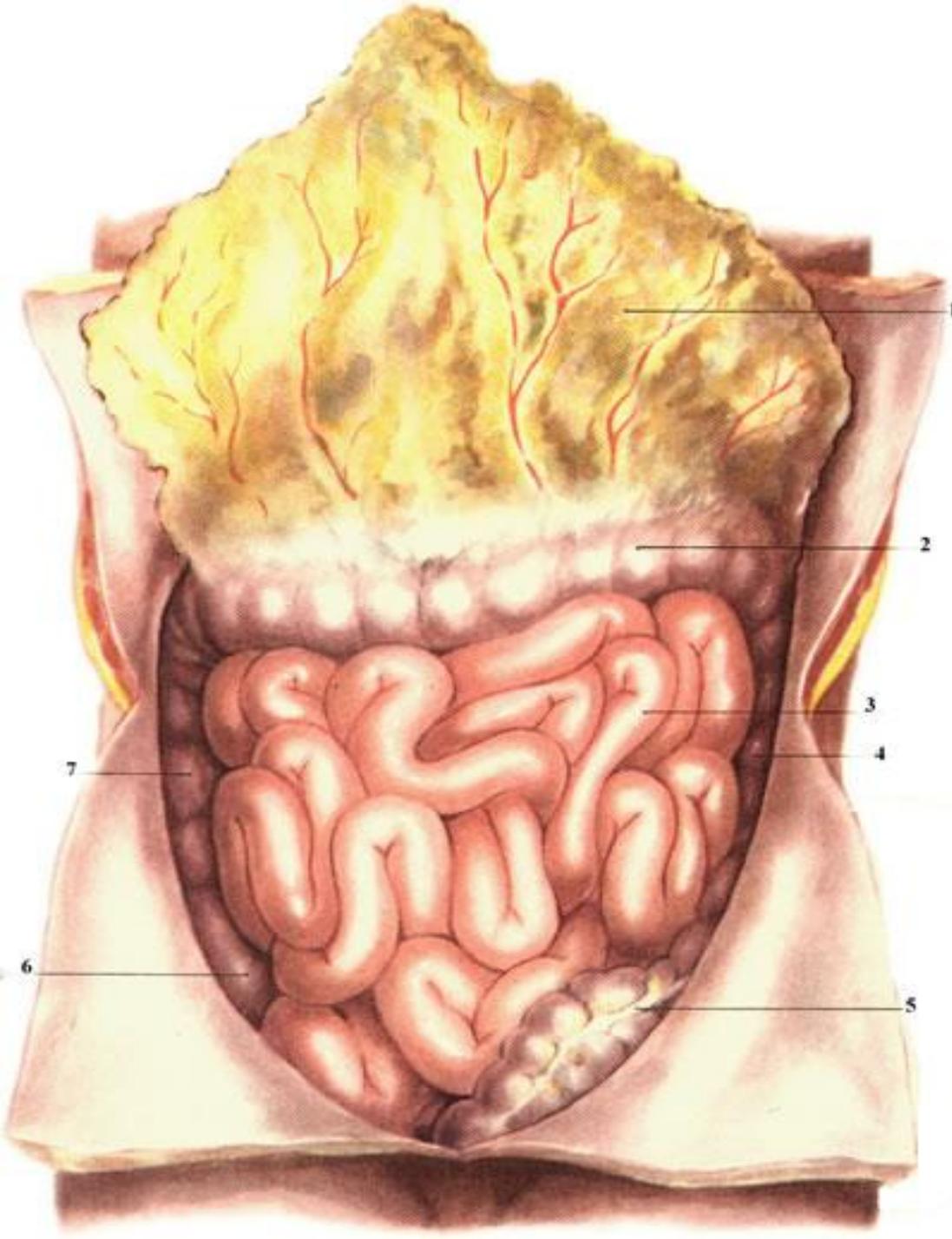


Тема лекции:

**Топографическая анатомия
и оперативная хирургия
тонкой и толстой кишки**

Лектор: Веретенников Сергей Иванович



1 - omentum majus;

2 - colon transversum;

**3 - ПЕТЛИ ТОНКОЙ
КИШКИ;**

4 - colon descendens;

5 - colon sigmoideum;

6 - caecum;

7 - colon ascendens.

Сохранение желточного протока

- дивертикул Меккеля (1809) – 45%
- полный свищ – 23%
- неполный свищ – 24%
- киста
- фиброзный тяж

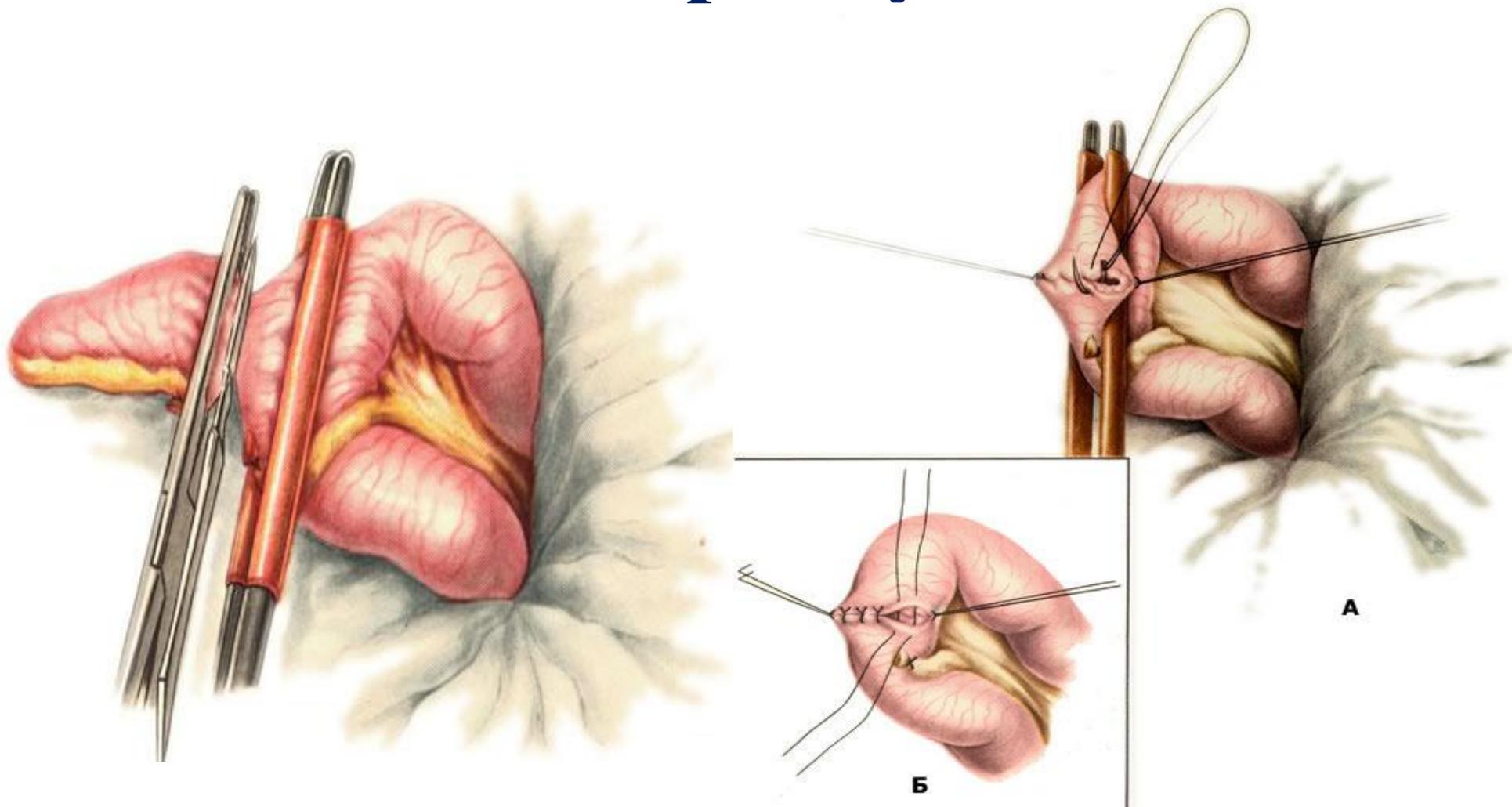
Дивертикул Меккеля



Клиническое проявление дивертикула Меккеля (в 50%)

- Воспаление – дивертикулит – 22%
- Непроходимость – 15%
- Кровотечение 9%
- Перфорация – 3%

Резекция дивертикула Меккеля



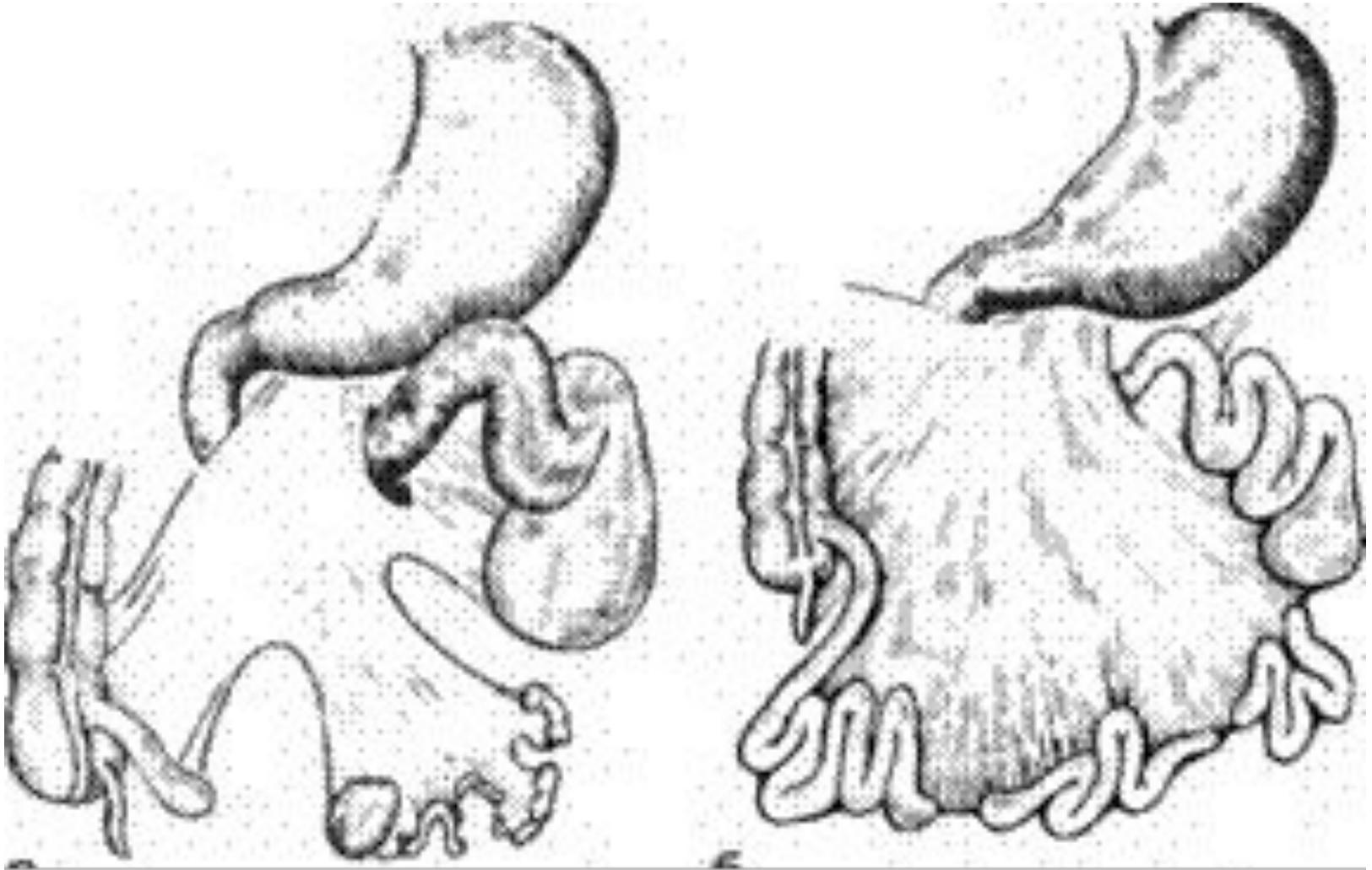
Отсечение дивертикула

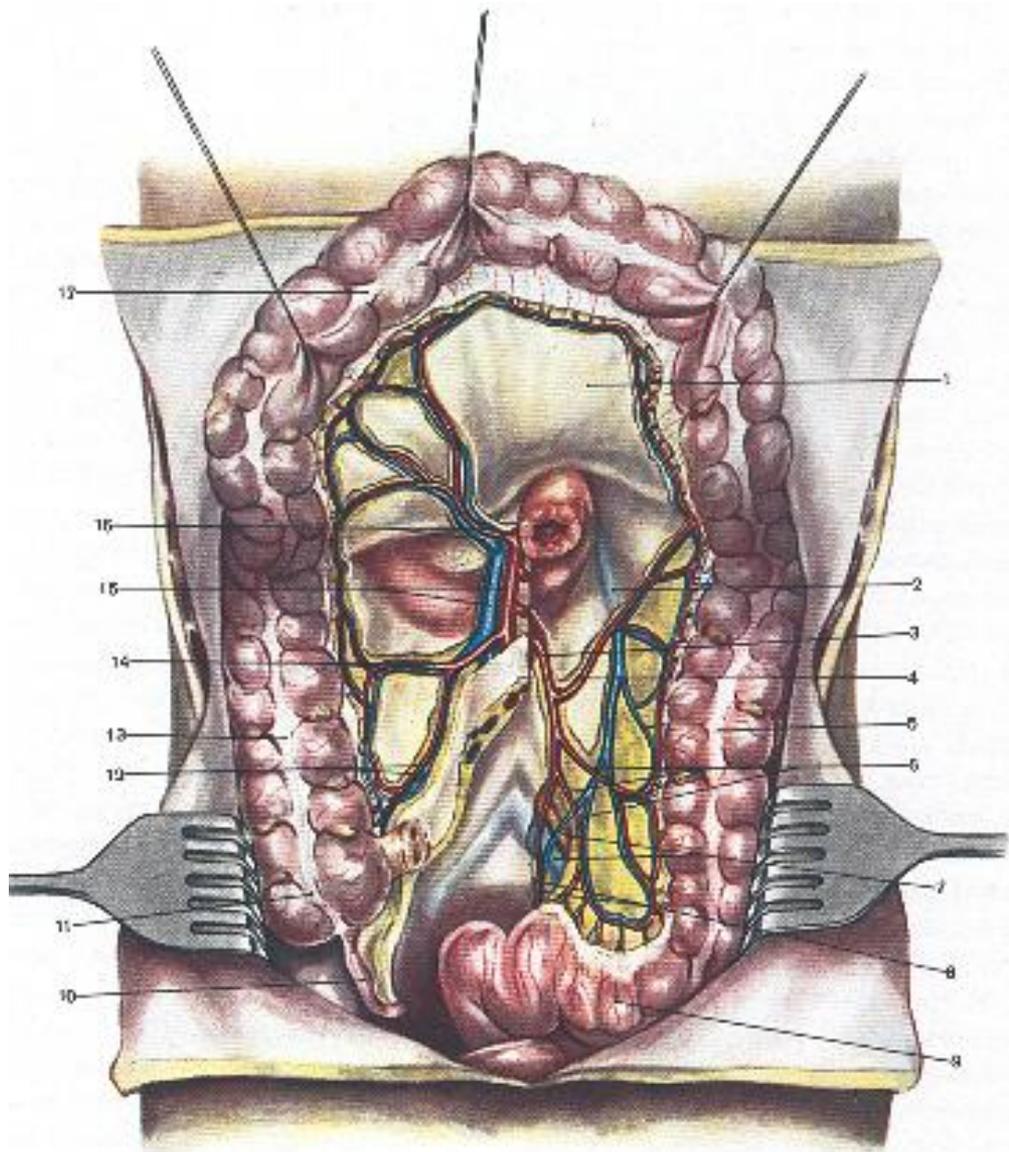
Ушивание дефекта в стенке
кишки двухрядным швом

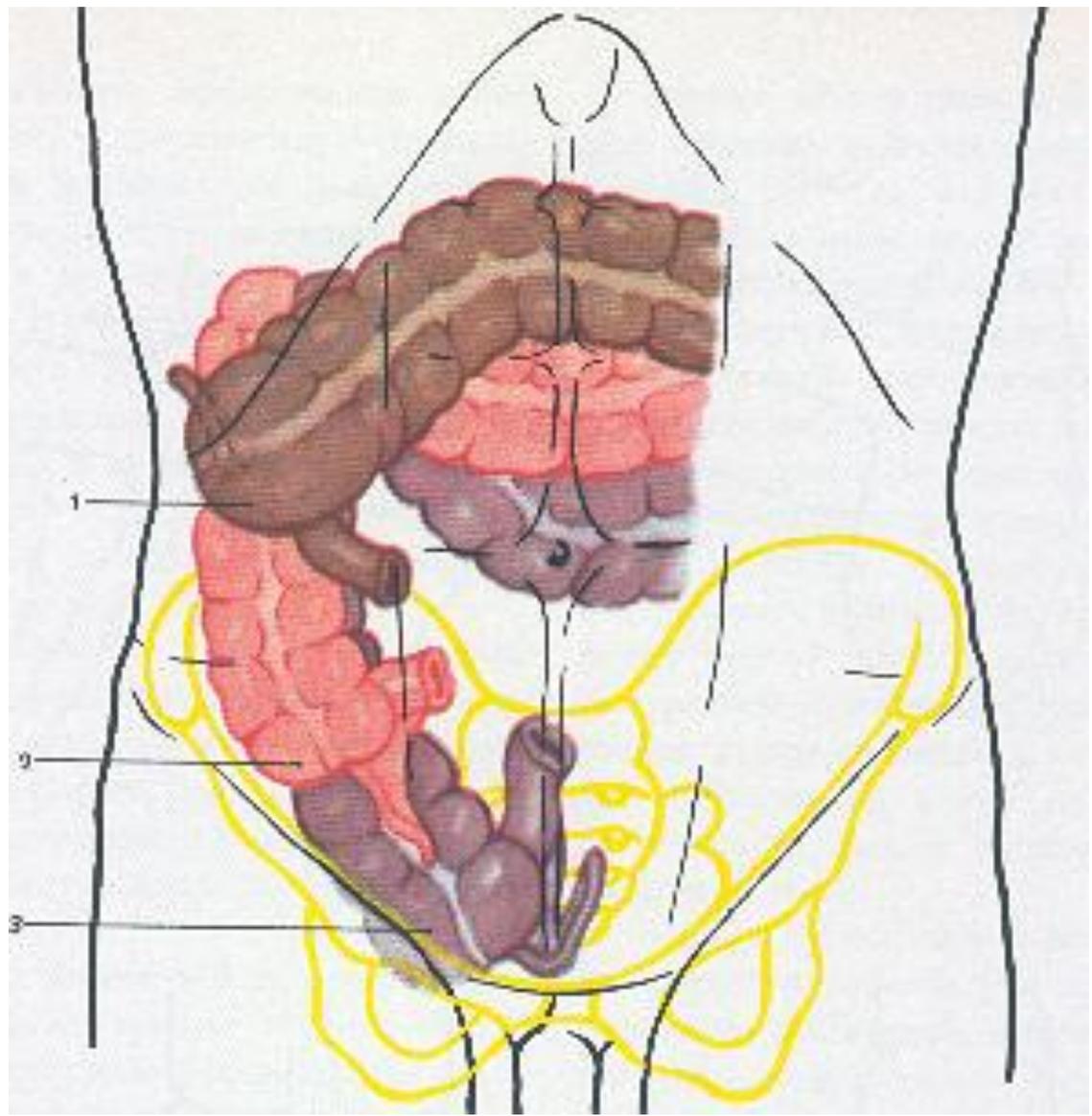
Атрезии и стенозы тонкой кишки

- Мембранозная форма – 15% (для 12 п.к. – наиболее часто)
- Форма фиброзного шнура – 40 % (для 12 п.к. – редко)
- В виде свободных слепых концов – 40%
- Сосисочная форма – 5 %

Порок развития тонкой кишки





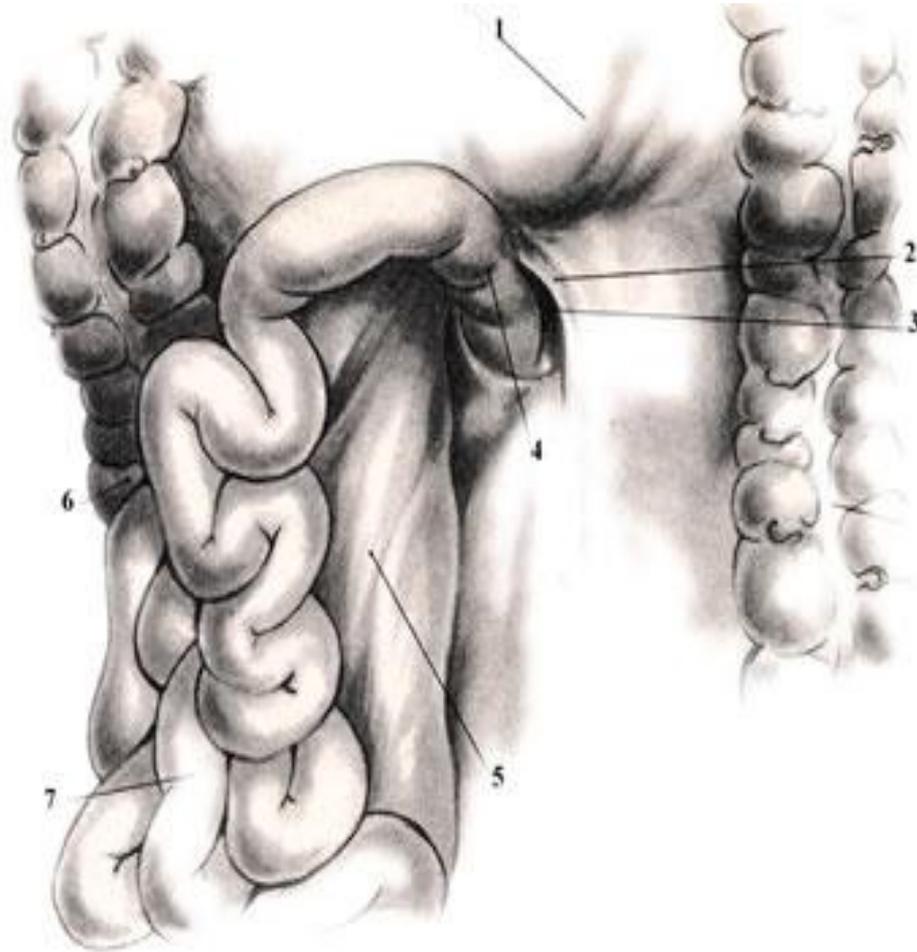


Болезнь Гиршпрунга

(1886 г.)

- врожденный аганглиоз кишечника (отсутствие иннервации кишки на определенном участке)
- у мальчиков в 4 раза чаще
- в 90% - ректальная и ректосигмоидальная формы
- аганглиозный, неперистальтический и спазмированный участок кишки приводит к расширению вышележащих отделов — **первичный мегаколон**

Прием Губарева

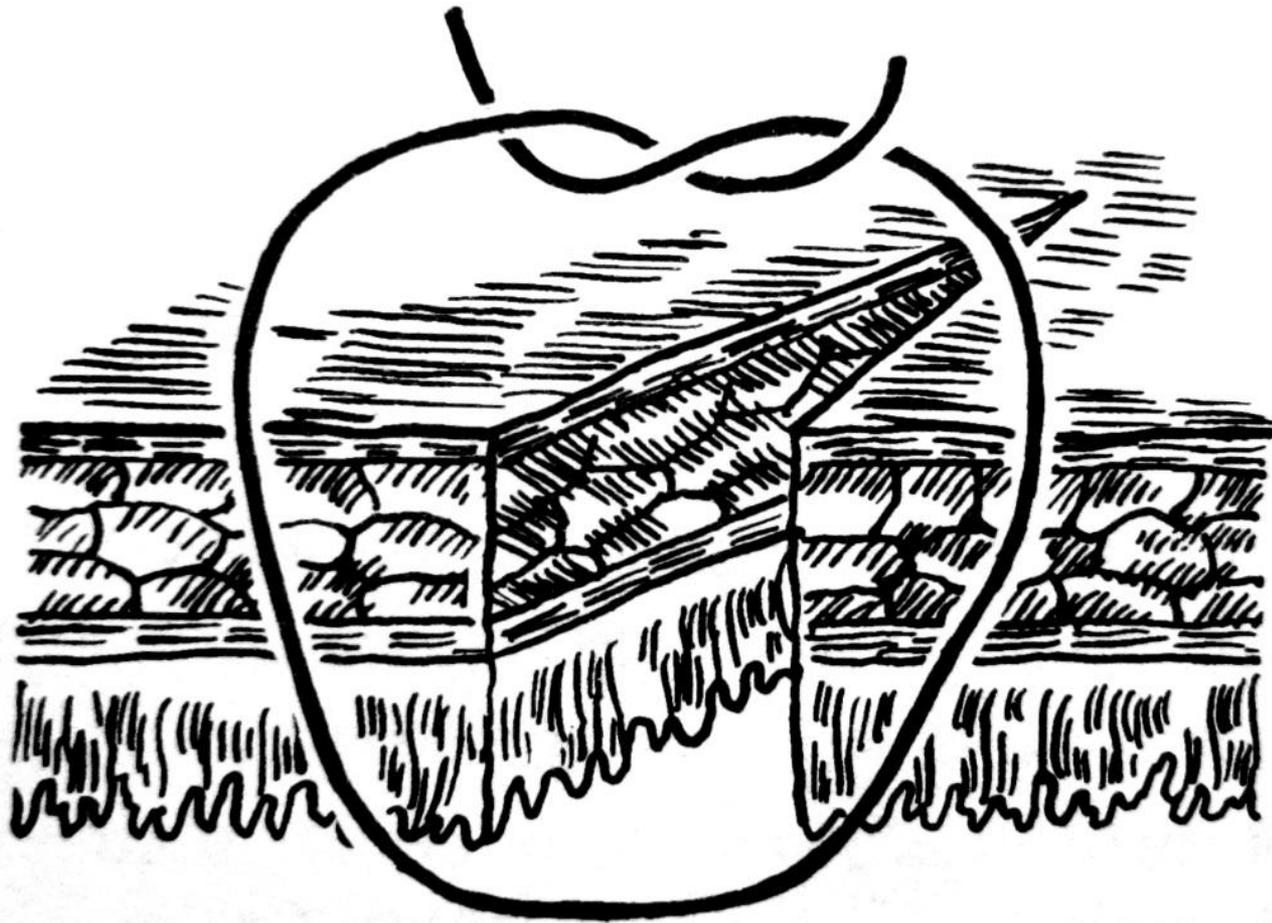


- 1 - mesocolon;**
- 2 - plica duodenojejunalis;**
- 3 - recessus duodenojejunalis;**
- 4 - flexura duodenojejunalis;**
- 5 - mesenterium;**
- 6 - colon ascendens;**
- 7 - петли тонкой кишки;**
- 8 - colon descendens.**

Основные требования, предъявляемые к кишечному шву

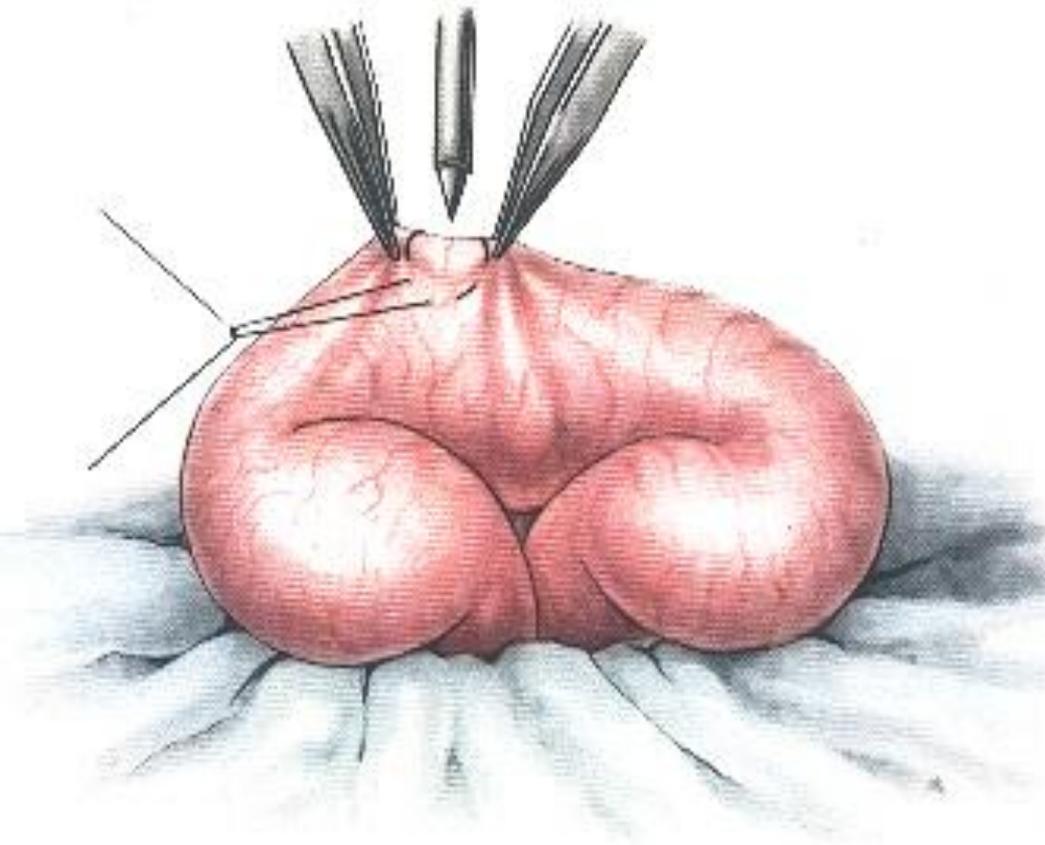
- 1. Герметичность**
- 2. Гемостатичность**
- 3. Прочность (до 10 дня – механическая прочность, затем – биологическая)**
- 4. Асептичность**
- 5. Учет футлярного строения стенок пищеварительного тракта**
- 6. Четкая адаптация слоев**
- 7. Шов не должен суживать просвет полого органа**

Сквозной краевой кишечный шов Жобера 1824

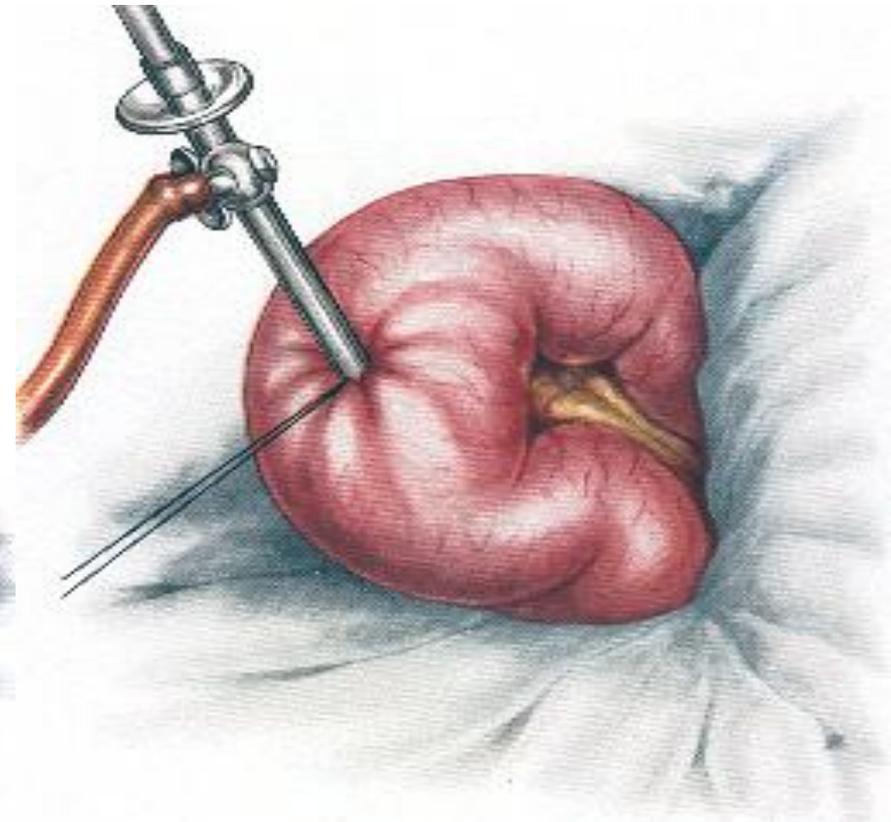


- Ламбер (1826) – серо-серозный шов
- Пирогов (1863) – серозно-мышечно-подслизистый
- Альберт (1881) – 2-х рядный шов (1-й – сквозной, 2-й – серозно-мышечный)
- Черни (1880) – 2-х рядный серозно-мышечный
- Вольфлер (1881) – 3-х рядный для толстой кишки
- Шмиден (1911) – 2-х рядный (1-й – слизисто-серозный, 2-й – серозно-мышечный)
- Матешук Владимир Павлович (1946) – подслизисто-мышечно-серозный - шов Пирогова-Матешука

Прокол тонкой кишки



На кишку вокруг места предполагаемого прокола наложен кисетный шов.



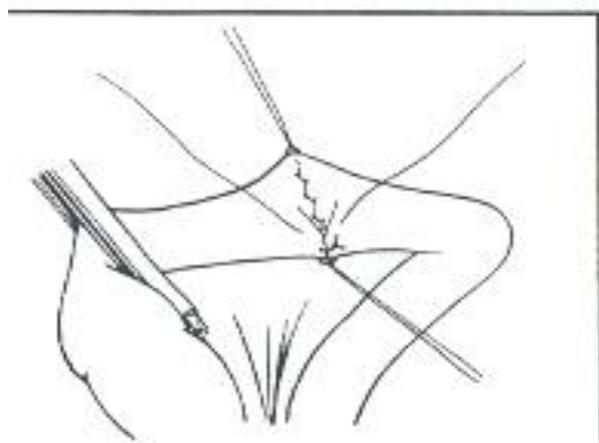
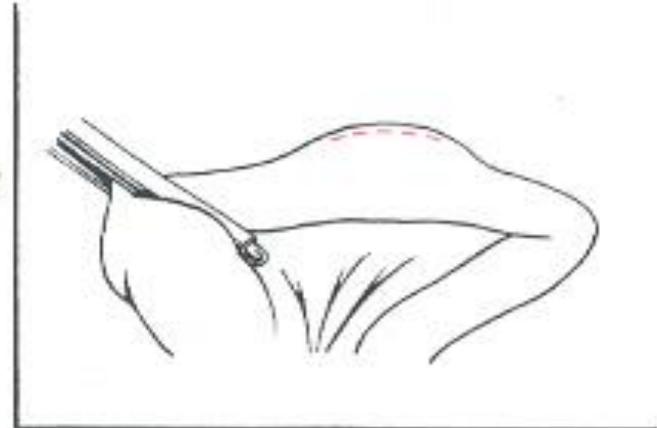
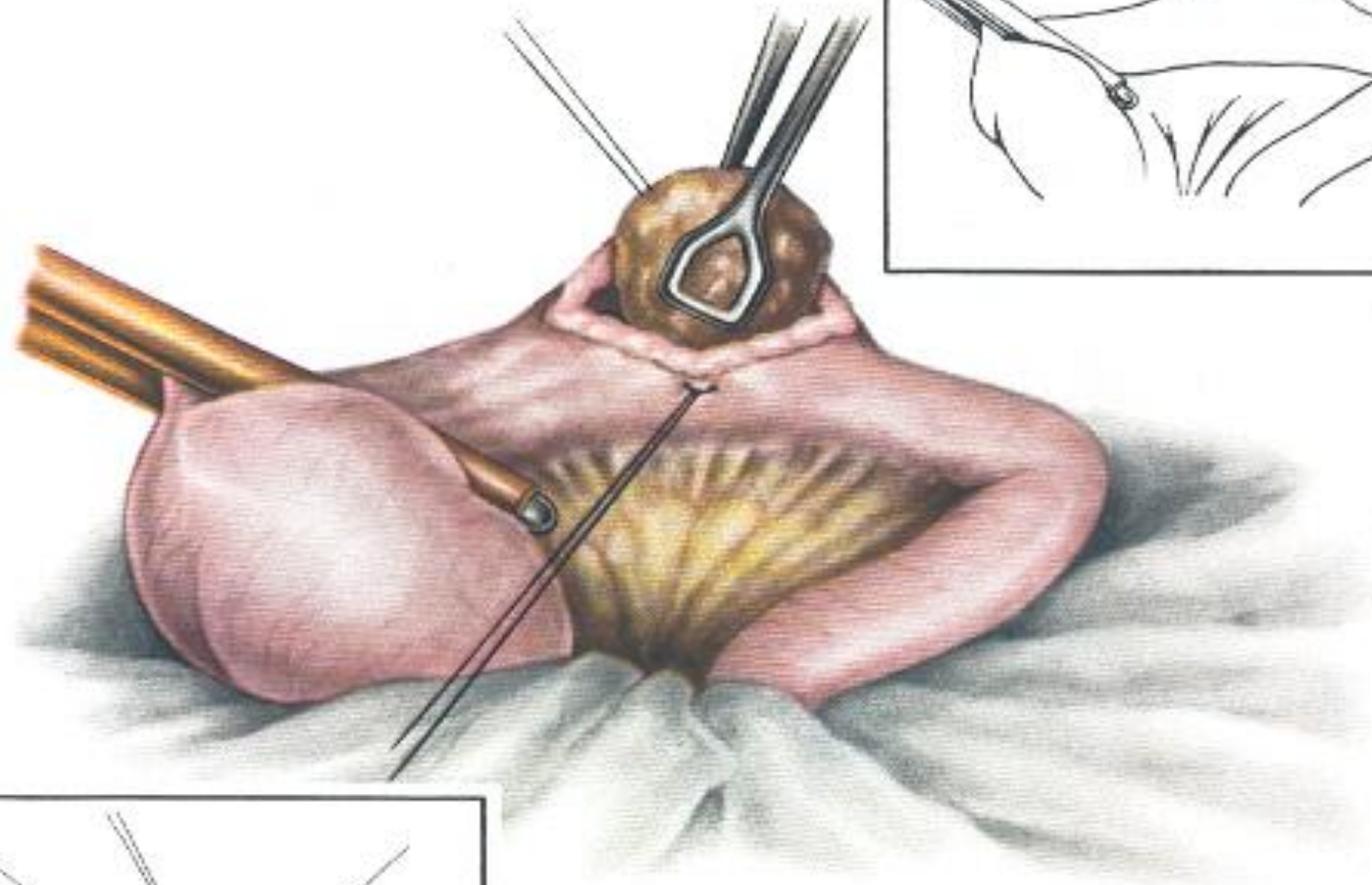
Произведен прокол троакаром, кисетный шов затянут.

Энтеротомия

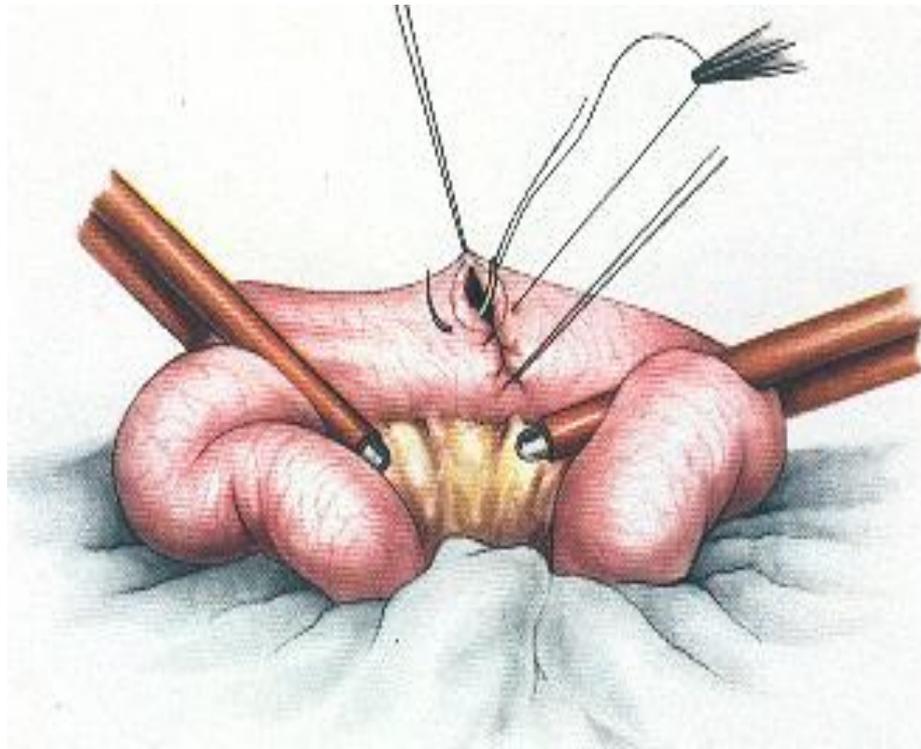
- это временное вскрытие просвета кишки, которое по выполнении необходимых манипуляций зашивают.

