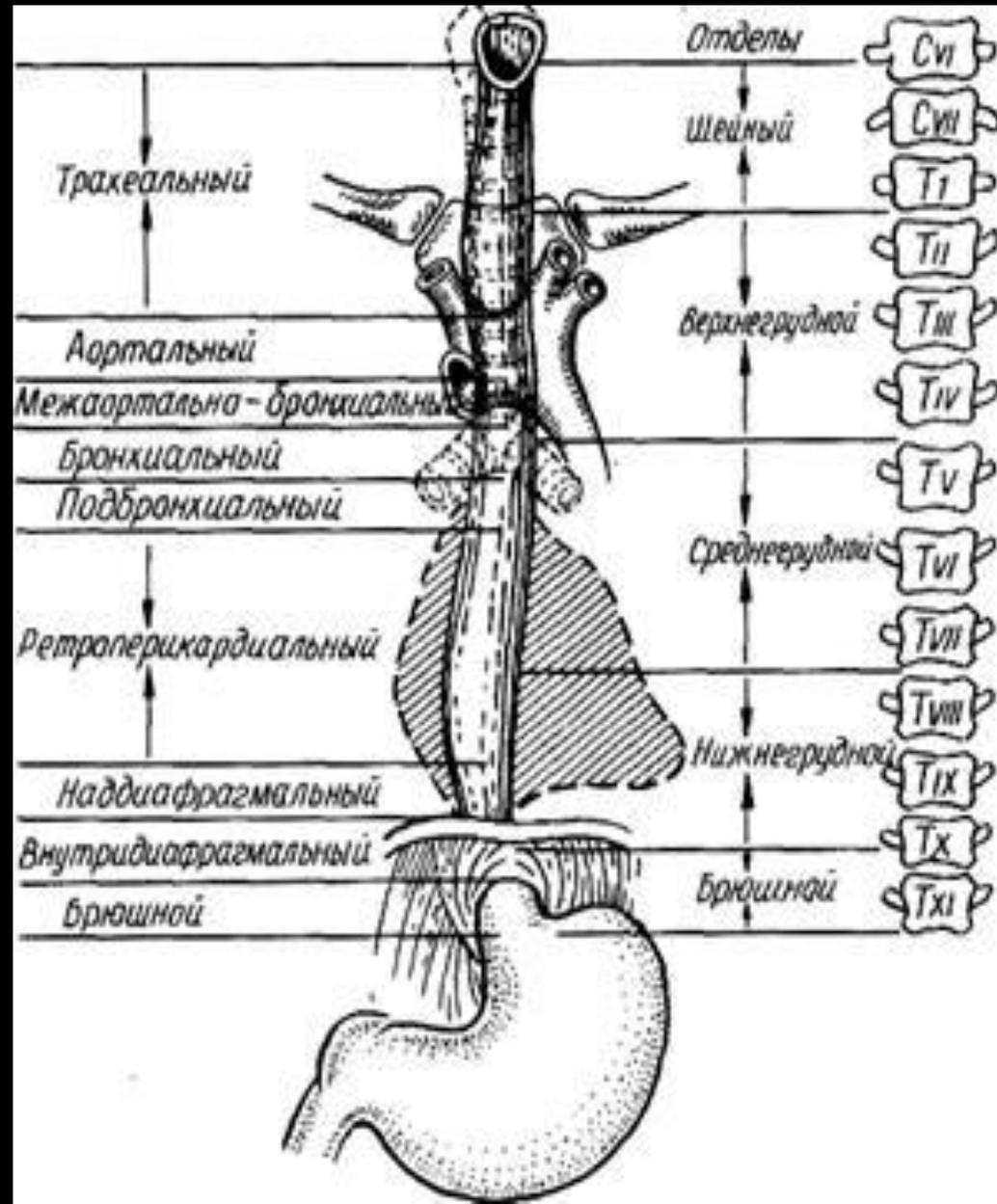


# Анатомия ЖКТ

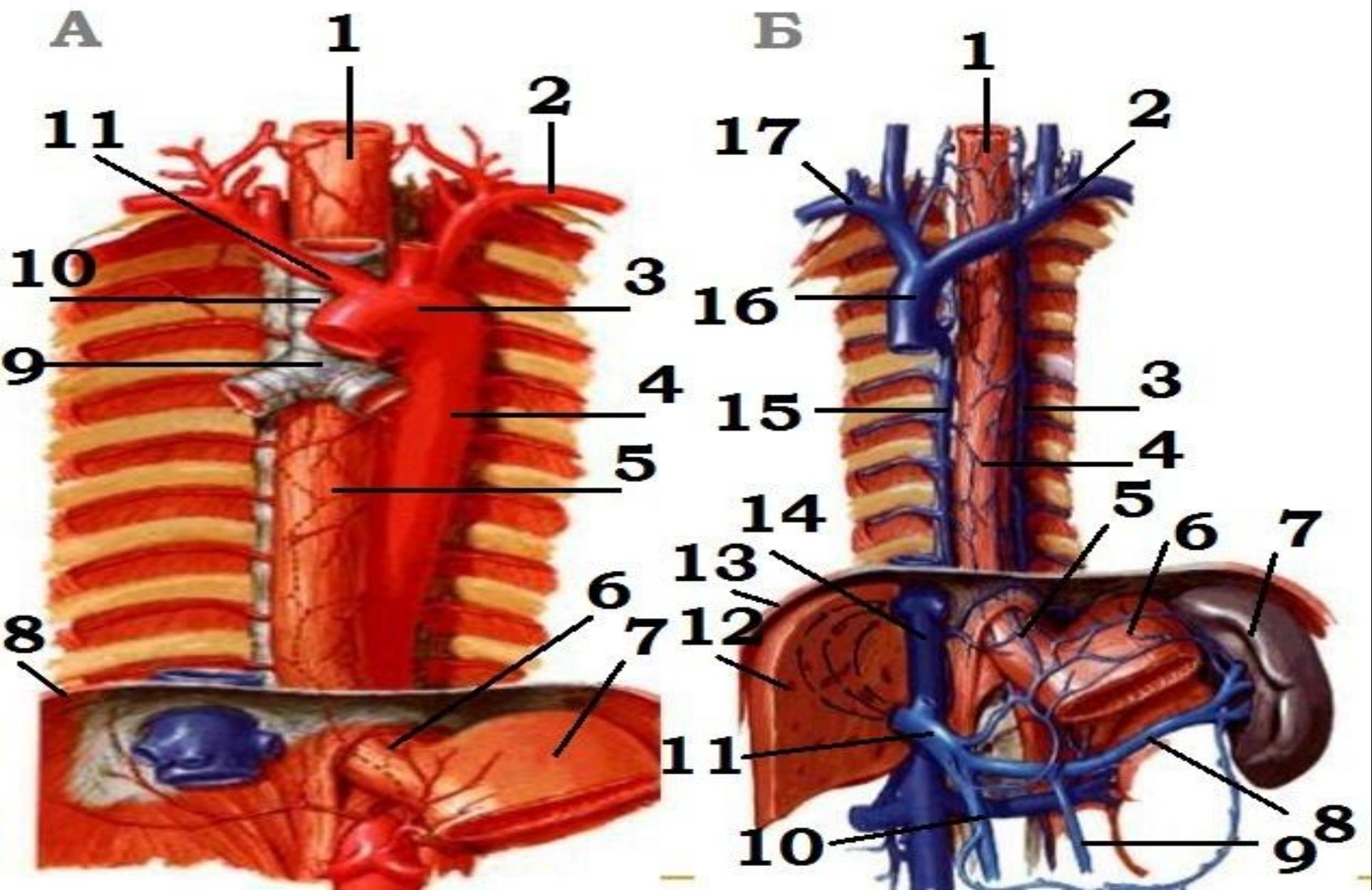


# ПИЩЕВОД:

1. Расположен между глоткой и желудком длиной в среднем 25 см.
2. Выделяют 3 части
  - Шейный отдел 7-8см
  - Грудной отдел 16-18 см
  - Брюшной отдел до 3 см



# Кровоснабжение пищевода



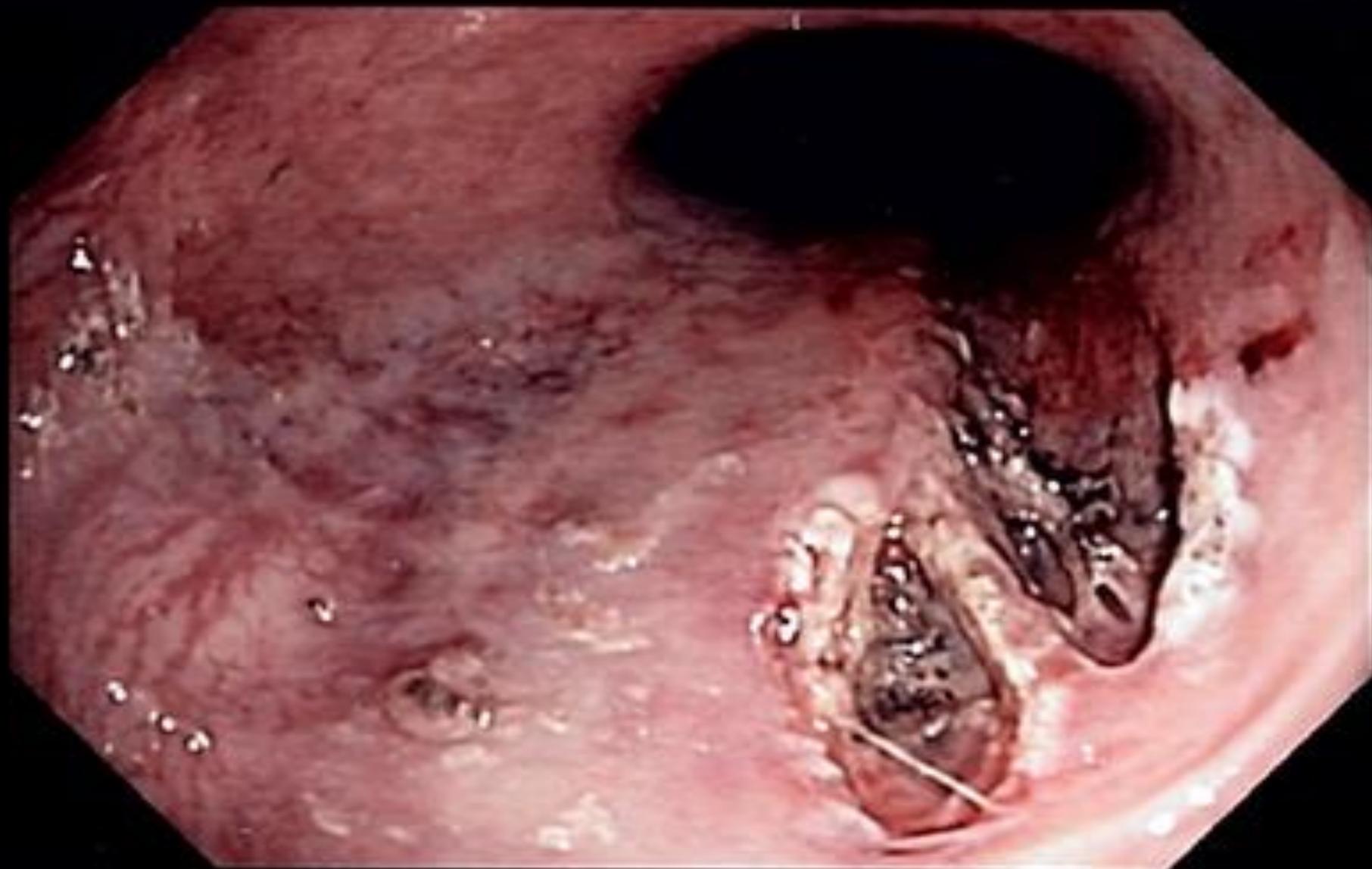
Sex: Age:  
D.O.B.:  
15/04/2019  
10:56:46

■■■/---(0/1)  
Eh:A1 Cm:1

Comment:

