



АБДОМИНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ — ЭТО ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОГ

- Плановая
- Экстренная
- Хирургия желудка и двенадцатиперстной кишки
- Хирургия печени и желчных путей билиарная хирургия
- Хирургия поджелудочной железы
- Хирургия селезенки
- Травма живота
- Герниология
- Колопроктология
- Онкология





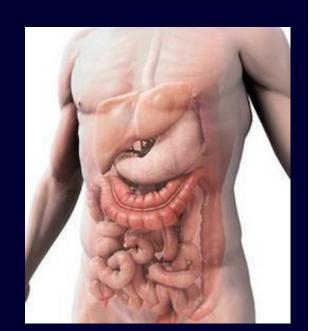






- грыжи передней брюшной стенки;
- язвенная болезнь желудка и ДПК (перфорация, кровотечение, пенетрация);
- калькулезный холецистит;
- аппендицит;
- перитонит;
- ГПОД;
- ЗНО органов брюшной полости;
- кисты селезенки;
- разрывы селезенки;
- дивертикулит, болезнь Крона;
- травмы органов брюшной полости;
- острая кишечная непроходимость.

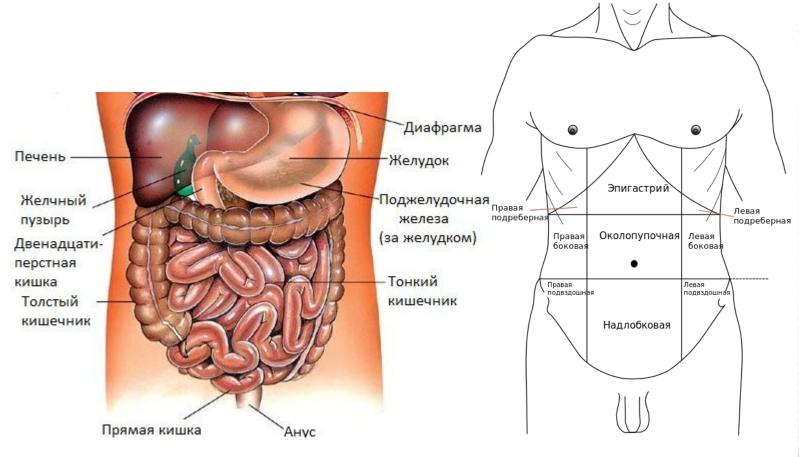


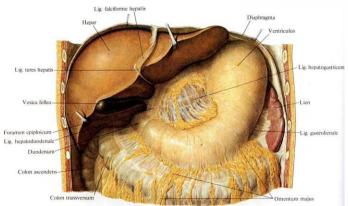


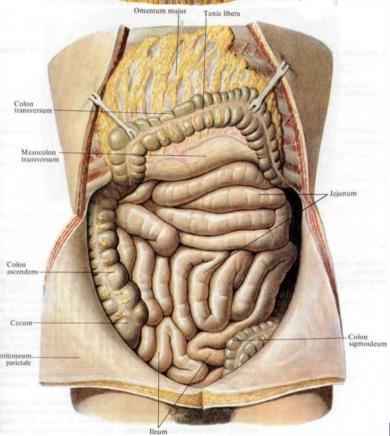
АНАТОМИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

