

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО ТЮМЕНСКИЙ ГМУ МИНЗДРАВА РОССИИ)
КАФЕДРА АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА, ОПЕРАТИВНОЙ ХИРУРГИИ
И ТОПОГРАФИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ.**

Презентация на тему:

«Принципы ушивания язв»

Выполнил: студент 406 группы

Лечебного факультета

Подшивалов Д.Ю.

Проверила:

Чившина Р.В.

Этапы и техника ушивания перфоративной (прободной) язвы

I. Предоперационная подготовка:

- - Предоперационные исследования: обзорная рентгенография органов брюшной полости, возможна эндоскопия.
- - Подготовка пациента: назогастральный зонд, переливание жидкости и электролитов при перитоните, антибактериальная терапия.

II. Специфические риски, информированное согласие пациента:

- - Необходимость сопутствующего лечения язвенной болезни (иначе риск рецидива может возрасти до 60%)
- - Злокачественный процесс, сочетающийся с язвой желудка в 8% случаев
- - Несостоятельность швов
- - Повреждение желчного протока
- - Внутрибрюшной абсцесс
- - Нарушение эвакуации из желудка

III. Обезболивание. Общее обезболивание (интубация).

IV. Положение пациента: Лежа на спине.

V. Доступ при ушивании прободной язвы:
Верхнесрединная лапаротомия.

VI. Этапы ушивания прободной язвы:

- - Иссечение язвы
- - Ушивание язвы –
- Перитонизация сальником
- - Мобилизация двенадцатиперстной кишки (маневр Кохера)

