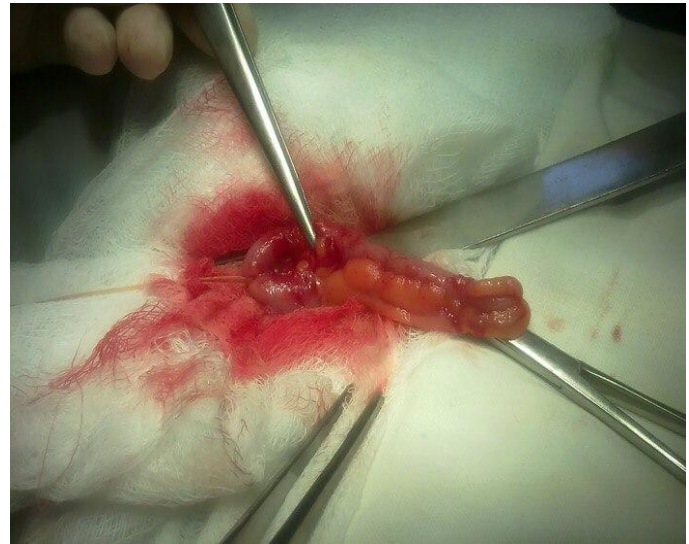
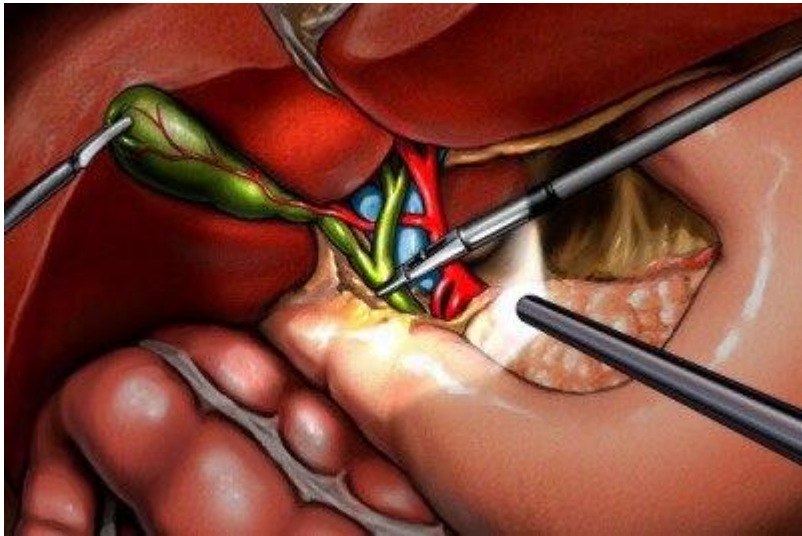
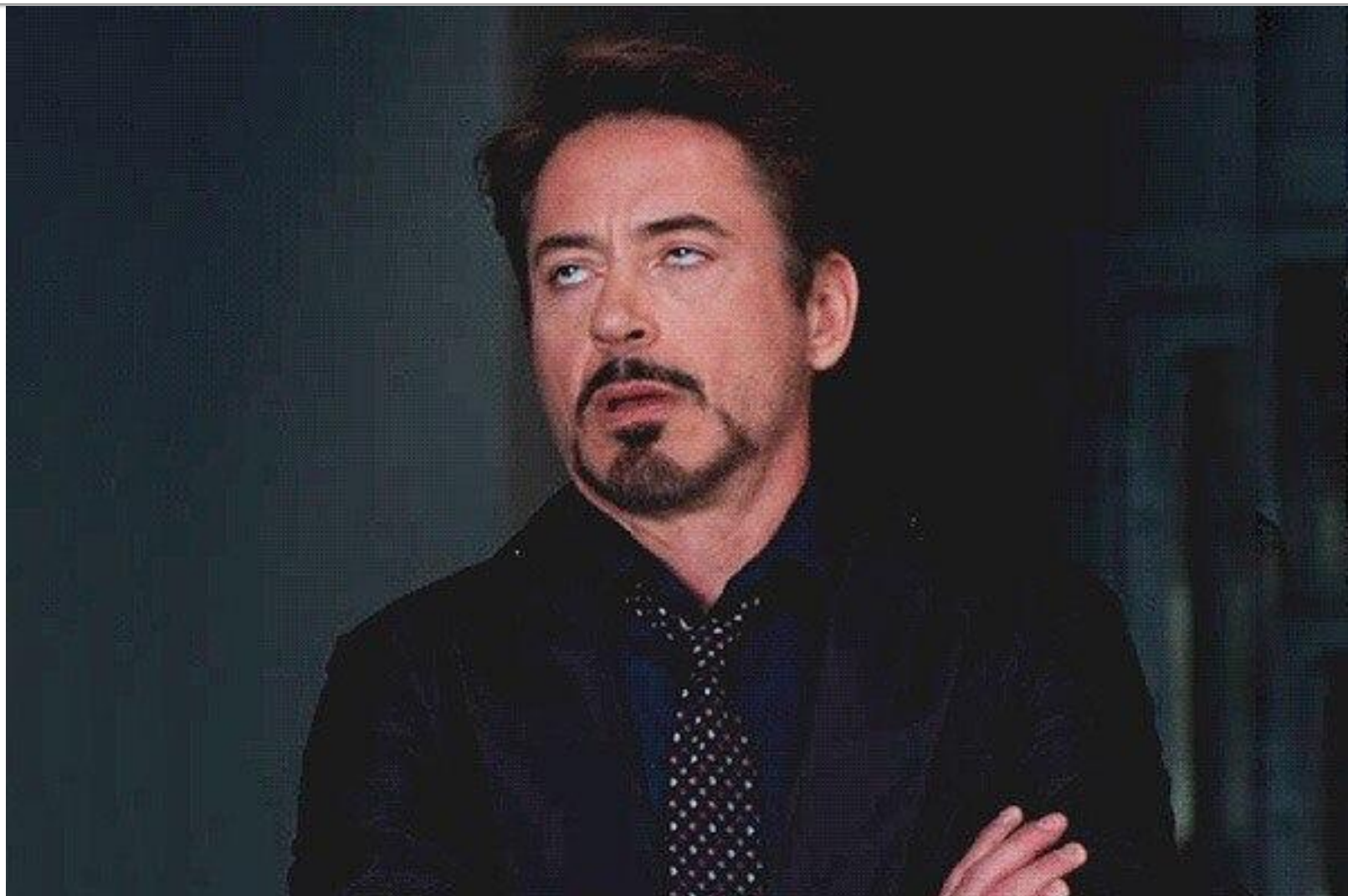


Введение в абдоминальную хирургию



Манжеева Ирина
4 курс





Абдоминальная хирургия

```
graph TD; A[Абдоминальная хирургия] --> B[Колопроктология]; A --> C[Герниология]; A --> D[Хирургия печени и поджелудочной железы]; A --> E[Онкология]; A --> F[Хирургия пищевода и желудка]; A --> G[Врожденные пороки ЖКТ]; A --> H[Бариатрическая хирургия];
```