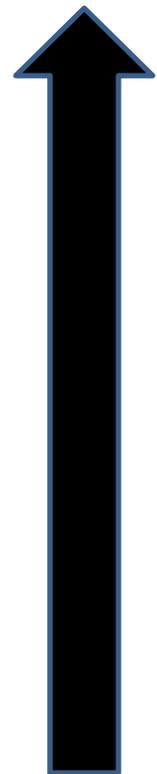
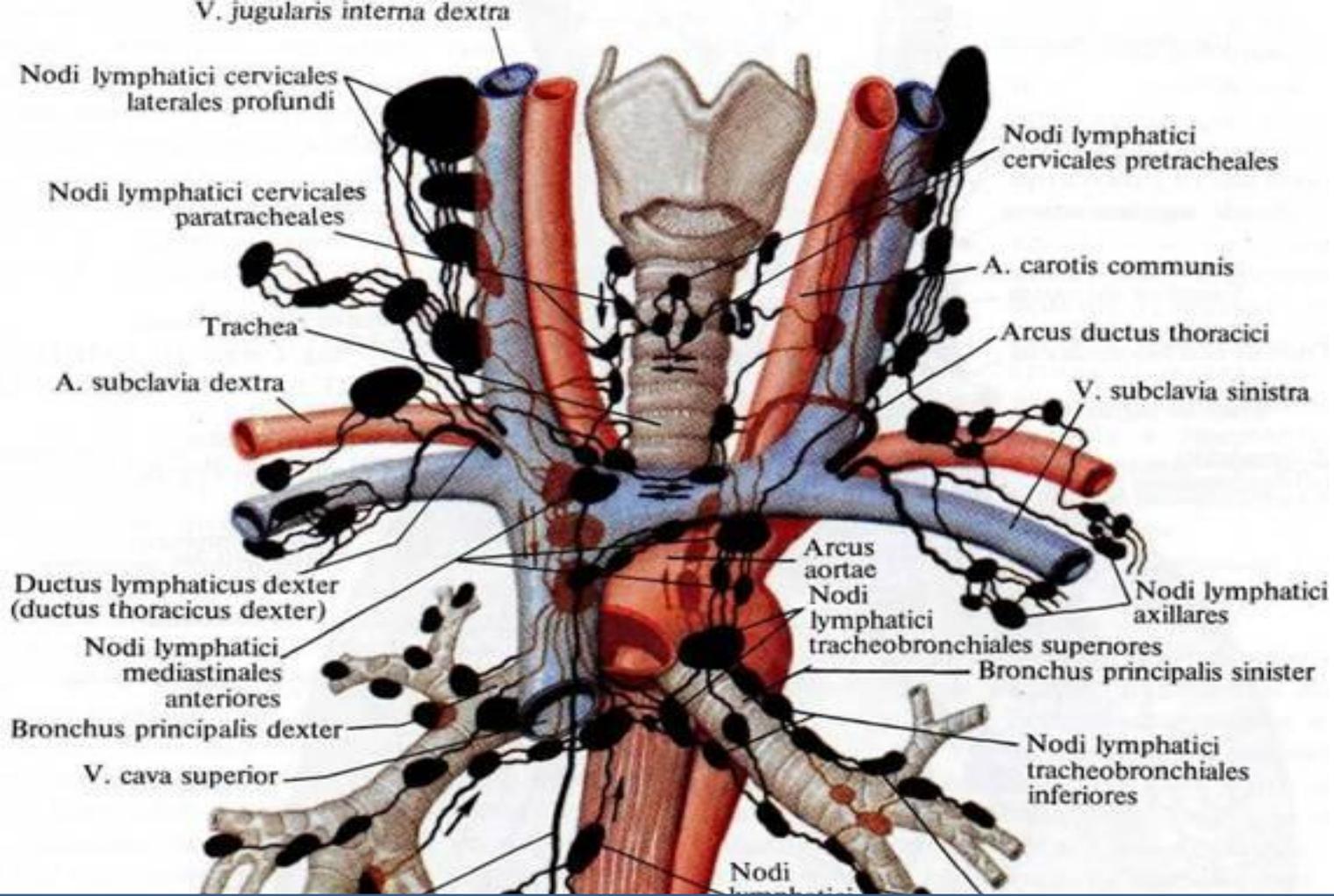
Grigorchuk A.Yu.

# Синдром Меллори-Вейсса

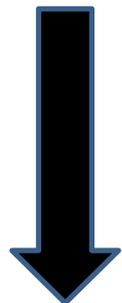
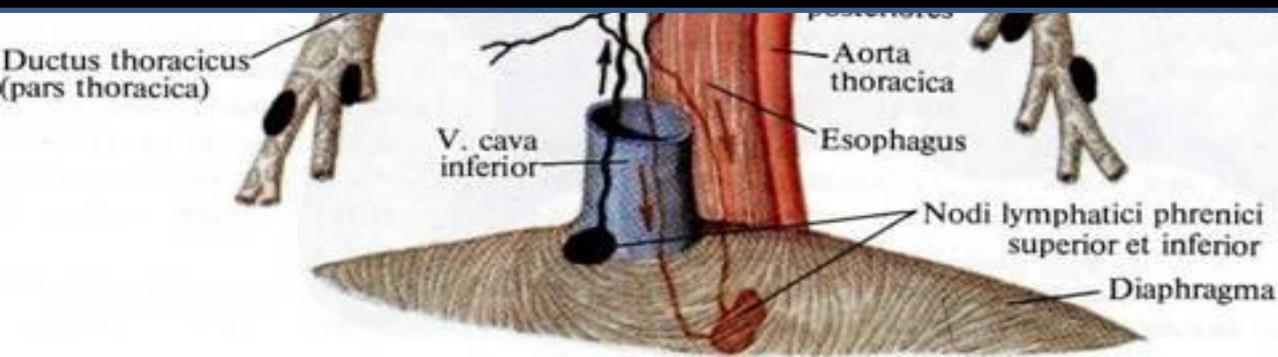


# Лимфатическая система

- 1. Где расположены лимфоузлы 1,2,3,4 порядка.
- 2. Отток лимфы
- 3. Как распространяются метастазы?

