

Операции на толстой кишке

Резекция толстой кишки

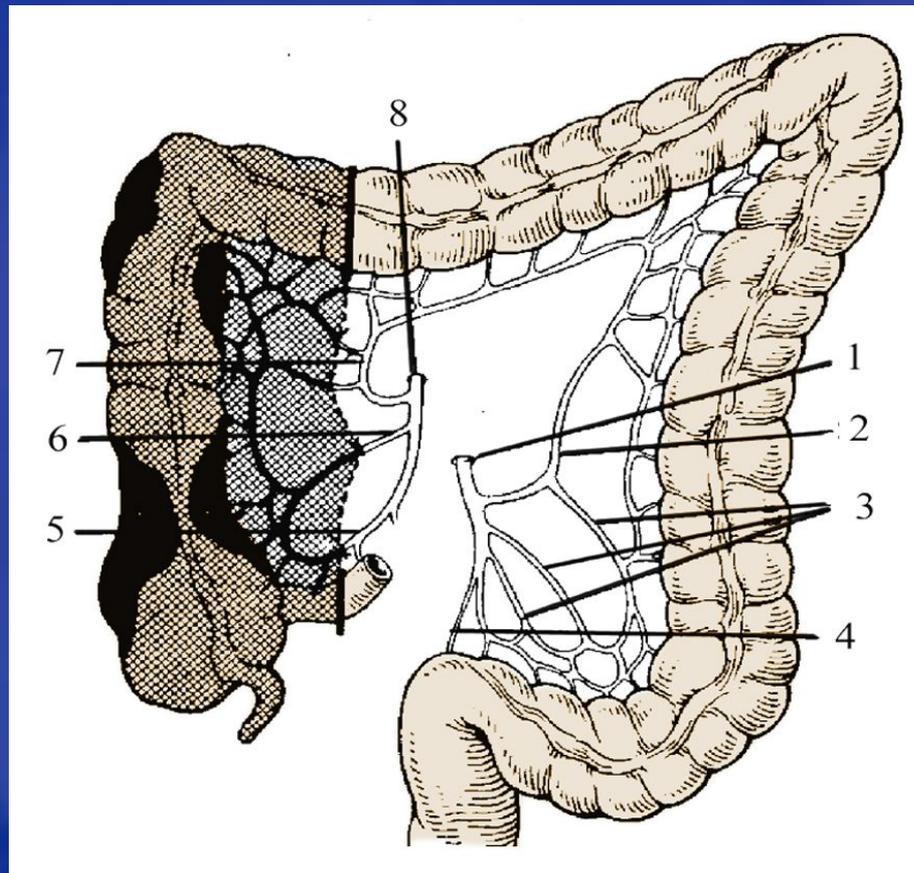
Показания: радикальное удаление раковой опухоли толстой кишки.

Особенности:

- 1. С обеих сторон от опухоли должно быть резецировано минимум 10 см неизменной части кишки.*
- 2. Линия резекции должна проходить через хорошо подвижный, со всех сторон покрытый брюшиной отрезок толстой кишки.*

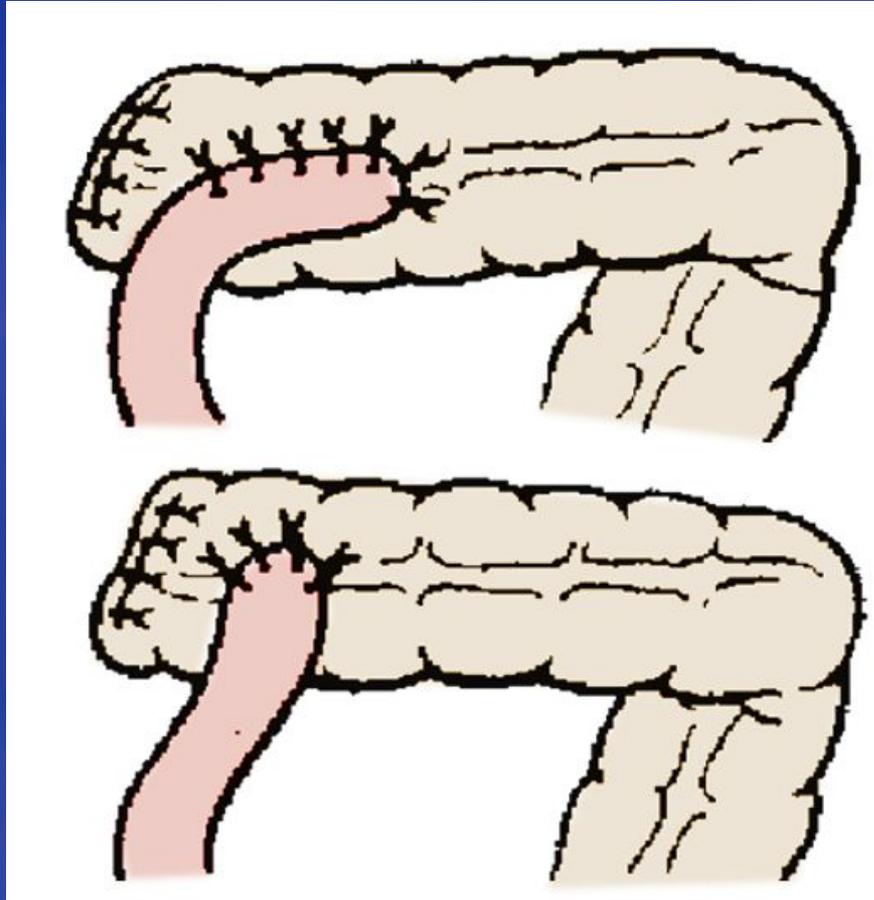
Правосторонняя гемиколэктомия

Суть операции – удаление всей правой половины толстой кишки, включая 10-15 см терминального отдела подвздошной кишки, слепой, восходящей ободочной, печеночного изгиба и правой трети поперечной ободочной кишки.

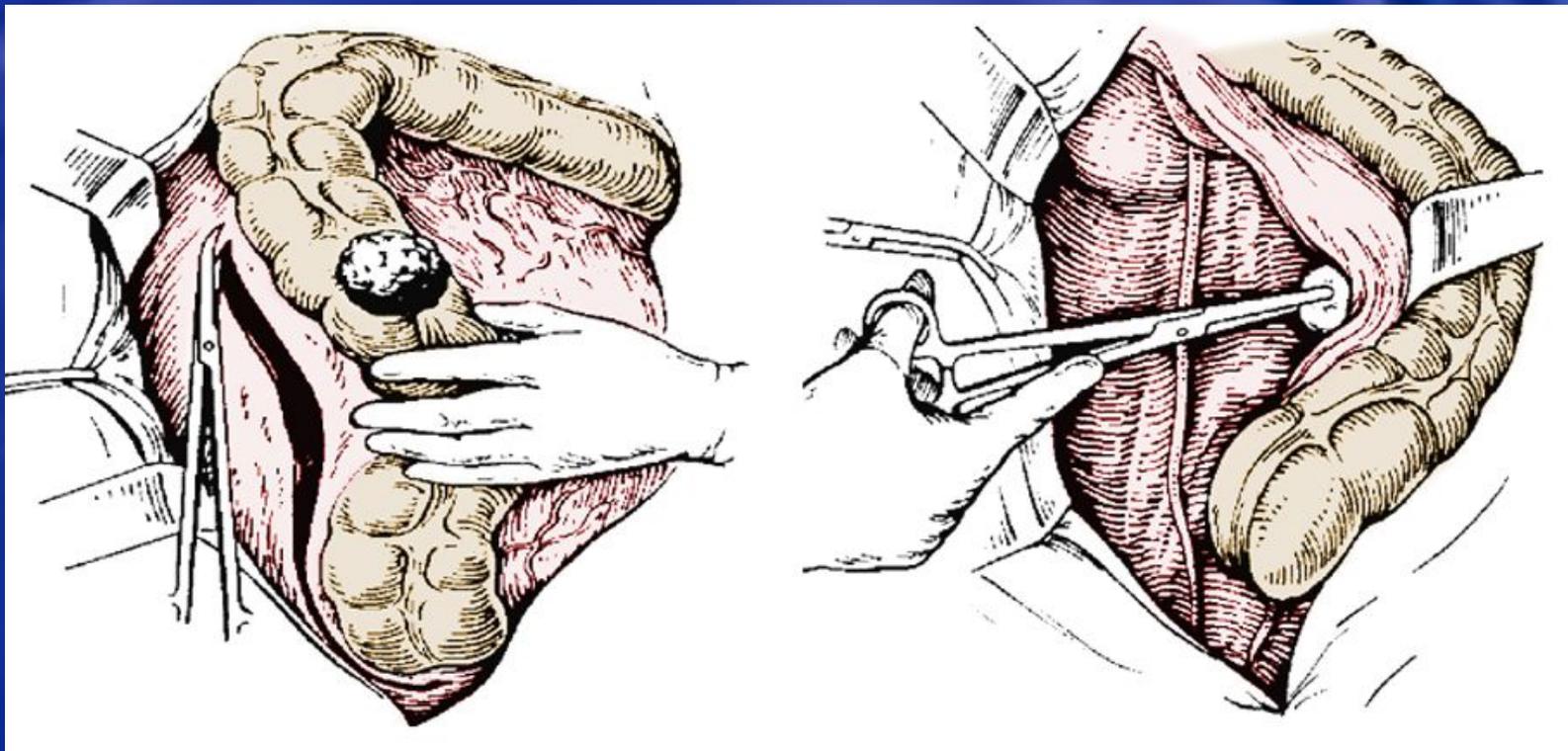


Правосторонняя гемиколэктомия

После резекции толстой кишки проходимость восстанавливают между подвздошной и поперечноободочной кишкой, создавая илео-трансверзоанастомоз по типу “бок в бок” или “конец тонкой в бок толстой”