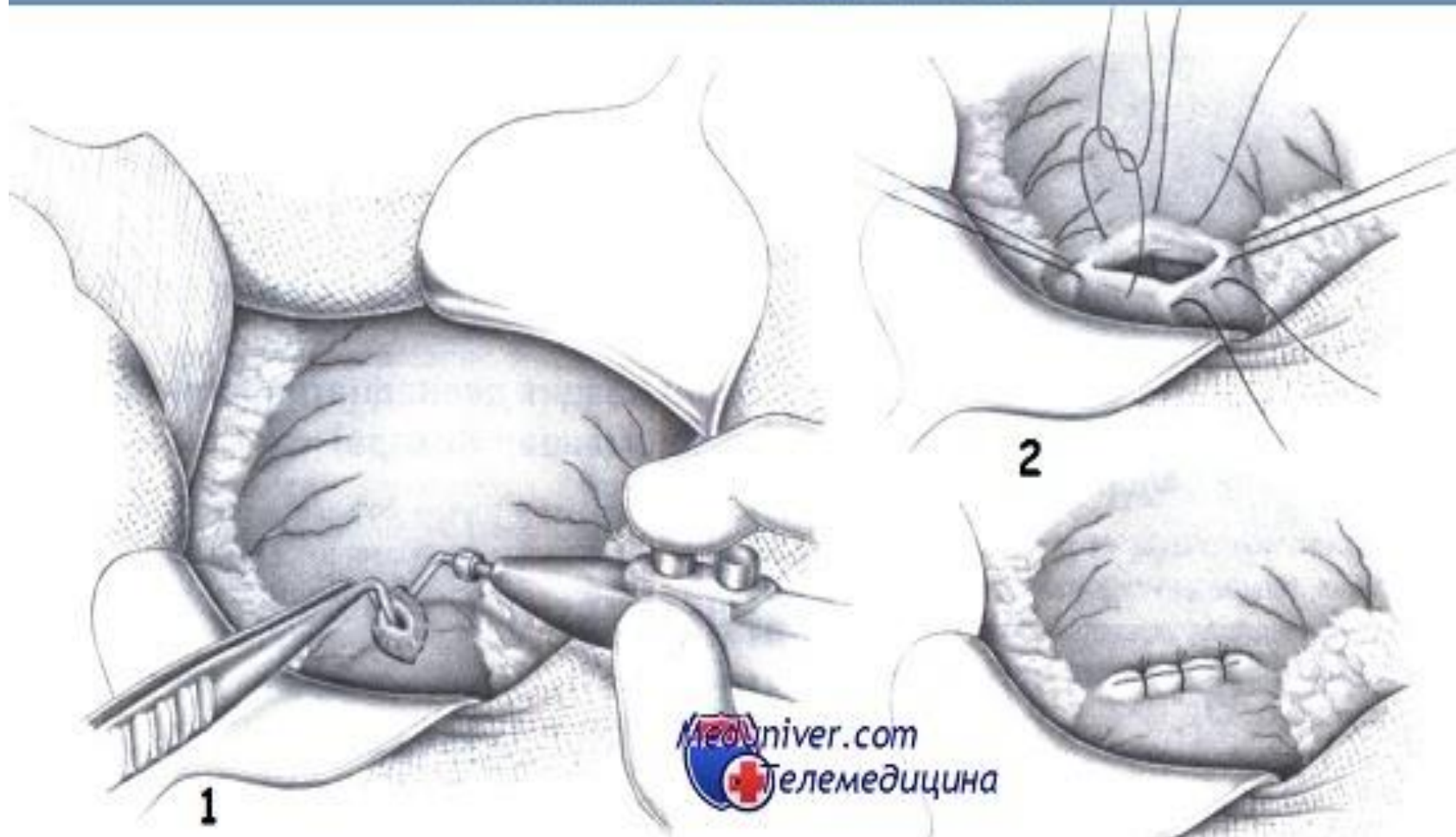
Иссечение язвы

- Прободные язвы двенадцатиперстной кишки и небольшие препилорические язвы без признаков злокачественности можно ушивать без иссечения. Язвы желудка или язвы, подозрительные с точки зрения злокачественности, необходимо полностью иссекать. Если есть сомнение, может быть выполнено клиновидное иссечение. Иссечение необходимо для установки патологоанатомического диагноза, а также для подготовки к пилоропластике при интрапилорической локализации. Выполняется иссечение скальпелем или диатермией, и должно учитывать возможность ушивания. При интрапилорических язвах следует выполнять частичную пилоропластику, включающую продольное иссечение и поперечное ушивание.

Ушивание язвы

- Ушивание язвы выполняется глубокими отдельными швами (2-0 PGA) между двумя швами-держалками. Расстояние между швами и отступ от краев дефекта должен составлять 0,6-0,8 см. Обычно достаточно трех или четырех отдельных швов.

