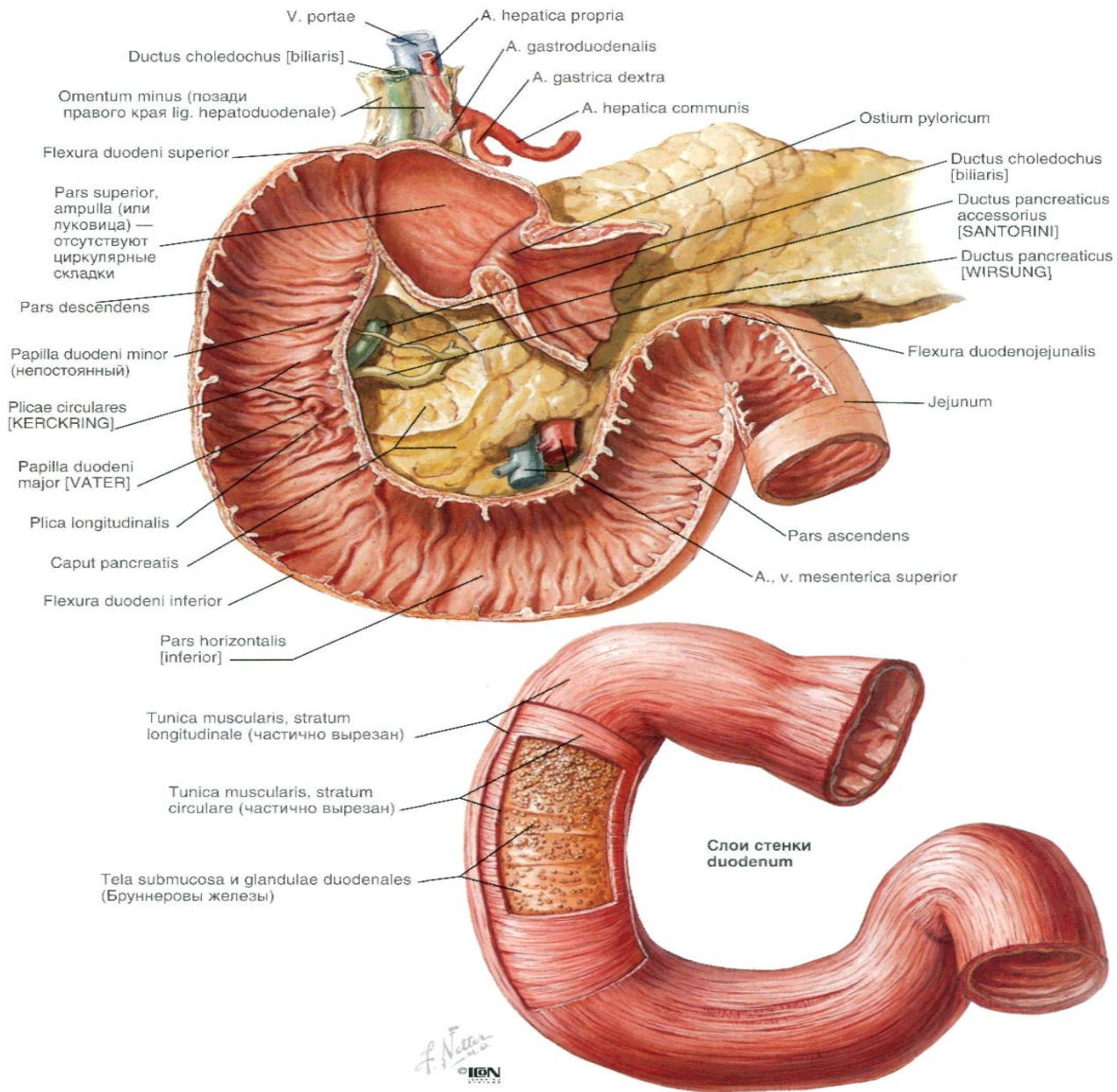


Кишечный шов.

Кишечный анастомоз.

Двенадцатиперстная кишка (duodenum): оболочки



12-перстная
кишка

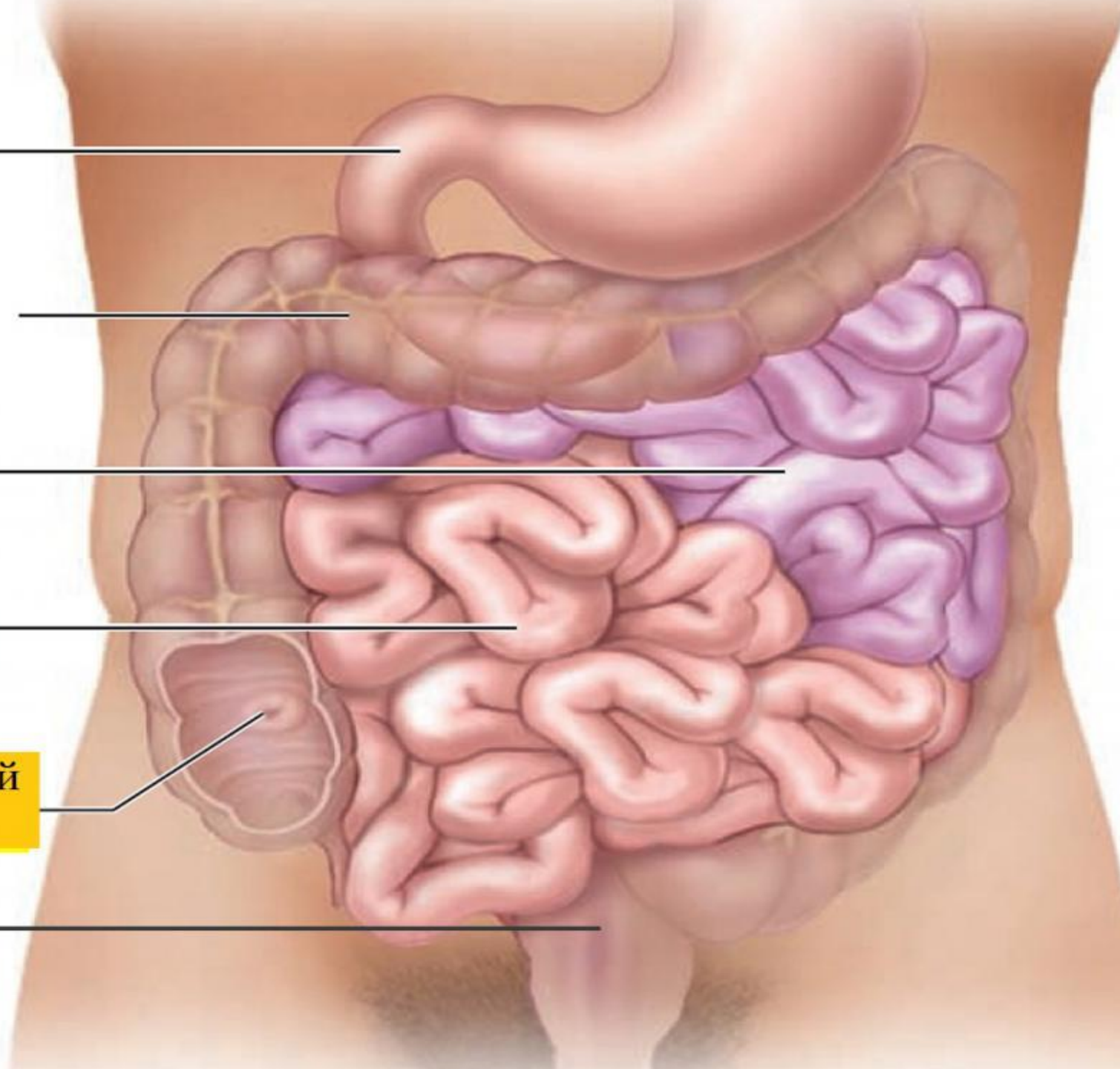
Ободочная
кишка

Тощая
кишка

Подвздошная
кишка

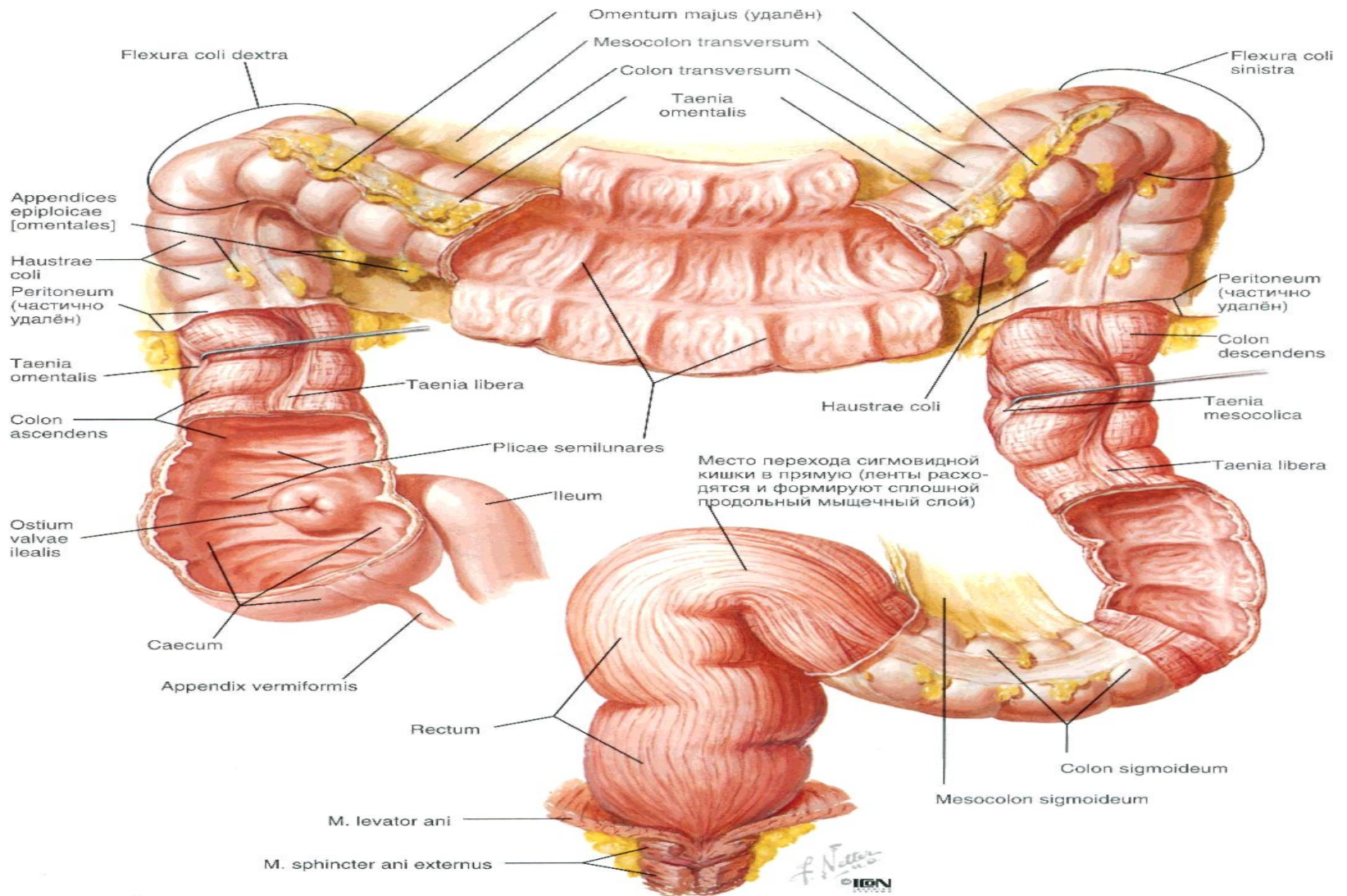
Илеоцекальный
клапан

Прямая
кишка



Толстая кишка (*intestinum crasum*): слизистая и мышечная оболочки

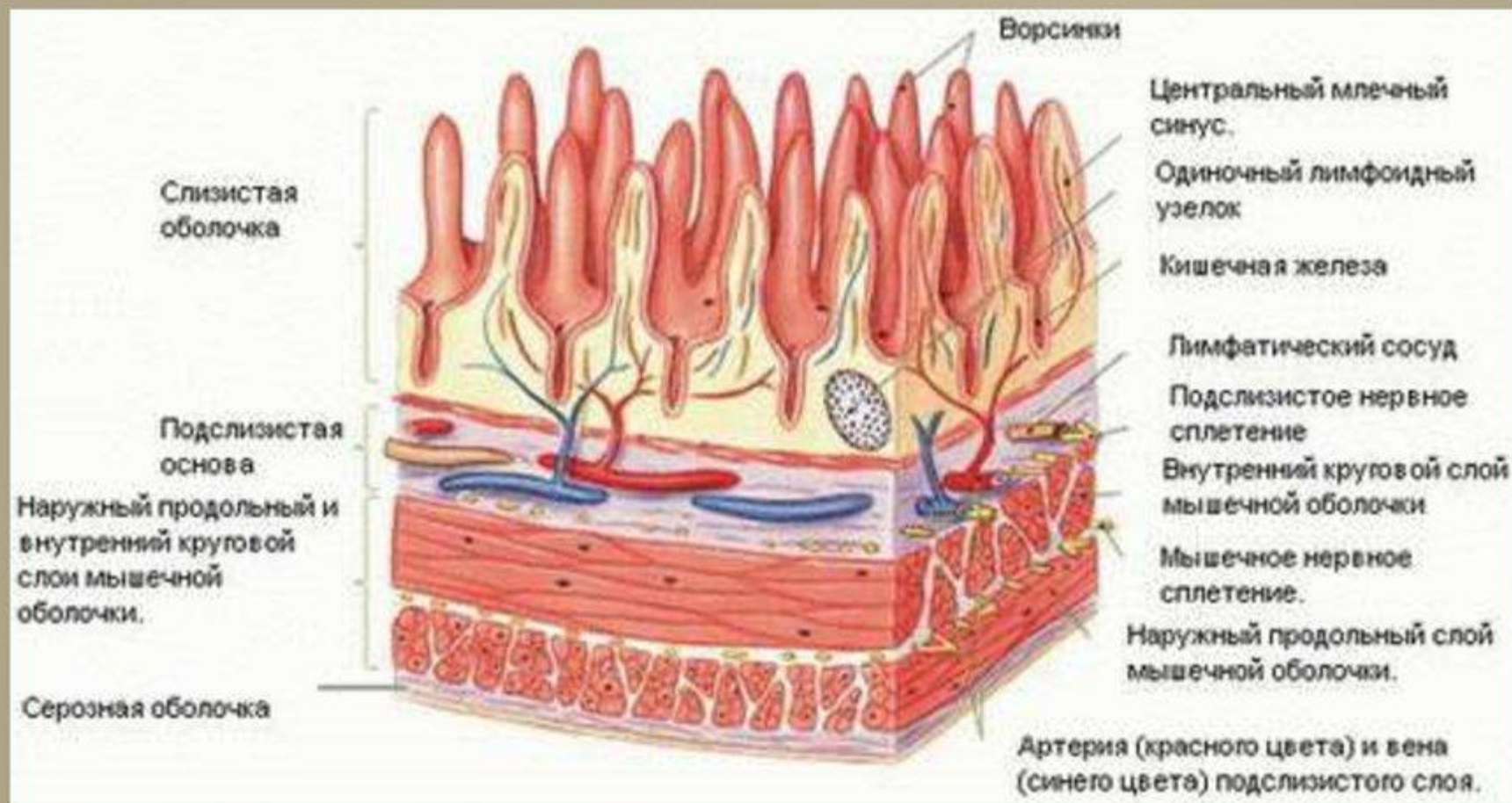
См. также рис. 363–368



Анатомические различия тонкой и толстой кишки

- У толстой **продольный мышечный слой** распределен не равномерно, а представлен **3 лентами**(свободной, сальниковой, брыжеечной)
- Между лентами имеются **расширения (haustreae)**
- К лентам толстой кишки фиксированы **сальниковые отростки**

