

Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави  
Шымкентский медицинский институт  
факультет  
Кафедра хирургии, анестезиологии-реанимации

# РЕЗЕКЦИЯ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА, УШИВАНИЕ И НАЛОЖЕНИЕ АНАСТОМОЗОВ НА КИШЕЧНИК.

Выполнил: Усипбек Д  
ХО-606

Принял: Аннаоразов Ы

Шымкент 2018г

# план

- ⦿ Определение
- ⦿ Техника выполнения
- ⦿ Виды резекций

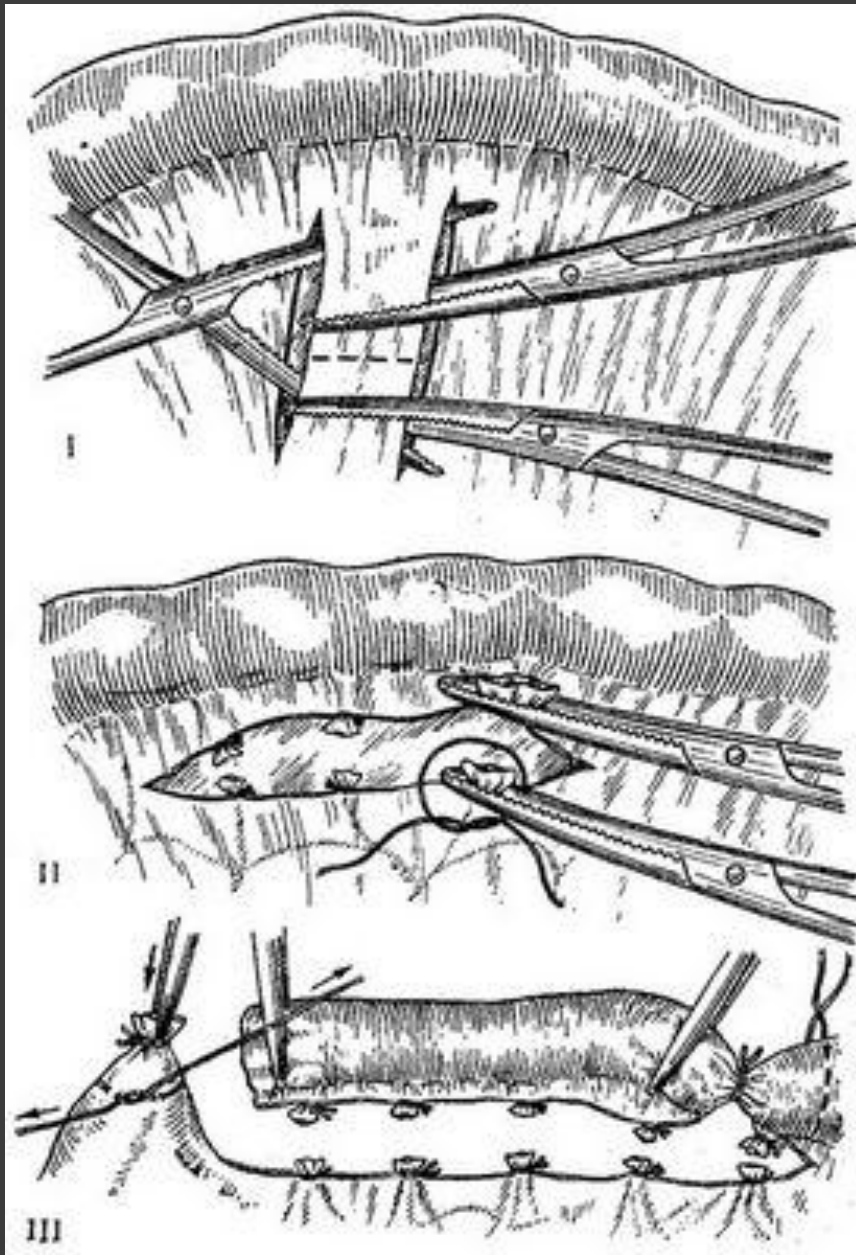
- ◎ Резекция тонкой кишки
- ◎ Резекцию или иссечение участка тонкой кишки выполняют при ее ранениях, омертвениях в случаях ущемления и тромбоза сосудов, при опухолях.