Ушивание прободной язвы



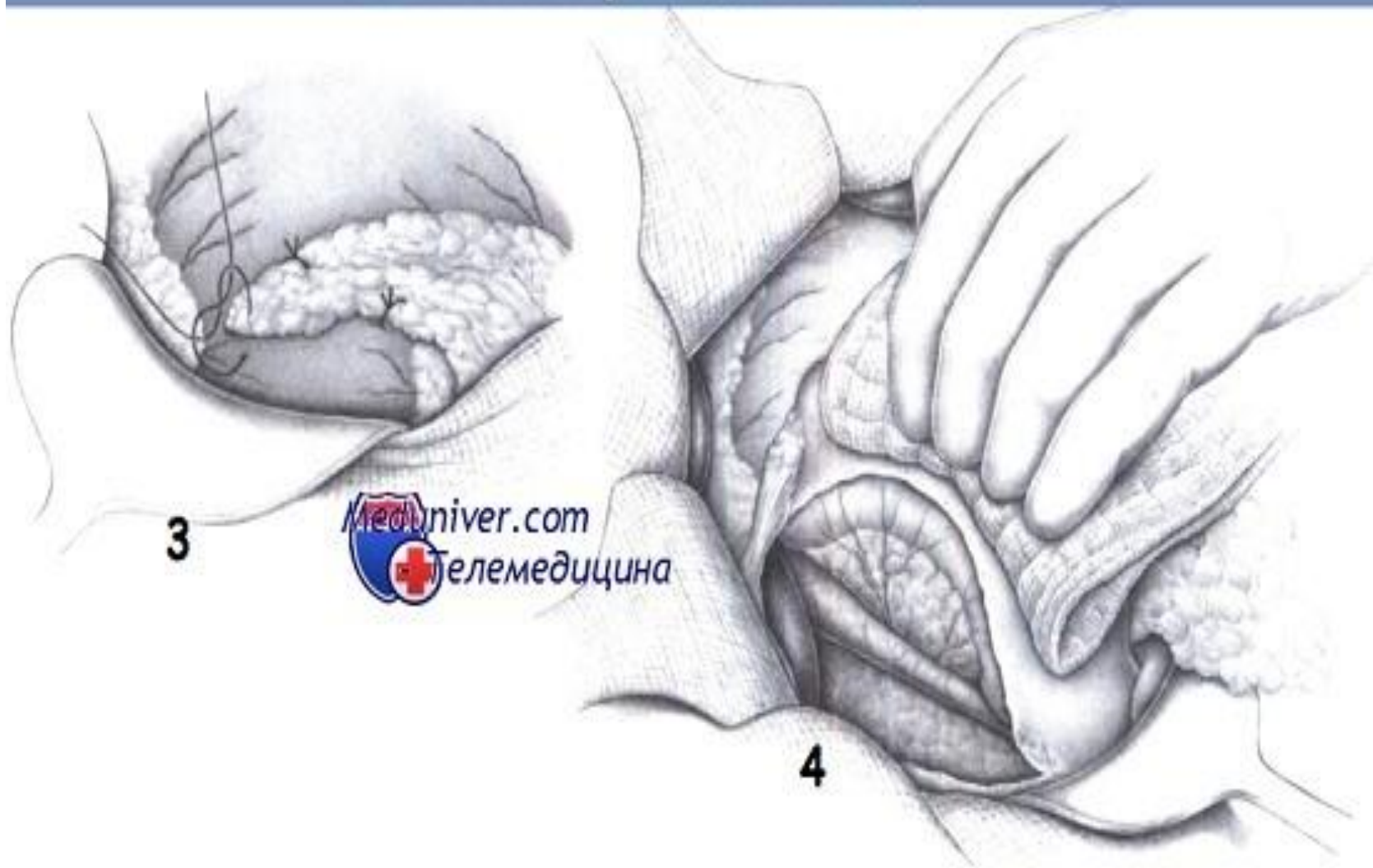
Перитонизация сальником

- Если ткань, захватываемая в швы, не дает им достаточной поддержки, а также, если швы находятся под натяжением в хрупкой ткани, рекомендуется укрывать линию швов прядью сальника, которая фиксируется к передней стенке желудка отдельными швами (2-0 PGA).

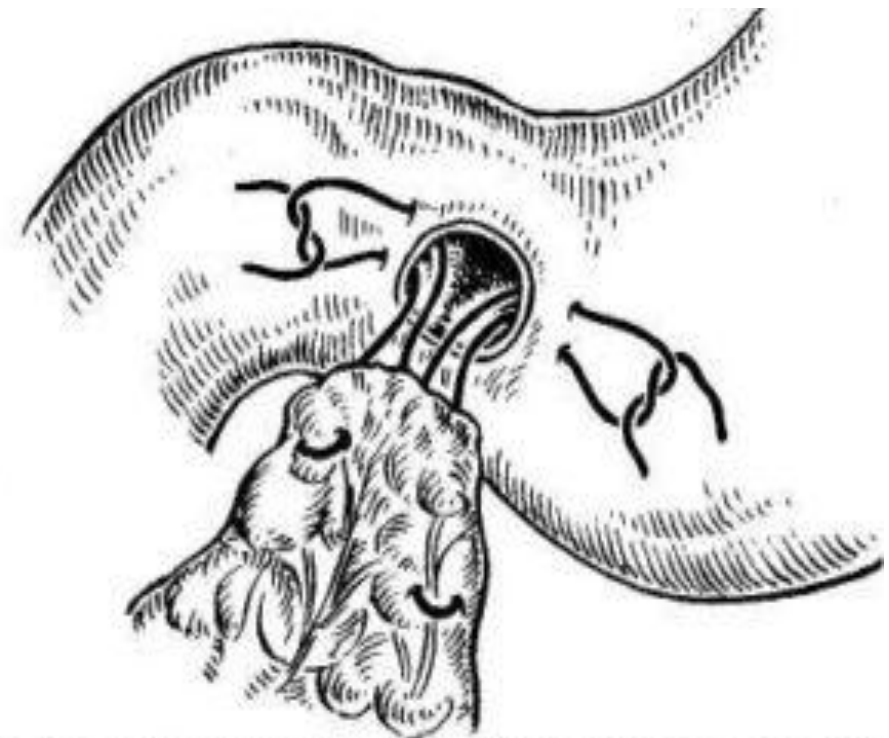
Мобилизация двенадцатиперстной кишки (маневр Кохера).

- Мобилизация двенадцатиперстной кишки (маневр Кохера). Чтобы снять натяжение в случаях больших дефектов передней стенки и при значительном натяжении швов рекомендуется мобилизовать двенадцатиперстную кишку по Кохеру. Если прободная язва распространяется более чем на половину окружности кишки (то есть, в случае «ампутирующей язвы»), то после резекции антрального отдела и привратника рекомендуется гастродуоденостомия по Бильроту I.