Колопроктология

Герниология

Хирургия печени и
поджелудочной
железы

Онкология

Хирургия пищевода и
желудка

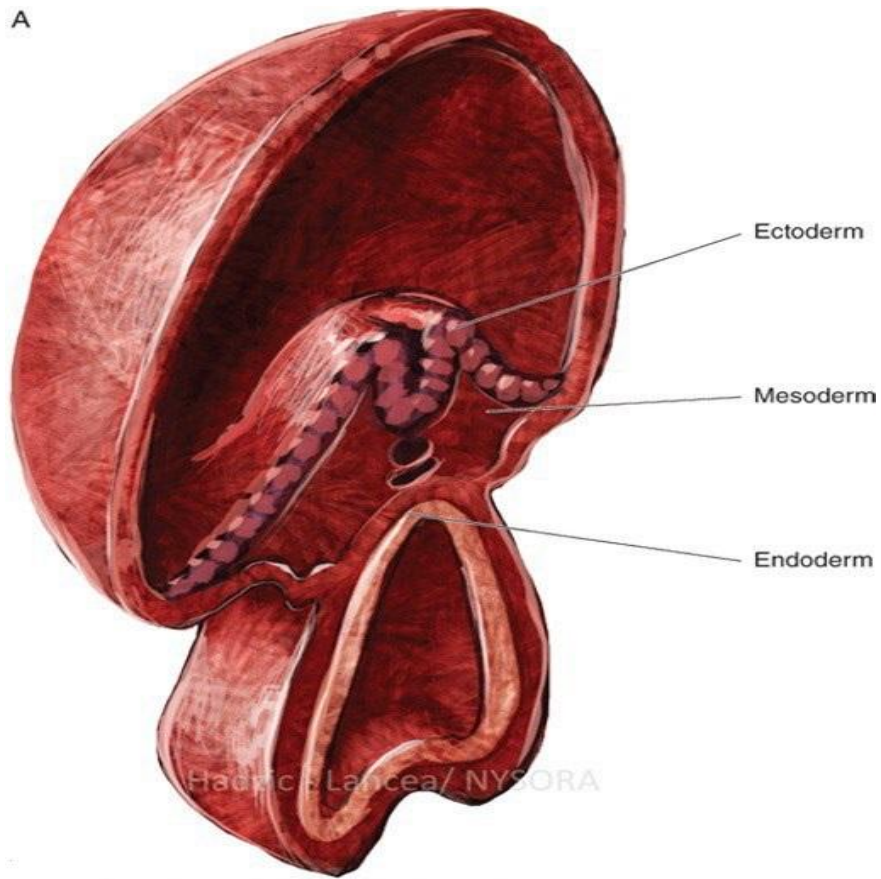
Бариатрическая
хирургия

Врожденные
пороки ЖКТ

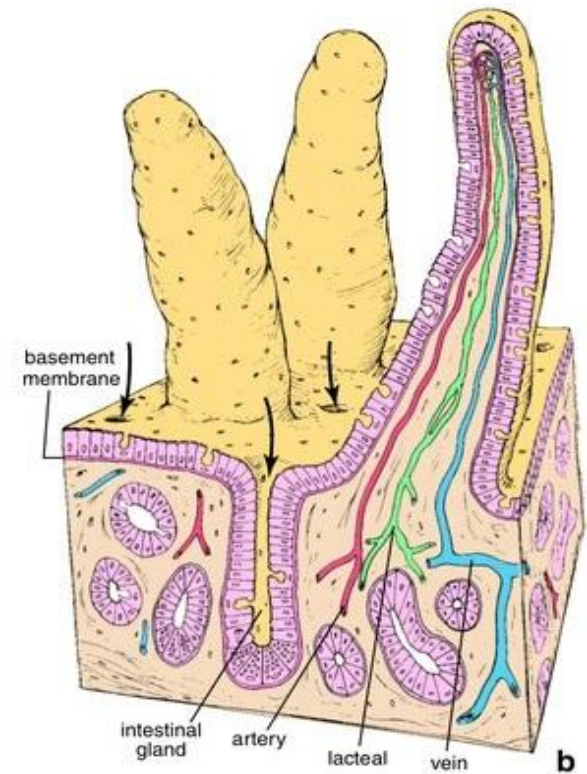
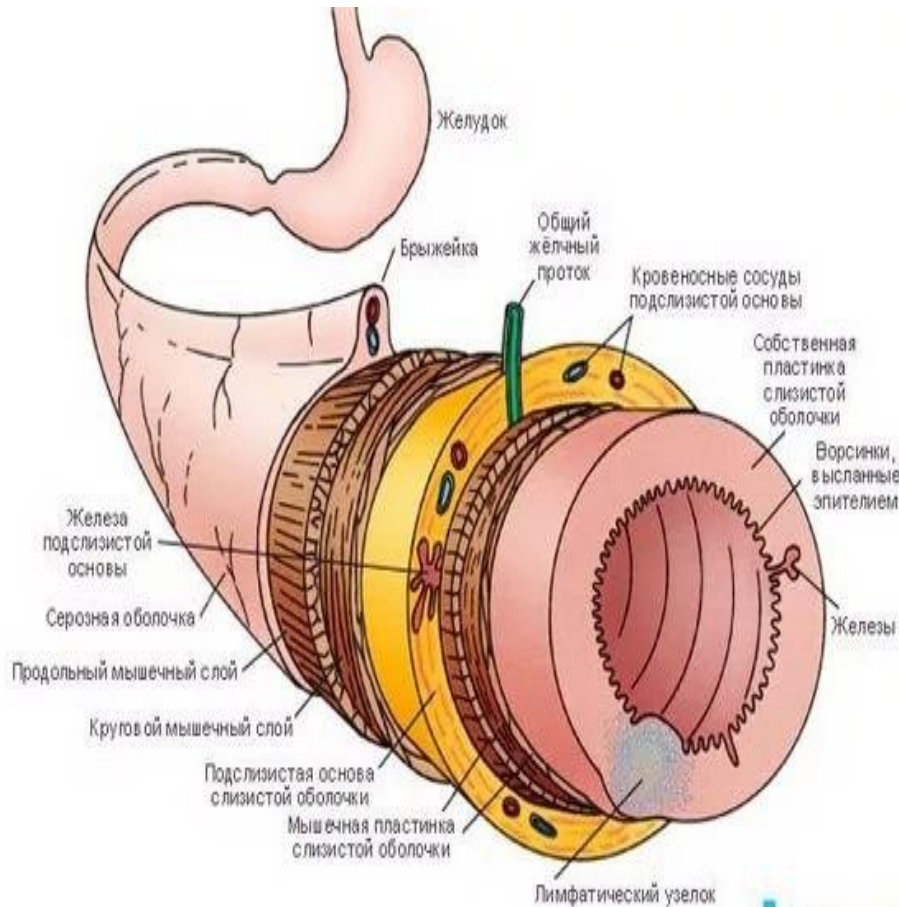
Краткие исторические сведения

- Королевский хирург Amyand Claudius первый выполнил достоверную аппендэктомию в 1735г. 11 летнему мальчику
- Theodor Bilioth в 1881г. выполнил первую успешную резекцию желудка по поводу рака привратника
- Langenbuch в 1882г. впервые произвел открытую холицистэктомию
- Mihe в 1985г. первый выполнил холицистэктомию с применением лапараскопической техники

Эмбриология



Гистологическое строение



Особенности стенки пищеварительной трубки

1. Серозная оболочка
2. Мышечная оболочка
3. Подслизистая оболочка
4. Слизистая оболочка