ABDOMEN

Диафрагма — Малый таз



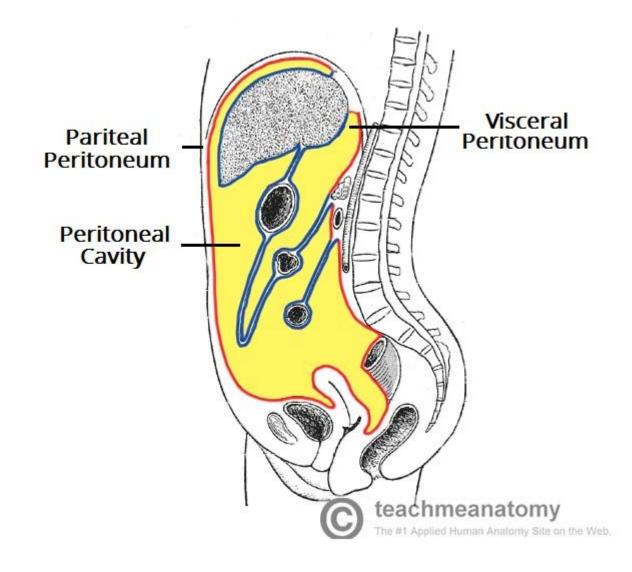






PERITONEUM







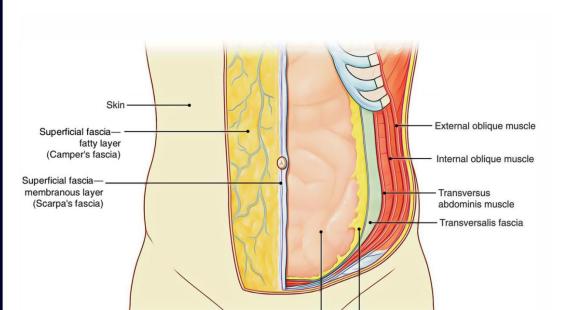
ПЕРЕДНЯЯ БРЮШНАЯ СТЕНКА



ПЕРЕДНЯЯ БРЮШНАЯ СТЕНКА

Extraperitoneal fascia





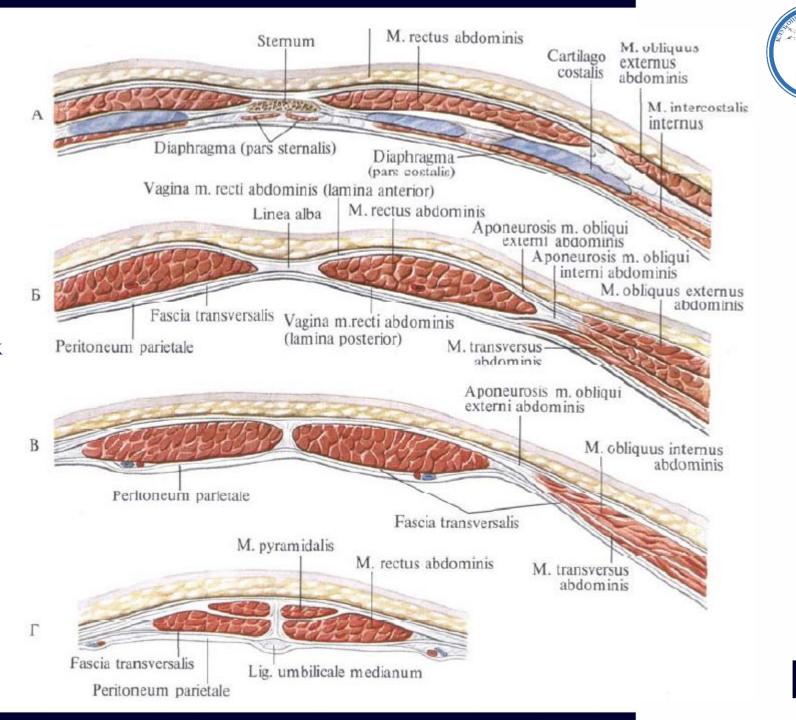
Parietal peritoneum

Слои:

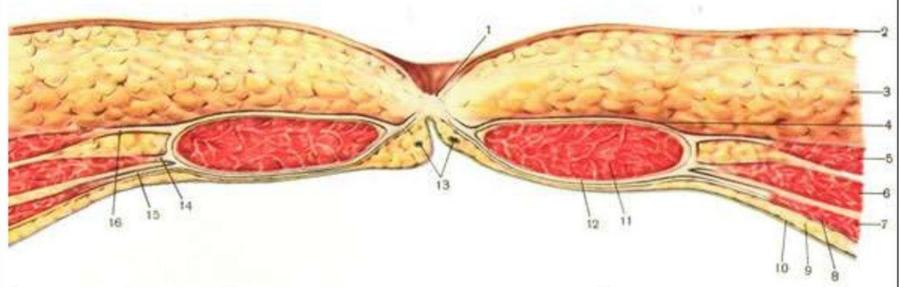
- 1. Кожа
- 2. Подкожная жировая клетчатка
- 3. Поверхностная фасция
- 4. Собственная фасция наружной косой мышцы живота
- 5. Мышцы переднебоковой стенки живота:
- Наружная косая мышца живота
- Внутренняя косая мышца живота
- Поперечная мышца живота
- Прямая мышца живота
- 6. Поперечная фасция (часть внутрибрюшной фасции)
- 7. Подсерозная основа
- 8. Пристеночная брюшина

Слои передней брюшной стенки:

- 1. Кожа
- 2. Подкожно-жировая клетчатка
- 3. Собственные фасции наружных косые мышц живота
- 4. Наружные косые мышцы
- 5. Внутренние косые мышцы + их фасции
- 6. Поперечные мышцы живота + их фасции
- 7. Поперечная фасция (fascia transversalis).
- 8. Пристеночная брюшина (peritoneum parietale)







1 — пупок; 2 — кожа; 3 — подкожная жировая клетчатка; 4 — передняя стенка влагалища m. recti abdominis; 5 — m. obliquus externus abdominis; 6 — m. obliquus internus abdominis; 7 — m. transversus abdominis; 8 — fascia transversalis; 9 — предбрющинная клетчатка; 10 — париетальная брющина; 11 — m.rectus abdominis; 12 — задняя стенка влагалища m. recti abdominis; 13 — vv. parumbilicales; 14 — апоневроз m. obliqui interni abdominis; 15 — апоневроз m. transversi abdominis; 16 — апоневроз m. obliqui externi abdominis.