Ушивание прободной язвы



- Тампонада прободного отверстия фрагментом большого сальника по методу Поликарпова. Данный метод применим во многих случаях, особенно при большом диаметре отверстия. Это позволяет устранить прободение без деформирования и сужения полостей желудка или 12-перстной кишки.



тампонада прободного отверстия

Этапы и техника ушивания кровоточащей язвы

- 1. Перевязка желудочnodвенадцатиперстной артерии.

Операция начинается с обнажения желудочно-двенадцатиперстной артерии. Она находится у привратника, в проекции выступающей препилорической вены Мейо, и всегда располагается глубже, чем ожидается. Ее часто путают с правой желудочной артерией, которая проходит более поверхностно. То, что сосуд является желудочно-двенадцатиперстной артерией, подтверждается его отхождением от общей печеночной артерии, которая пальпируется как пульсирующий тяж над верхним краем поджелудочной железы. После обнажения желудочnodвенадцатиперстной артерии под нее до перевязки подводится зажим Оверхольта.

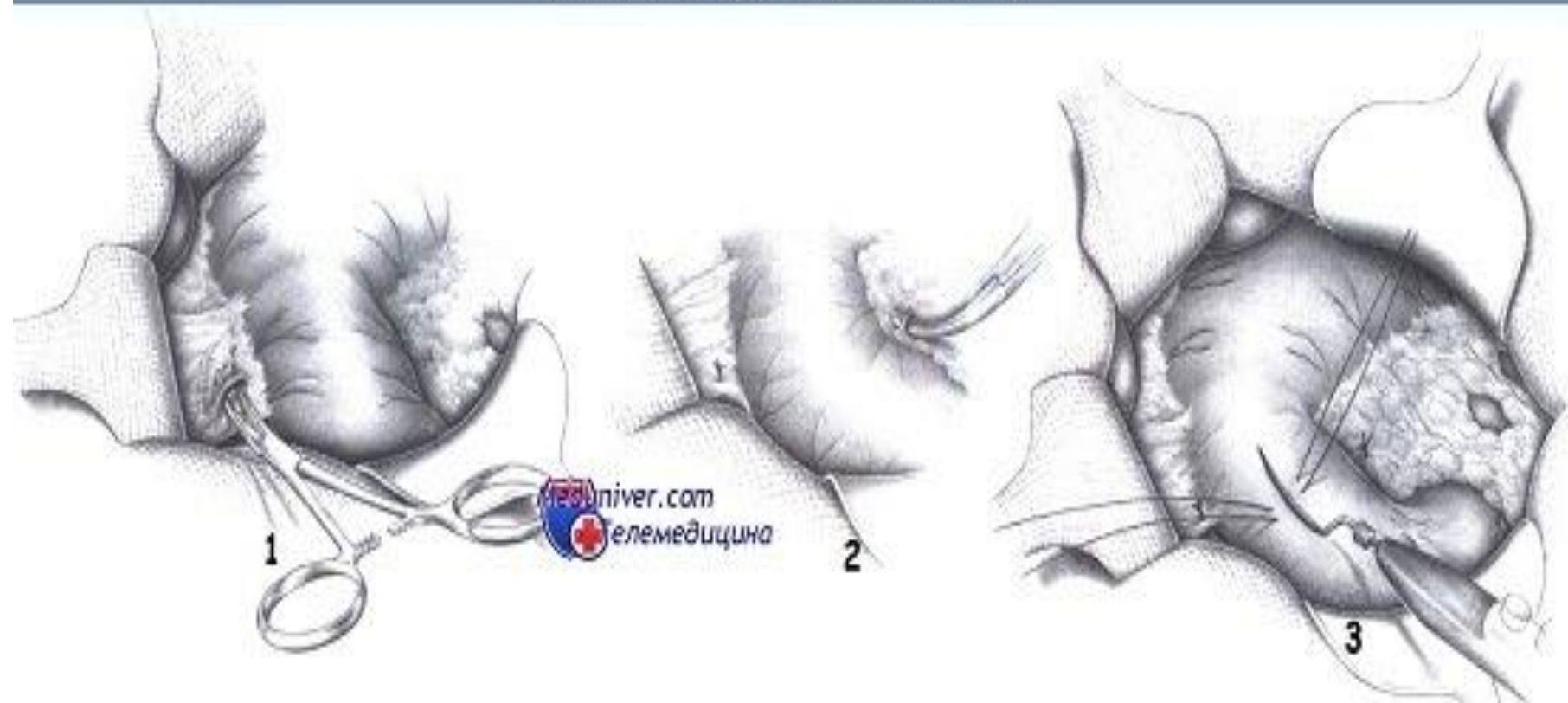
- 2. Перевязка поджелудочnodвенадцатиперстной артерии.