- ◎ **Техника операции.** Участок кишки, подлежащий удалению, выводят в рану и обкладывают марлевыми салфетками. Границы резекции должны быть в пределах кишки, не вовлеченной в патологический процесс. Удаляемый участок кишки отсекают от брыжейки. При резекции небольшого участка отделение его от брыжейки производят вблизи края кишки. С удалением значительного участка кишки следует убирать и принадлежащую ему часть брыжейки, иссекая ее под углом к корню брыжейки. Рассечение брыжейки выполняют между наложенными на ее сосуды зажимами или завязанными нитями, подведенными под сосуды с помощью иглы Дешана. Участок кишки, подлежащей удалению, пережимают кишечными зажимами. Дальнейшая техника хирурга зависит от выбора создаваемого анастомоза.

- ◎ **Анастомоз или соустье конец в конец (end-to-end).** Мягкие кишечные зажимы накладывают косо к длиннику органа, за пределами пораженного участка кишки. При этом с каждой стороны резецируемого сегмента кишки устанавливают по 2 зажима с промежутками в 1,5—2 см. По центральным зажимам отсекают участок кишки. Косое положение клемм делает диаметр кишки в месте сечения шире, что в дальнейшем предупреждает сужение пищеварительной трубки, возникающее от наслоения швов анастомоза. Периферические зажимы с концами кишки подводят друг к другу, предупреждая перекручивание кишки. Держалками — узловыми швами, подхватывающими стенку того и другого концов кишки через брыжеечный и свободные края кишки, укрепляют положение анастомоза.

- Накладывают от держалки до держалки серозно-мышечный шов, захватывающий стенки концов кишки на 3 мм ниже краев внутренних губ анастомоза. Затем накладывают непрерывный шов через всю толщу стенки внутренних губ анастомоза, который дальше переходит в вворачивающий шов Шмидена для наружных губ соустья. Снимают клеммы с кишки, проверяют проходимость соустья, меняют стерильные салфетки, хирург перемывает руки. Продолжением серозно-мышечного шва, закрывающего вворачивающийся шов, заканчивают создание анастомоза. Редкими узловыми швами ушивают дефект в брыжейке. Рану брюшной стенки зашивают послойно.

- ◎ **Анастомоз бок в бок (рис. 153) (side-to-side).** За пределами пораженного участка кишку пережимают раздавливающими Клеммами под прямым углом к ее длиннику. На место снятых зажимов накладывают лигатуры, которые при завязывании перекрывают просвет кишки. Отступя 1,5 см к периферии от этих лигатур, накладывают серозно-мышечный кисетный шов. Кнутри от завязанной нити накладывают мягкий зажим и по нему пересекают кишку. Образовавшуюся культю кишки смазывают йодной настойкой и погружают кисетным швом, который над ней затягивают. Поверх накладывают узловые серозно-мышечные швы. Подобным же образом обрабатывают и другой конец кишки. На центральный и периферический слепые концы кишки по свободному их краю накладывают кривые мягкие зажимы и подводят друг к другу изоперистальтически, т. е. по ходу перистальтики. Культю кишки сближают держалками с интервалом 8—9 см.