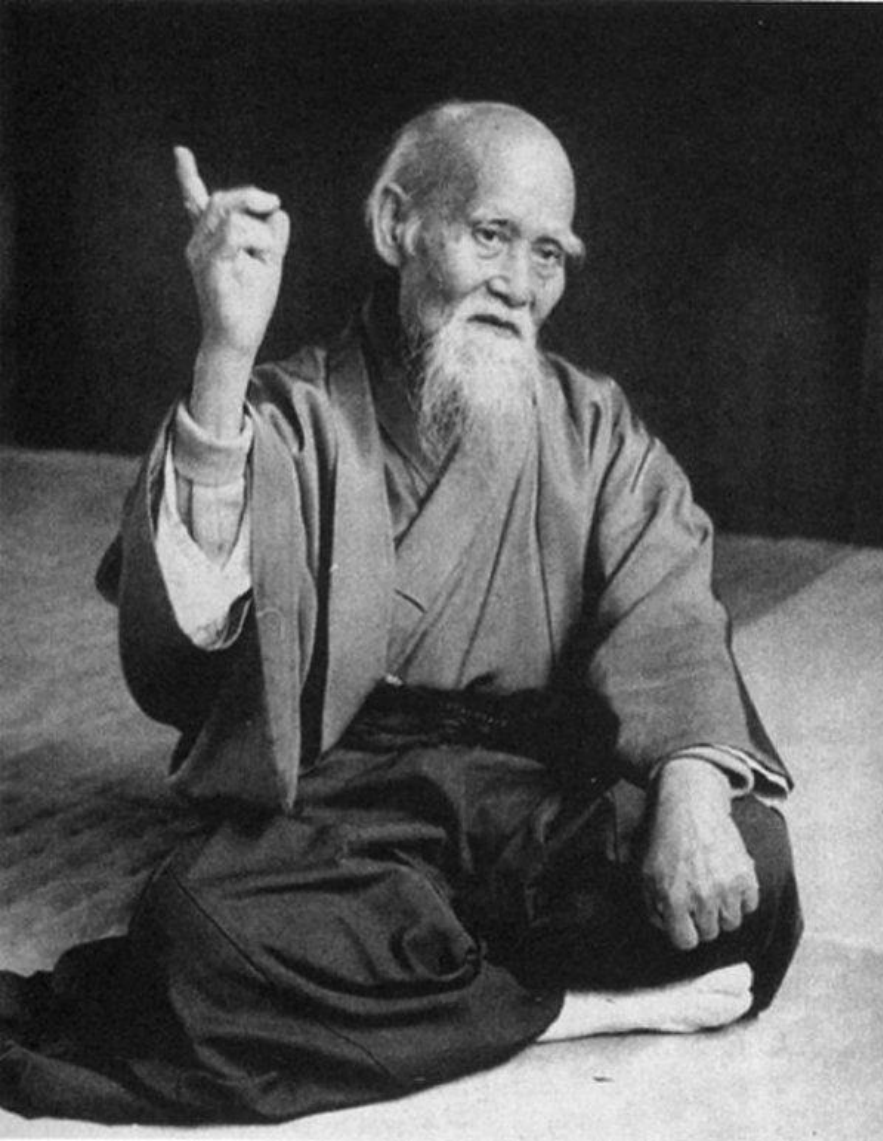
Наружный футляр

Внутренний футляр

Требования, предъявляемые к кишечному шву:

- Герметичность
- Гемостатичность
- Прочность
- Прецизионность
- Отсутствие стеноза

История вопроса



Около **2000 лет** до н.э. в
китайском трактате
упоминается кишечный
шов нитью
растительного
происхождения



Первые европейские
сообщения об
анастомозировании
кишечной стенки
связаны с методикой
цирюльников

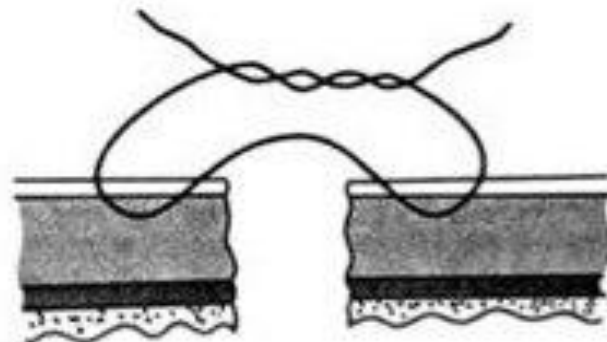
В 17 веке в просвет кишки вводили трубки из *бузины, тростника или гусиной трахеи* и сшивались четырьмя узловыми швами.



Точка отсчета

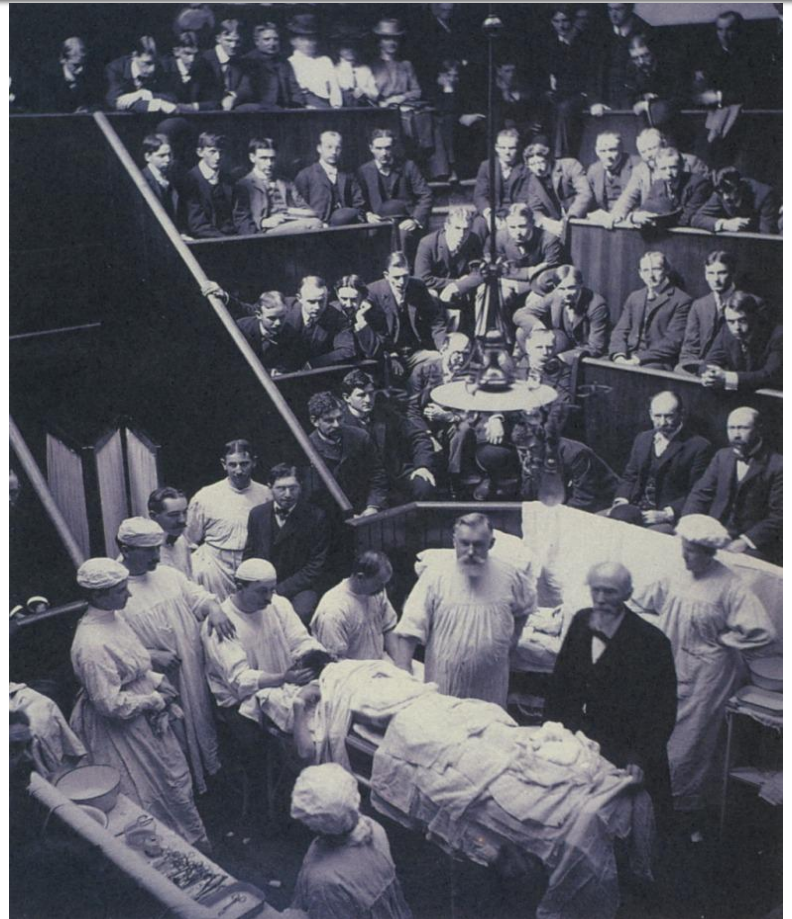
«Каждый кишечный шов это чрезвычайная операция на чрезвычайно ранимом органе, и поэтому является ... очень опасным предприятием» Ch. D. Zang

В 1836г. Dieffenbach впервые использовал шов Ламбера для формирования тонкокишечного соустья.



В 1826г. Lembert A. предложил однорядный кишечный шов с узлами на серозе (не удалось применить свой шов).

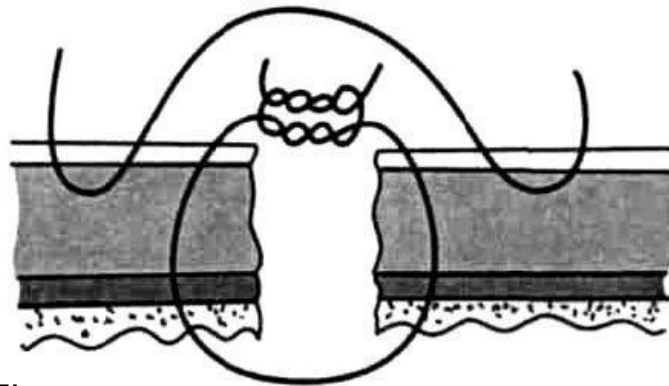
На протяжении XIX века было разработано свыше **300 модификаций** кишечного шва. Желание увеличить прочность анастомоза, снизив его биологическую проницаемость, привело хирургов к мысли о формировании соустья **двухрядными швами**.



