ЛЕКЦИЯ 5

ОПЕРАЦИИ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

кишечные швы

Классификация:

- <u>чистые</u> не затрагивающие слизистую оболочку (шов Ламбера);
 - грязные (инфицированные), проходящие через слизистую оболочку (Мультановского, вворачивающий Шмидена)
 - По рядности:
- □ однорядные (Бира-Пирогова, Матешука);
 - двухрядные (инфицированный + шов Ламбера)- тонкая кишка;
- □ трехрядные (шов сквозной + 2 шва Ламбера)- толстая кишка По способу наложения:
- **п** ручной
- **механический**
- л клеевой

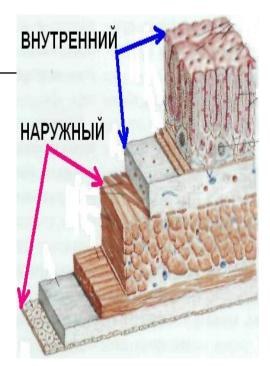
по захвату слоев кишки: серо-серозные; серозно-ма серозно-мышечно-подслизистые; сквозные.

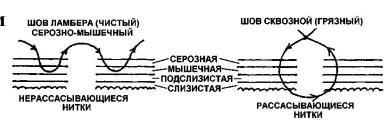
Требования к кишечному шву:

- Герметичность
- **Гемостатичность**

Асептичность

- □ Прочность
- **Адаптационность**







МЕЖКИШЕЧНЫЕ АНАСТОМОЗЫ

Виды: конец в конец; бок в бок; конец в бок.

Характеристика:

конец в конец -

- физиологичен
- экономичен по использованию тканей
- вызывает сужение
- м.б. прорезывание швов в pars nuda
- сложен в исполнении

бок в бок -

менее

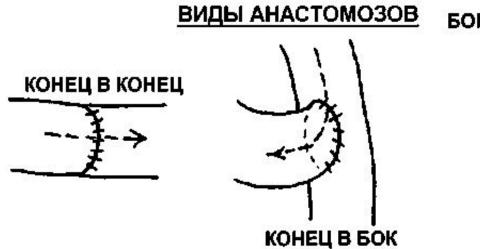
нет

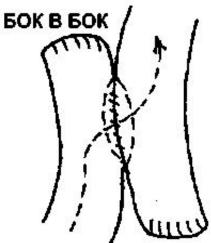
нет

нет

проще

слепые концы





ОПЕРАЦИИ на ЖЕЛУДКЕ и ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИПКЕ

Радикальные:

- **□ резекция**
- **□ гастрэктомия**

Паллиативные:

- ушивание прободной язвы
- **□** гастроэнтероанастомоз
- □ гастростомия

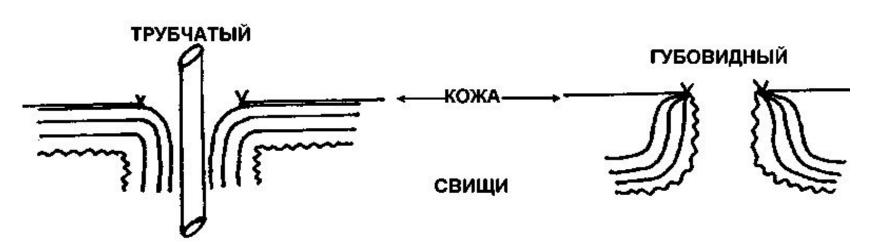
желудочные свищи

Временный (трубчатый) закрывается самостоятельно.

Показания - для питания, перед операцией или для заживления вышележащих отделов.

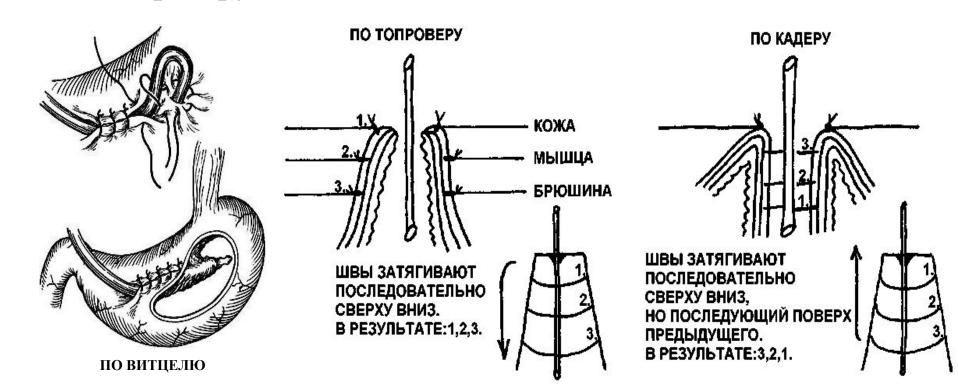
Постоянный (губовидный) - закрытие с помощью операции.