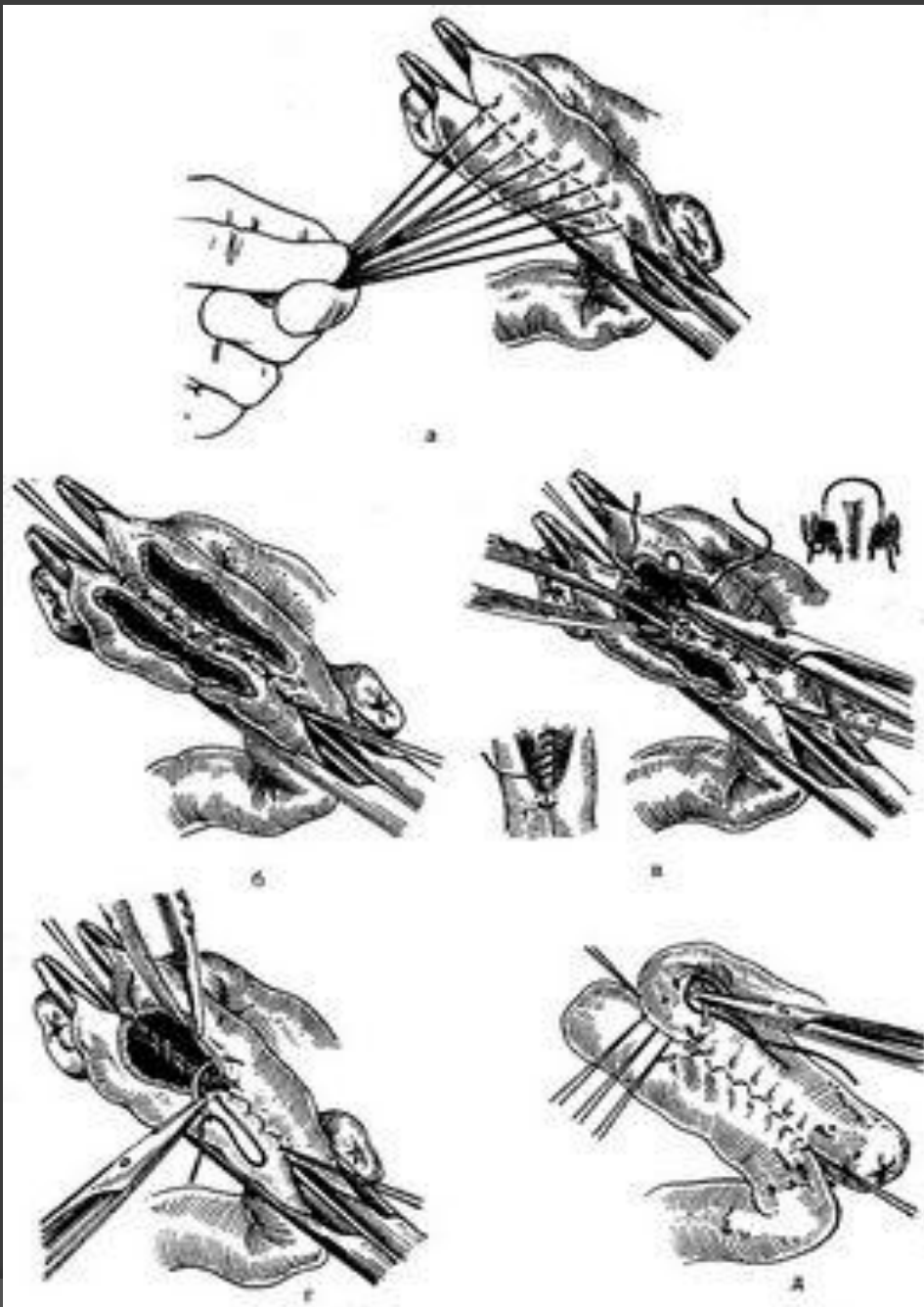
Резекция тонкой кишки. Техника перевязки сосудов брыжейки.  
I — пережатие участка брыжейки и ее пересечение; II — наложение лигатуры на участок с пересеченными сосудами; III — этапы иссечения участка кишки. Погружение культи кишки в кисетный шов.



- ◎ **Анастомоз бок в бок (рис. 153)** (side-to-side). За пределами пораженного участка кишку пережимают раздавливающими Клеммами под прямым углом к ее длиннику. На место снятых зажимов накладывают лигатуры, которые при завязывании перекрывают просвет кишки. Отступя 1,5 см к периферии от этих лигатур, накладывают серозно-мышечный кисетный шов. Кнутри от завязанной нити накладывают мягкий зажим и по нему пересекают кишку. Образовавшуюся культю кишки смазывают йодной настойкой и погружают кисетным швом, который над ней затягивают. Поверх накладывают узловые серозно-мышечные швы. Подобным же образом обрабатывают и другой конец кишки.