Двухрядный шов

Преимущества:

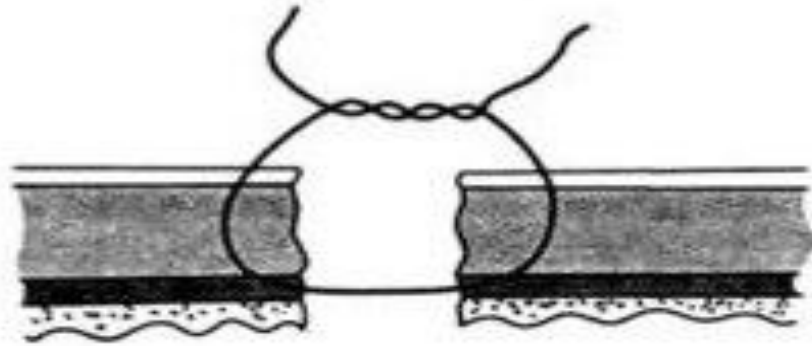
1. Надежность
2. Относительная техническая простота наложения
3. Хороший гемостаз
4. Удовлетворительная механическая прочность
5. Герметичность
6. Асептичность



Недостатки:

1. Возможность выраженного воспаления по линии шва
2. Замедление процесса регенерации с образованием массивного вала в зоне шва
3. Вторичное заживление раны с формированием глубоких некрозов
4. Пролабирование слизистой оболочки
5. Большая степень инфицирования нитей при наложении сквозных швов

Однорядный шов



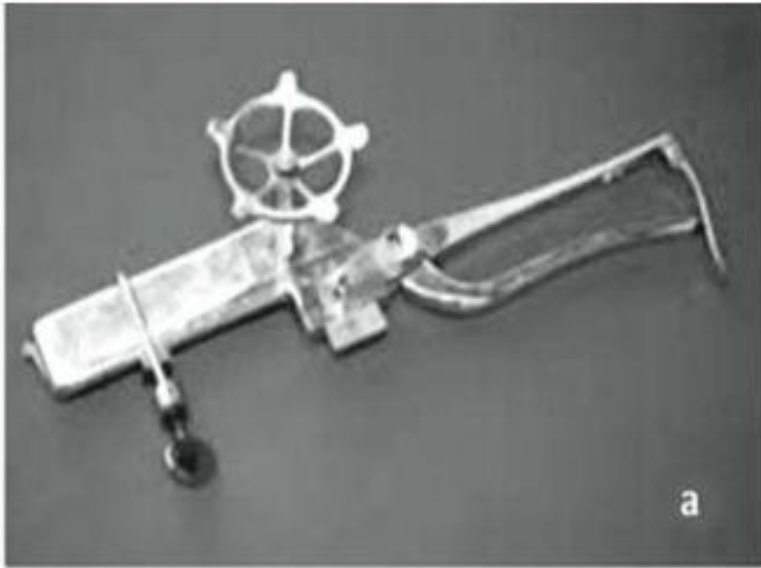
Преимущества:

1. Обладает всеми преимуществами двухрядного шва
2. Хорошая адаптация краев с сохранением футлярности строения и полным соприкосновением слизистого слоя
3. Предотвращение образование «тканевого вала» и сужения просвета

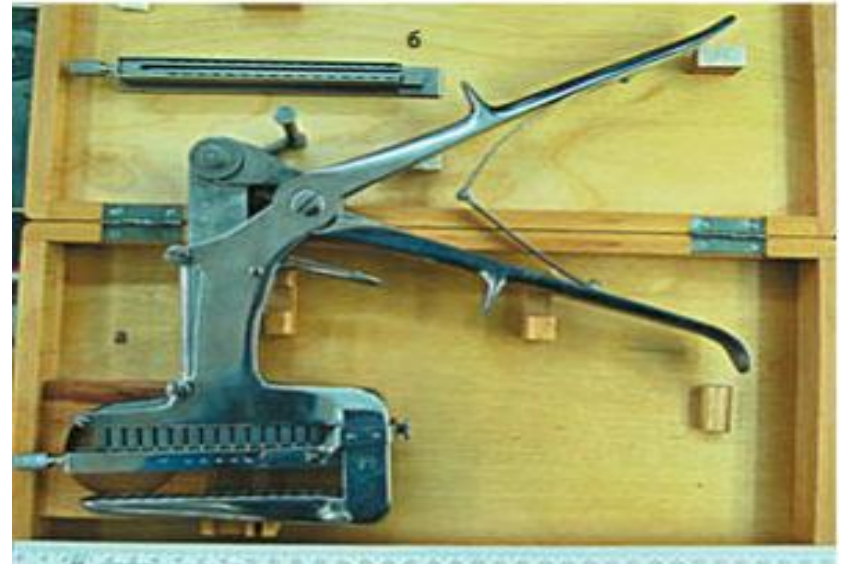
Недостатки:

1. Выраженное инфицирование тканей вокруг раневых «ходов» в зоне шва из-за «фетильности» нитей.

Механический шов



В 1921г А. von Petz сообщил о применении сшивающего аппарата, накладывающих 2 ряда серебряных В-образных скобок.

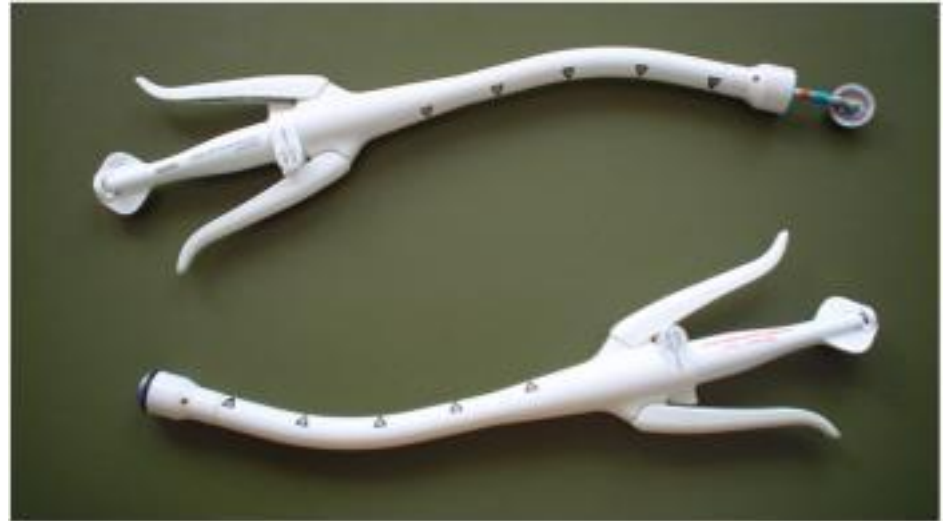


Первый сшивающий аппарат был разработан в Австро-Венгрии в 1908г. V. Fischer. Аппарат весил 5 кг и требовал 2 часа для сборки.

В 1951г. В **СССР** был открыт НИИ хирургических аппаратов и инструментов, где были *созданы первые* современные сшивающие аппараты. В 1961г. лицензия на производство сшивающих аппаратов была продана в США фирме USSC.



Современные сшивающие аппараты



Виды кишечных швов

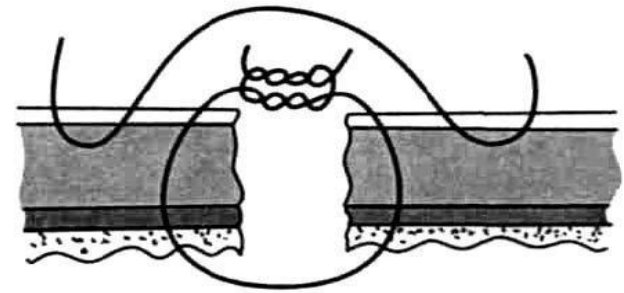
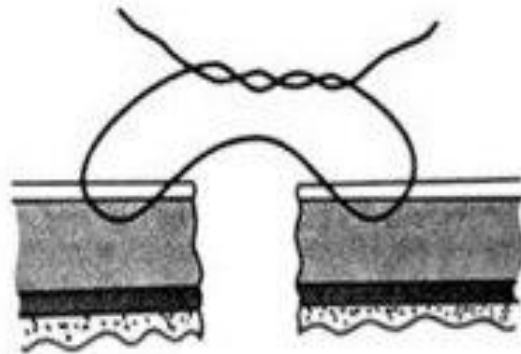
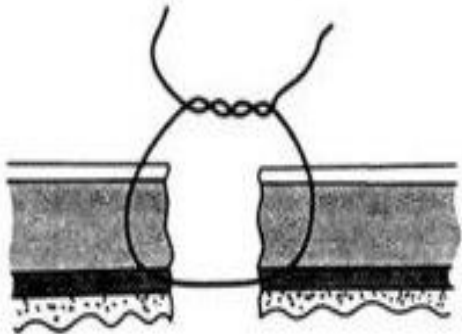
ручные