Показания - для питания при неоперабельных опухолях вышележащих отделов.



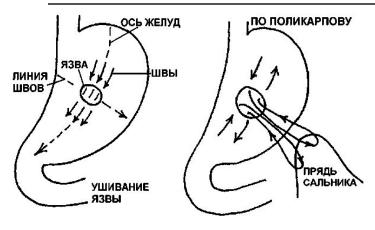
Виды:

по Витцелю- трубчатый, временный; трубка направляется к pylorus или к fundus (пища лучше переваривается в желудке). по Кадеру- трубчатый, временный; накладывается у детей или когда мало места (стенка поражена обширным процессом). по Топроверу- губовидный, постоянный.



УШИВАНИЕ ПРОБОДНОЙ ЯЗВЫ

Показания:



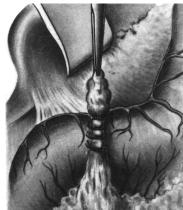
- **□**более 6 часов с момента прободения (наличие перитонита);
- □молодой возраст, отсутствие язвенного анамнеза;
- **□пожилой возраст, организм ослаблен сопутствующими заболеваниями.**

Техника:

- □двумя рядами серозно-мышечных швов при небольшом дефекте;
- □двухрядным швом;
- □П-образный грязный с подшиванием сальника + чистый сверху (по Поликарпову при значительном дефекте).

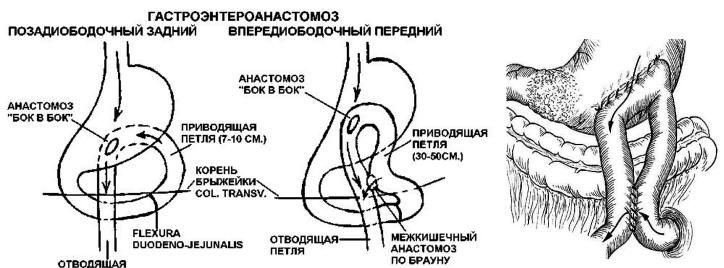
Линия швов должна быть в поперечном направлении



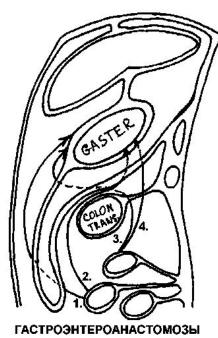


ГАСТРОЭНТЕРОАНАСТОМОЗЫ

- Виды (4): передний (с передней стенкой желудка) и задний (с задней).
 Каждый из них может быть − впередиободочный, позадиободочный
- Техника: Накладывается по типу бок в бок, изоперистальтически.
 Соблюдается правило 2М2Б (т.е. приводящая (малая) петля располагается выше (к малой кривизне), а отводящая (большая) ниже (к большой кривизне) или приводящая −ближе к кардии, отводящая к пилорусу).
- □ Осложнения: развитие порочного круга. Для его профилактики накладывают межкишечный анастомоз по Брауну (между приводящей и отводящей петлями) по типу бок в бок.



ПЕТЛЯ



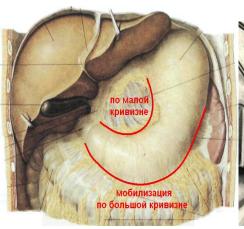
РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА

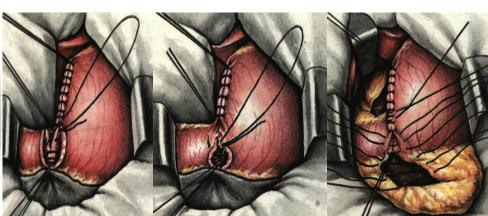
Виды:

- □ <u>Бильрот 1</u>
- □ Бильрот 2
- Бильрот 2 (в модификации Гофмейстера-Финстерера)

Этапы:

- 1. скелетирование (мобилизация по большой и малой кривизне)
 - 2. резекция части желудка
- □ 3. наложение гастроэнтероанастомоза







РЕЗЕКЦИЯ ПО БИЛЬРОТ 1

Бильрот 1 (характеристика)

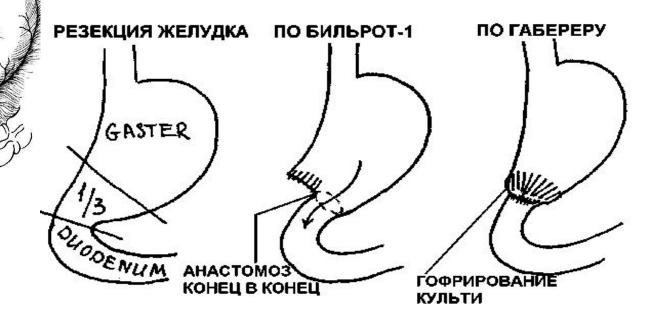
□ физиологична

СТУПЕНЧАТАЯ РЕЗЕКЦИЯ

ПО ШАМАХЕРУ

- педостаточно снижает кислотность
- □ возможно натяжение и прорезывание швов
- ¬ удаляем 1/3, анастомоз конец в конец.

по <u>Шамахеру</u> - ступенчатая резекция, физиологична, достаточно снижает кислотность анастомоз конец в конец.



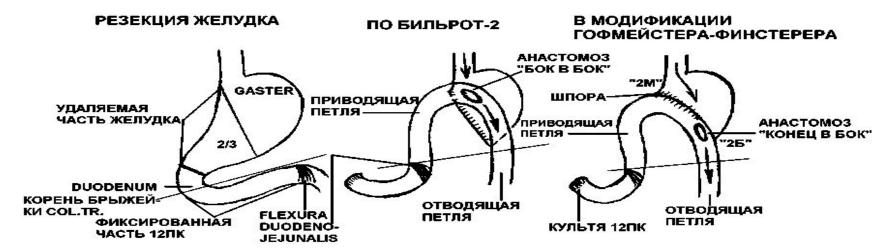
РЕЗЕКЦИЯ ПО БИЛЬРОТ 2

Бильрот 2

- нефизиологична, м.б. порочный круг, застой пищи
- 12-п.к. частично выключена из процесса пищеварения
- прорезывания швов
- □ удаляем 2/3, анастомоз бок в бок

модификация Гофмейстера-Финстерера

- □ удаляем 2/3, анастомоз конец в бок, менее травматична
- порочный круг реже, т.к. "шпора" препятствует забросу в приводящую петлю, нет застоя пищи



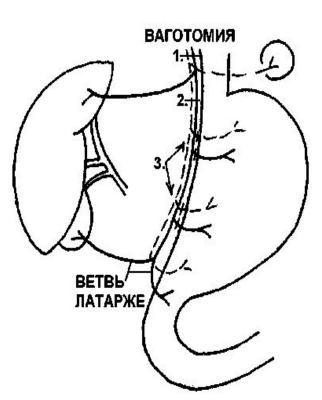
ВАГОТОМИЯ

органосохраняющая операция, направленная на снижение кислотопродуцирующей функции желудка путем пересечения n. vagus или его ветвей

ъВиды:

- 1. <u>стволовая</u> пересечение обоих стволов выше или ниже диафрагмы
- 2. <u>селективная</u> пересечение обоих стволов ниже отхождения печеночной и чревной ветвей
- 3. <u>селективная проксимальная</u> пересечение передних и задних желудочных ветвей, кроме ветви Латарже (при повреждении ее- парез пилороантрального отдела и дискинезия желчных путей).
- Характеристика: применяется при язве 12ПК; она снижает кислотность в желудке, т.к. язва возникает на фоне повышенной кислотности.

Применяется в сочетании с дренирующими операциями.



