

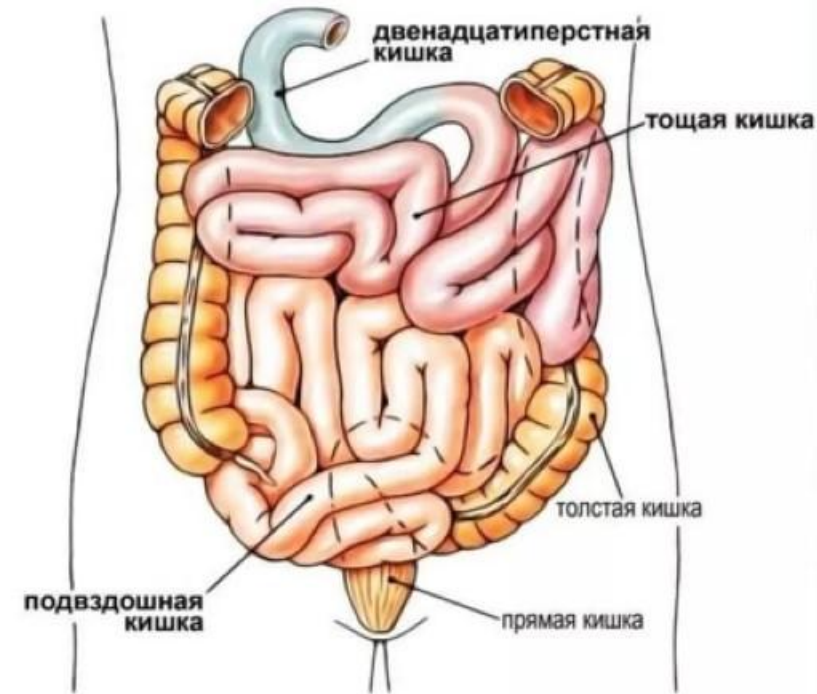
# Кишечный шов

---

ВЫПОЛНИЛ:  
БАНКРАШКОВ С. Е.

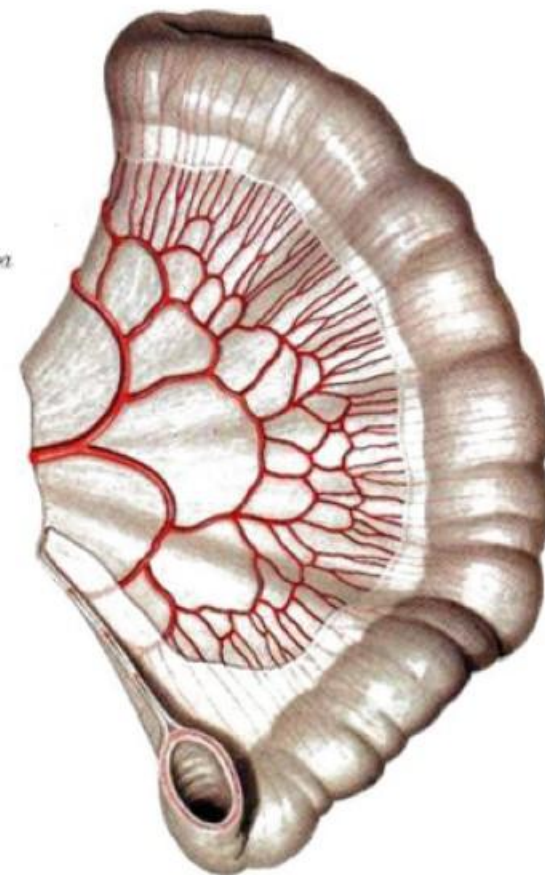
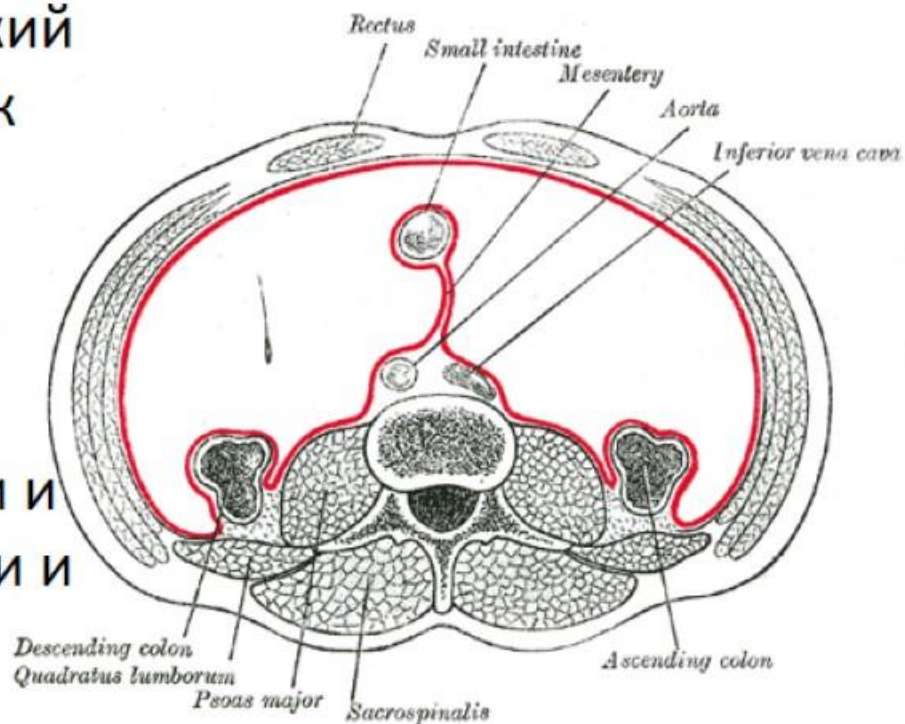
# Анатомия тонкого кишечника