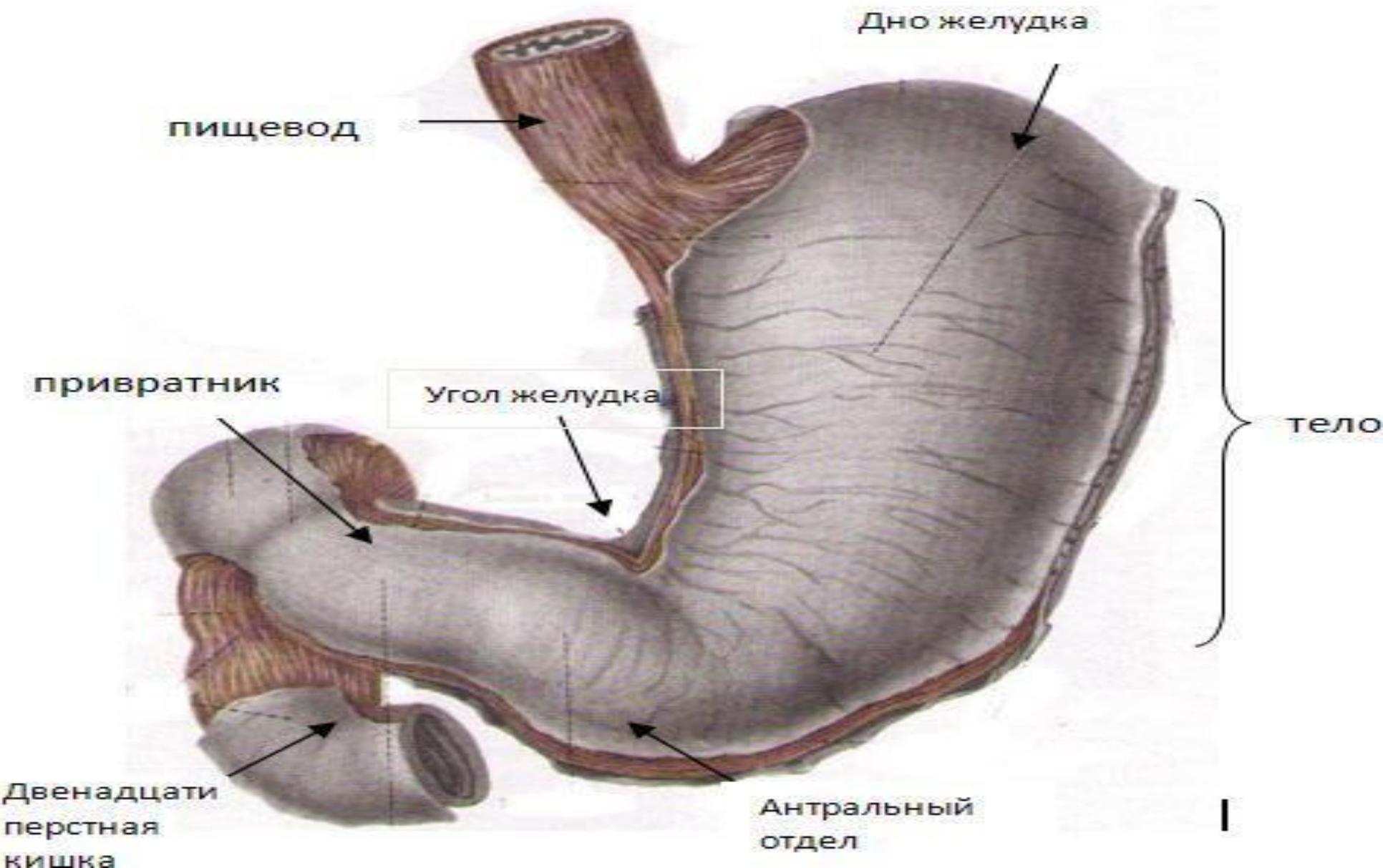


2/3

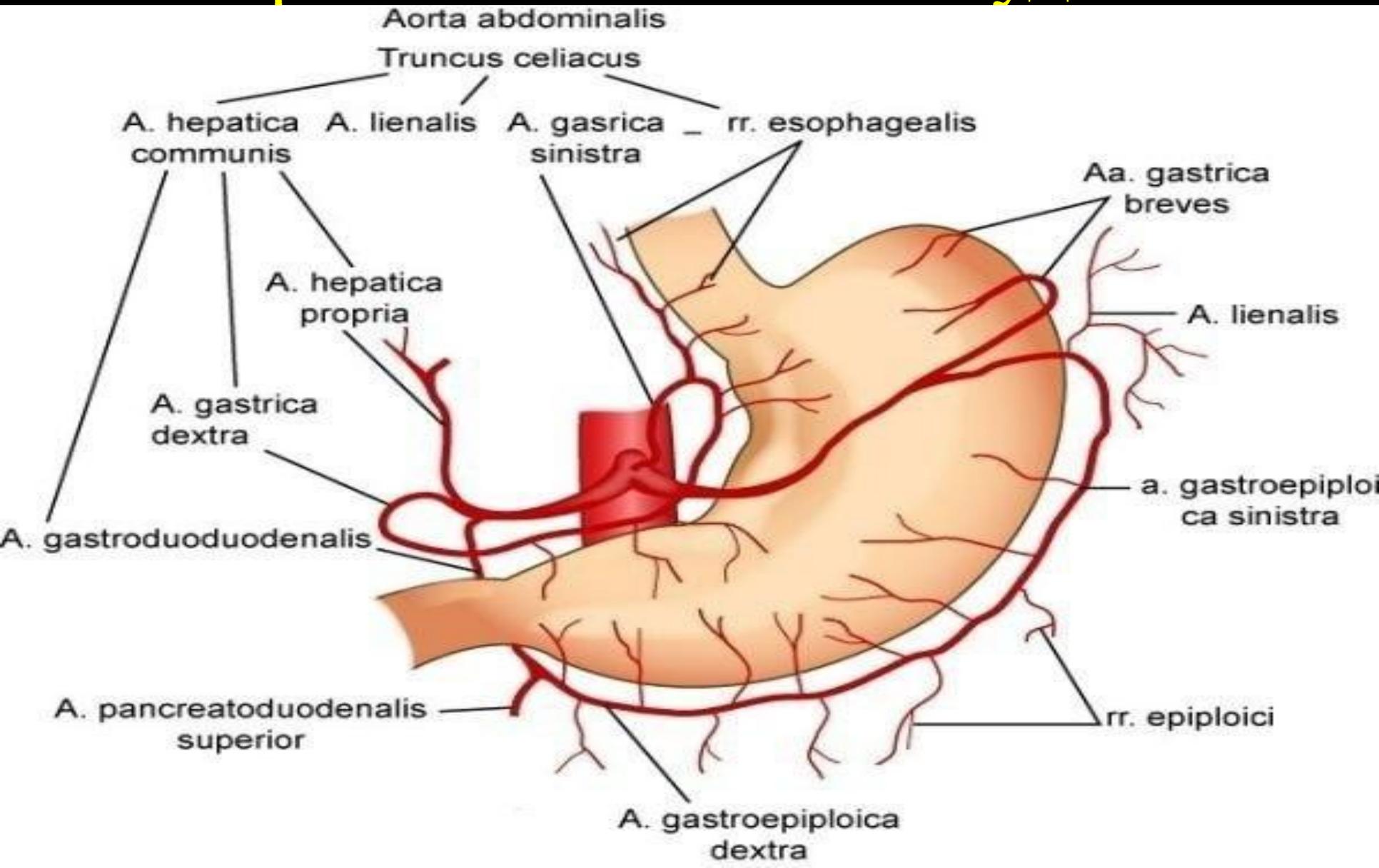


1/3

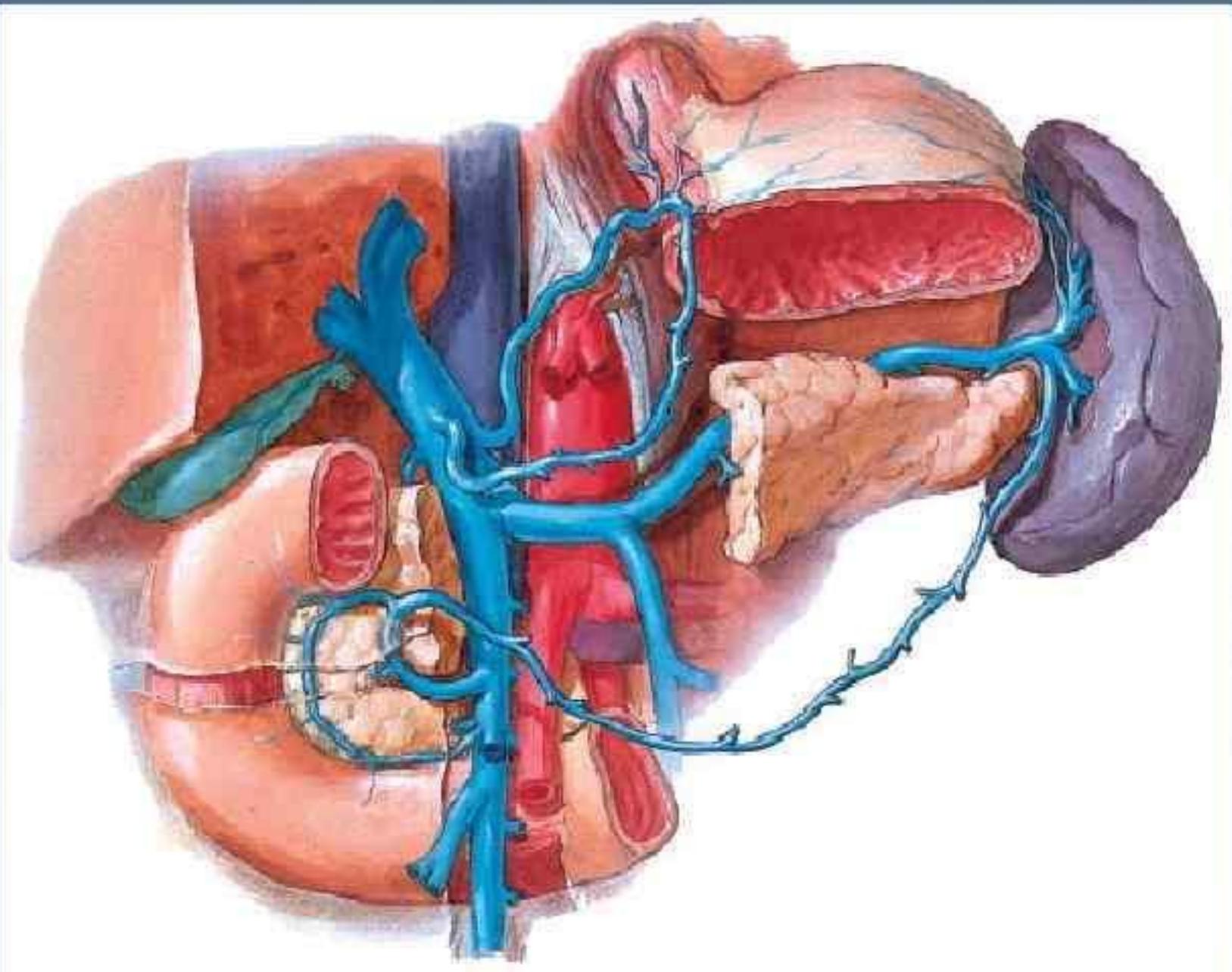
# Желудок



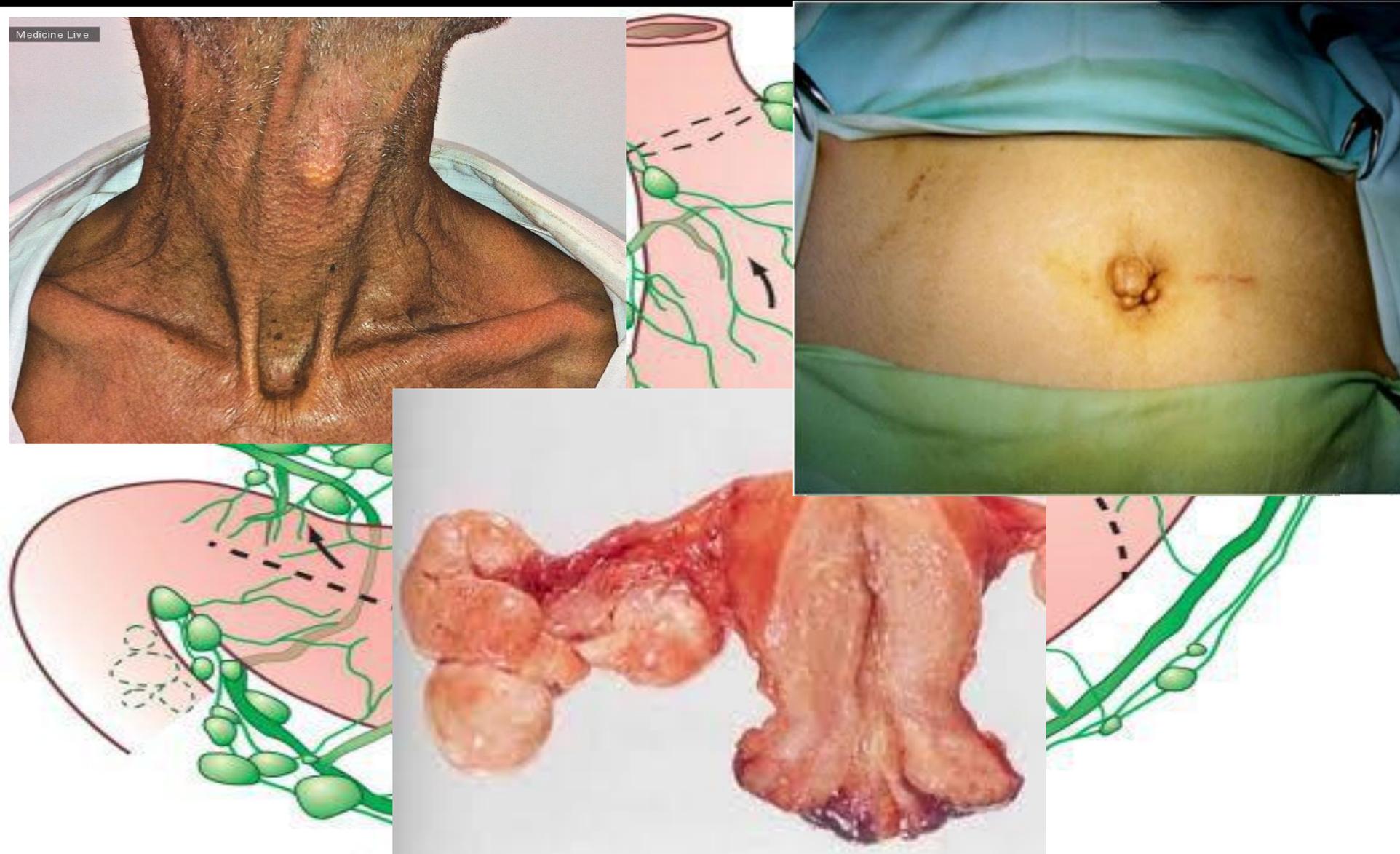
# Кровоснабжение Желудка



# Система венозного оттока желудка

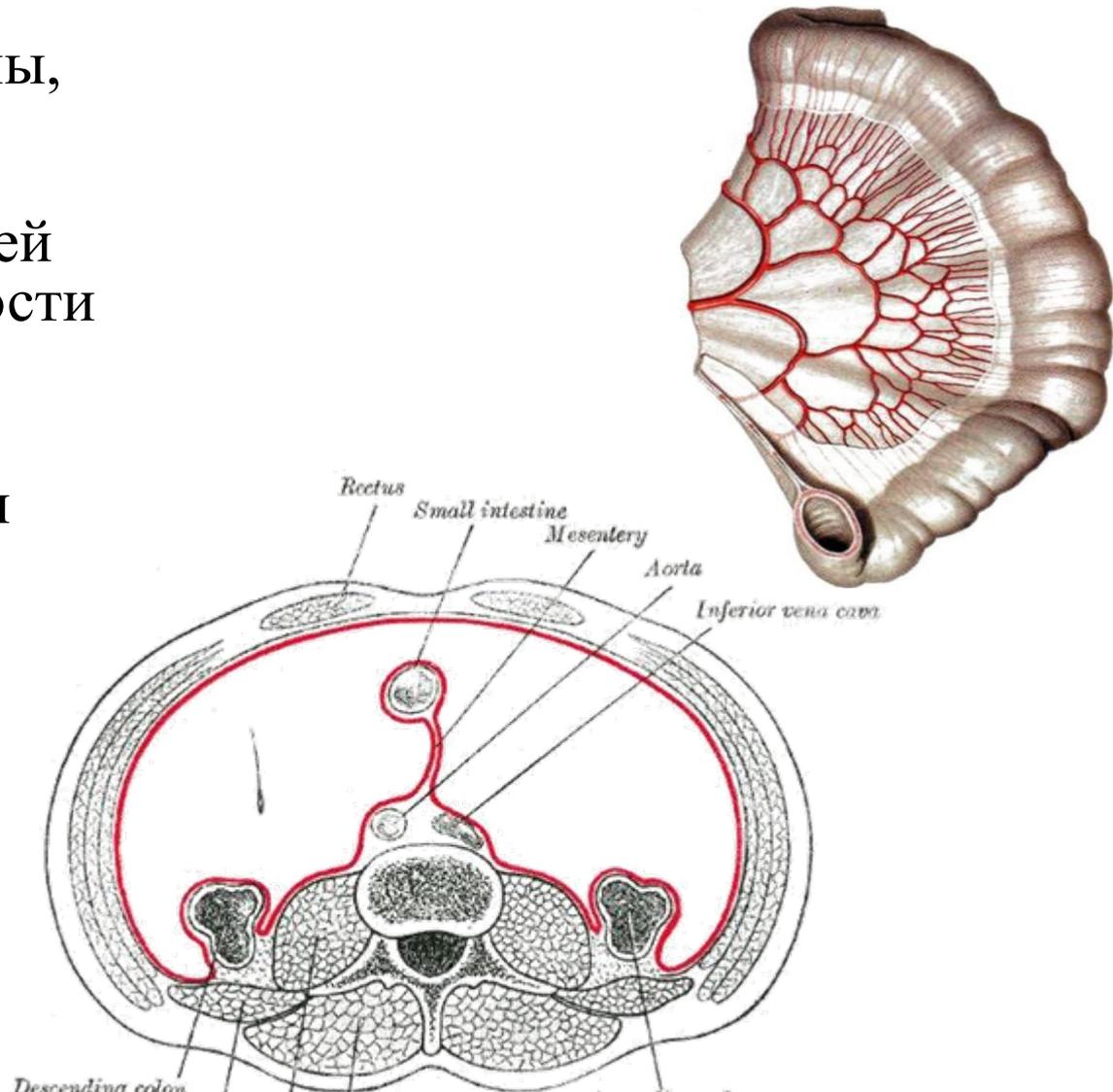


# Лимфатическая система



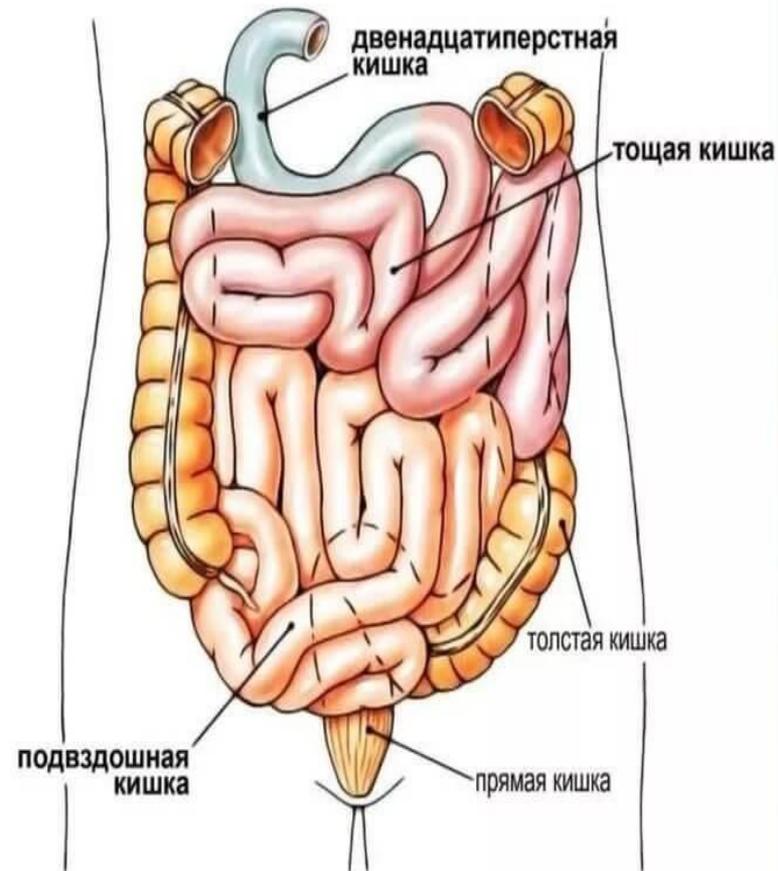
# Брыжейка

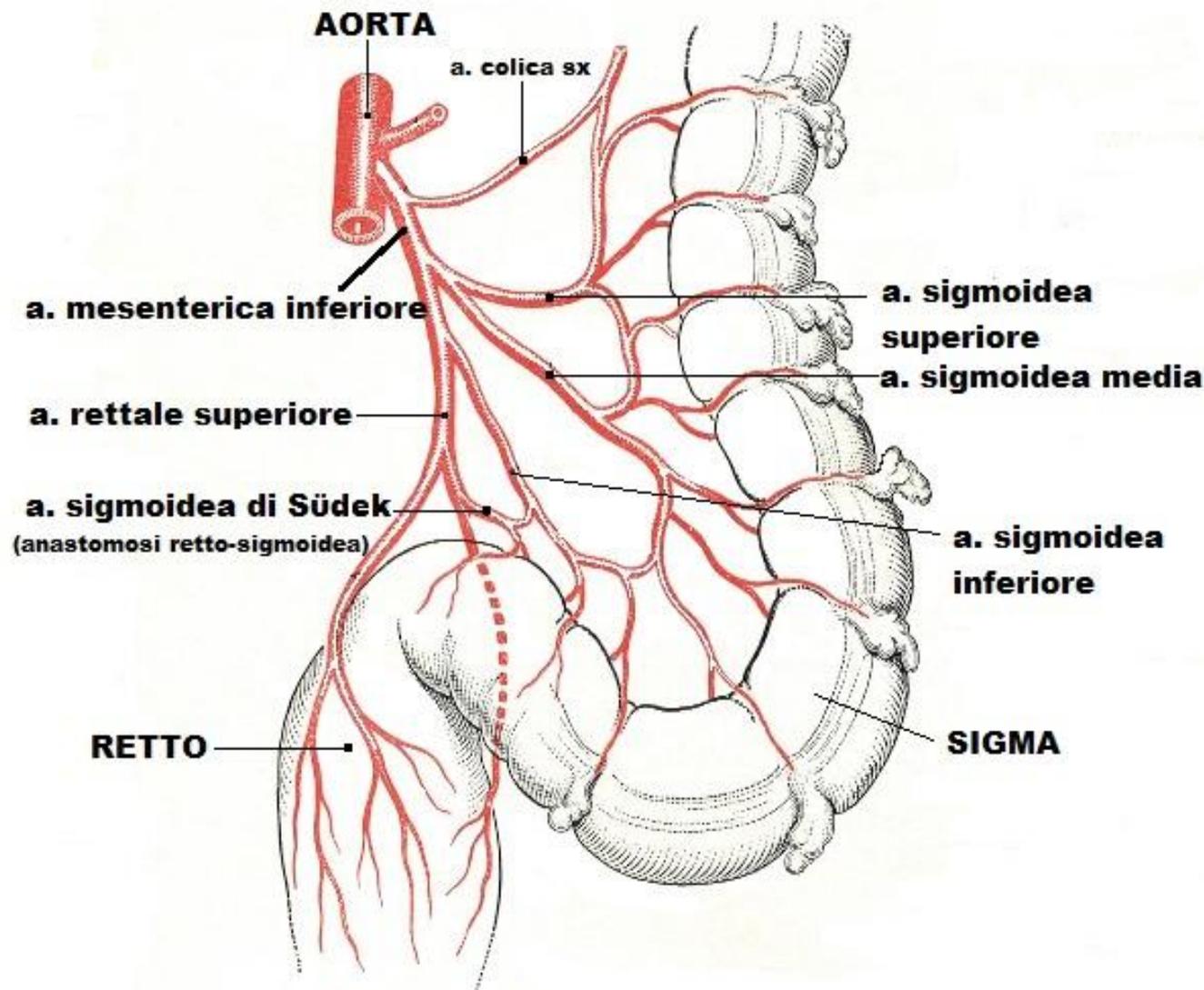
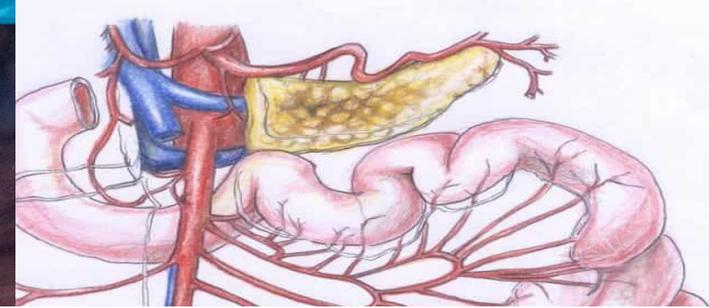
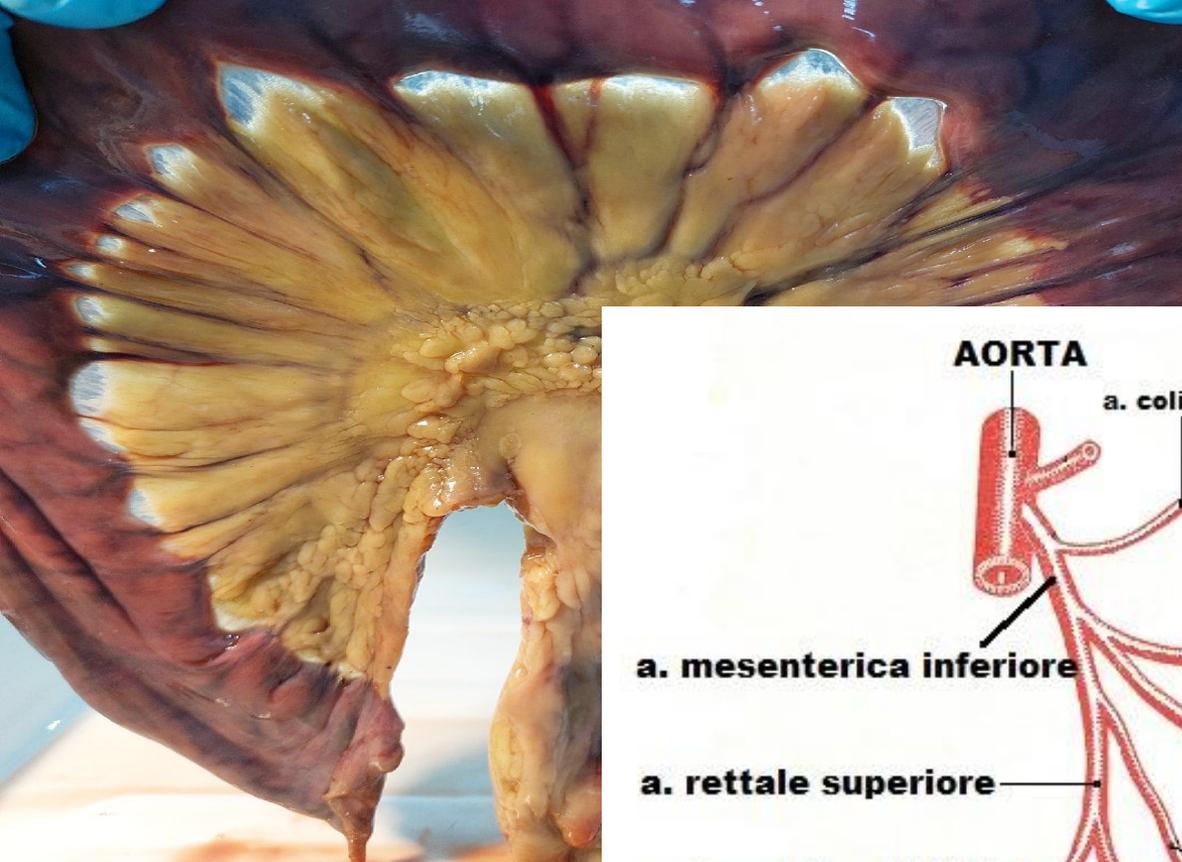
- Дупликаатура брюшины, посредством которой тонкий кишечник прикрепляется к задней стенке брюшной полости
- Между листков брюшины содержится жировая клетчатка с кровеносными и лимфатическими сосудами и нервными сплетениями



# Тонкая кишка

- Тонкий кишечник начинается от привратника желудка и заканчивается илеоцекальным клапаном
- Общая длина 4-7 метра:
  - 25-30 см ДПК, 2/5 тощая, 3/5 подвздошная
- Диаметр в проксимальном отделе 4-6 см, в дистальном 2,5-3 см