Верхняя поджелудочно-двенадцатиперстная артерия и правая желудочно-сальниковая артерия обнажаются на уровне каудальной дуги привратника. Оба сосуда перевязываются под контролем зрения.

- 3. Гастродуоденотомия.

Между швами-держалками на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, в зависимости от расположения язвы, выполняется продольный разрез. При расположении язвы в постпилорической части двенадцатиперстной кишки разрез проводится преимущественно в области проксимального отдела кишки, а привратник затрагивается только краниальной частью разреза.

Ушивание кровоточащей язвы



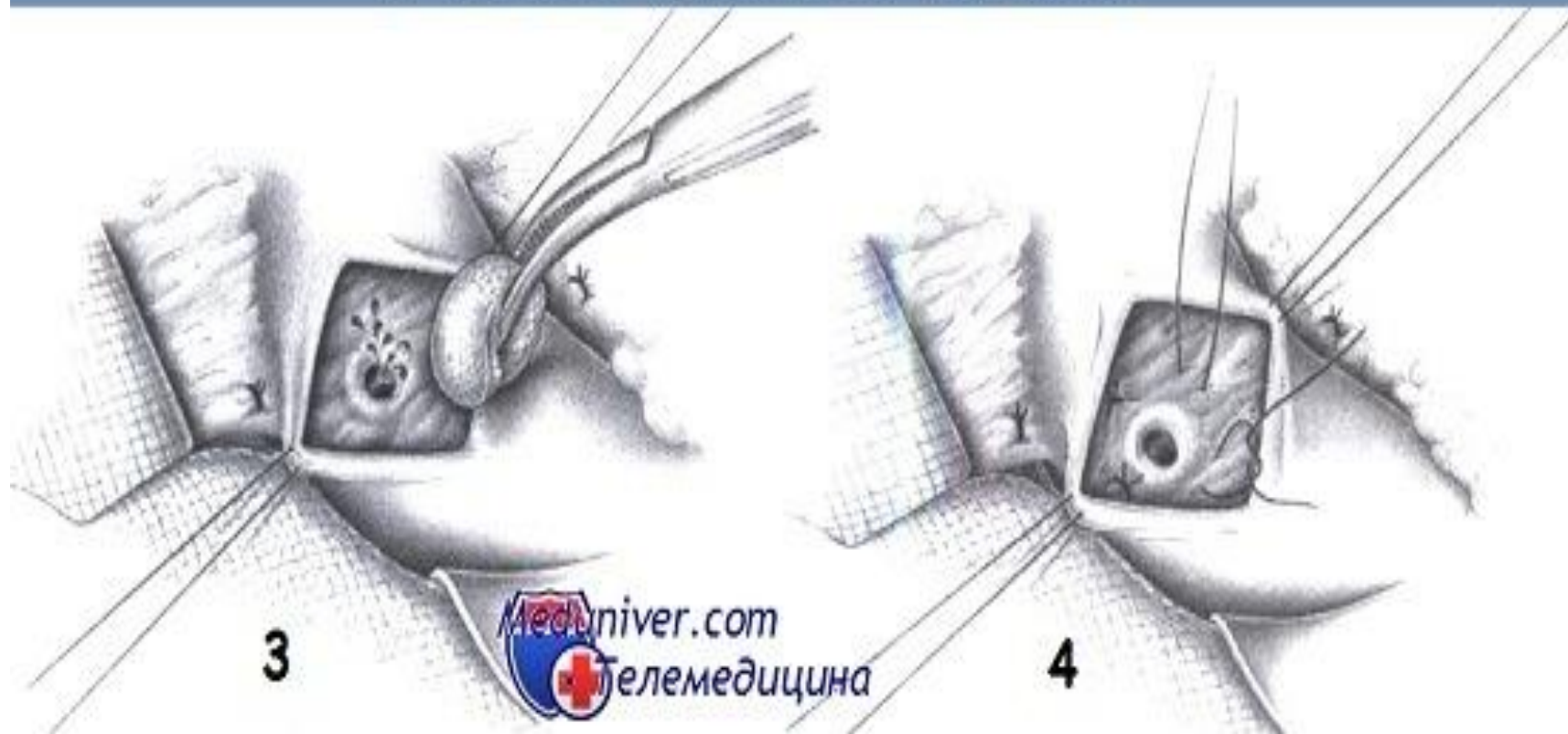
- 4. Выявление источника кровотечения.