Показания к энтеротомии

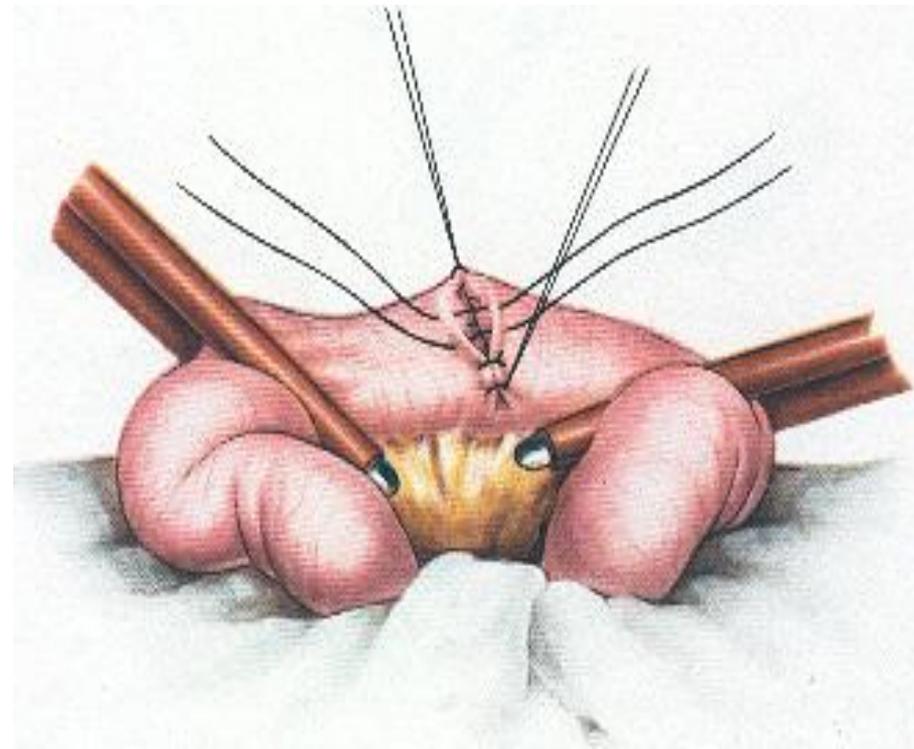
- Инородное тело в просвете кишки
- Доброкачественная опухоль в просвете кишки
- Для установления характера патологических изменений в стенке кишки



Ушивание раны тонкой кишки двухрядным швом

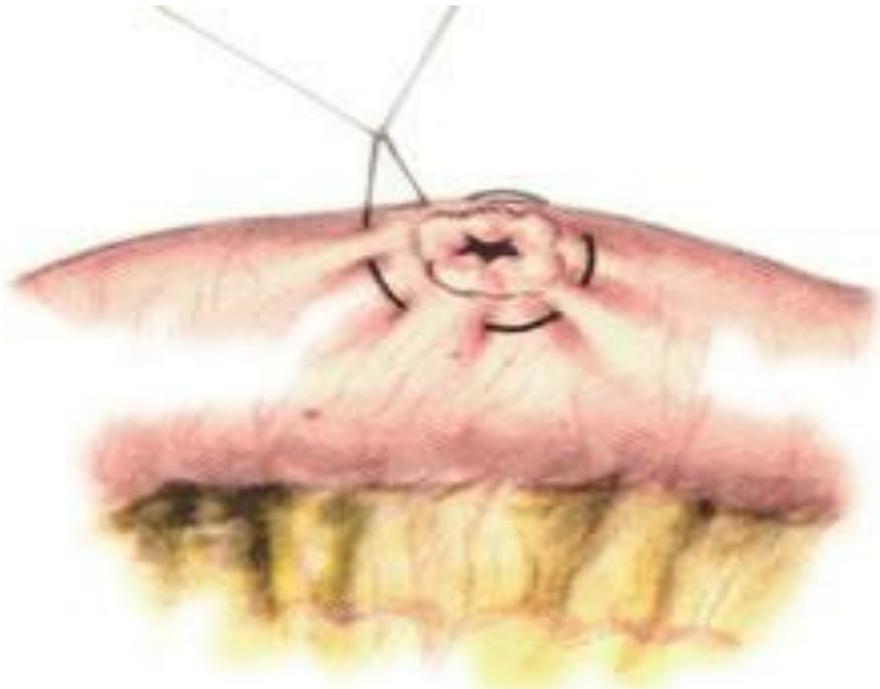


Наложение первого ряда швов –
скорняжный шов через все слои
(грязный)

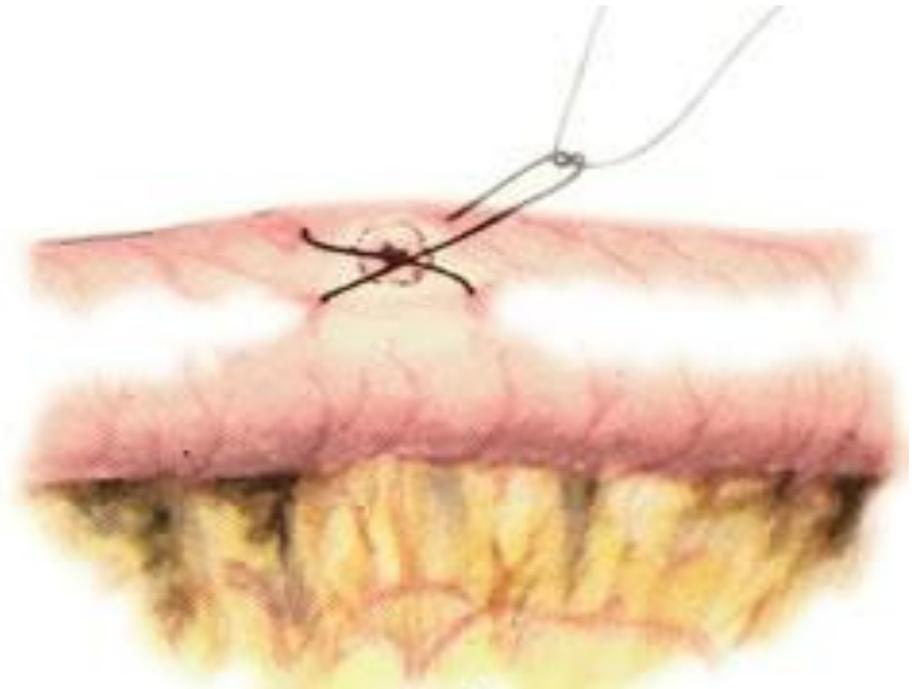


Наложение второго ряда швов –
серозно-мышечный (чистый)
шов

Ушивание раны тонкой кишки



А



Б

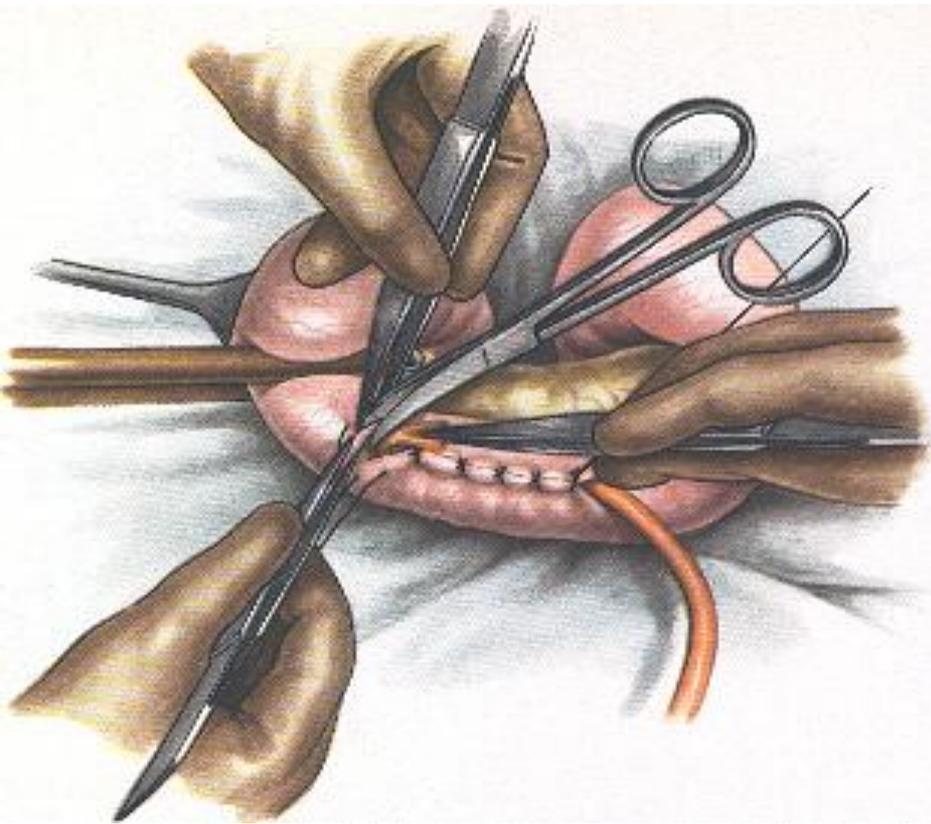
А) наложение кисетного шва

Б) наложение Z-образного шва

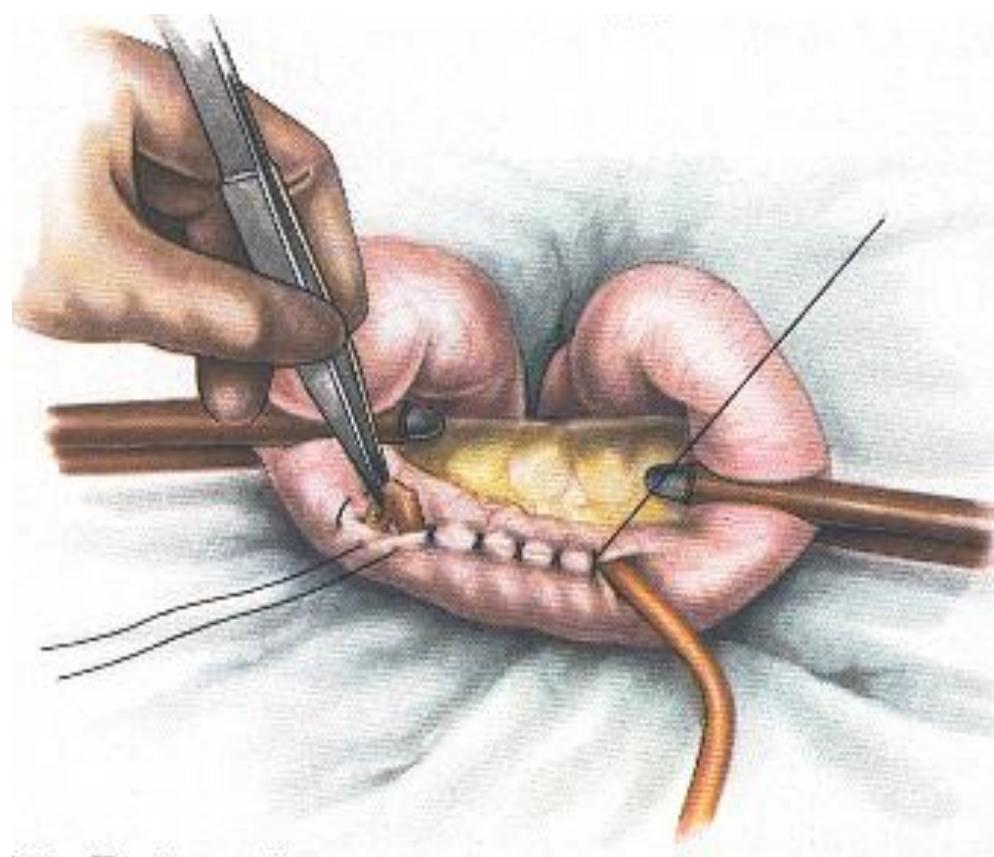
Энтеростомия

- это создание соустья между тонкой кишкой и наружной средой.

Энтеростомия по Айзельсбергу-Витцелю

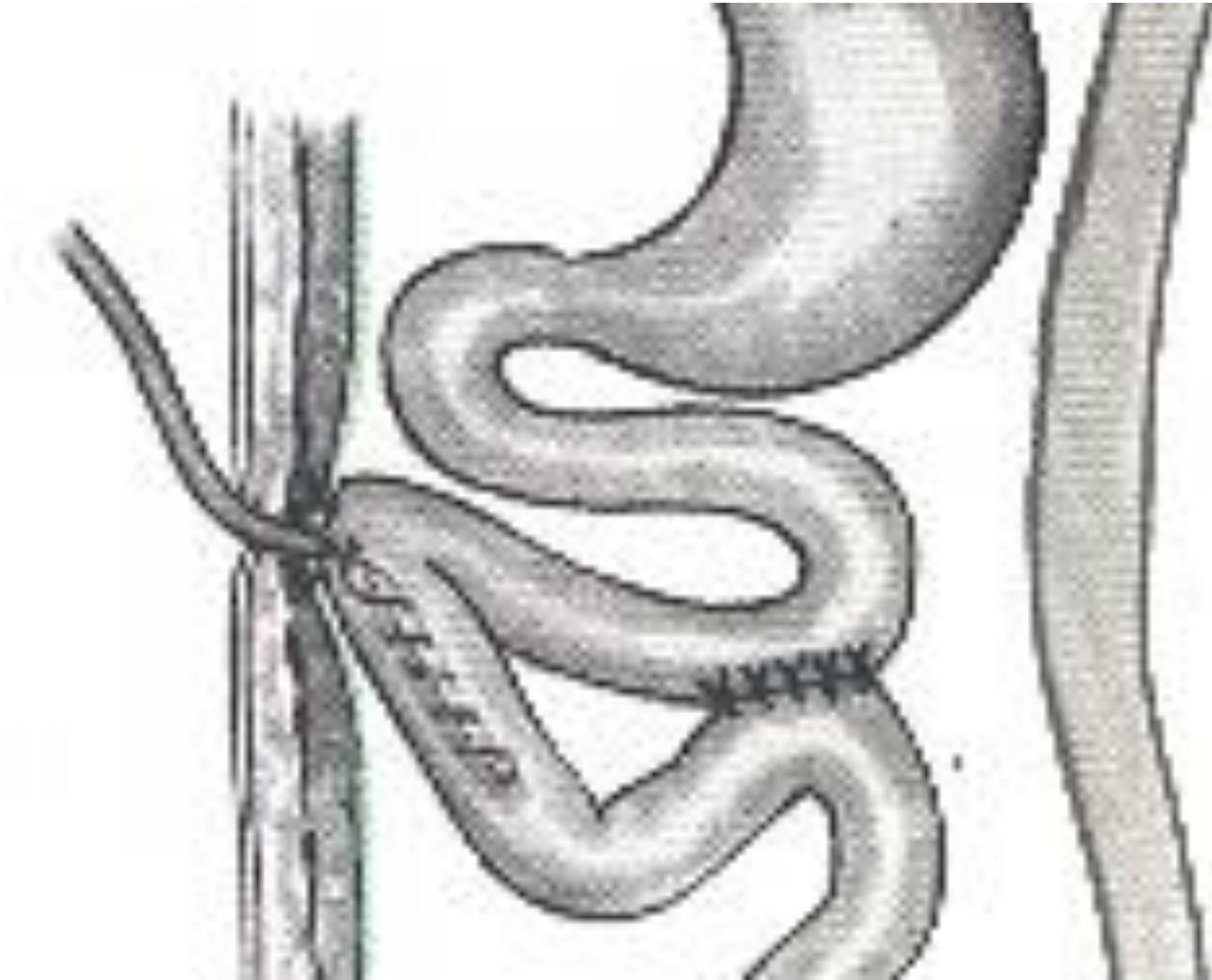


Трубка на протяжении 5-7 см погружена серозно-мышечными швами. Наложение полукисетного шва и вскрытие просвета тонкой кишки.

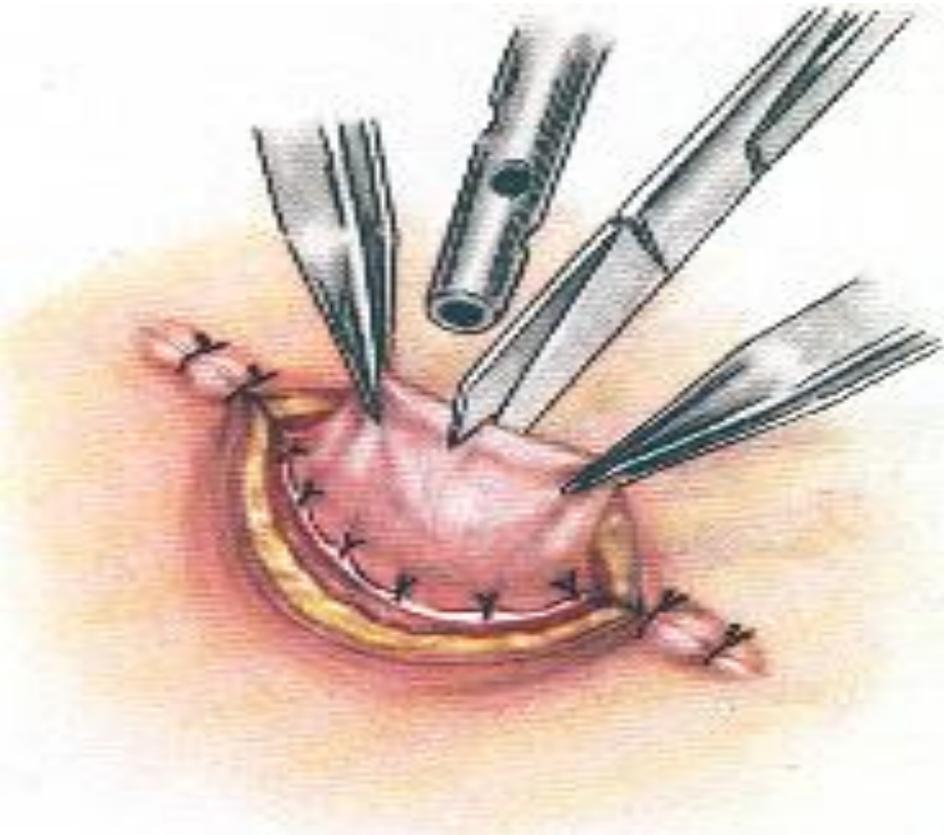


Погружение резиновой трубки в просвет кишки в направлении отводящей петли.

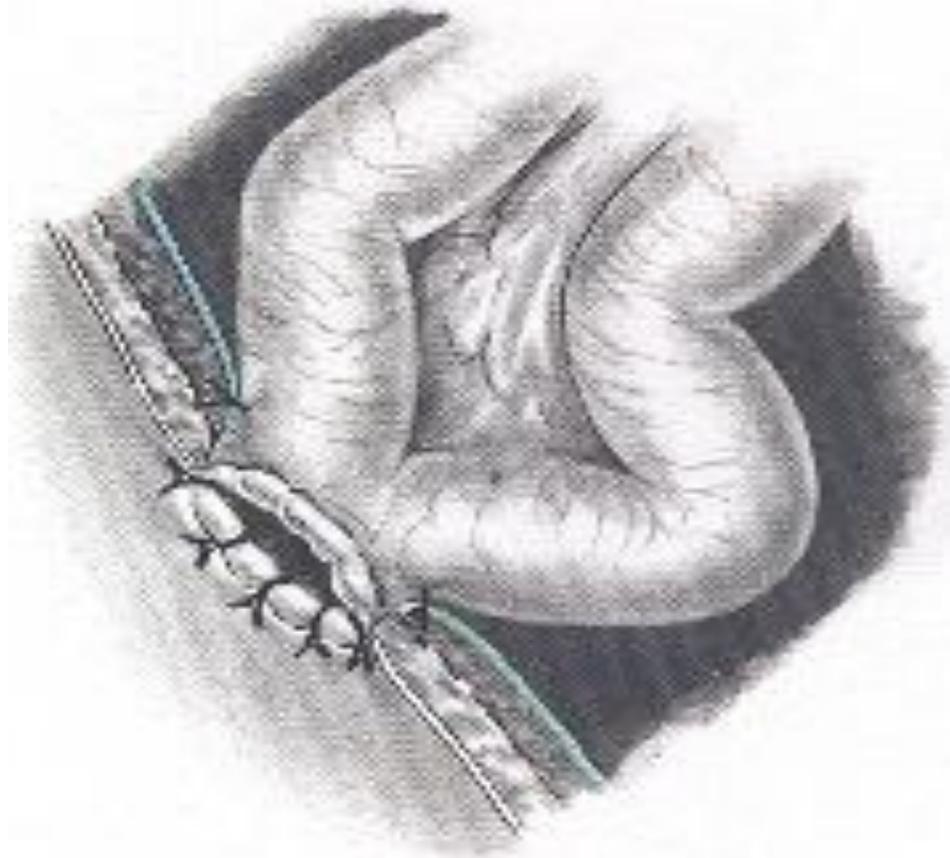
Трубчатая (временная) ЭНТЕРОСТОМИЯ



Губовидная (постоянная) ЭНТЕРОСТОМИЯ

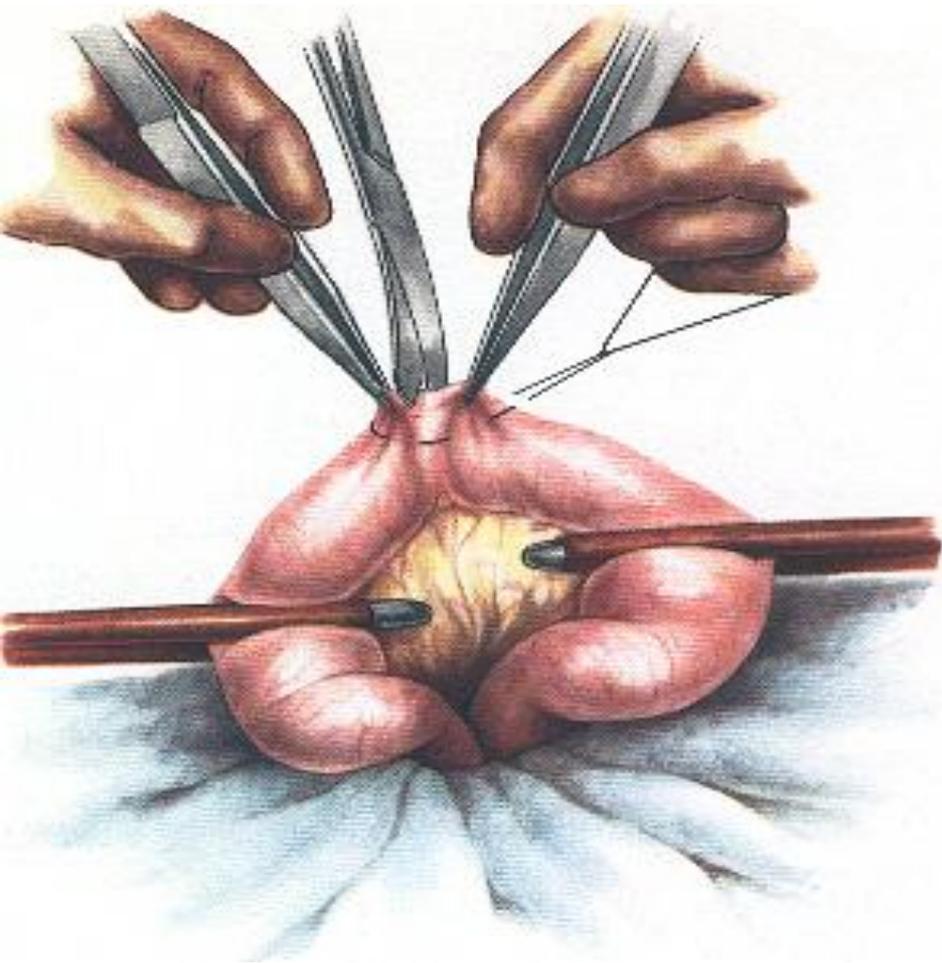


Петля кишки подшита к париетальной брюшине.
Вскрытие просвета кишки.

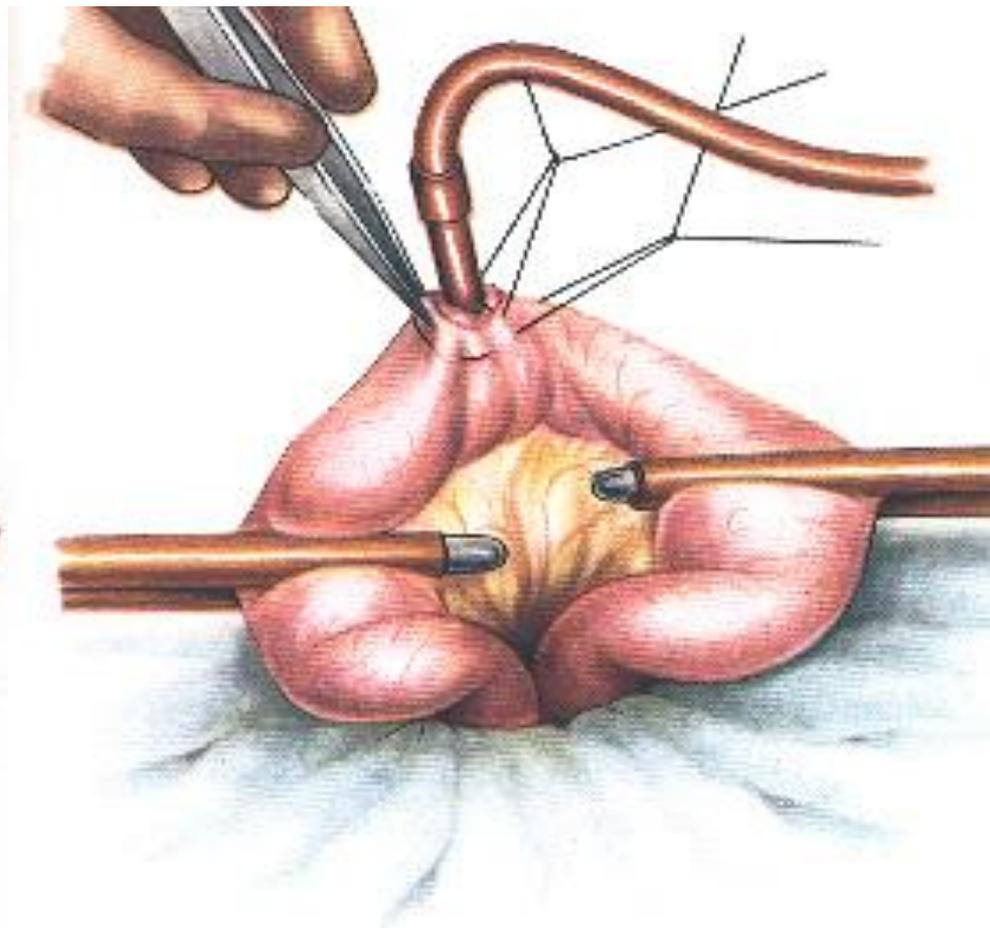


Слизистая оболочка кишки
подшита к коже рядом узловых
швов

Подвесная энтеростомия



Вскрытие просвета кишки в центре кисетного шва

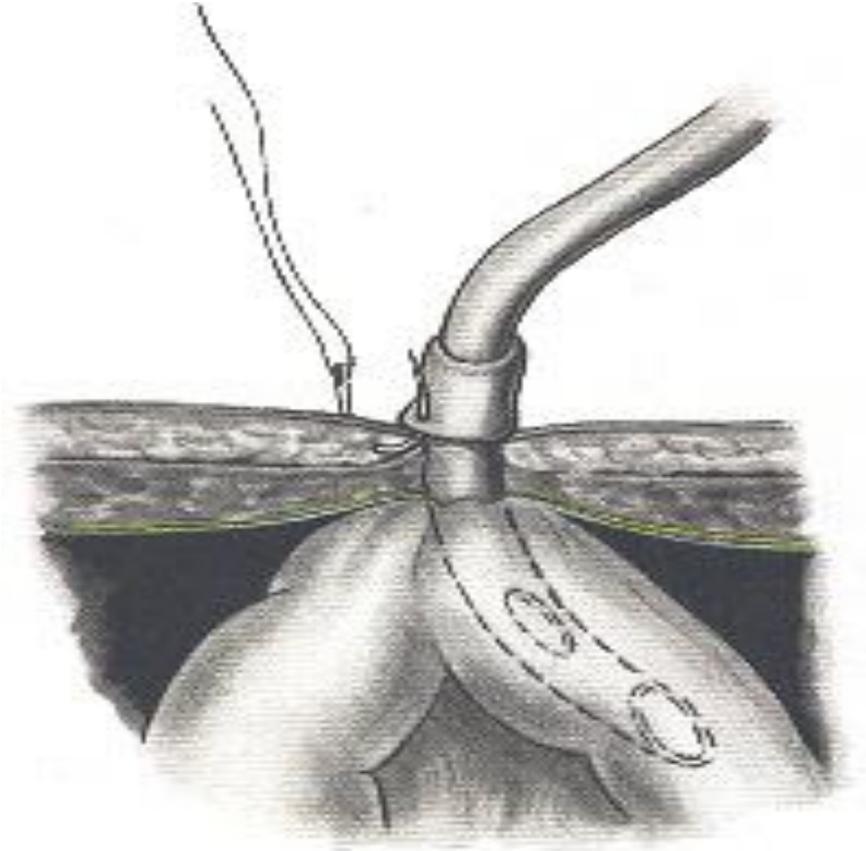


Подшивание резиновой трубки к стенке кишки.

Подвесная энтеростомия



Прокалывание передней
брюшной стенки троакаром



Подшивание резиновой
манжетки к коже

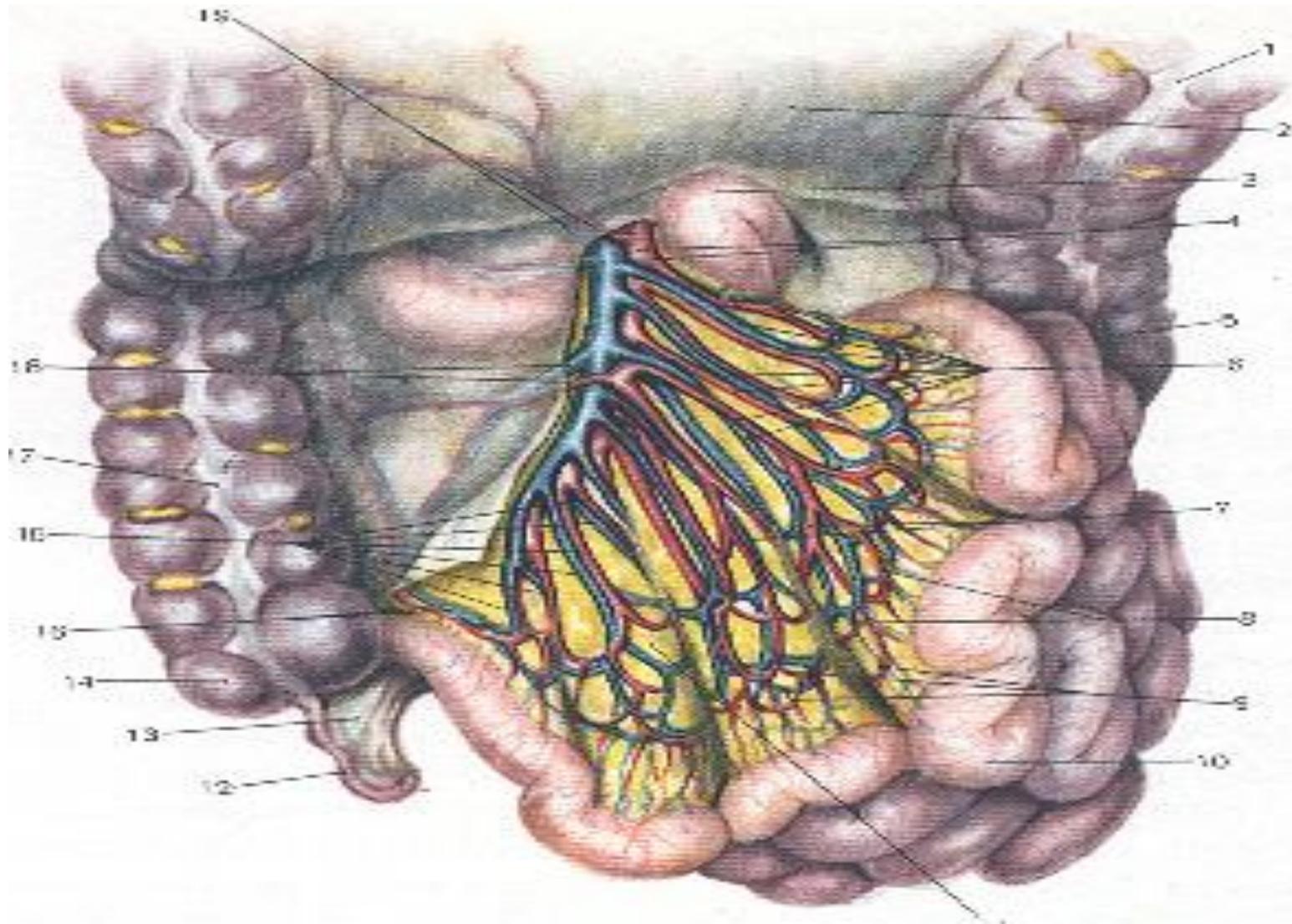
Резекция кишки

- это удаление части кишки с последующим восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта или созданием энтеростомы.

Показания к резекции кишки

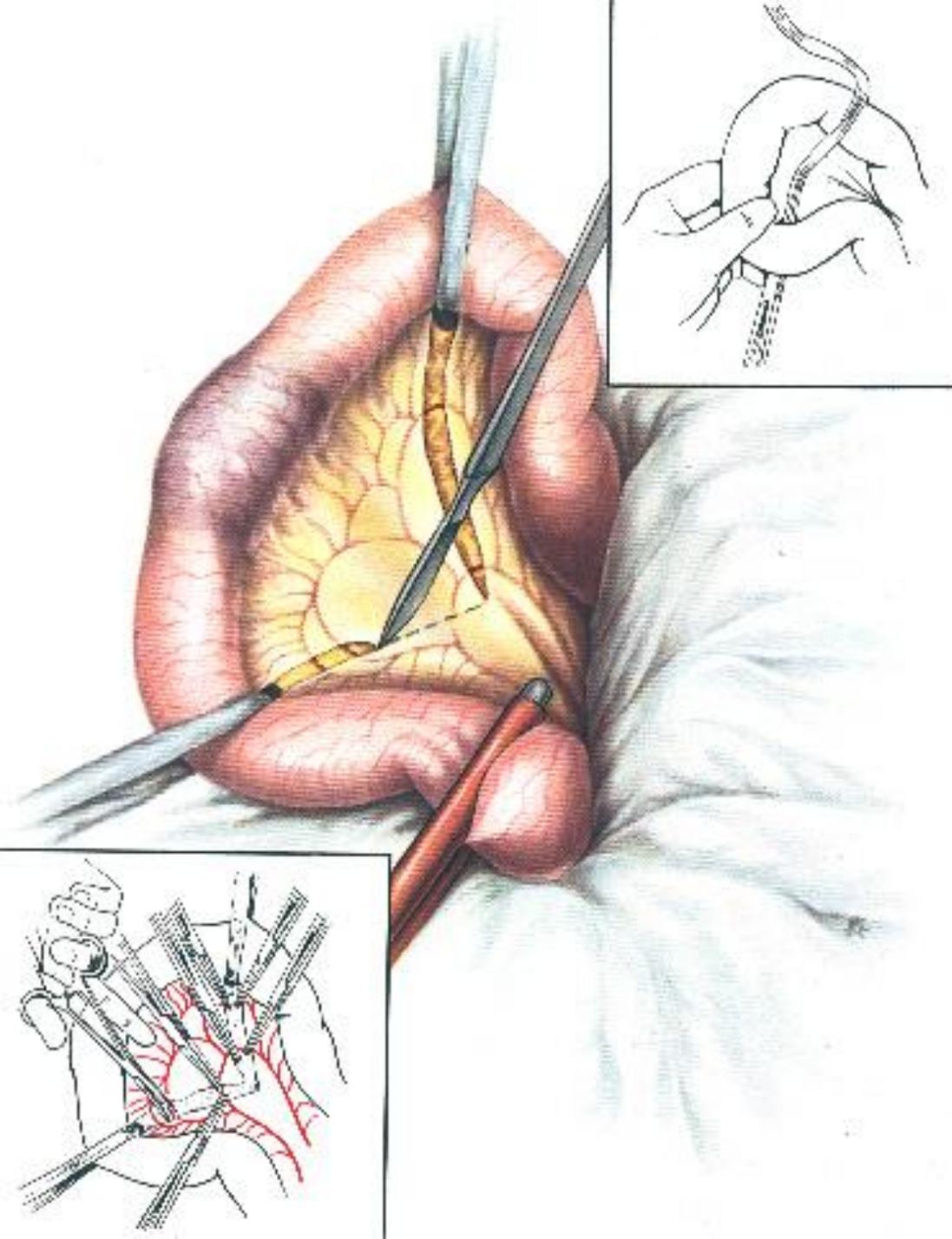
- Некроз петли кишки ущемленной в грыжевых воротах
- Непроходимость кишечника
- Тромбоз сосудов брыжейки с некрозом кишки
- Болезнь Крона
- Опухоль кишки

Артерии и вены ТОНКОГО КИШЕЧНИКА

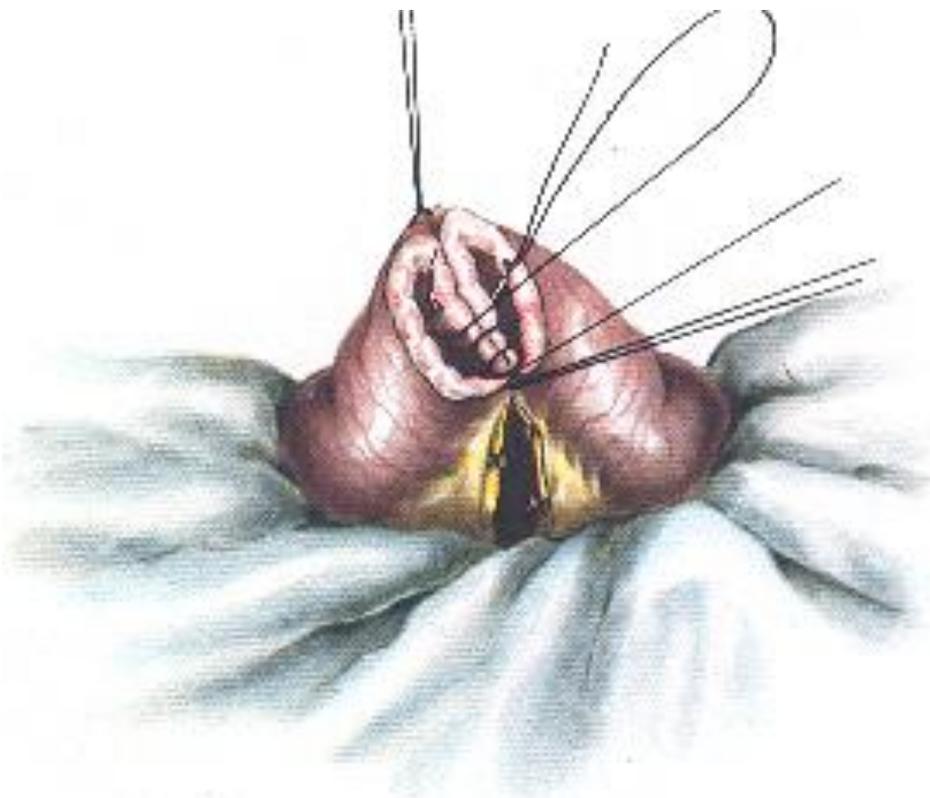


Мобилизация КИШКИ

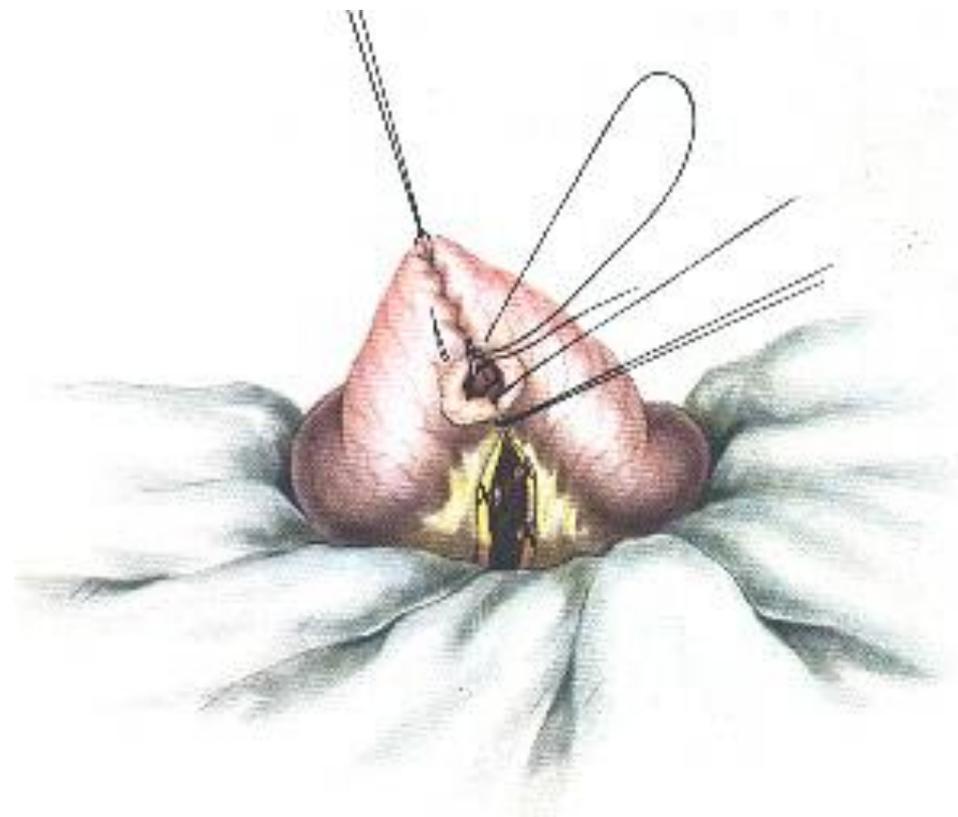
- краевая
- клиновидная



Наложение анастомоза «КОНЕЦ В КОНЕЦ»

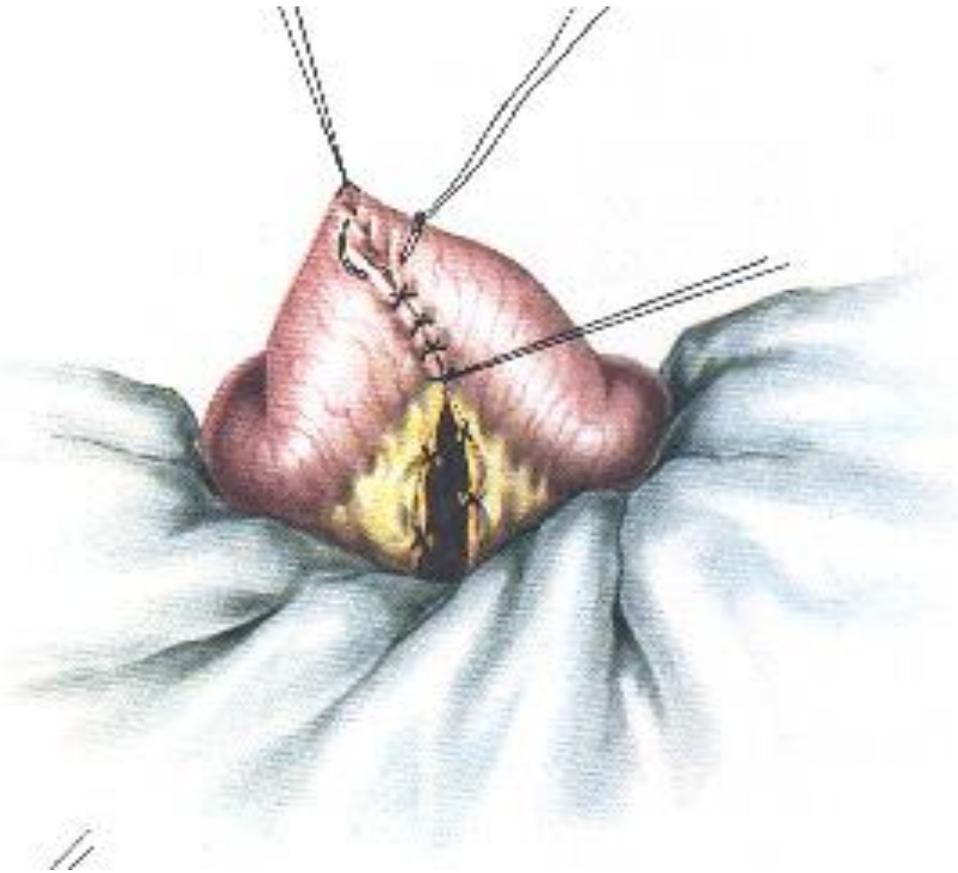


**Наложение шва на
задние губы анастомоза**

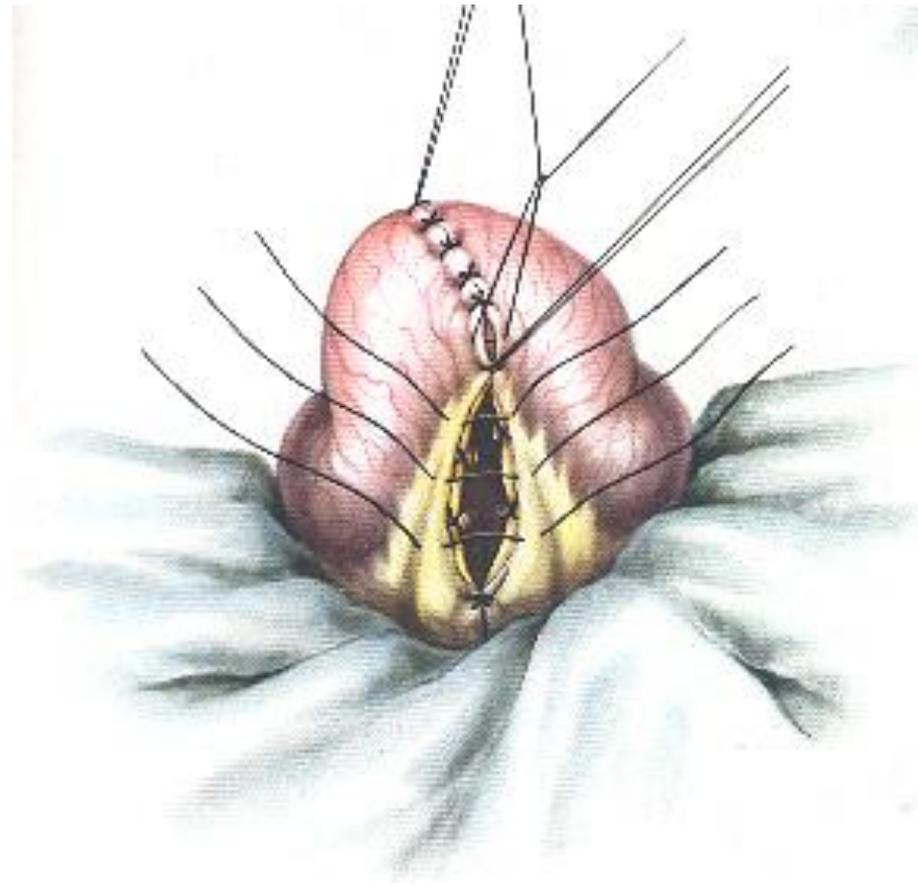


**Наложение шва на передние
губы анастомоза**

Наложение анастомоза «КОНЕЦ В КОНЕЦ»

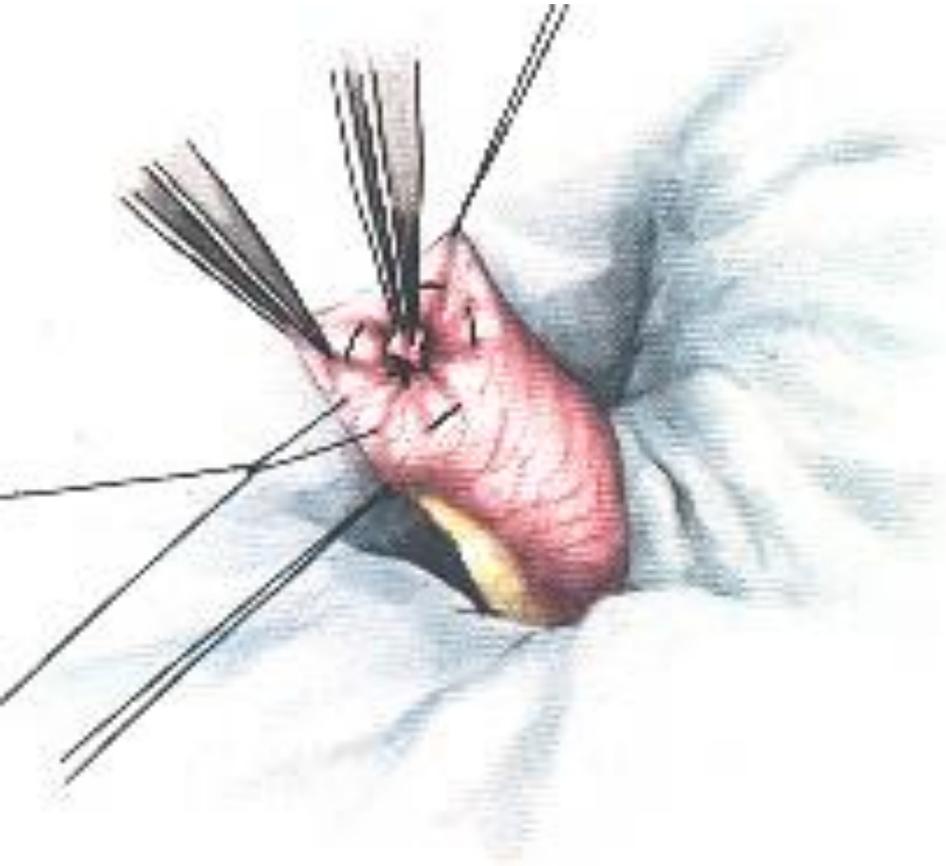


Наложение узловых серозно-мышечных швов на переднюю стенку анастомоза.