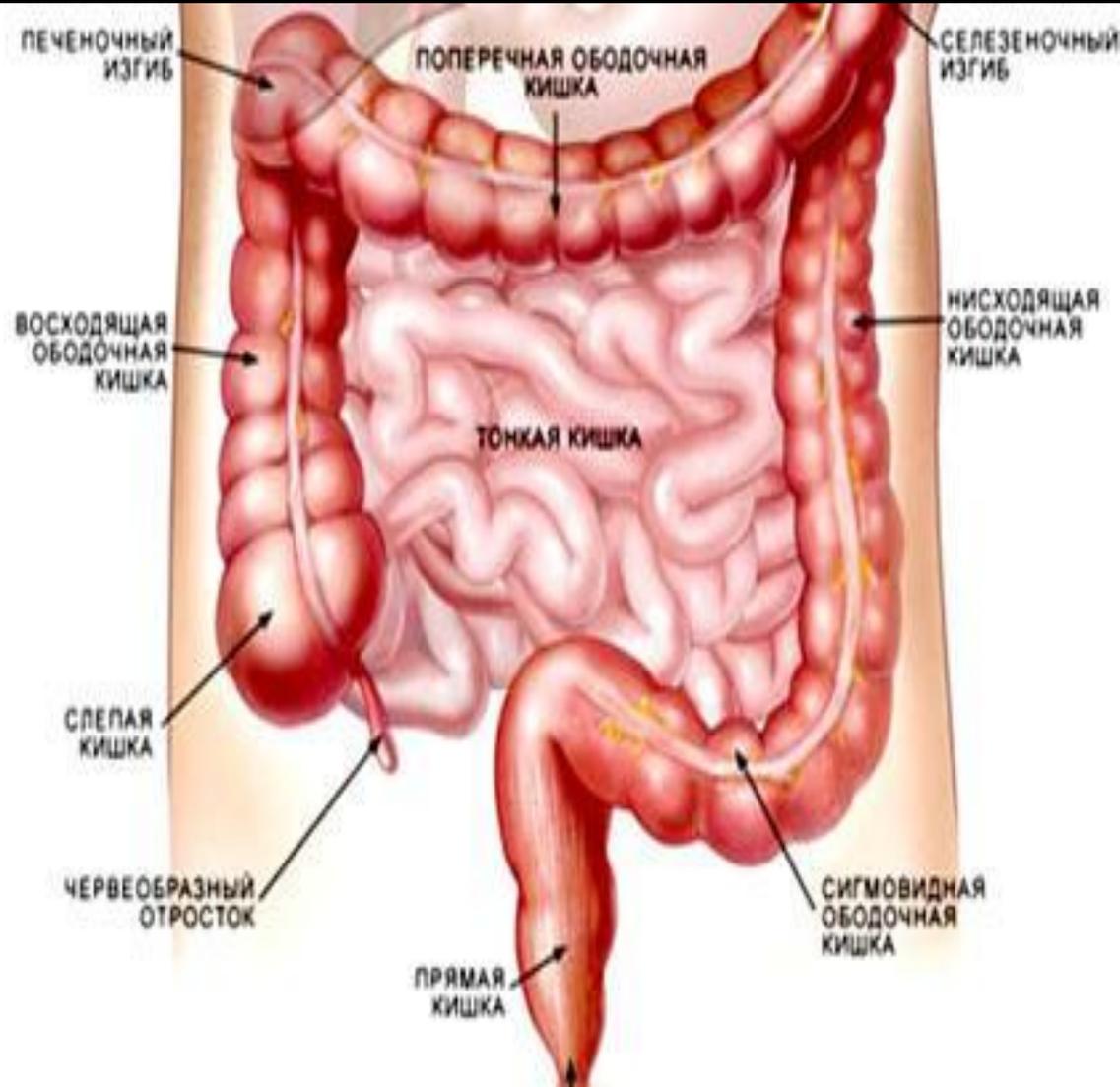




- Остальная кровоснабжаемая артерией, прямой к подвздош

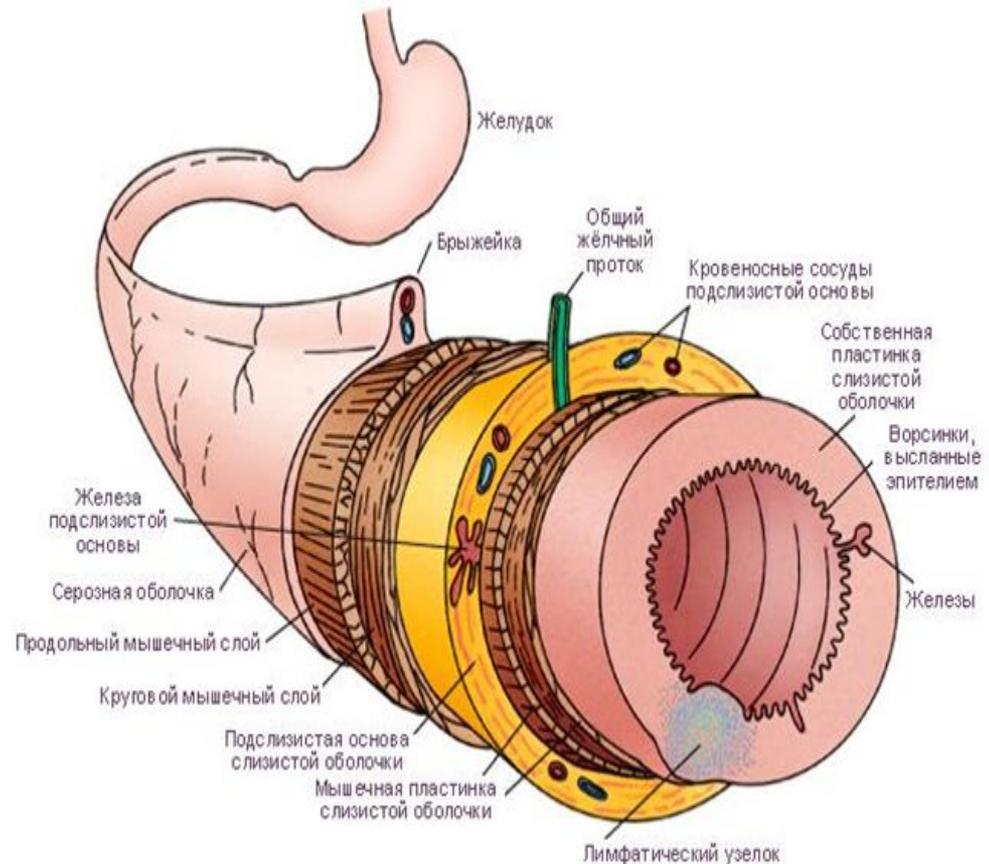
# Толстая кишка

1. Начинается с Баугиниевой заслонки и заканчивается анальным отверстием.
2. В состав толстого кишечника входит
  - Слепая кишка с аппендикулярным отростком
  - Восходящая ободочная кишка
  - Печеночный изгиб
  - Поперечная ободочная кишка
  - Селезеночный изгиб
  - Нисходящая ободочная кишка
  - Сигмовидная кишка
  - Прямая кишка



# Гистология

- **Слизистый слой**
- **Подслизистая основа** – обеспечение механической прочности и гемостатичности шва
- **Мышечная оболочка**
- **Серозная оболочка** – обеспечение биологической герметичности шва

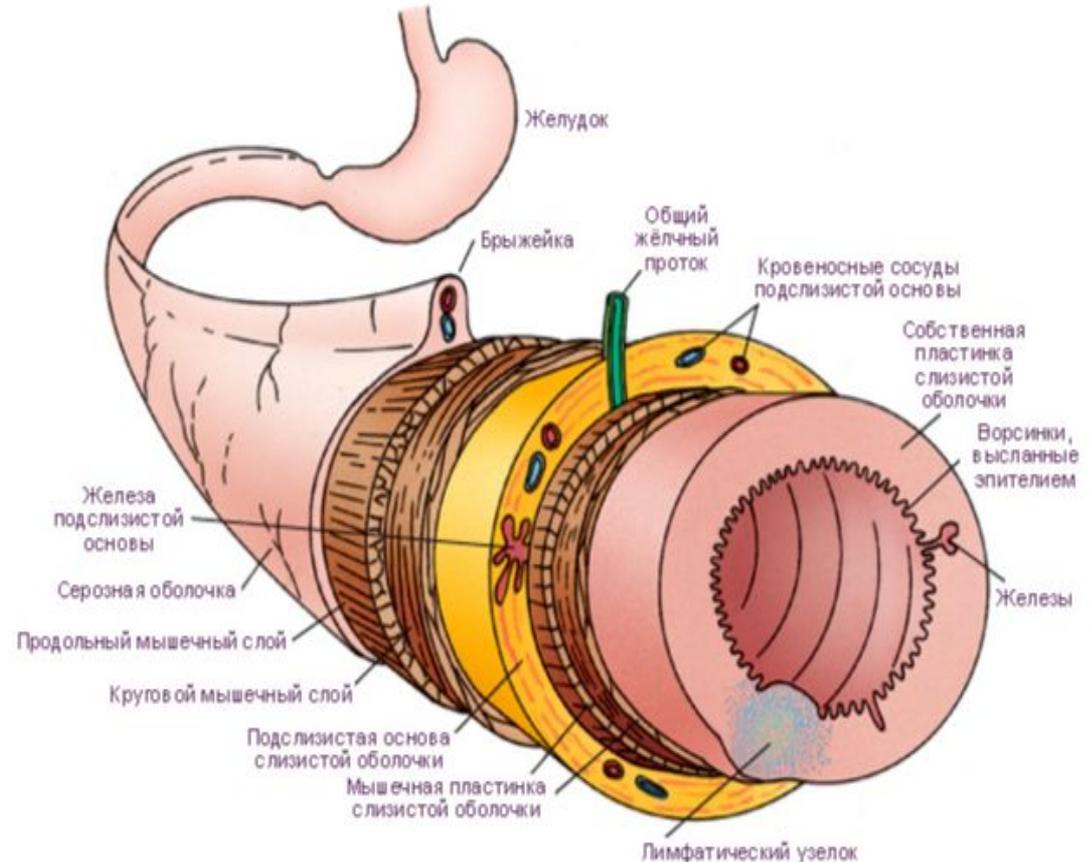


# Гистология

• Футляры стенки:

1. Слизисто-подслизистый (внутренний)

2. Серозно-мышечный (наружный)



# Кишечный шов

Собирательное понятие, под которым обыкновенно обозначают все виды швов, накладываемых на стенки полых органов желудочно-кишечного тракта, а так же на полые органы, имеющие в составе своей стенки брюшинный покров, мышечную оболочку, подслизистый слой и слизистую оболочку.

В. В. Кованов

# N.B!!! Критерии к кишечному шву

- Механическая прочность (70% обеспечивается подслизистой оболочкой)
- Механическая герметичность
- Биологическая герметичность (обеспечивается соприкосновением брюшины)
- Гемостатичность без нарушения кровоснабжения линии шва (прошивание подслизистой, оптимальный шаг шва)
- Адаптация слоев стенки
- Атравматичность

# Классификация

По отношению к просвету кишечника

«Чистые»

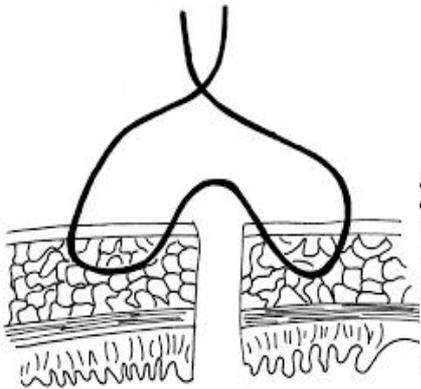
«Грязные»