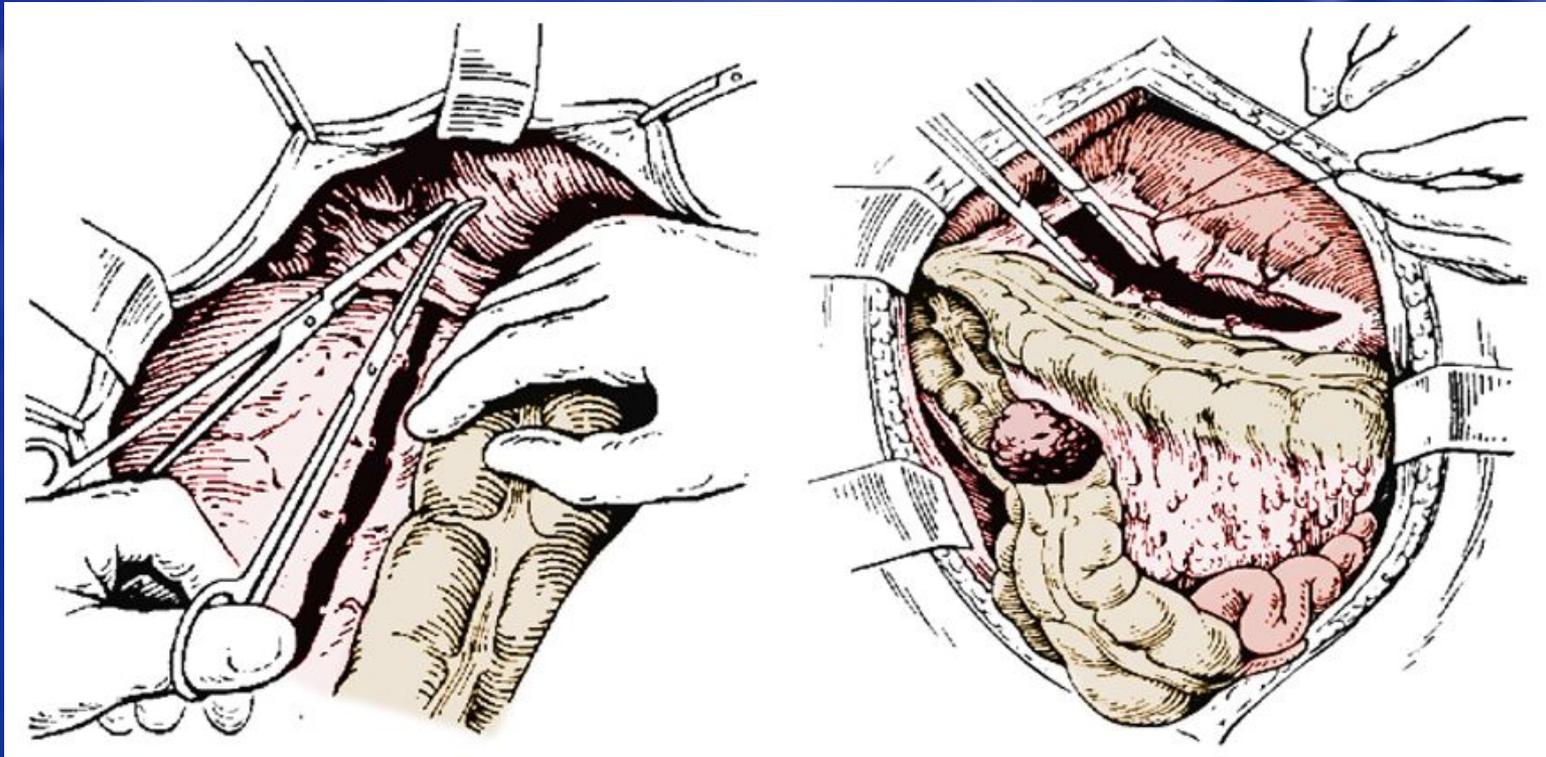


Правосторонняя гемиколэктомия



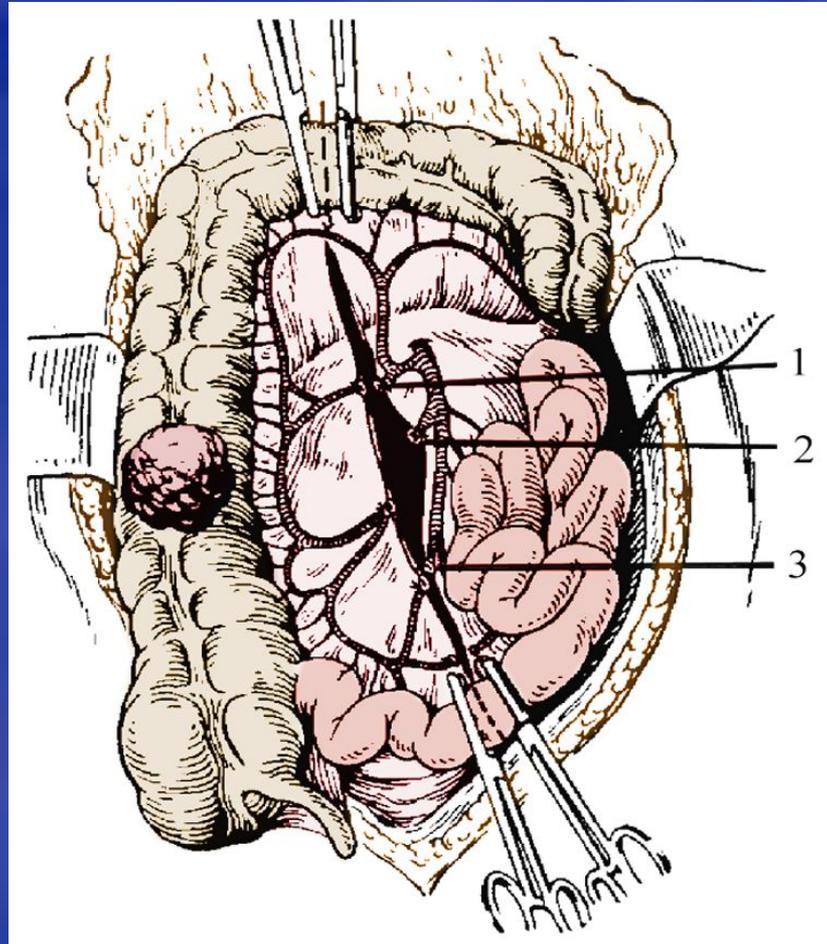
1. Доступ – нижняя срединная лапаротомия.
2. Отводят восходящую ободочную кишку влево.
3. Рассекают париетальную брюшину вдоль наружного края восходящей ободочной кишки от илеоцекального угла до печеночного изгиба.
4. Тупо выделяют кнутри слепую и восходящую ободочную кишку.

Правосторонняя гемиколэктомия



5. Проводят мобилизацию печеночного изгиба и правой трети поперечной ободочной кишки путем пересечения между зажимами печеночно-ободочной связки.
6. Далее пересекают желудочно-ободочную связку от печеночного изгиба до уровня резекции правой трети поперечной ободочной кишки.
7. Удаляют большой сальник соответственно уровню резекции поперечно-ободочной кишки.

Правосторонняя гемиколэктомия



8. Проводят мобилизацию внутреннего края восходящей ободочной кишки с перевязкой и пересечением *a. iliocolica*, *a. colica dextra* и правой ветви *a. colica media*.
9. После этого пересекают кишки между зажимами.

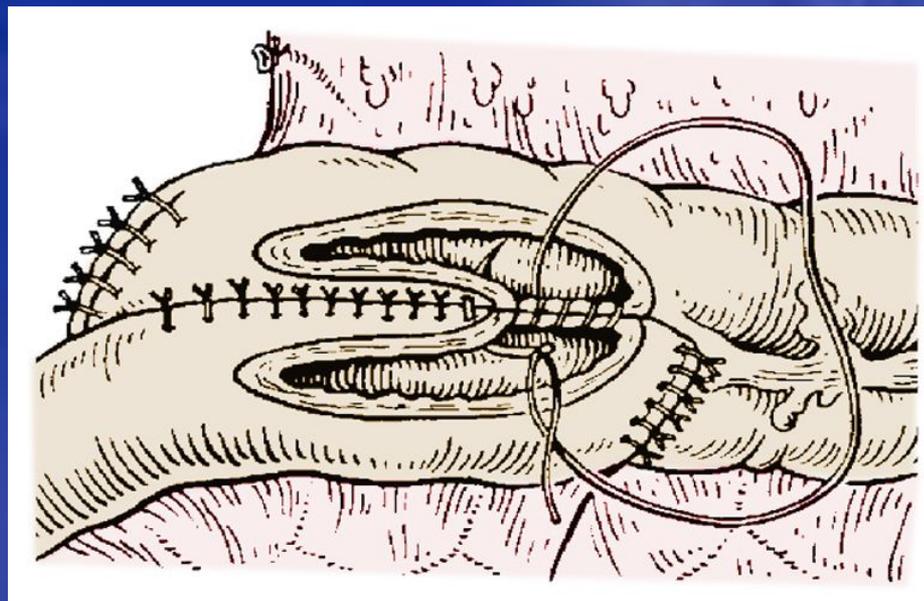
Правосторонняя гемиколэктомия

(наложение илеотрансверзоанастомоза по типу “бок в бок”)

Илеотрансверзо-анастомоз “бок в бок” должен накладываться изоперистальтически (конец подвздошной кишки расположен по ходу толстой кишки).

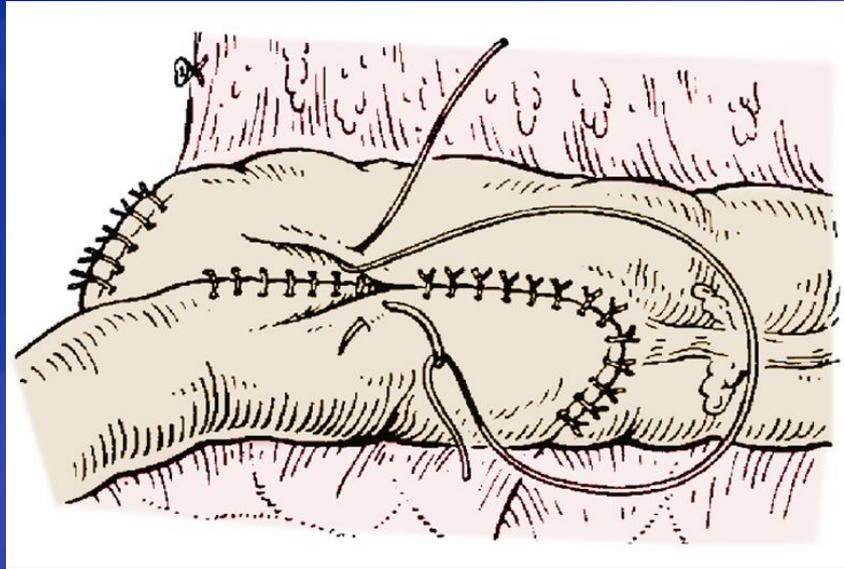
Анастомоз должен располагаться по свободной ленте ободочной кишки на расстоянии 3-4 см от ее конца и около 2 см от конца подвздошной кишки.

Правосторонняя гемиколэктомия (наложение илеотрансверзоанастомоза по типу “бок в бок”)



- 1. Наложение заднего ряда узловых серозно-мышечных швов Лямбера, отступя около 1 см от свободной ленты ободочной кишки и на 1 см от брыжеечного края тонкой кишки.**
- 2. Вскрытие просвета подвздошной кишки параллельно заднему ряду серозно-мышечных швов на расстоянии 1 см от него.**
- 3. Вскрытие просвета ободочной кишки по середине свободной ленты.**
- 4. Наложение непрерывного шва захлестку Ривердена-Мультановского на заднюю губу анастомоза.**

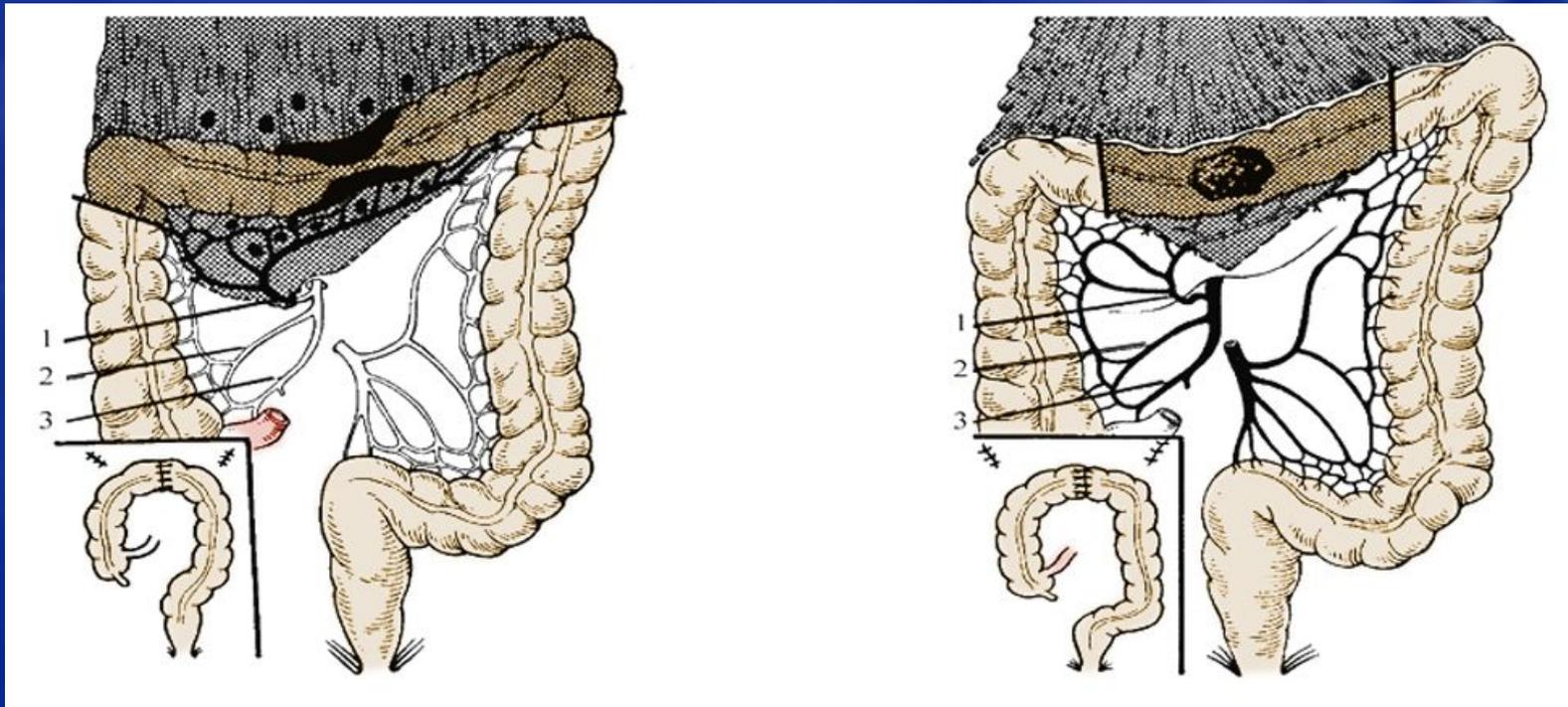
Правосторонняя гемиколэктомия (наложение илеотрансверзоанастомоза по типу “бок в бок”)



- 5. Наложение непрерывного обвивного шва Шмидена на переднюю губу анастомоза.**
- 6. Погружение непрерывного шва узловыми серозно-мышечными швами.**
- 7. Сшивание узловыми швами краев брыжейки толстой и тонкой кишки.**
- 8. Ушивание дефекта брюшины задней стенки снизу вверх непрерывным швом.**
- 9. Ушивание лапаротомной раны.**

Резекция поперечноободочной кишки

Показания: опухоли, находящиеся на подвижной части поперечноободочной кишки.