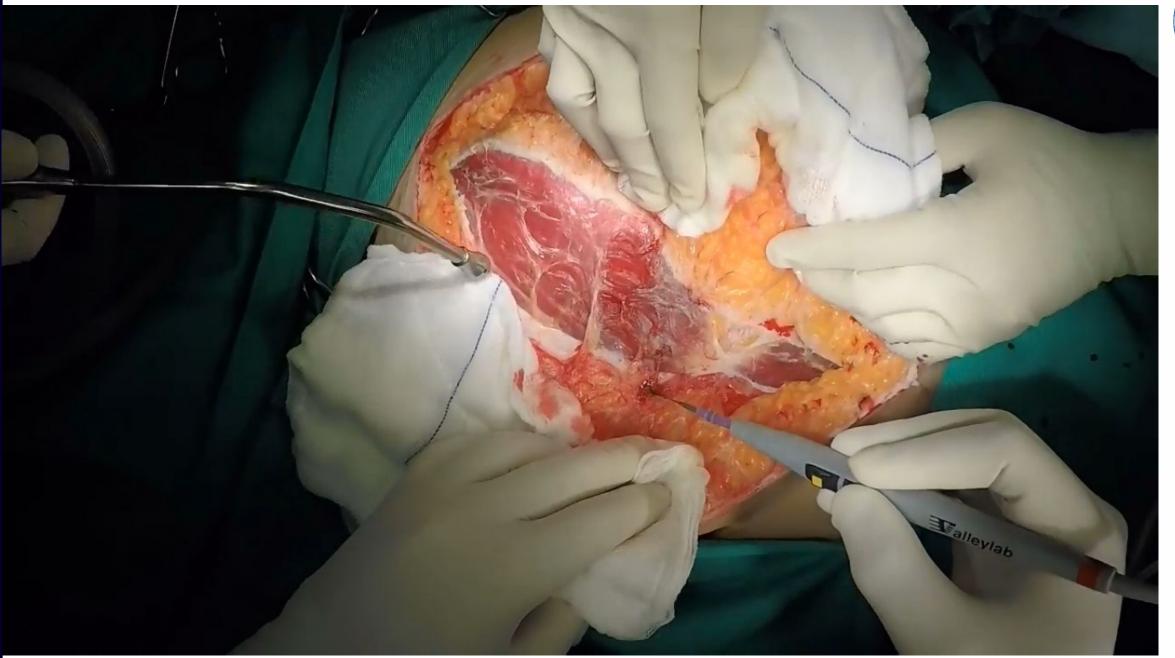




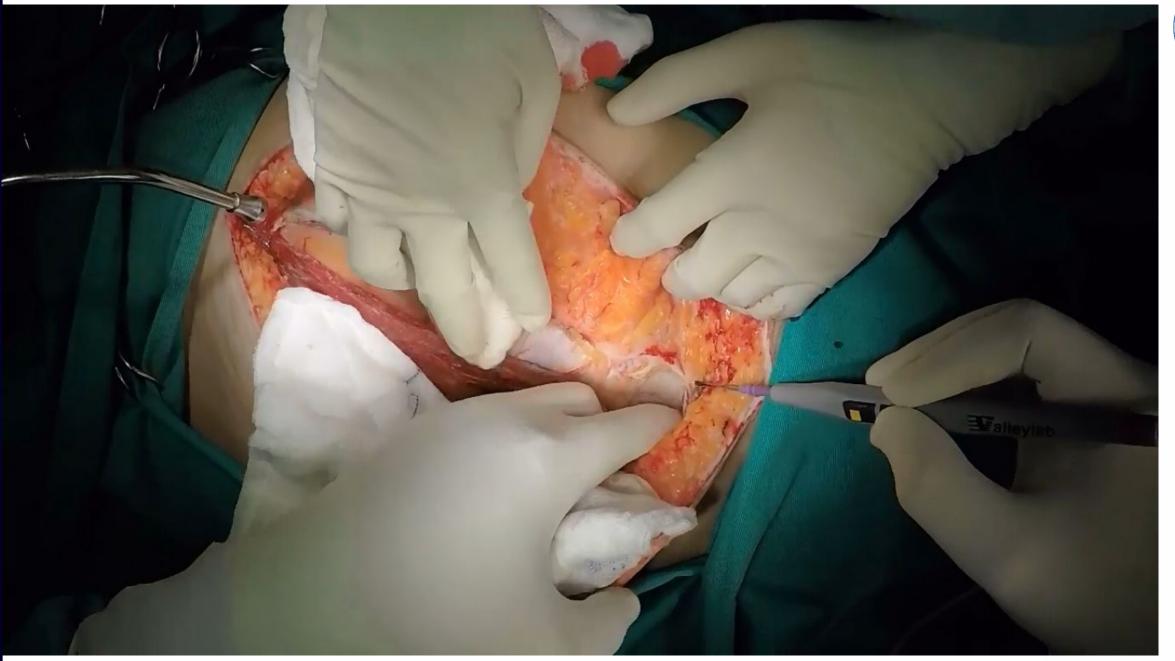




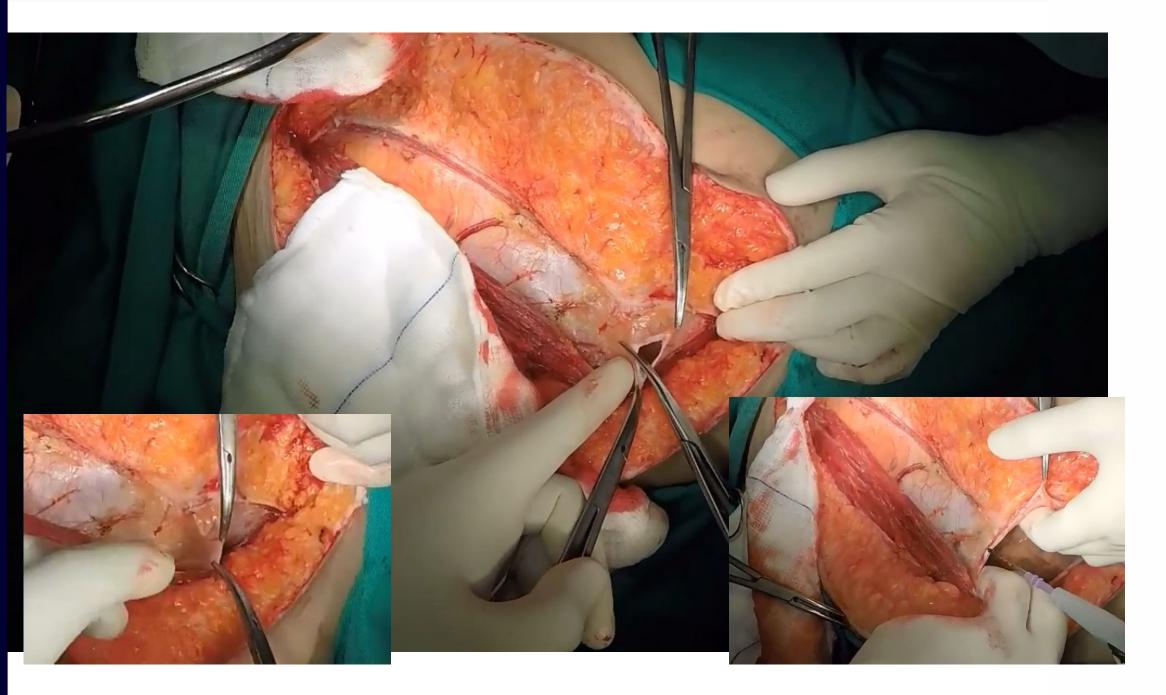








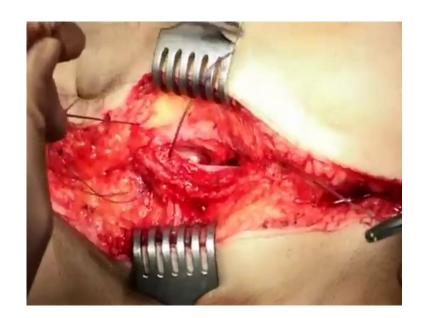


























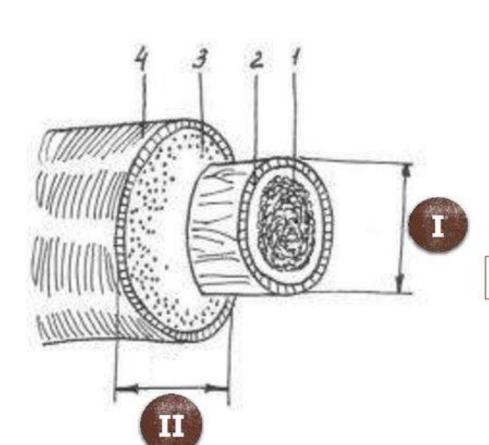
Кишечный шов – собирательное понятие, подразумевающее ушивание ран и дефектов брюшной части пищевода, желудка, тонкой и толстой кишки.