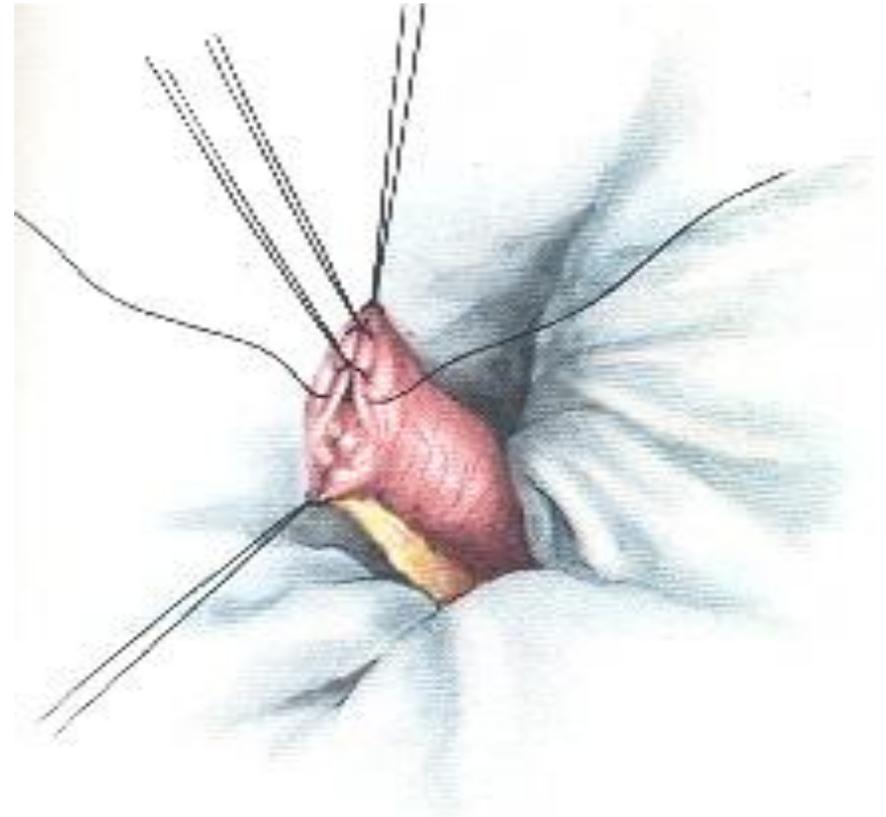


Наложение узловых серозно-мышечных швов на заднюю стенку анастомоза и ушивание отверстия в брыжейке

Наложение анастомоза «бок в бок»

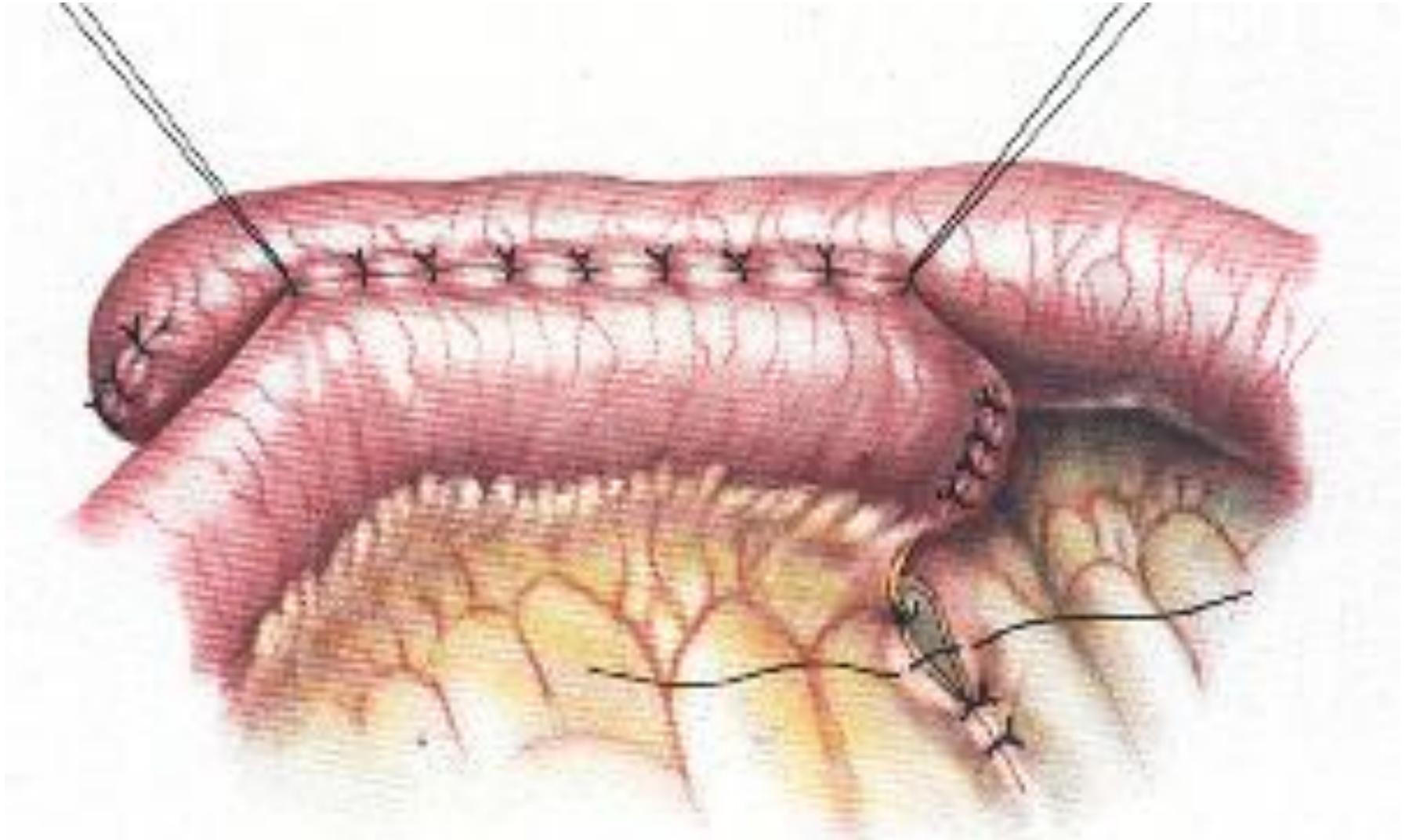


Погружение перевязанной
культы в кисетный шов

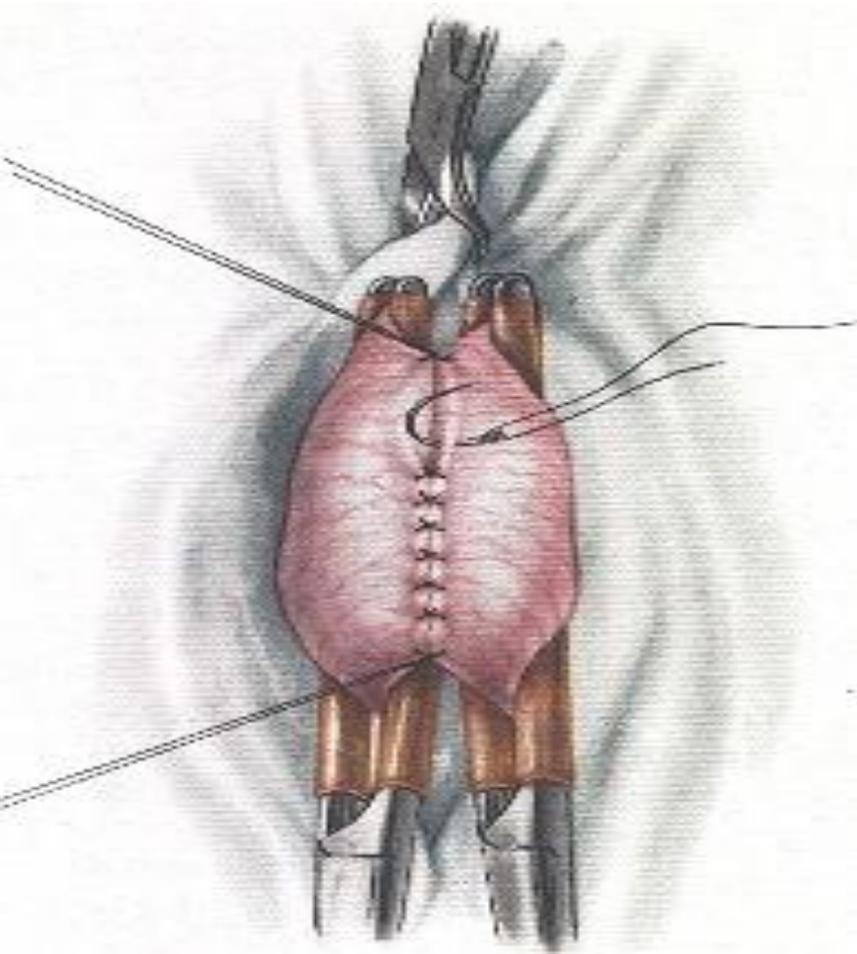


Ушивание просвета кишки
скорняжным швом. Наложение
узловых серозно-мышечных
швов

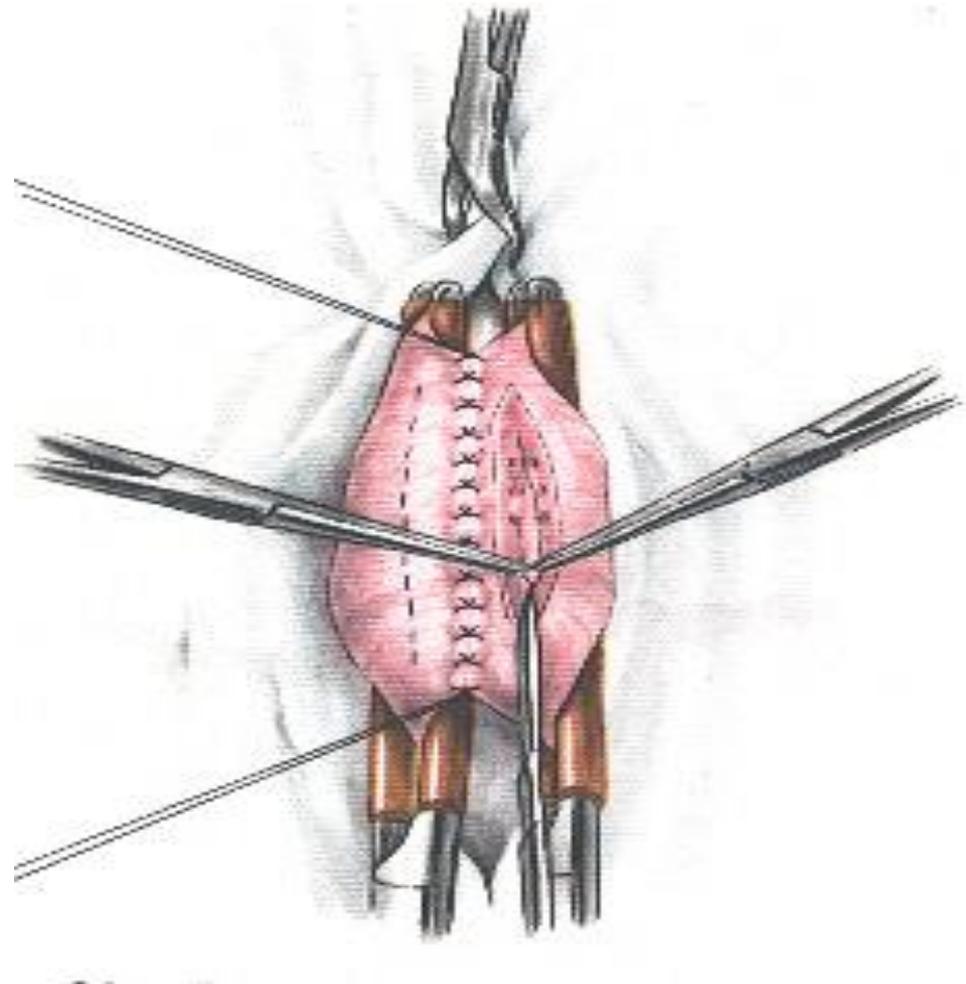
Наложение анастомоза «бок в бок»



Наложение межкишечного анстомоза по Брауну

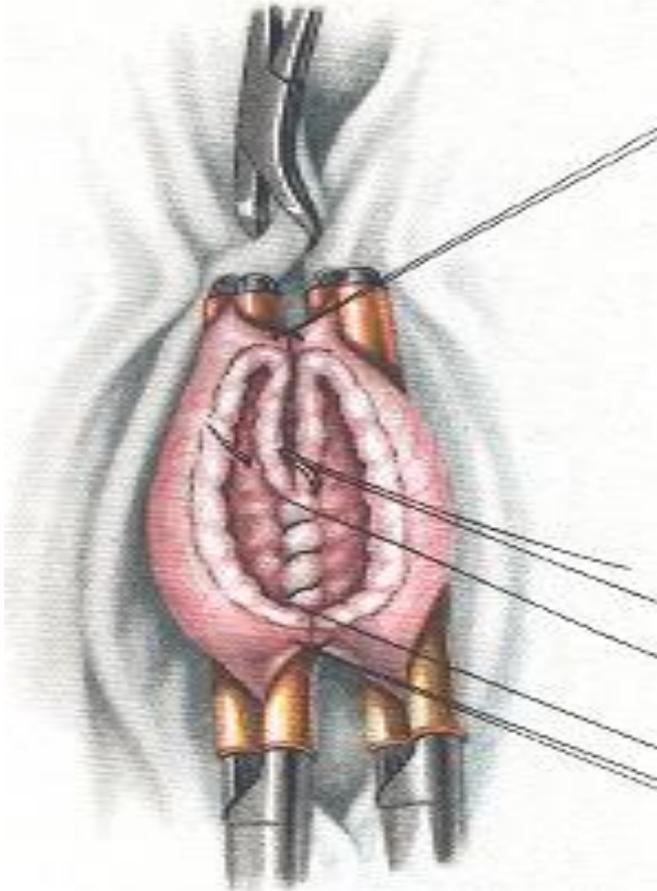


**Наложение серозно-
мышечного шва.**

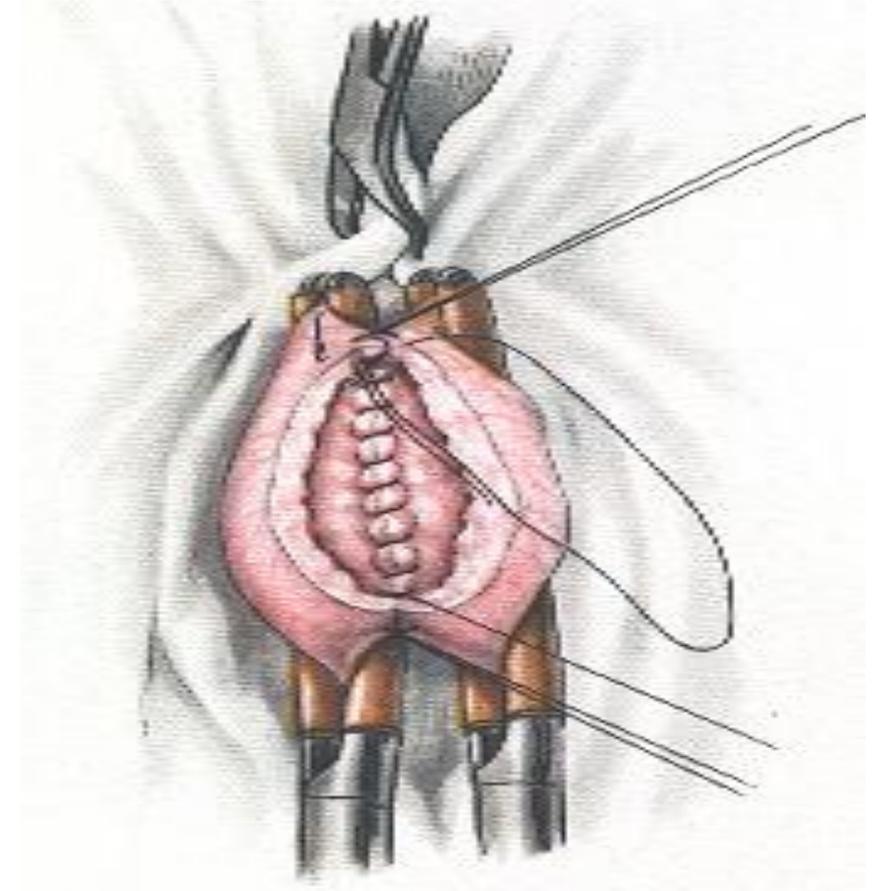


Рассечение стенки кишки

Наложение межкишечного анастомоза по Брауну

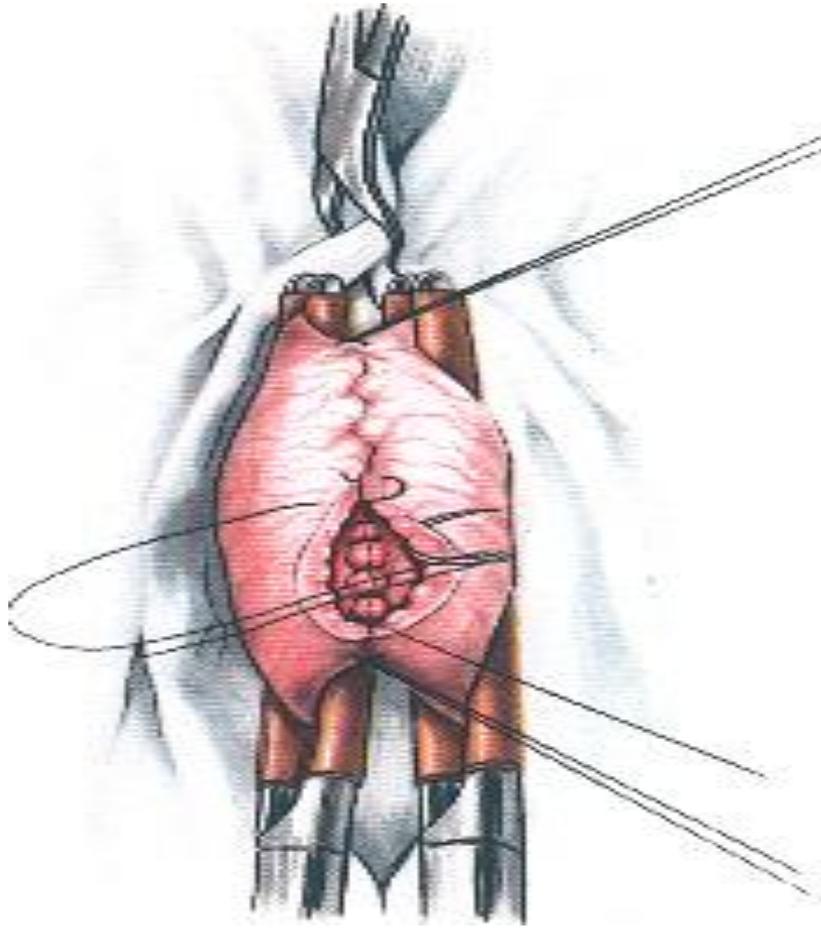


**Ушивание задних губ
анастомоза непрерывным
обвивным швом.**

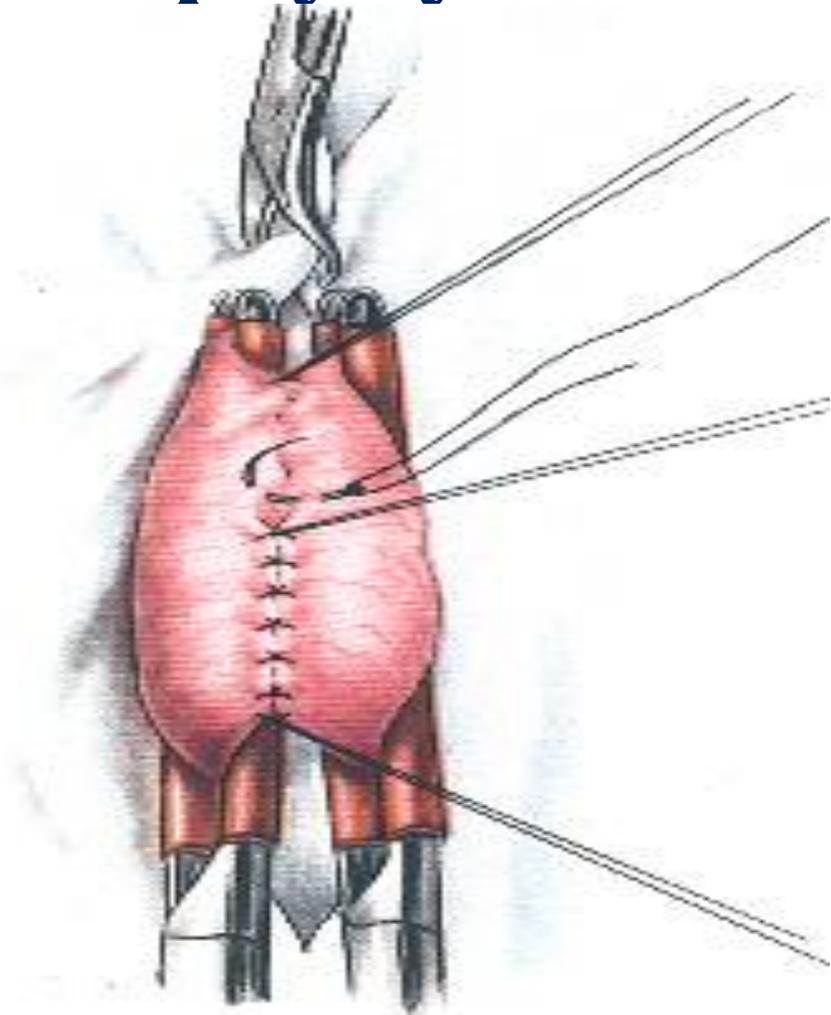


**Начальный момент
наложения шва на передние
губы анастомоза.**

Наложение межкишечного анастомоза по Брауну

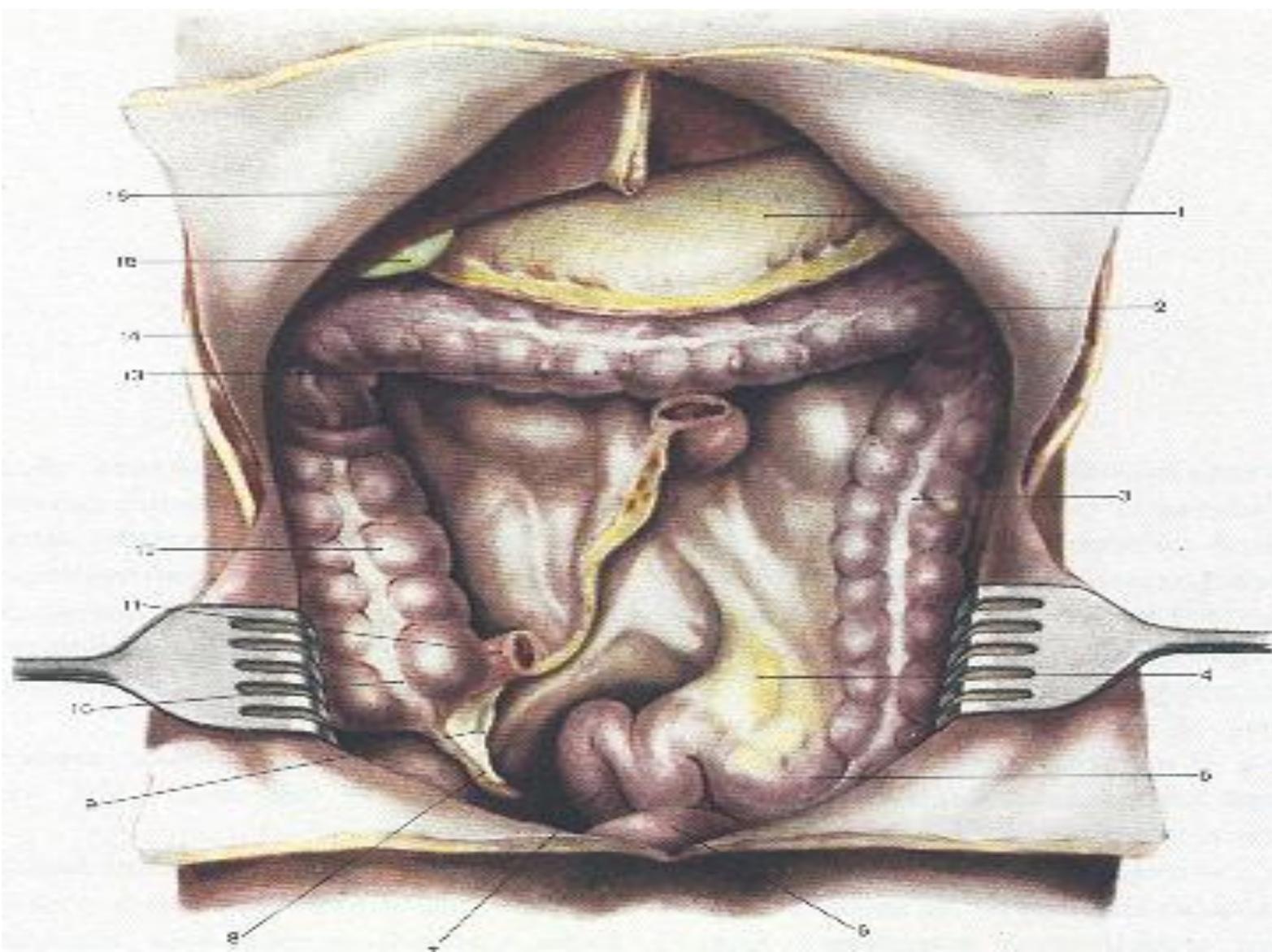


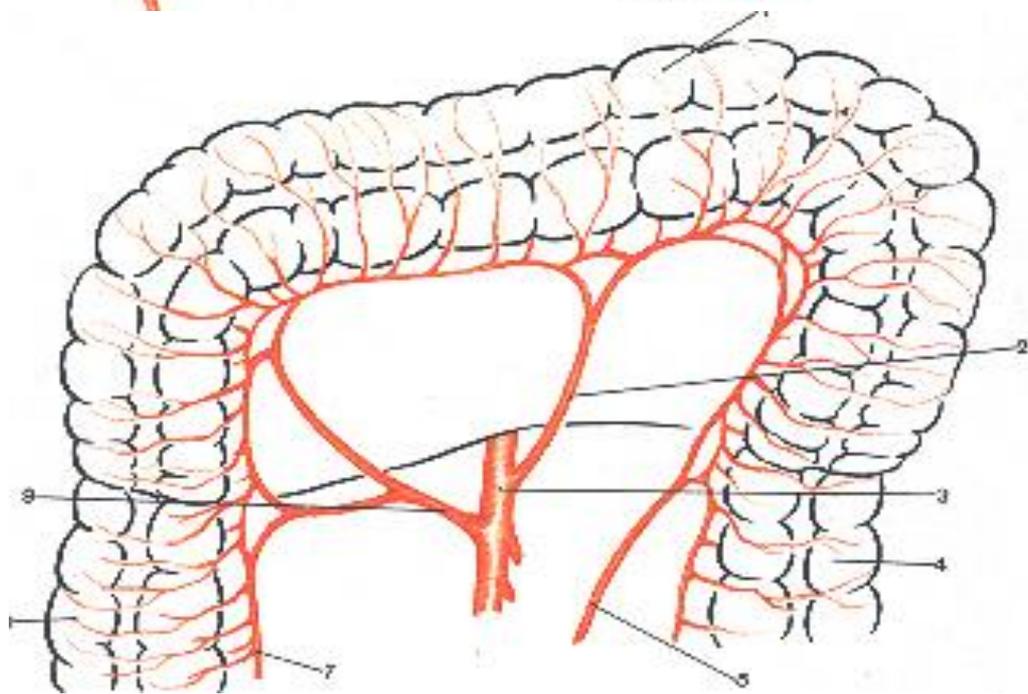
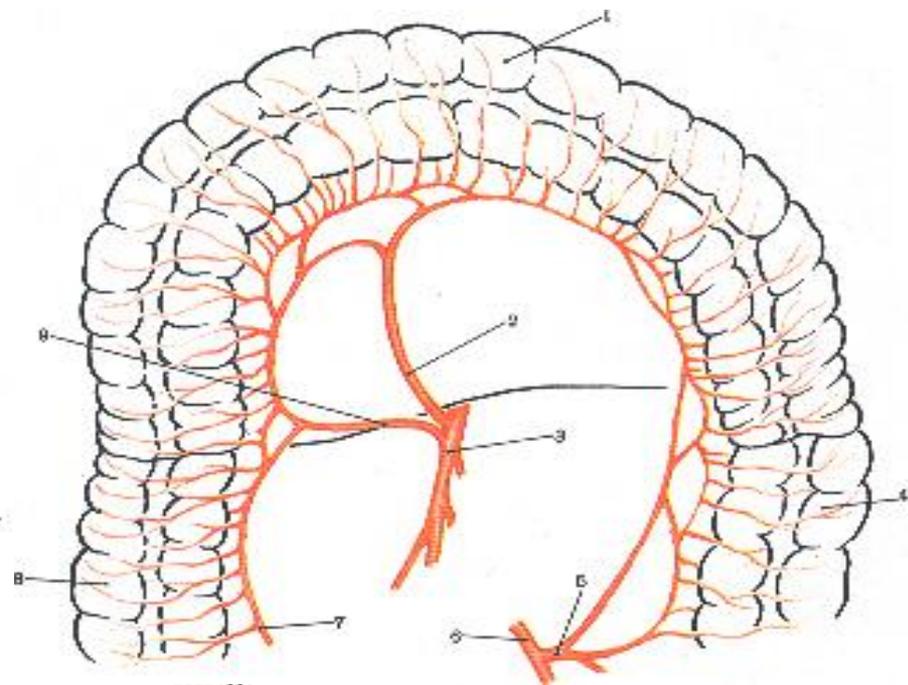
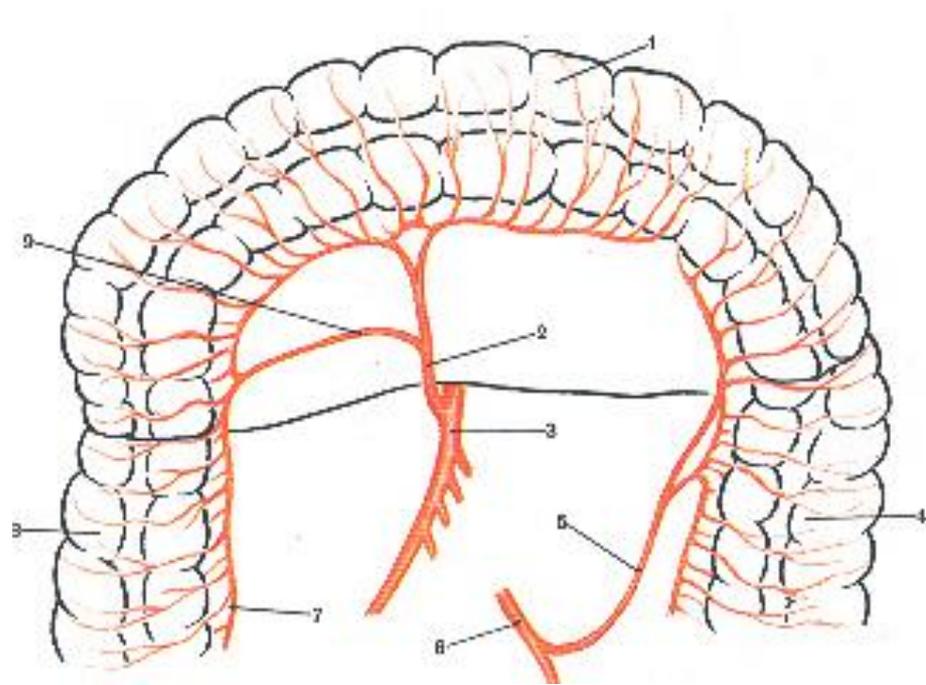
Ушивание передних губ анастомоза скорняжным швом

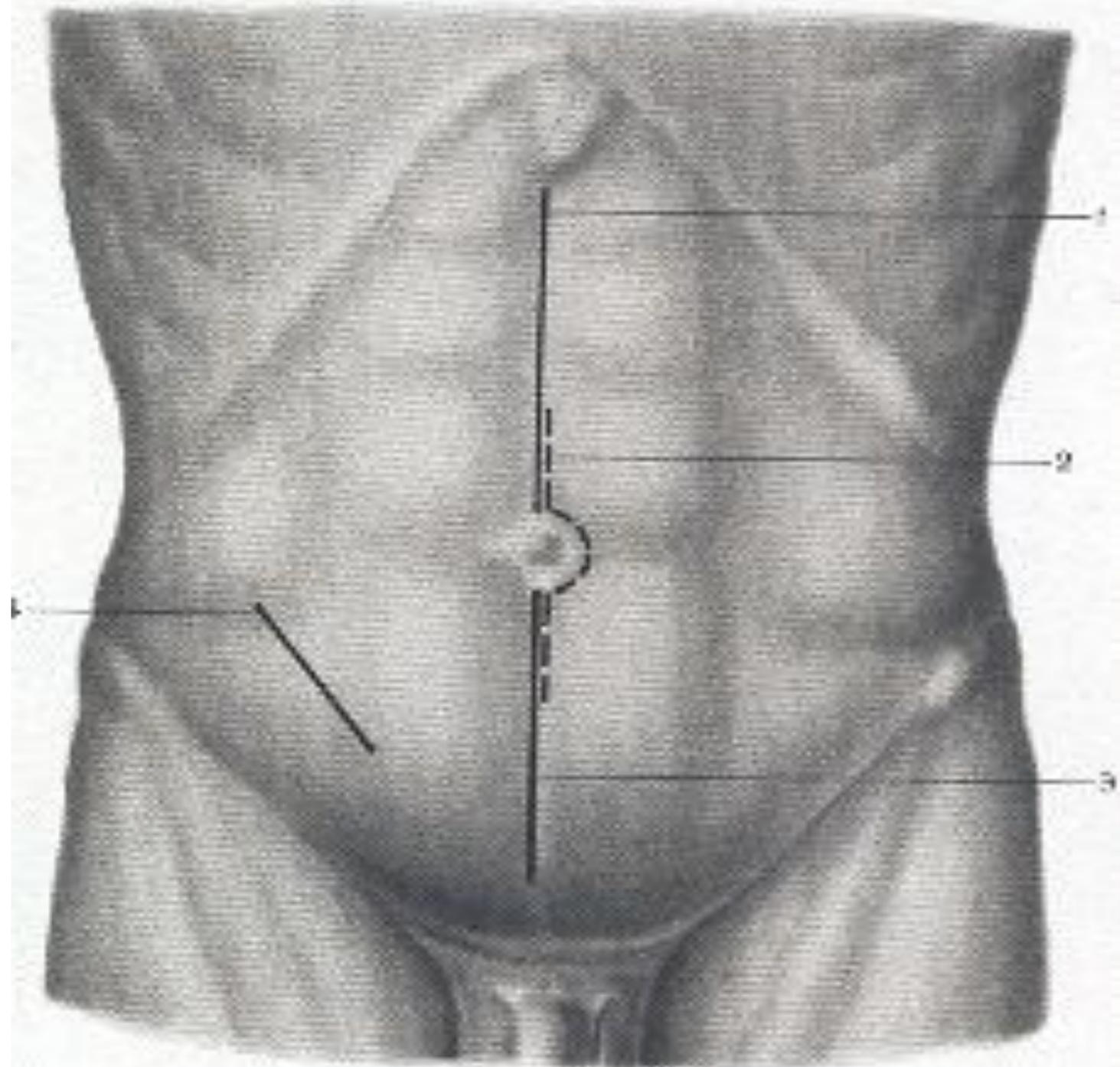


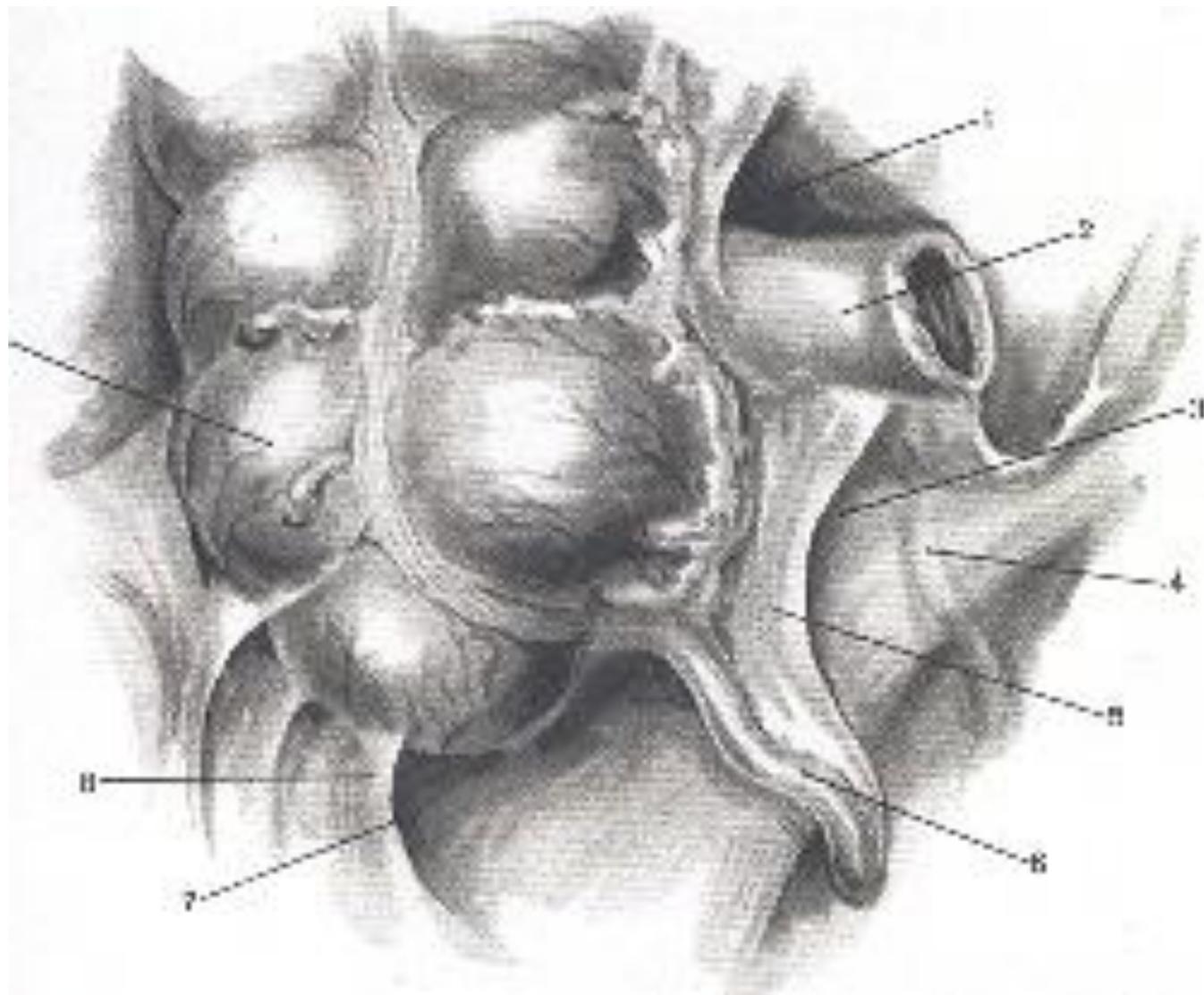
Наложение серозно-мышечных швов на передние губы анастомоза