Строение стенки тонкого кишечника



- **Кишечный шов** — собирательное понятие, подразумевающее любые швы, накладываемые на брюшную часть пищевода, желудок, тонкую и толстую кишки.
- **Анастомоз кишечника** — искусственное соединение, созданное хирургом, двух концов кишечной трубки или кишки и полого органа (желудка или пищевода)

**Какие виды анастомозов
используются в хирургии?**

По соединенным частям различают анастомоз:

- **пищеводнокишечный** – между концом пищевода и двенадцатиперстной кишкой минуя желудок;
- **желудочнокишечный** (гастроэнтероанастомоз) – между желудком и кишкой;
- **межкишечные.**

Среди межкишечных выделяют:

- ТОНКОТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ,
- ТОНКОТОНКОКИШЕЧНЫЙ,
- ТОЛСТОТОЛСТОКИШЕЧНЫЙ.

Основными требованиями к анастомозу являются:

- обеспечение достаточной ширины просвета, чтобы сужение не препятствовало прохождению содержимого;
- отсутствие или минимальное вмешательство в механизм перистальтики (сокращения мышц кишечника);
- полная герметичность швов, обеспечивающих соединение.

Виды швов при формировании

1. Стерильные(серозно-мышечные)
2. Нестерильные(с прошиванием слизистой оболочки)

При этом для стерильного шва мы используем нерассасывающиеся нити (полиэфирные, капрон, лавсан и др.), а для нестерильного рассасывающиеся (кетгут и др.)

- Когда мы используем стерильный шов мы должны делать шаг 3мм, когда используем нестерильный 5-6мм.

Формирование анастомоза

- Прежде чем начать формировать анастомоз мы должны **пересечь** край кишки с приводящей и отводящей стороны с целью увеличения просвета



- После этого соединяемые участки кишки освобождают от брыжейки приблизительно на расстоянии 1 см от свободного конца.
- Стерильные швы будут наложены приблизительно на расстоянии 5 мм от краев разреза.

- Очень и очень важным требованием является сопоставление брыжеек, только после того как они будут сопоставлены мы можем начать формировать анастомоз!!!

С помощью чего мы можем облегчить себе задачу?

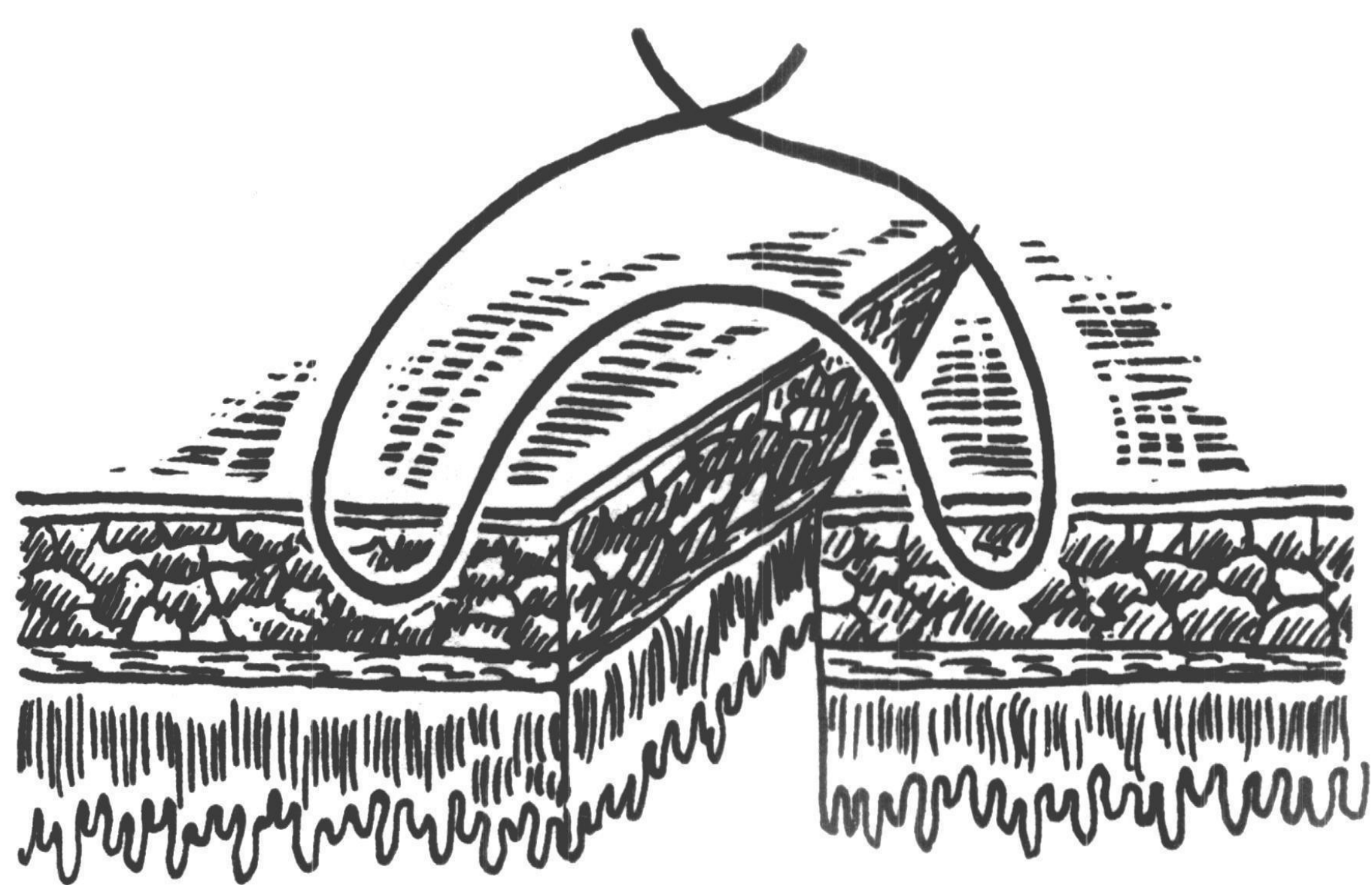
Для этого мы можем использовать:

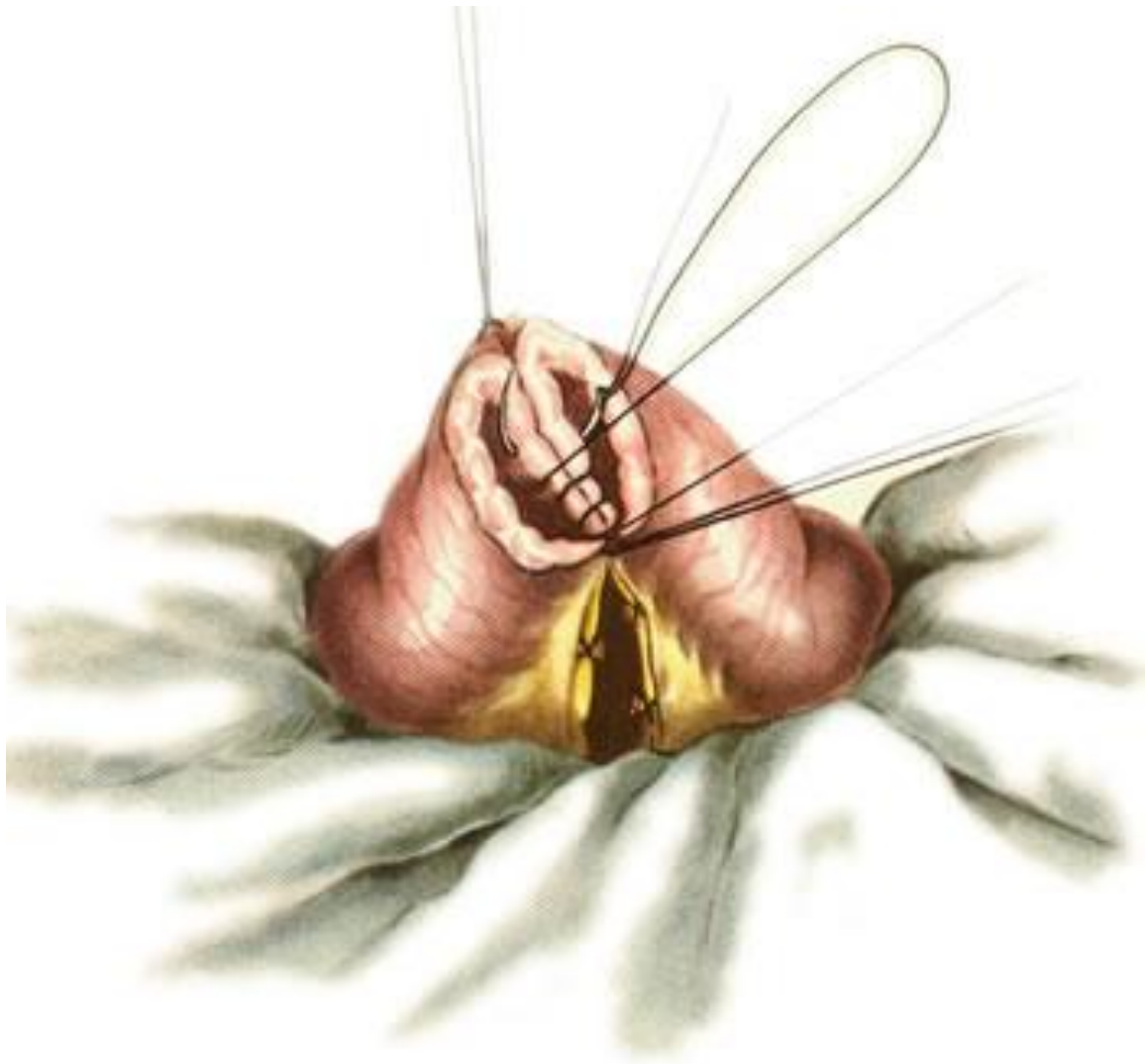
1. Швы держалки

2. Кишечные мягкие жомы

Наиболее часто формируют анастомоз с помощью **двухрядного шва**, который накладывается в начале на заднюю, а затем на переднюю стенку анастомоза

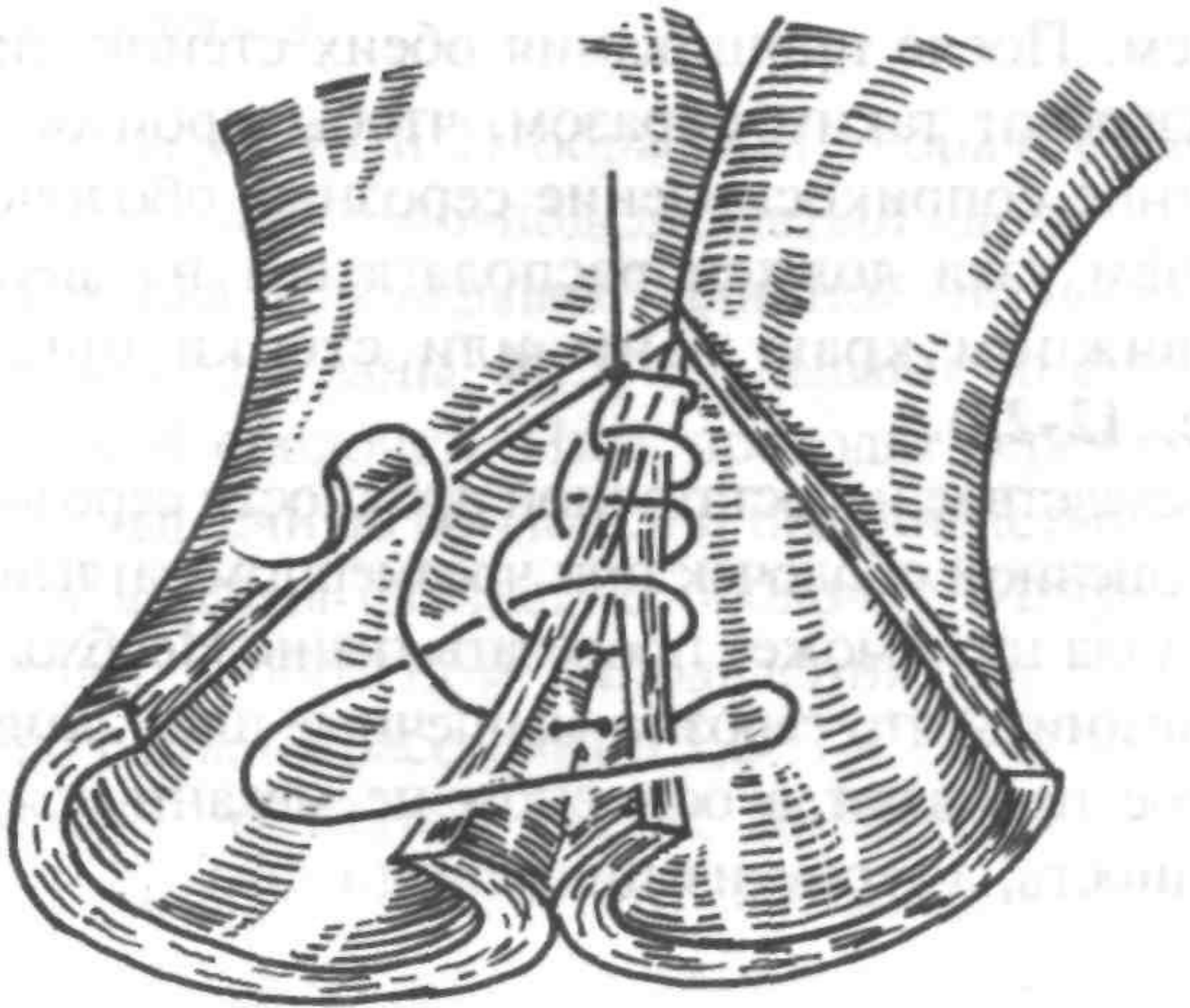
С помощью **серозно-мышечного (стерильного) шва Ламбера** соединяют участки кишки в месте наложения соустья. После вскрытия просвета обоих участков кишки образуются задние и передние губы анастомоза