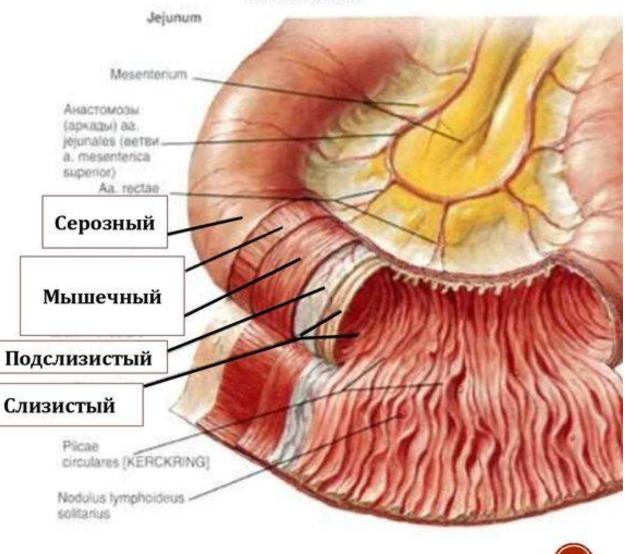


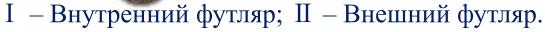
СТРОЕНИЕ ТОНКОЙ КИШКИ

Тонкая кишка







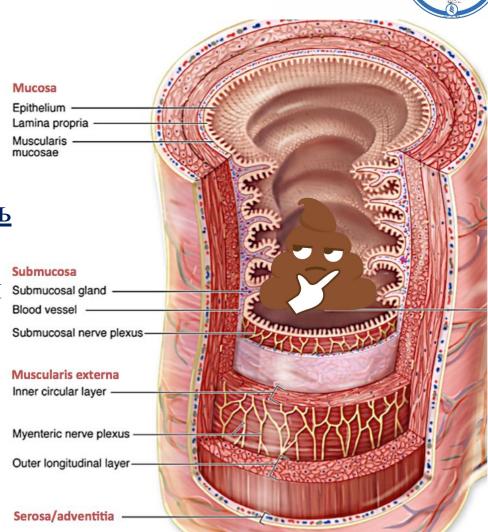


Слои: 1 – слизистый; 2 – Подслизистый; 3 – Мышечный; 4 – Серозный.



Свойства кишечных оболочек:

- **1.** Серозная Поверхности прочно склеиваются через 12-14 часов, срастаются через 1-2 суток. Обеспечивает <u>герметичность</u> кишечного шва (шаг шва не больше 2,5 мм).
- **2. Мышечная** гладкие мышцы придают <u>эластичность</u> <u>линии швов.</u>
- **3.** Подслизистая соединение подслизистой оболочки обеспечивают механическую прочность и хорошую васкуляризацию шва.
- **4.** Слизистая скрепление краёв слизистой оболочки обеспечивает <u>надежный гемостаз</u> и хорошую <u>адаптацию краёв раны</u>.



Требования, предъявляемые к кишечному шву:



- 1. Герметичность;
- 2. Гемостатические свойства без значительного нарушения васкуляризации линии кишечного шва;
- 3. Учет футлярного принципа;
- 4. Прочность;
- 5. Соблюдение асептики и минимального травмирования тканей;
- 6. Четкая адаптация одноименных слоев;
- 7. Отсутствие стеноза просвета полого органа;
- 8. Кишечный шов не должен препятствовать перистальтике.

ШОВНЫЙ МАТЕРИАЛ

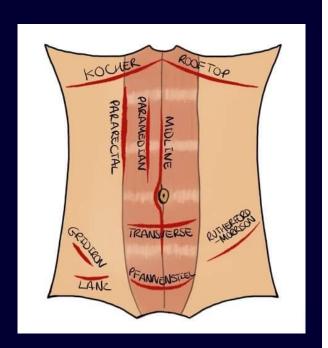


Синтетические рассасывающиеся шовные материалы: поли- и монофиламентные

- Полисорб (Polysorb)
- Дексон (Dexon, Dexon II, Dexon "5")
- Викрил (Vicryl)
- ПДС, ПДСІІ (PDS, PDSII)
- Биосин (Biosyn)
- Максон (Maxon, Maxon CV)
- Полипропилен (Surgipro, Prolen, Premilene, Surgilene)
- ТОЛЬКО АТРАВМАТИЧНЫЙ МАТЕРИАЛ
- Колющие иглы
- 2/0, 3/0, 4/0, 5/0, 6/0