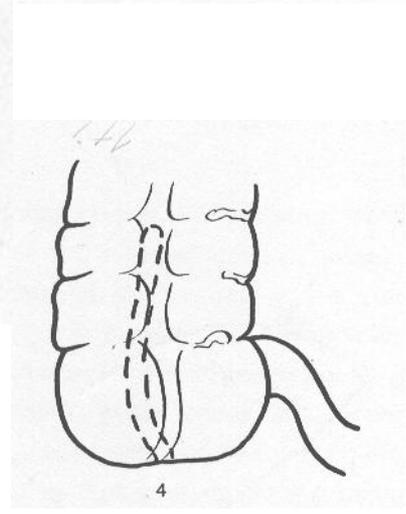
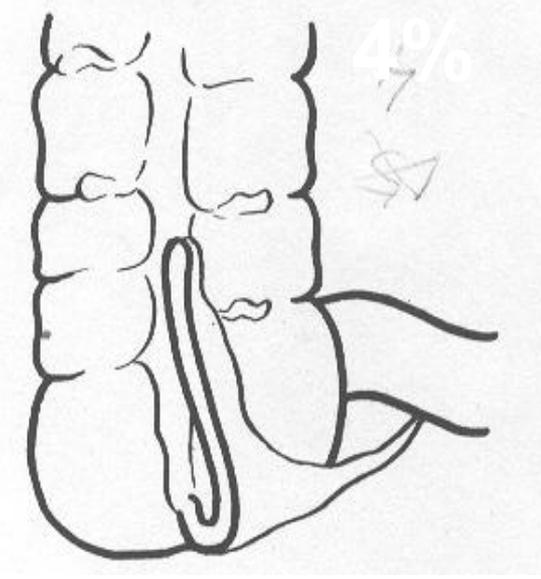
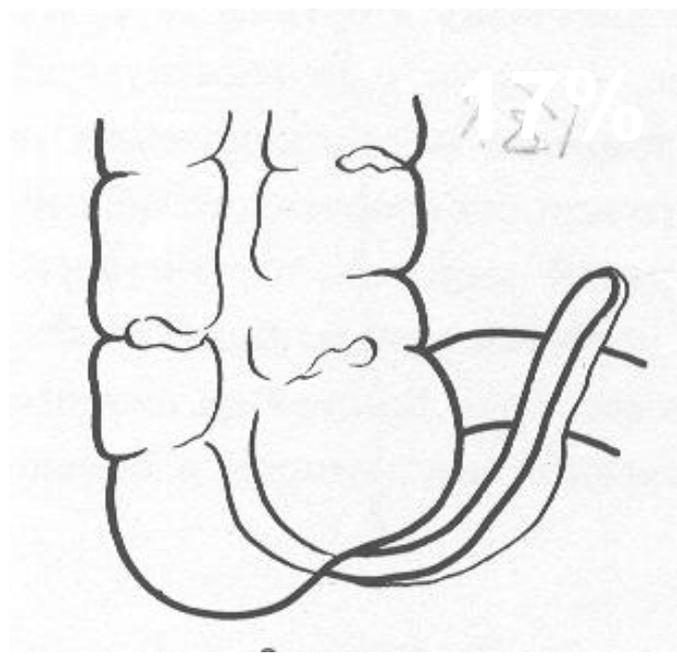
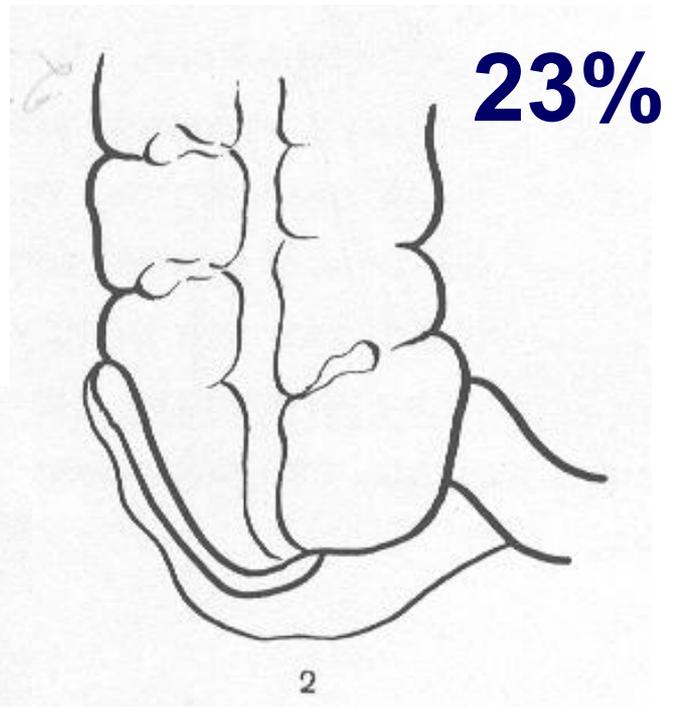
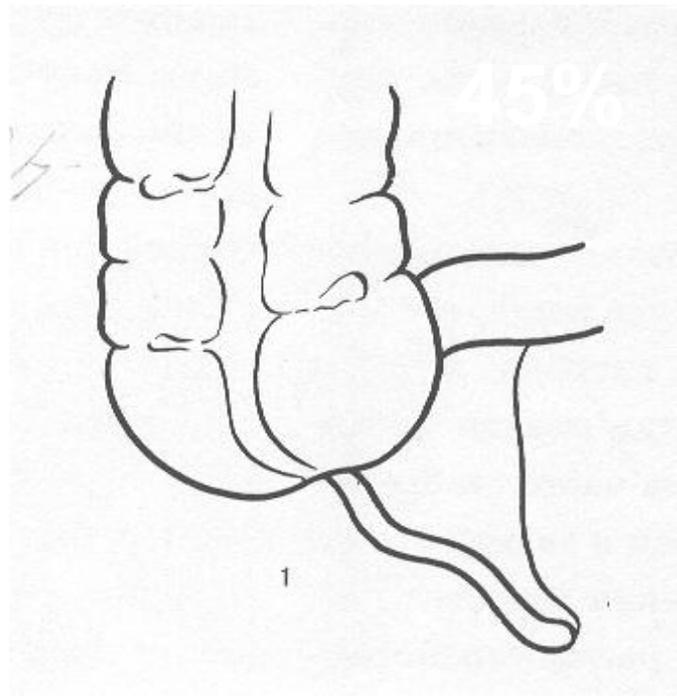
Операции на толстой кишке

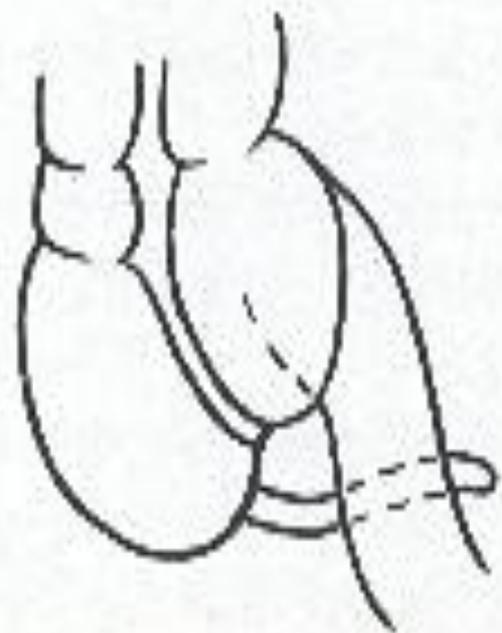
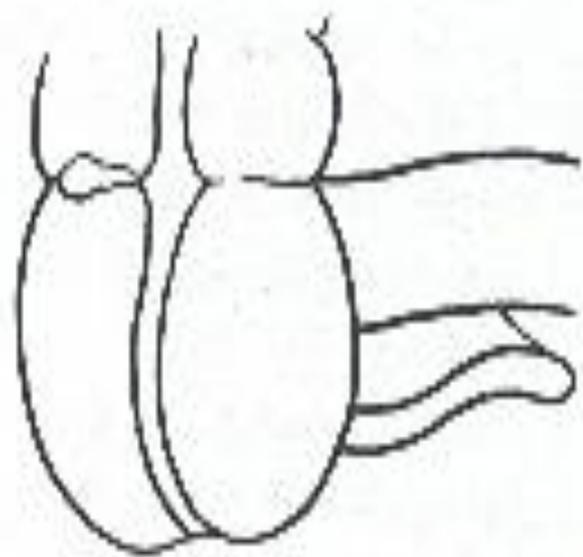


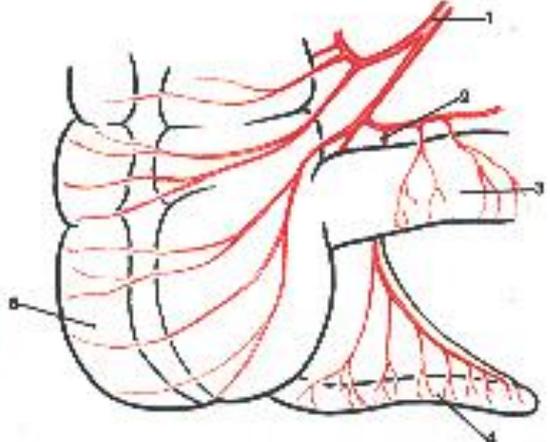
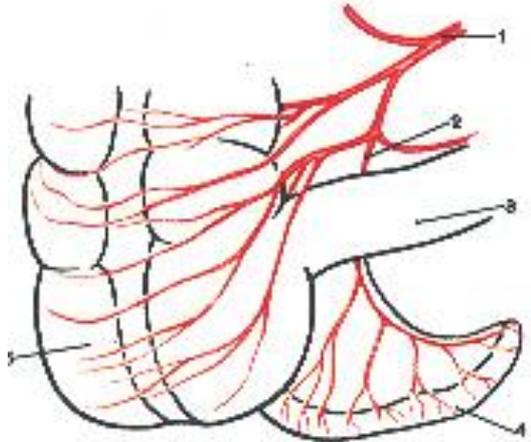
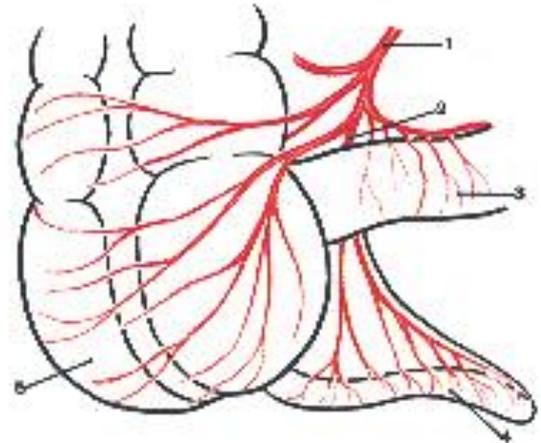
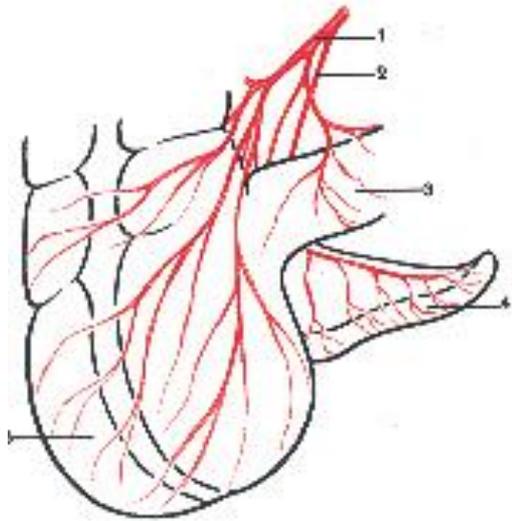


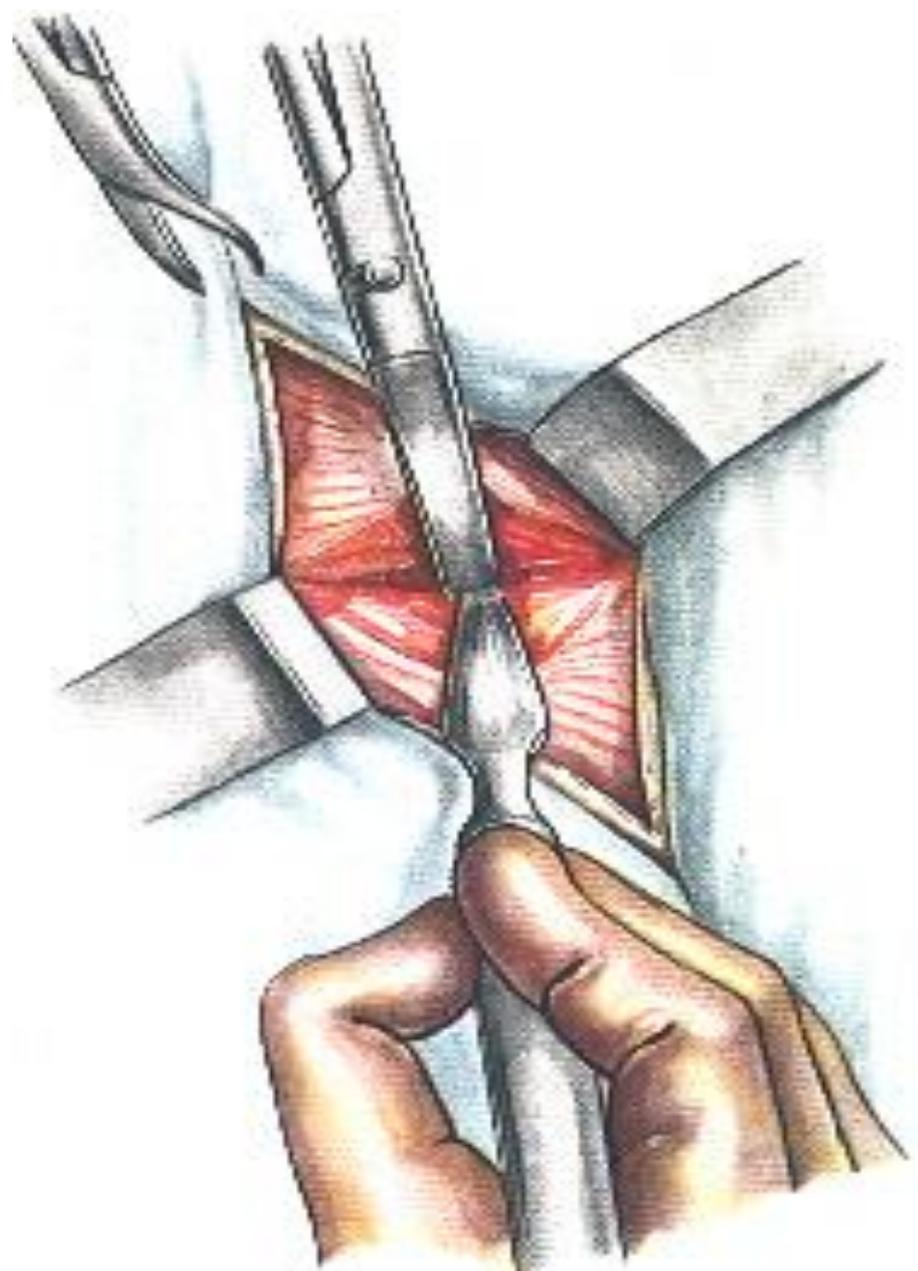
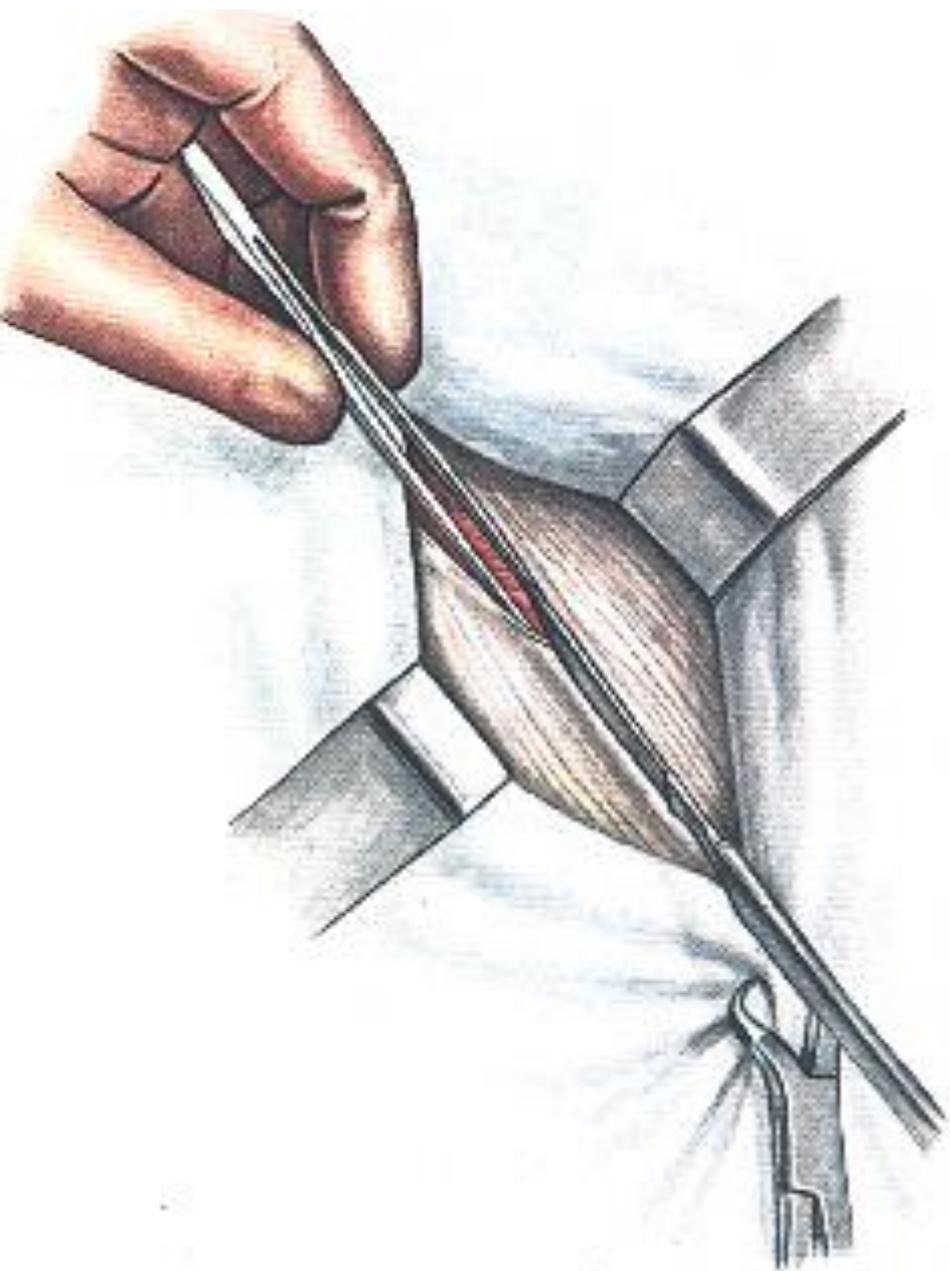


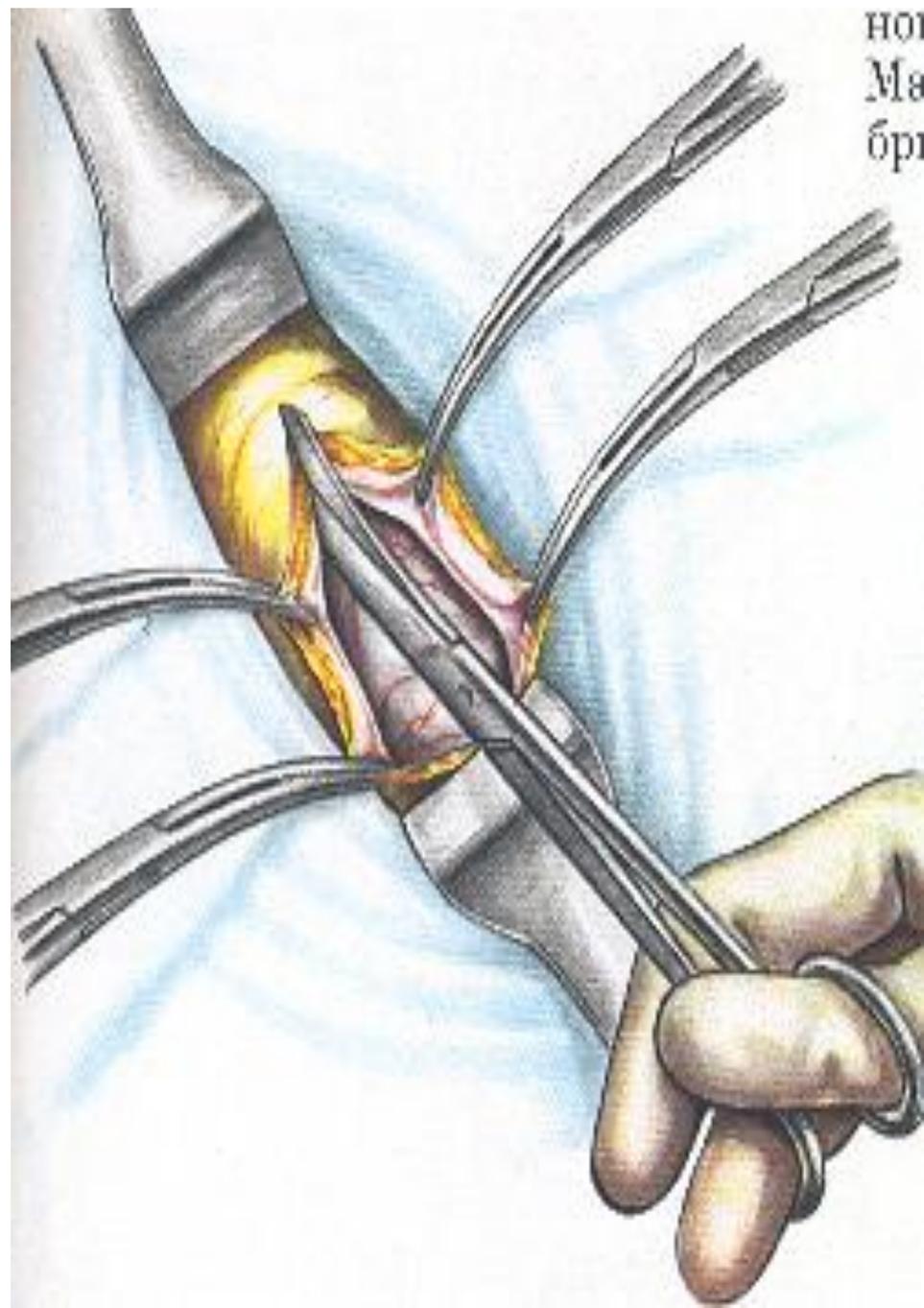
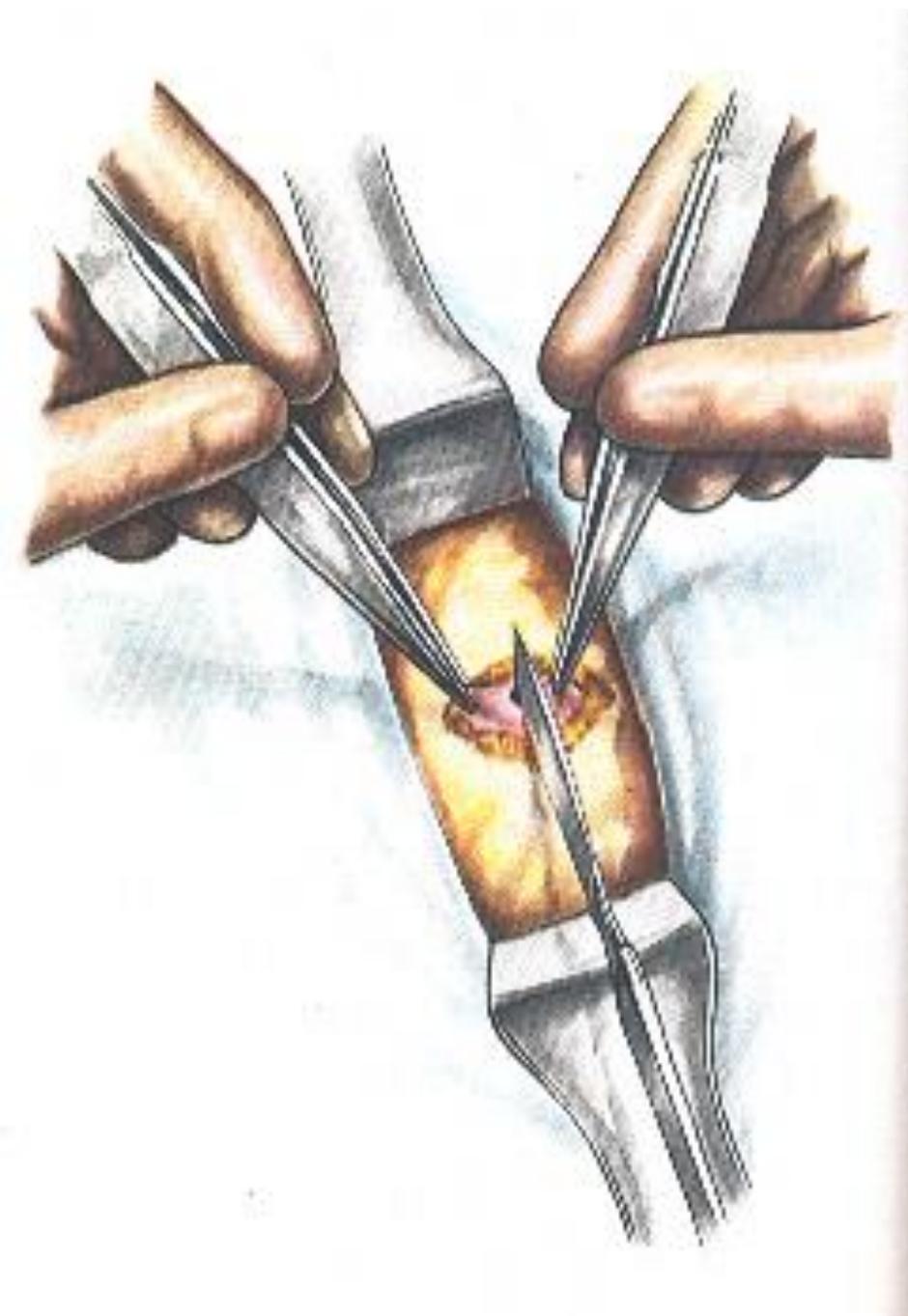


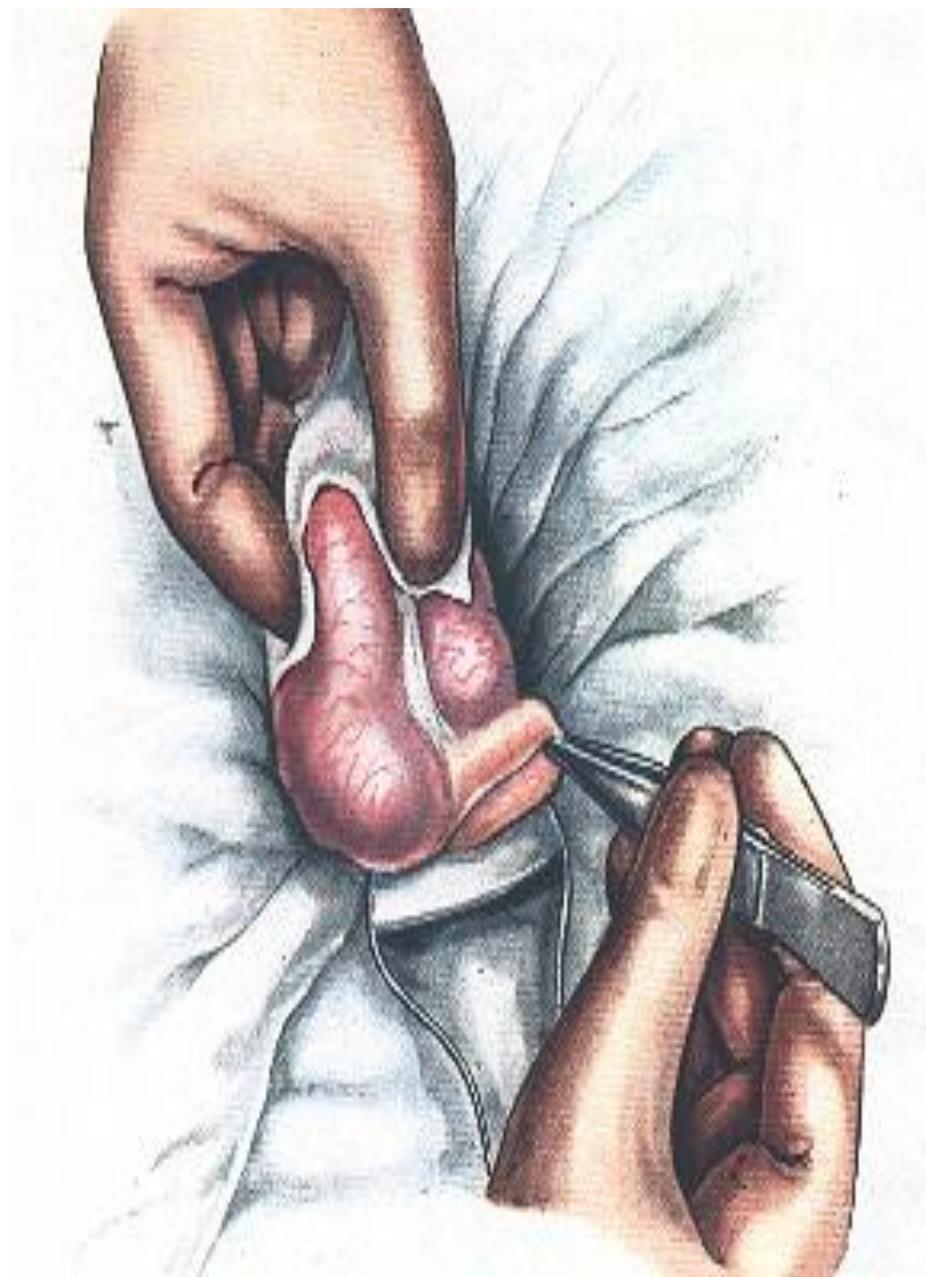
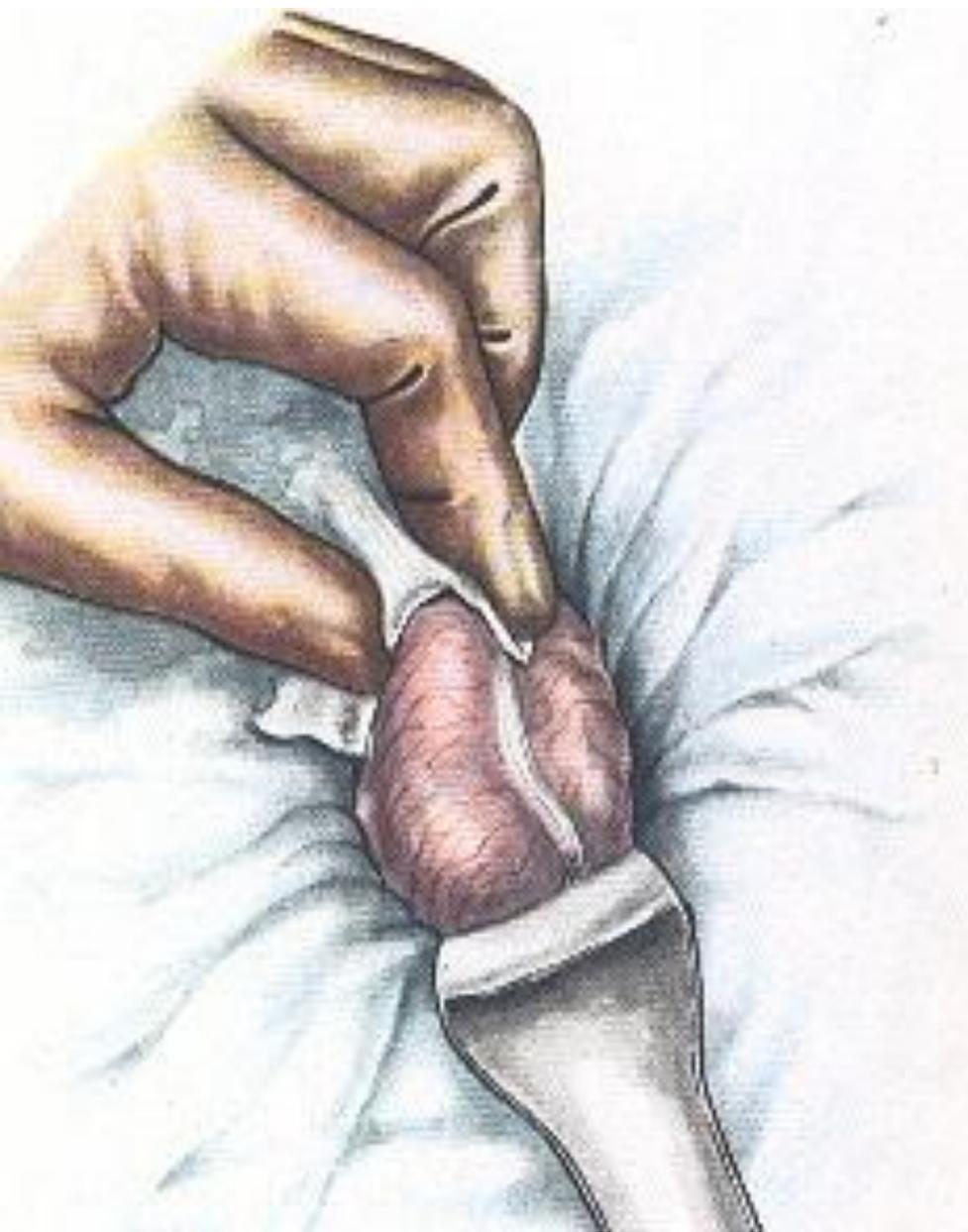




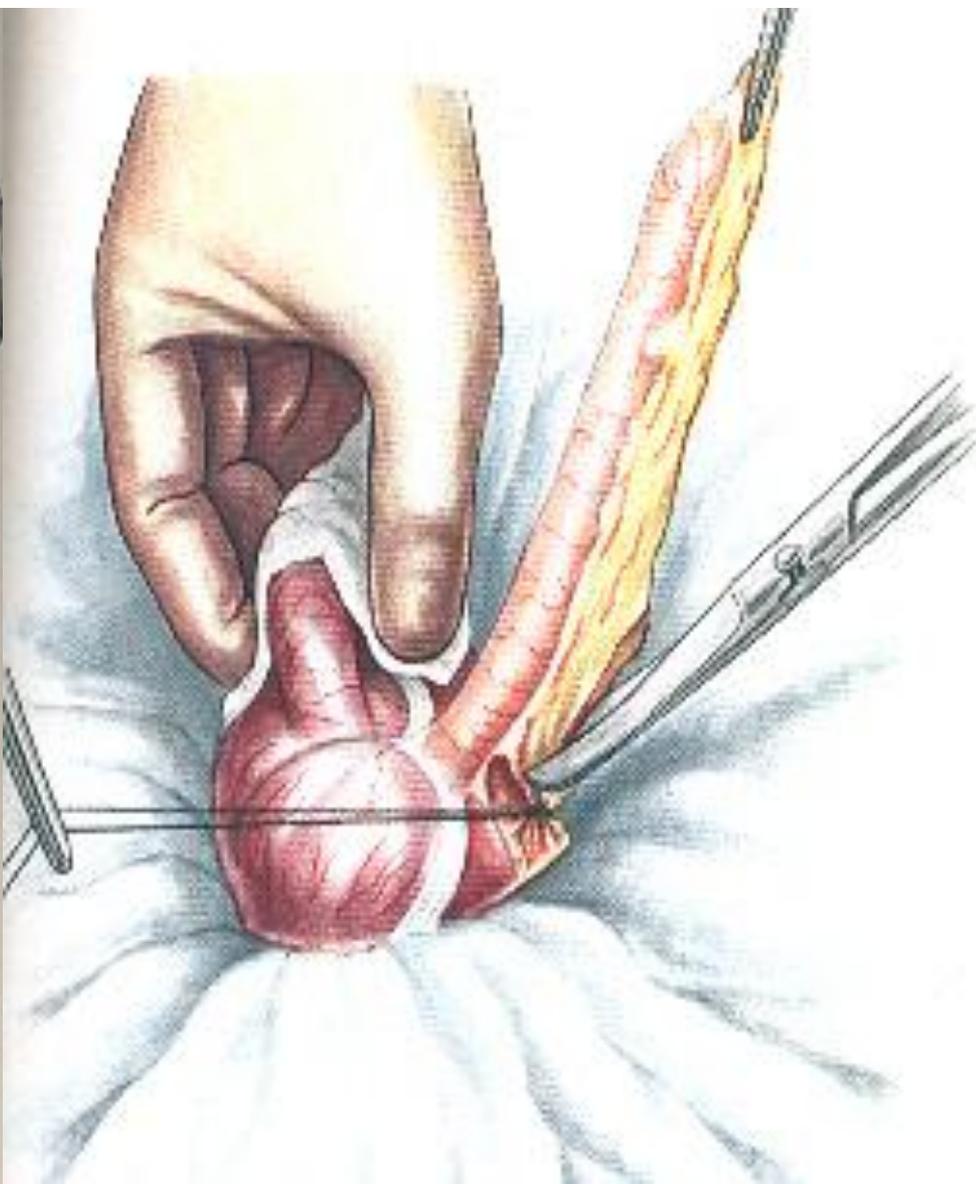
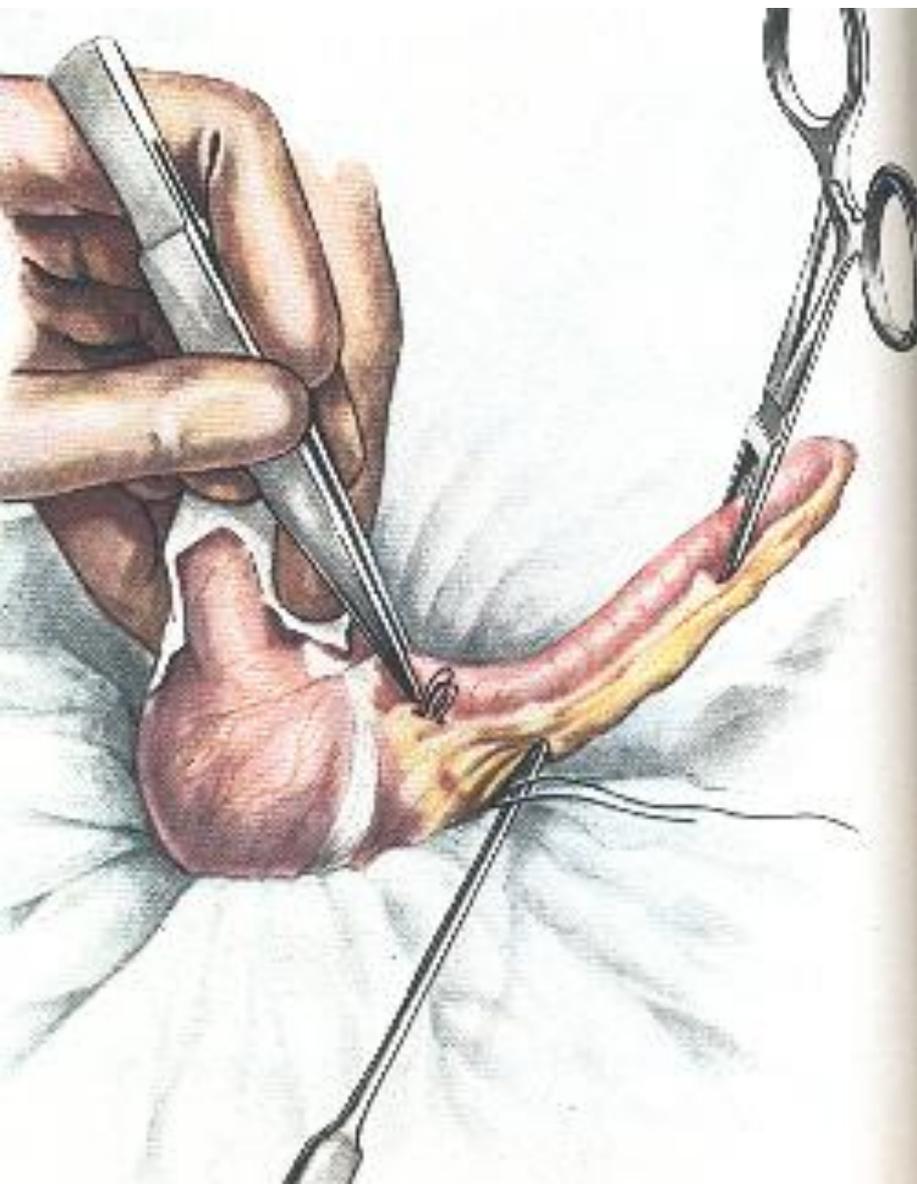