При наличии метастазов в лимфатических узлах mesocolon transversum накладывают асцендо-десцендоанастомоз

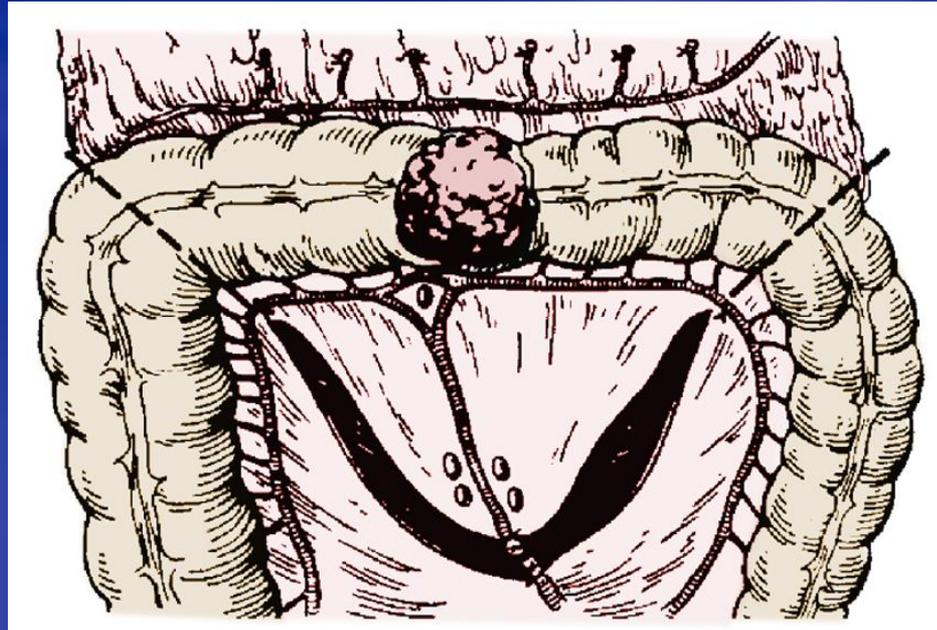
При отсутствии метастазов в лимфатических узлах mesocolon transversum накладывают трансверзо-трансверзоанастомоз

Резекция поперечноободочной кишки



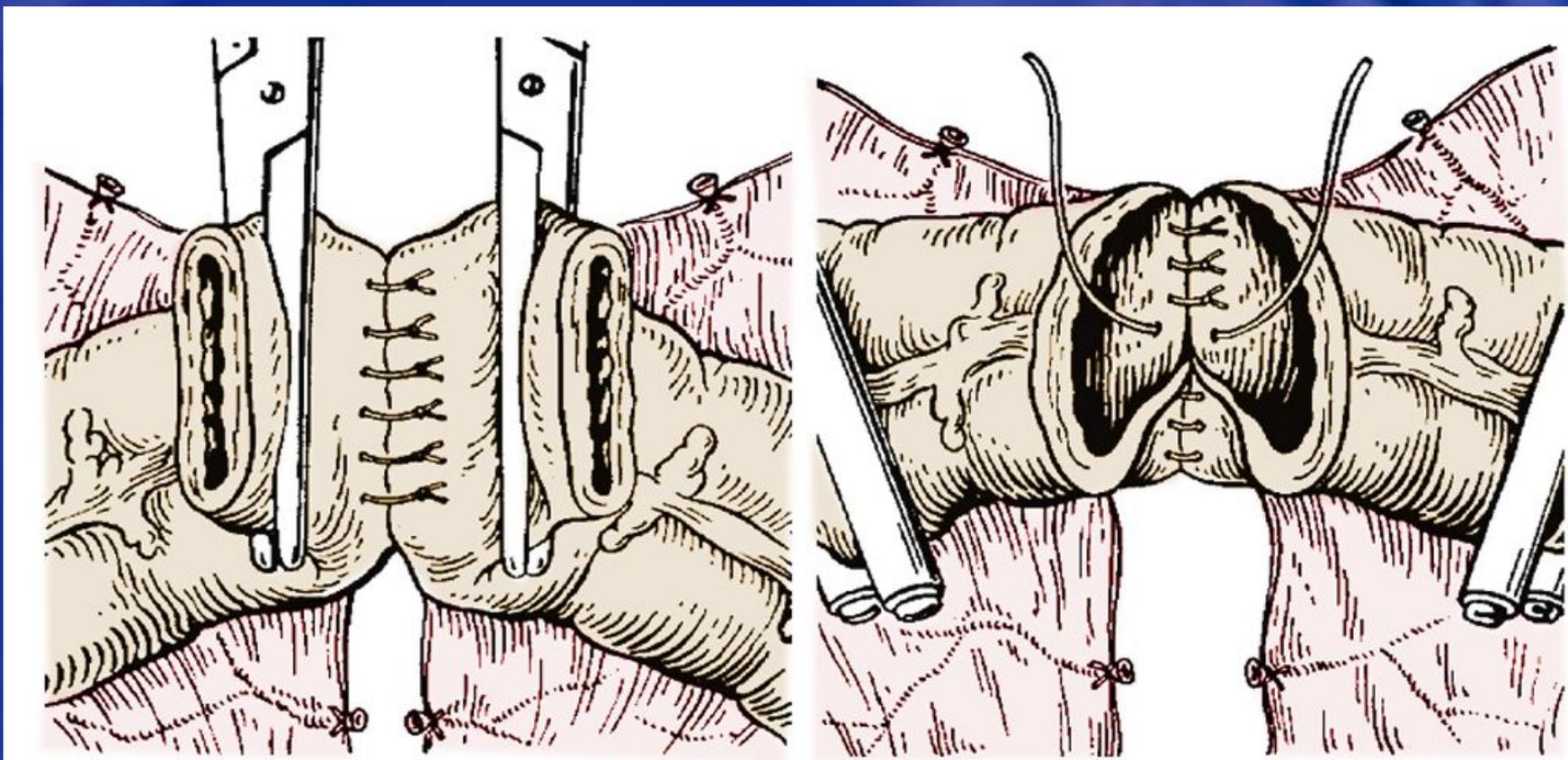
1. Доступ – верхне-срединная лапаротомия.
2. Мобилизация печеночного и селезеночного углов поперечной ободочной кишки путем пересечения *lig. hepatocolicum* и *lig. phrenicocolicum*.
3. Мобилизацию поперечноободочной кишки от большой кривизны желудка проводят:
 - путем пересечения *lig. gastrocolicum* между *vasa gastroepiploica dex. et sin.* и стенкой толстой кишки
 - путем отсечения большого сальника в бессосудистой зоне.

Резекция поперечноободочной кишки



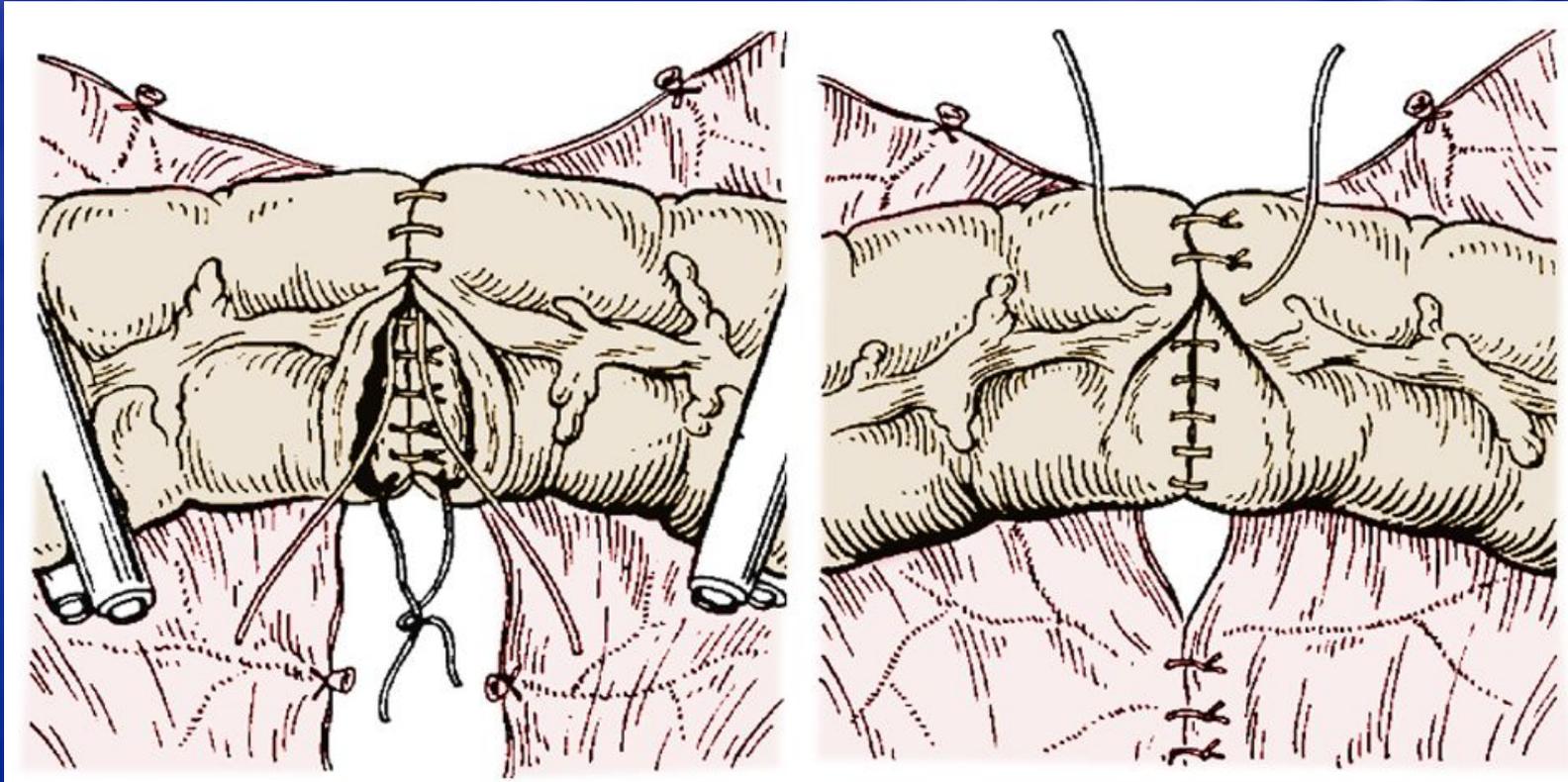
4. *Пересечение брыжейки поперечноободочной кишки отступя по возможности дальше от стенки кишки.*
5. *Перевязка и пересечение а. colica media вблизи места ее отхождения от верхней брыжеечной артерии.*
6. *Наложение жестких зажимов на удаляемую часть кишки и мягких на остающиеся концы кишки.*
7. *Пересечение поперечно-ободочной кишки между зажимами.*

Резекция поперечной ободочной кишки (формирование анастомоза по типу “конец в конец”)



- 1. Создание задней стенки анастомоза путем наложения швов Ламбера.**
- 2. Наложение внутренних сквозных узловых швов на заднюю стенку анастомоза.**

Резекция поперечной ободочной кишки (формирование анастомоза по типу “конец в конец”)

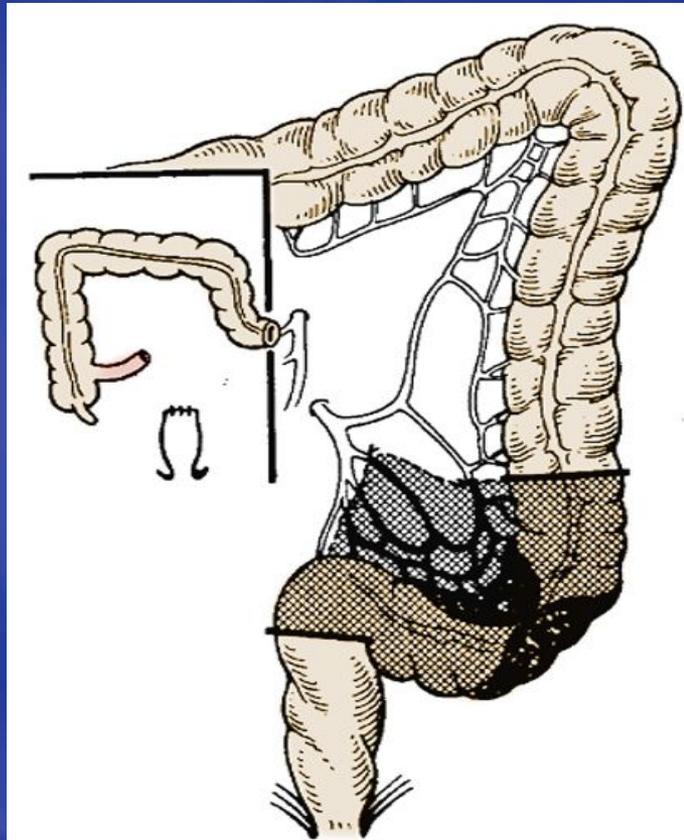


- 3. Наложение непрерывных вворачивающих швов на переднюю стенку анастомоза.**
- 4. Наложение швов Лямбера на переднюю стенку анастомоза поверх вворачивающих швов.**
- 5. Сшивание дефекта mesocolon transversum узловыми швами.**