- 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



# Брыжейка

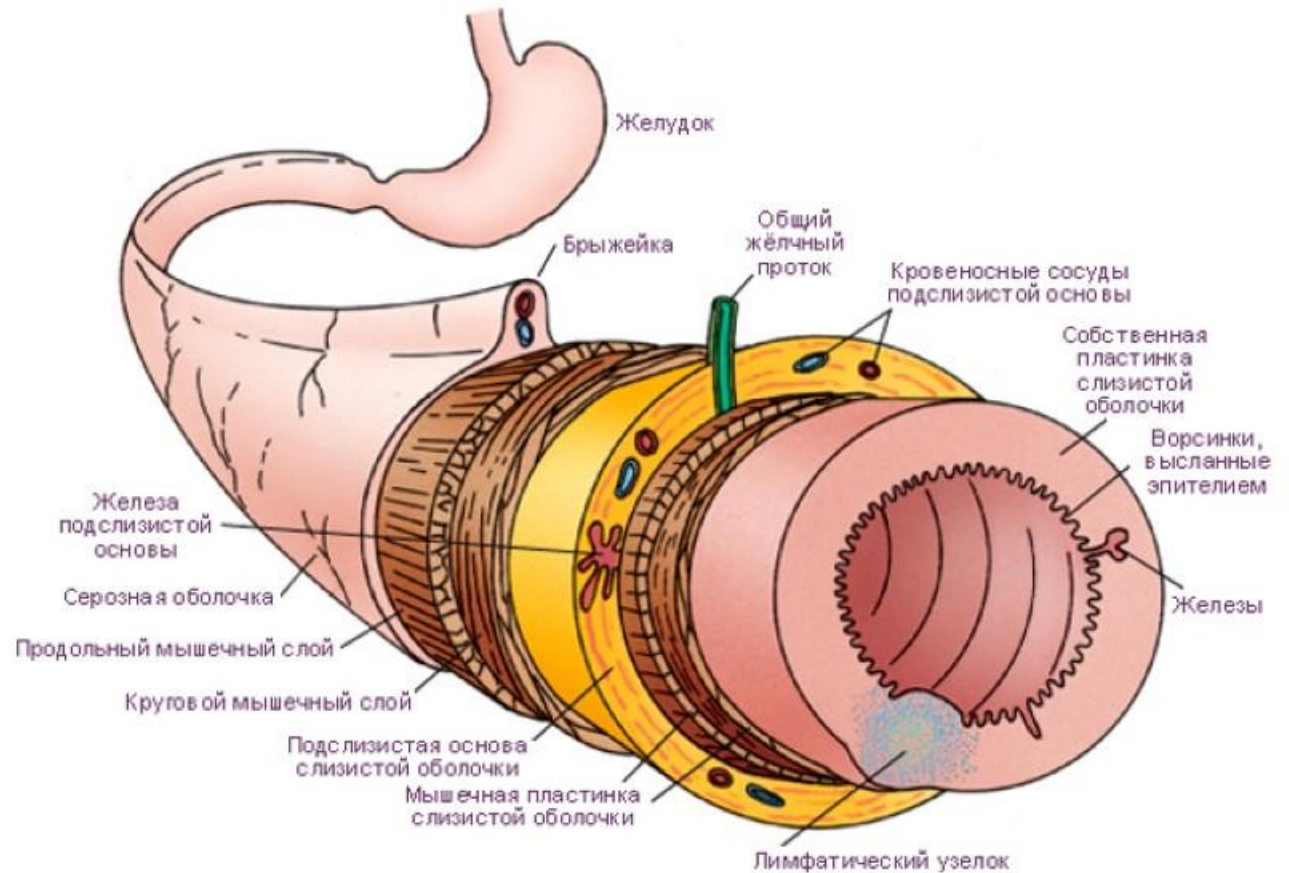
- Дупликатура брюшины, посредством которой тонкий кишечник прикрепляется к задней стенке брюшной полости
- Между листков брюшины содержится жировая клетчатка с кровеносными и лимфатическими сосудами и нервными сплетениями