Однофутлярные

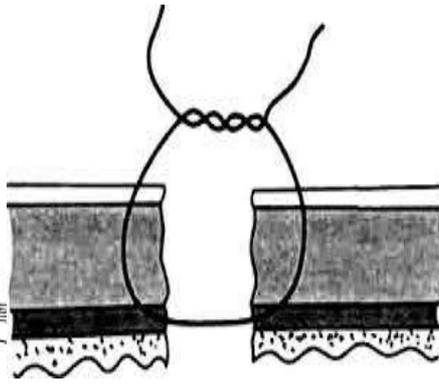
Двухфутлярные

Однофутлярные

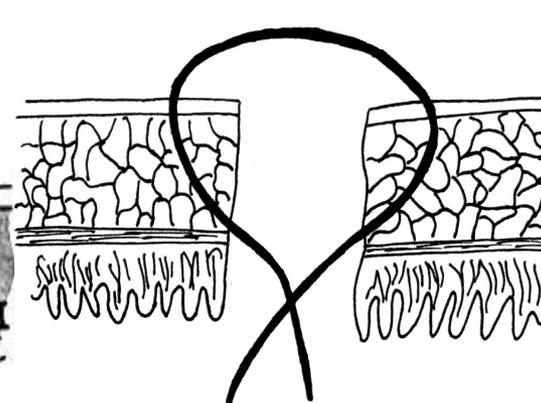
Двухфутлярные



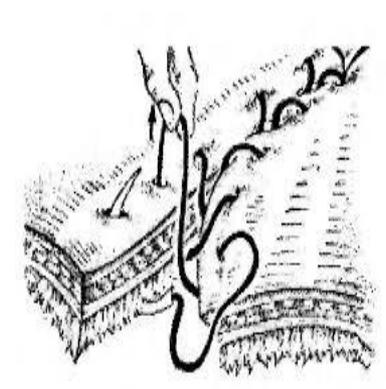
Шов Ламбера



Шов Пирогова



Шов Матешука



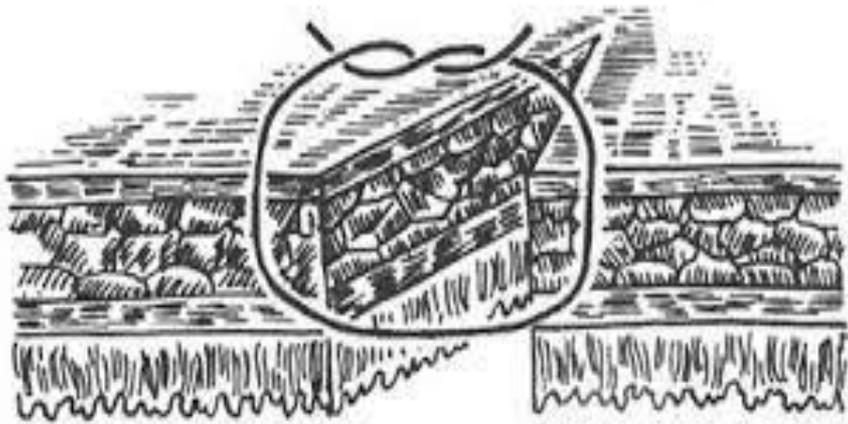
Шов Шмидена

# Классификация

По количеству рядов



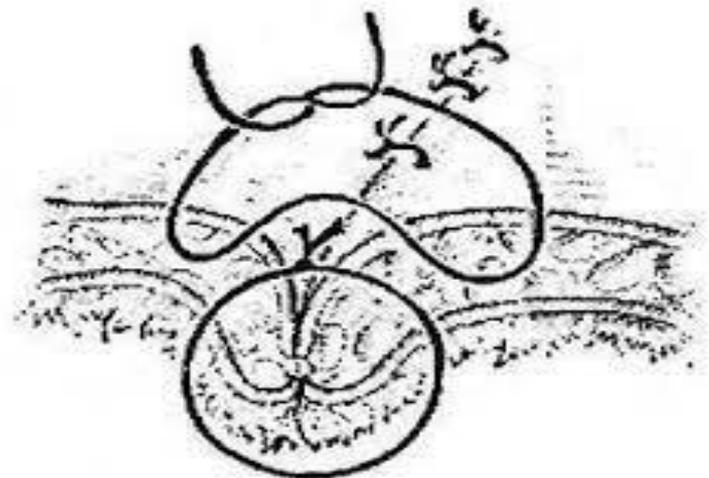
Однорядные



Шов Пирогова



Многорядные

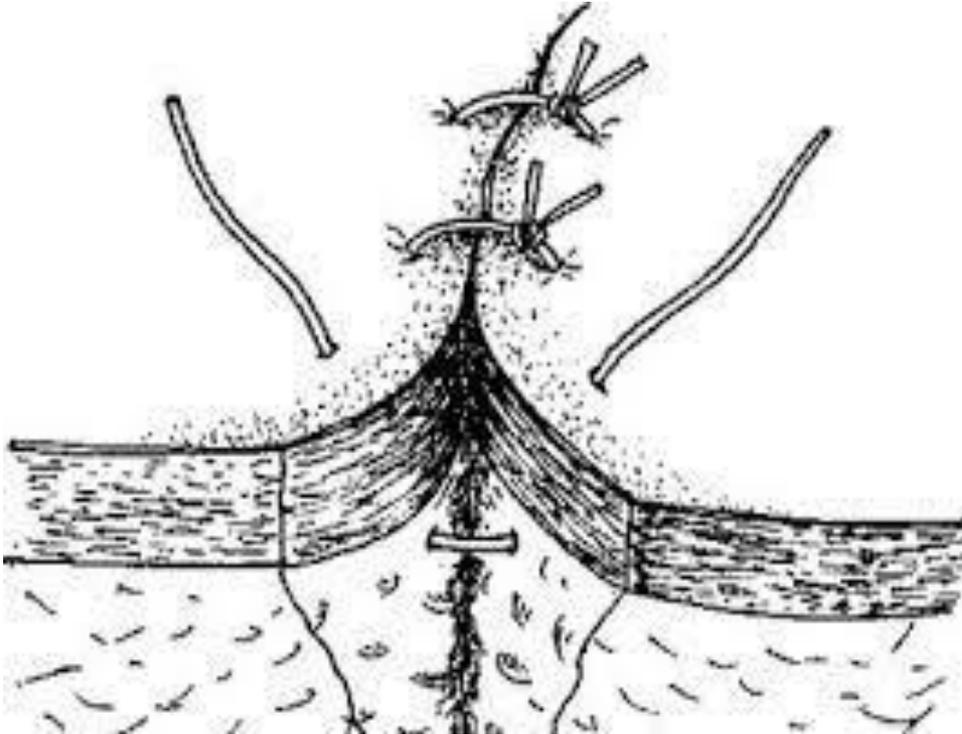


Шов Альберта

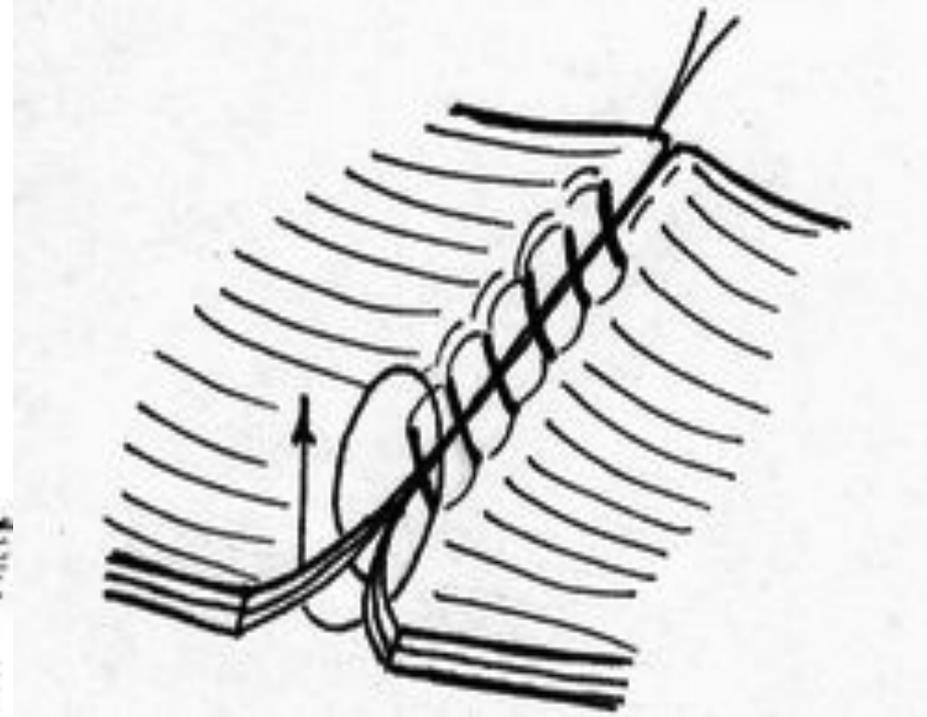
# Классификация

По методике наложения

Узловые



Непрерывные



# Классификация

По длительности существования шовного материала

Рассасывающиеся

Не рассасывающиеся

Полифиламентные

До 90 дней

• Полипропилен

- Полиэтилентетрафторэфилин
- Витон
- Дексан
- Полисорб
- Полигликолид
- ПолиDL-лактид
- Поли-ε-капролактон

# Резекция тонкой кишки



OF YOUR MEDICAL EXPENSES?

# Показания к операции

- 1) Травма живота с повреждением тонкой кишки при невозможности ушивания раны кишечника
- 2) Инфаркт кишки в следствие тромбоза мезентериальных сосудов
- 3) ОКН (обтурационная, странгуляционная, спаечная)
- 4) Воспалительные заболевания (Болезнь Крона, туберкулез не поддающийся консервативной терапии)
- 5) Новообразования

# Правила выполнения

- Бережное обращение к петлям тонкой кишки
- Предупреждение попадания содержимого в брюшную полость
- Не допускать нарушения кровоснабжения отрезков участвующих в анастомозе
- Избегать стенозирования просвета в месте анастомоза
- Шаг шва от 0,5 до 0,75 см
- Использование колющих игл
- Обязательное укрытие грязных швов вторым рядом чистых швов
- Использование рассасывающихся нитей на «грязные» швы и нерассасывающихся на «чистые»

# Ход операции

- Доступ
- Мобилизация
- Резекция
- Наложение анастомоза
- Выход из брюшной полости

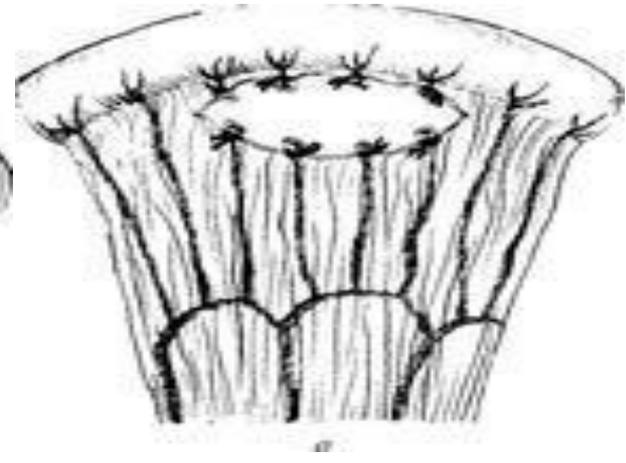
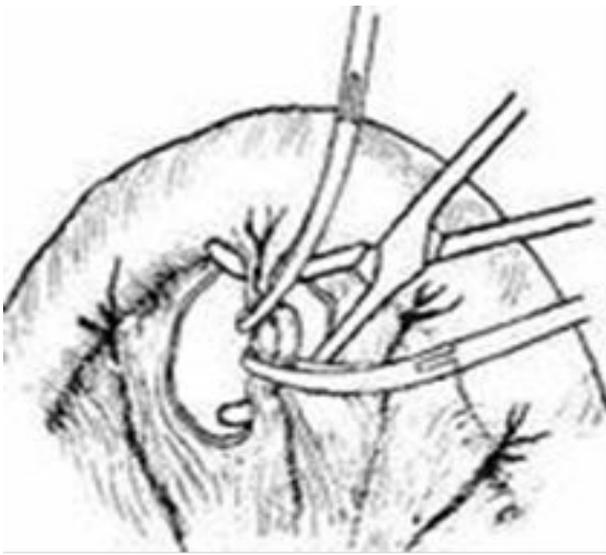
# Доступ

В данном случае срединный верхний



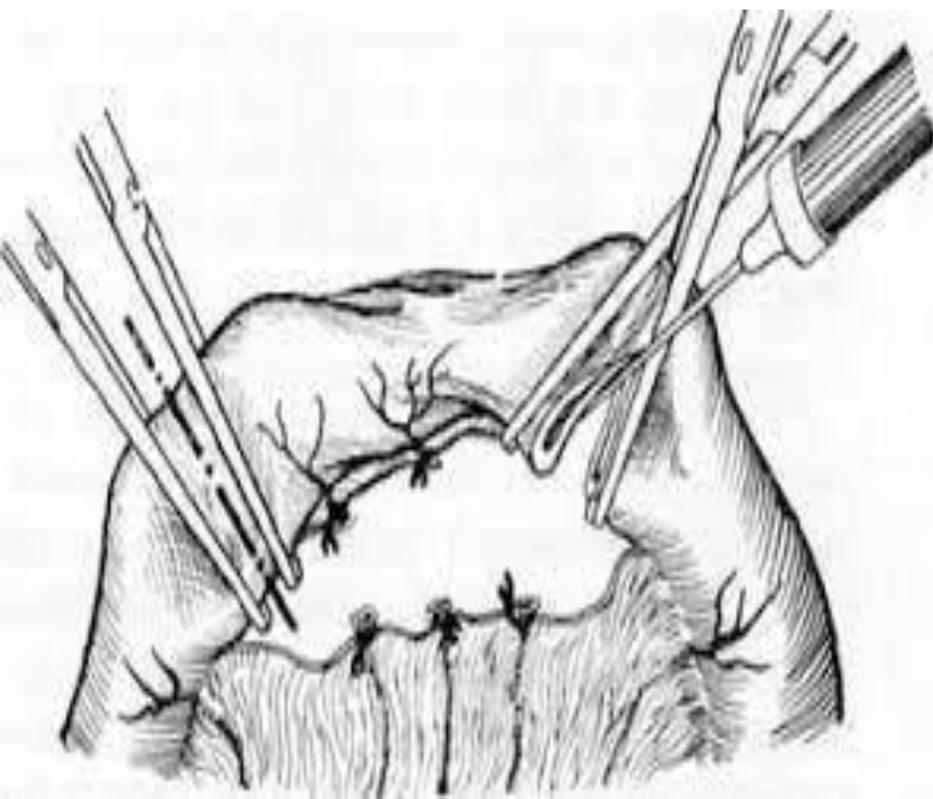
# Мобилизация

- Освобождение участка кишки от прикрепляющейся к нему брыжейки путем последовательной перевязки взятых на зажимы порций брыжейки вместе с проходящими кровеносными сосудами.
- Мобилизируется и удаляется участок 30-40 см в проксимальном направлении и 15-20 см в дистальном