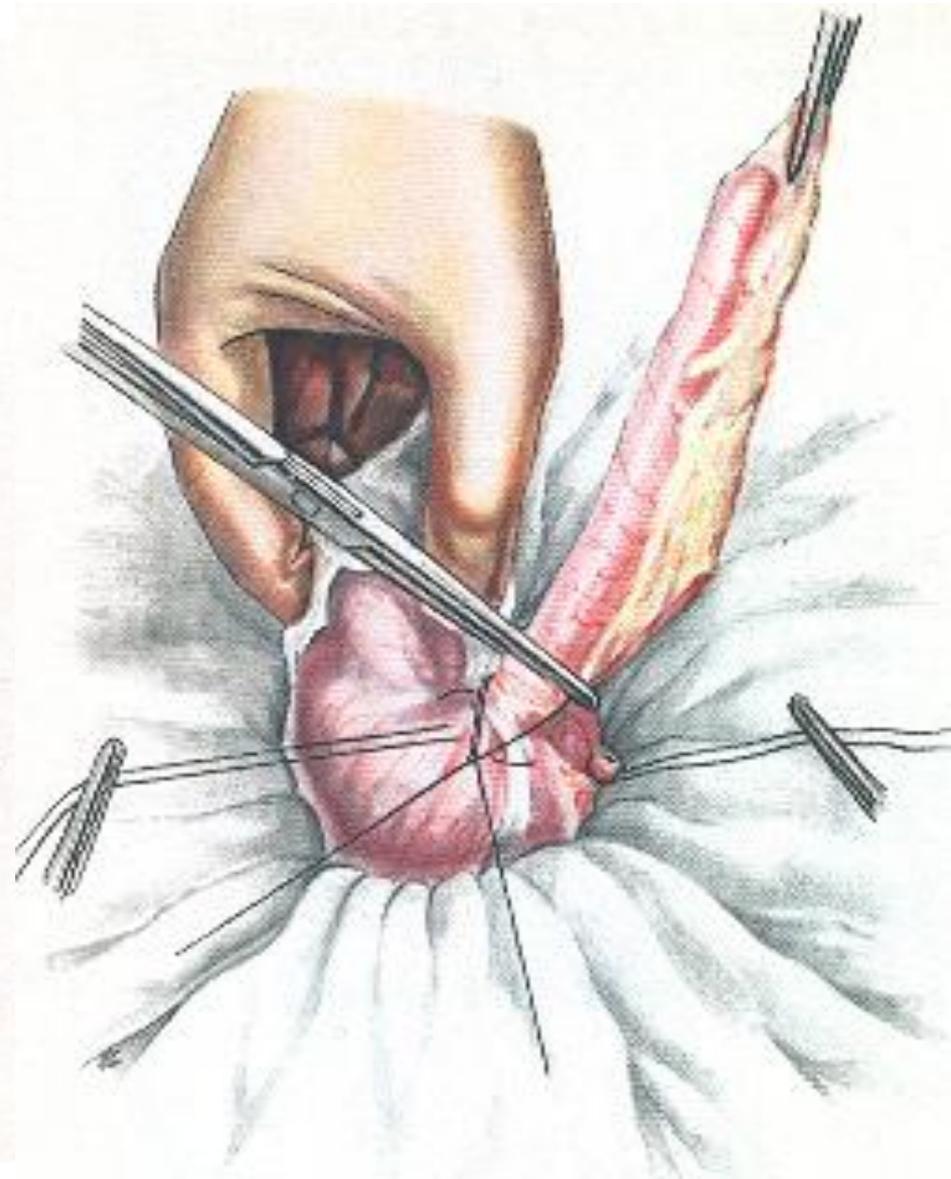
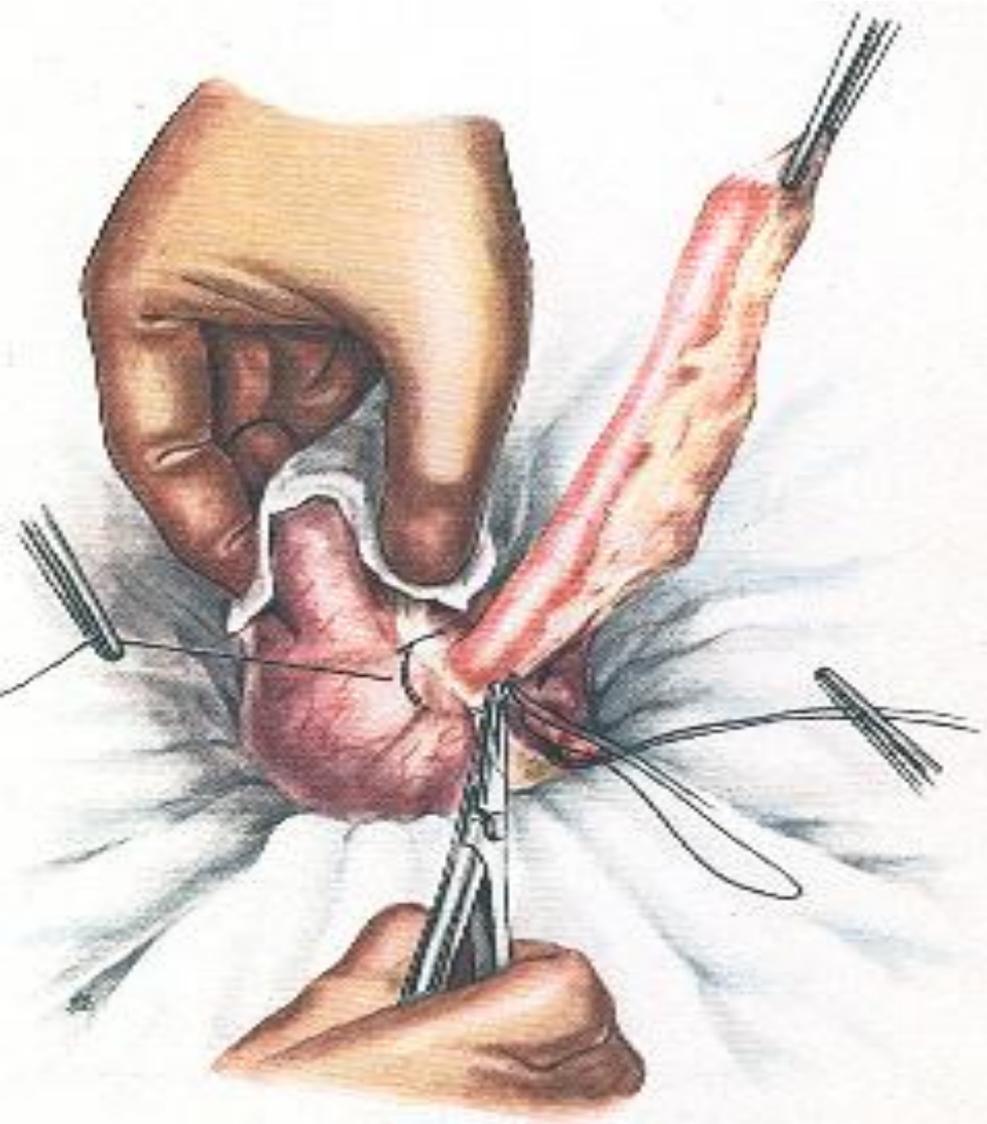


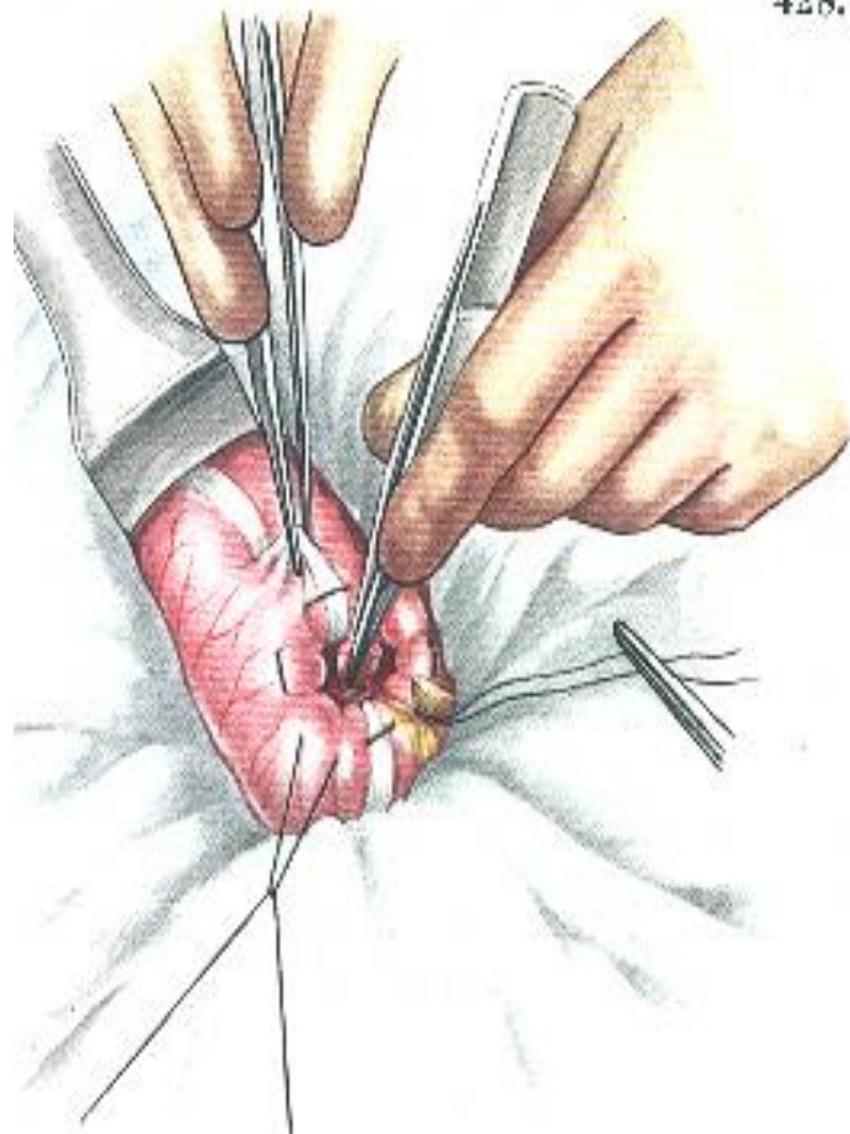
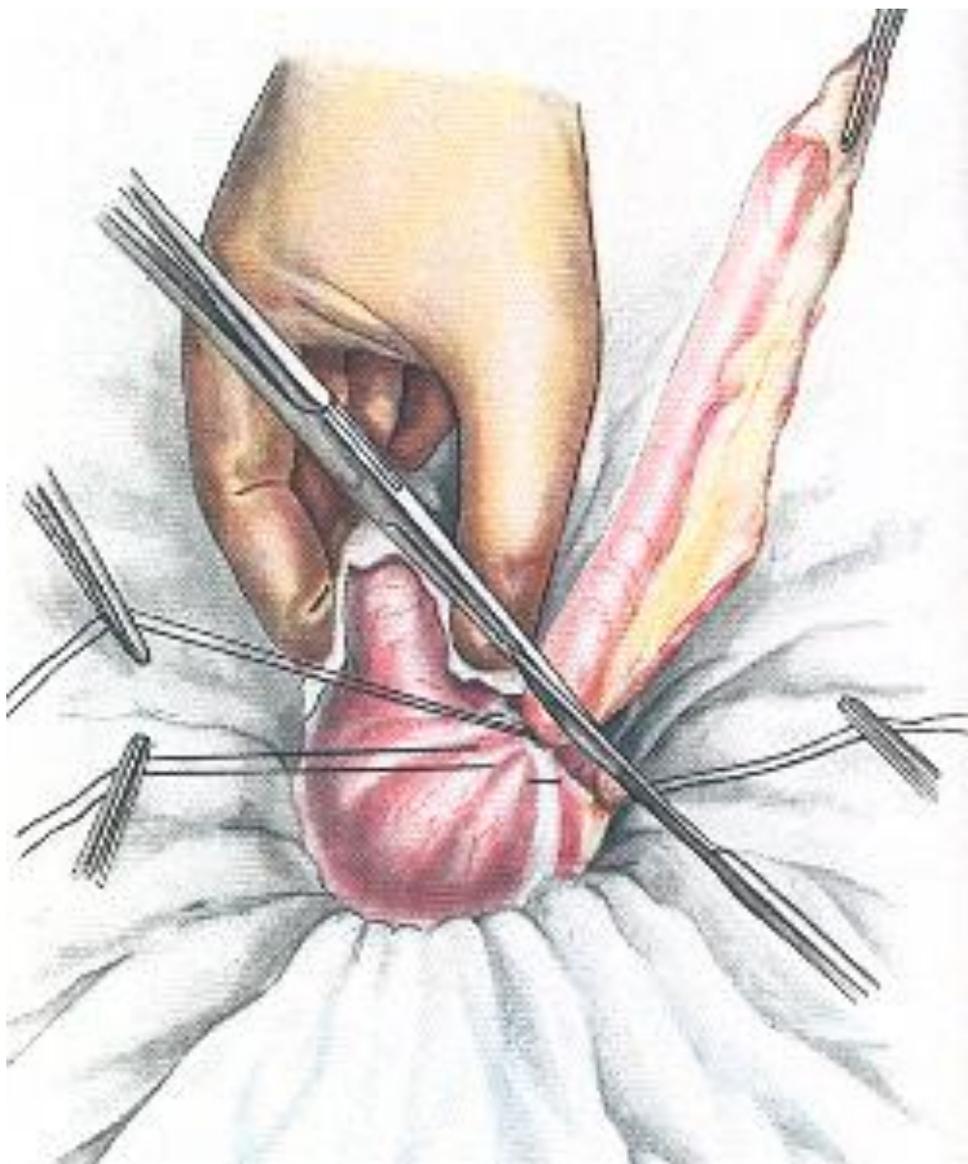


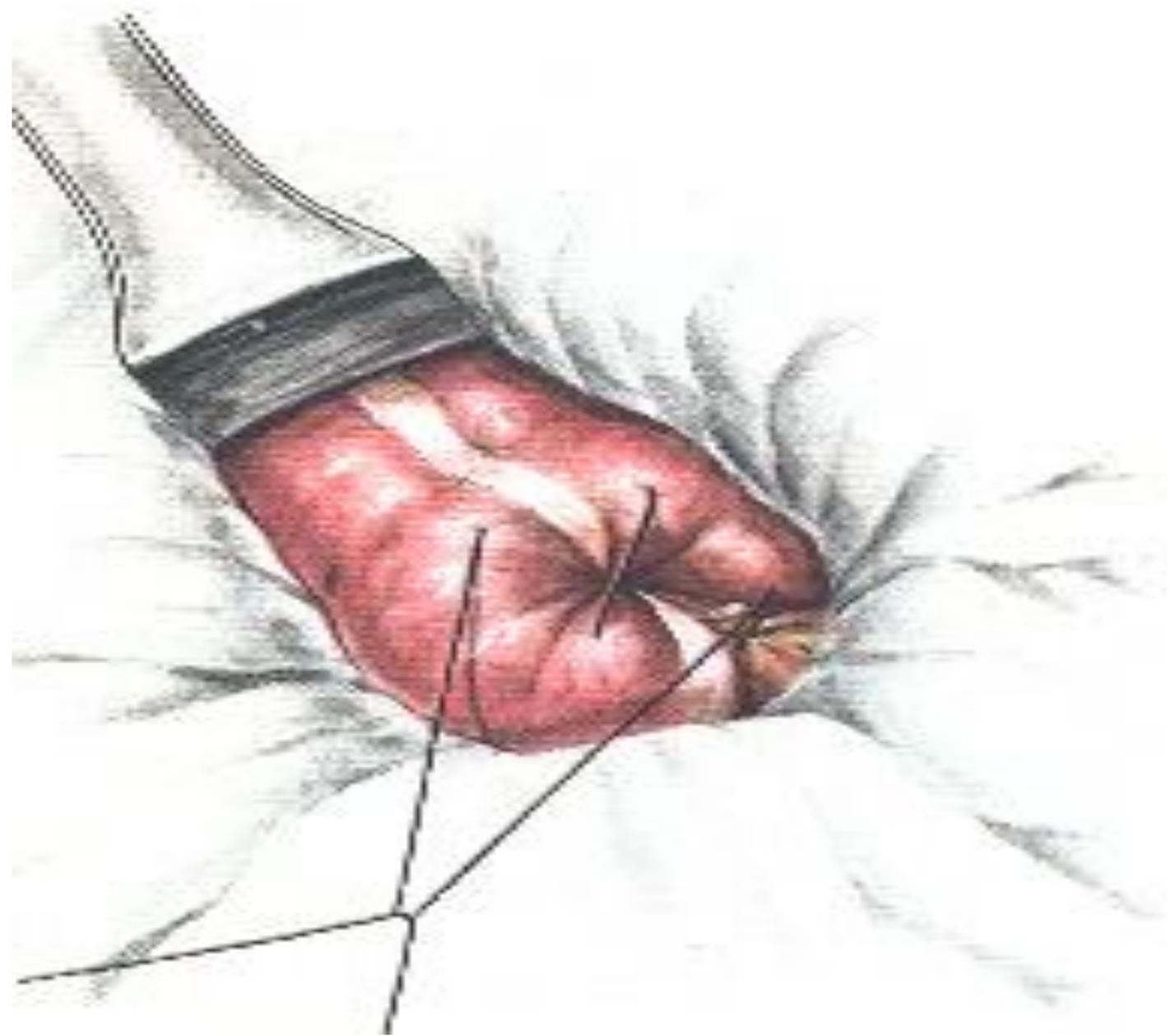


Типичная аппендэктомия

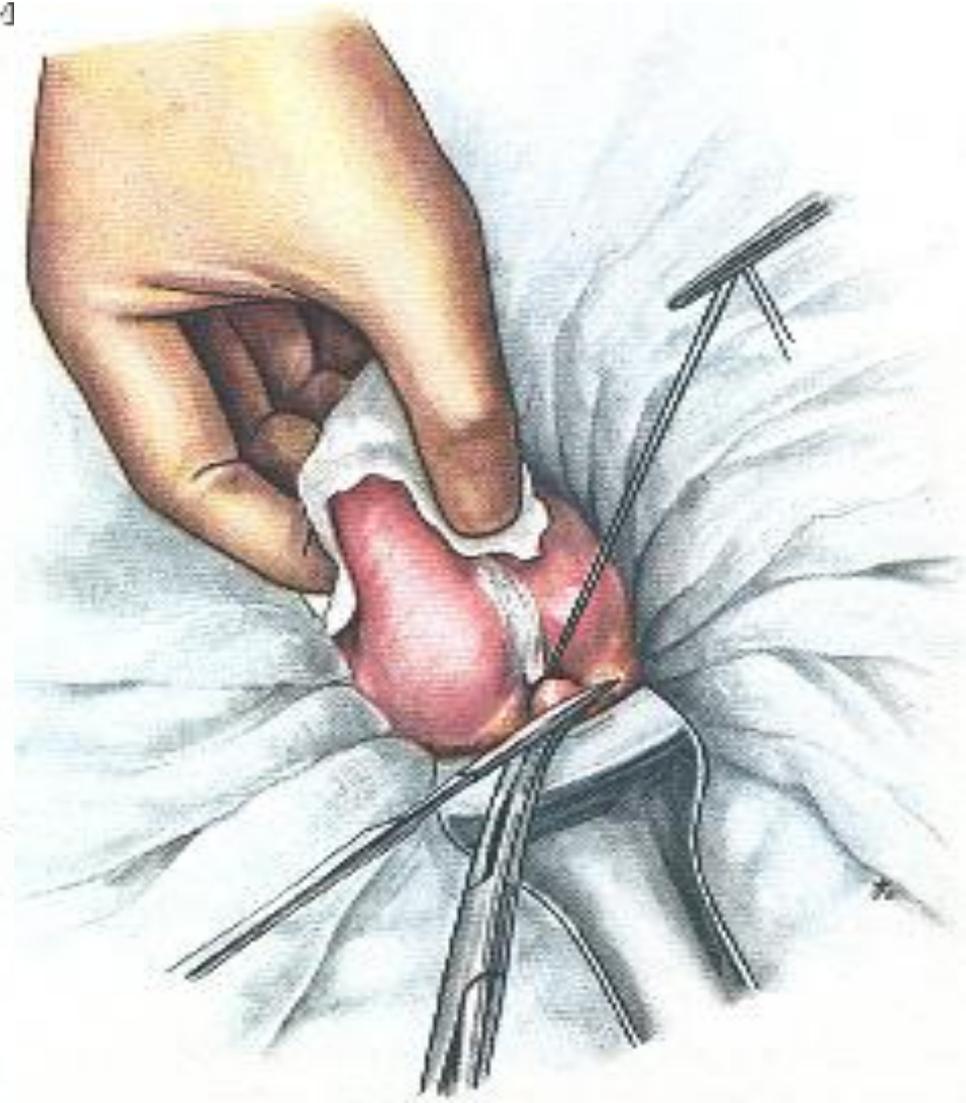
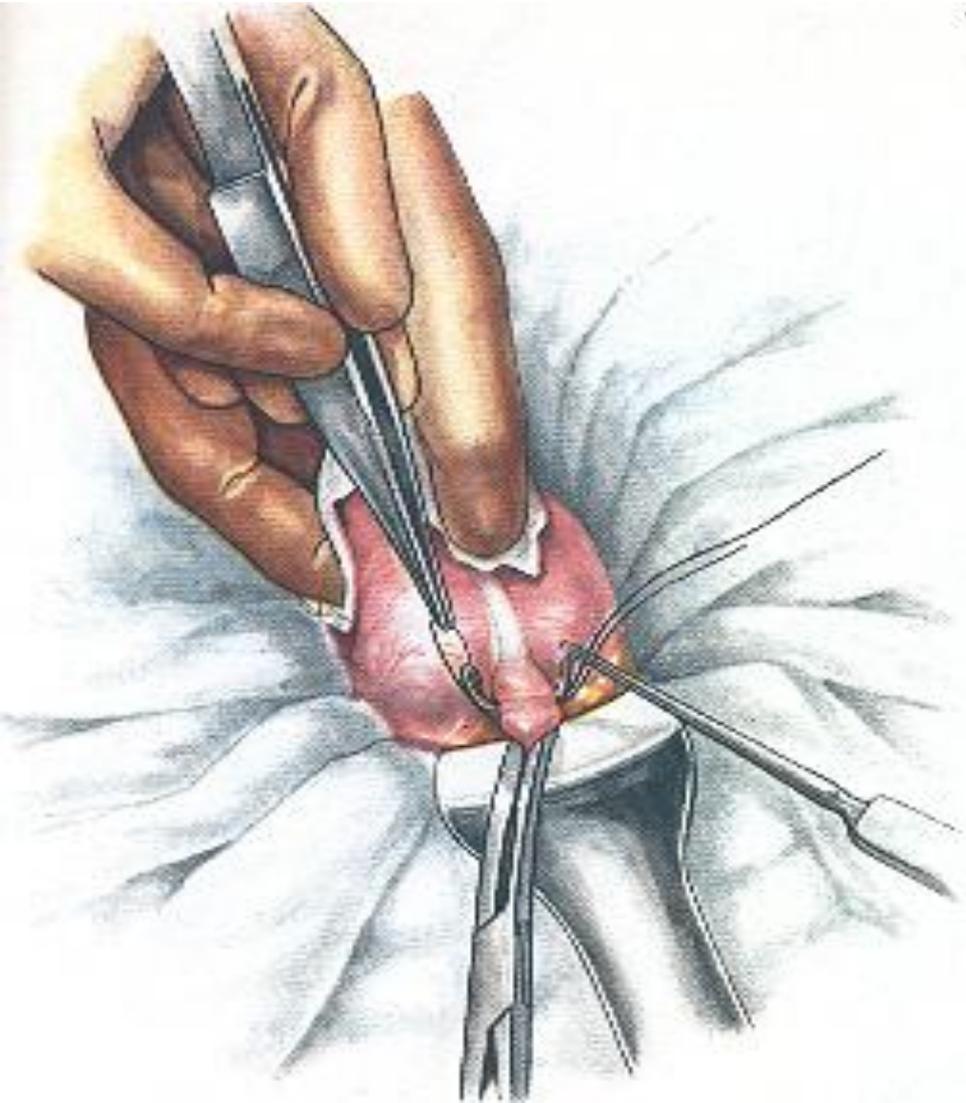




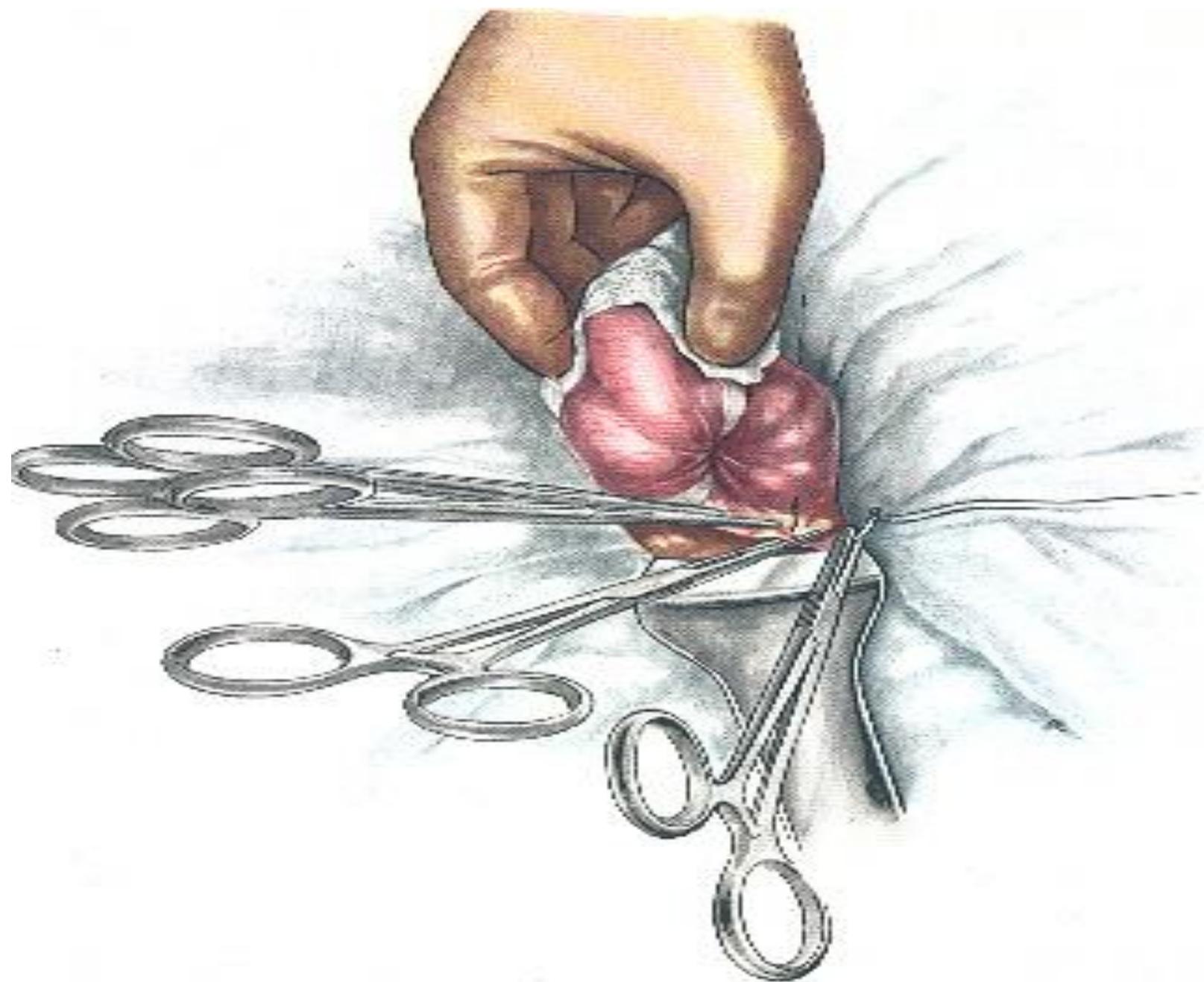


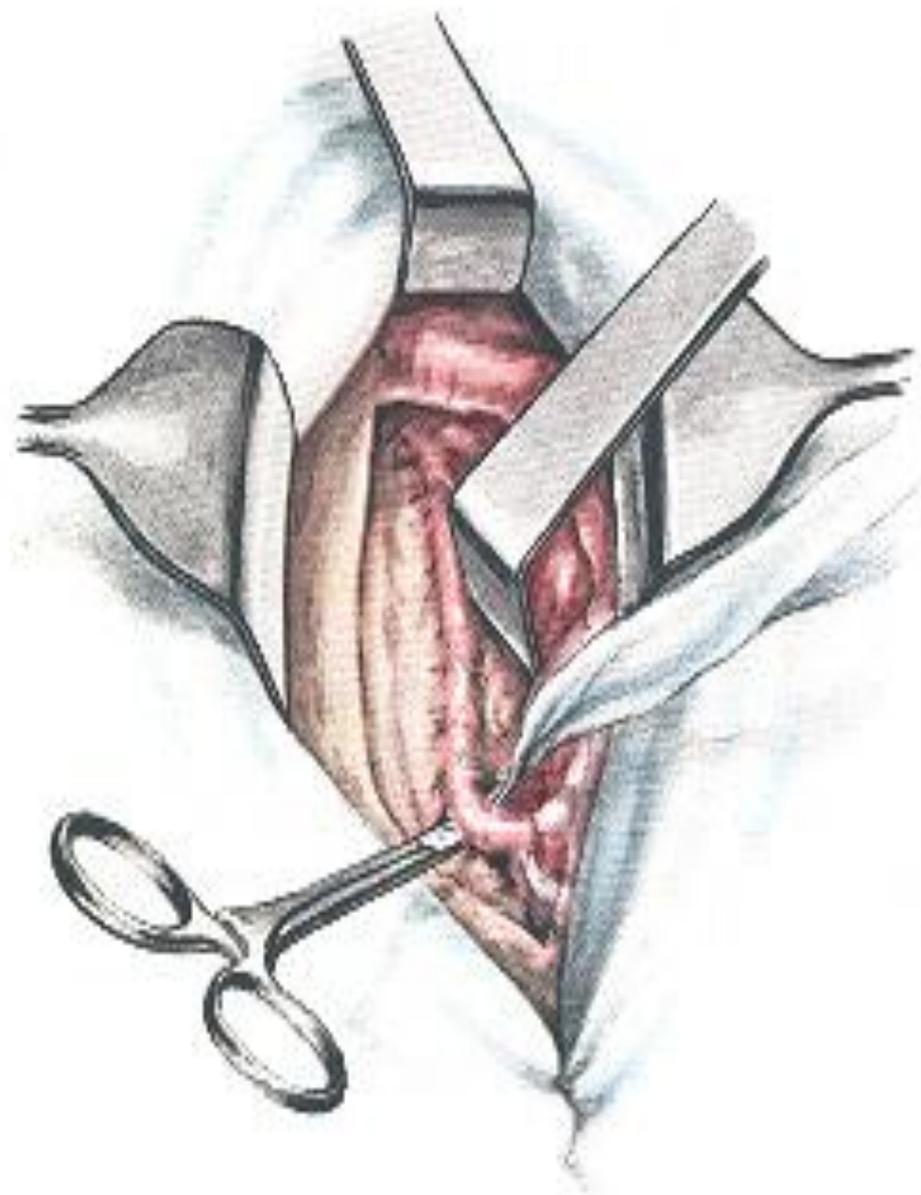
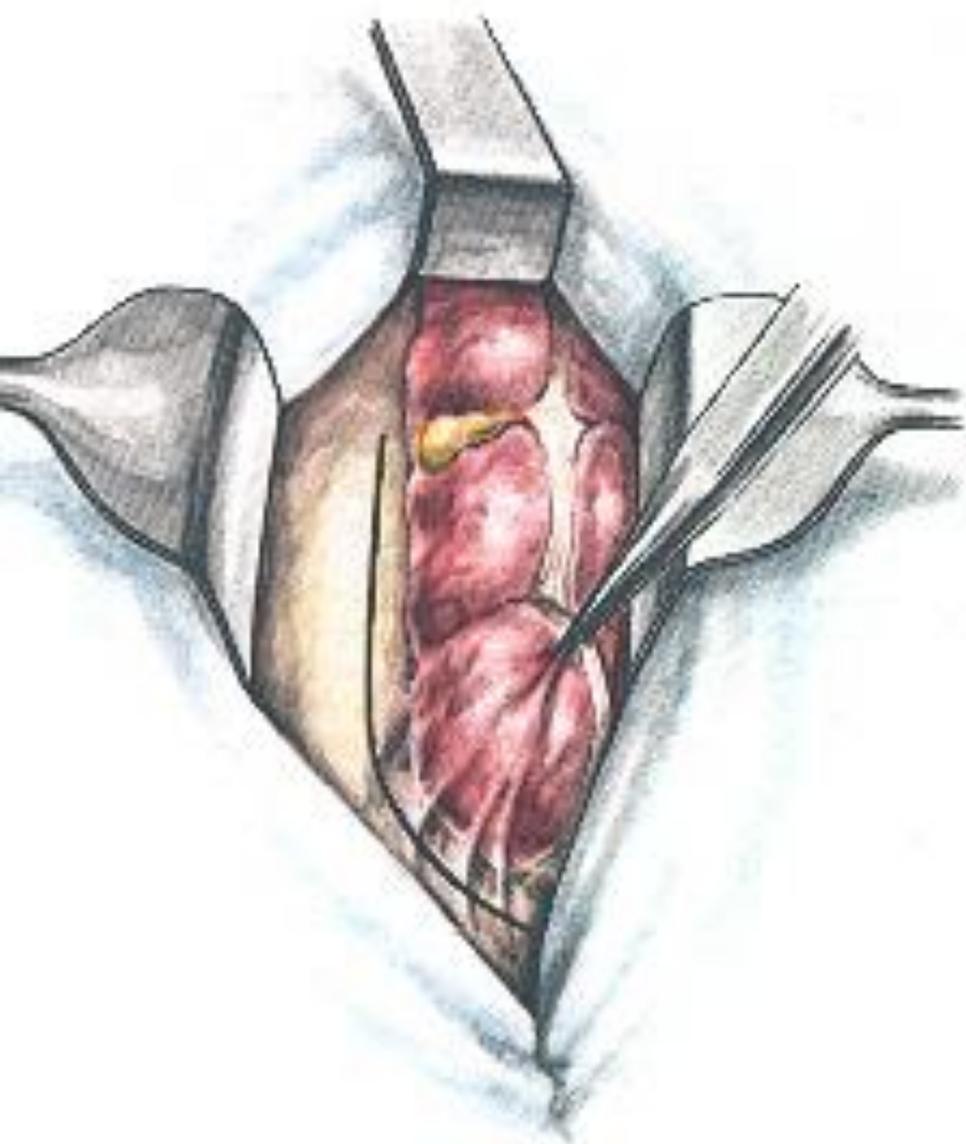


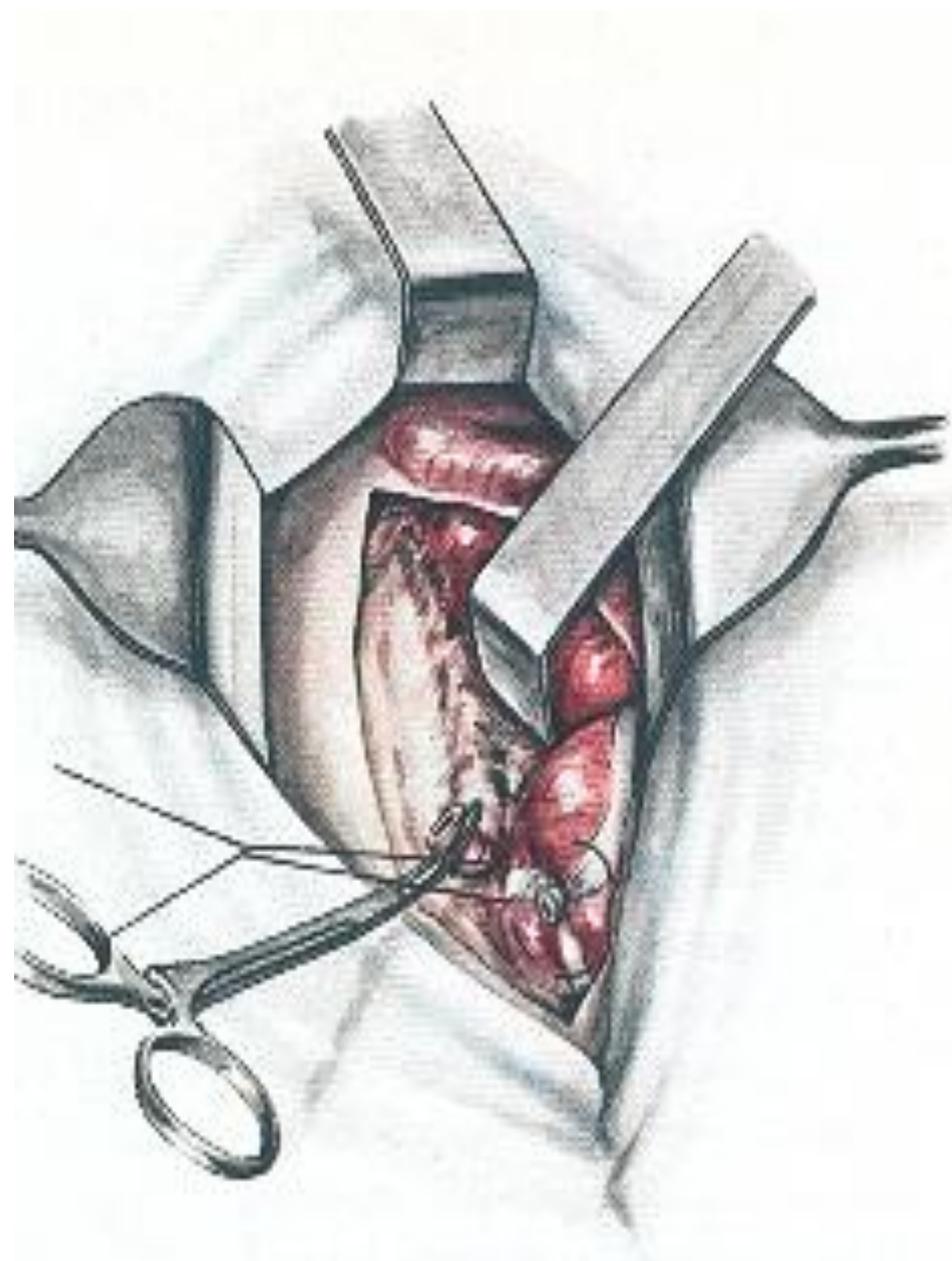
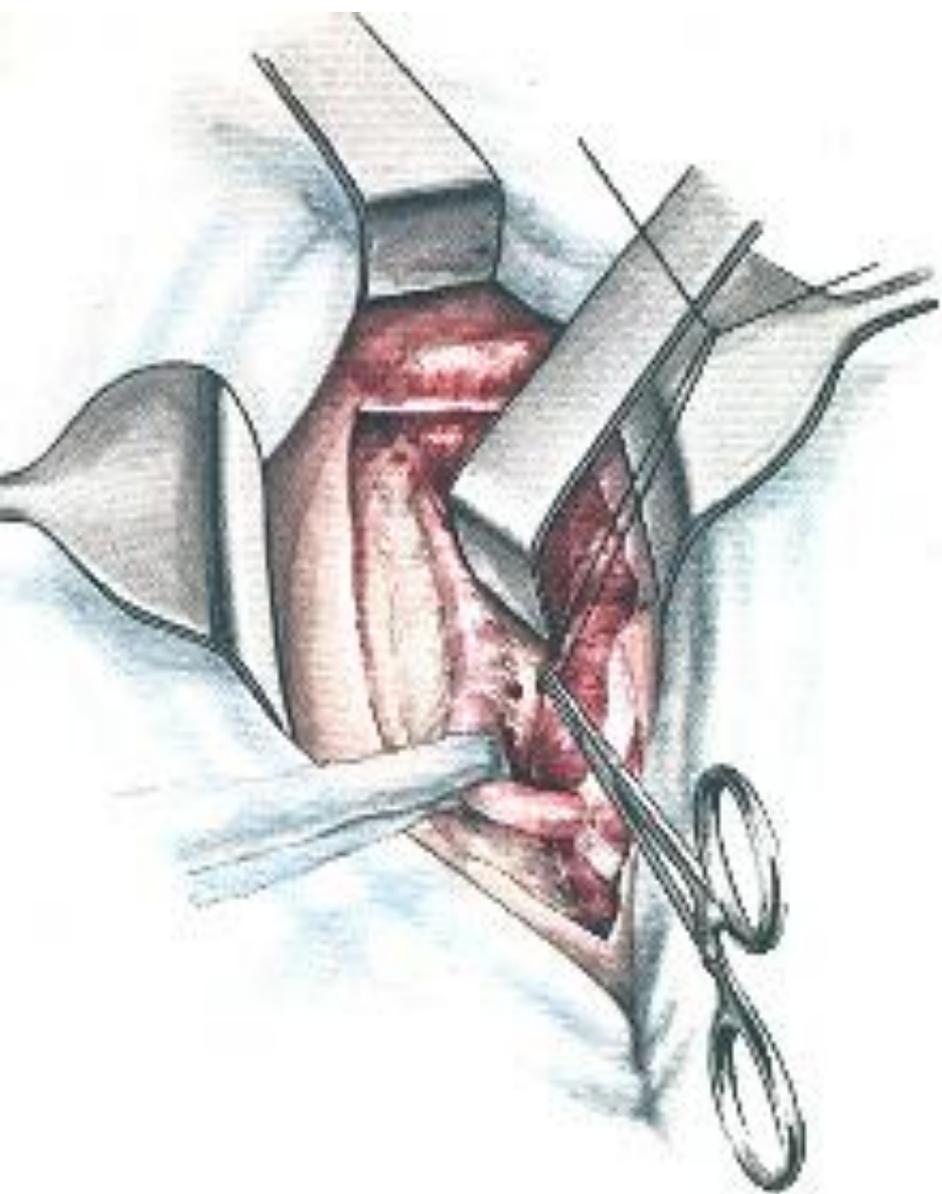
Атипичная аппендэктомия (ретроградная)

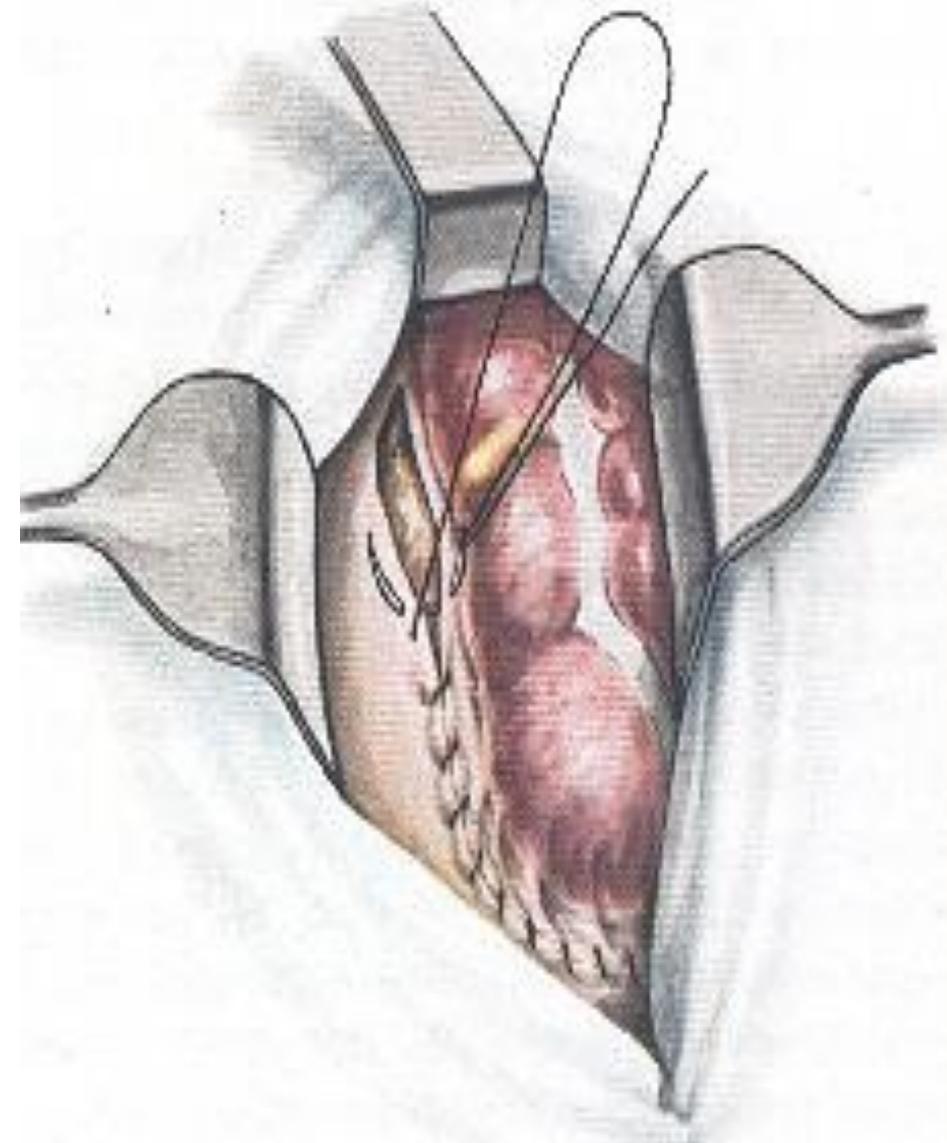
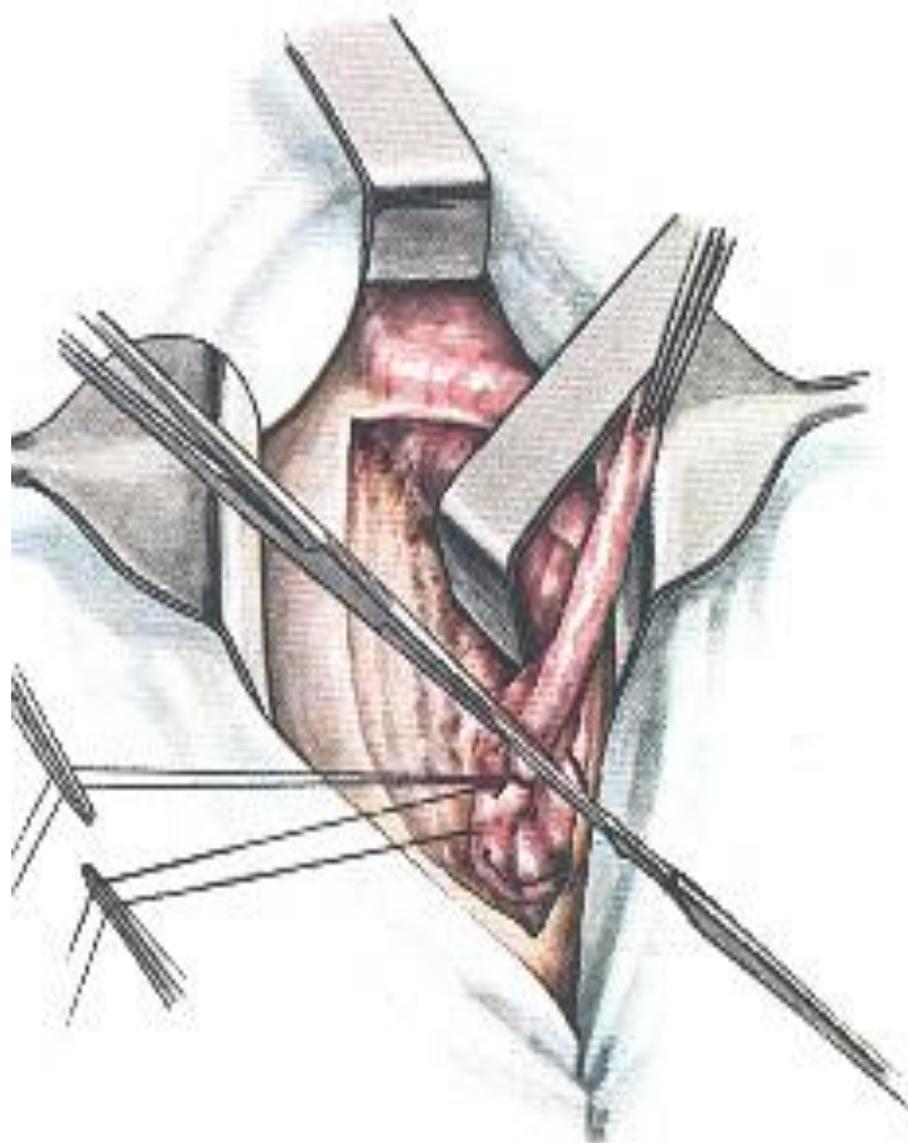