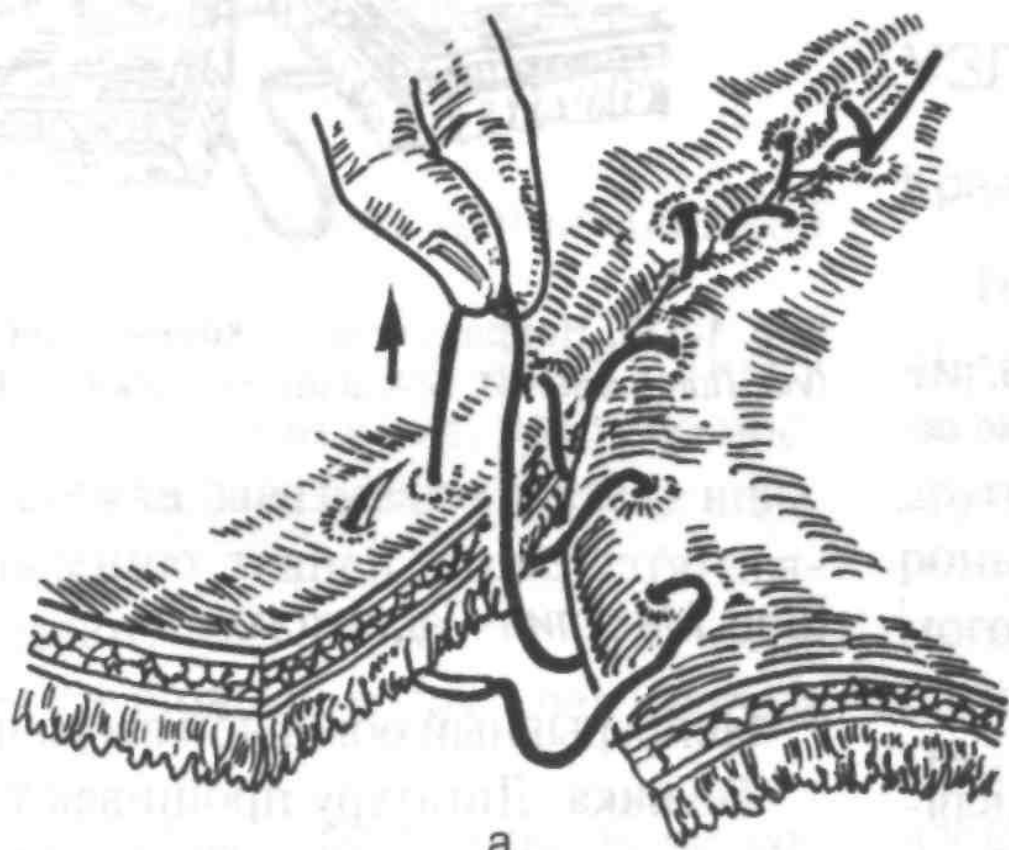


- Заднюю стенку анастомоза формируют путем сшивания задних губ с помощью одного из сквозных(нестерильных) швов – **скорняжного или Ревердена - Мультановского**

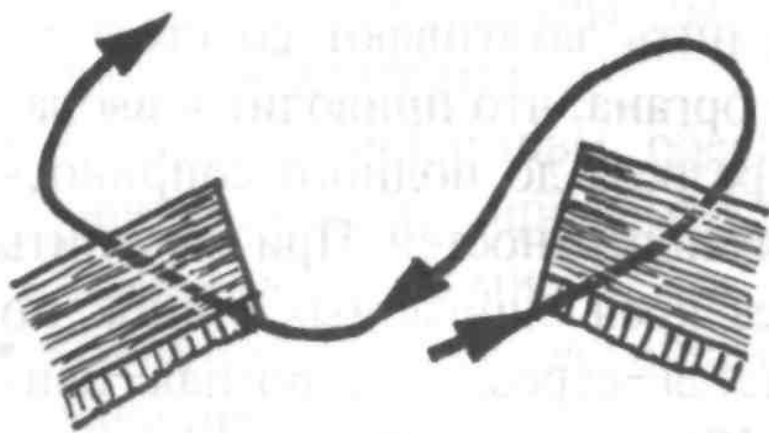




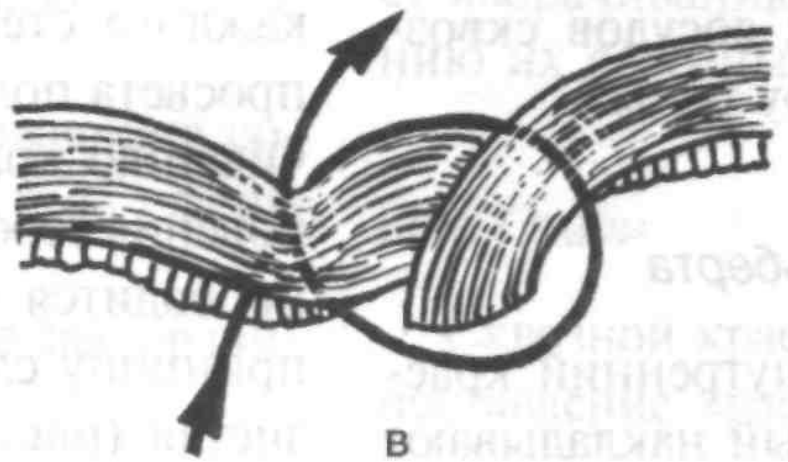
- После формирования задней стенки анастомоза сшивают передние губы. При этом применяют один из **вворачивающих(нестерильных) швов (Шмидена)**, который обеспечивает гемостаз, вворачивание соединяемых стенок и соприкосновение их серозных оболочек



a



б

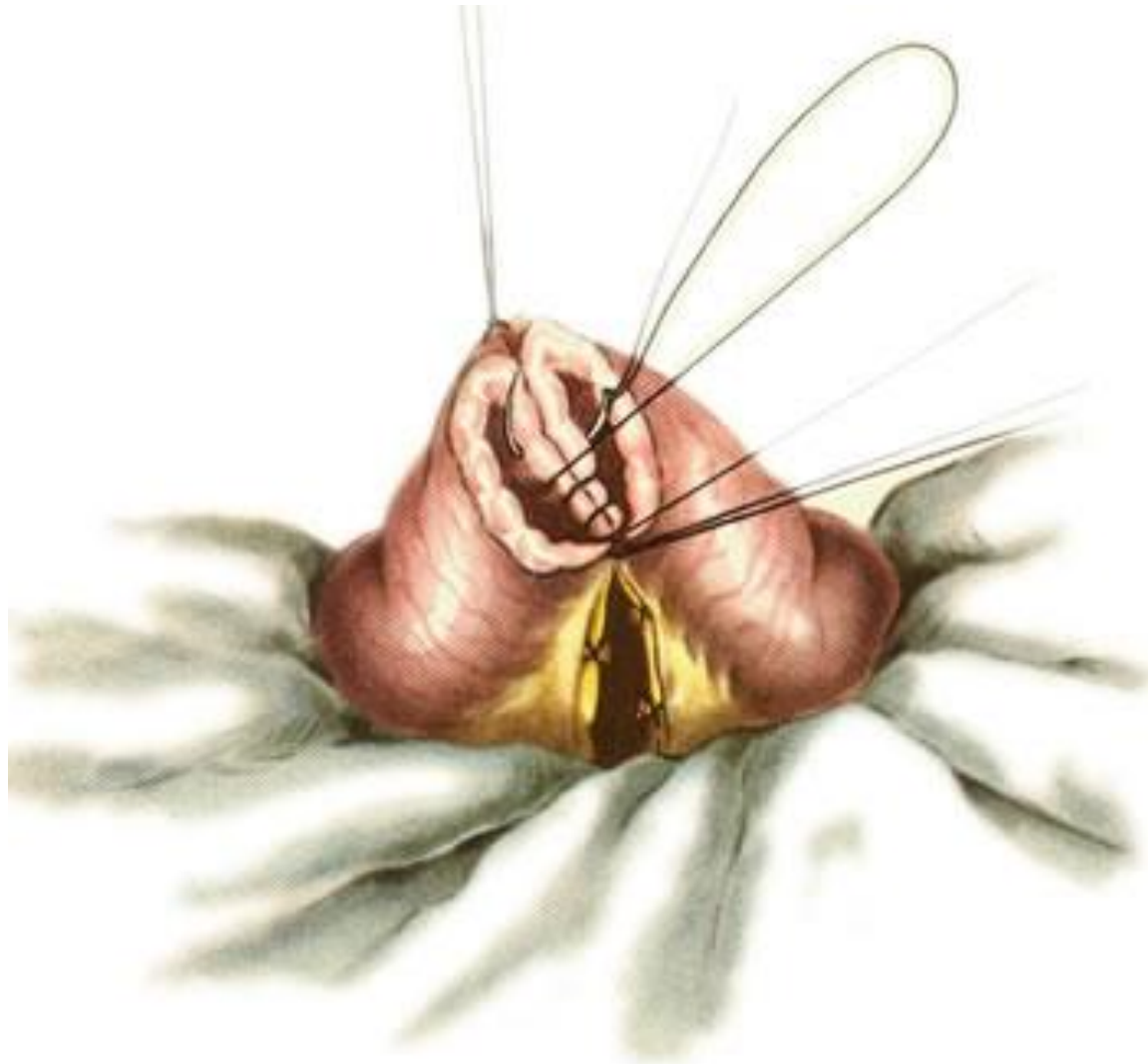


в

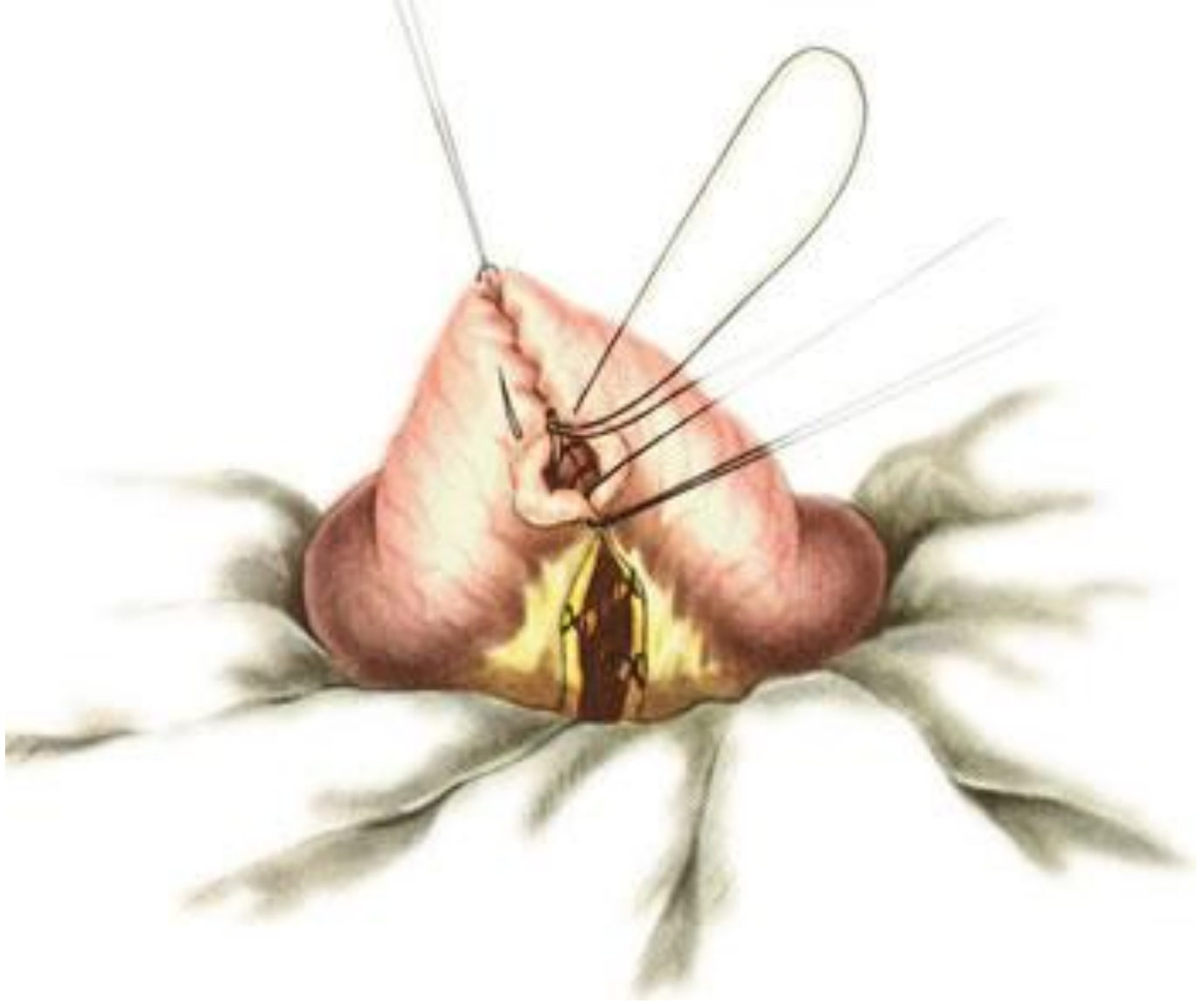
- Заканчивают формирование анастомоза наложением отдельных серозно-мышечных (стерильных) швов Ламбера

- Таким образом, вся линия анастомоза снаружи ушита серозно-мышечным, задние губы сквозным, передние вворачивающим.