# Гистология

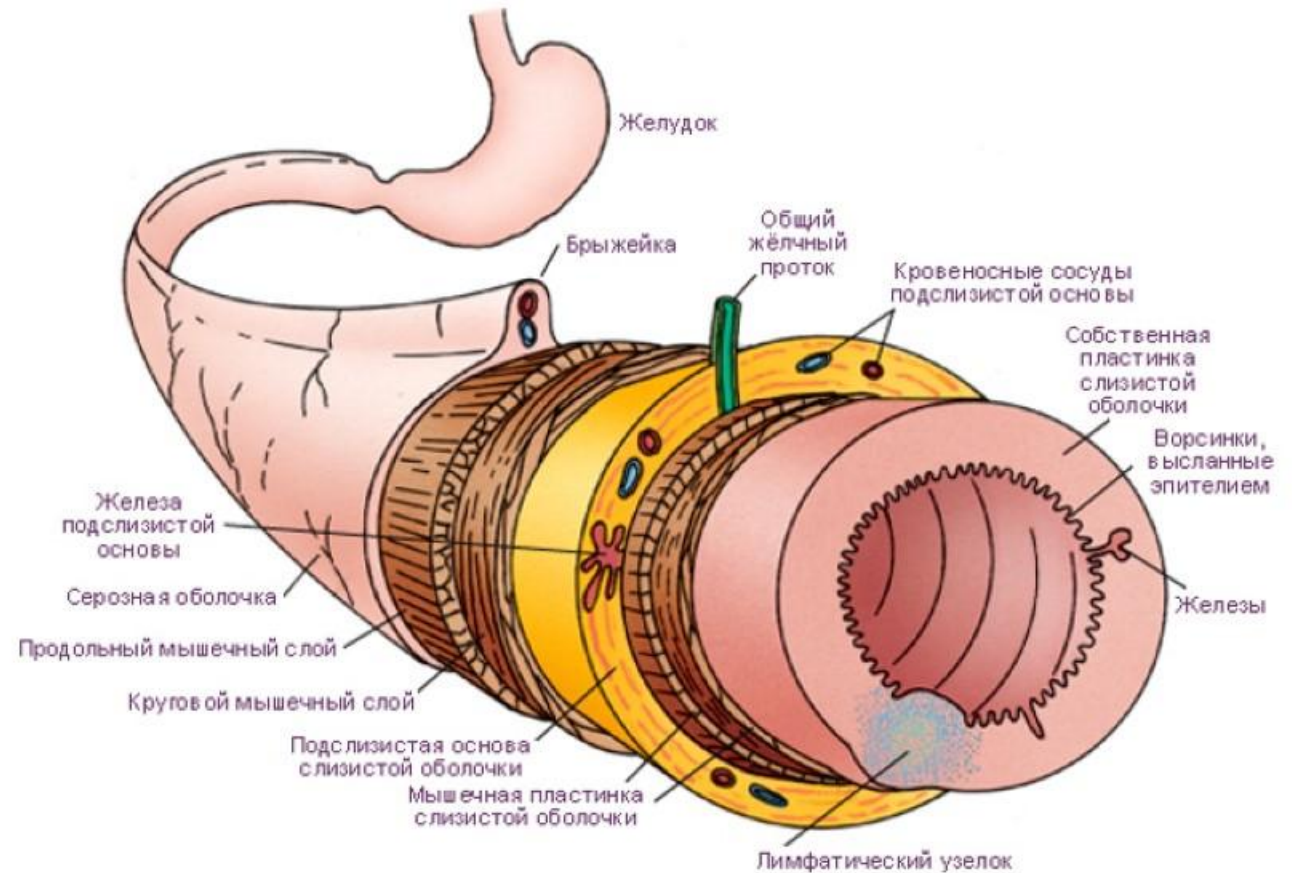
- Слизистая оболочка
- Подслизистая основа – обеспечение механической прочности и гемостатичности шва
- Мышечная оболочка
- Серозная оболочка – обеспечение биологической герметичности шва



# 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

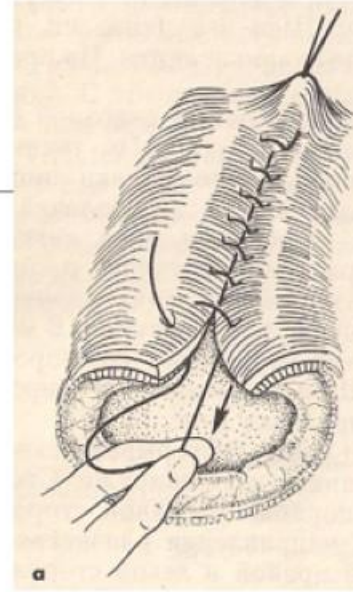
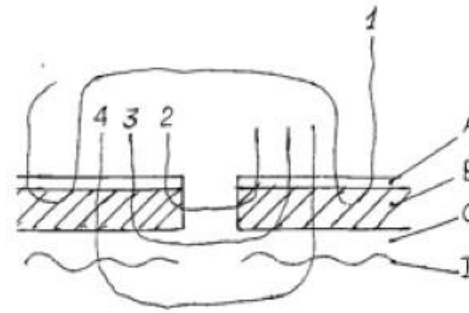


# Требования к кишечному шву

---

- 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

# Классификация



По отношению к просвету кишечника

«Чистые»

«Грязные»

Однофутлярные

- Шов Ламбера

Двухфутлярные

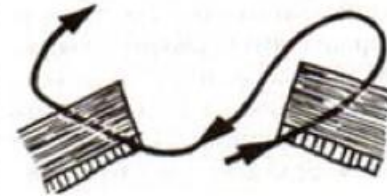
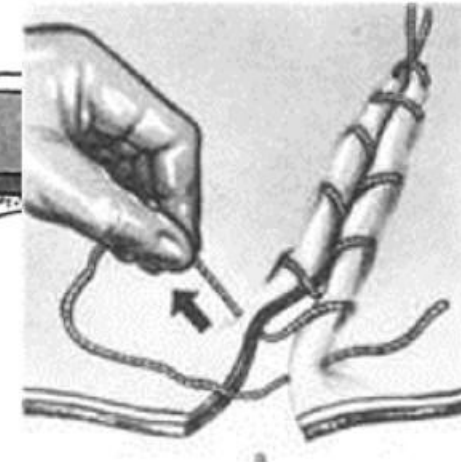
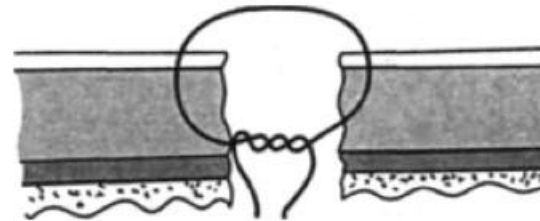
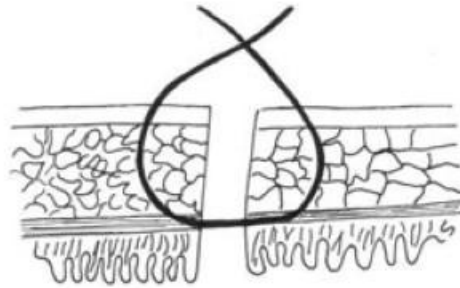
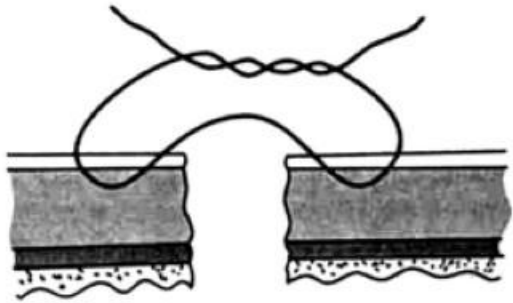
- Пирогова