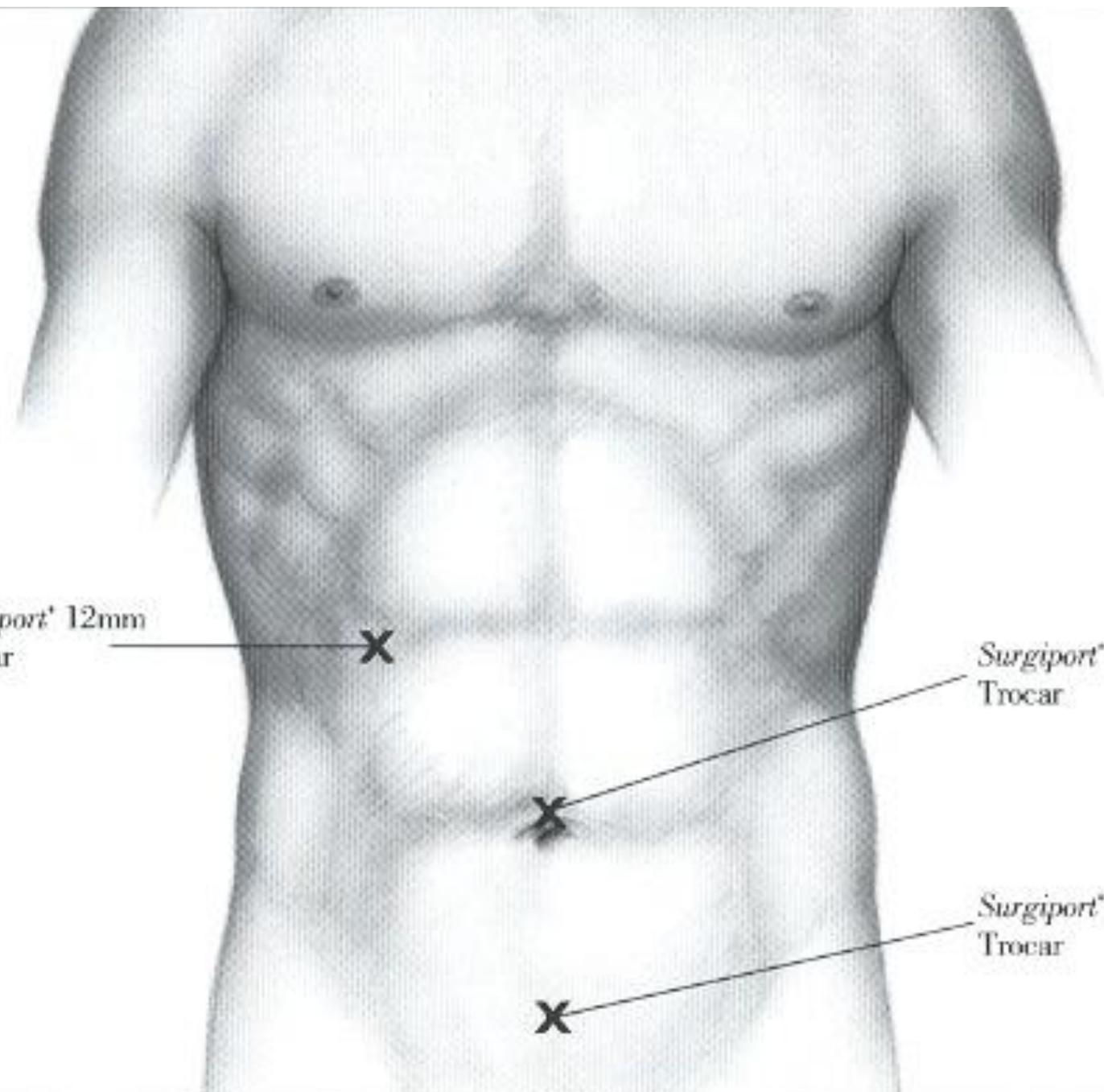
Surgiport[®] 12mm
Trocar

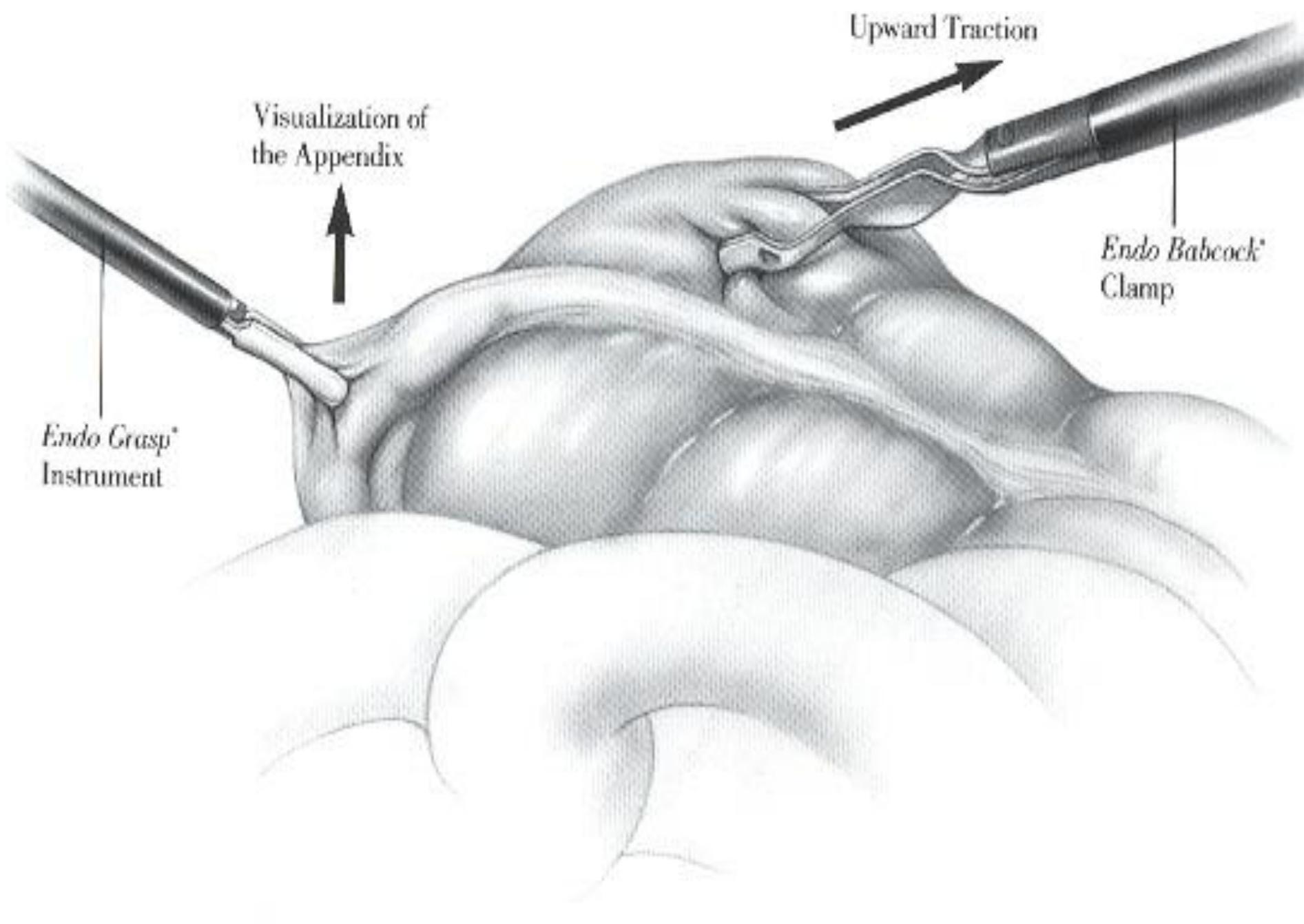


Surgiport[®] 12mm
Trocar



Surgiport[®] 5mm
Trocar





Upward Traction

Visualization of the Appendix

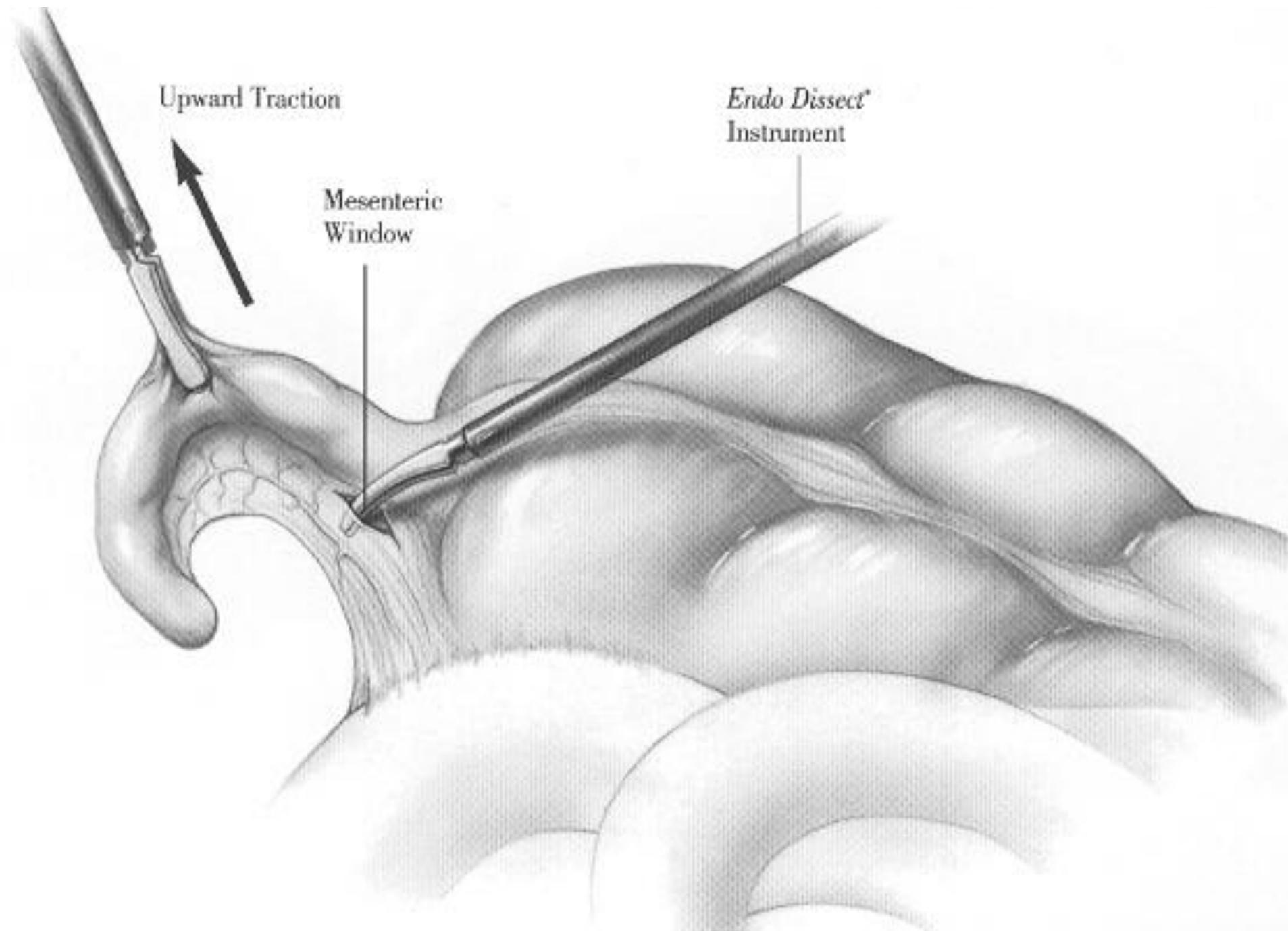
Endo Grasp[®] Instrument

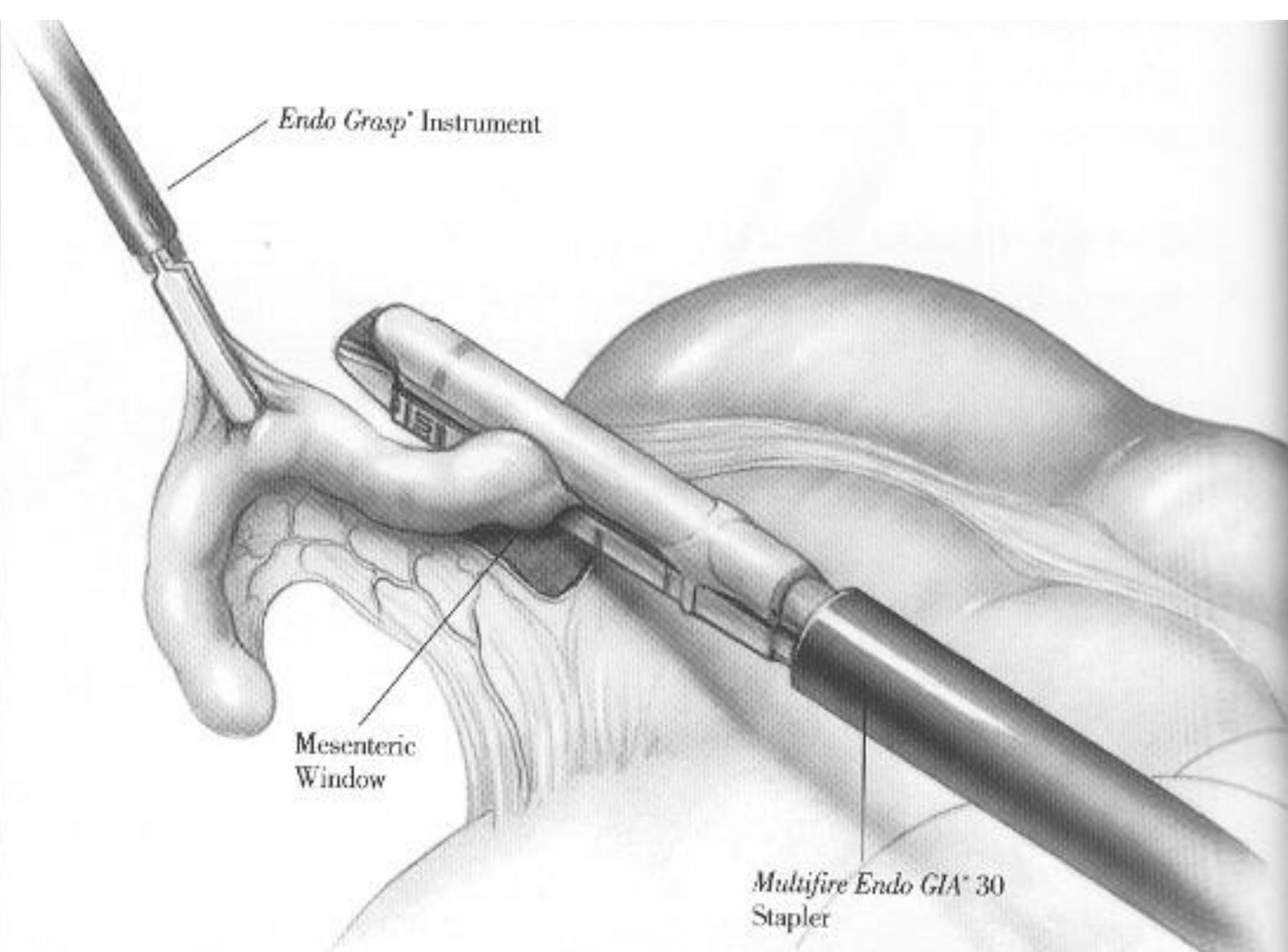
Endo Babcock[®] Clamp

Upward Traction

Endo Dissect
Instrument

Mesenteric
Window





Endo Grasp Instrument

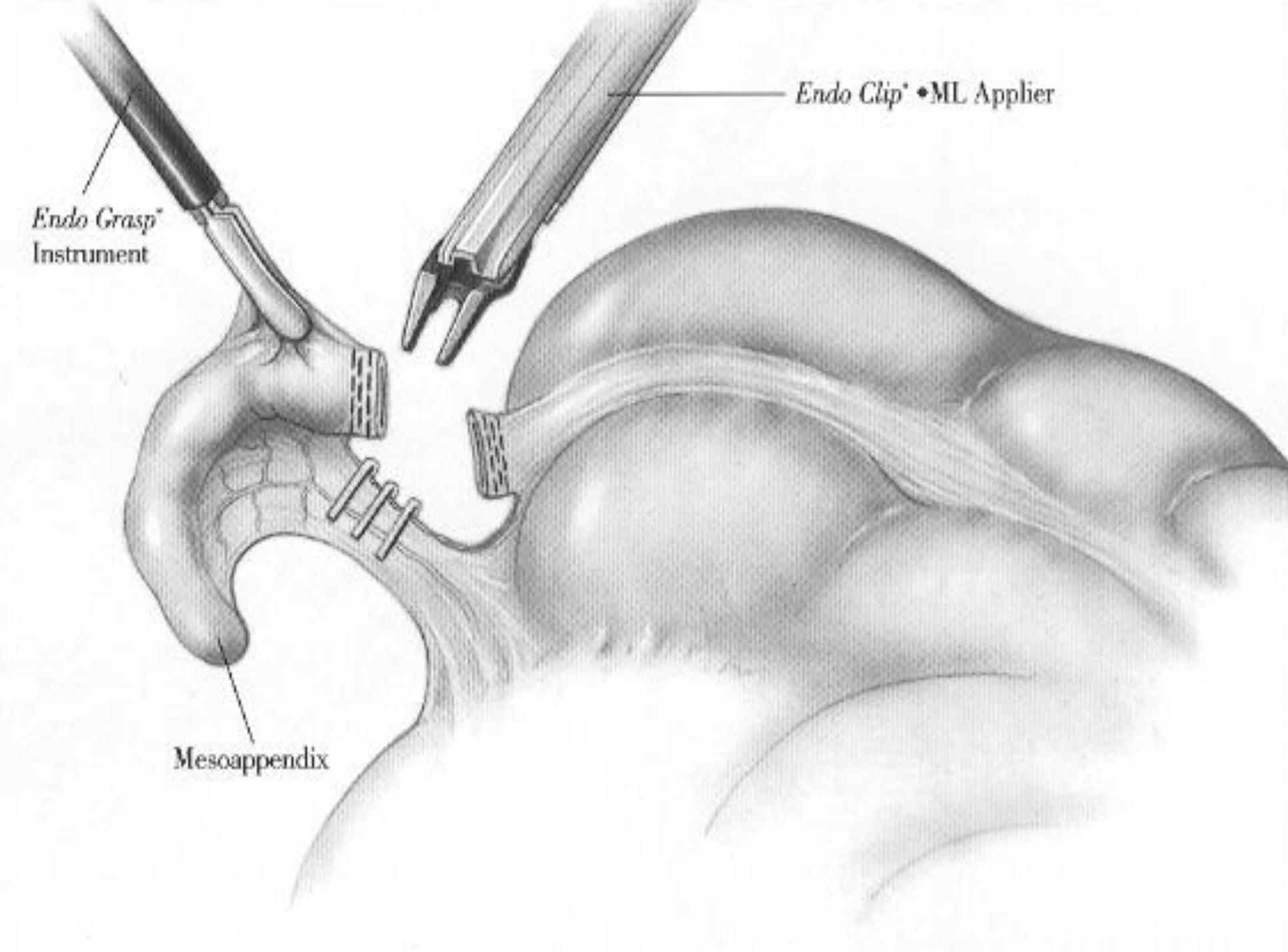
Mesenteric Window

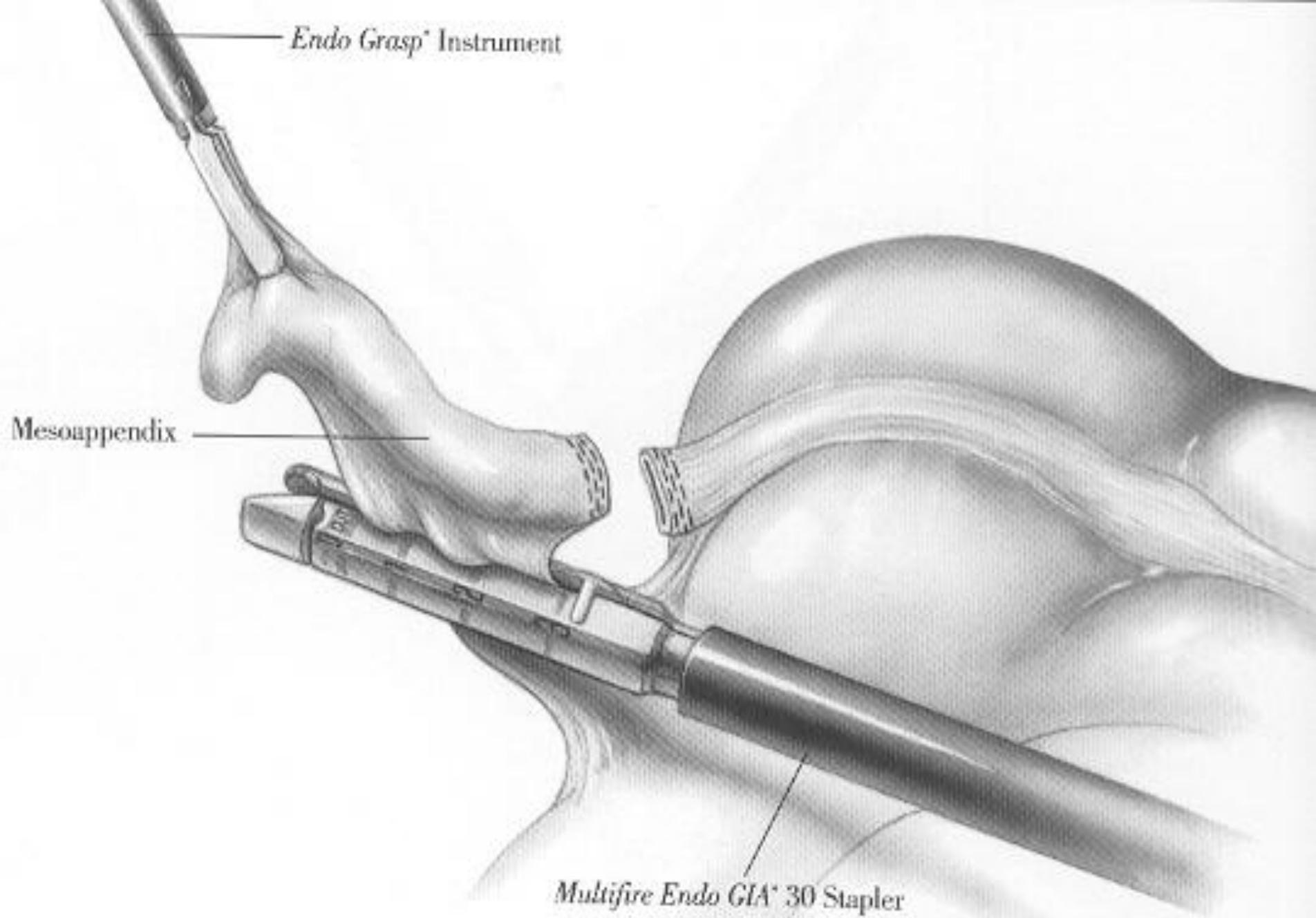
Multifire Endo GIA 30 Stapler

Endo Grasp[®]
Instrument

Endo Clip[®] • ML Applier

Mesoappendix

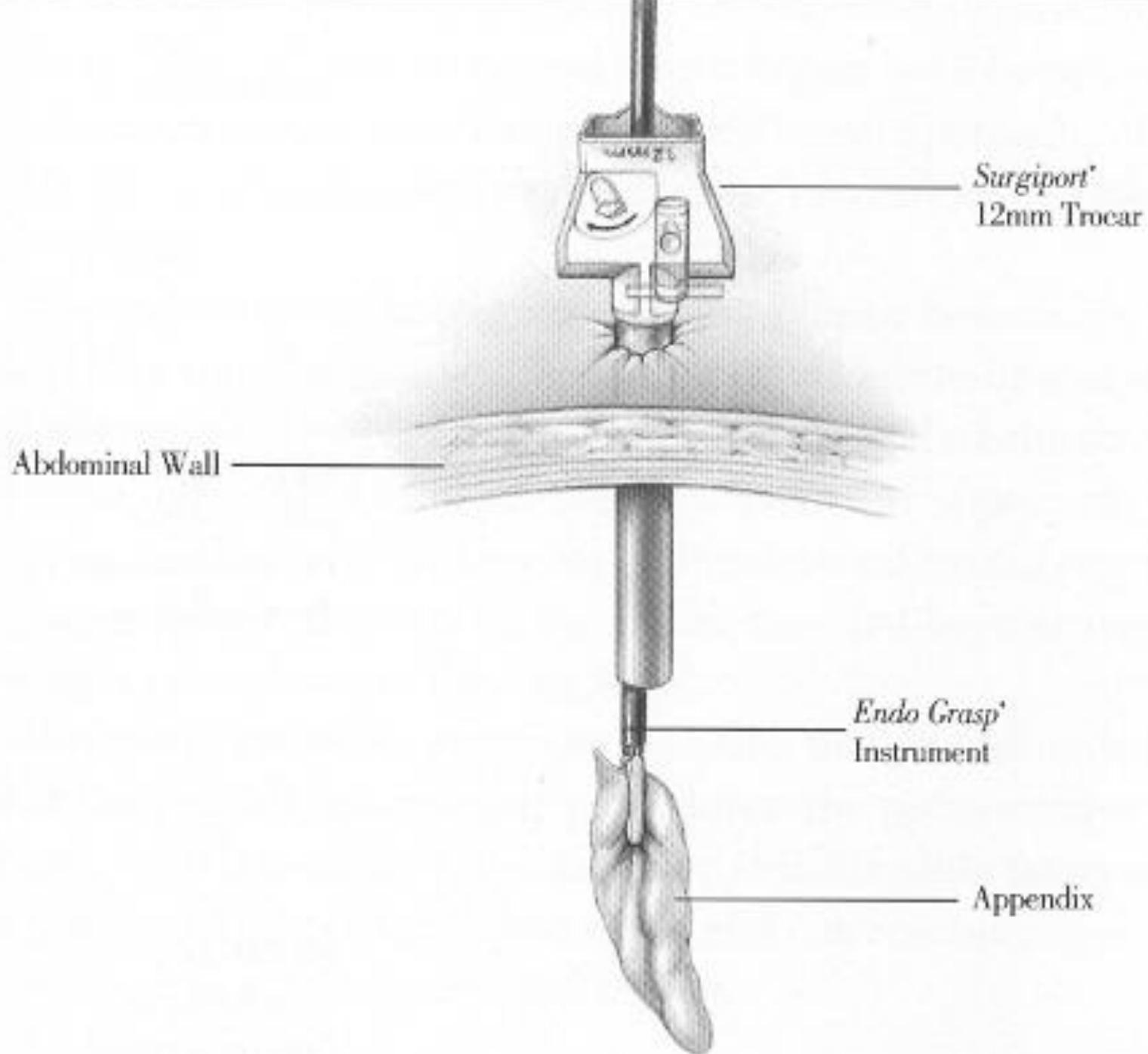


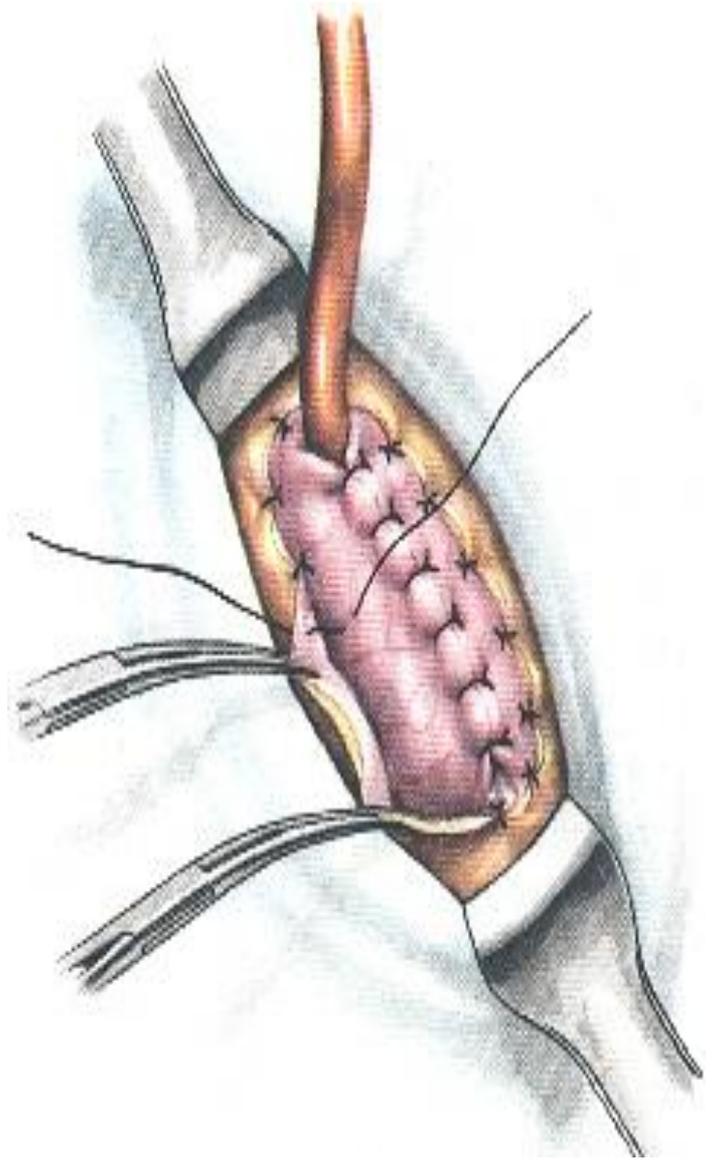
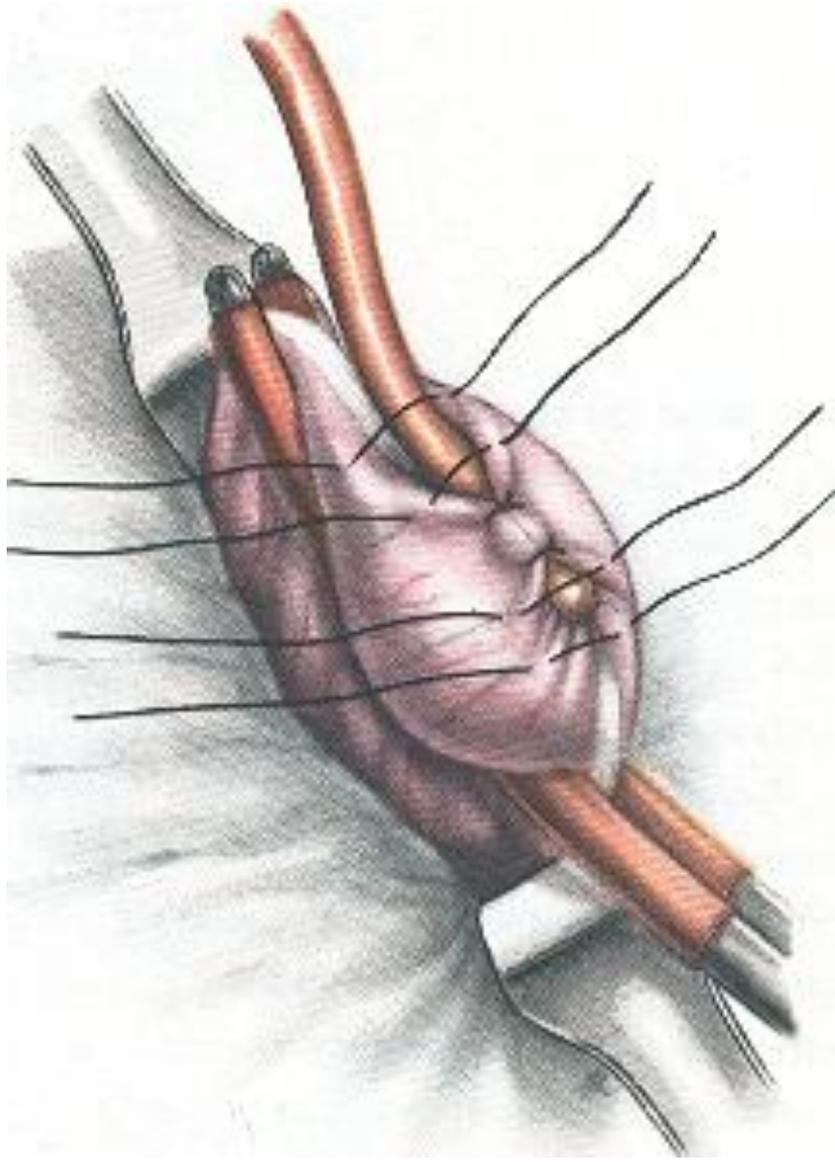


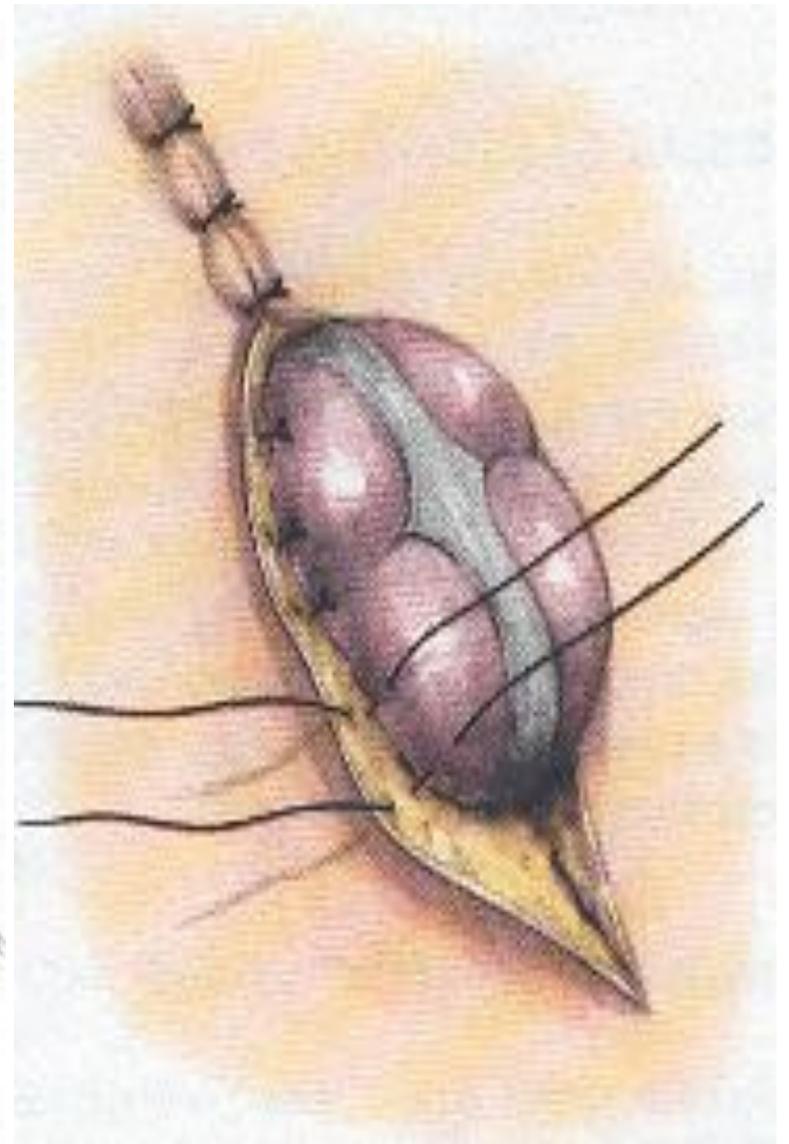
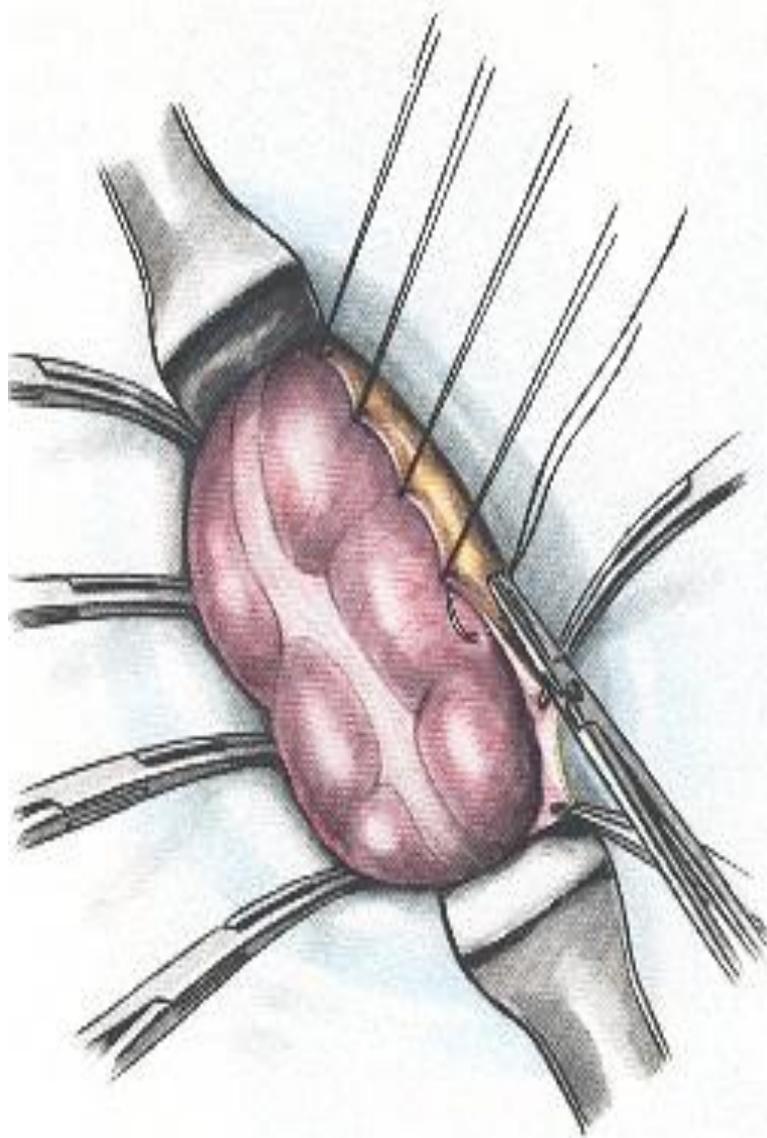
Endo Grasp Instrument