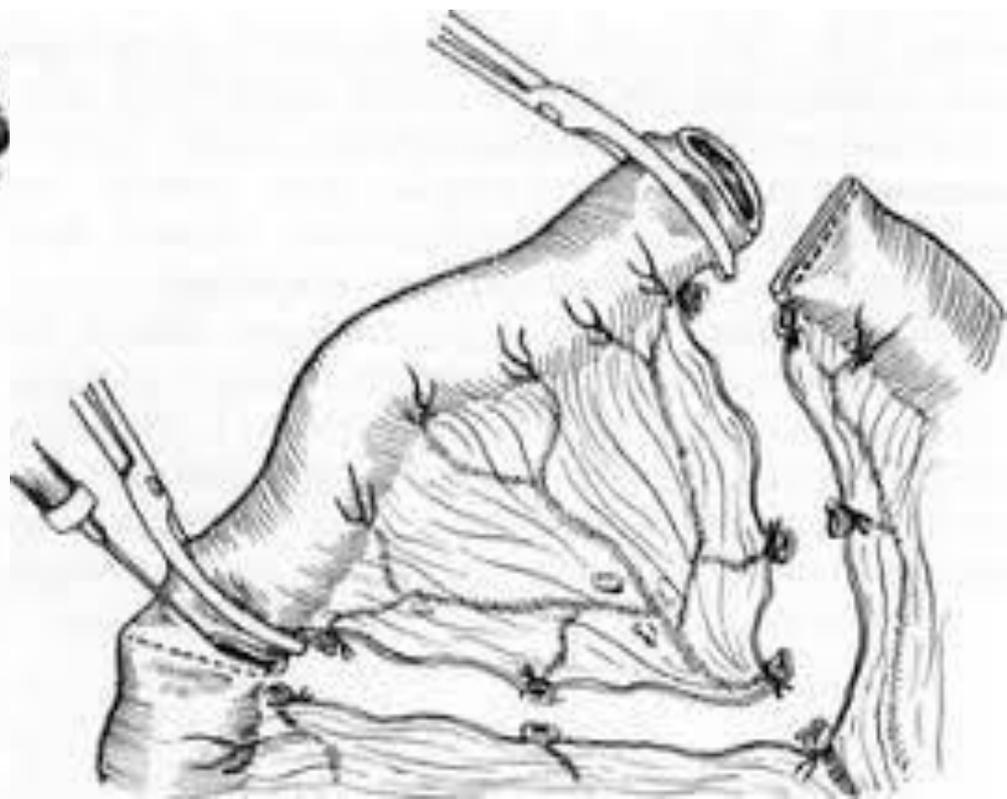


# Резекция

Пристеночная

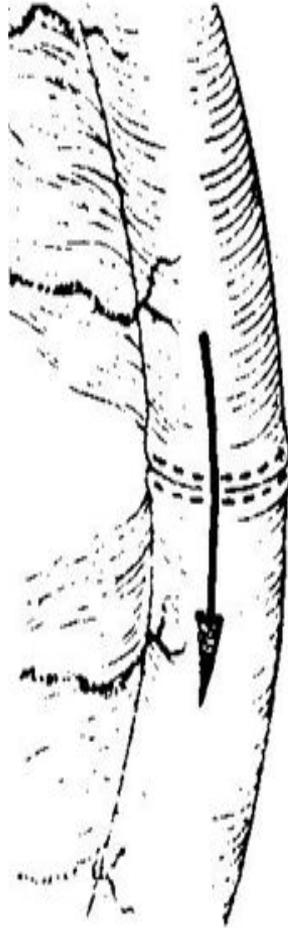


Клиновидная



# Кишечный анастомоз

а) Конец в конец



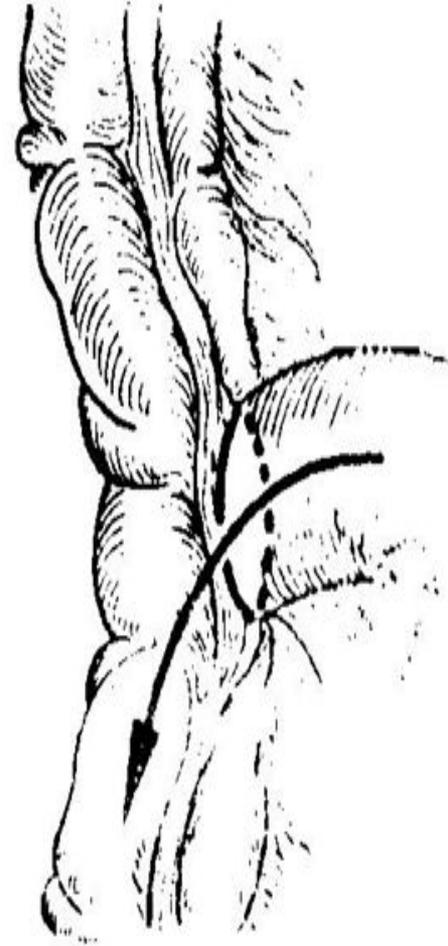
а

б) Бок в бок



б

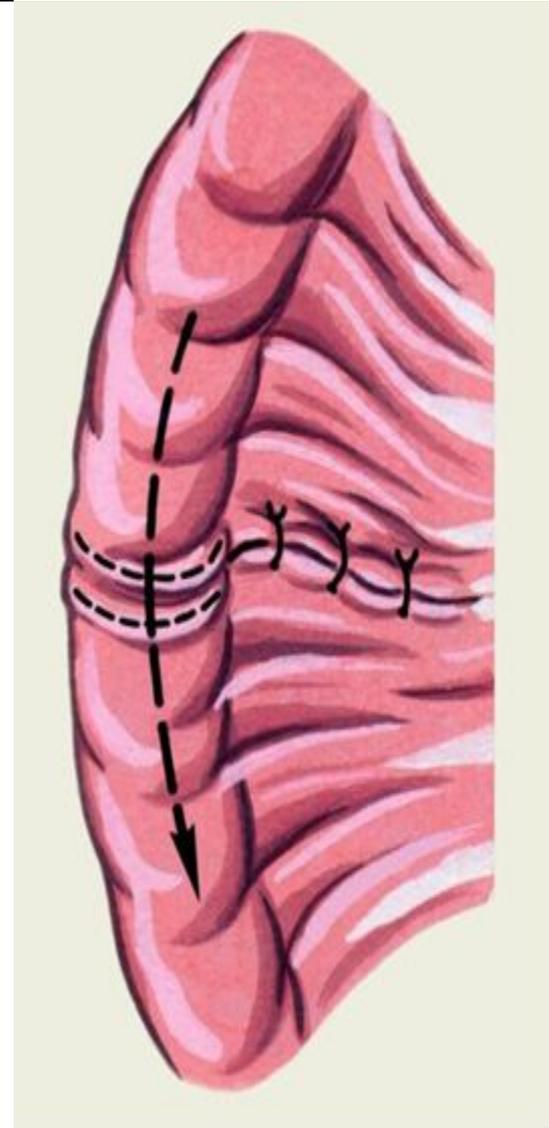
в) Конец в бок



в

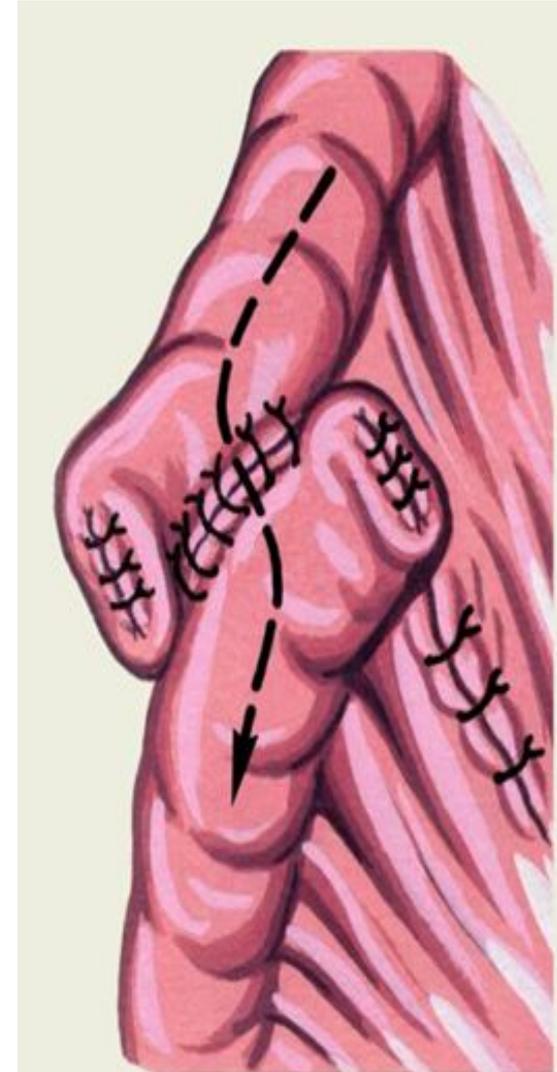
# Анастомоз конец в конец

- Является наиболее физиологичным
- При наложении 2-х рядного шва – стенозирования (имеются методики, позволяющие избежать стеноза)
- Практически идеален при использовании однорядного шва (технически сложное выполнение)



# Анастомоз бок в бок

- Менее физиологичен, но при правильности техники выполнения через 2-3 года растягивается и выглядит как «конец в конец»
- Отсутствует опасность стенозирования
- Наиболее простая техника выполнения