Дренирующие операции на желудке

- -гастроэнтероанастомоз
- -пилоропластика
- -пилородуоденоанастомозы

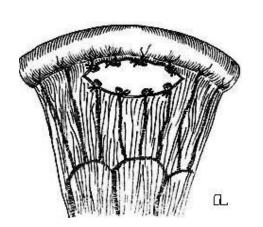


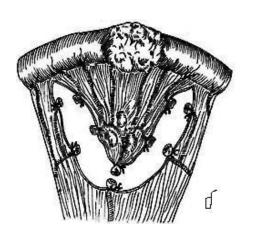
ОПЕРАЦИИ на ТОНКОЙ и ТОЛСТОЙ КИШКАХ

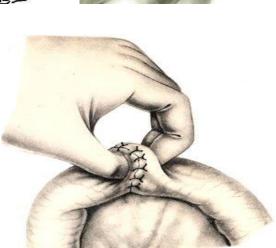
РЕЗЕКЦИЯ ТОНКОЙ КИШКИ

Этапы:

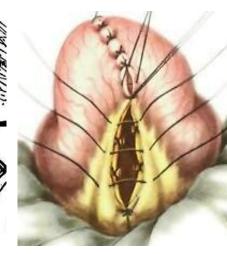
- 1) Мобилизация перевязка сосудов брыжейки:
 - а) линейная перевязывают лишь прямые сосуды (удаляют малый участок)
 - б) клиновидная перевязывают сосуды по ходу разреза брыжейки (значительный участок).
- 2) Резекция
- 3) Наложение анастомоза







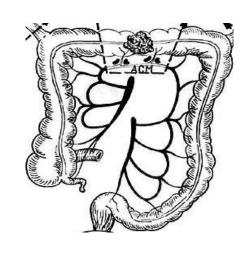




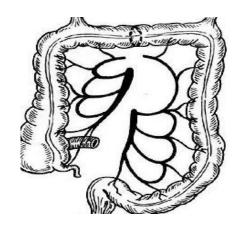
РЕЗЕКЦИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Особенности

- Анастомоз накладывают только между интраперитонеальными отделами
 - Учитывают кровоснабжение кишки.

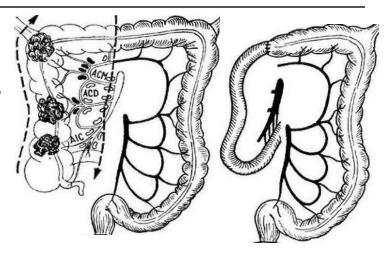


Резекция поперечной ободочной и сигмовидной кишки — удаляют патологический очаг, накладывают анастомоз конец в конец.



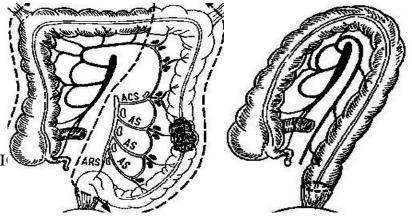
ГЕМИКОЛЭКТОМИЯ

резекция правой половины толстой кишки (правосторонняя гемиколэктомия) — удаляют 10-15 см конечного отрезка подвздошной кишки, слепую, восходящую, правый изгиб и правую треть поперечной ободочной кишки; накладывают илеотрансверзоанастомоз.



резекция левой половины толстой кишки (левосторонняя гемиколэктомия) –

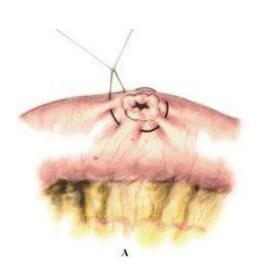
удаляют левую треть поперечной ободочной кишки, левый изгиб, нисходящую, часть сигмовидной кишки; накладывают анастомоз птипу «конец в конец».

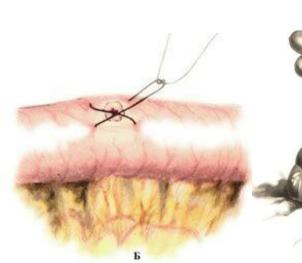


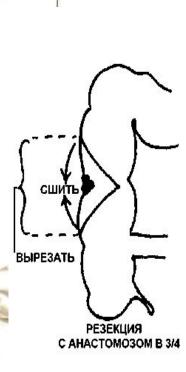
УШИВАНИЕ РАНЫ КИШКИ

- □ Колотая рана –кисет
- Резаная до 1/3 диаметра- двухрядный (трехрядный) шов
- Резаная более 1/3 диаметра- резекция по всем правилам

На толстой кишке возможна клиновидная резекция с анастомозом в 3/4







Аппендэктомия-

- □ антеградная (от верхушки),
- 🗆 ретроградная (от основания).