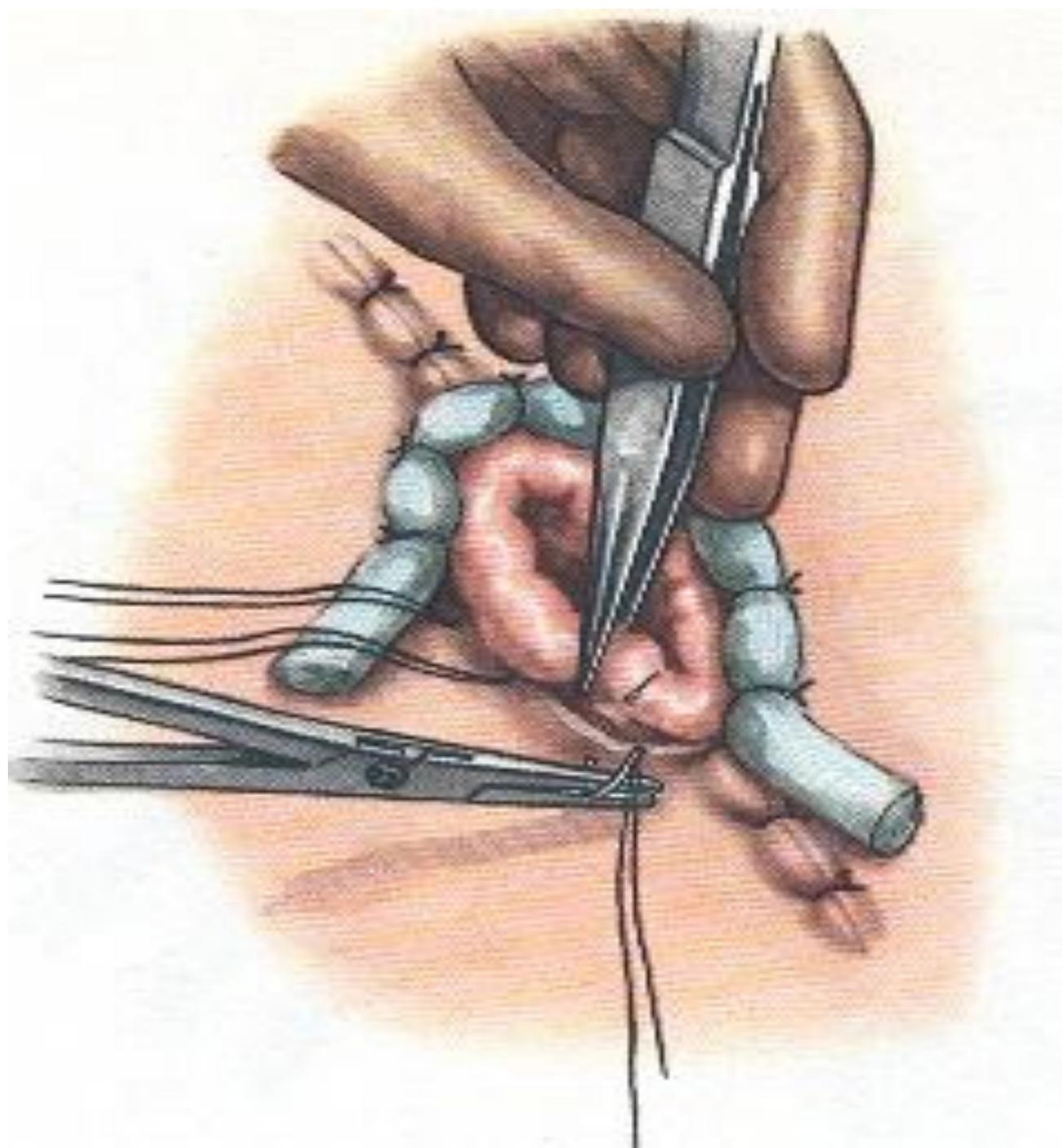
Mesoappendix

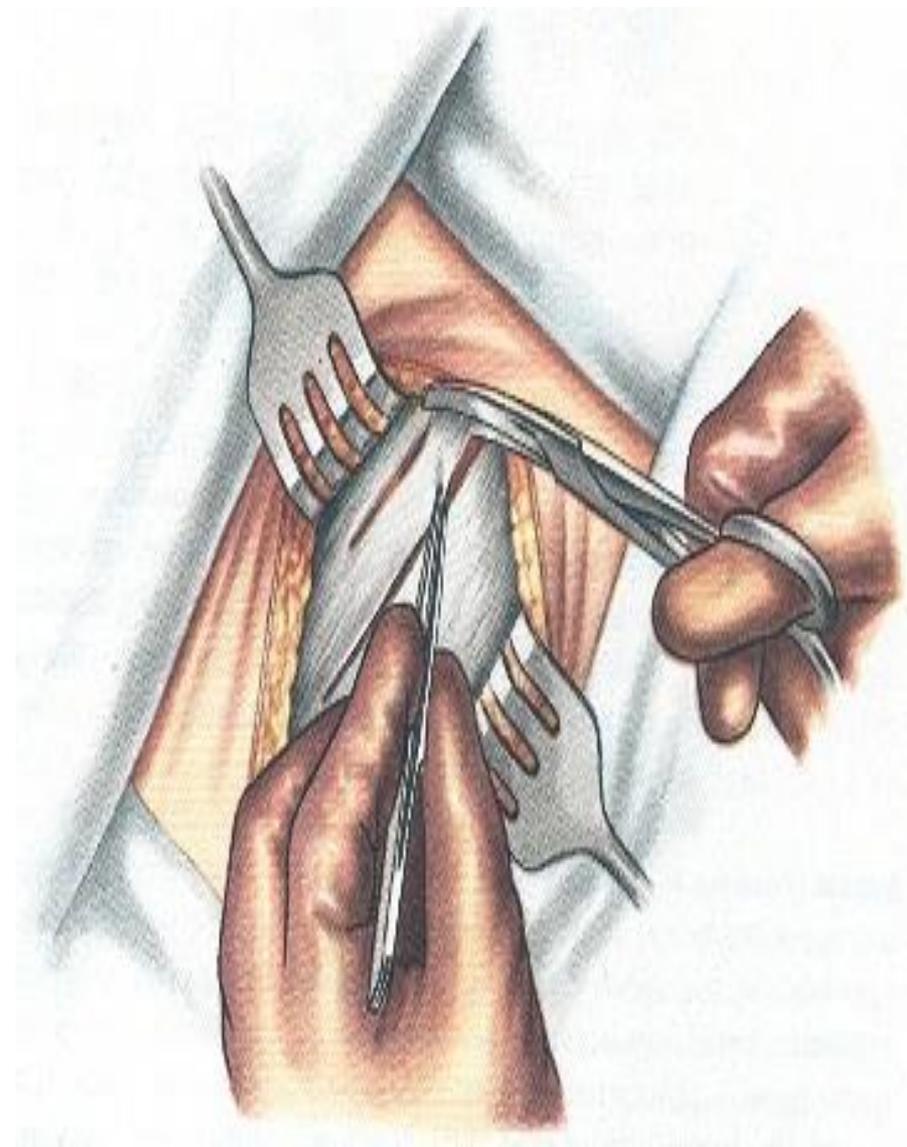
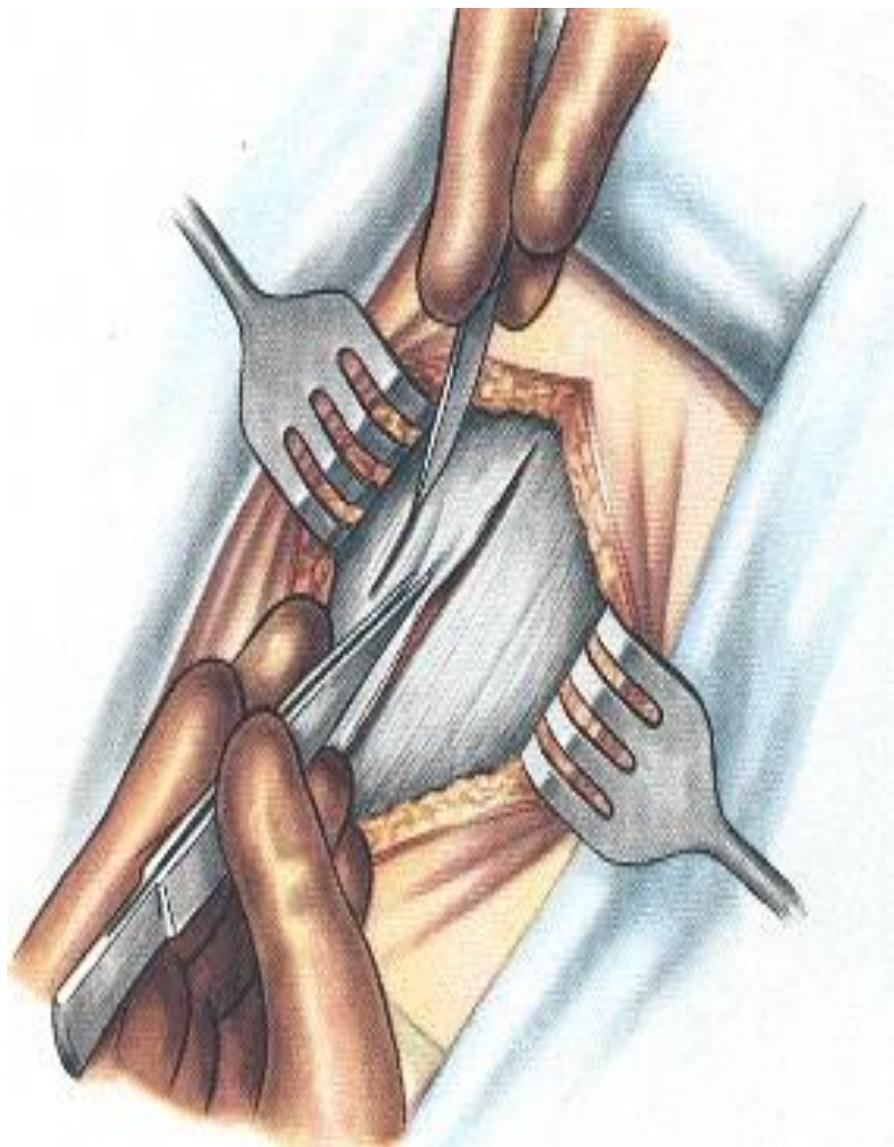
Multifire Endo GIA 30 Stapler

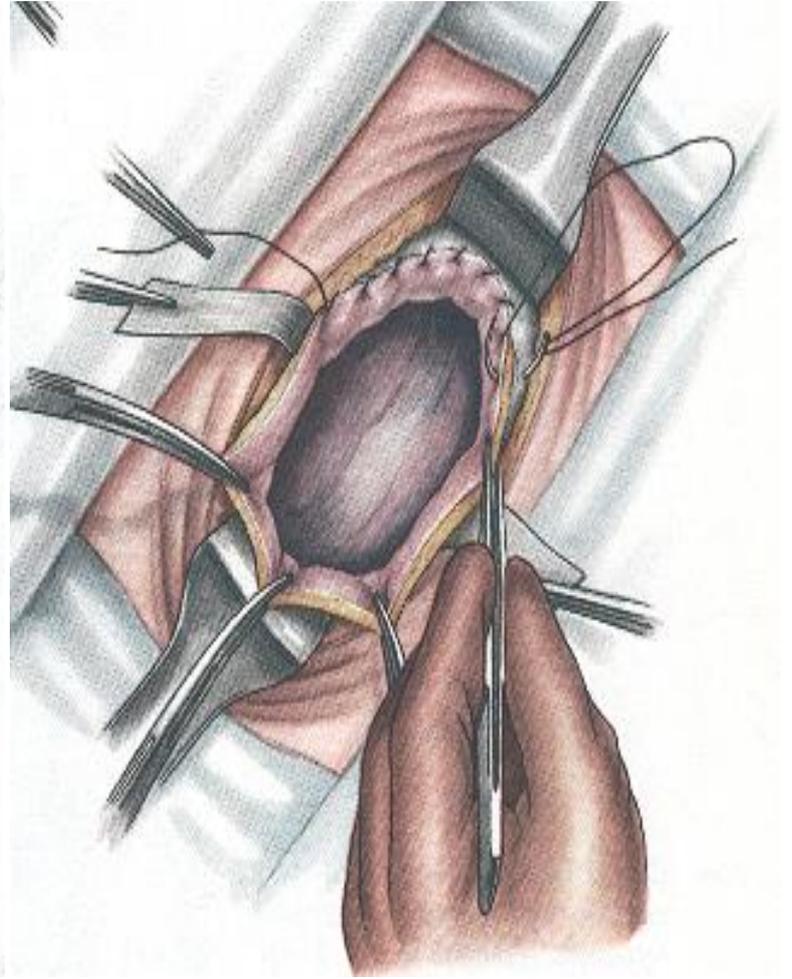
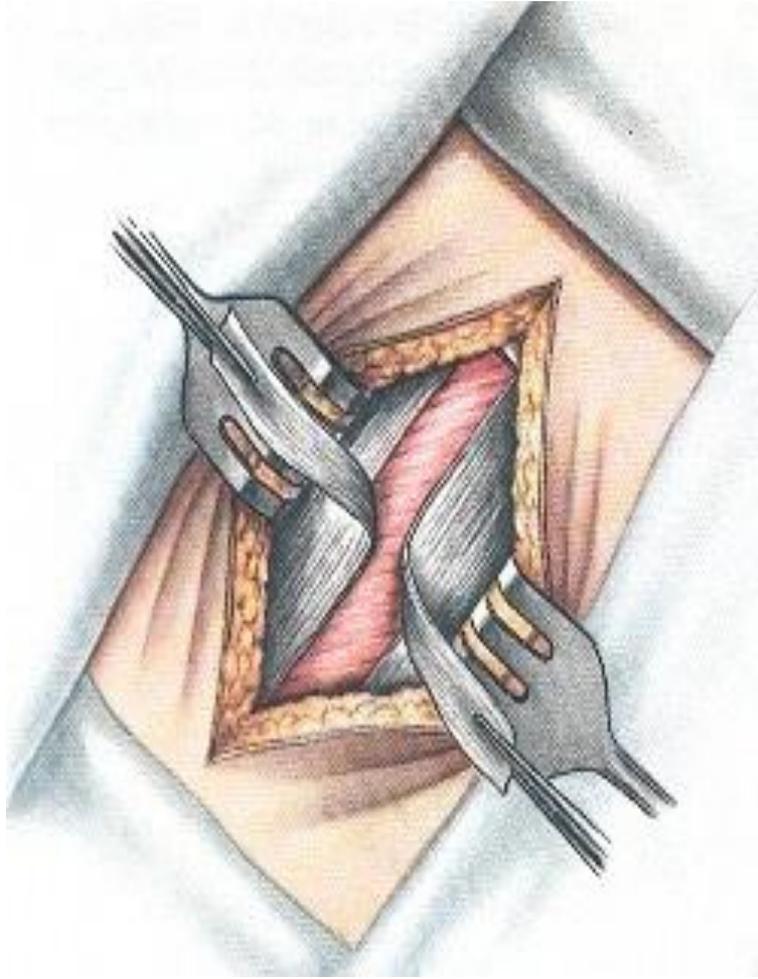


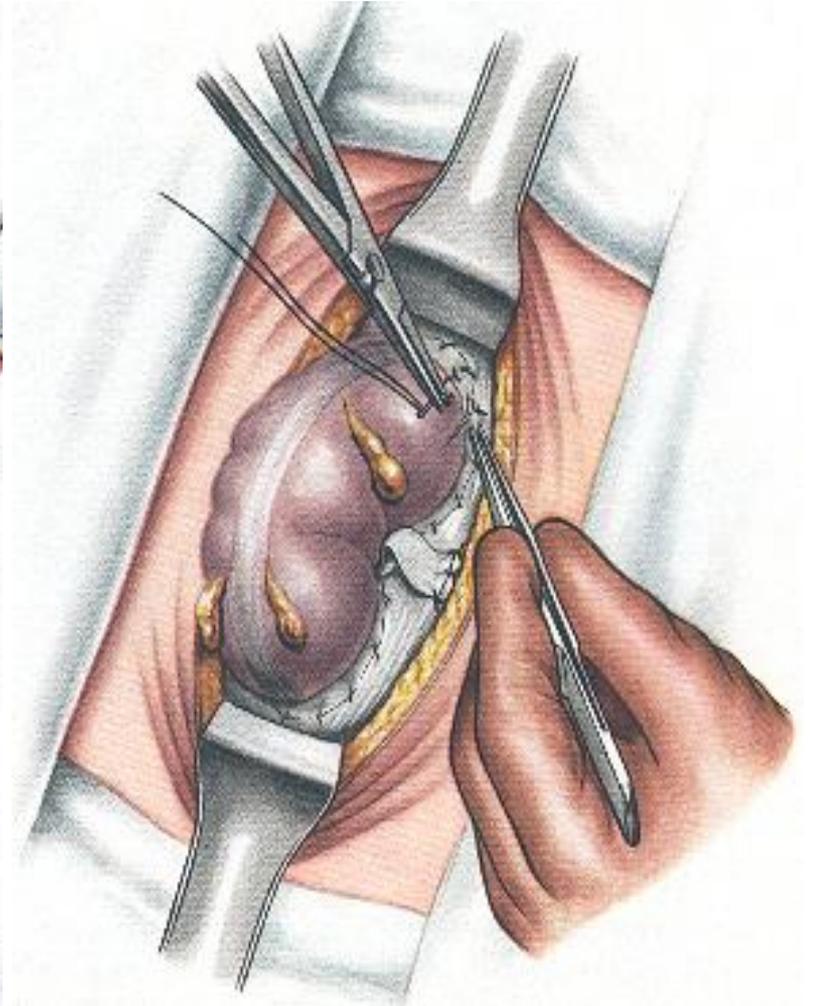
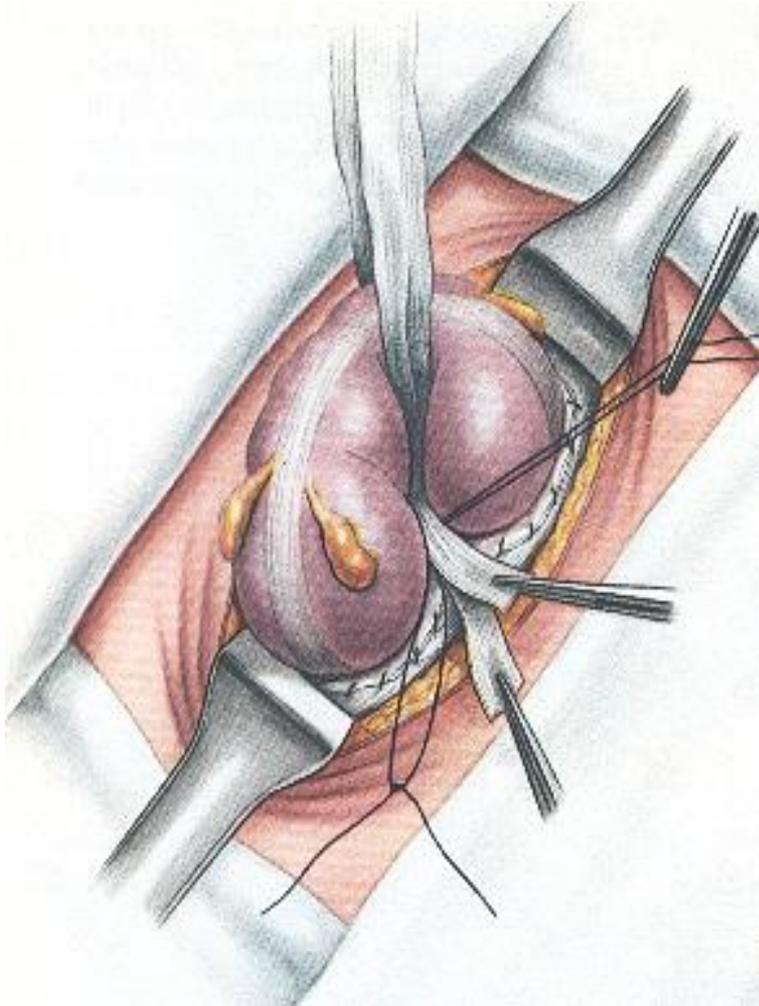


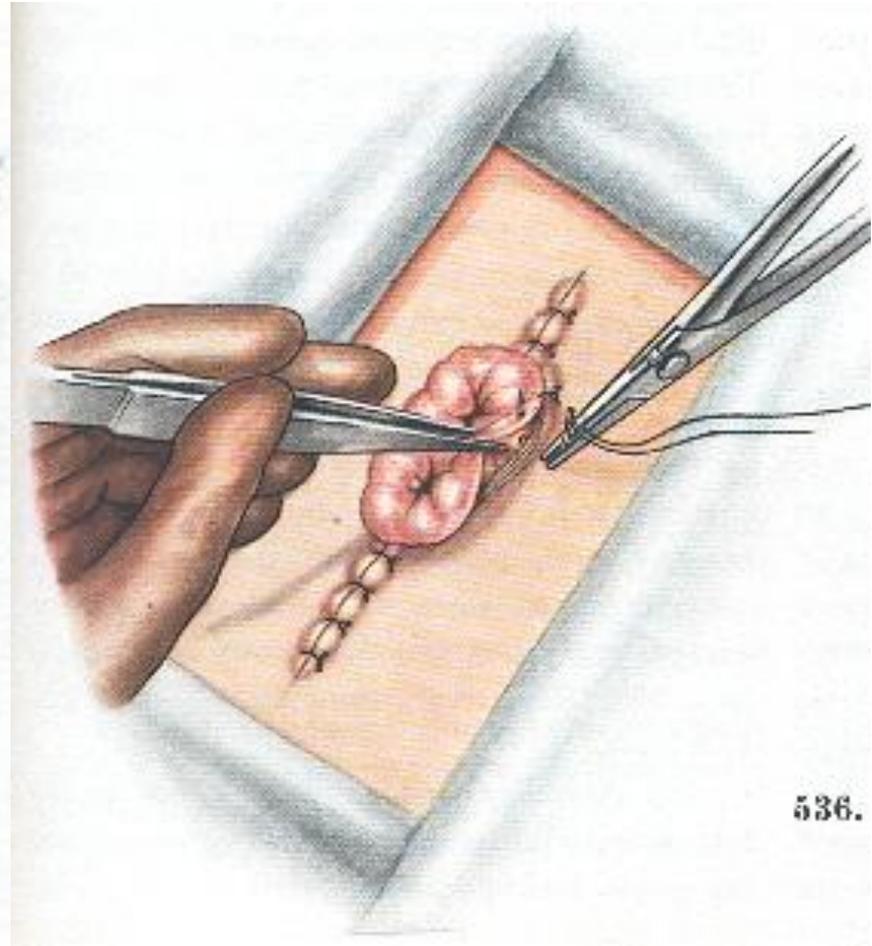
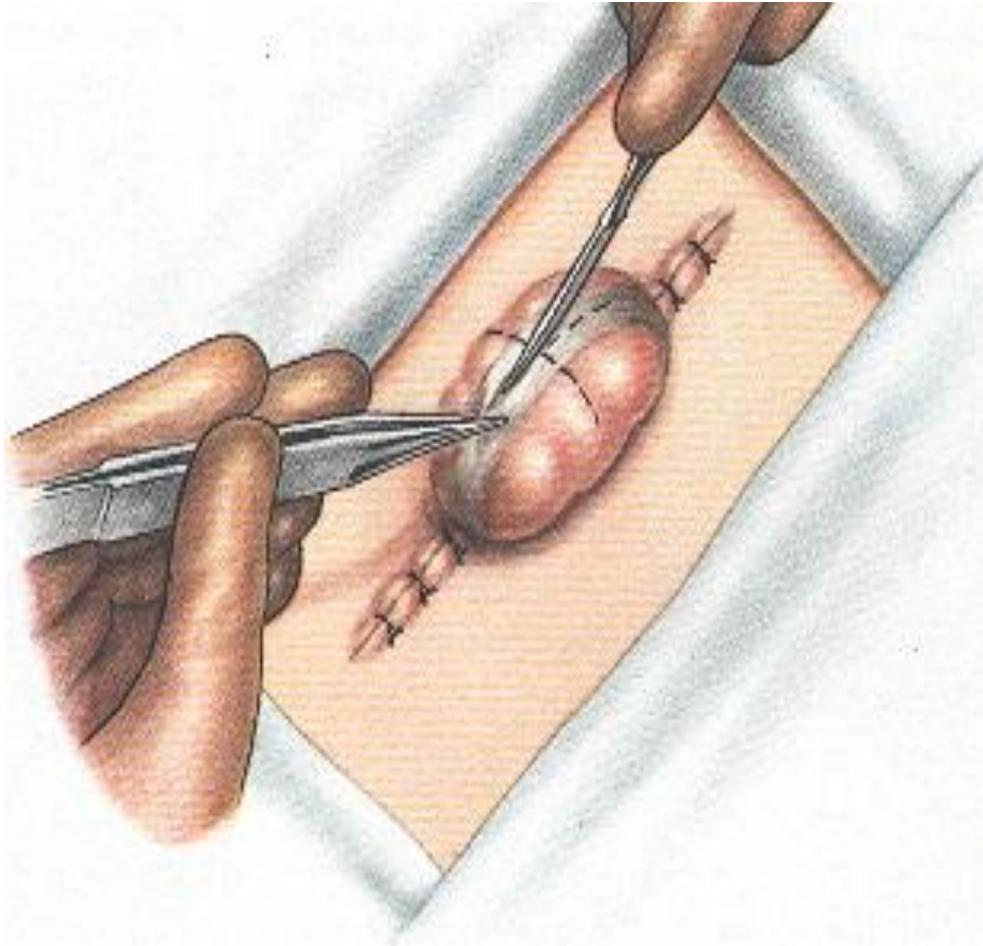


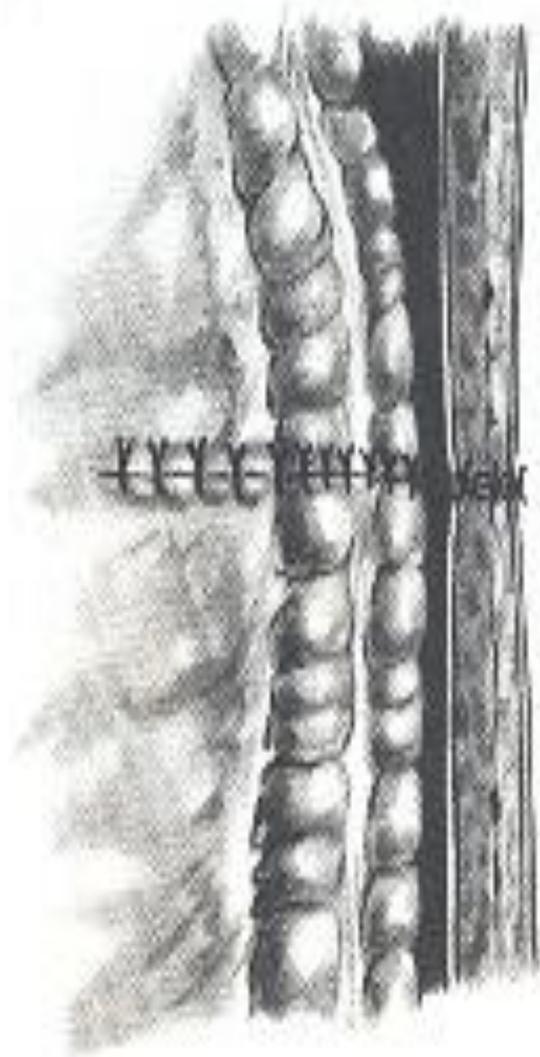
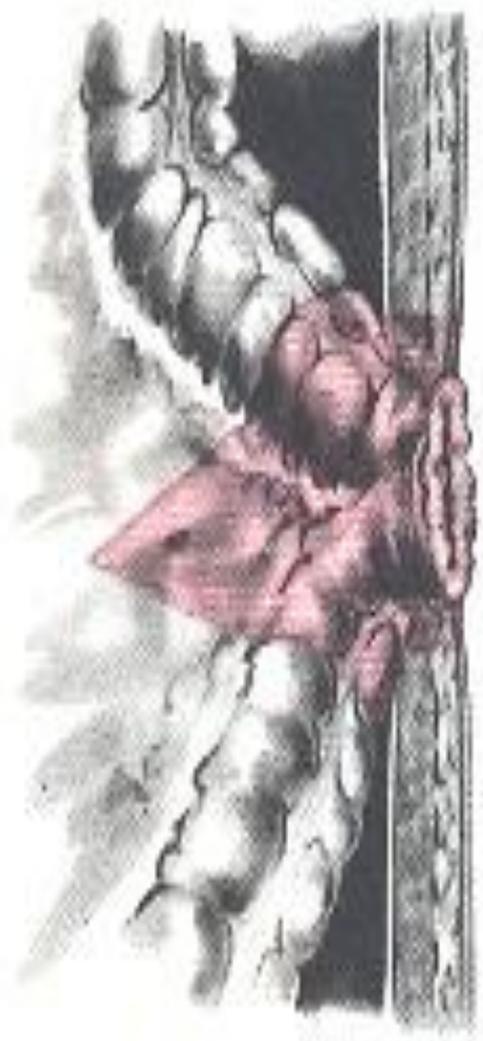


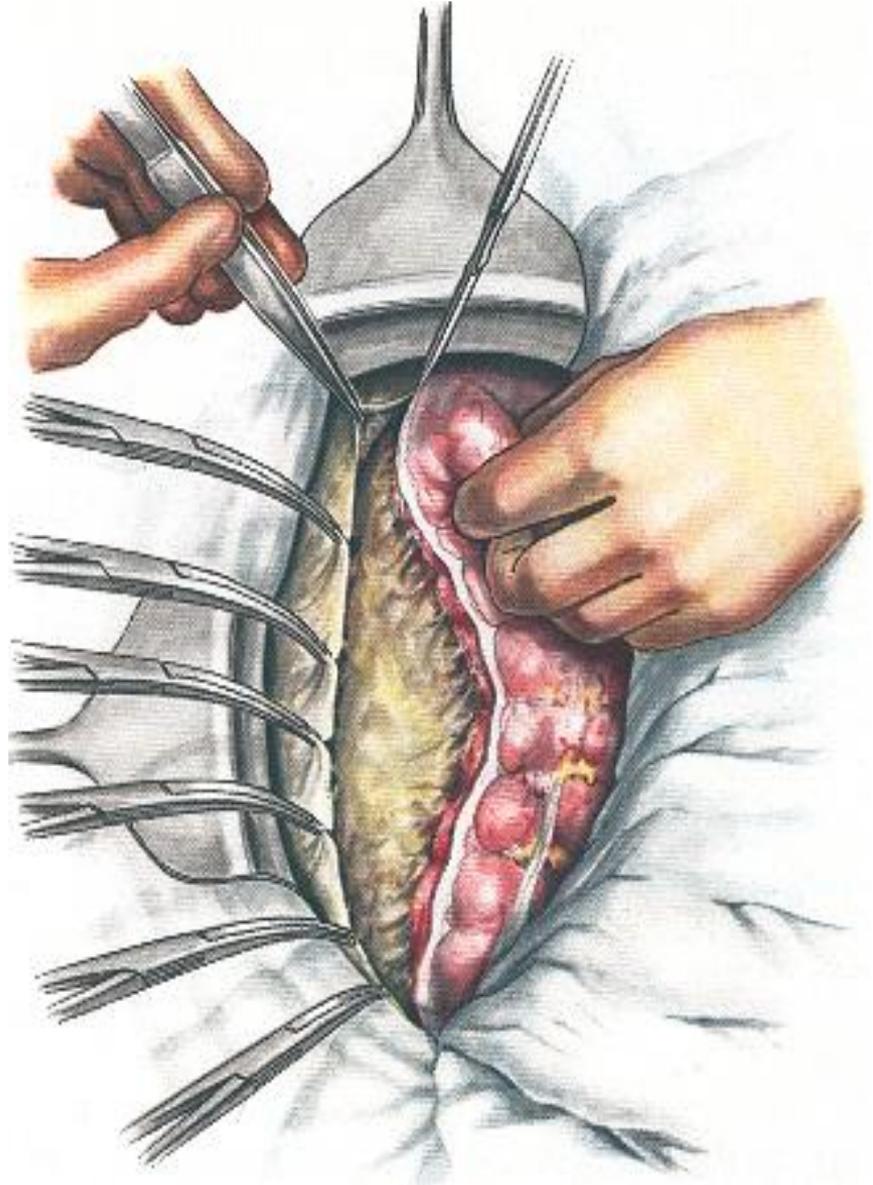
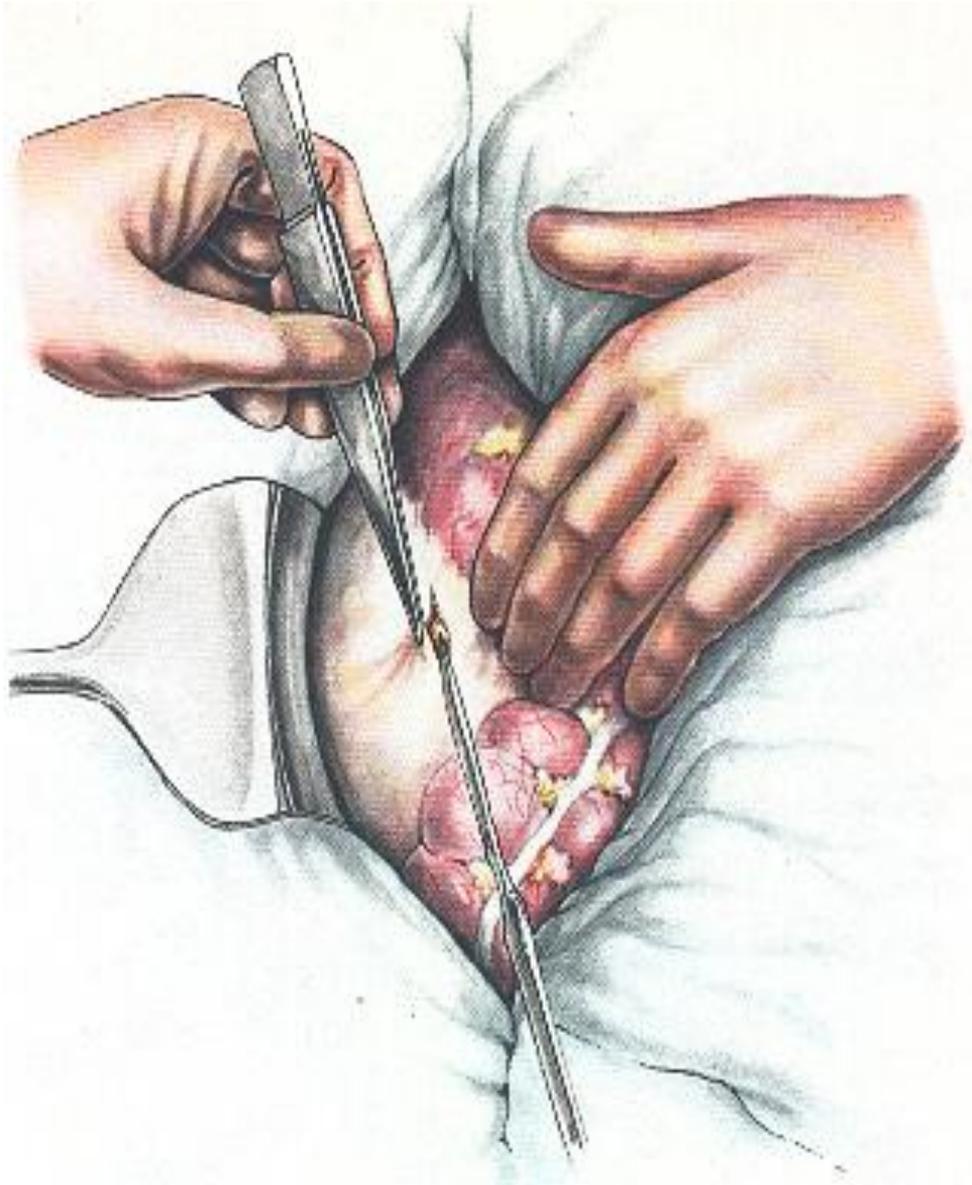


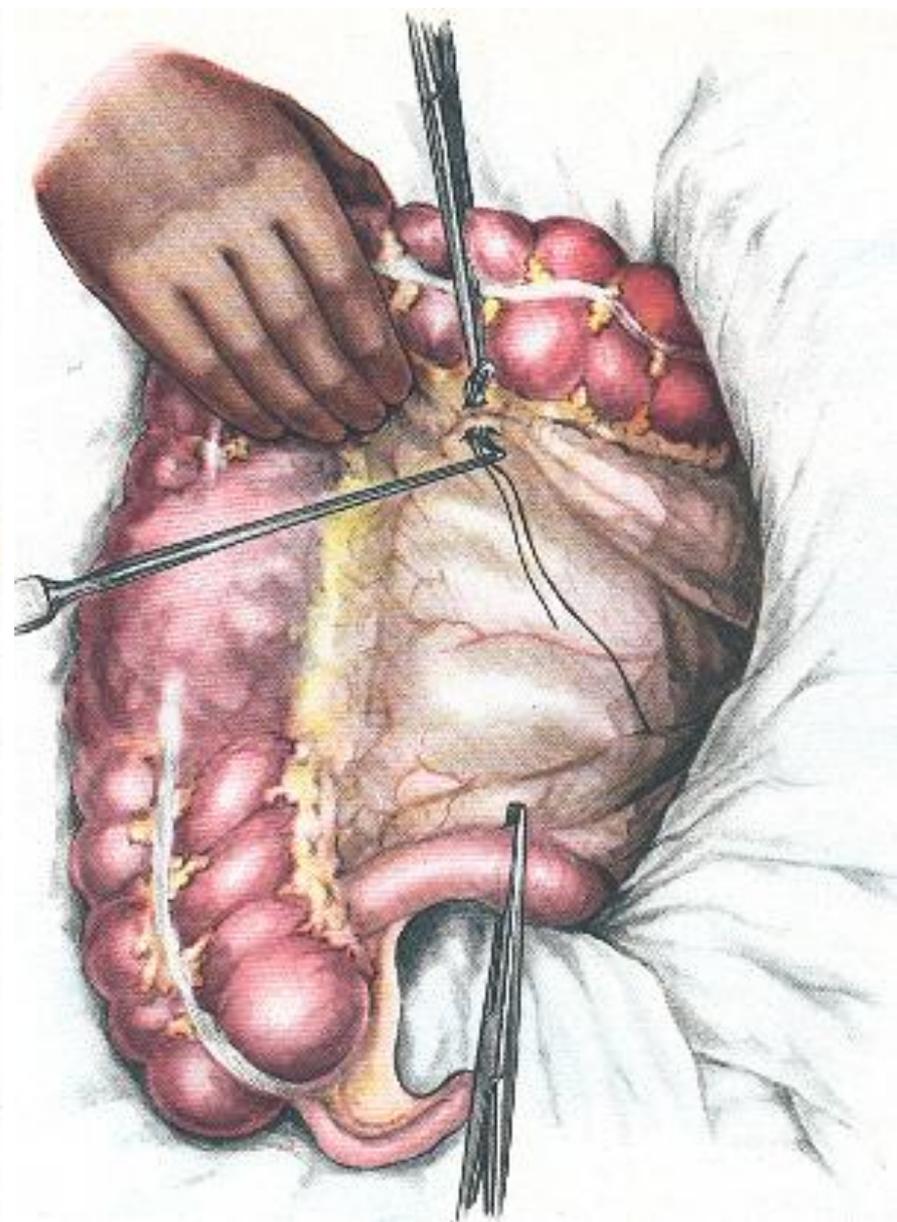
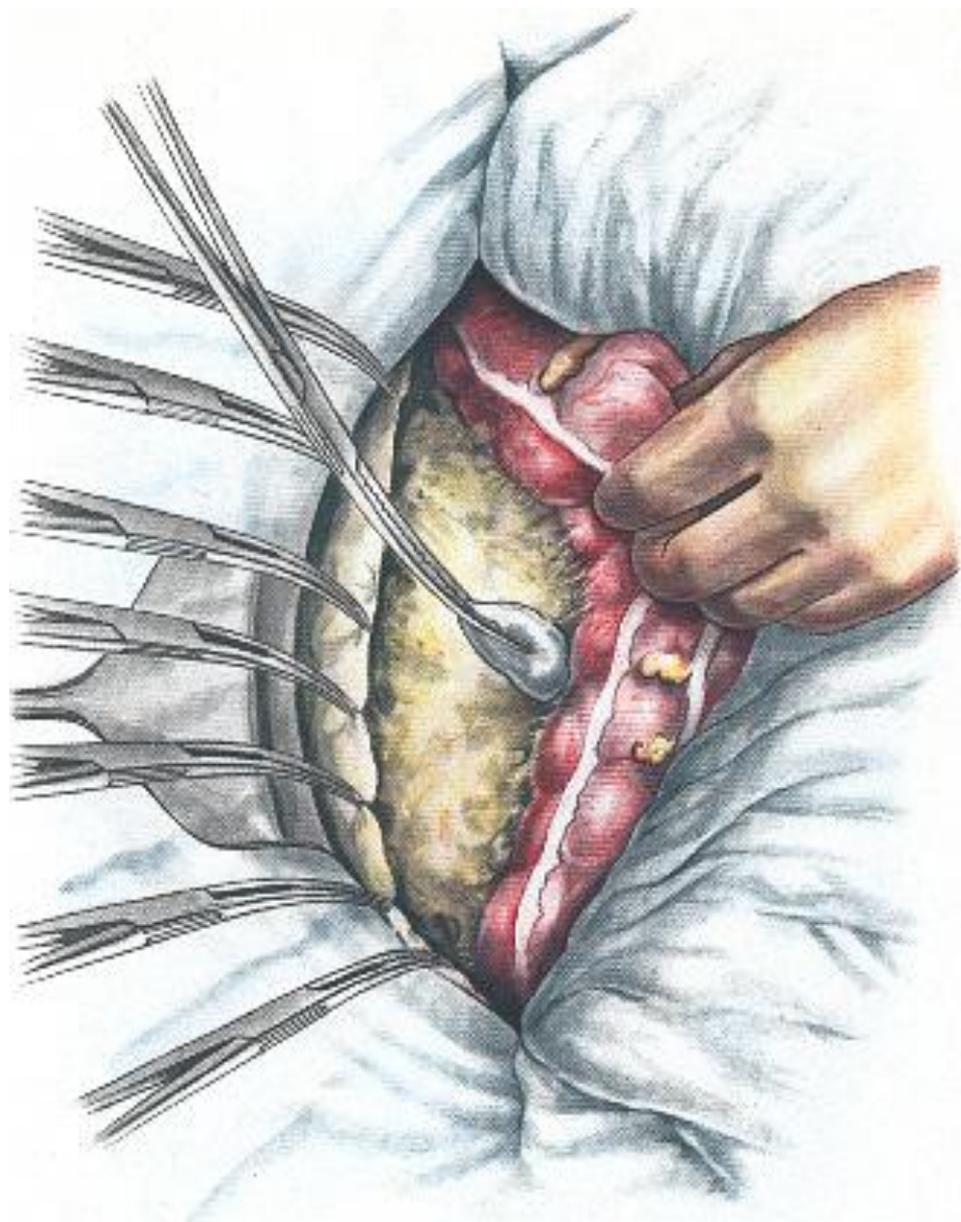


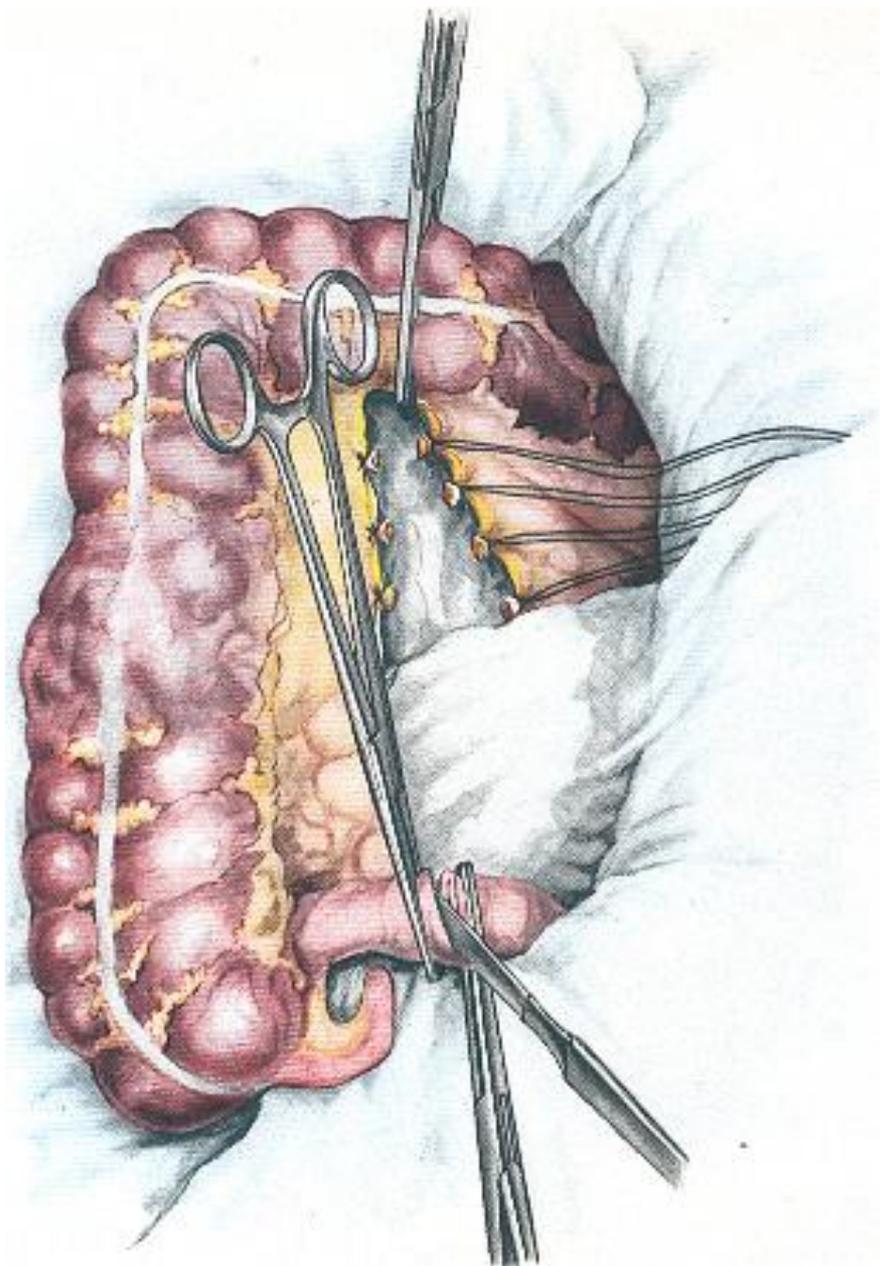
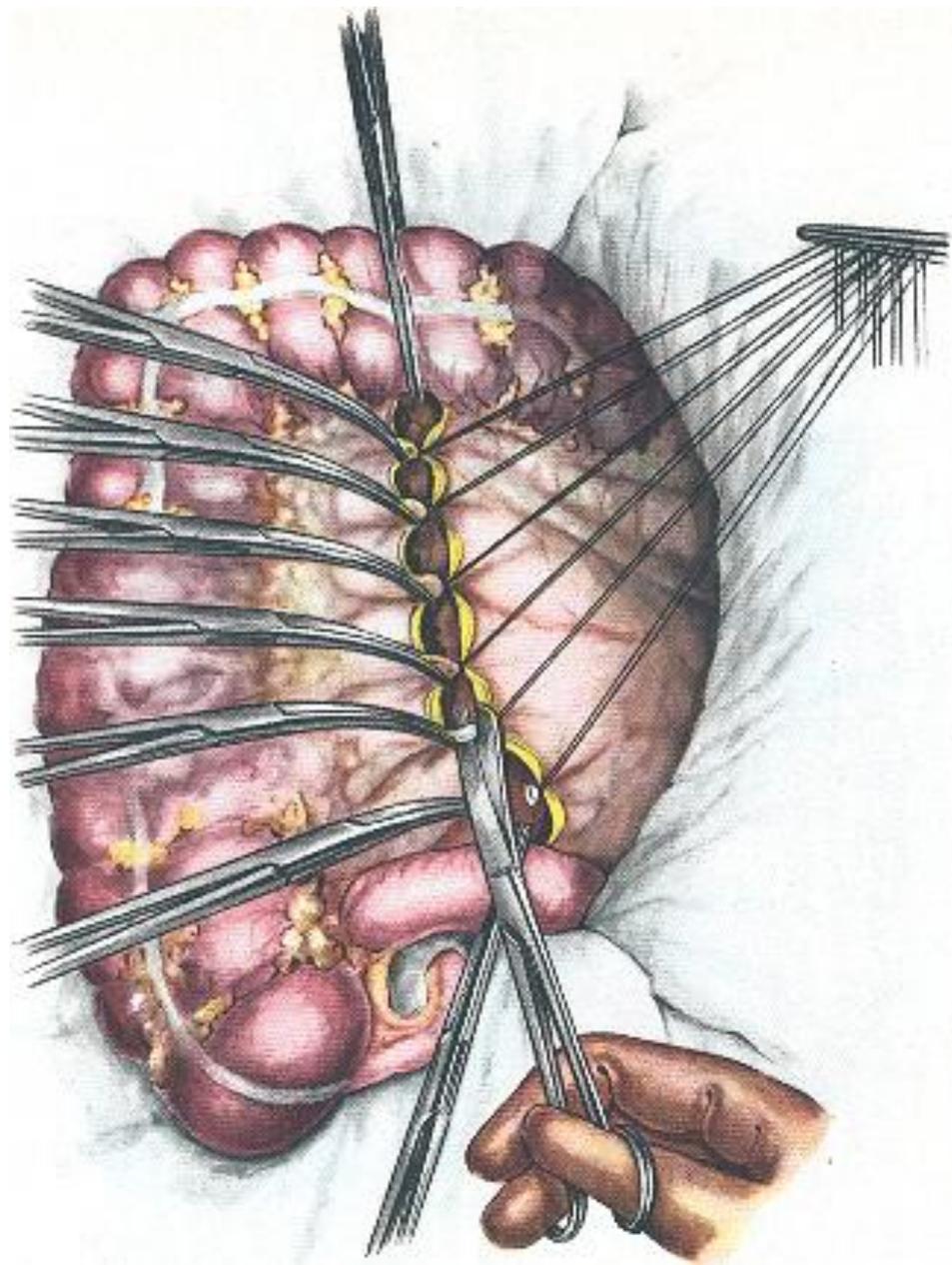