Однофутлярные

- Матешука

Двухфутлярные

- Микулича
- Шмидена





# Классификация

---

По количеству рядов



Однорядные

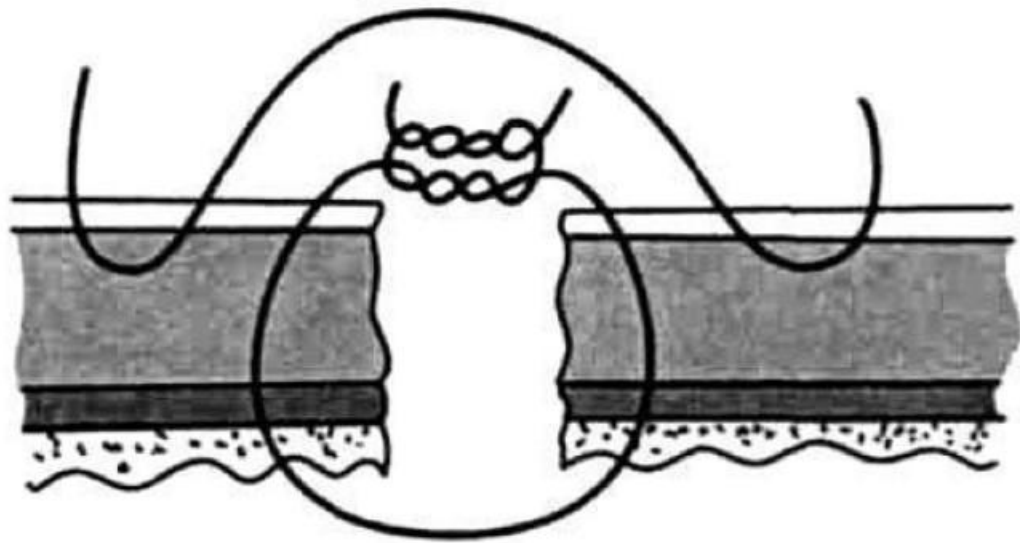
- Пирогова
- Ламбера
- Микулича
- Шмидена

Многорядные

- Шов Альберта  
(двурядный)

# Шов Альберта

---



# Классификация

---

По методике наложения

Узловые

Непрерывные

по длительности существования шовного материала

Рассасывающиеся

Нерассасывающиеся



# Резекция тонкого кишечника

---

# 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

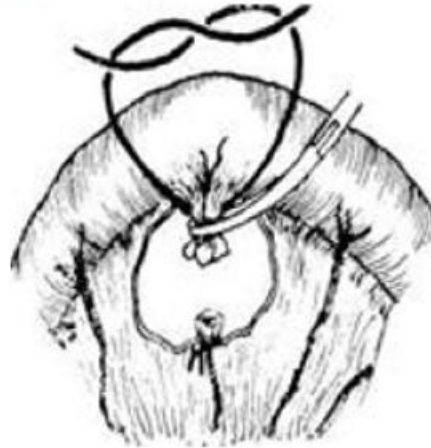
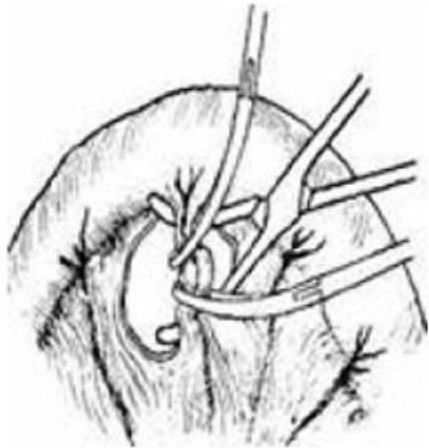
---

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

# Мобилизация

---

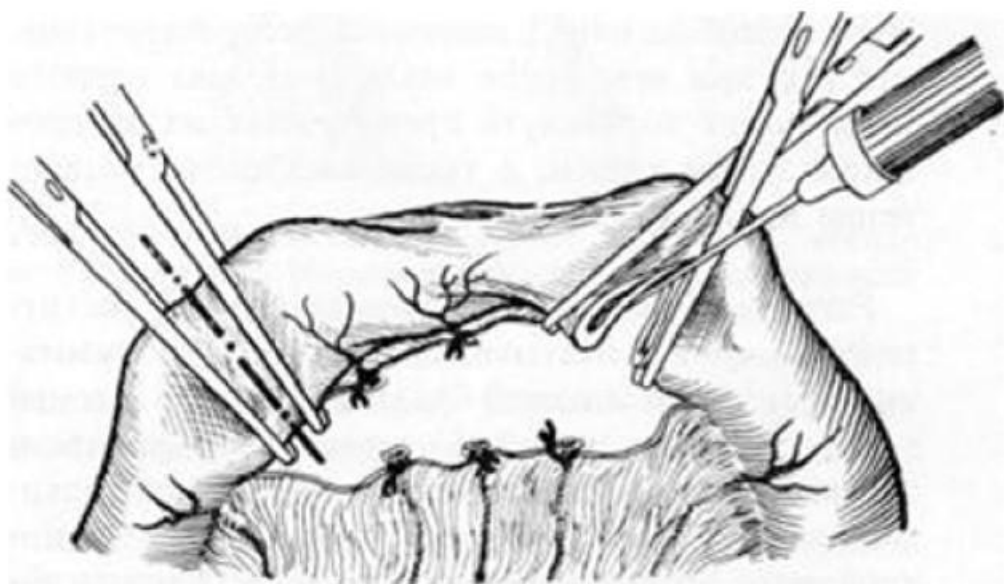
- Освобождение участка кишки от прикрепляющейся к нему брыжейки путем последовательной перевязки взятых на зажимы порций брыжейки вместе с проходящими кровеносными сосудами.
- Мобилизуется и удаляется участок 30-40 см в проксимальном направлении и 15-20 см в дистальном