ОПЕРАТИВНЫЕ ДОСТУПЫ

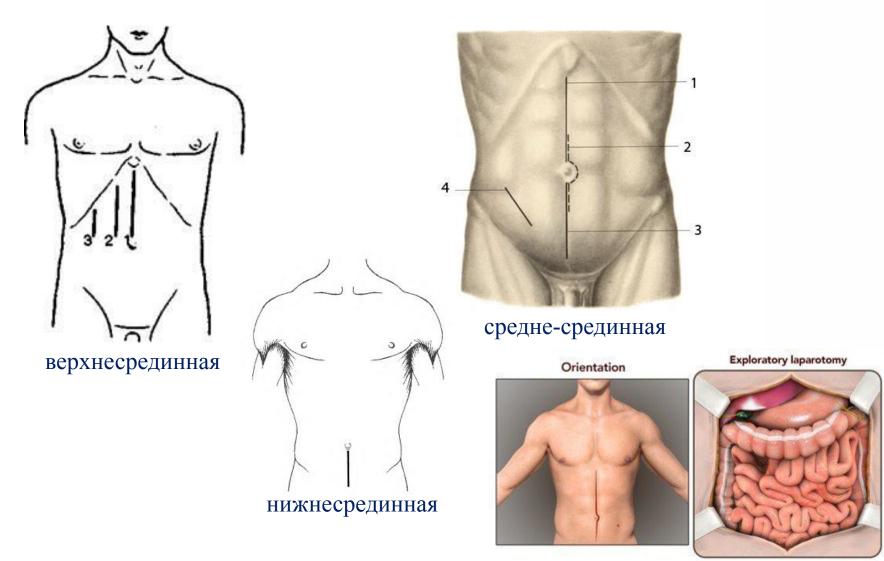


ПРОДОЛЬНАЯ ЛАПАРОТОМИЯ



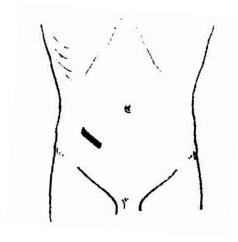
Лапаротомия - способ хирургического доступа путем вскрытия брюшной полости

- 1- срединная
- 2 трансректальная
- 3 параректальная

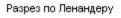


КОСАЯ ЛАПАРОТОМИЯ

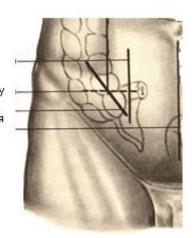


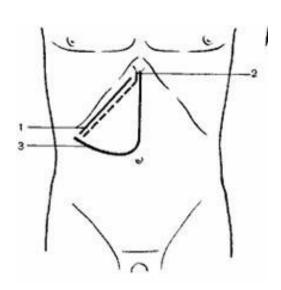


доступ Волковича-Дьяконова- Мак-Бурнея

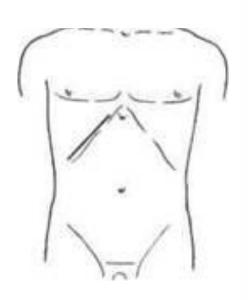


Разрез по Винкельману Разрез Волковича-Дьяконова-Мак-Бурнея Нижне-срединная лапаротомия





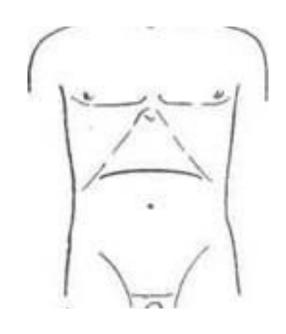
- 1- Курвуазье-Кохера
- 2- Федорова
- 3- Рио- Бранко



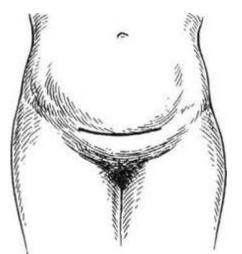
Шпренгеля

ПОПЕРЕЧНАЯ ЛАПАРОТОМИЯ





верхняя поперечная лапаротомия по Шпренгелю



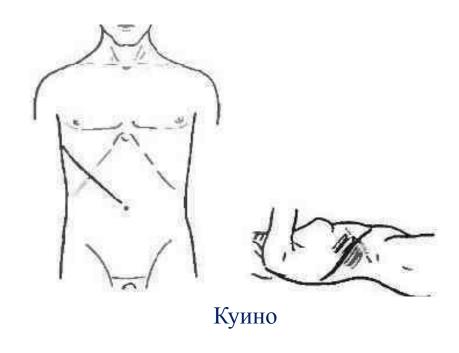


нижняя поперечная лапаротомия по Пфанненштилю

КОМБИНИРОВАННЫЕ ЛАПАРОТОМИИ

THE PROPERTY OF THE PROPERTY O

Торакофреноабдоминальные доступы





ВИДЫ КИШЕЧНЫХ ШВОВ



Le classification:



По глубине захвата ткани:

- 1. Серозно-серозный;
- 2. Серозно-мышечный;
- 3. Серозно-мышечно-подслизистый;
- 4. Сквозной.

По приближенности к краю раны:

- 1. Краевые;
 - 1) Однофутлярные;
 - 2) Двухфутлярные;
- 2. Прикраевые;
- 3. Комбинированные.

По способу наложения:

- 1. Ручной;
- 2. Механический.

По прошиванию слизистой оболочки:

- 1. Чистые;
- 2. Грязные.

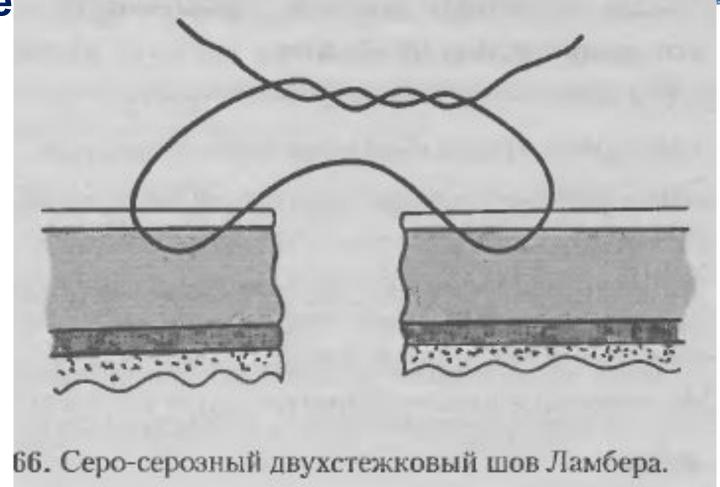
По количеству рядов:

- 1. Однорядные;
- 2. Двухрядные;
- 3. Многорядные.

1. Однорядный серо-серозный (серозно-

мышечный) шов Ламбе

- Прикраевой шов;
- Не обладает гемостатическими свойствами;
- Непрочен на первых порах;
- Не обеспечивает нормальной адаптации подслизистой и слизистой оболочек.