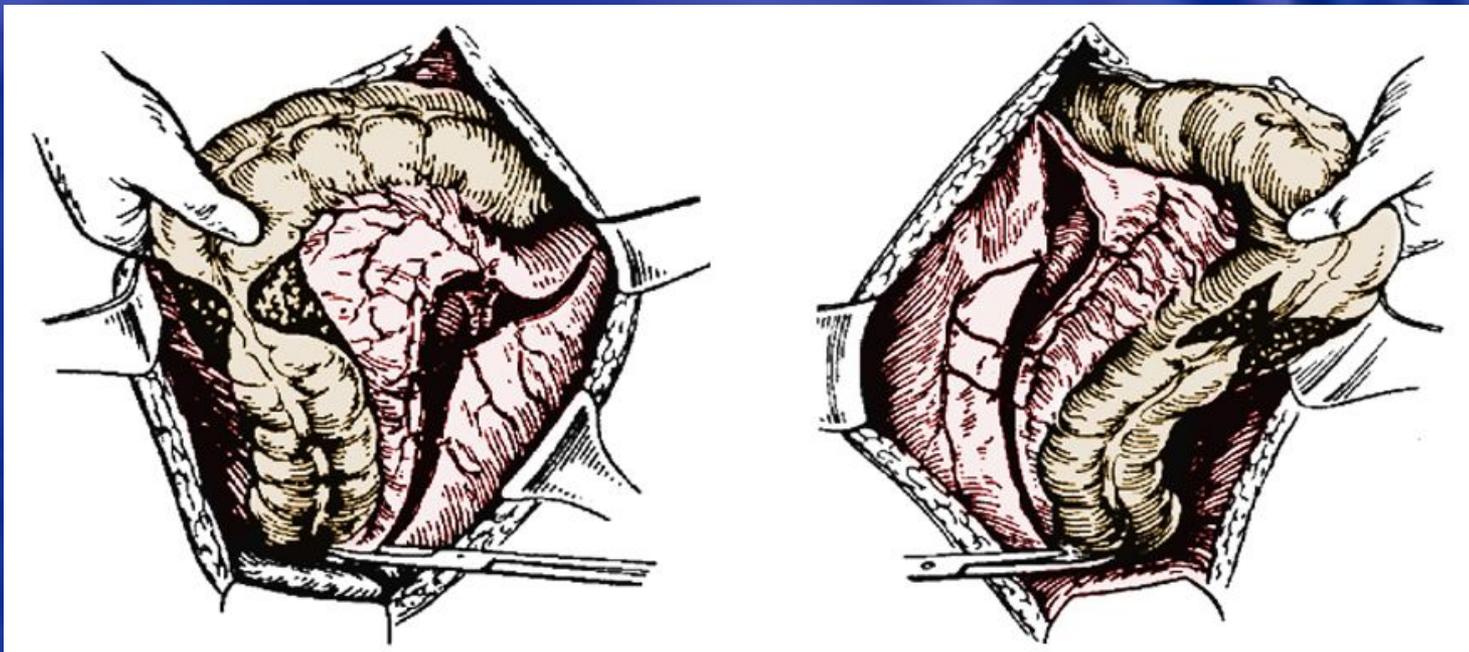
Операция Гартмана

Показания: у ослабленных больных при раке сигмовидной ободочной кишки или ректосигмоидного отдела.

Суть операции - проведение одномоментной резекции участка сигмовидной и части прямой кишки с наложением одноствольного противоестественного заднего прохода.

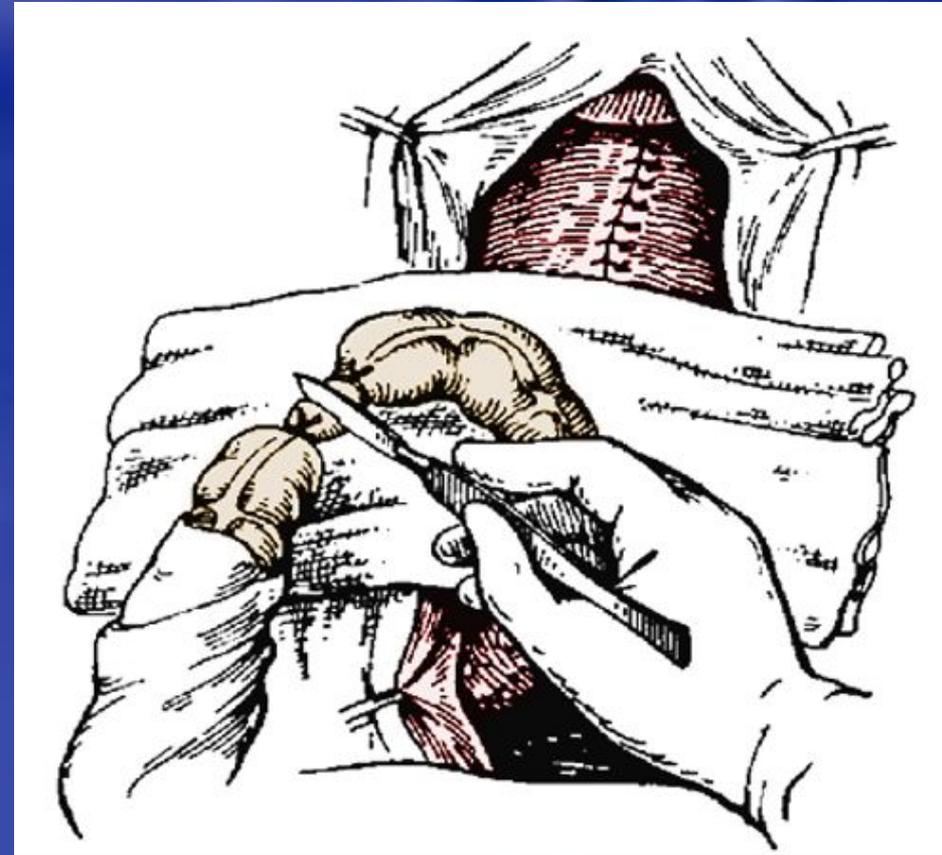
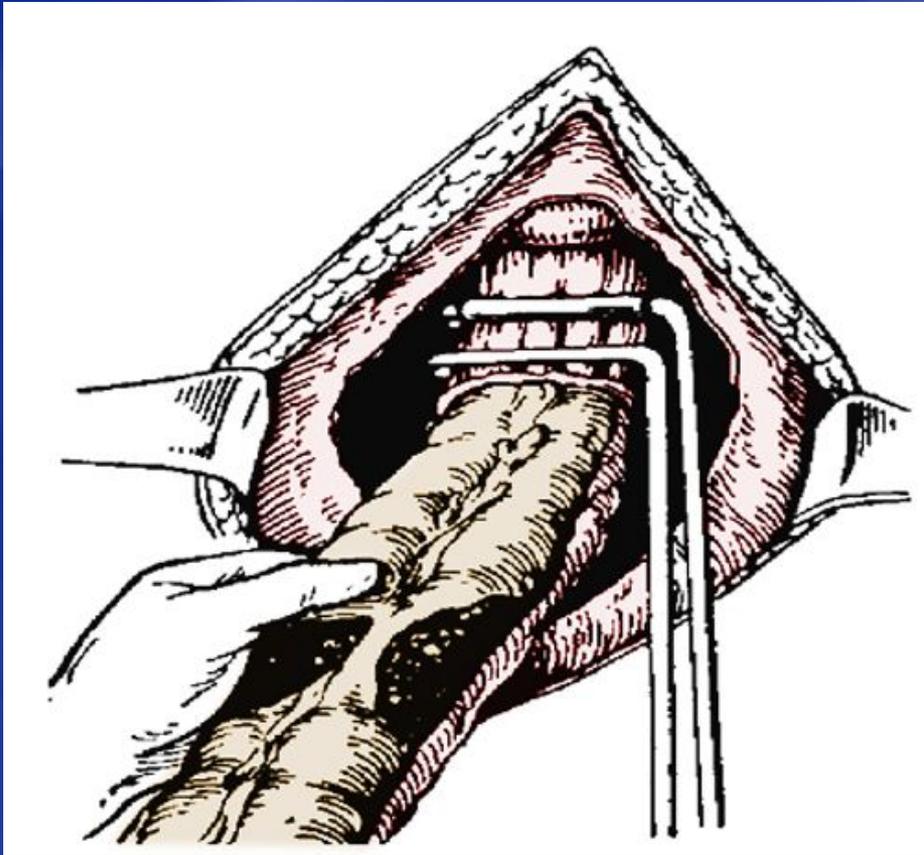


Операция Гартмана



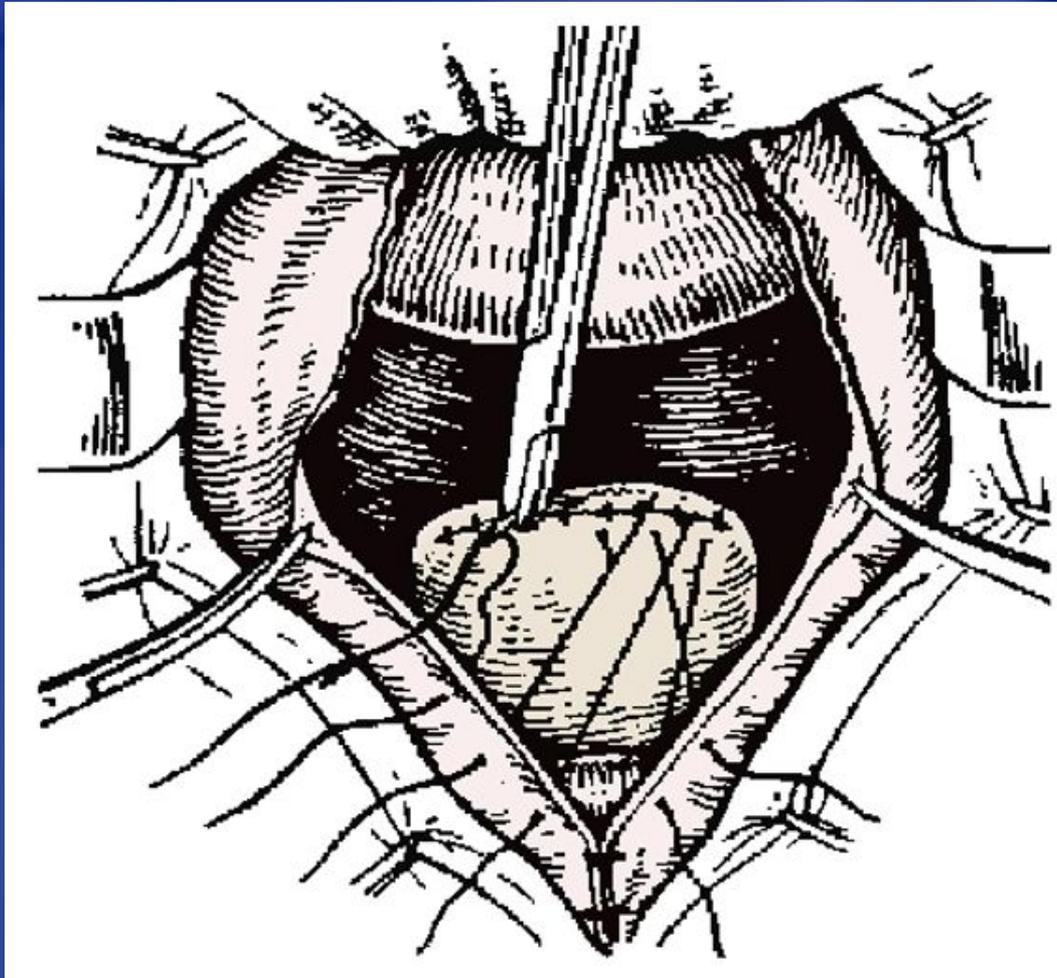
1. Доступ – нижне-срединная лапаротомия.
2. Проводят мобилизацию сигмовидной кишки путем рассечения париетального листка брюшины по наружному краю сигмовидной кишки.
3. Рассекают внутренний листок брюшины у корня брыжейки сигмовидной кишки.
4. Пересекают между зажимами 2-ю и 3-ю сигмовидные артерии, сохраняя 1-ю сигмовидную артерию, *a. colica sinistra* и *a. rectalis superior*.
5. В случае удаления верхне-ампулярного отдела прямой кишки перевязывают и *a. rectalis superior*.