Этапы (антеградная):

Косопеременный разрез по Волковичу-Дьяконову. Рассечение апоневроза и расслоение мышц тупо по ходу волокон;

Рассечение брюшины;

Мобилизация отростка (отсечение брыжейки);

Перевязка отростка;

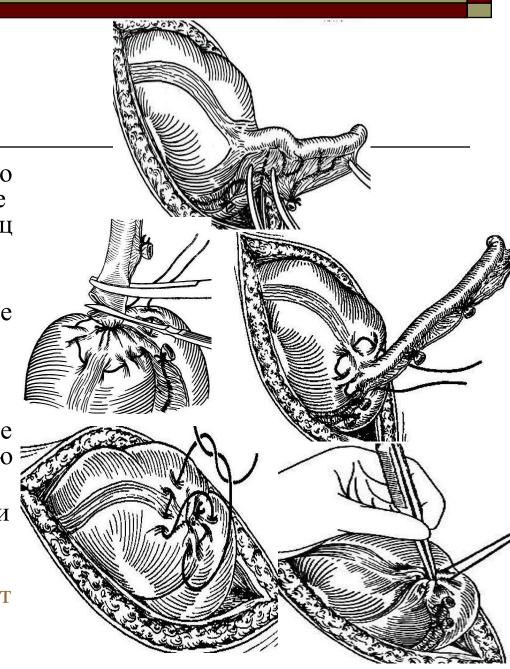
Кисет на купол кишки;

Зажим выше перевязки, отсечение отростка по нижнему краю зажима;

Погружение культю в кисет и сверху Z-образный шов;

Ревизия - обследование подвздошной кишки на предмет дивертикула Меккеля;

Послойное ушивание.



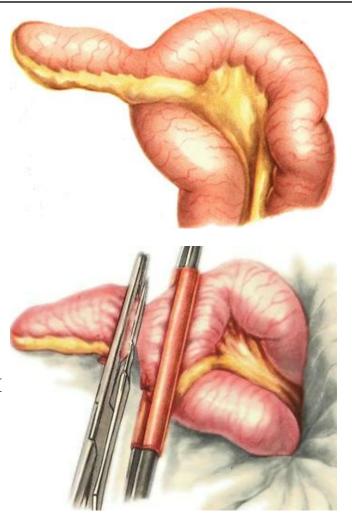
удаление дивертикула Меккеля

Дивертикул Меккеля -

остаточный желточный проток. при наличии - удалить.

Варианты:

- □ как аппендэктомия при узком основание
- клиновидная резекция дивертикула–при широком основание
- резекция кишки (при воспалении кишки) вместе с отростком



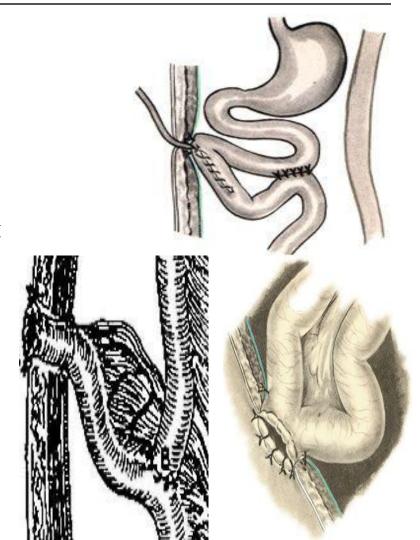
СВИЩИ ТОНКОЙ и ТОЛСТОЙ КИШЕК

Энтеростомия:

- Свищ тощей кишки для питания больного (напр. при химическом ожоге, раке желудка);
- Свищ подвздошной кишки для отведения кишечного содержимого и газов (напр. парез кишечника, рак слепой кишки).

Способы: по Витцелю, Майдлю, Юдину **Колостомия:** для отведения кишечного содержимого, когда радикальную операцию выполнить невозможно.

Выполняется на любом подвижном отрезке толстой кишки: цекостомия, трансверзостомия, сигмоидеостомия.



противоестественный задний проход

Показания: опухоли, раны, рубцовые сужения, аномалии развития прямой кишки

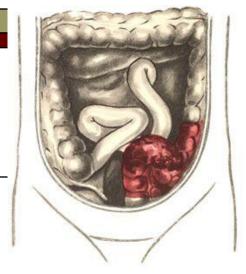
Отличается от обычной **стомы** тем, что содержимое идет только в одном направлении - **наружу**.