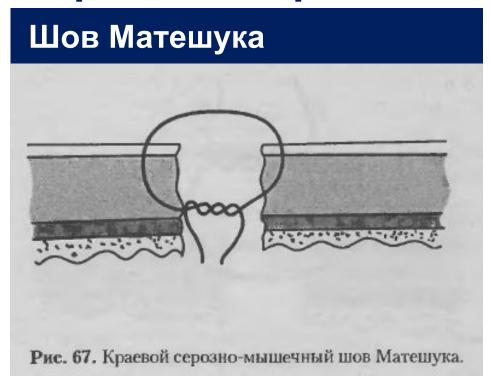


Используется только в комбинации с другими швами!

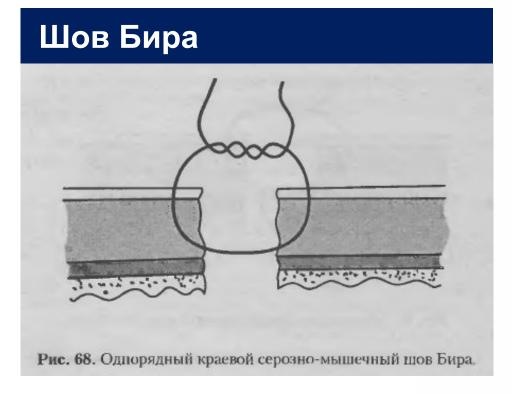


2. Краевые серозно-мышечные швы





- + Прочность, хорошая адаптация и соблюдение футлярности;
- + Предотвращает возможность появления «тканевого вала»;
- + препятствует сужению просвета органа.
- Высокая проницаемость для микрофлоры;
- Выраженное инфицирование тканей благодаря фитильности;
- Высокая вероятность заживления вторичным натяжением. ОДНОЗНАЧНО НЕ ТВОЙ БРО.



- + Те же преимущества, что и у шва Матешука;
- Недостаточные гемостатические св-ва;
- Сложность обеспечения полной адаптации слоев;
- Относительная трудоемкость.



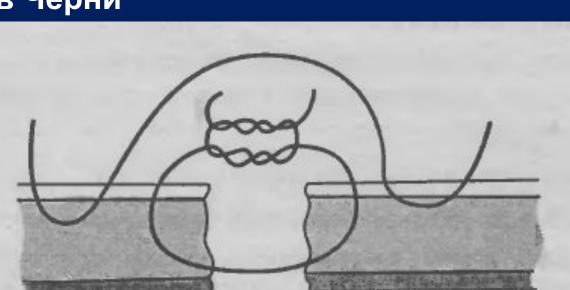
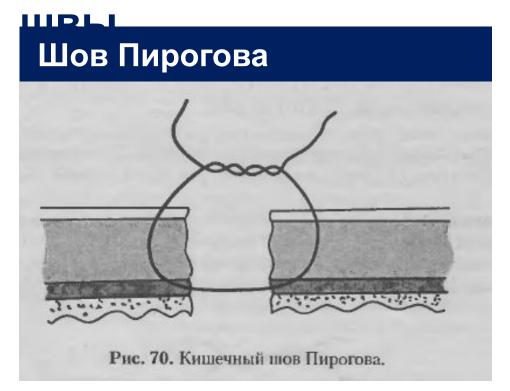


Рис. 69. Двухрядный комбинированный серозно-мышечный узловой шов Черни.



- + Прочность, хорошая адаптация и соблюдение футлярности;
- + Предотвращает возможность появления «тканевого вала»;
- + препятствует сужению просвета органа.
- Недостаточные гемостатические св-ва;
- Сложность обеспечения полной адаптации слоев;
- Относительная трудоемкость.

3. Серозно-мышечно-подслизистые краевые





- + Полный гемостаз;
- + Отсутствие ригидности, инфицирования вдоль линии шва;
- + Быстрое заживление первичным натяжением.
- Возможность образования спаек;
- Вероятность распространения воспаления по другим слоям; органа при наличии фитильности нити; -
- Возможно частичное отторжение швов;
- Большая частота несостоятельности (1-19%).





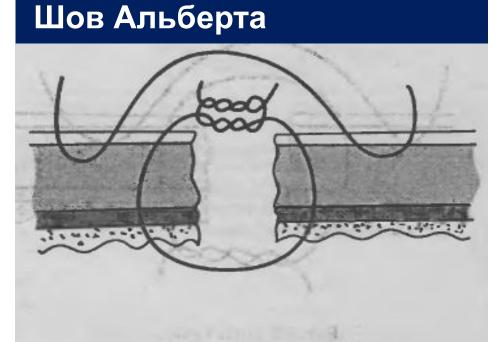
- Образование «тканевого вала» в зоне анастомоза, суживающего его просвет;

Рис. 71. Кишечный шов Кирпатовского.

- Повышенная ригидность линии шва;
- Проявление фитильности шовного материала;
- Увеличение размеров послеоперационного рубца.



4. Комбинированные двухрядные швы

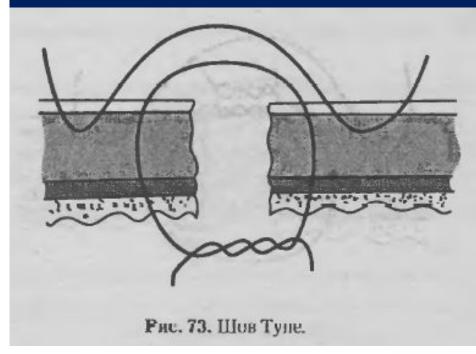


+ Надежность, прочность, хороший гемостаз;

Рис. 72. Кишечный шов Альберта.

- + Герметичность, асептичность;
- + относительная простота наложения.
- Возможность выраженного воспаления по линии шва;
- Замедление регенерации тканей, массивный «тканевый вал» в зоне шва;
- Вторичное заживление с формированием некрозов;
- Пролабирование слизистой оболочки;
- Вероятность развития спаечного процесса.