Механически

Краевые-
проходит
через края
рассеченных
оболочек

Прикраевые-
располагаются на
некотором
расстоянии от края
раны

Комбинированный

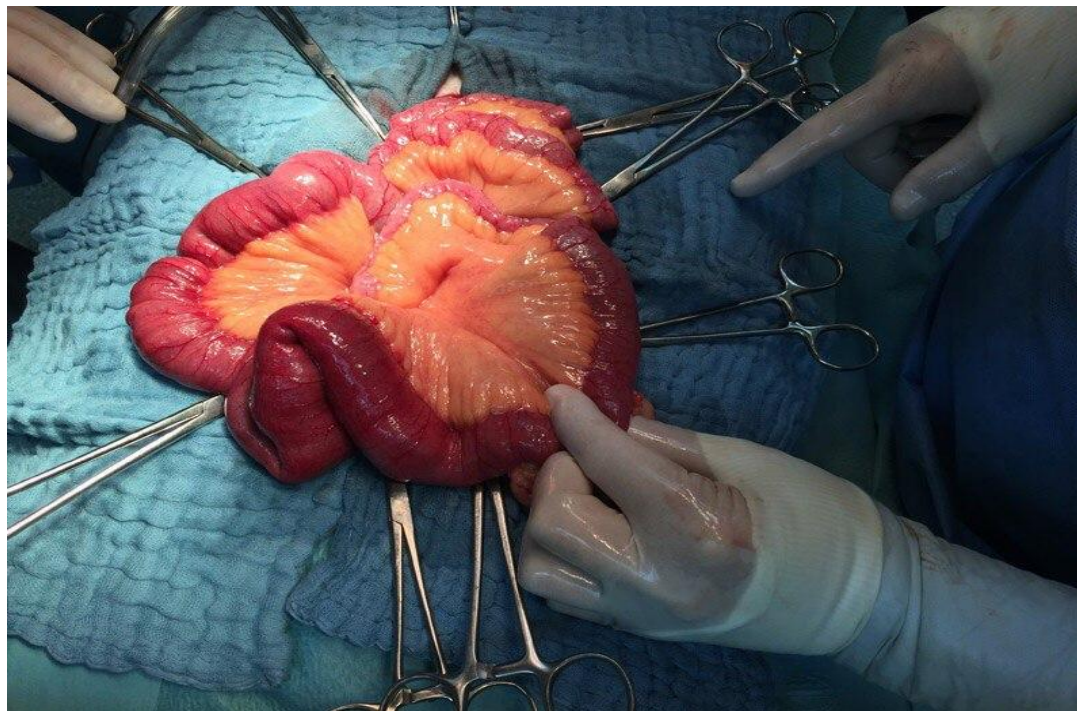


Типы кишечных швов

Однорядный шов

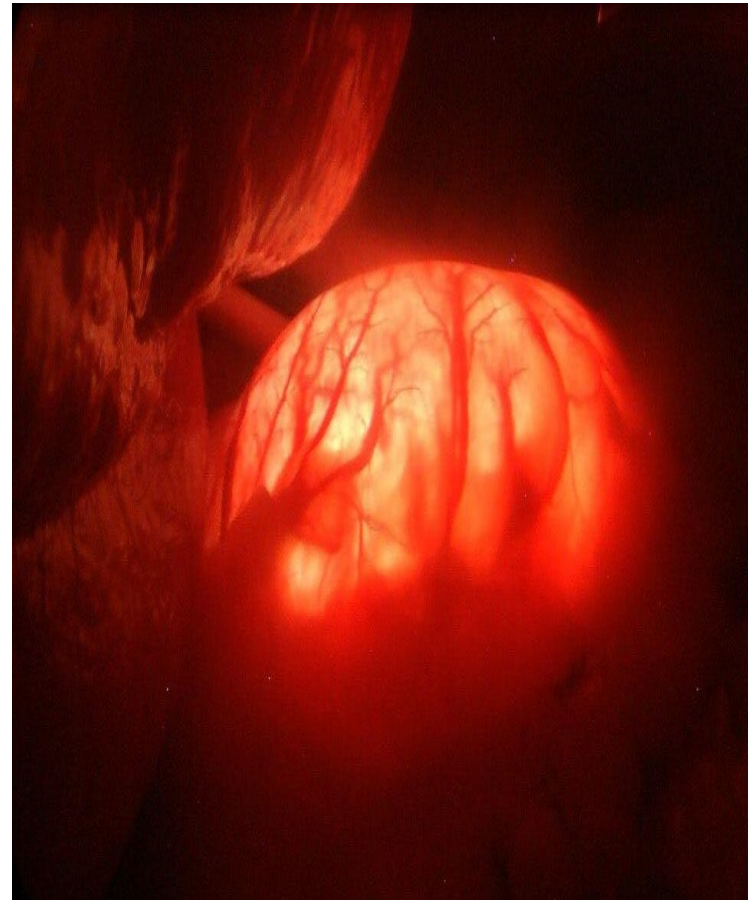
Двухрядный шов

Многорядный шов



Определение жизнеспособности КИШКИ

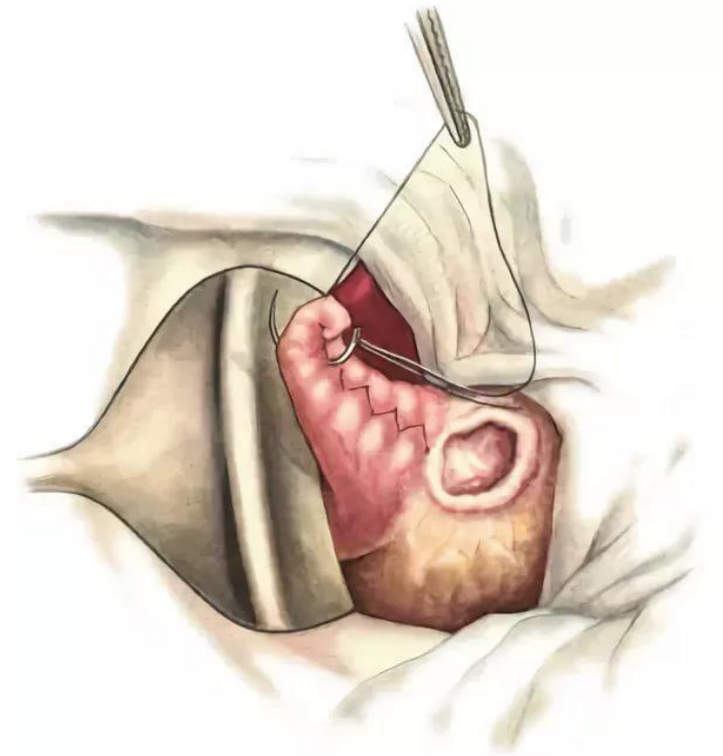
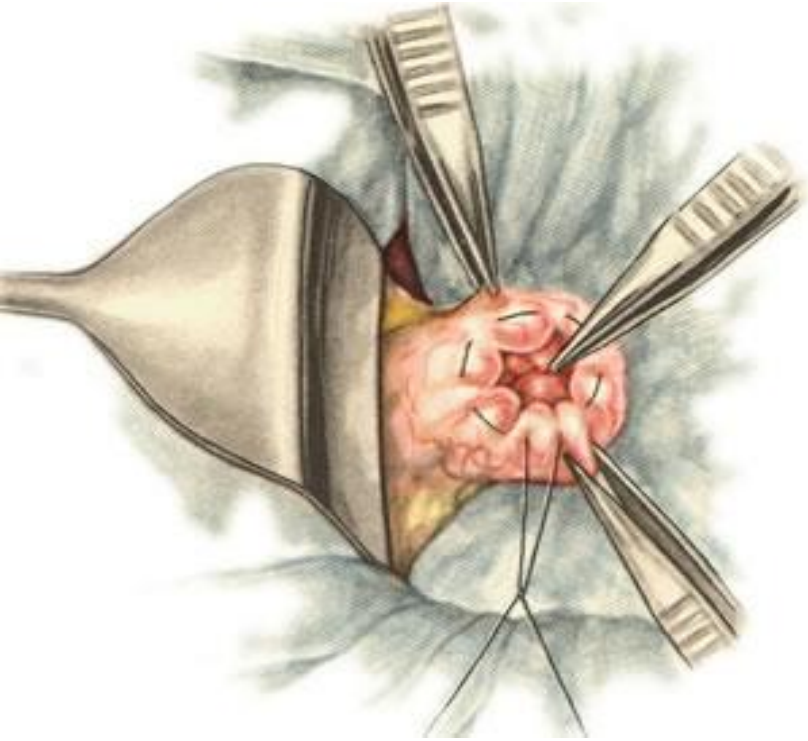
- Розовый цвет
- Четкая пульсация сосудов брыжейки
- Активная перистальтика
- Блестящая сероза