Операция Гартмана



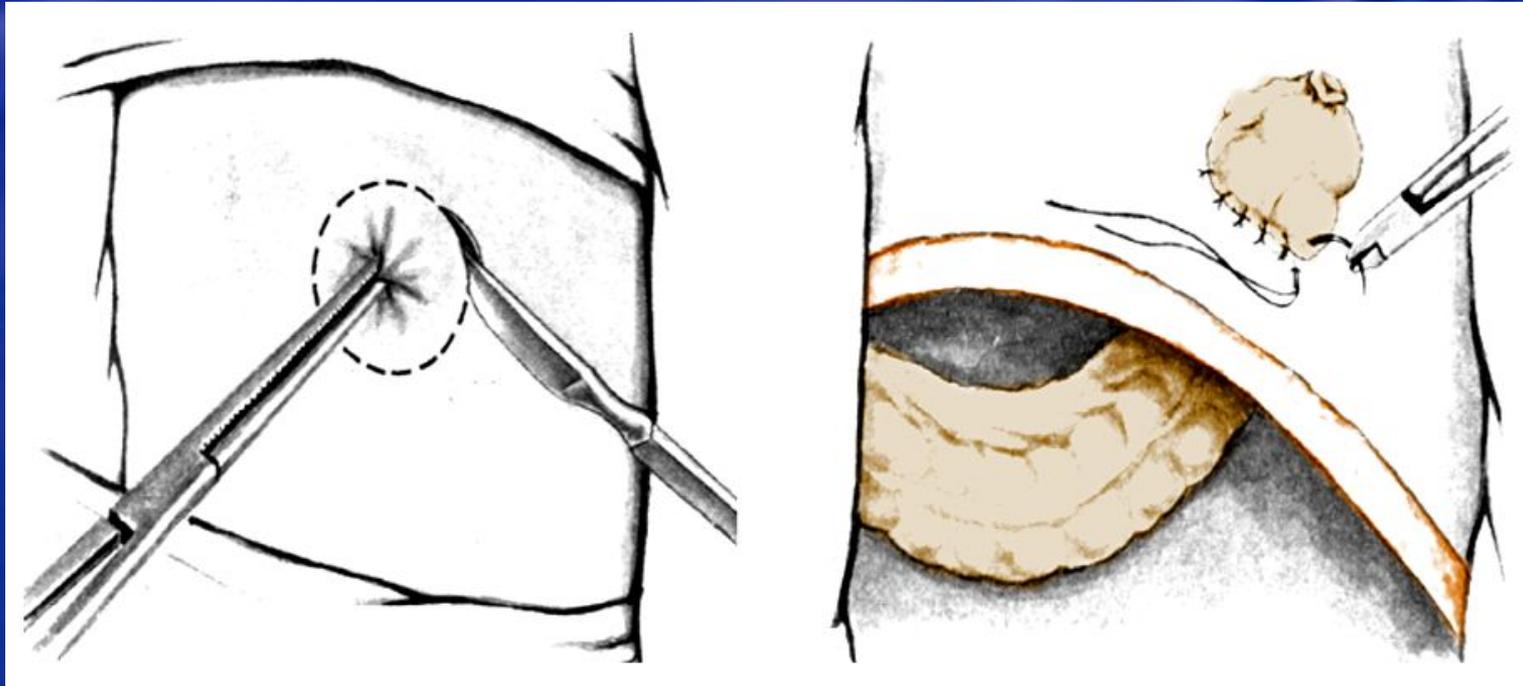
6. Накладывают зажимы и пересекают прямую кишку ниже ректосигмоидного отдела.
7. Пересекают и удаляют сигмовидную кишку между зажимами в пределах здоровых тканей.

Операция Гартмана



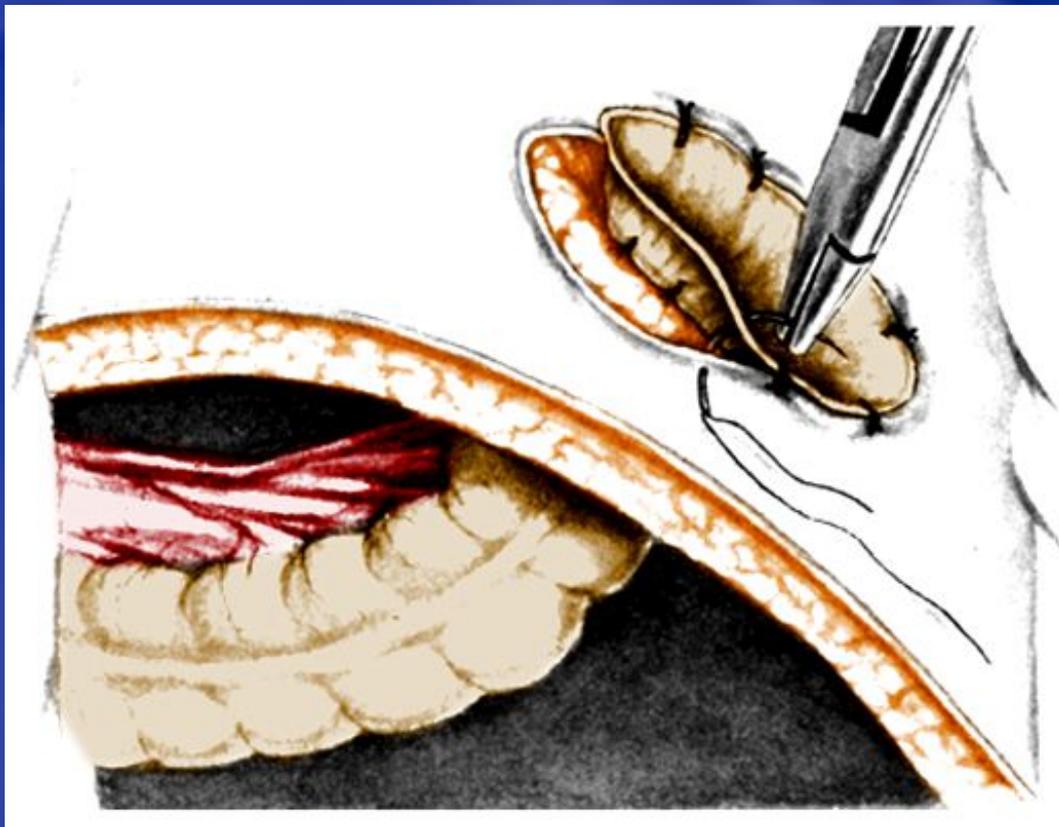
8. Ушивают дистальный конец прямой кишки наглухо.
9. Операцию заканчивают перитонизацией культи прямой кишки.

Операция Гартмана



10. Циркулярно рассекают кожу в левой подвздошной области.
11. Вскрывают брюшную полость косым переменным разрезом.
12. Иссекают апоневроз поперечной мышцы в виде окна.
13. Подшивают париетальную брюшину к краям кожного разреза.
14. Выводят проксимальный конец сигмовидной кишки через сформированный разрез.
15. Проводят сигмопексию.

Операция Гартмана



16. **Послойно зашивают лапаротомную рану.**
17. **Отсекают выведенную петлю сигмовидной кишки на расстоянии 2-3 см над уровнем кожи.**
18. **Подшивают края стенки сигмовидной кишки к коже отдельными швами.**

Наложение искусственного противоестественного заднего прохода по способу Майдля

Показания: неоперабельный рак прямой кишки

Суть операции – наложение двухствольного заднего прохода

Виды



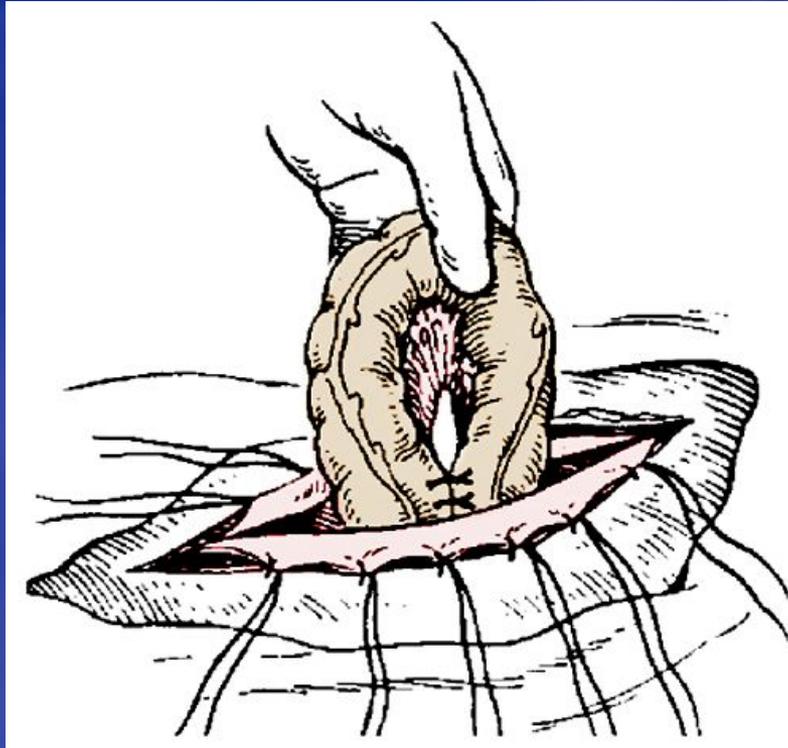
Временный

Показания: отведение каловых масс с целью создания благоприятных условий при ранениях прямой кишки.

Постоянный

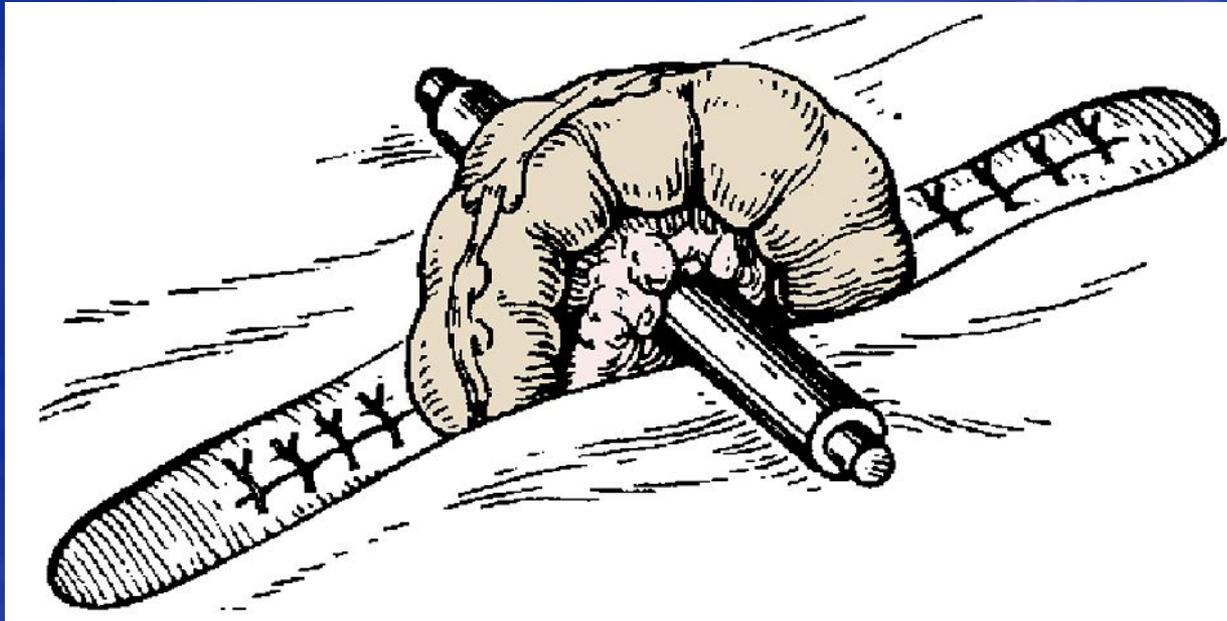
Показания: при раке и рубцовых сужениях прямой кишки после ее экстирпации.