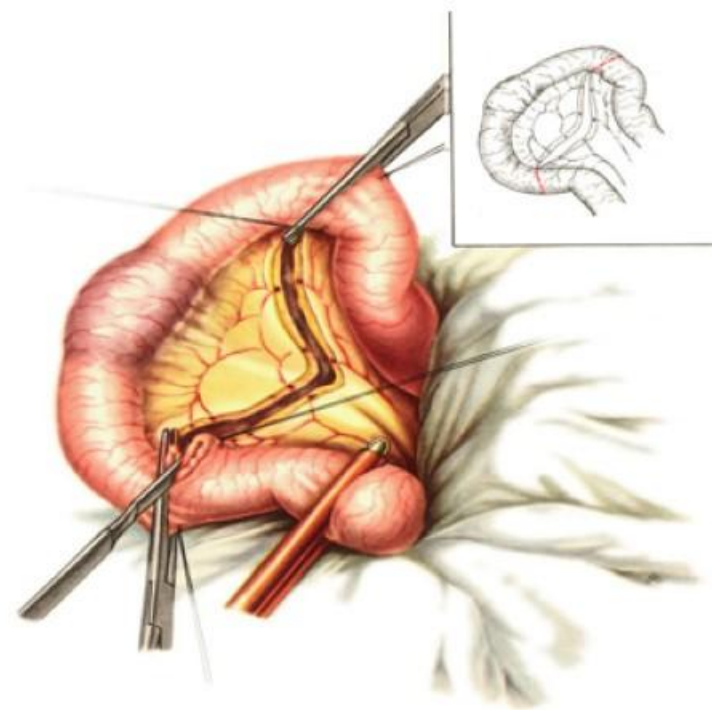
# Резекция

---

Пристеночная



Клиновидная





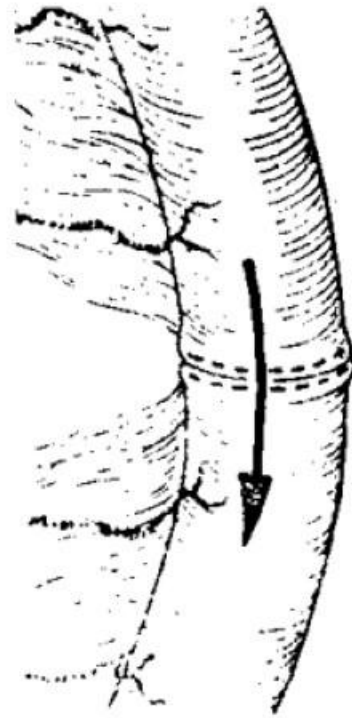
# Кишечный анастомоз

---

а) Конец в конец

б) Бок в бок

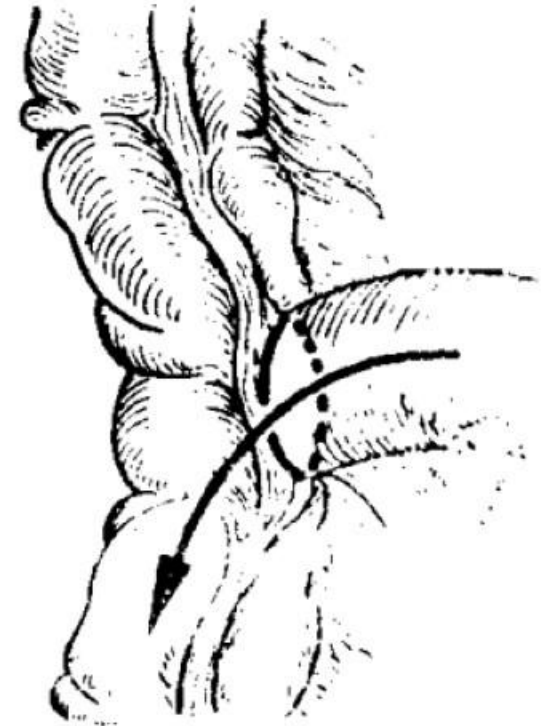
в) Конец в бок



*a*



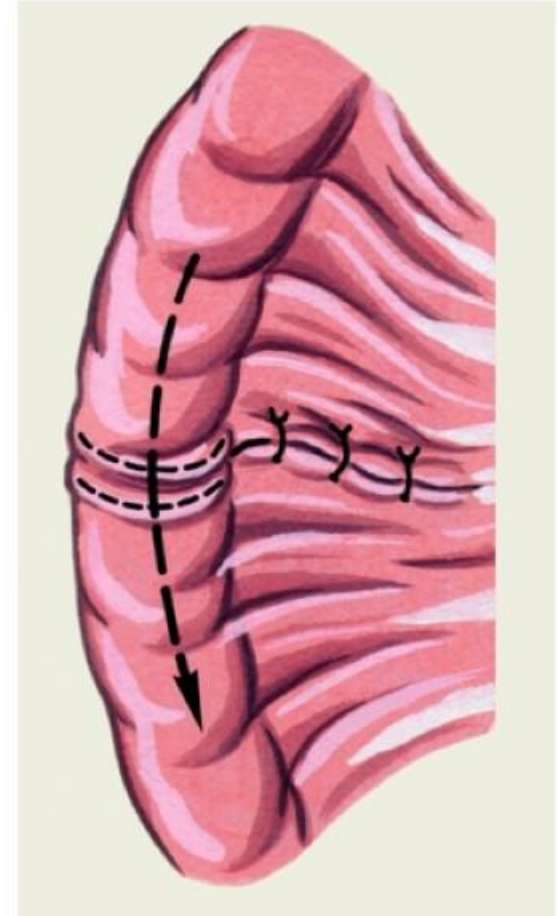
*b*



*v*

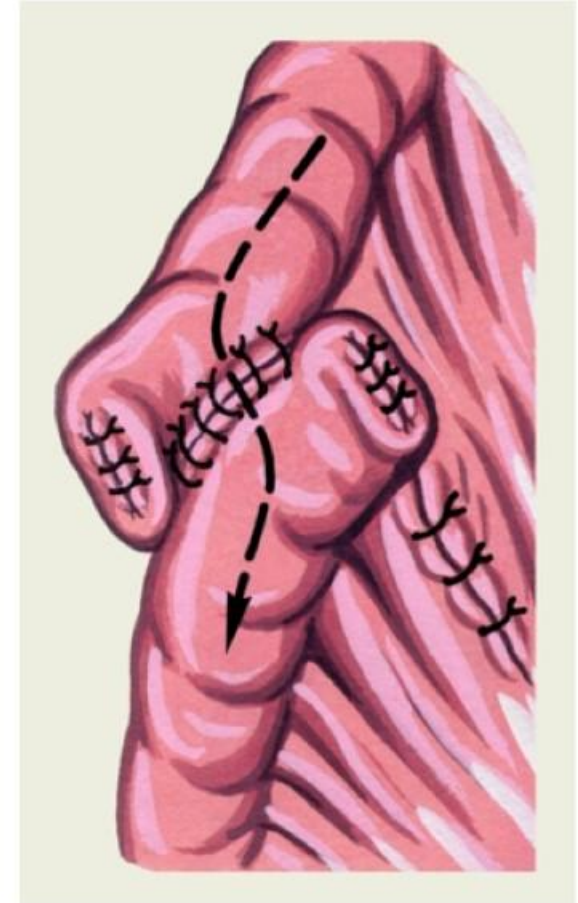
# Анастомоз конец в конец

- Является наиболее физиологичным
- При наложении 2-х рядного шва – стенозирование (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