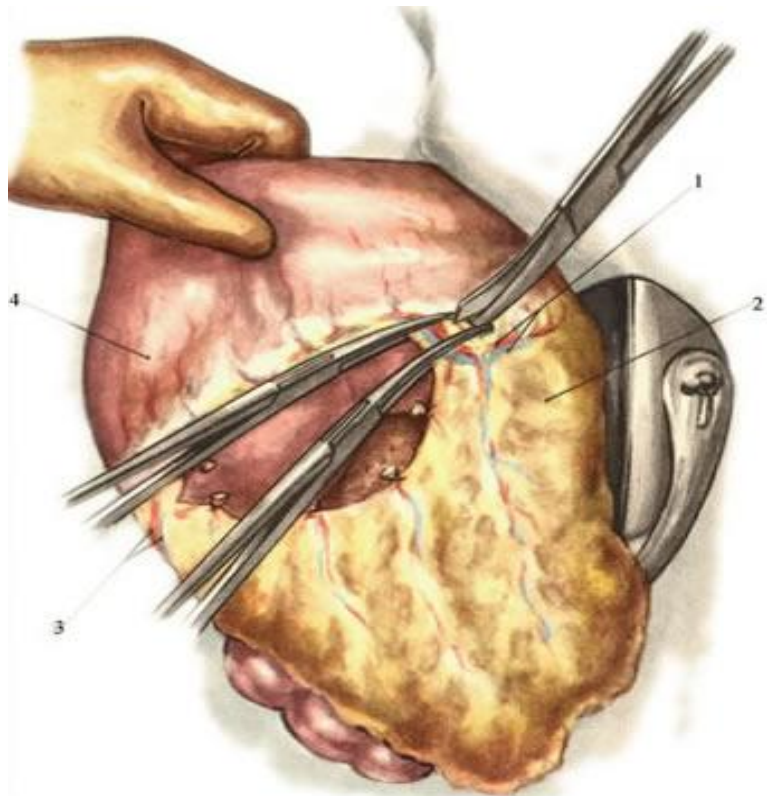
Требования, предъявляемые к шовному материалу

1. Биосовместимость
2. Отсутствие «фитильных» свойств
3. Отсутствие «пилящего эффекта»
4. Эластичность, гибкость нитей
5. Прочность
6. Минимальное скольжение нити
7. Биодegradация
8. Стерильность
9. Низкая себестоимость