Наложение искусственного противоестественного заднего прохода по способу Майдля



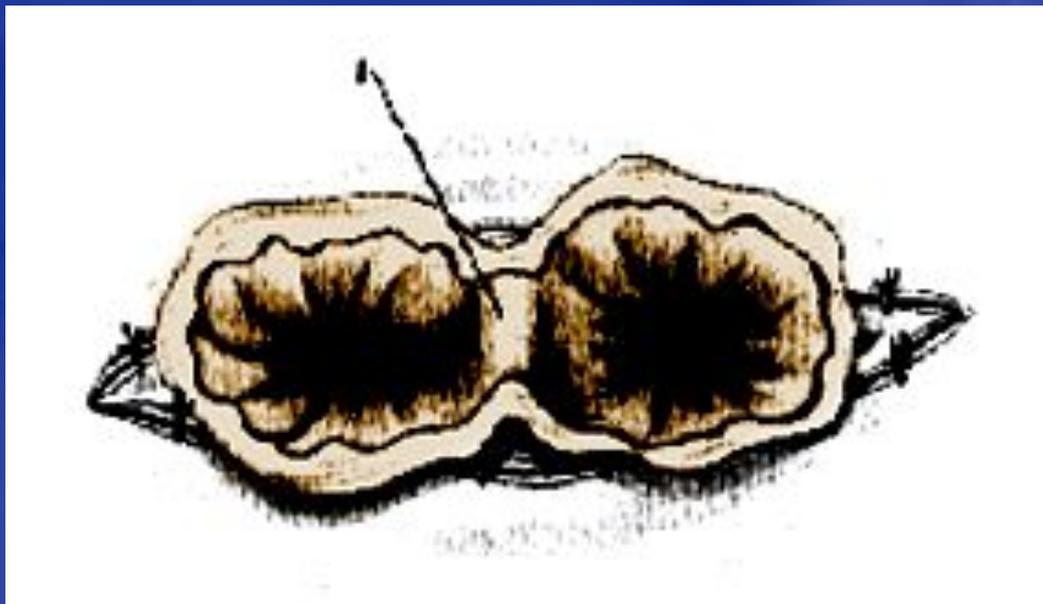
- 1. Проводят косой переменный разрез в левой подвздошной области.**
- 2. Циркулярно иссекают апоневроз поперечной мышцы живота.**
- 3. Извлекают в рану петли сигмовидной кишки.**
- 4. Сшивают брыжеечные края приводящей и отводящей петли кишки серозно-мышечными швами с формированием шпоры.**

Наложение искусственного противоестественного заднего прохода по способу Майдля



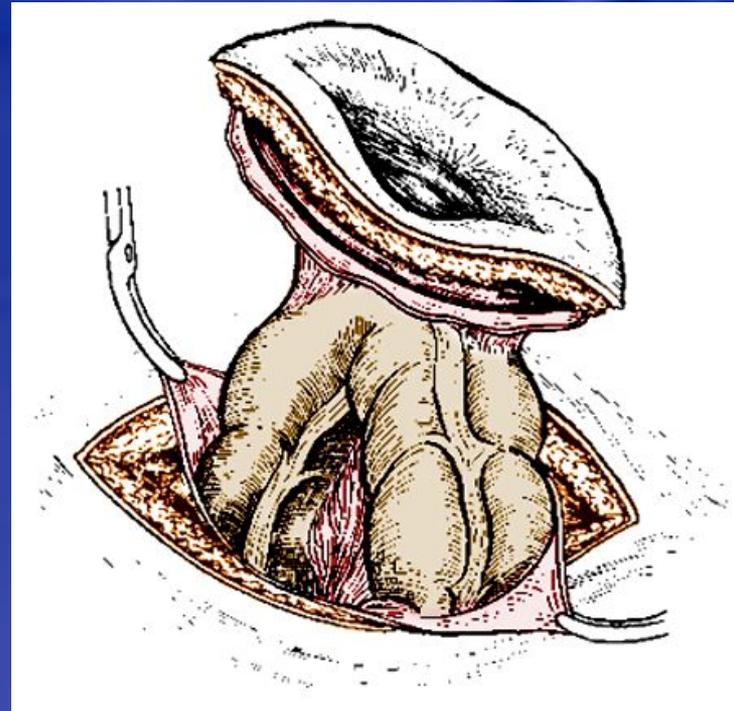
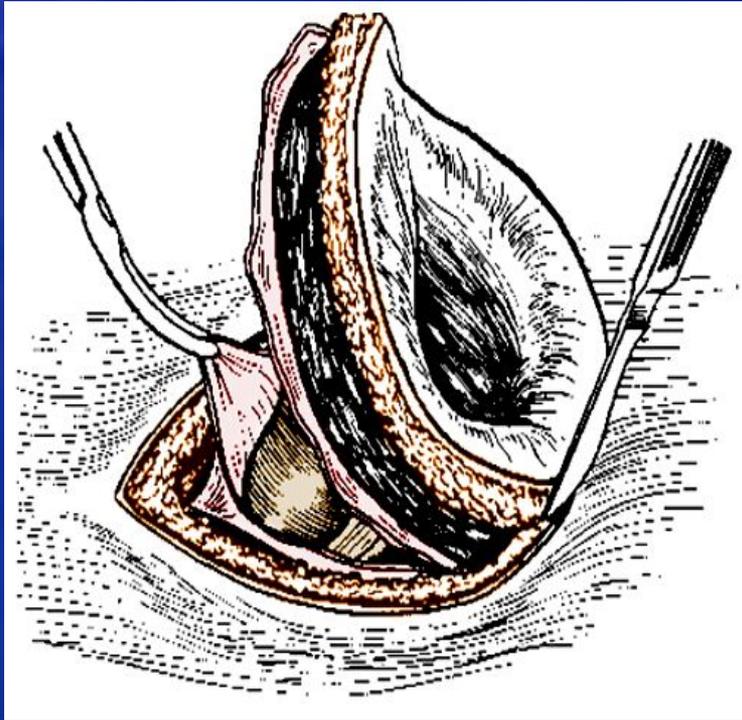
- 5. Подшивают париетальную брюшину к краям кожи брюшной стенки.***
- 6. Проводят сигмопексию.***
- 7. Проводят резиновую трубки со стержнем через отверстие в брыжейке сигмовидной кишки для фиксации кишки над трубкой в подвешенном состоянии.***
- 8. Послойное зашивание углов раны.***

Наложение искусственного противоестественного заднего прохода по способу Майдля



10. ***Через 2-3 дня вскрывают просвет кишки в поперечном направлении.***
11. ***Формируют два отверстия: проксимальный для отведения калового содержимого и дистальный для введения лекарственных веществ.***

Заккрытие калового свища и искусственного заднего прохода



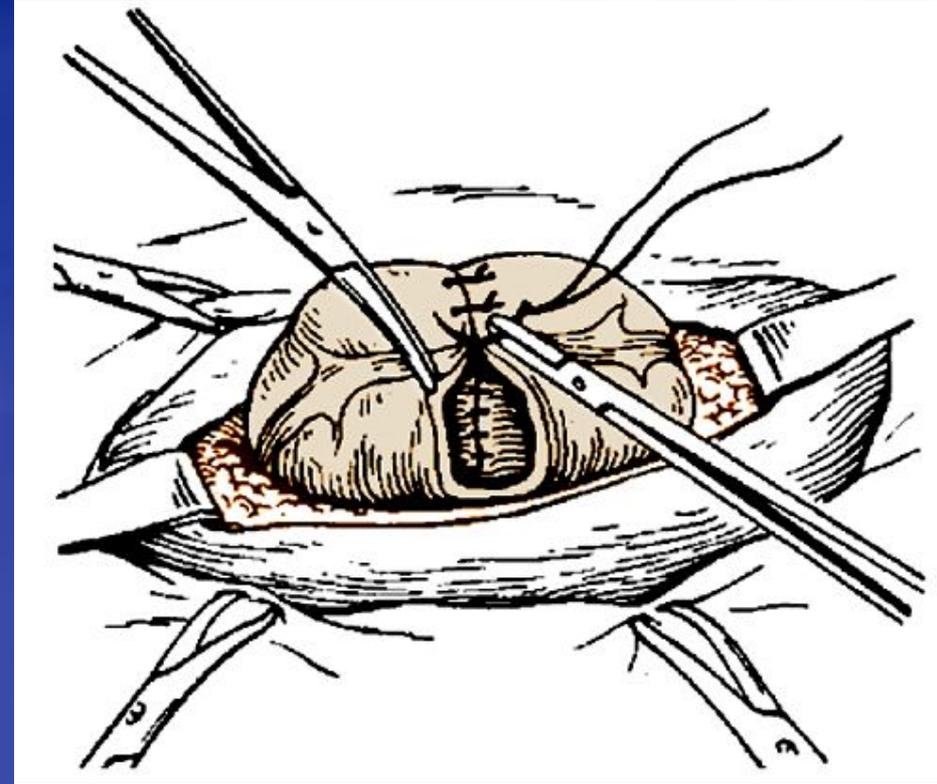
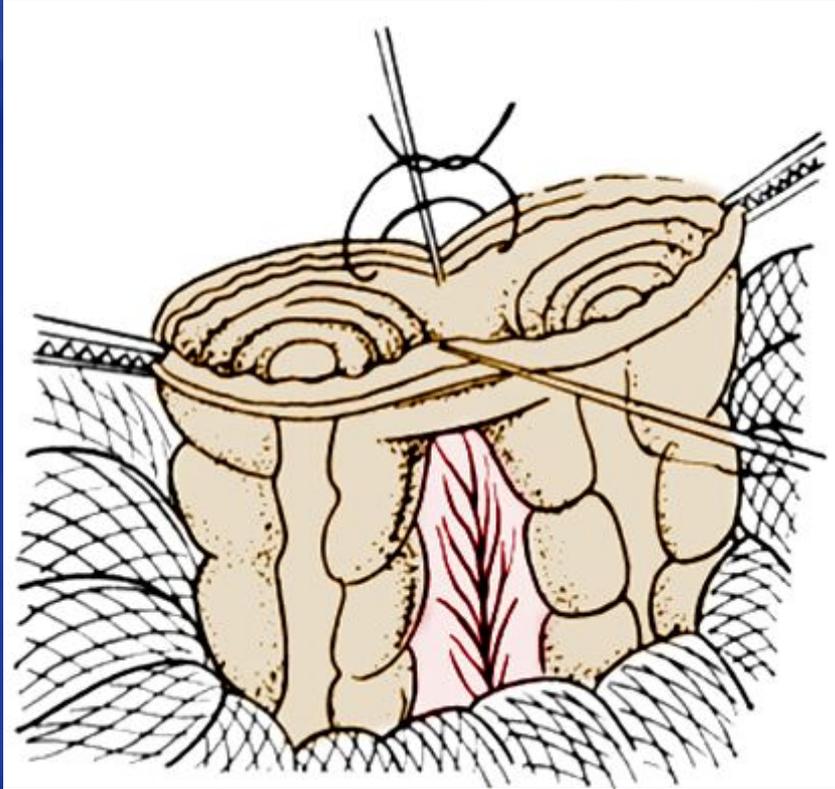
- 1. Проводят окаймляющий послойный разрез кожи вокруг свищевого хода до апоневроза наружной косой мышцы живота, отступя на 1 см от отверстия в кишке.**
- 2. Вскрывают брюшную полость.**
- 3. Выводят колостому в рану и рассекают шпору между приводящей и отводящей петлей колостомы.**

Закрытие калового свища и искусственного заднего прохода



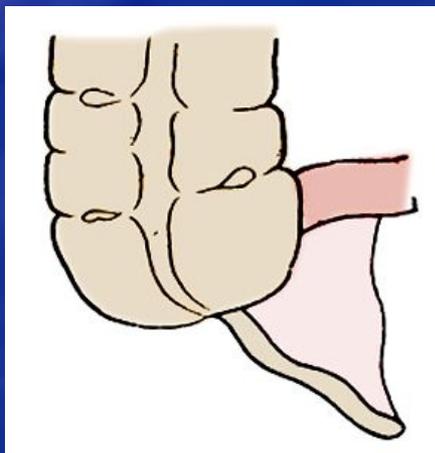
4. Проводят клиновидное иссечение кишки со свищом.