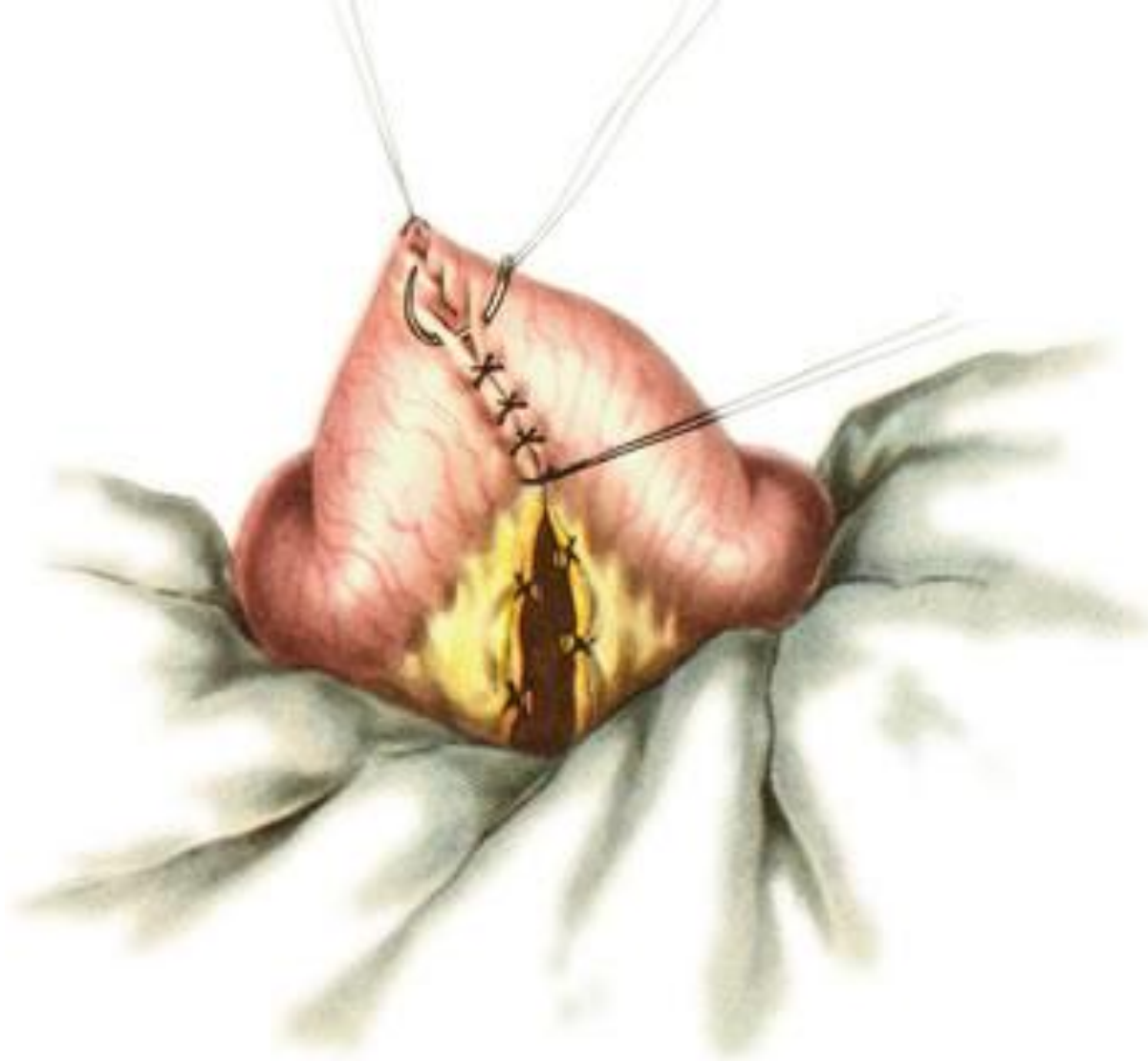
Анастомоз конец в конец



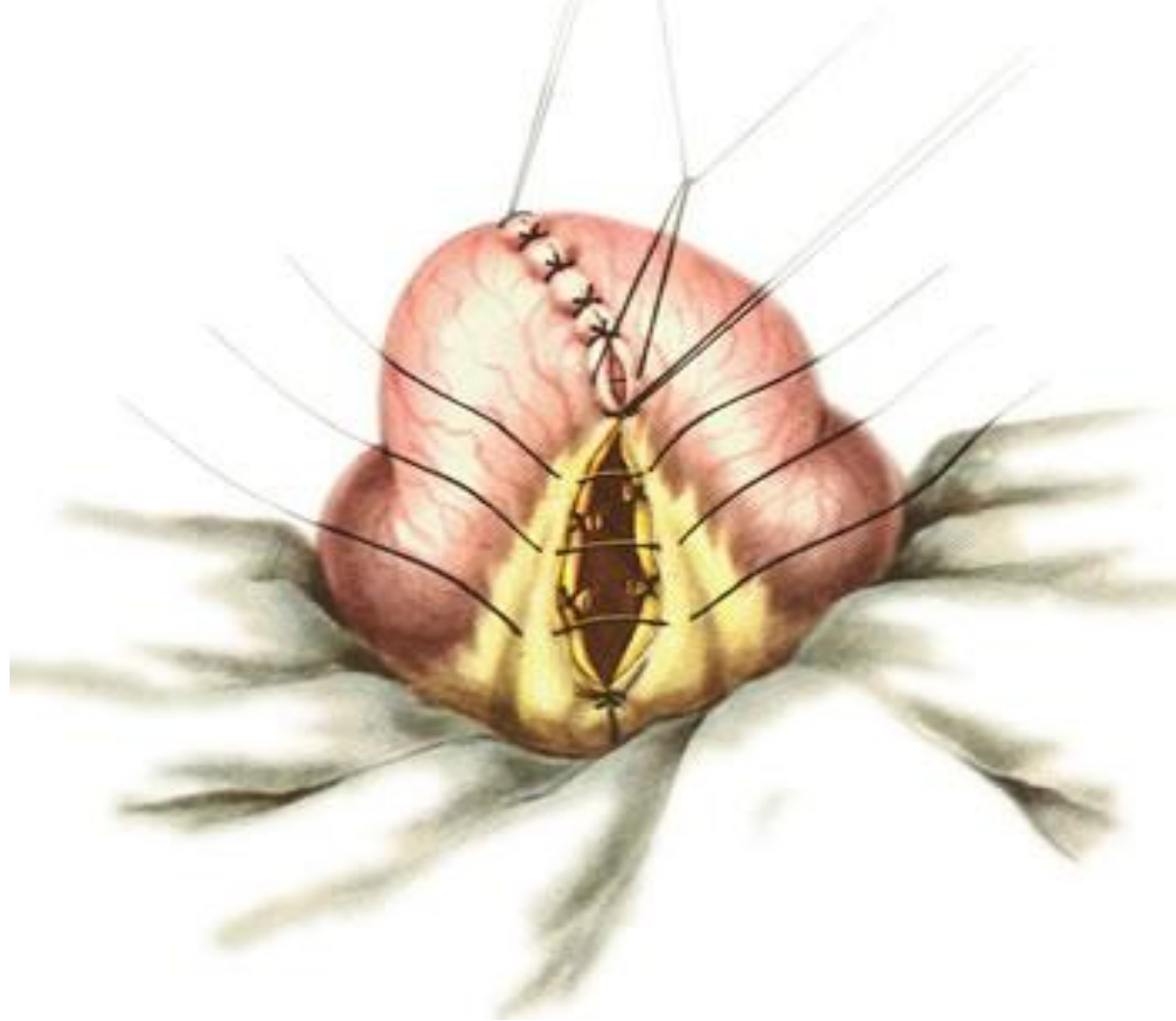
Ушивание задних губ анастомоза непрерывным кетгутовым швом.



Ушивание передних губ анастомоза швом Шмидена.

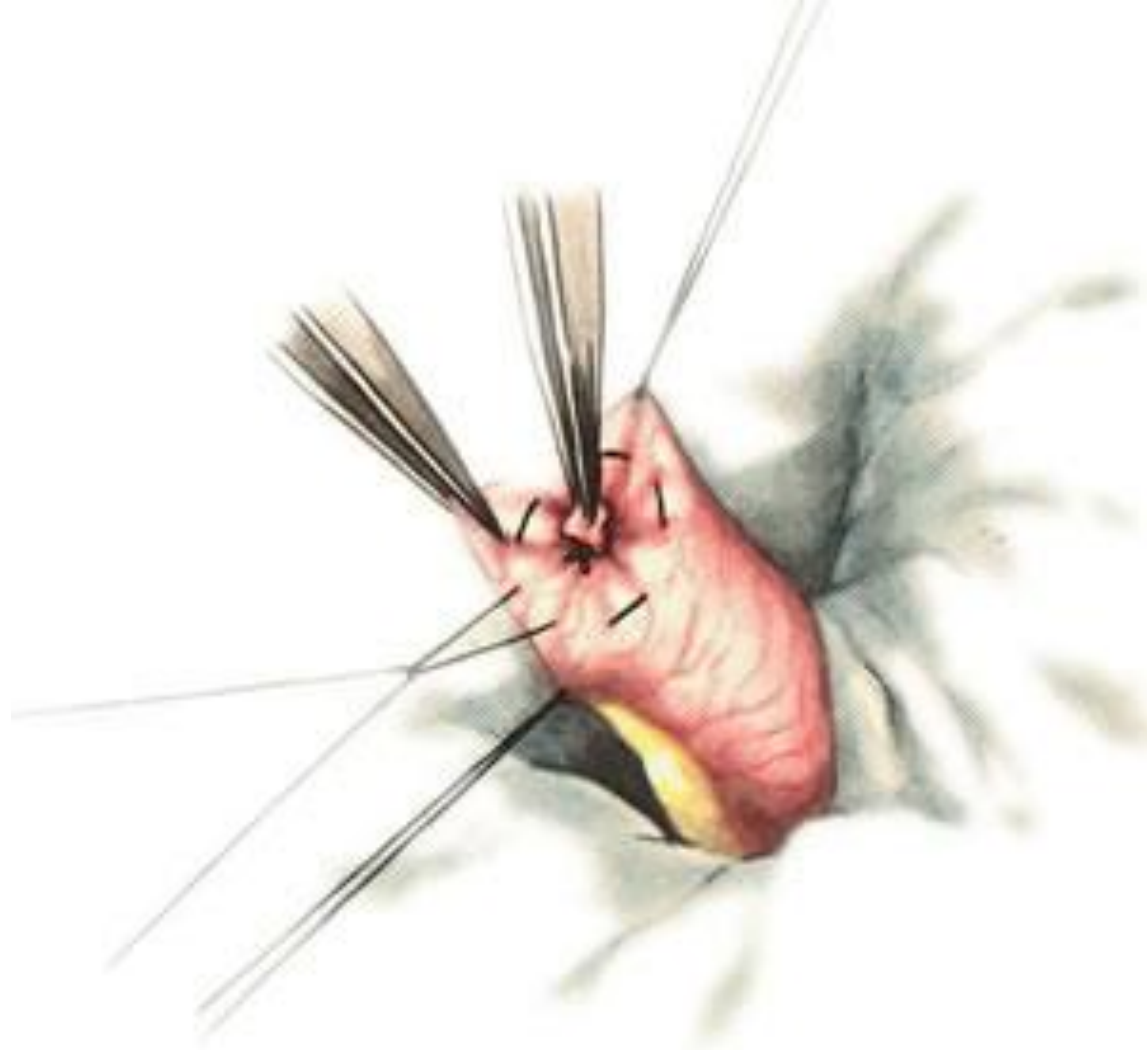


Наложение узловых серозно-мышечных швов на переднюю стенку анастомоза.

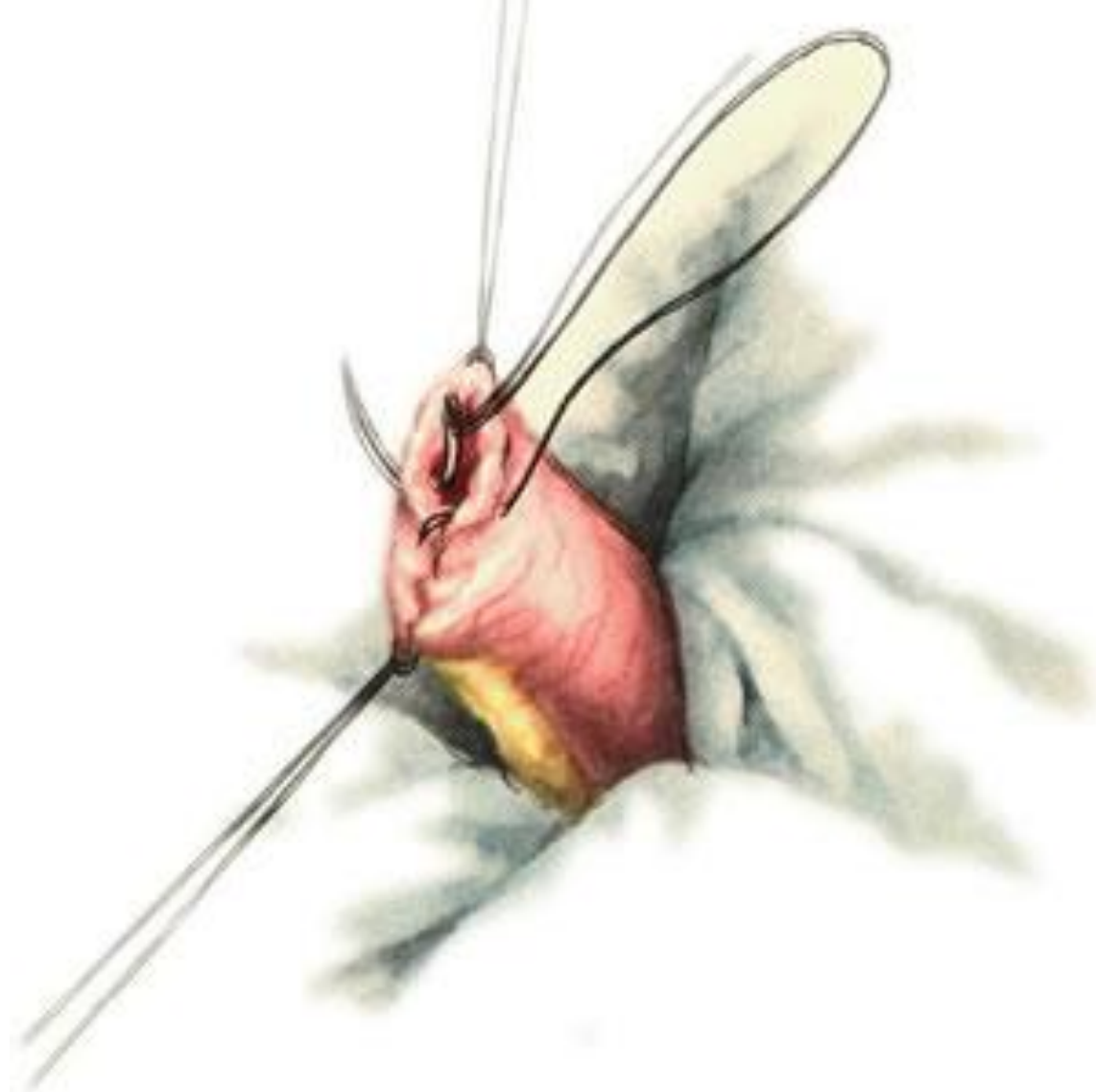


Наложение узловых серозно-мышечных швов на заднюю стенку анастомоза и ушивание отверстия в брыжейке.