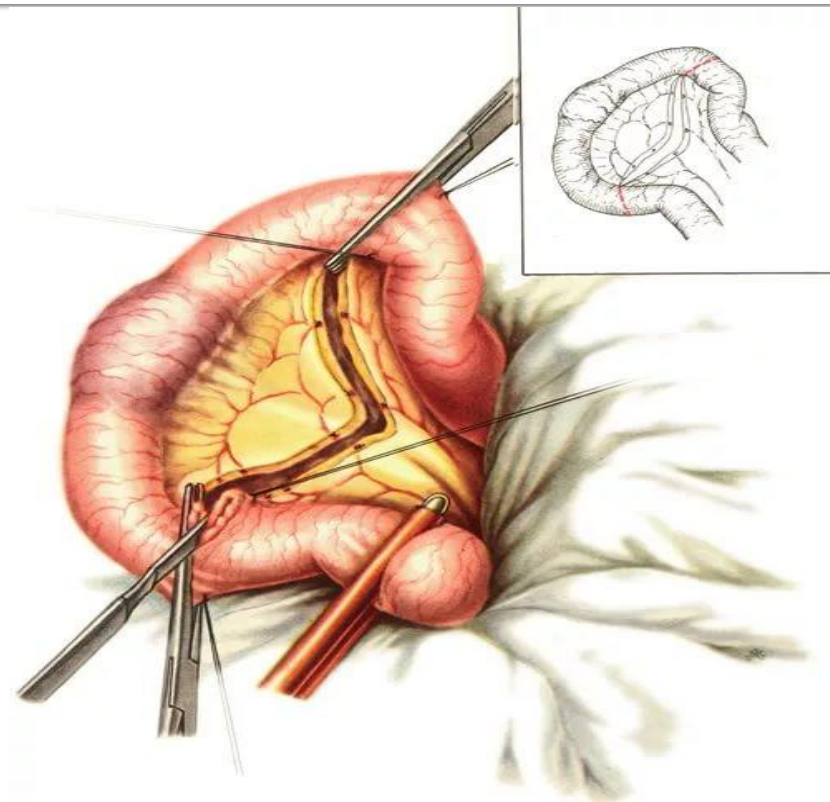
Способы формирования культи



Виды мобилизации

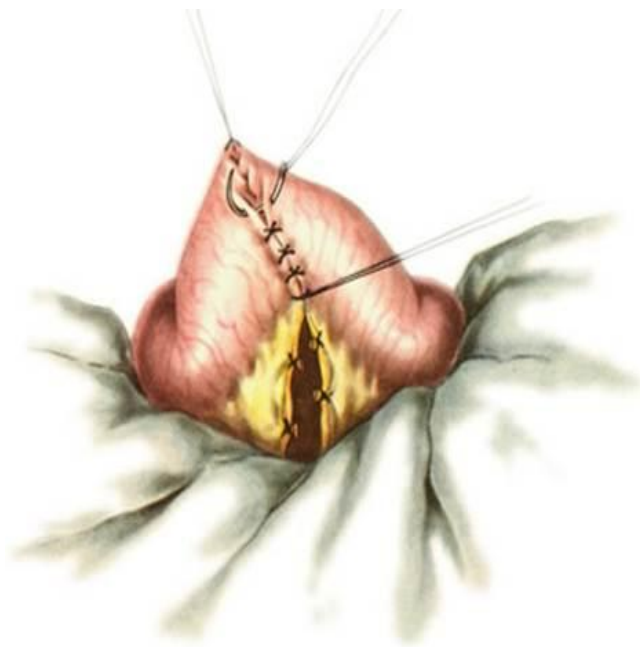


Прикраевая
мобилизация

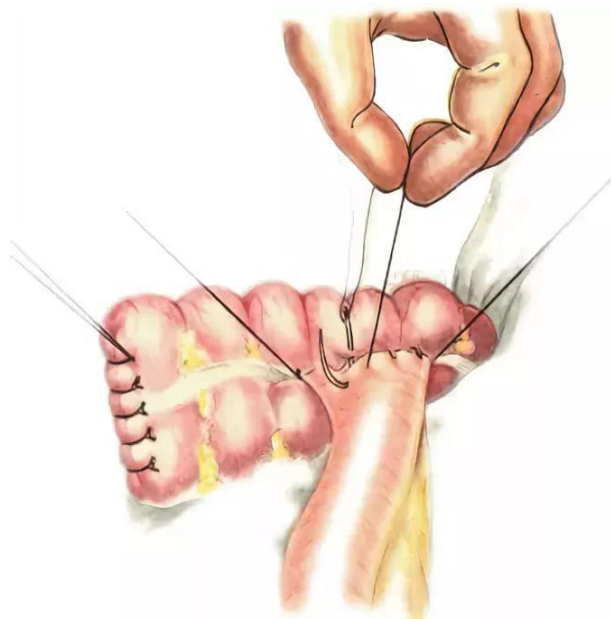


Клиновидная
мобилизация

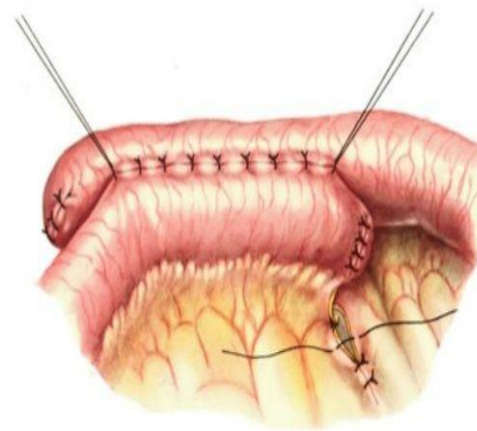
Типы анастомозов



Конец -в- конец

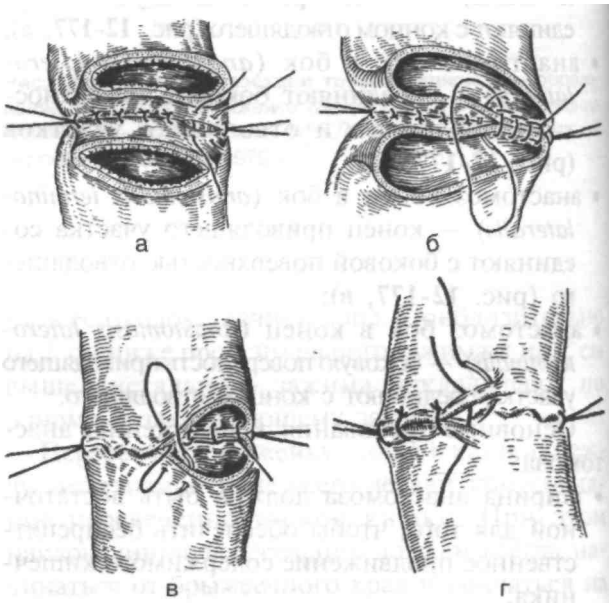


Конец -в- бок



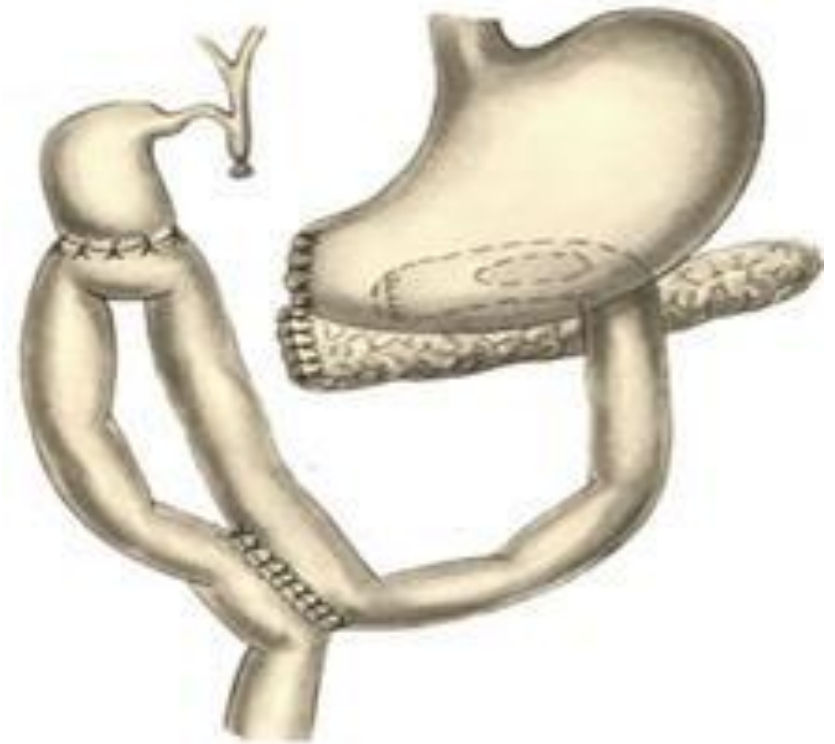
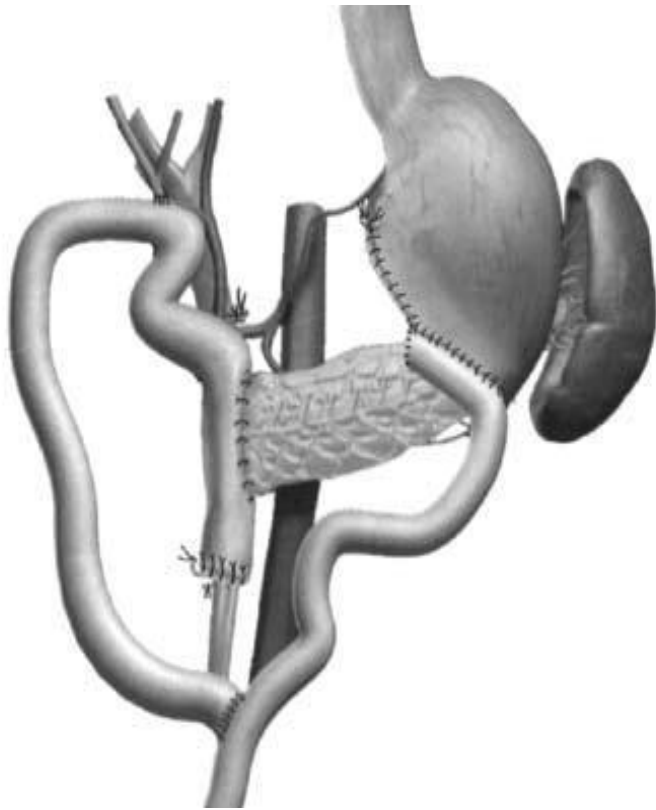
Бок -в- бок