Закрытие калового свища и искусственного заднего прохода

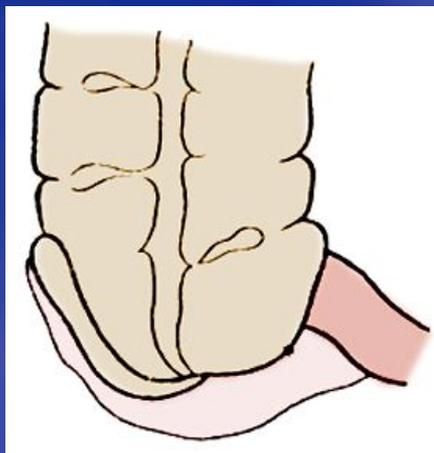


- 5. Ушивают свищевое отверстие в кишке узловыми швами в поперечном направлении по типу “конец в конец”.**
- 6. Ушивают дефект в брыжейке сигмовидной кишки.**

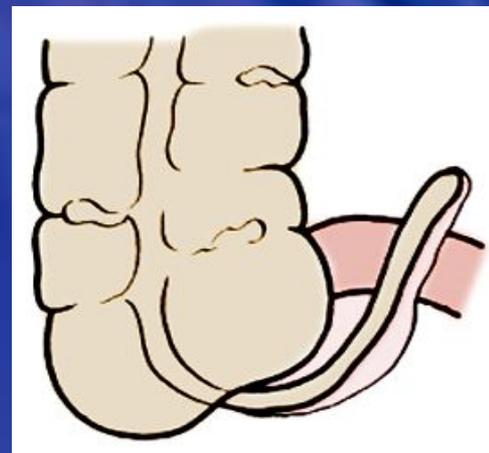
Варианты положения червеобразного отростка по отношению к слепой кишке



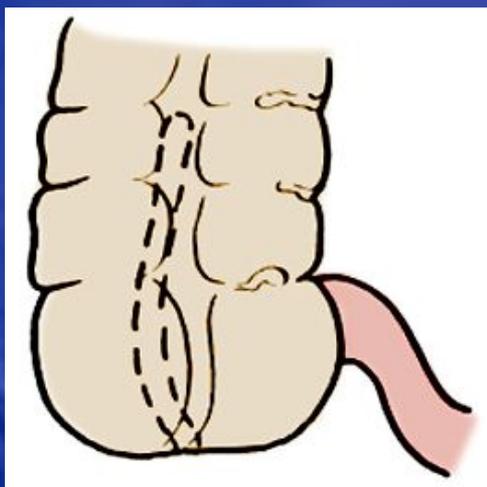
1. Нисходящее



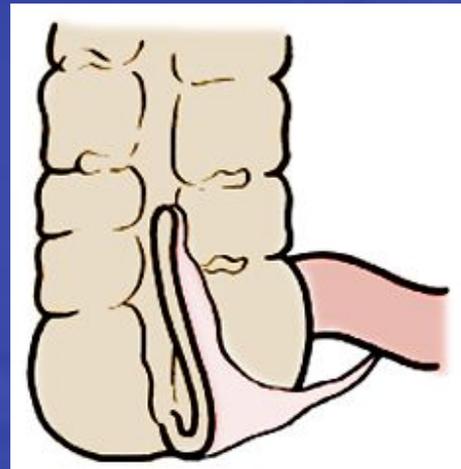
2. Латеральное



3. Медиальное



4. Ретроцекальное



5. Переднее

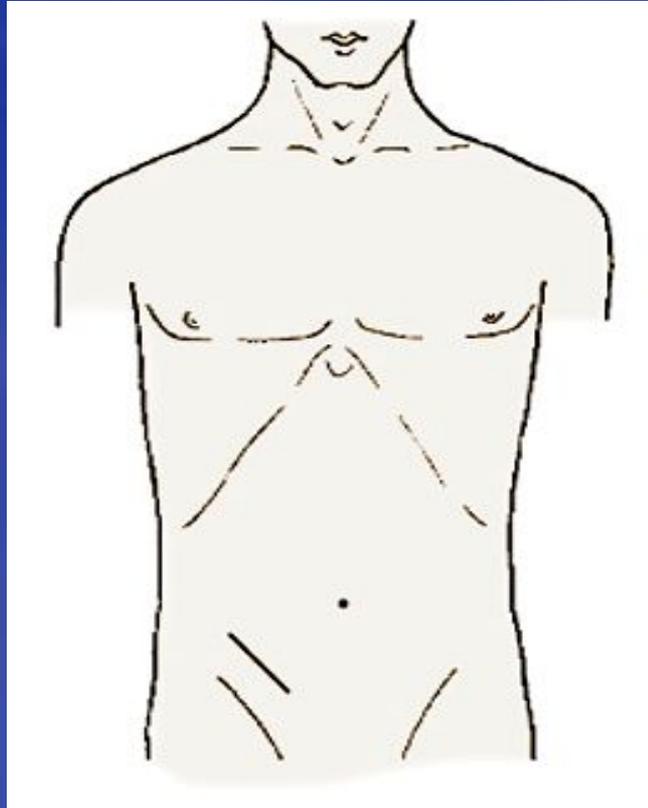
Виды аппендэктомии

***Классическая
антеградная***

Ретроградная

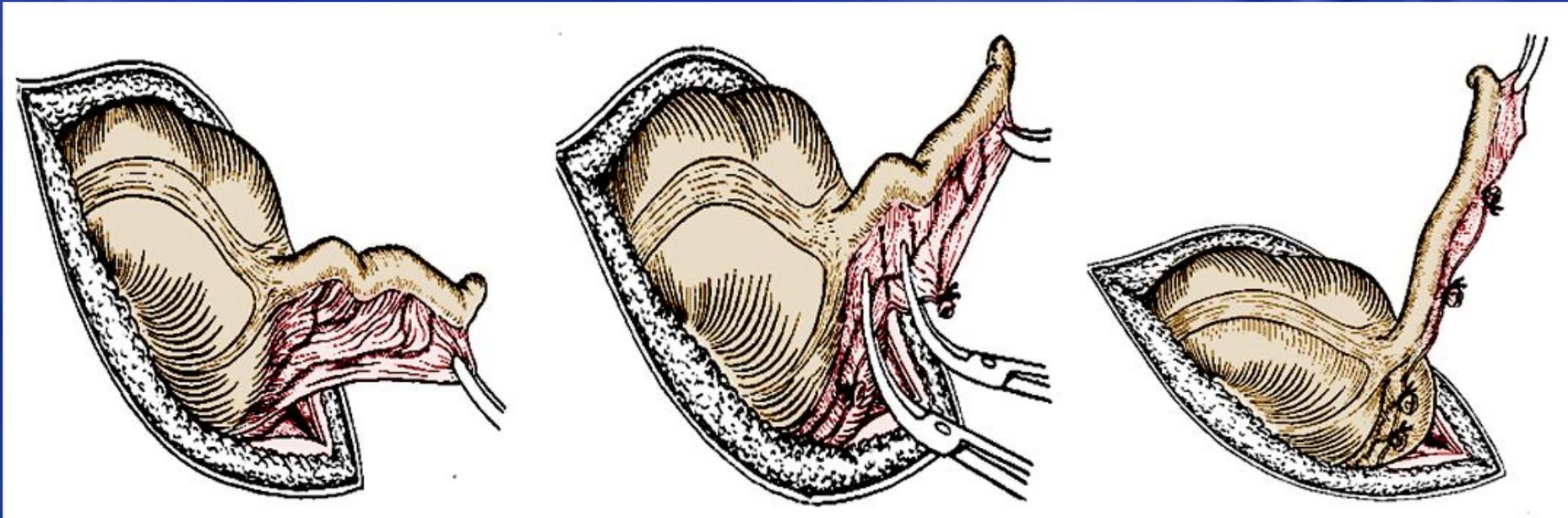
Лапароскопическая

Аппендэктомия



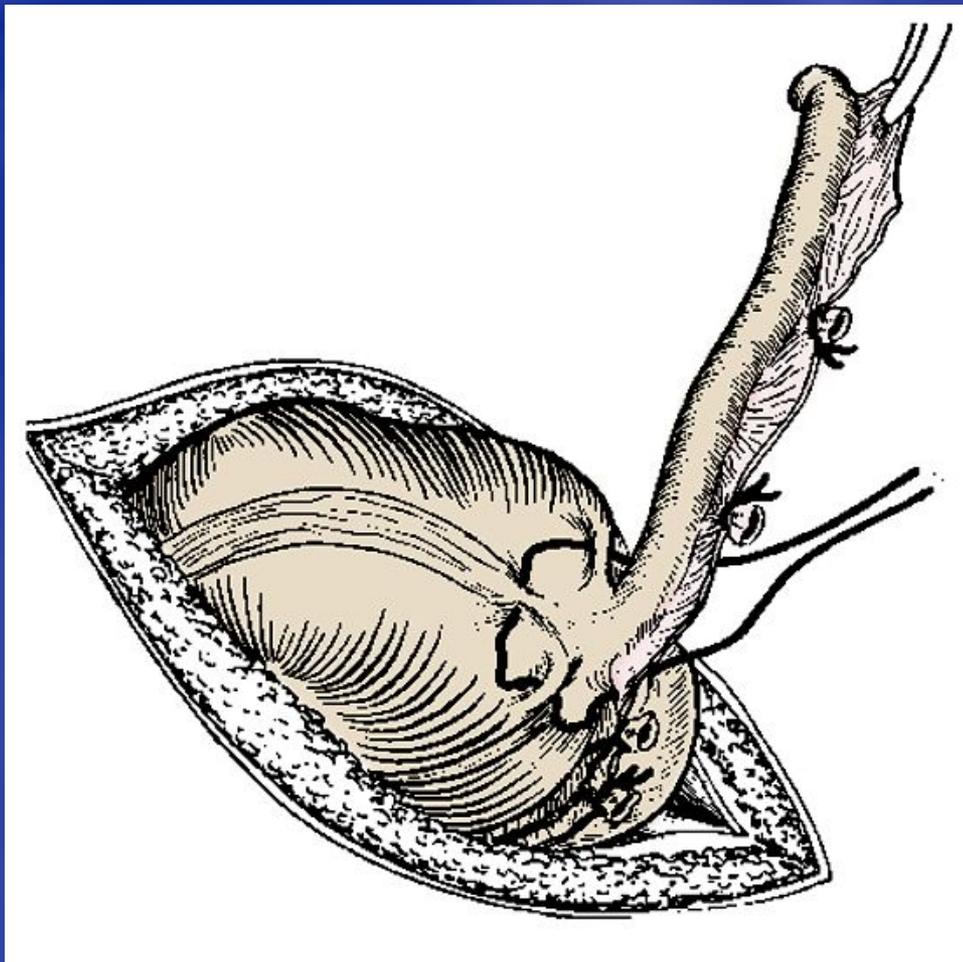
1. Доступ – переменный Волковича-Дьяконова-Мак-Бурнея.

Аппендэктомия



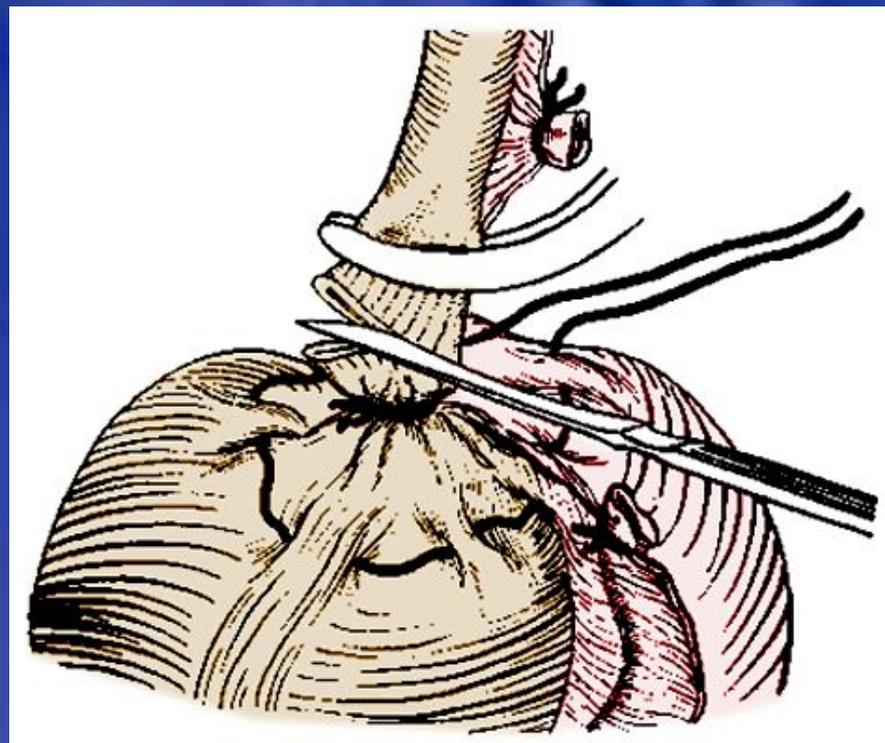
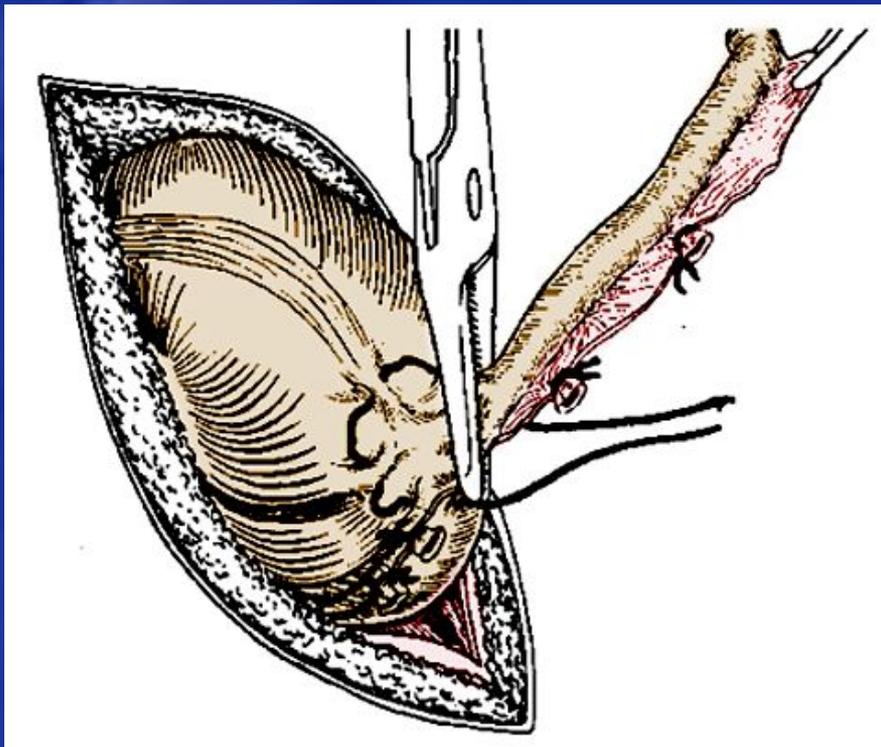
2. Накладывают зажим на брыжейку в области верхушки червеобразного отростка и подтягивают его кверху.
3. Перевязывают и пересекают брыжейку отростка между зажимами.