---



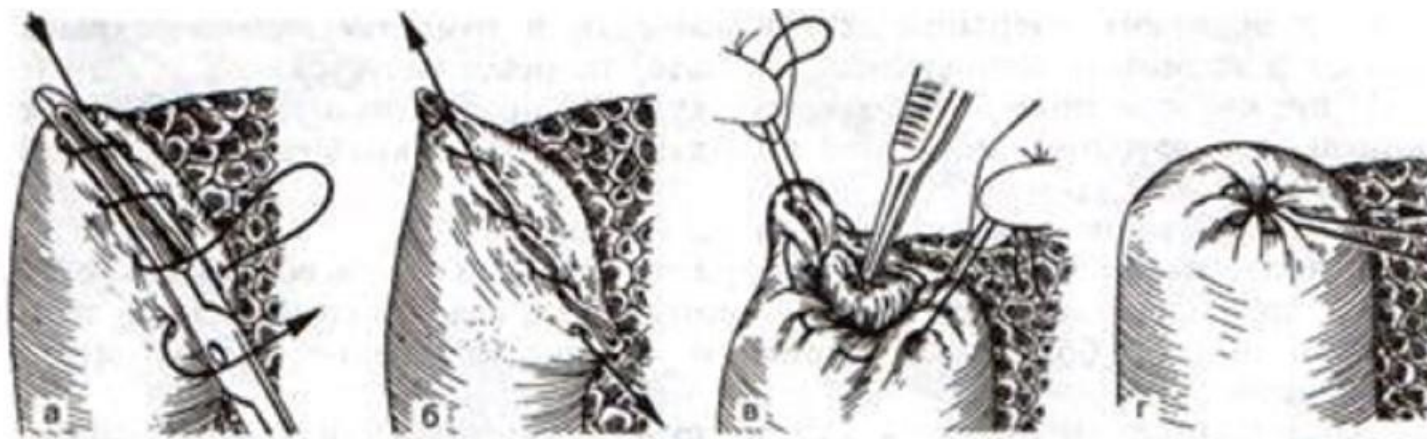
# Порядок выполнения

---

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

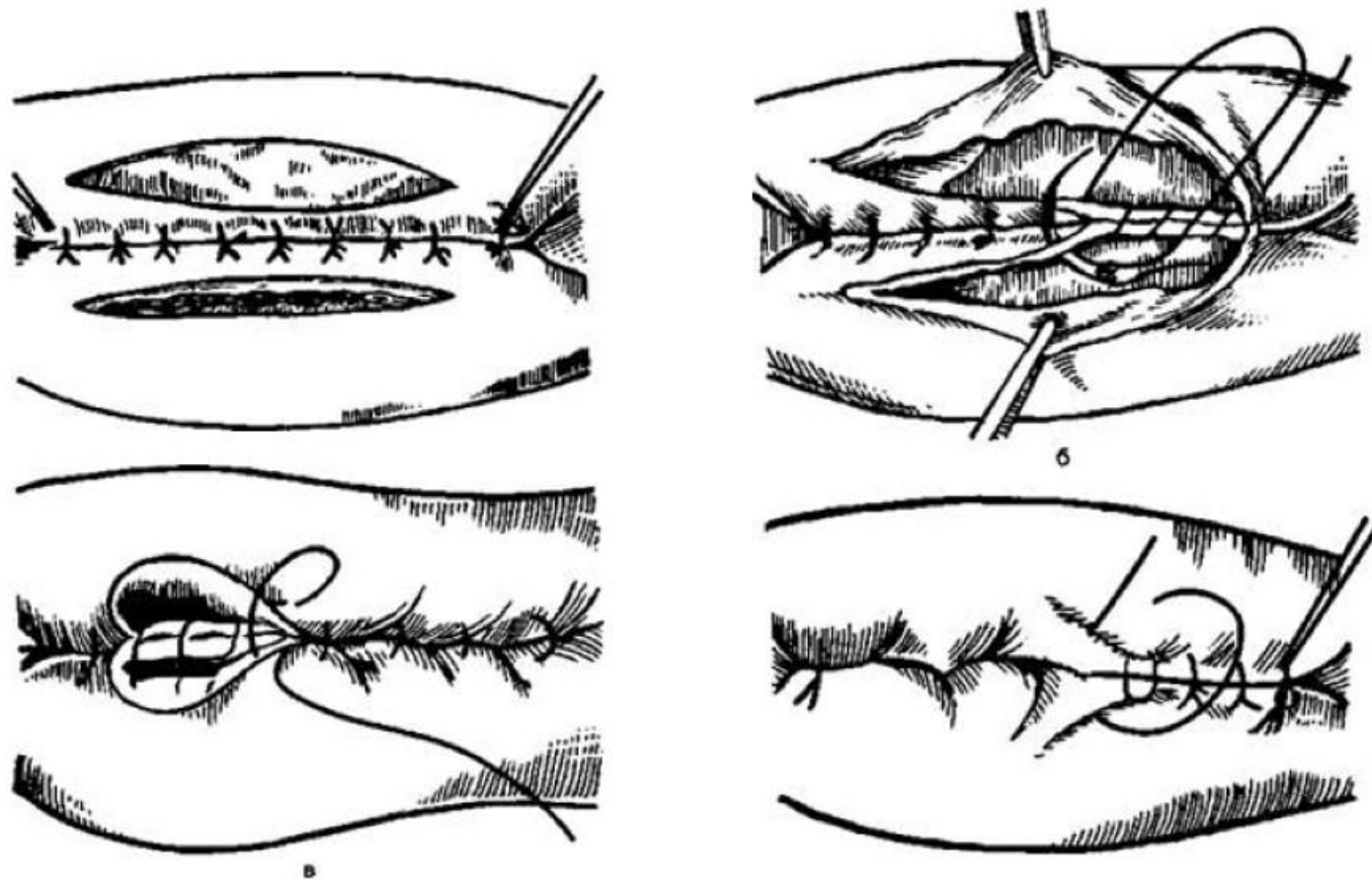
# Формирование культи

- Способ **Дуайена** – накладывают раздавливающий зажим, кишку перевязывают толстым кетгутом, перерезают. Культи погружаются в кисетный шов.
- Способ **Мойнигена** – сквозной обвивной шов поверх зажимов, который погружается в серозно-мышечный кисетный шов.
- Способ **Шмидена** – накладывается вворачивающий шов Шмидена, поверх – шов Ламбера.