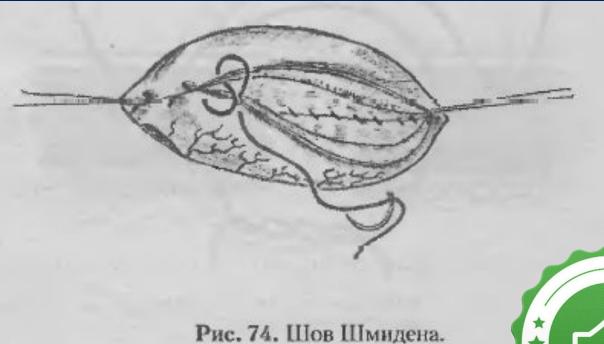


- Более сложный вариант шва Альберта.





Комбинированный двухрядный шов Шмидена (вворачивающий)



- + Все положительные свойства шва Альберта;
- + Быстрота наложения.
- Плохая адаптация слоев кишечной стенки за счёт гофрирования тканей.



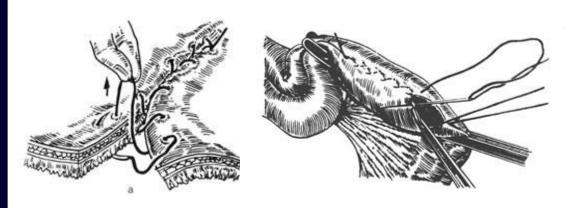




• Обвивной шов непрерывный сквозной

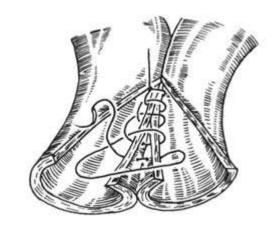


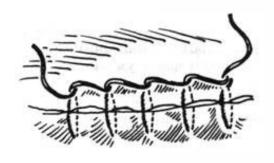
• Шов Шмидена вворачивающий



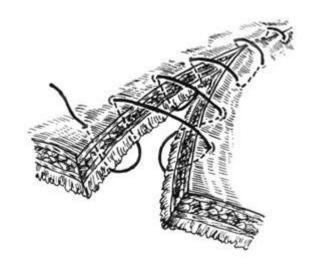
• Обвивной шов с захлестом

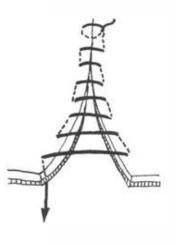
(Мультановского - Ревердена)





• Шов Коннеля П-образный вворачивающий







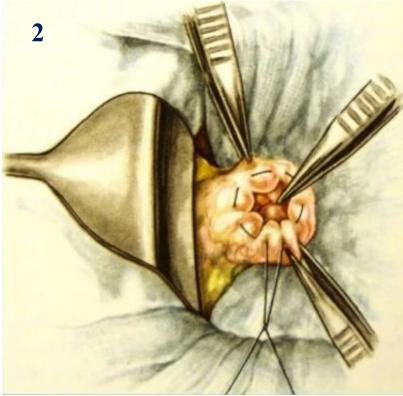
5. Трехрядные швы

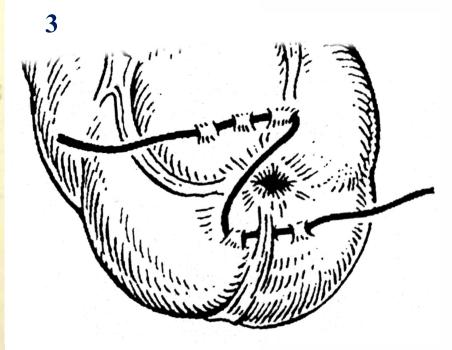
SUPERIOR OF THE PROPERTY OF TH

Варианты:

- 1. Краевой шов через все слои + серозно-мышечный + серозно-мышечный;
- 2. Краевой шов через края слизистой + два ряда серозно-мышечных







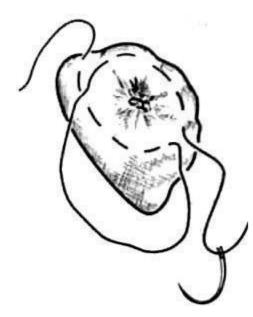
Ушивание культи кишки трёхрядным швом.

- 1 Обвивной сквозной шов
- 2 киссетный серозно-мышечный шов
- 3 Z-образный киссетный серозно-мышечный шов

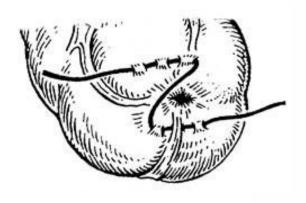
Плоскостные серозно-мышечные швы











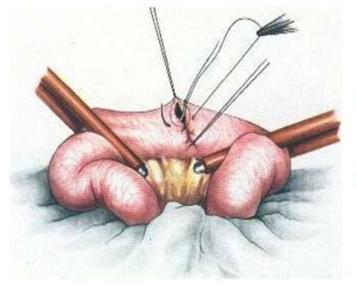
Z-образный

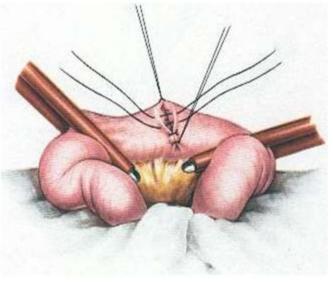


4 ЭТАП-ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ



1. ЭНТЕРОТОМИЯ И УШИВАНИЕ РАНЫ ТОНКОЙ КИШКИ

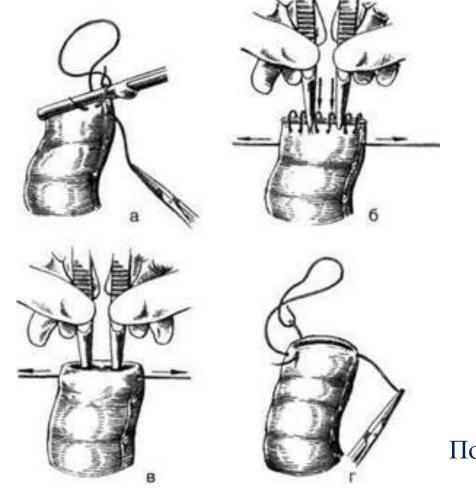






2. УШИВАНИЕ КУЛЬТИ КИШКИ





По Мейо

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ



- 1. Герметичность
- 2. Техника выполнения (правильное владение инструментом, соблюдение техники и хода операции)
- 3. Время 50 мин (25 мин ушивание раны кишки; 25 мин ушивание культи кишки)

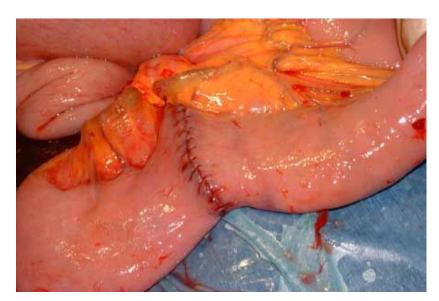
Этап считается пройденным при соблюдении следующих условий:

- Полная герметичность ушитой раны и культи.
- Нет грубых ошибок во владении хирургическим инструментом и ходе операции.
- Время проведения манипуляций не превышает 50 мин.