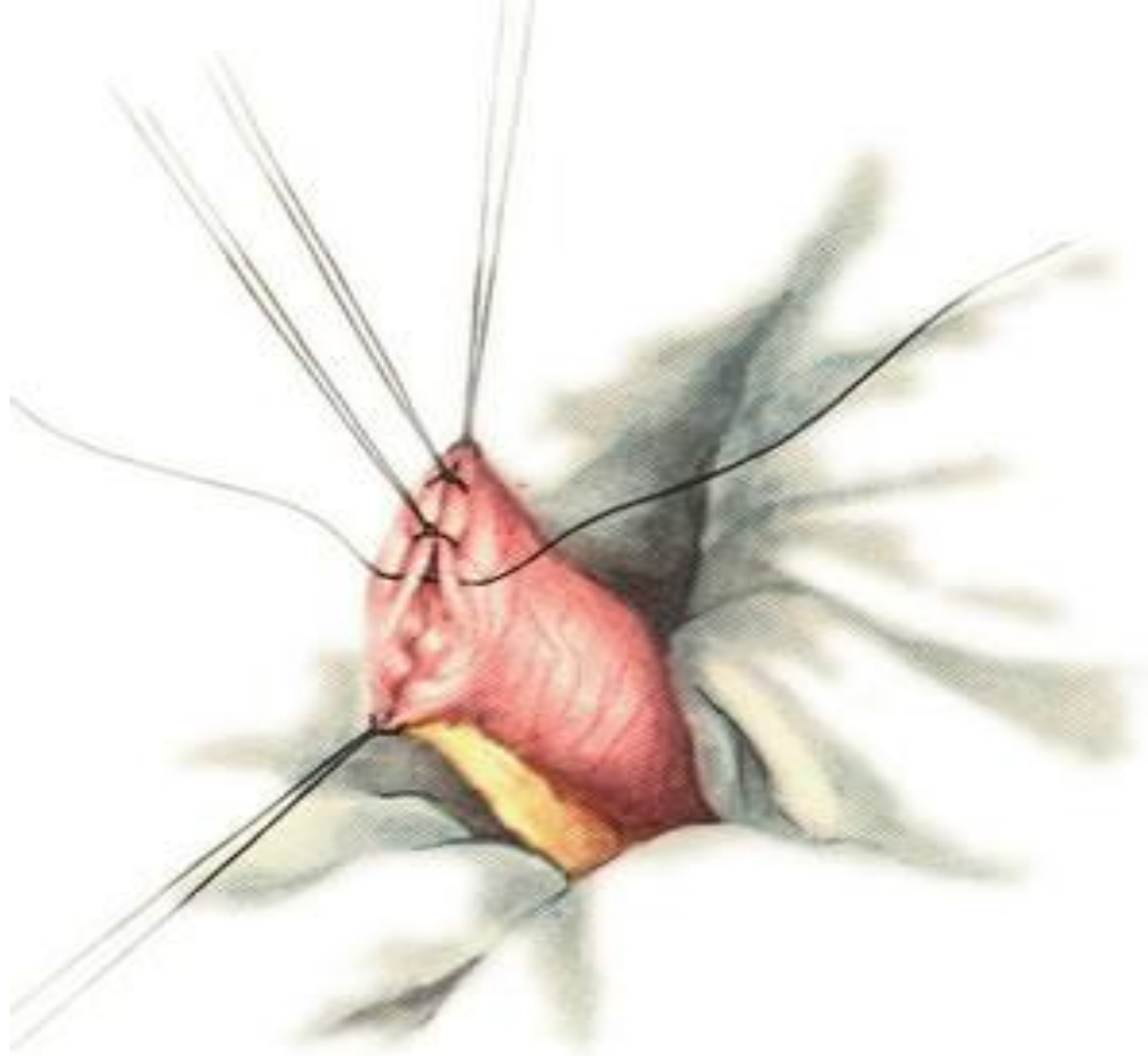
Анастомоз бок в бок



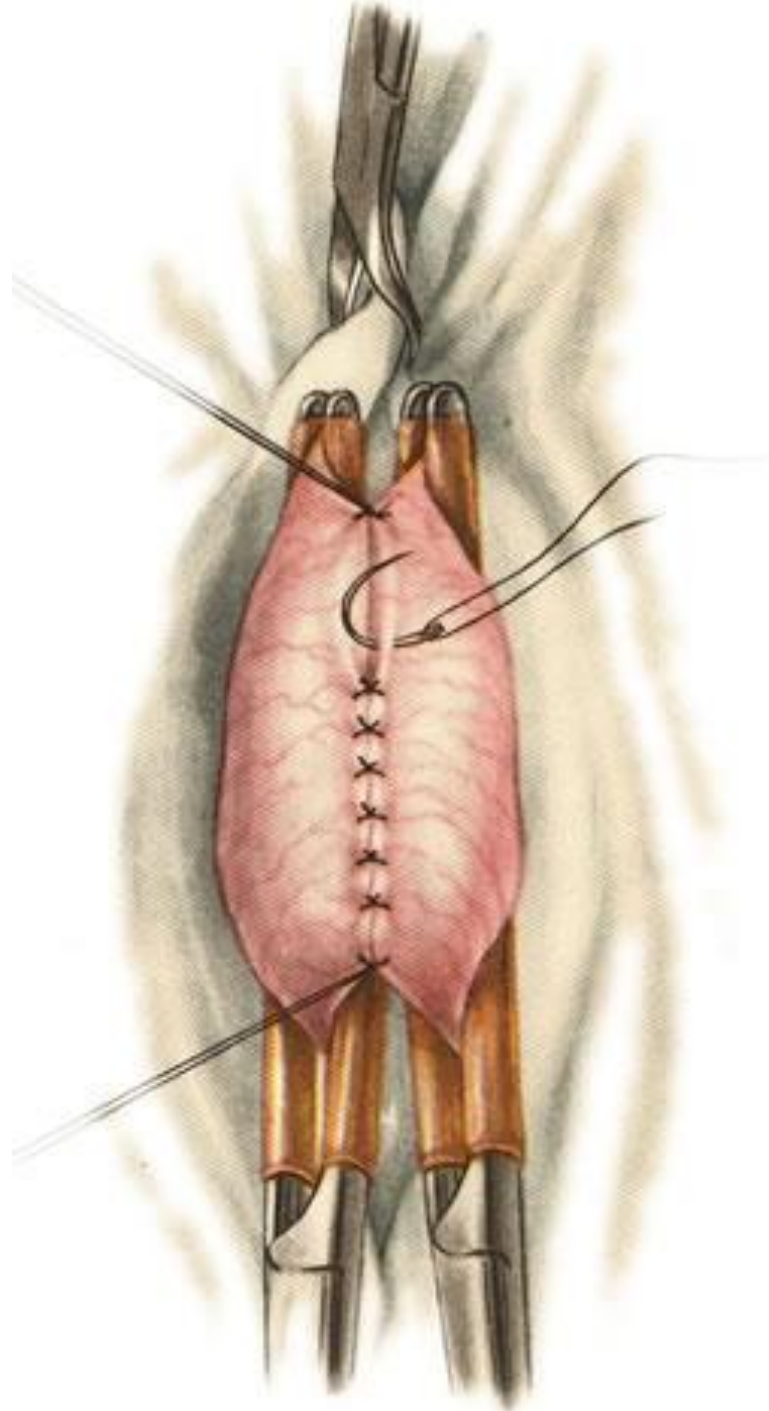
Обработка культи кишки (первый вариант).
Погружение перевязанной культи в кисетный
ШОВ.