# Формирование анастомоза

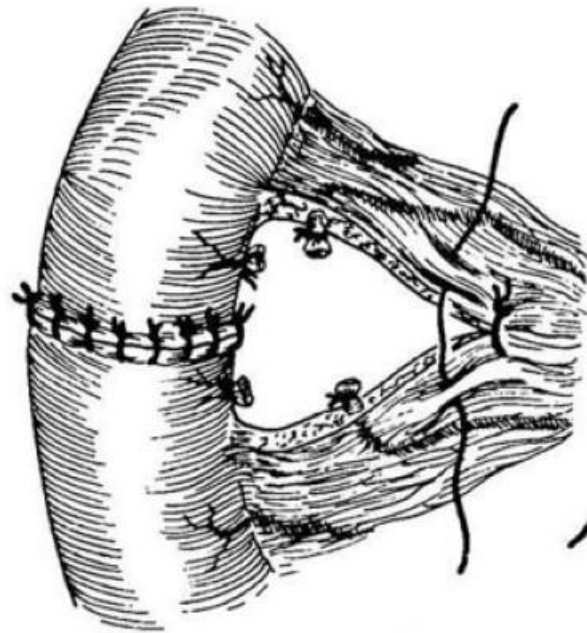
---



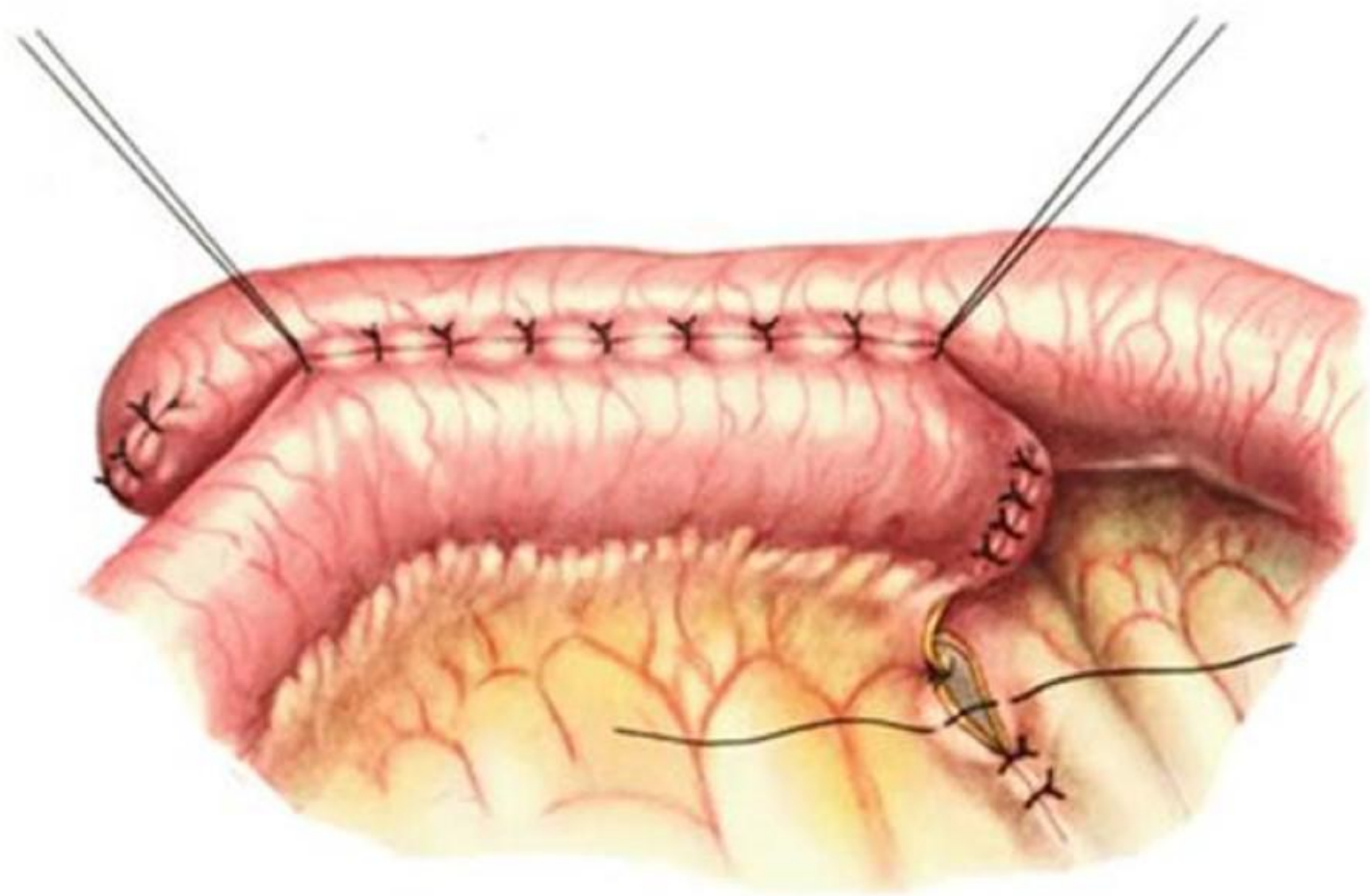


# Ушивание окна брыжейки

---







# Необходимые инструменты

---

# 3 анатомических пинцета

---



# Иглодержатель Гегара

---