ВИДЫ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

NAME OF THE PROPERTY OF THE PR

Конец в конец

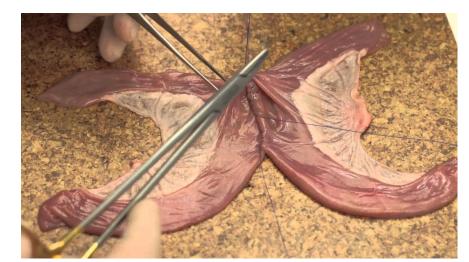


Конец в бок



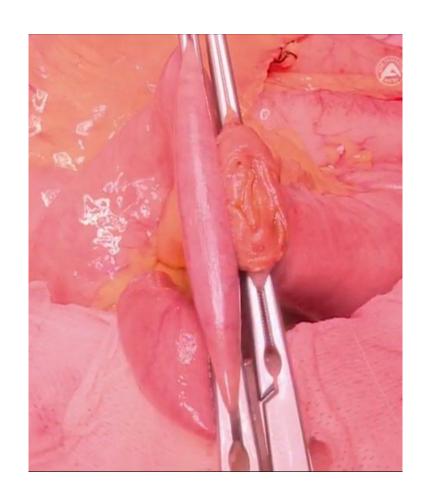
a b

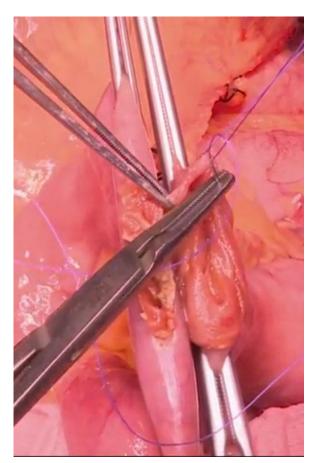
Бок в бок





Формирование анастомоза двухрядным швом

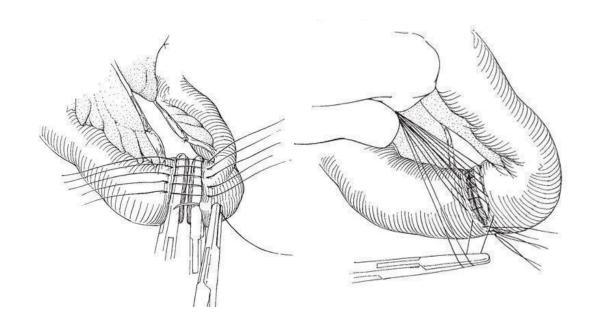


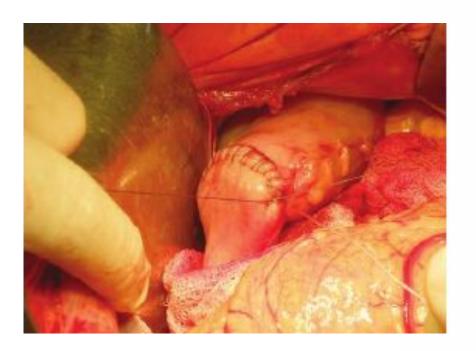






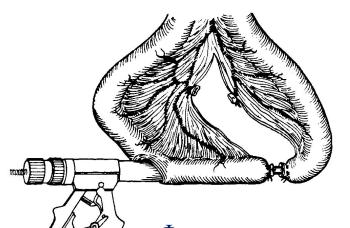
Формирование анастомоза однорядным швом





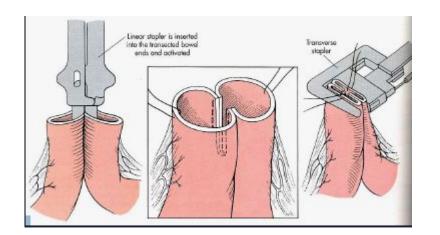
АППАРАТНЫЙ МЕТОД



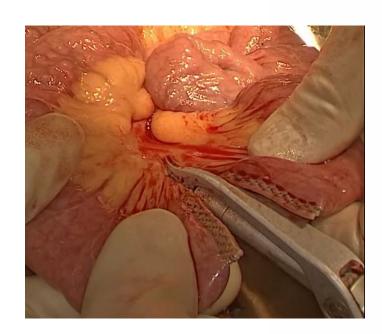




Формирование анастомоза циркулярным степлером







Ушивание культи сшивающим аппаратом





Преимущества

- Надежность
- Хороший гемостаз
- Удовлетворительная механическая прочность
- Герметичность

Недостатки

- Приводит к сужению просвета соустья
- Более травматичный метод, увеличение площади ишемии кишечной стенки в области шва
- Длительность выполнения
- Большое количество шовного материала
- Возможно образование пристеночных абсцессов

однорядный шов



Преимущества

- Уменьшение числа послеоперационных осложнений
- Уменьшение воспалительной реакции
- Быстрая эпителизация и образование нежного рубца
- Менее травматичный
- Небольшое время выполнения

Недостатки

- Прорезывание хотя бы одного шва может привести к недостаточности анастомоза
- Сложность технического исполнения



ПРЕИМУЩЕСТВА АППАРАТНОГО ШВА

- Минимальная травматичность
- Минимальная инвазивность
- Упрощение оперативной техники
- Высокая прочность и герметичность