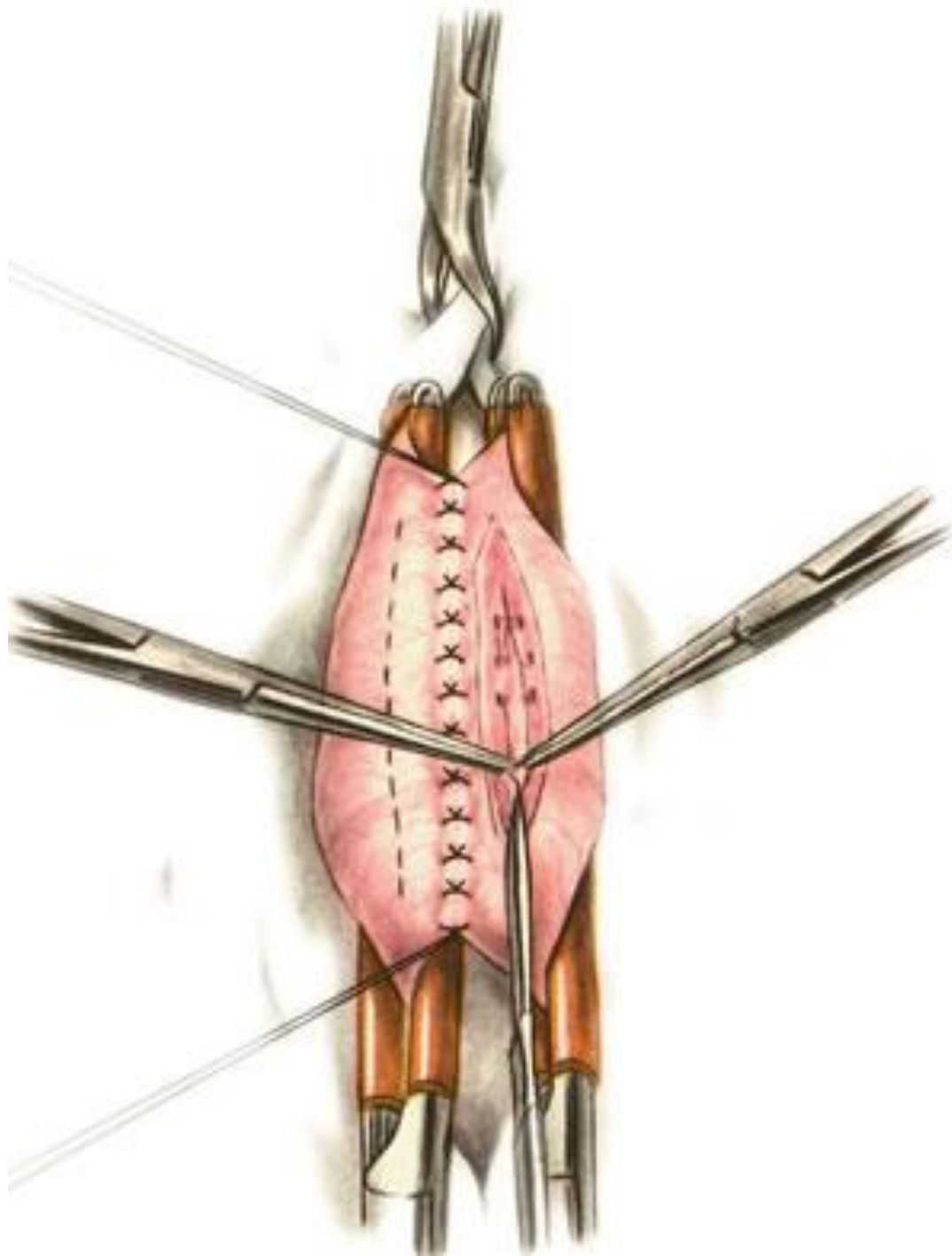


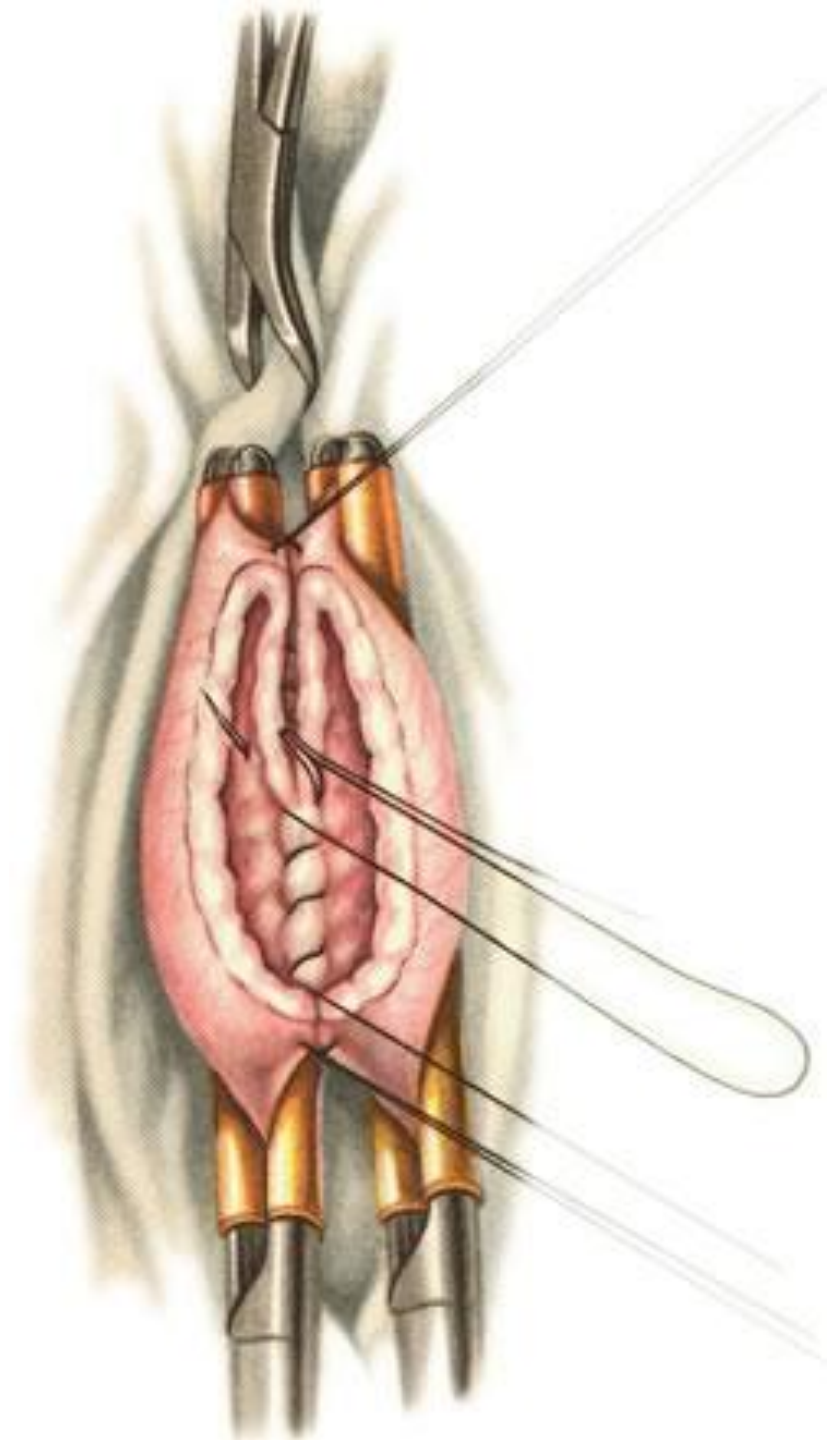
Обработка культи кишки (второй вариант).
Ушивание просвета кишки скорняжным
ШВОМ.

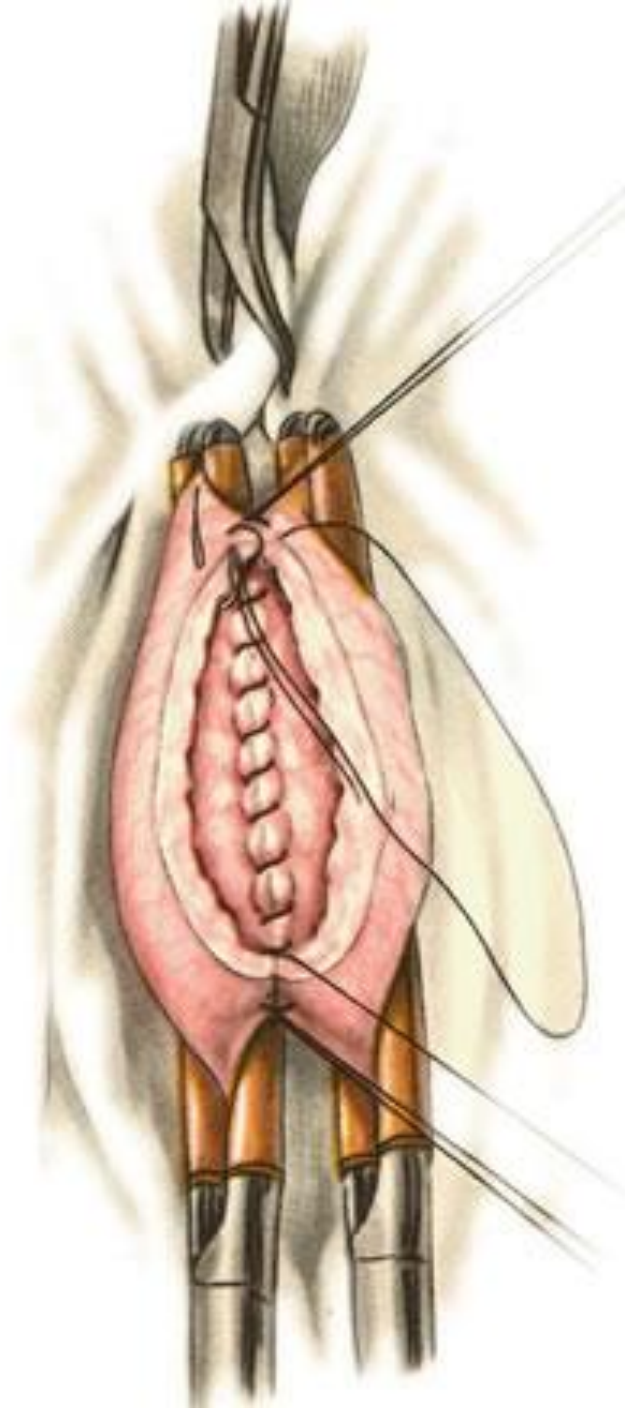


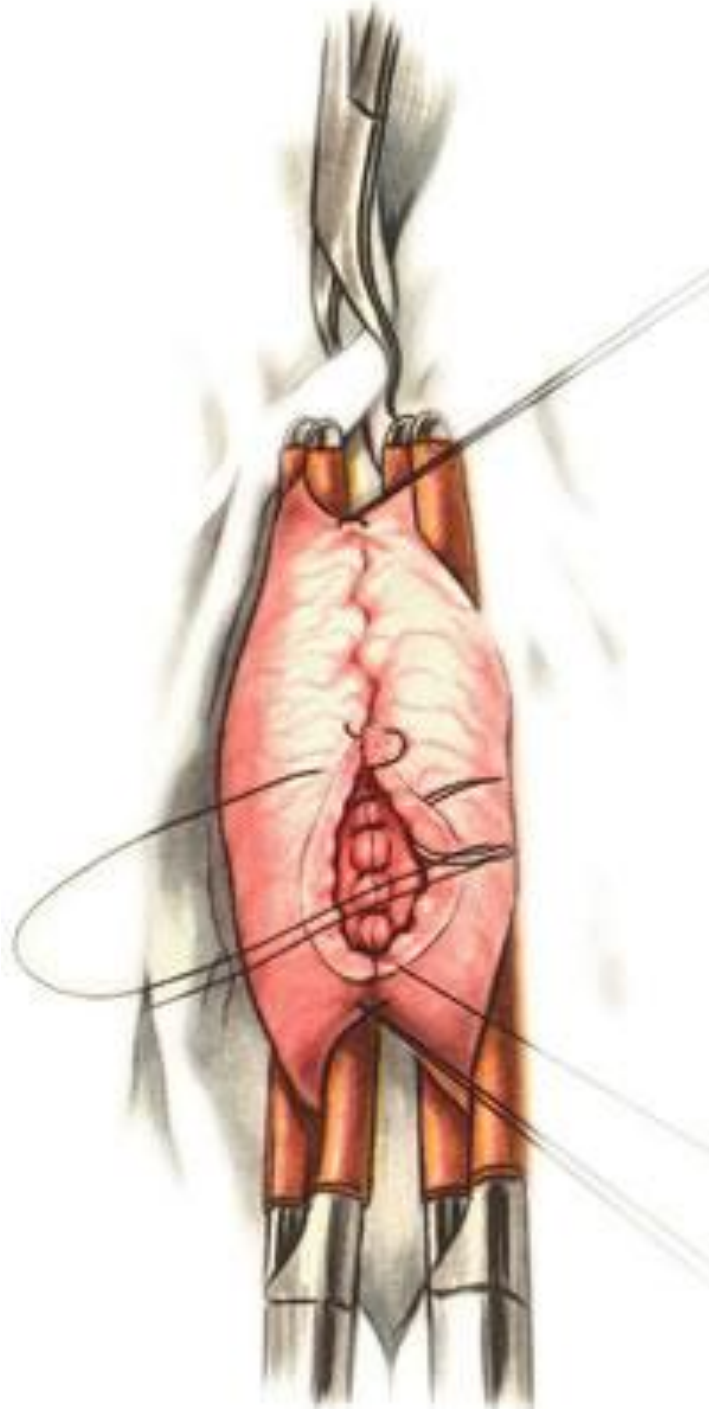
Обработка культи кишки (второй вариант).
Наложение узловых серозно-мышечных
ШВОВ.