Аппендэктомия



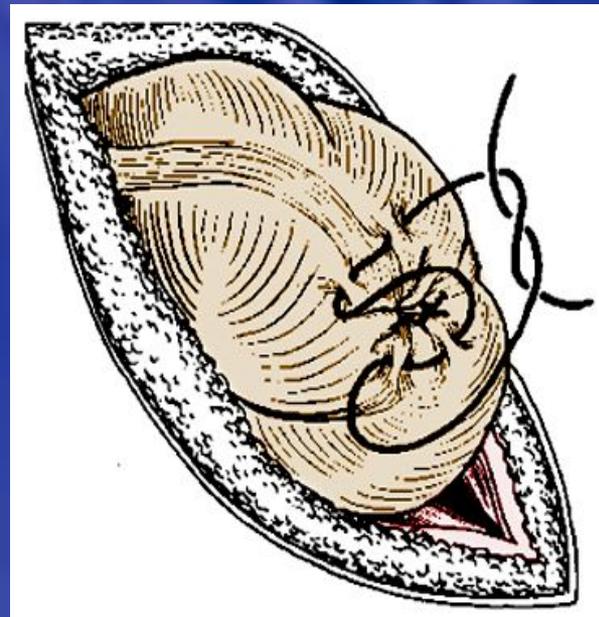
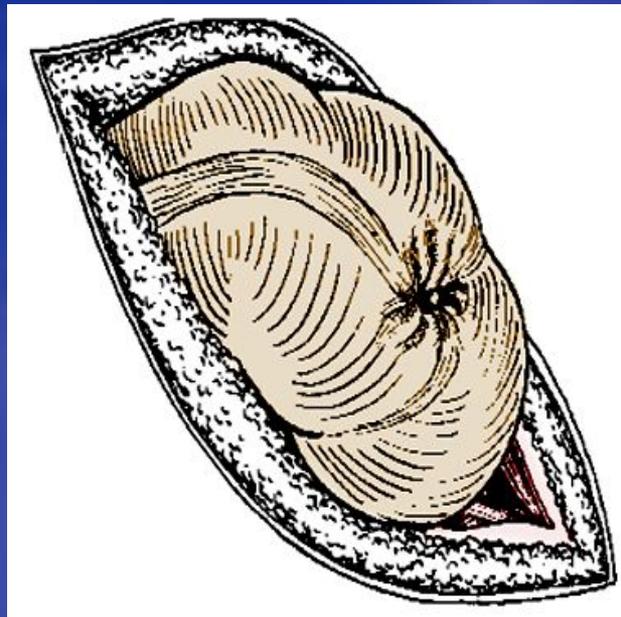
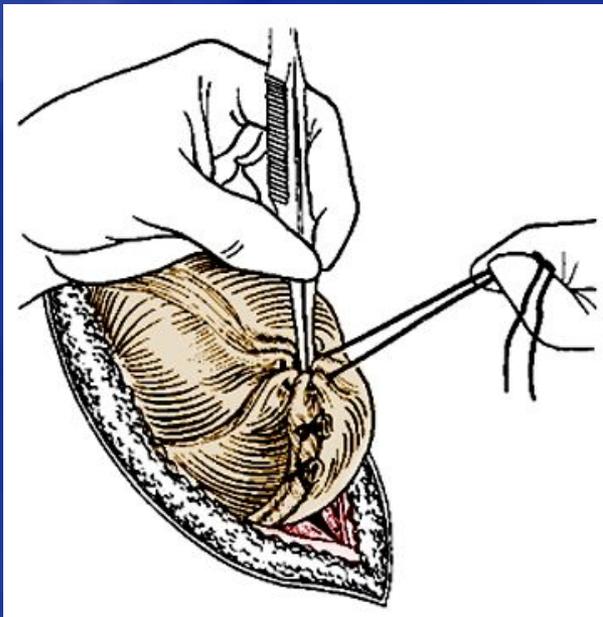
4. Накладывают кисетный шов на стенку слепой кишки вокруг основания червеобразного отростка.

Аппендэктомия



5. Накладывают раздавливающий зажим на основание отростка и перевязывают его по месту сдавления лигатурой.
6. Накладывают второй зажим дистально от места перевязки.
7. Пересекают отросток между зажимами.

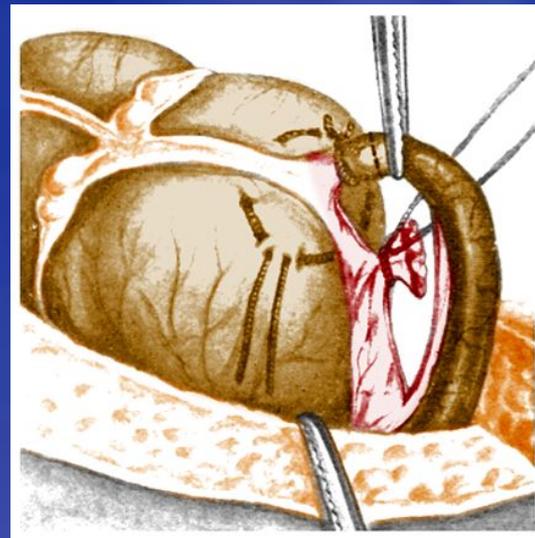
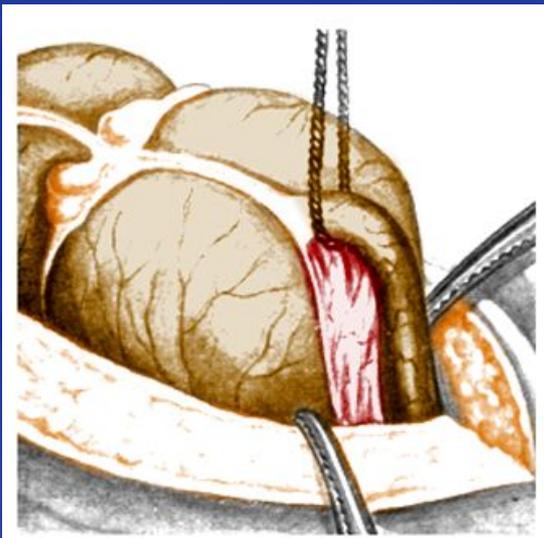
Аппендэктомия



8. Погружают культю отростка в кисетный шов.
9. Затягивают кисетный шов.
10. Дополнительно погружают кисетный шов Z-образным швом.

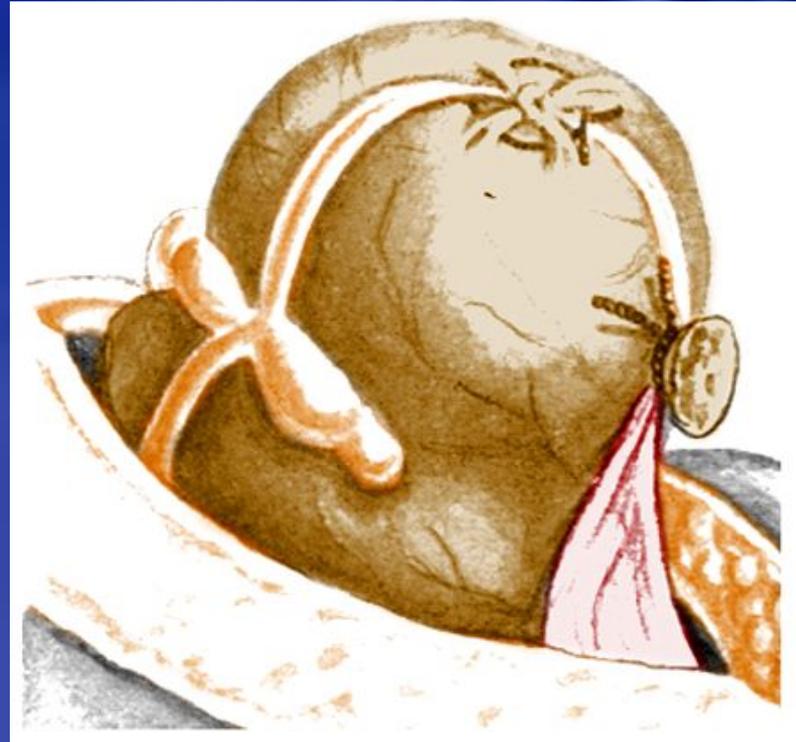
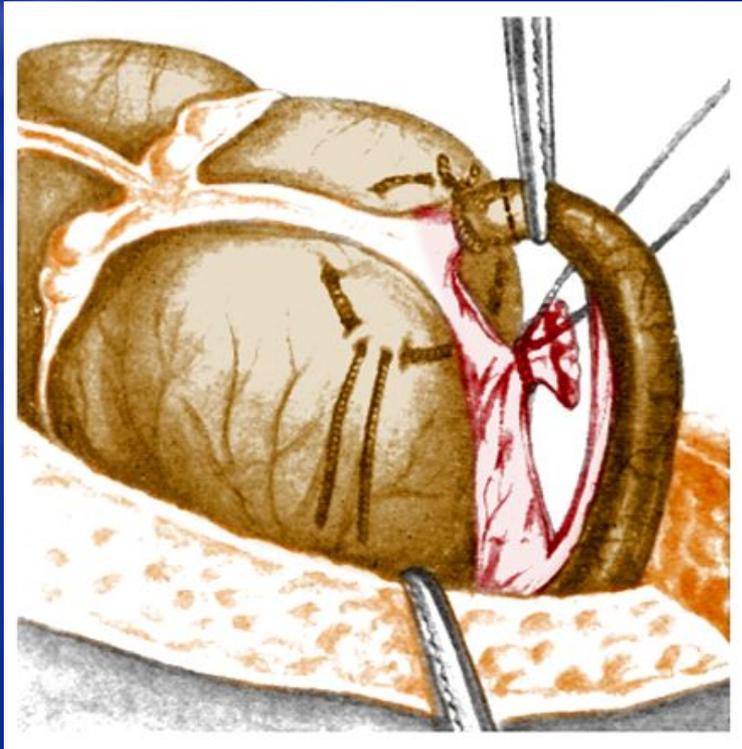
Ретроградная аппендэктомия

Показания: забрюшинное расположение отростка, фиксация верхушки спайками к задней брюшной стенке.



1. Выводят слепую кишку вместе с червеобразным отростком в рану.
2. Проводят толстую нить диссектором через брыжейку отростка.
3. Перевязывают и пересекают брыжейку отростка.
4. Накладывают кисетный шов на стенку слепой кишки вокруг основания червеобразного отростка.
5. Перевязывают и пересекают червеобразный отросток между зажимами.

Ретроградная аппендэктомия



6. **Затягивают кисетный шов.**
7. **Дополнительно погружают кисетный шов Z-образным швом.**
8. **Поэтапно пересекают брыжейку от основания к верхушке.**
9. **Удаляют червеобразный отросток.**