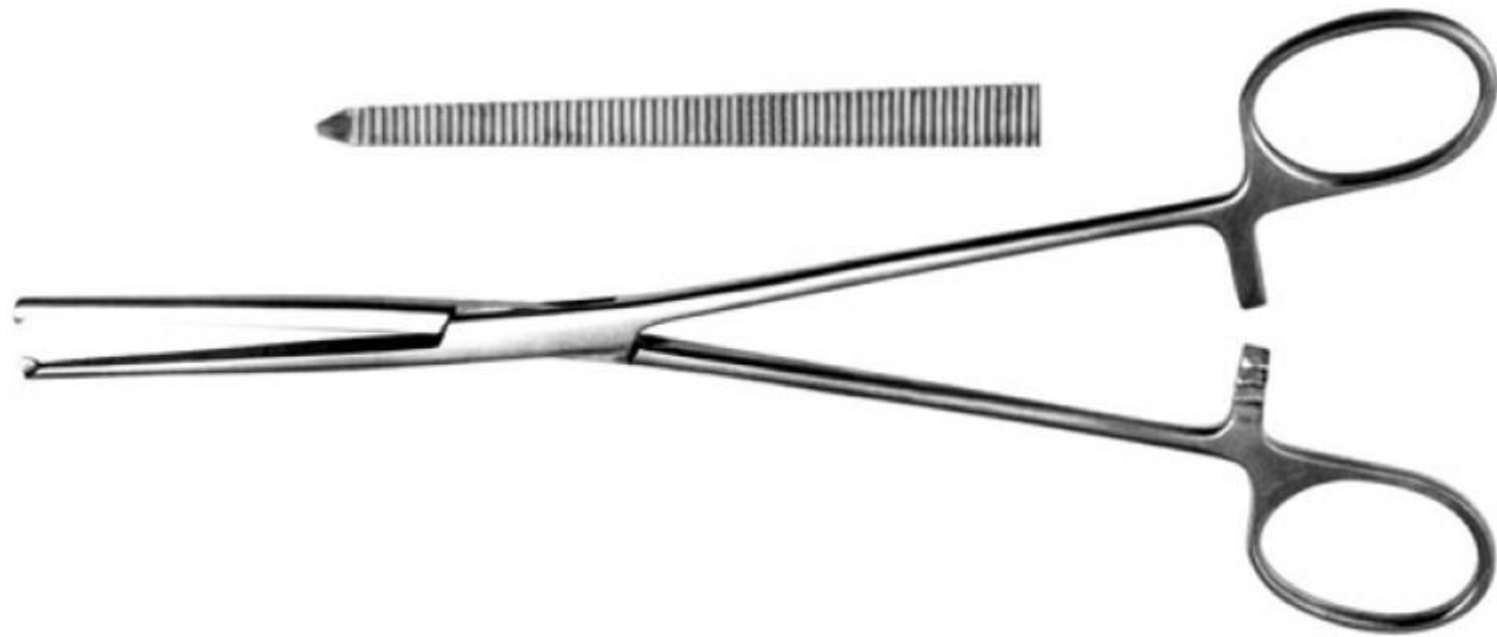
# Ножницы

---



## 2 зажима Кохера

---



## 2 кишечных жома

---



# Скальпель

---





# Шовный материал

Игла – колющая

Нить 2/0-3/0, на чистый шов лучше монофиламентная нить