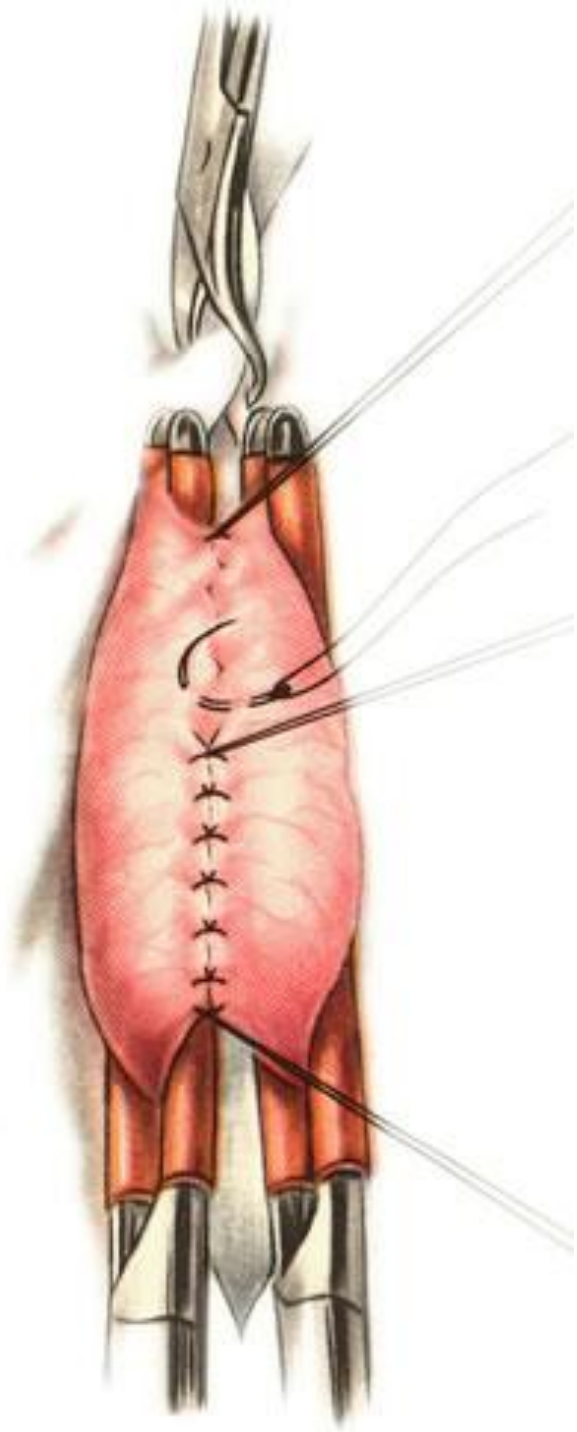


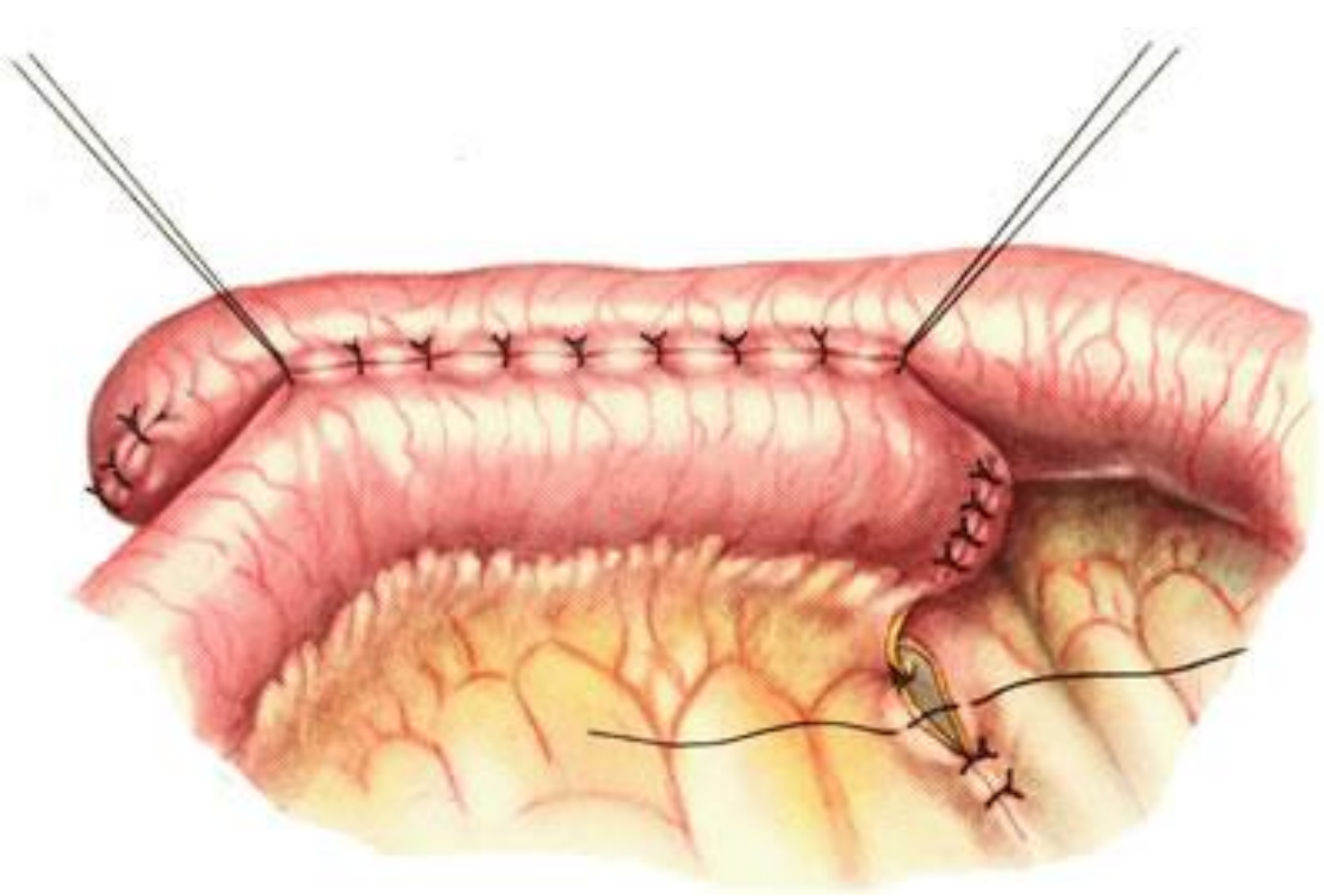




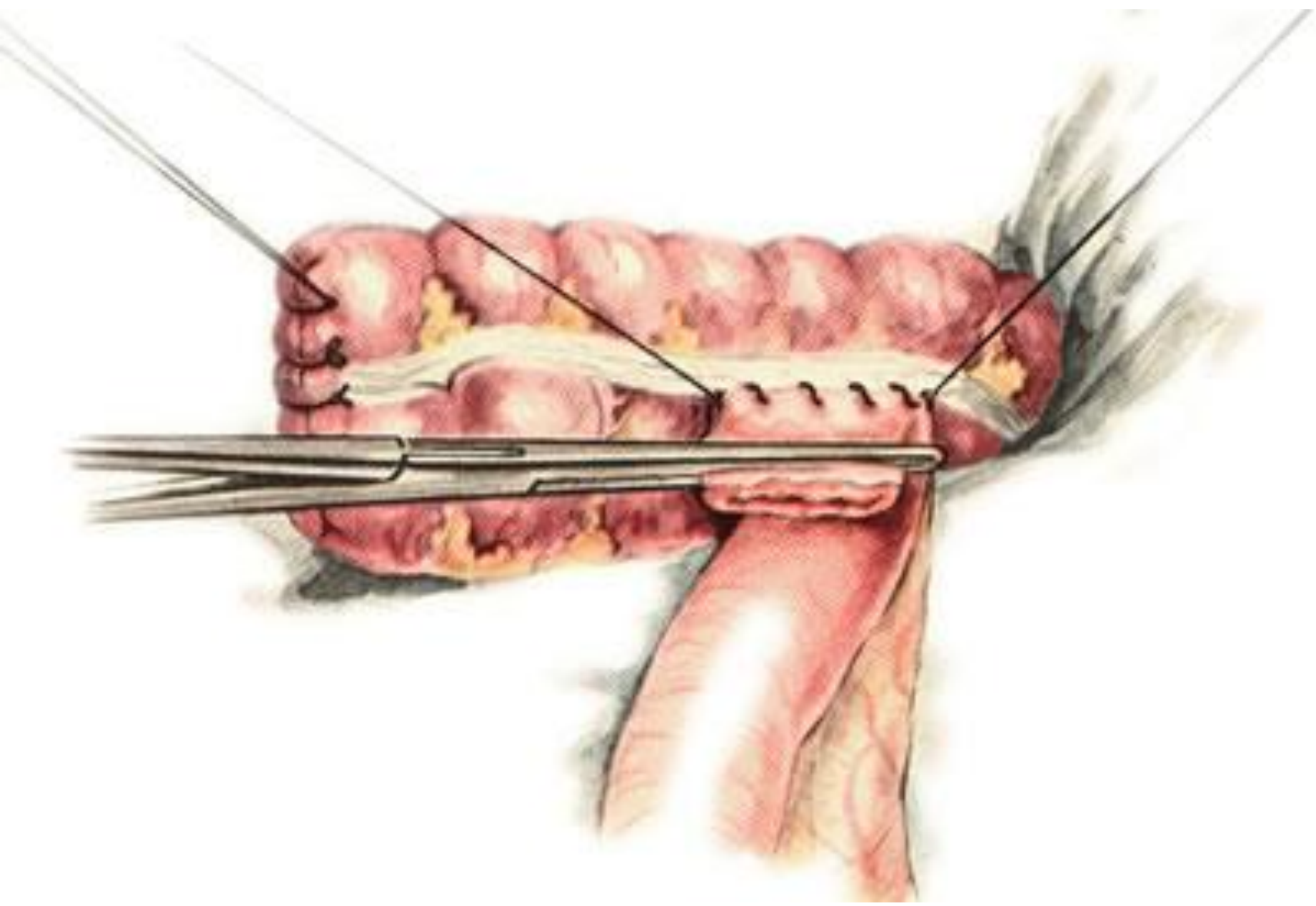


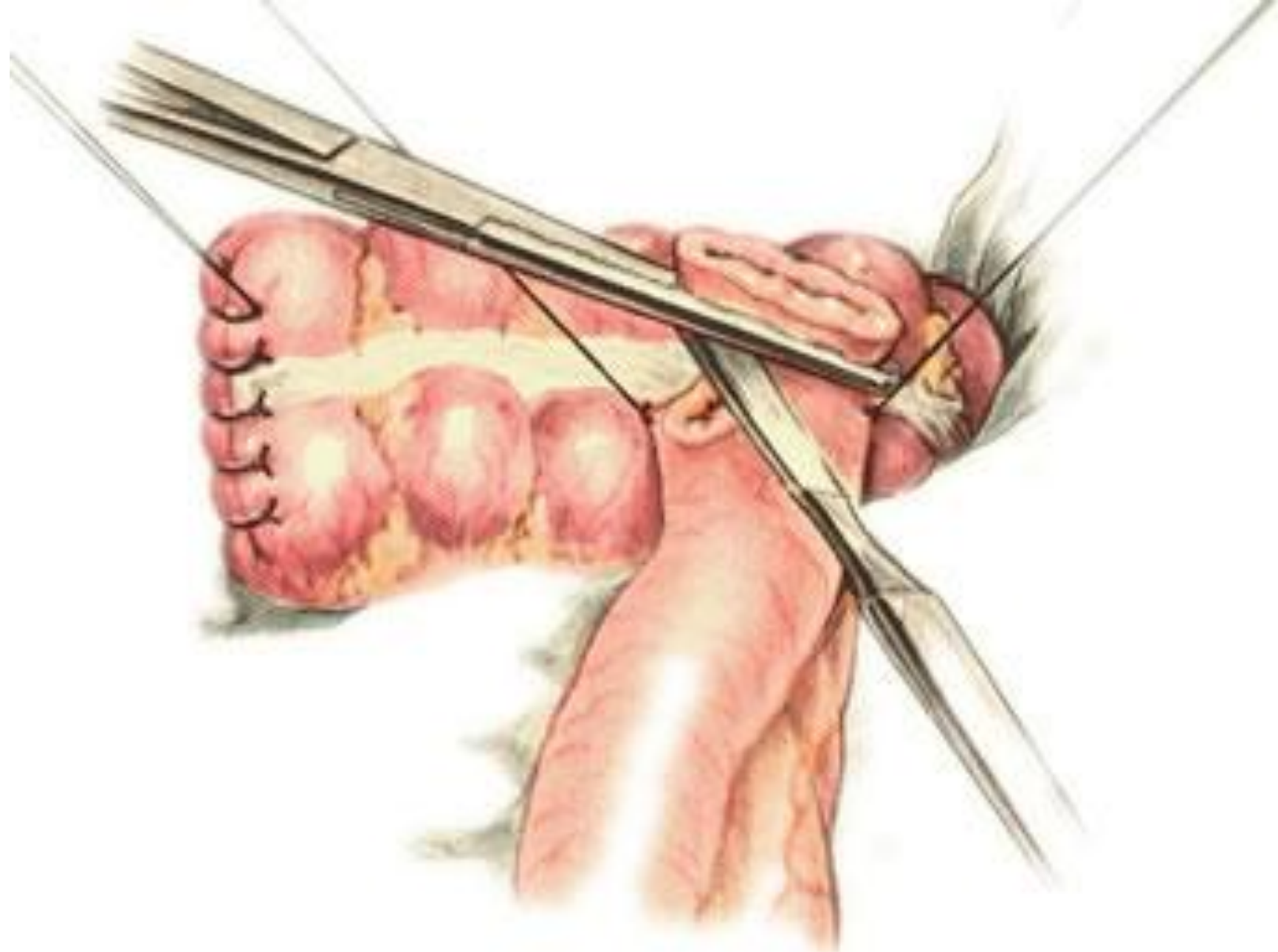


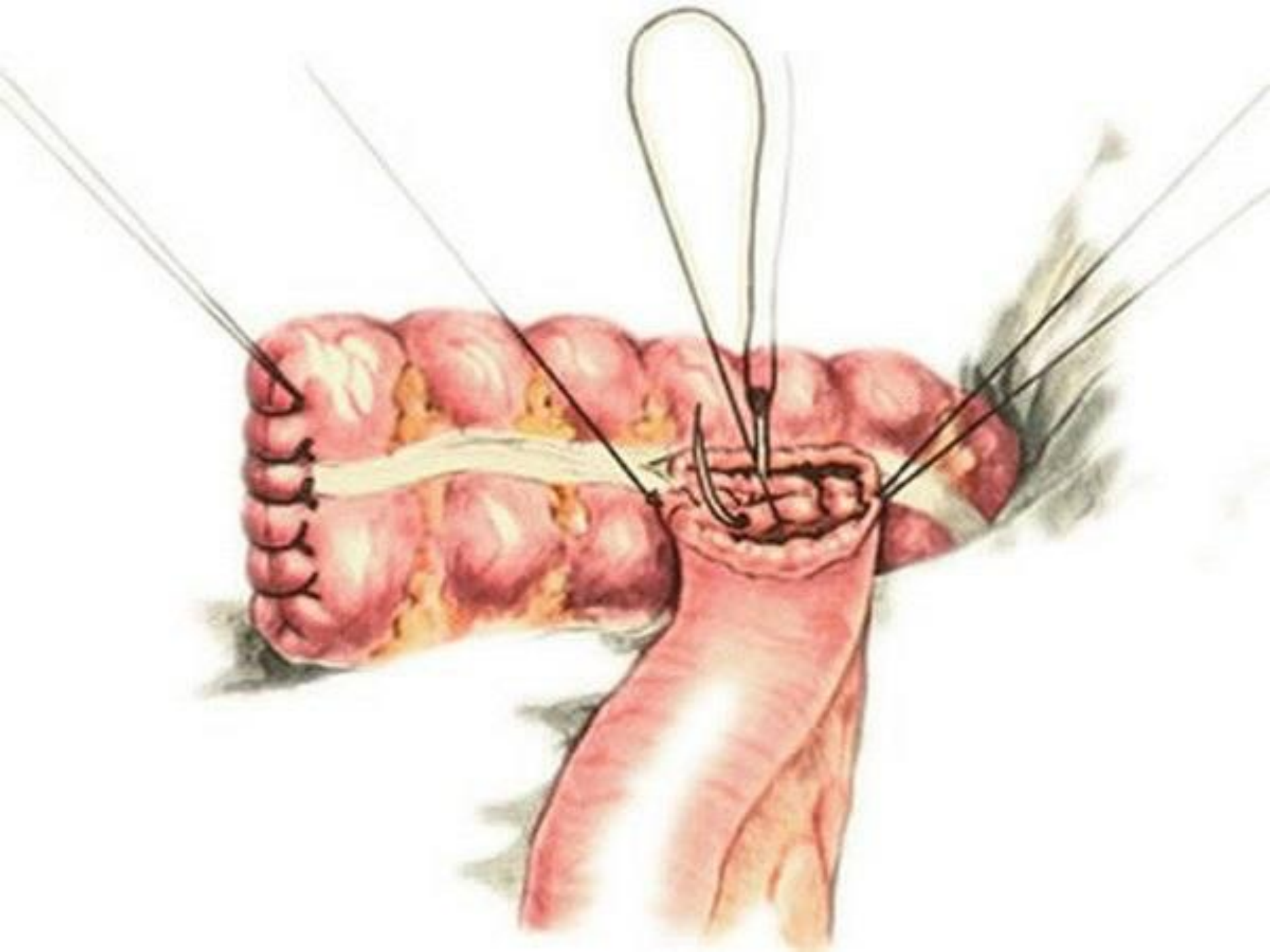


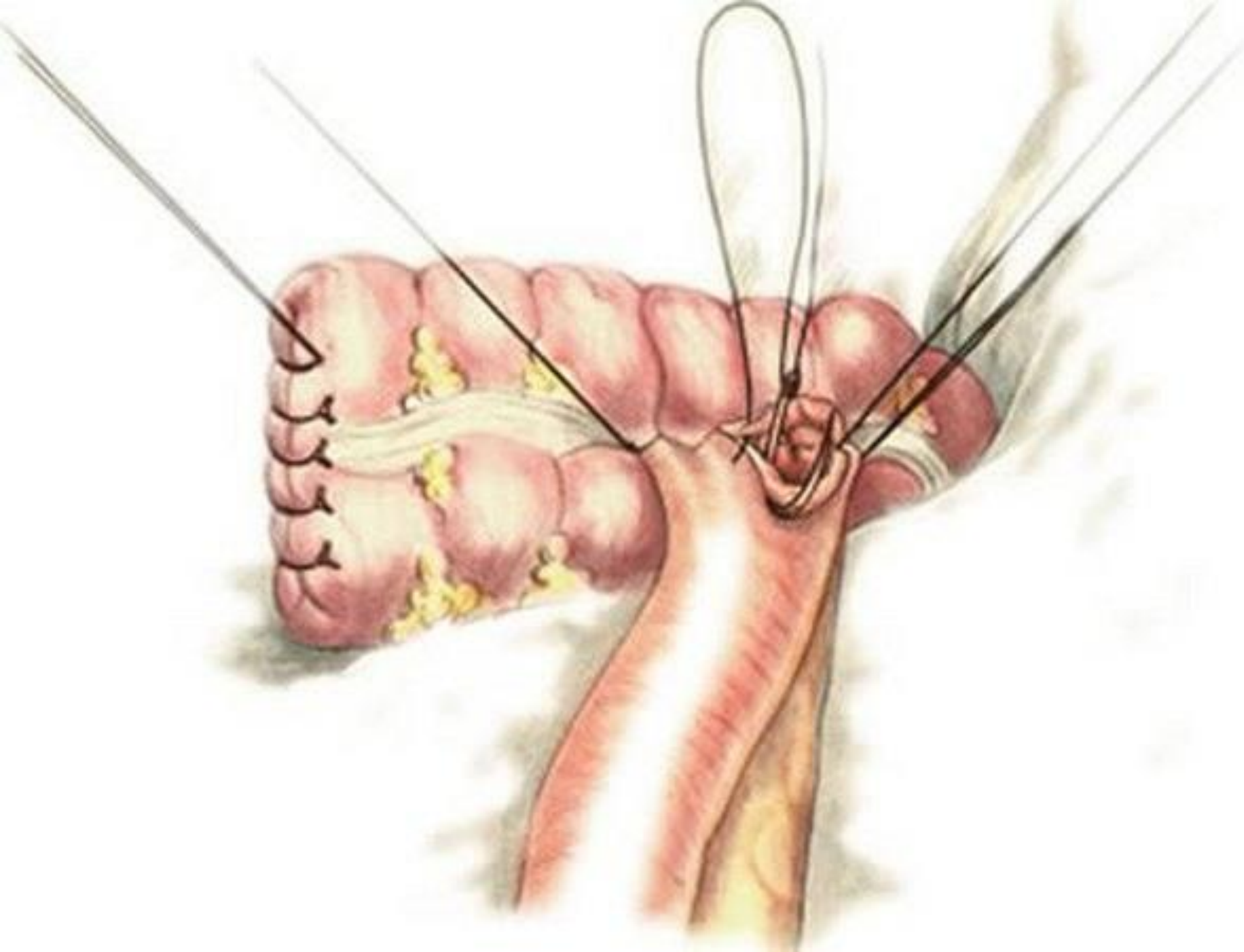


Анастомоз конец в бок

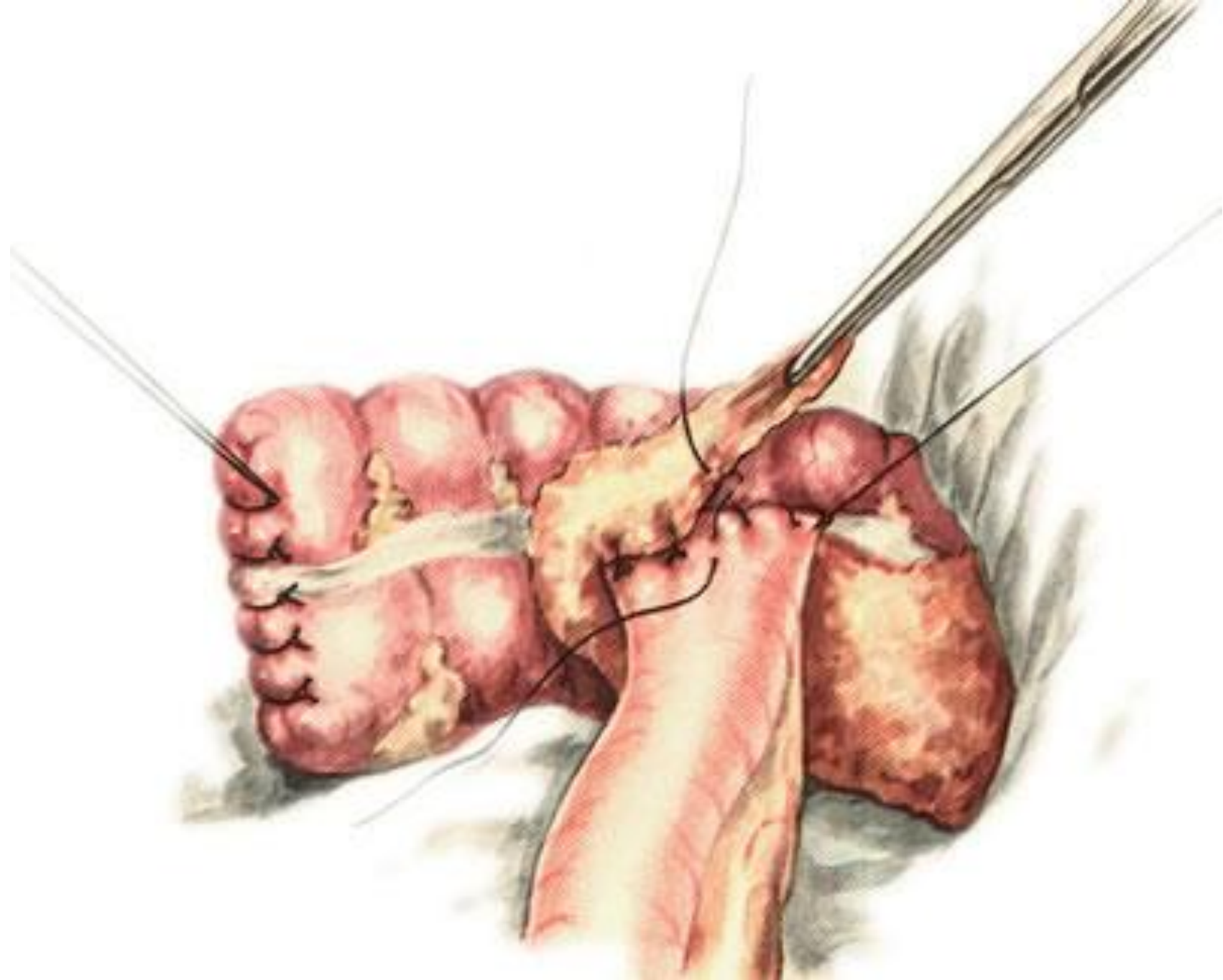












Показания к кишечному анастомозу

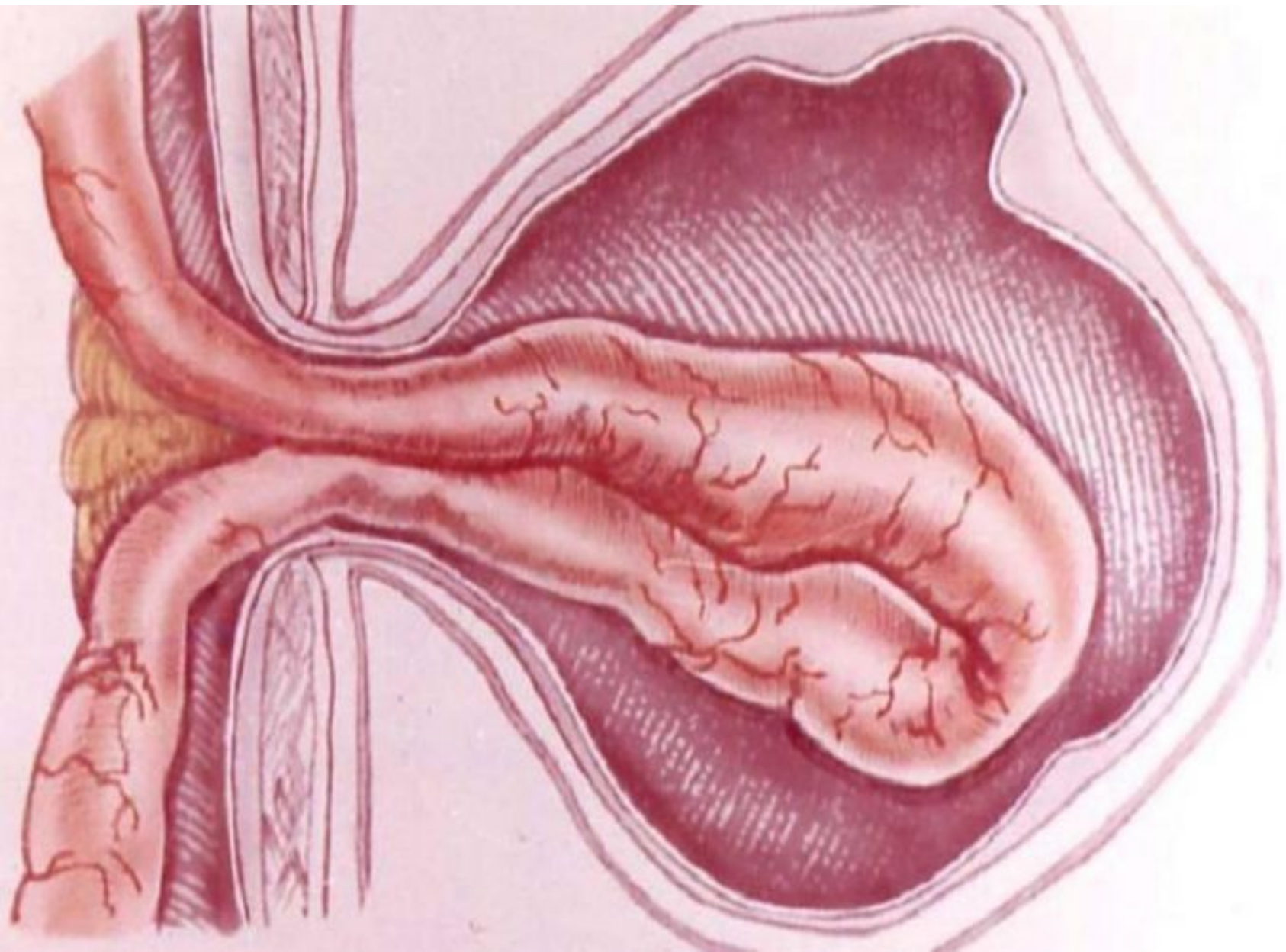
В экстренной хирургии показаниями к резекции тонкой кишки являются следующие состояния:

- **Массивное ранение кишки и брыжейки.** В случаях, когда простое ушивание раны невозможно технически и ненадежно, производится экономная резекция поврежденного участка с восстановлением непрерывности с помощью кишечного шва.

- **Мезентериальный тромбоз** — тяжелейшая ситуация, связанная с тромбозом питающих кишку мезентериальных (брыжеечных) сосудов. При этом происходит некроз значительной части кишечной трубки, кровоснабжение которой обеспечивалось бассейном «блокированных» брыжеечных сосудов.



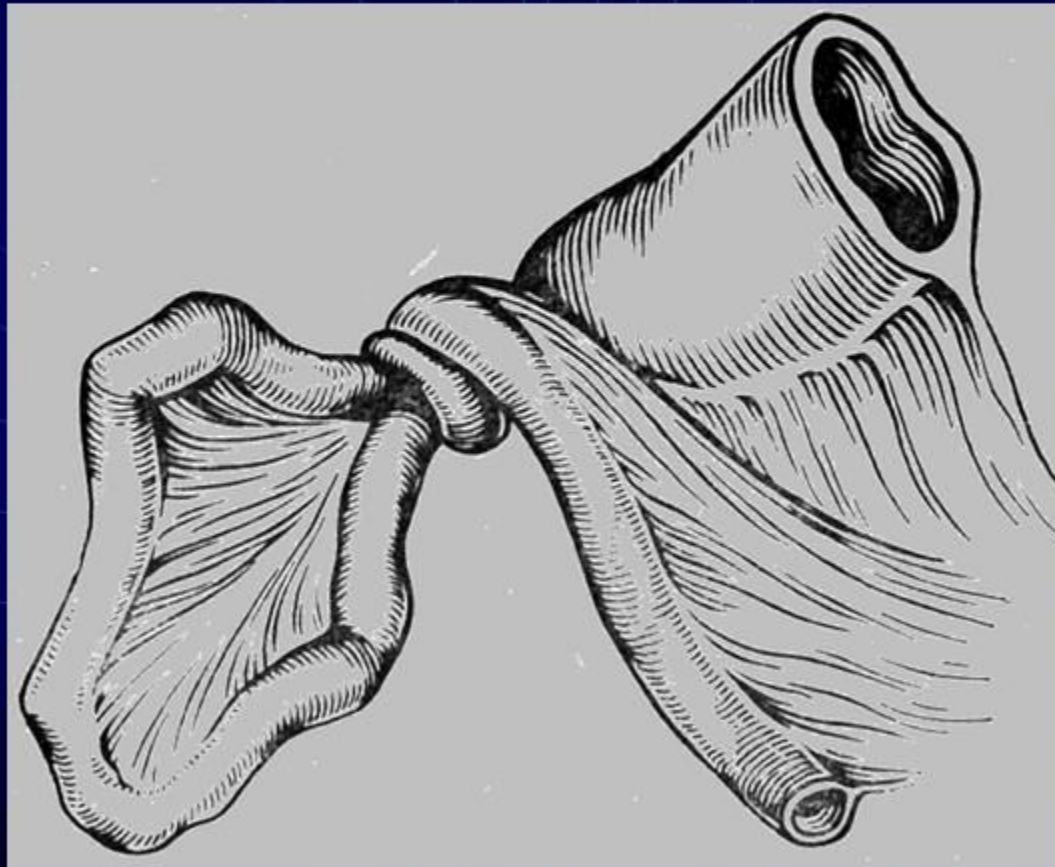
- **Ущемленная грыжа брюшной стенки с некрозом петли ущемленной кишки.**
Ущемленная в грыжевых воротах петля тонкой кишки страдает не только от ущемления ее стенки, но и от прекращения кровоснабжения в результате сжатия питающих петлю сосудов. Если в течение 2-3 часов не разрешить ситуацию, происходит некроз кишки.