- На центральный и периферический слепые концы кишки по свободному их краю накладывают кривые мягкие зажимы и подводят друг к другу изоперистальтически, т. е. по ходу перистальтики. Культы кишки сближают держалками с интервалом 8—9 см. От одной держалки до другой накладывают серозно-мышечный шов. На обоих концах кишки проводят вскрывающие просвет кишки разрезы, следующие на 0,5—0,75 см отступя и параллельно серозно-мышечному шву. Эти разрезы должны заканчиваться, не достигая начала и конца выполненного шва на 1 см. Внутренние губы анастомоза сшивают швом Альберта, наружные его губы — швом Шмидена.

- Сменив салфетки и вымыв руки, снимают зажимы и проводят заключительный серозно-мышечный шов. Несколькими швами зашивают отверстие в брыжейке. Рану брюшной стенки зашивают послойно. Анастомоз бок в бок несколько проще для исполнения, чем конец в конец, и реже приводит к сужению просвета кишки.



- Резекция тонкой кишки с анастомозом бок в бок. а — первые чистые узловые швы по Ламберу; б — вскрытие просветов обеих соединяемых кишечных петель; 1 — передние (наружные) губы; 2 — задние (внутренние) губы; в — сшивание задних губ непрерывным обвивным швом; г — сшивание передних губ непрерывным вворачивающим, швом Шмидена; д — наложение второго чистого узлового шва по Ламберу.

- ◎ Резекция тонкой кишки
- ◎ Резекция тонкой кишки, особенно при удалении обширных ее участков тяжелое вмешательство, тяжесть которого определяется не столько его травматичностью, сколько последующими нарушениями пищеварительной функции.

- Хотя известны случаи благоприятных отдаленных результатов после резекции тонкой кишки от 5 до 6 м, однако нередко после значительно менее обширных резекций развиваются в последующем диспептические явления, которые приводят к тяжелому истощению больного. Описаны случаи смерти от истощения при резекции 1,5—2 м. Не вызывает сомнений то, что здесь имеют значение не столько размеры резецированного участка, сколько величина оставшейся части кишок и ее способность к пищеварению. А поскольку длина кишечника индивидуально весьма различна, и у отдельных лиц кишечник может достигать очень больших размеров, то понятны благоприятные исходы даже при резекции до 6 м. В общем же резекция участков кишки, превышающих 1,5 м, всегда таит опасность последующих расстройств пищеварения.

- После обширных резекций тонкой кишки больные первые дни страдают от частых поносов, которые постепенно прекращаются, и у некоторых из них в дальнейшем восстанавливается нормальное пищеварение, у ряда больных поносы возобновляются при каждом нарушении диеты и многие из них становятся нетрудоспособными. Они постоянно нуждаются в строгой диете, содержащей много белков, много хорошо усваиваемых углеводов, и, по возможности, мало жиров. Жизнь подобных больных недолговечна.