Классификация:

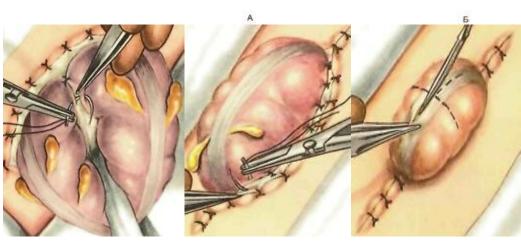
- Временный цель: создание благоприятных условий для заживления раны
- □ Постоянный когда невозможно удалить или реконструировать пораженную часть кишки

Способы:

- Одноствольный дистальный конец ушивают наглухо, а проксимальный выводят на переднюю брюшную стенку.
- Двухствольный оба конца кишки выводятся на переднюю брюшную стенку.











ОПЕРАЦИИ на ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

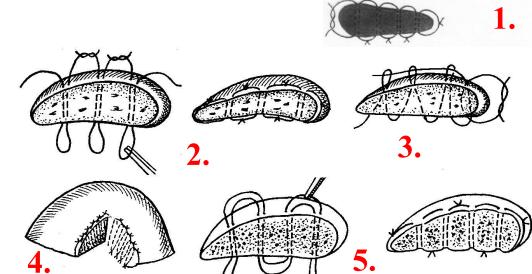
ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

Для временной остановки кровотечения из ран печени чаще применяют пережатие печеночно-дуоденальной связки на 15-20 минут.

Для окончательной остановки кровотечения из паренхиматозных органов применяют: механические, биологические, физические и химические способы.

К механическим способам относятся специальные гемостатические швы:

- □Кузнецова-Пенского 5
- □ Оппеля 4
- □ Брегадзе 1
- **□** Варламова
- □ Овре 3
- □ Джиордано 2



РЕЗЕКЦИЯ ПЕЧЕНИ

Типичнаяанатомическое печени:

лобэктомия

сегментэктомия

гемигепатэктомия

Атипичнаяздоровых тканей:

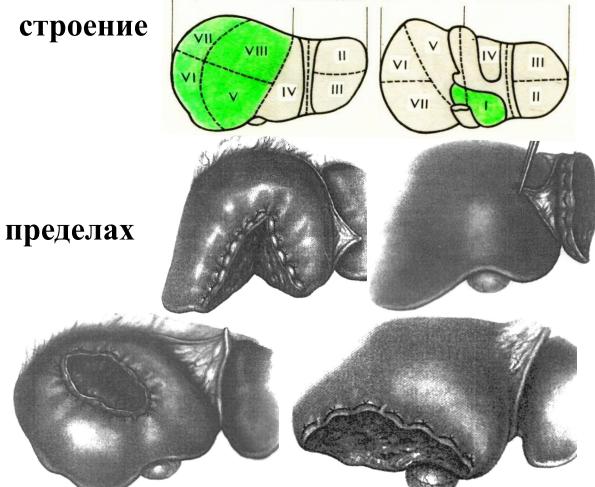
краевая

клиновидная

плоскостная

поперечная

учитывая строение



Правая доля Левая доля Правая доля Левая доля

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

□Холецистэктомия

удаление желчного пузыря

Показания:

ЖКБ, острый и хронический Холецистит

Виды:

от дна

(больше кровотечение, возможно проскакивание камня в холедох);

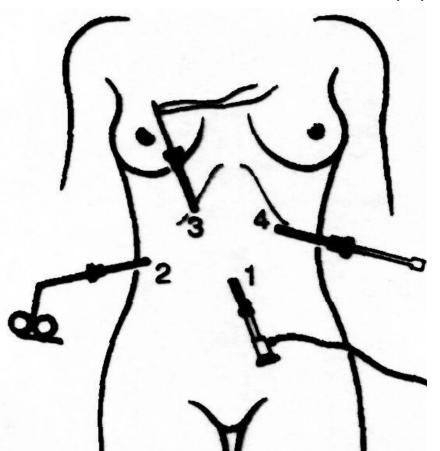
от шейки

(меньше кровотечение, трудности при выделении пузырного протока и артерии).



ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ

- Малоинвазивный метод удаления ЖП.
- **1,2,3,4** точки введения троакаров





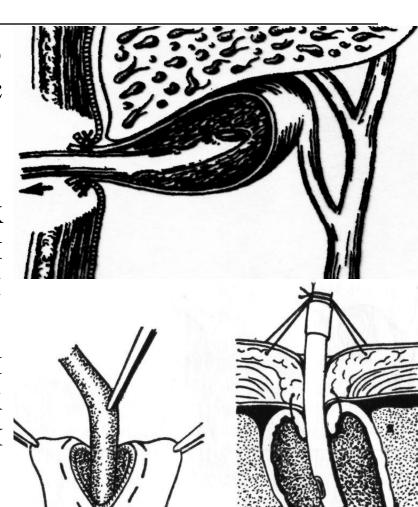
ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ

Наложение искусственного свища желчного пузыря с внешней средой

Показания:

□ При неоперабельных опухолях ЖВП и наличии симптомов механической желтухи

Остром и хроническом холецистите у ослабленных больных и невозможности выполнения холецистэктомии

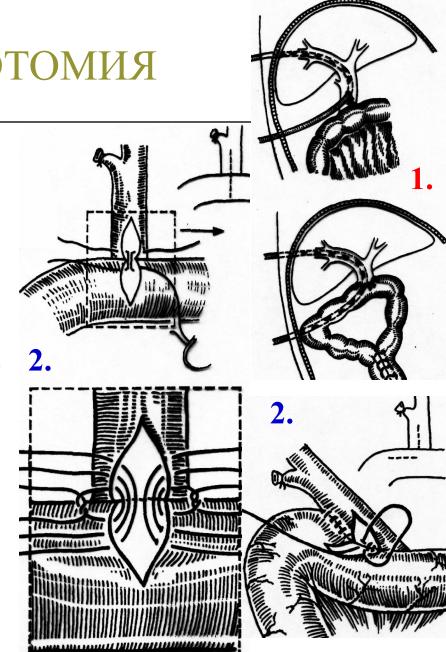


ХОЛЕДОХОТОМИЯ

Рассечение общего желчного протока при явлениях холангита и наличии конкрементов в ductus choledochus

Завершается тремя вариантами:

- 1. наружным дренированием холедоха (в холедох вставляется трубка для отведения желчи) при явлениях гнойного холангита;
- 2. внутренним дренированием холедоха (наложение холедоходуоденоанастомоза) при непроходимости терминального отдела холедоха;
- **3. глухим швом холедоха** (ушивание раны в стенке холедоха) при удалении одиночных конкрементов и отсутствии явлений холангита.



РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Резекция хвоста и тела ПЖЖ с наложением панкреатоеюноанастомоза «конец в конец», «конец в бок».

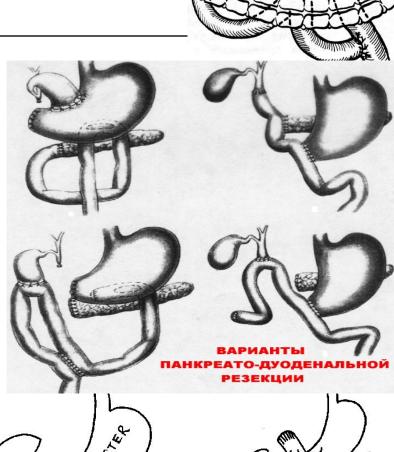
Панкреатодуоденальная резекция

Выполняется при раке головки ПЖЖ.

Очень травматична, высокая смертность. Удаляется вся 12ПК, часть желудка и головка ПЖЖ.

Накладываются анастомозы:

- □ гастроеюноанастомоз состоятелен
- □ холедохоеюноанастомоз состоятелен
- панкреатоеюноанастомоз несостоятелен, т.к. ПЖЖ покрыторовый брюшиной с одной стороны, неритонизации, герметичност прорезаются швы.
 - энтероэнтероанастомоз- состоятелен



PESEKUUU

ОПЕРАЦИИ НА СЕЛЕЗЕНКЕ

Резекция селезенки — удаление части селезенки. Используется редко из-за опасности послеоперационного кровотечения, т.к. тонкая капсула.

Спленэктомия- удаление селезенки.

Этапы:

- мобилизация-рассечение lig. phrenicolienale, вывихивание в рану.
- перевязка и пересечение сегментарных ветвей селезеночной артерии и вены ближе к воротам селезенки.
 - удаление селезенки.



ЛЕКЦИЯ ОКОНЧЕНА