- **Болезнь Крона** — хроническое воспалительное заболевание кишки, имеющее аутоимунную природу. При обострении заболевания и появлении клиники острого живота больные подвергаются неотложному хирургическому вмешательству. Объем вмешательства включает экономную резекцию пораженного участка кишки с наложением анастомоза.

- **Заворот кишки** случается чаще у детей и больных старческого возраста. Предрасполагающим фактором является анатомические особенности: удлинение кишки и ее брыжейки. Возникающая излишняя подвижность петель может привести к перекручиванию участка кишки вокруг оси с образованием заворота. В случае нарушения кровоснабжения возникает некроз вовлеченной в процесс петли кишки. В таком случае требуется резекция кишки в пределах здоровых тканей.

Заворот



Симптомы перитонита

- Жалобы на резкие, сильные боли в животе, усиливающиеся при перемене положения.
- Рвота, не приносящая облегчения.
- Вынужденное положение на боку с подтянутыми ногами к себе
- Положительный симптом Щеткина-Блюмберга
- Тахикардия до 120-140 ударов в минуту
- Лихорадка с поднятием температуры до 40 градусов
- Стойкий парез кишечника

Симптомы острой кишечной непроходимости

- **Боль.** Для нее характерно: отсутствие четкой локализации в каком либо отделе брюшной полости, внезапное возникновение, вне зависимости от приема пищи, в любое время суток
- **Рвота.** При продолжающейся непроходимости рвотные массы представлены застойным желудочным содержимым(каловая рвота)
- **Задержка стула и газов.** Ранний признак непроходимости.