Место кровотечения обычно находится на задней стенке, над проекцией желудочно-двенадцатиперстной артерии. Если к моменту операции кровотечение остановилось, то для обнаружения источника его необходимо возобновить пальпацией.

- 5. Четырехквadrантное прошивание с перевязкой.

Место кровотечения фиксируется одиночными швами, которые включают желудочно-двенадцатиперстную артерию краниальнее и каудальнее язвы. Дополнительные ветви от желудка и двенадцатиперстной кишки также перевязываются с прошиванием отдельными швами (3-0 PGA) в двух оставшихся квадрантах.

Ушивание кровоточащей язвы



- 6. Ушивание язвы.

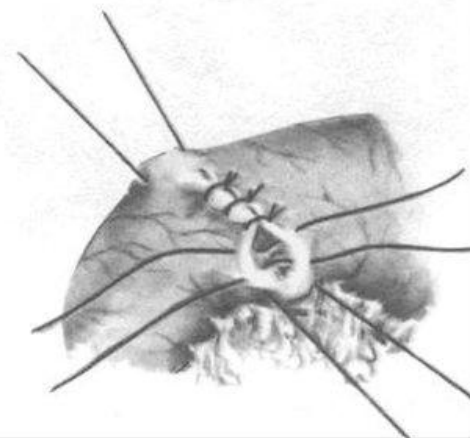
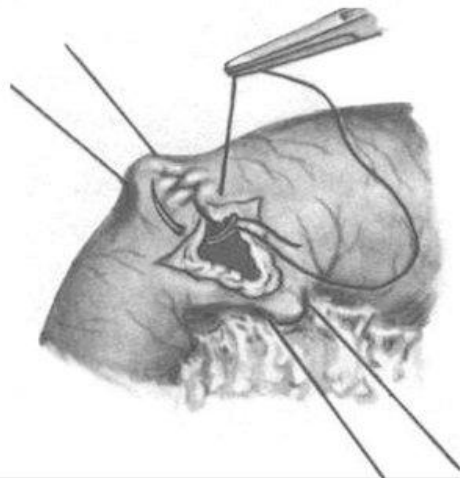
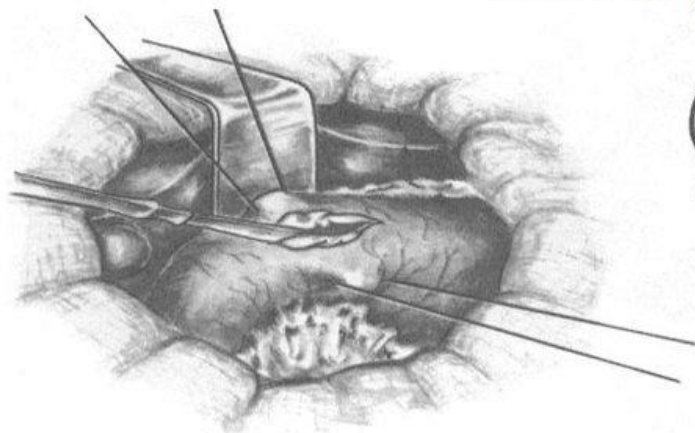
Для уменьшения раздражения дна язвы кислотой, ушивание дна язвы выполняется двумя или тремя отдельными швами.



- 7. Пилоропластика.

Если в гастродуоденотомию был включен привратник, то затем следует выполнить пилоропластику по Гейнеке-Микуличу. Продольный разрез ушивается поперечно между швами-держалками. После гастротомии допускается продольное ушивание продольного разреза. В отдельных случаях, чтобы снять натяжение со швов, требуется мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру.

Пилоропластика по Гейнеке- Микуличу



Список литературы

- Б.Р. Гельфанд, П.А. Кириенко, Т.Ф. Гриненко, В.А. Гурьянов, С.Л. Нистратов « Анестезиология и интенсивная терапия »
- И.И. Каган, И.Д. Кирпатовский « Топографическая анатомия и оперативная хирургия »
- Корячкина В. А., Страшнова, В. И. « Интенсивная терапия угрожающих состояний »