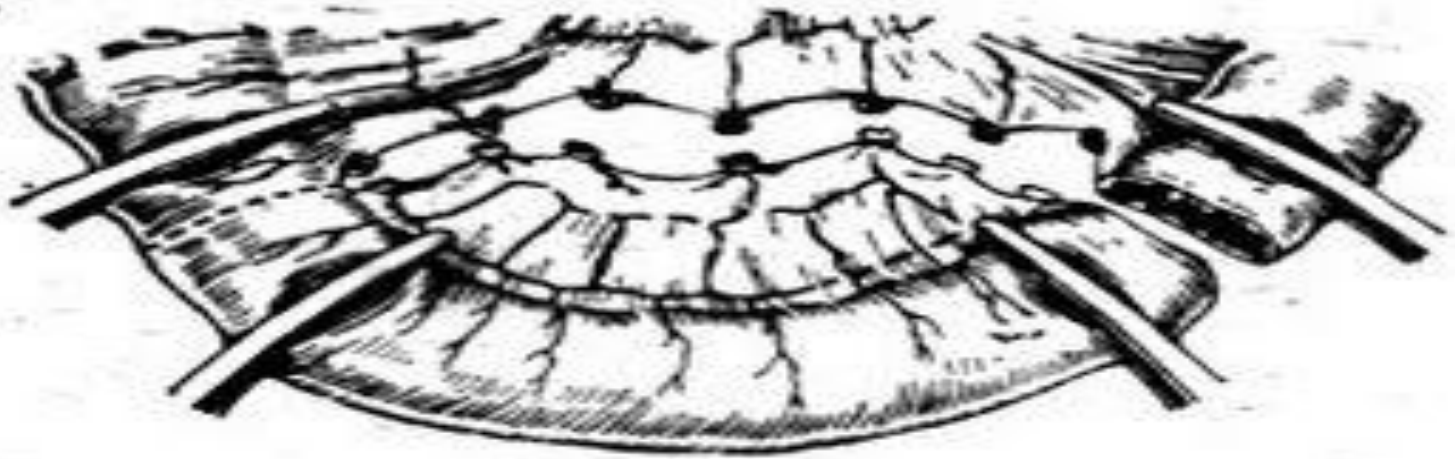
- Техника резекции тонкой кишки
- Резекцию следует производить с анастомозом конец в конец.
- После определения границ участка, подлежащего удалению, приступают к перевязке питающих его сосудов. Сосуды нужно перевязывать в области последних внекишечных ветвей брыжеечной артерии, идущих к кишечной стенке между самой кишкой и ближайшей сосудистой аркадой. Перевязка у корня брыжейки необходима при злокачественных опухолях, когда вместе с опухолью следует произвести возможно полное удаление лимфатического аппарата кишки.



- Для перевязки сосудов непосредственно у кишки делают 2 отверстия в бессосудистом месте и заключенные между отверстиями ветви вместе с покрывающими их листками брыжейки пережимают двумя прочными кровоостанавливающими зажимами, а затем пересекают между ними сосуды. Таким образом кишку отделяют от брыжейки на необходимом протяжении, после чего пересеченные сосуды лигируют. Операционное поле отграничивают марлевыми салфетками. Отделенный от брыжейки участок кишечника удаляют после пересечения его у каждого конца между 2 жомами.
- Зажатые жомами приводящий конец и отводящий конец кишки сближают, их стенки, которые при горизонтальном положении жомов обращены кзади, сшивают узловыми серозно-мышечными швами. Таким образом создают 1-й этаж швов задней стенки, расположенный на 0,5— 1 мм от жомов, зажимающих концы кишечника непосредственно у мест ее отсечения. Концы всех швов срезают кроме 2 крайних, которые потом служат держалками.

- После этого концы кишки с наложенными на них жомами отсекают, отступя на 2 мм от линии швов в сторону жомов. Содержимое из концов кишечника удаляют насосом сразу же при отсечении каждого из них.
- Теперь концы кишки сшивают между собою по всей окружности непрерывным кетгутовым швом. Заднюю стенку зашивают через край, а переднюю — по типу скорняжного шва. В заключение накладывают 2-й этаж серозно-мышечных швов на переднюю губу соустья. После анастомоза сшивают между собою края отсеченной брыжейки.
- Если резекцию приходится производить вблизи впадения тонкой кишки в слепую, то всегда возникает опасность нарушения кровоснабжения оставшегося терминального участка подвздошной кишки, когда длина его не превышает 3 см. В таких случаях надежнее зашить оставшийся короткий отводящий конец наглухо и погрузить его культю в слепую кишку серозно-мышечными швами, а приводящий конец анастомозировать со слепой или восходящей кишкой бок в бок.