# Анастомоз бок в бок

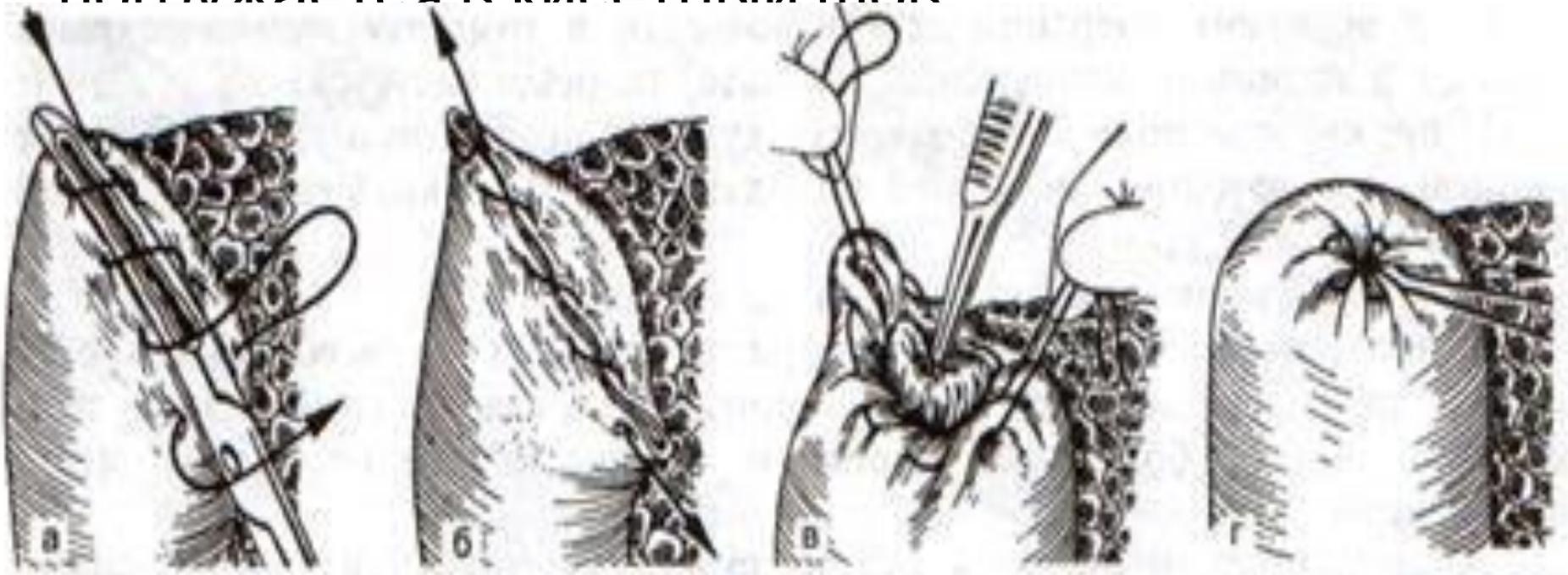


# Порядок выполнения

- 1) Формирование культей
- 2) Наложение серозно-мышечных швов (Ламбера) на заднюю стенку анастомоза
- 3) Вскрытие просвета кишки
- 4) Наложение простого обвивного (сквозного) шва на заднюю губу анастомоза
- 5) Наложение вворачивающего сквозного шва (Шмидена) на переднюю губу анастомоза
- 6) Наложение серозно-мышечных швов (Ламбера) на переднюю стенку анастомоза
- 7) Ушивание окна брыжейки

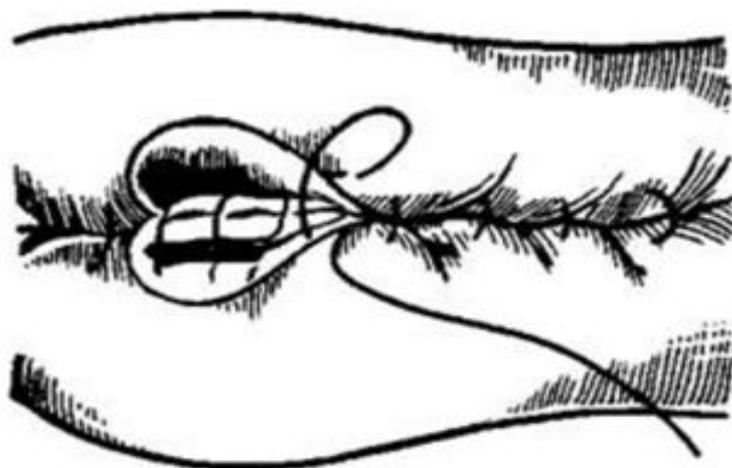
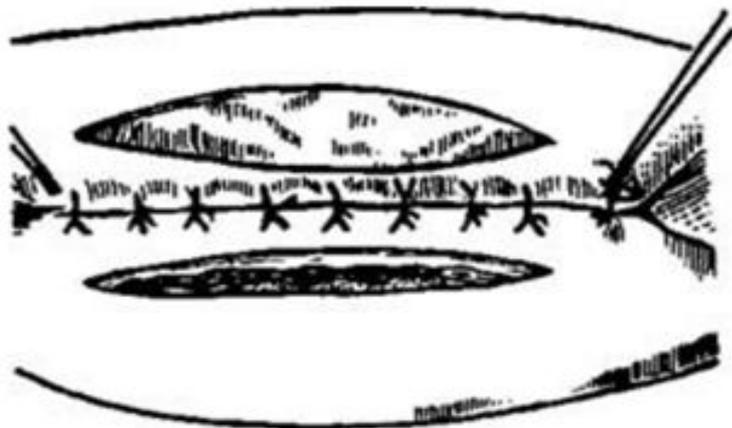
# Формирование культи

- Способ *Дуайена* – накладывают раздавливающий зажим, кишку перевязывают толстым кетгутом, перерезают. Культи погружаются в кисетный шов

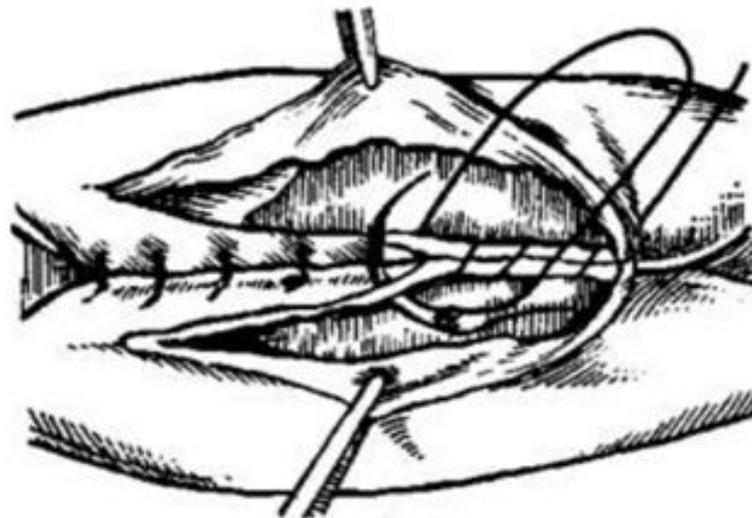


Лямбодера.

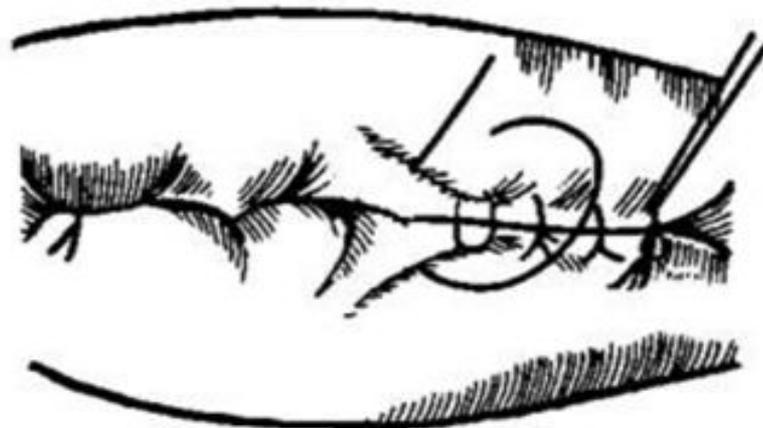
# Формирование анастомоза



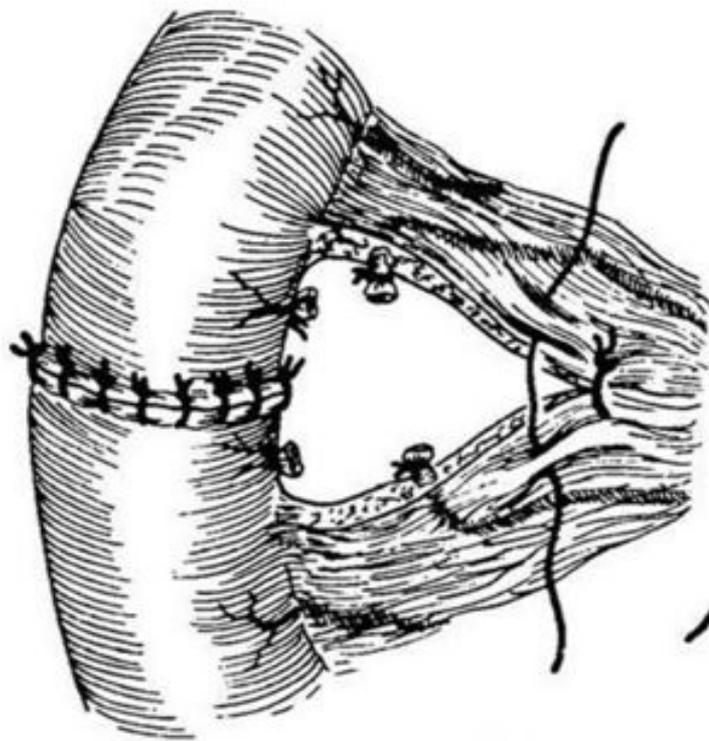
В

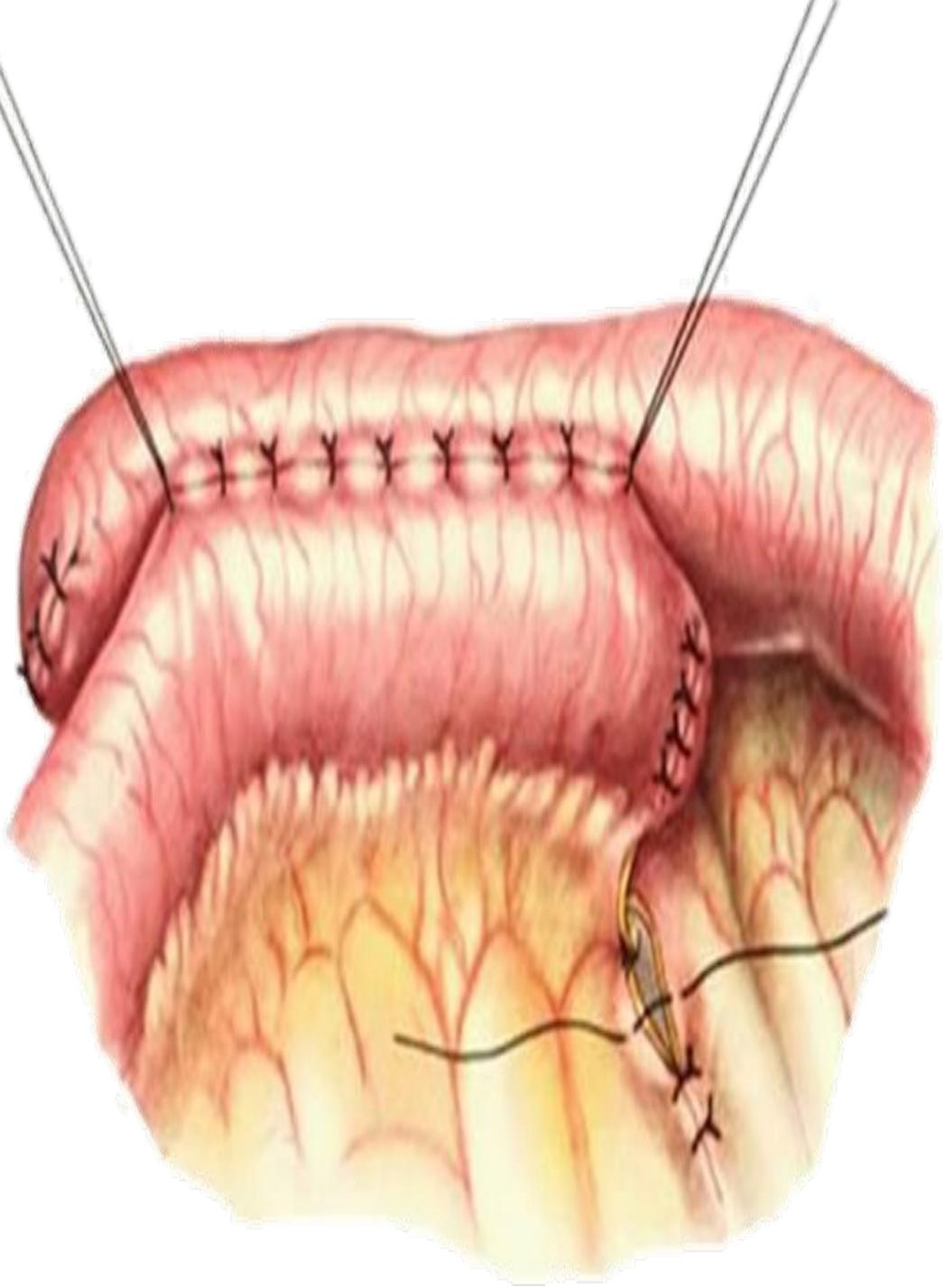


6



# Ушивание окна брызжейки





Спасибо за внимание