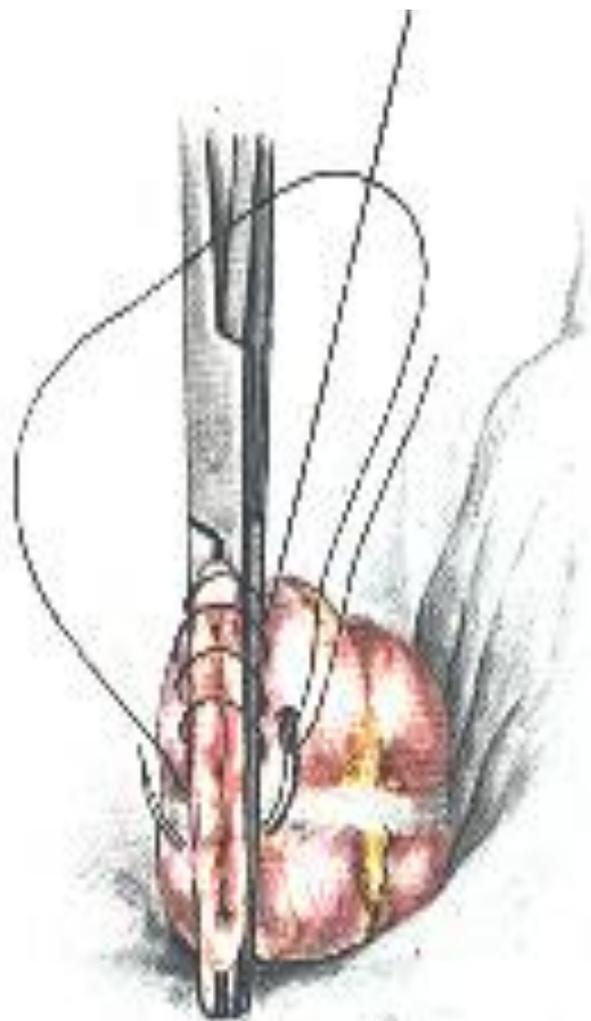
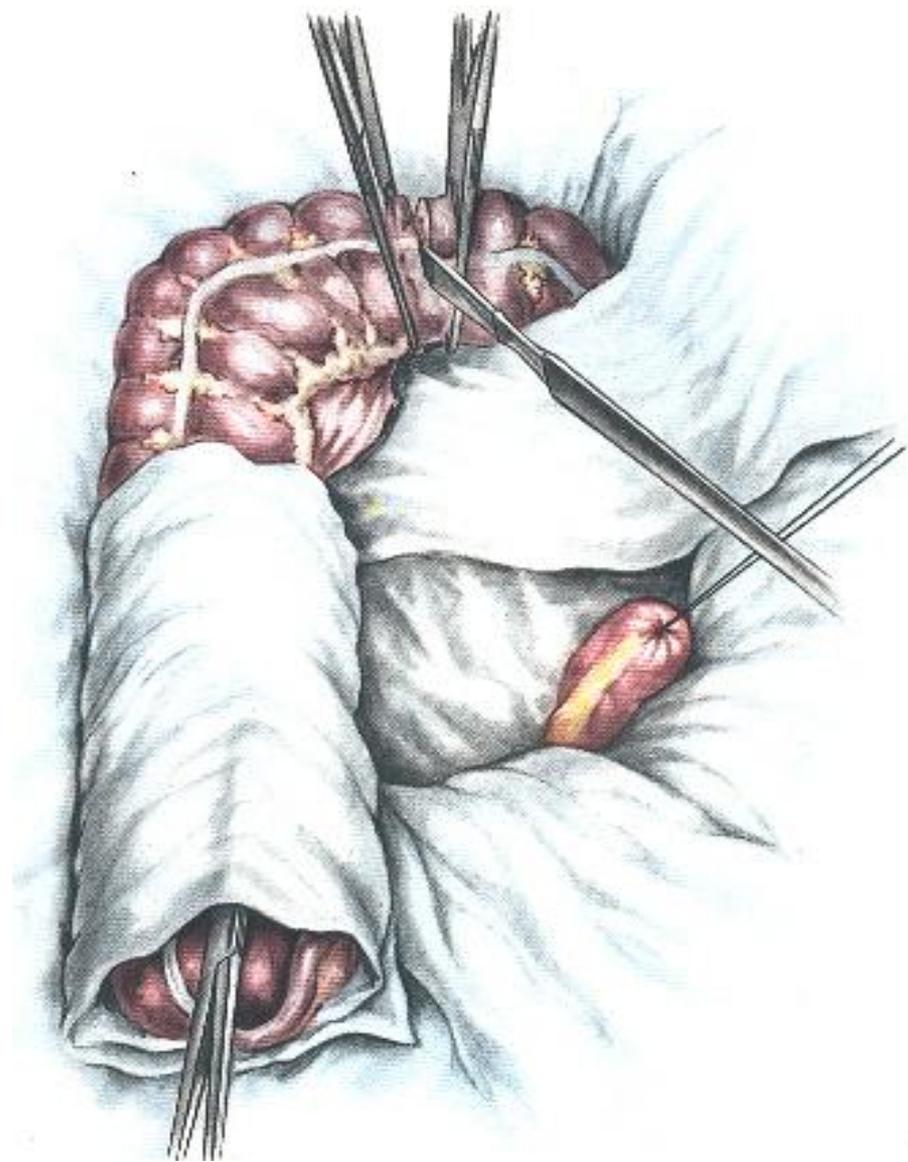


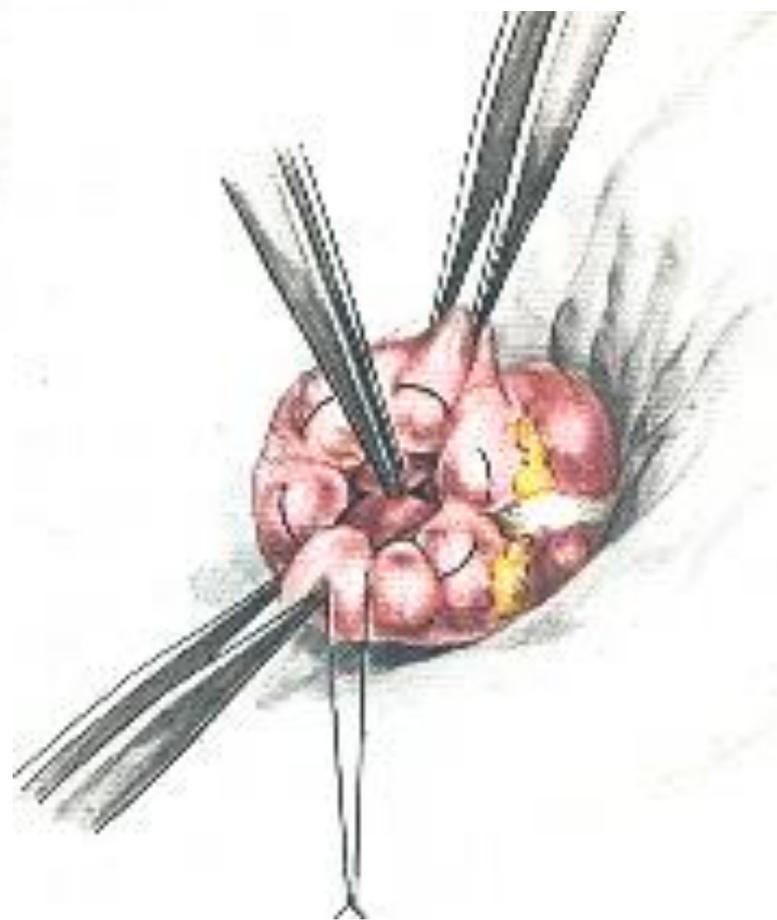
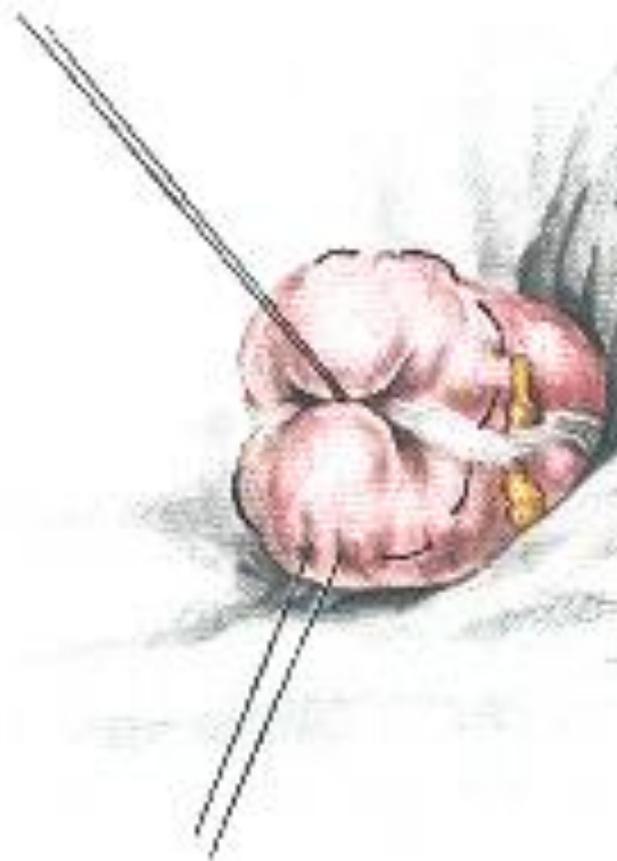


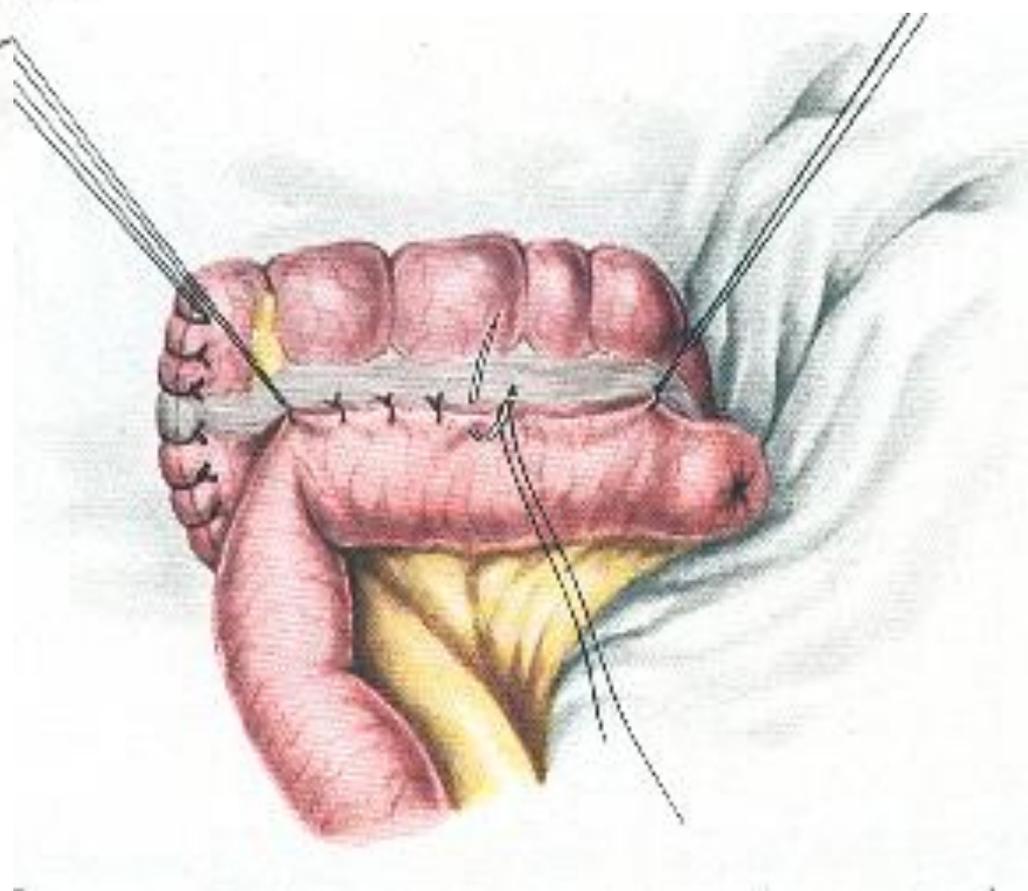
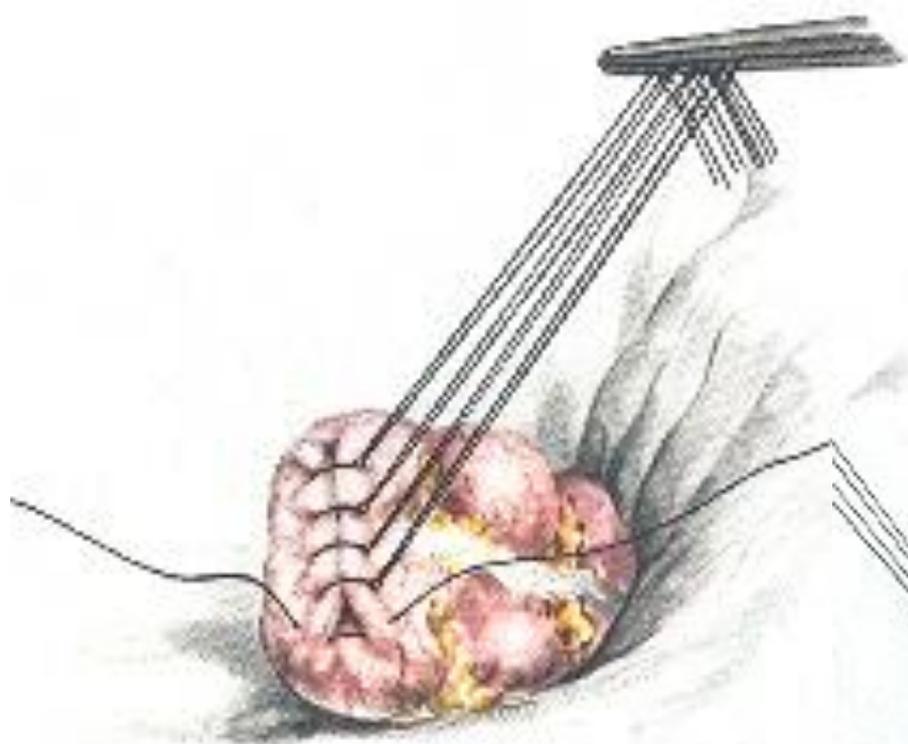


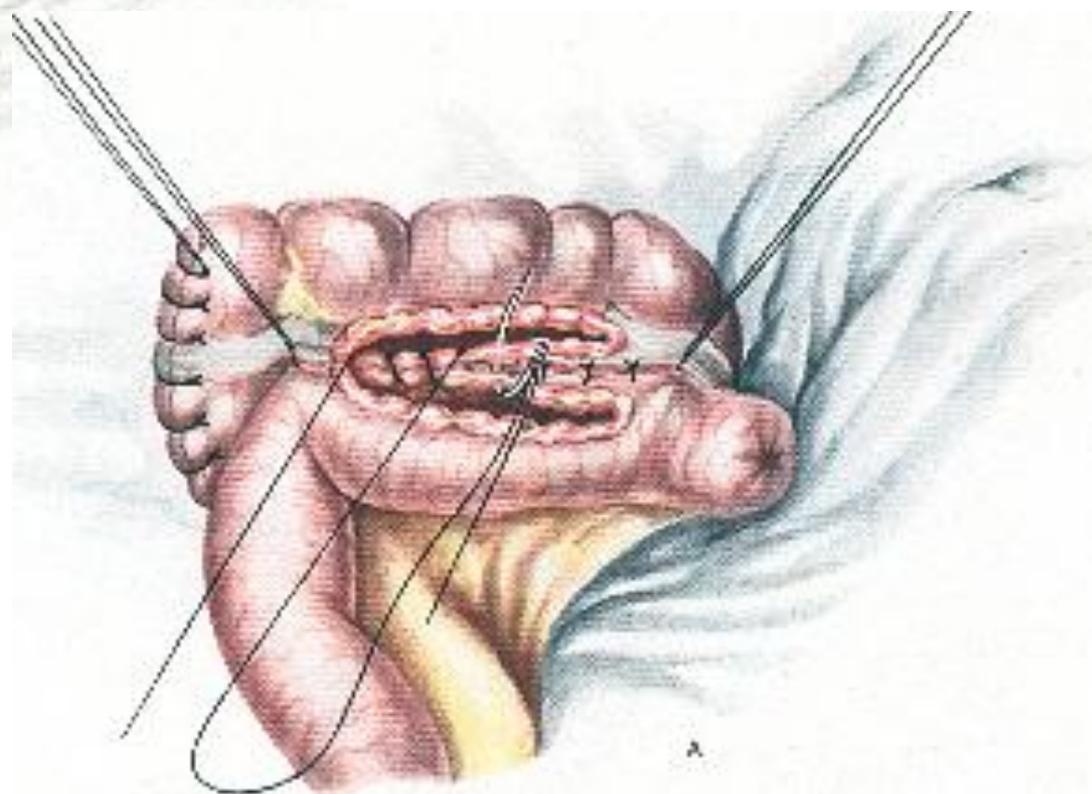
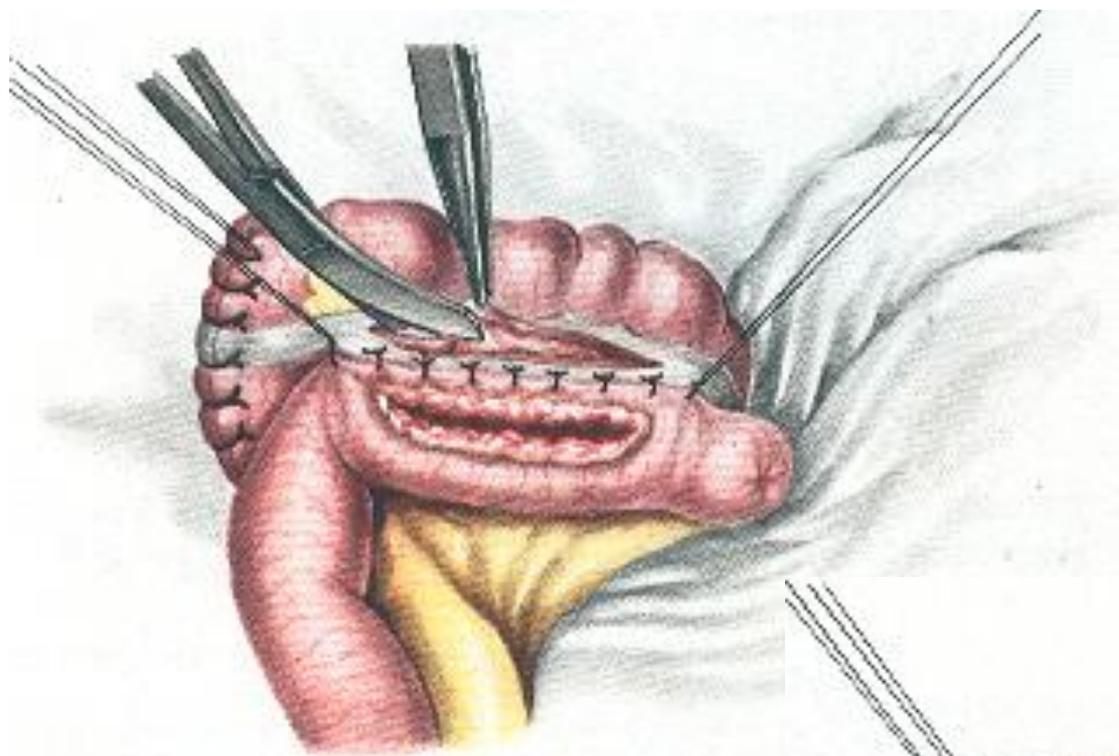


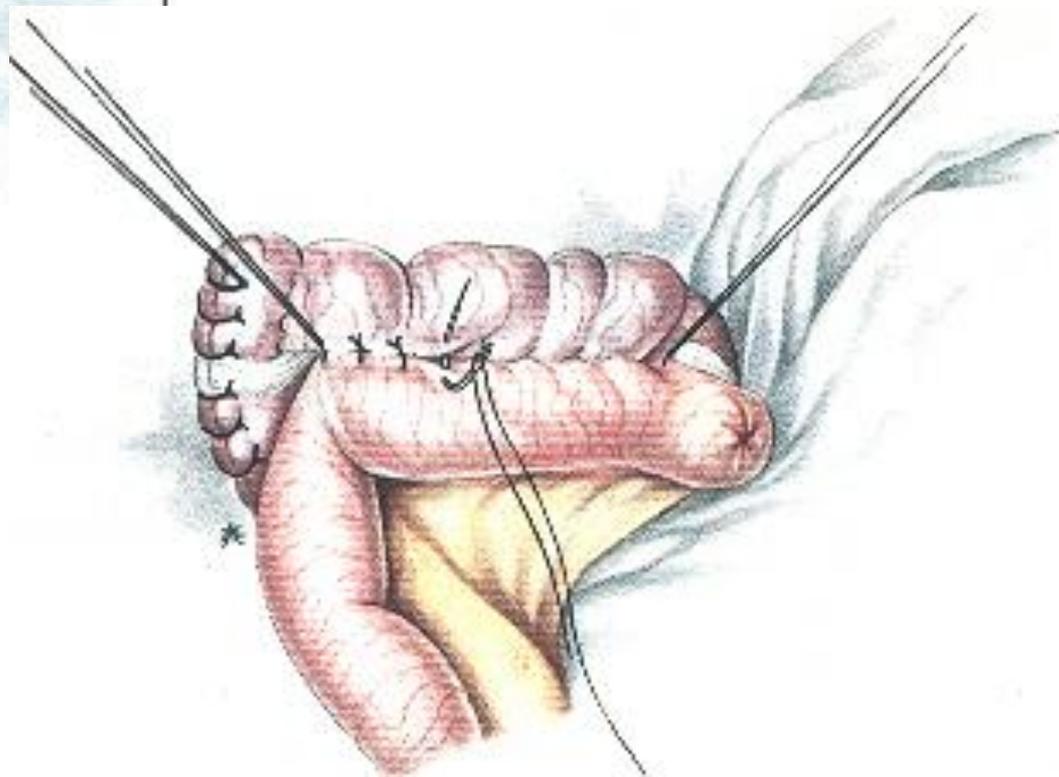
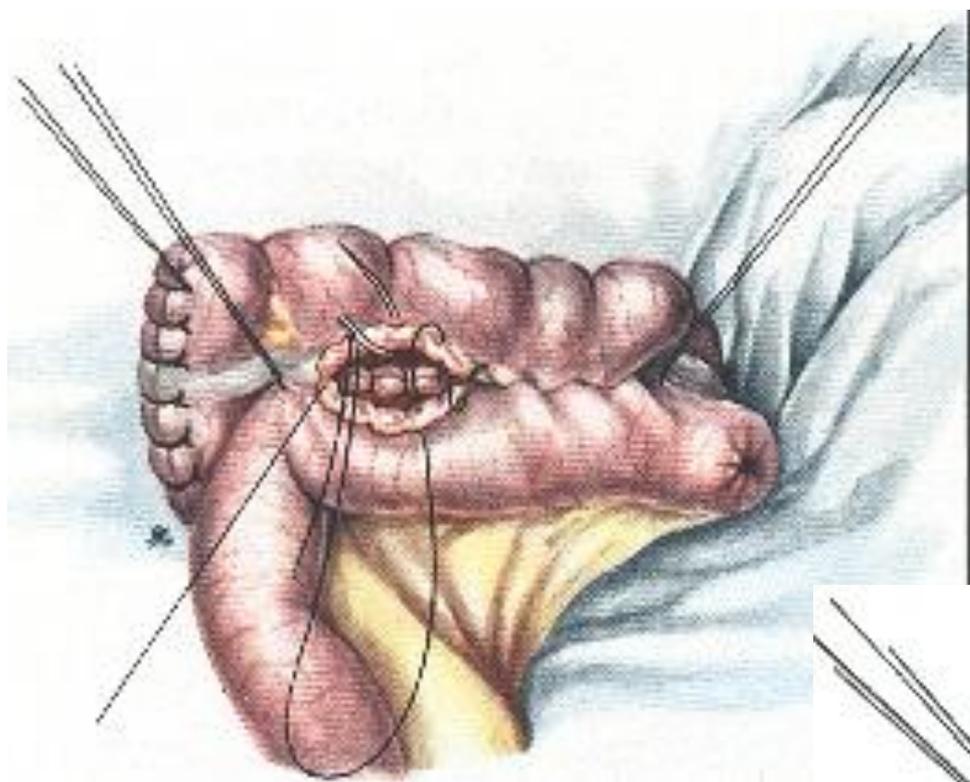


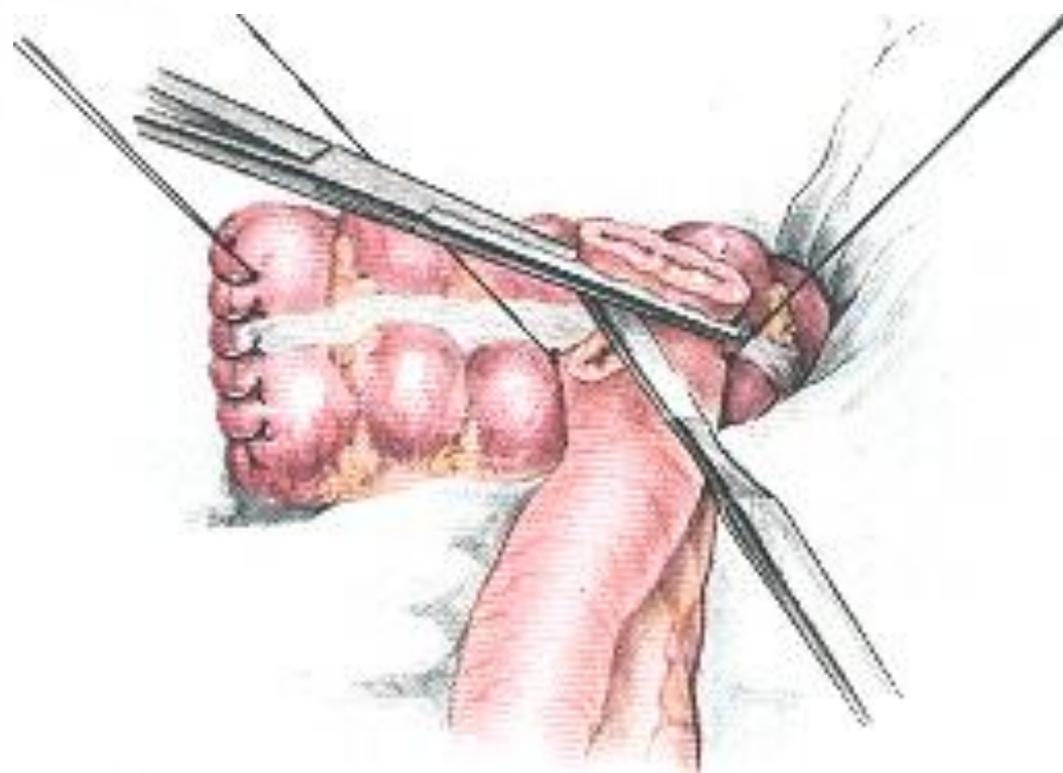
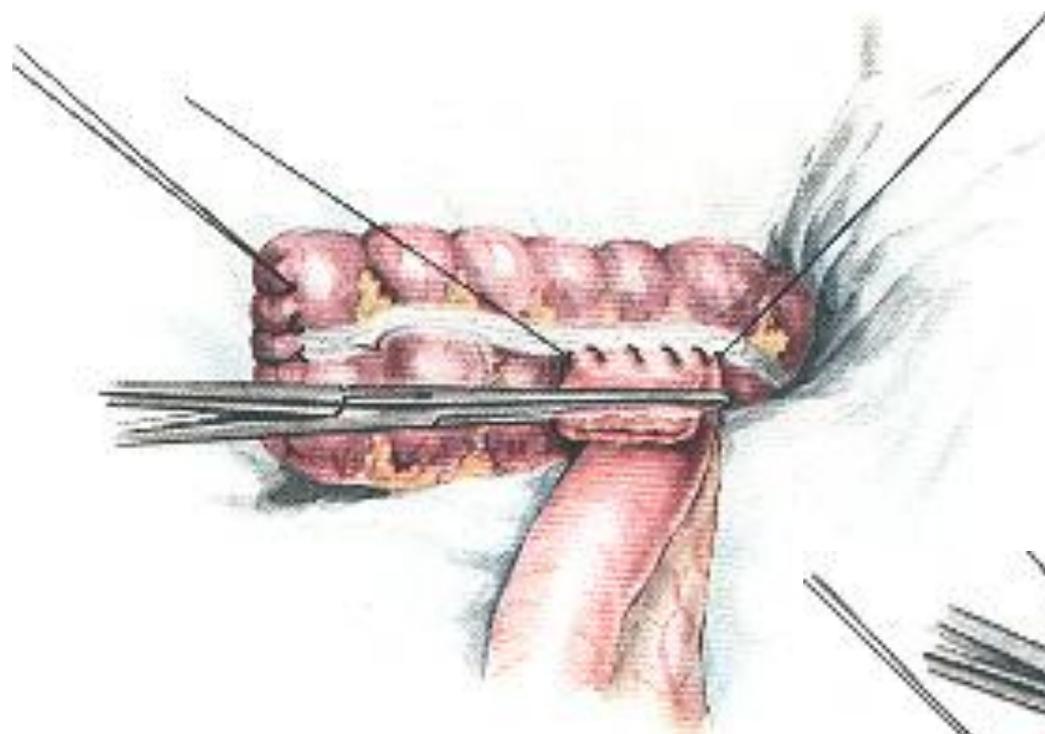


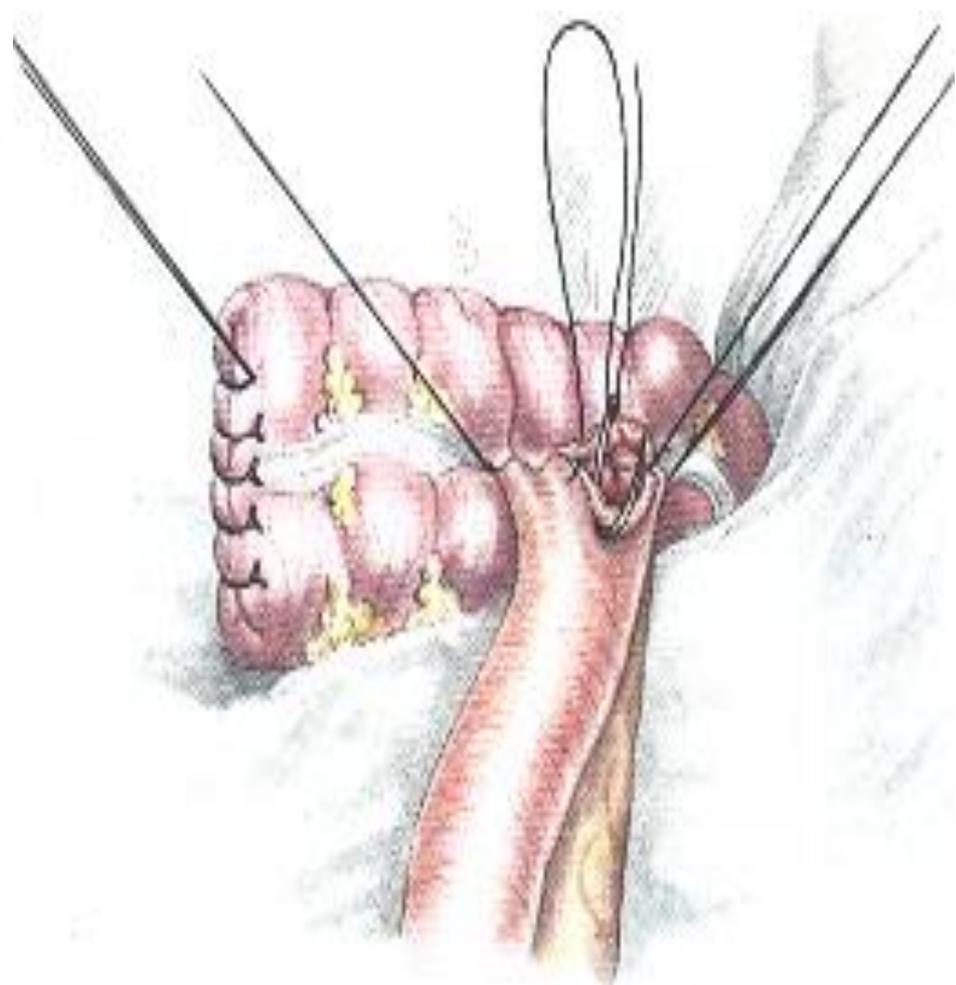
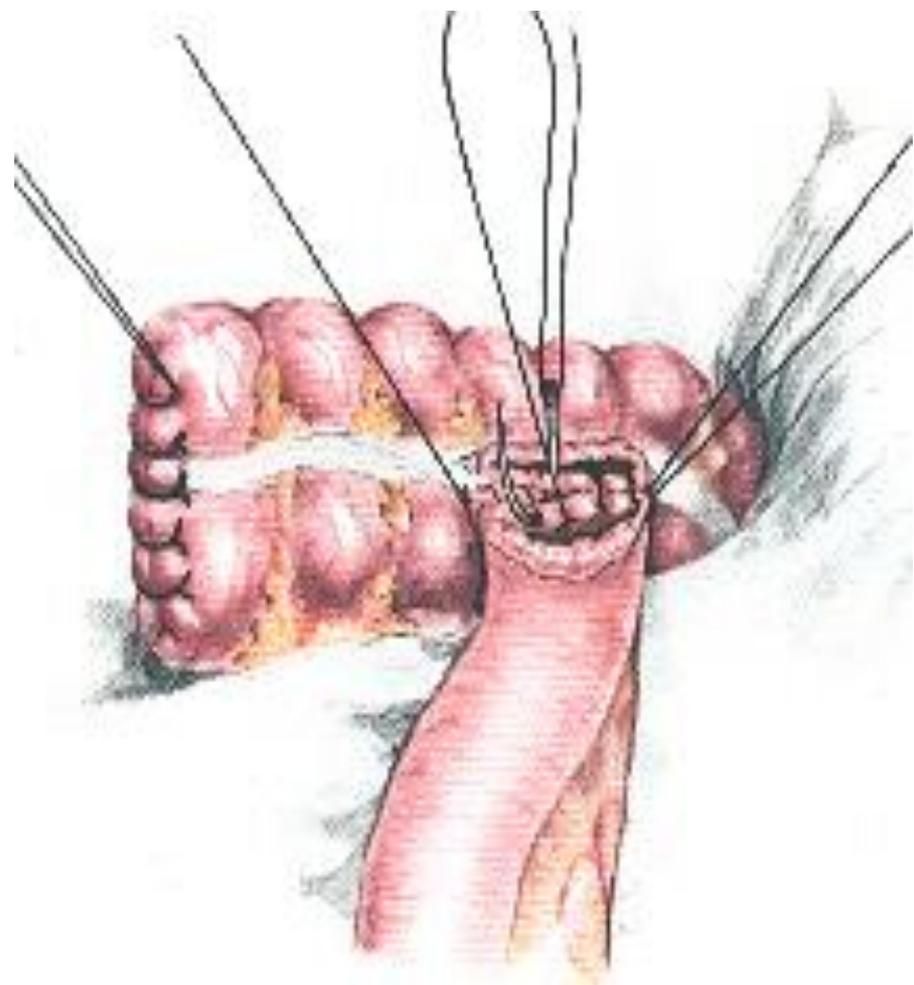


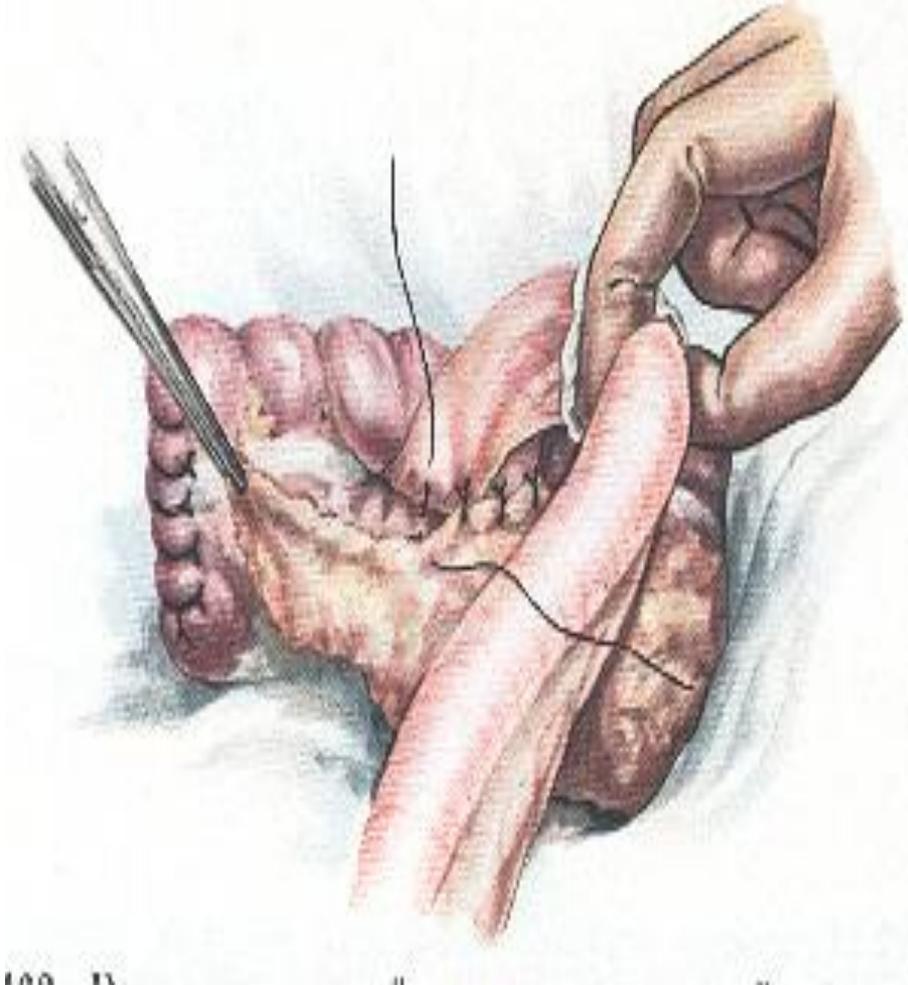
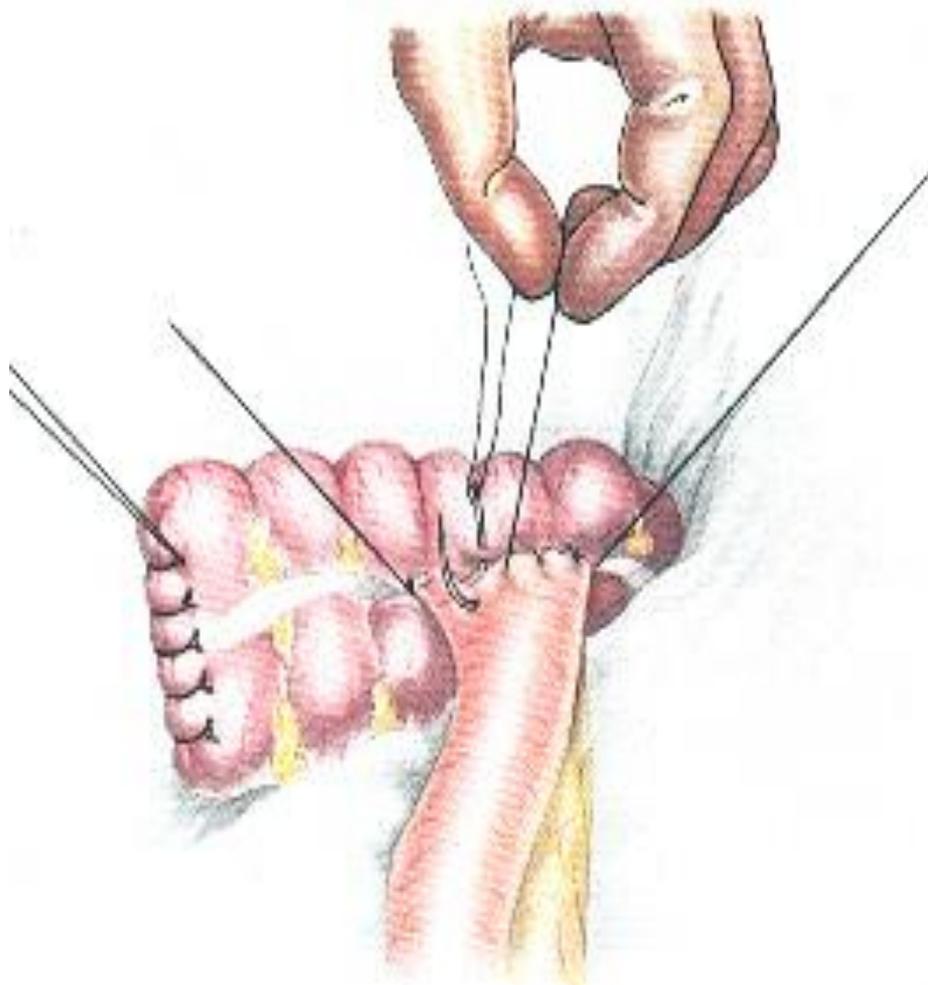












100 11