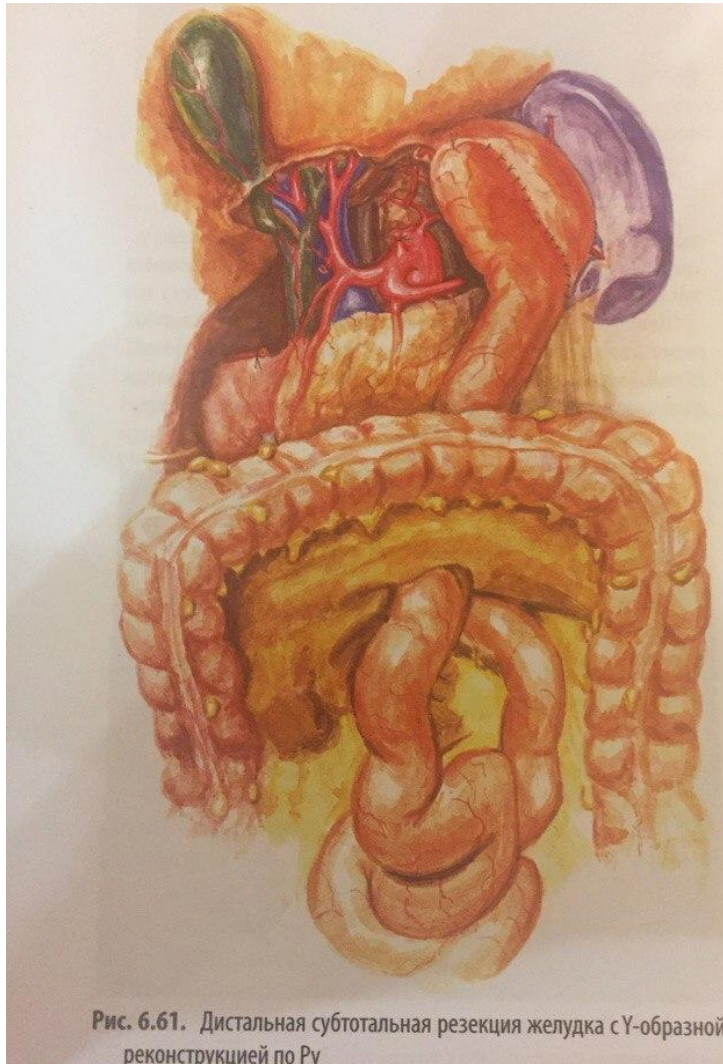
Техника формирования анастомоза конец – в – конец



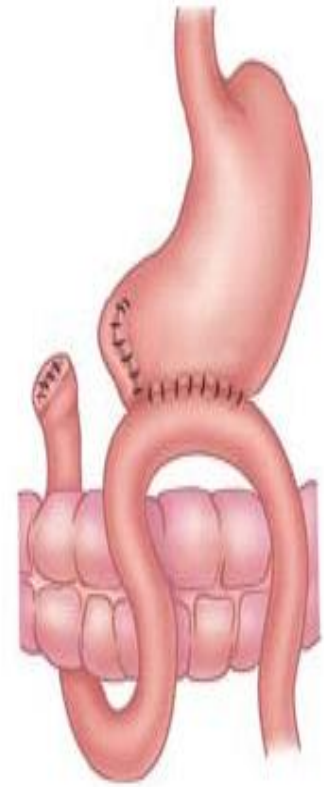
- а- формирование **серозно – мышечного шва** на задней губе
- б- формирование **обвивного непрерывного шва** на задней губе
- в- формирование **обвивного непрерывного шва** на передней губе
- г- формирование **серозно-мышечного шва** на передней губе

Целая вселенная !



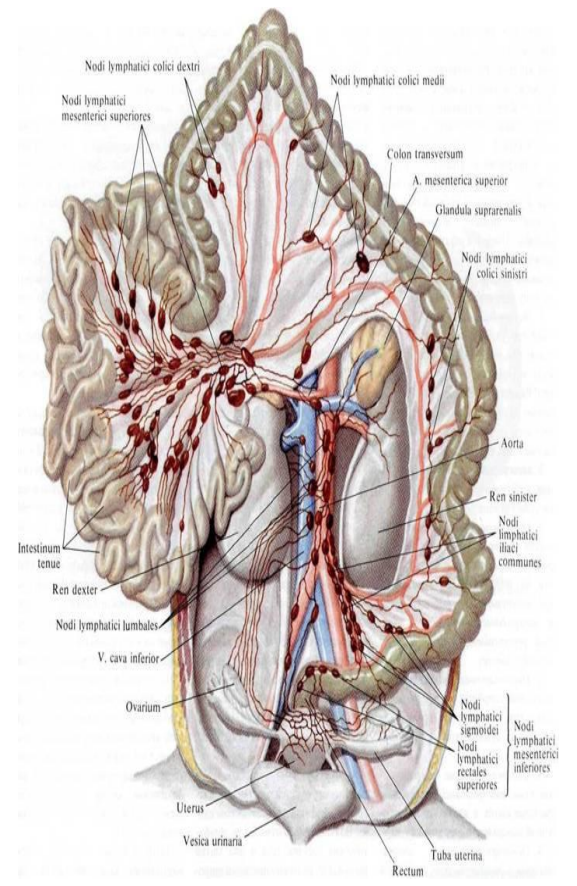
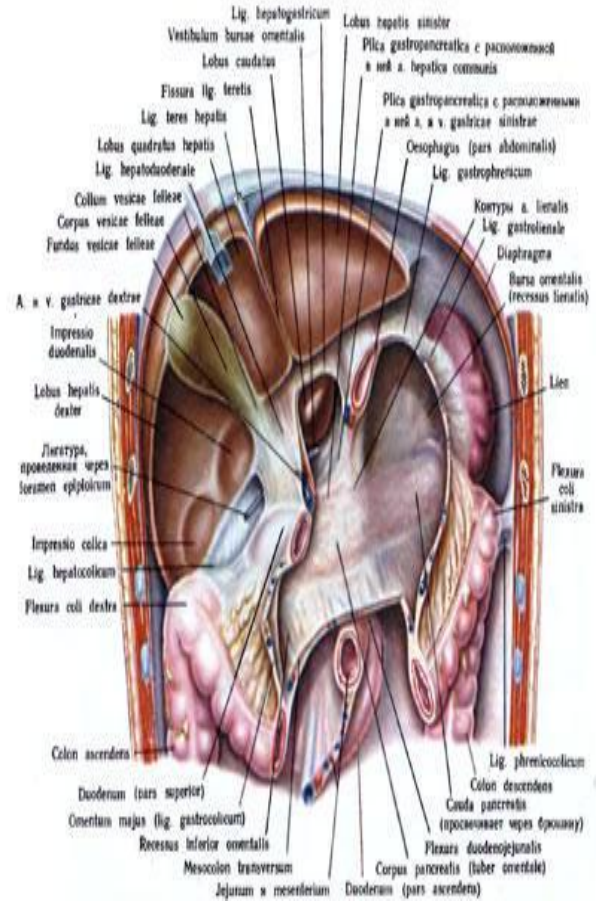
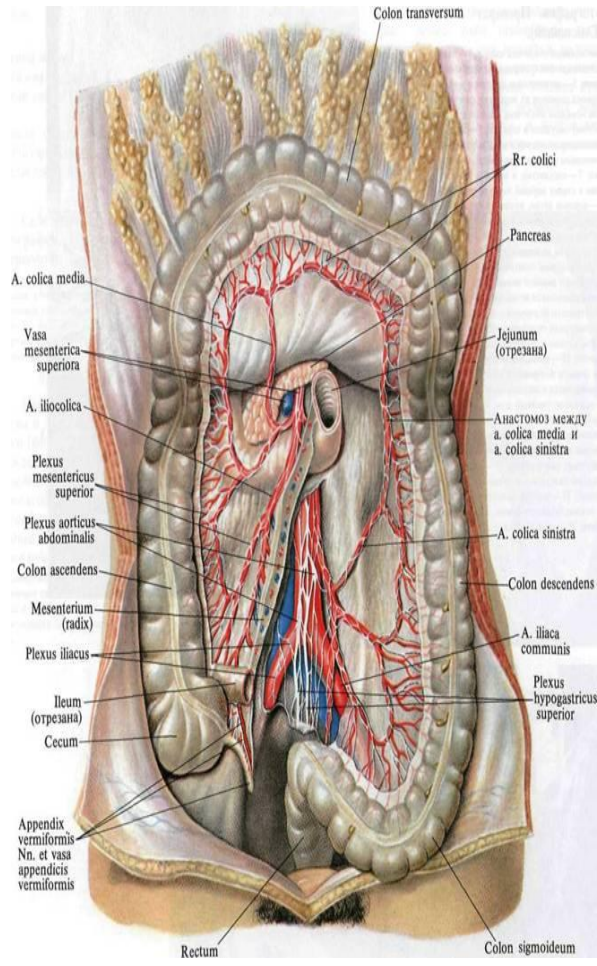


Billroth I



Billroth II

Важно!



Спасибо за внимание!