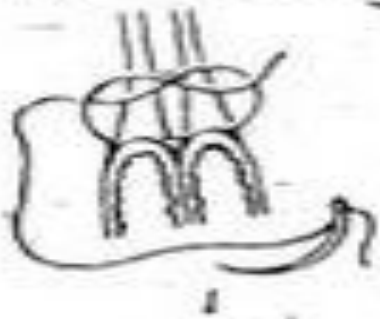
- ◎ **Резекция тонкого кишечника с наложением анастомоза конец в конец. Внизу показаны детали наложения швов: а — брыжейка рассечена и перевязана; справа кишка рассечена; слева пунктиром показано место пересечения кишки; б — наложение непрерывного шва: 1 — нитка проходит через оба листка брыжейки и мышечный слой прилегающих просветов кишок и завязывается; 2 — длинным концом нитки прошиваются края задней стенки просветов кишки.**



B



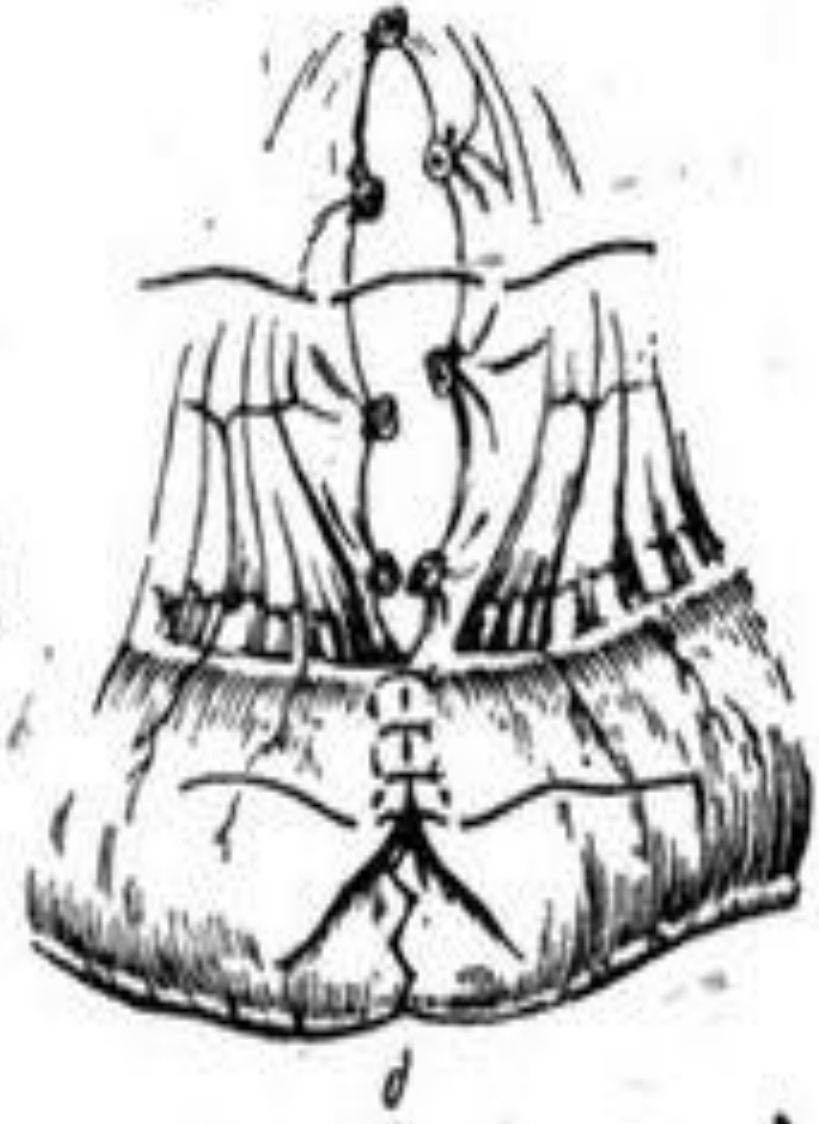
C



1



2



- ◎ **Резекция тонкой кишки. Наложение анастомоза конец в конец:** а — при переходе шва на переднюю стенку кишки иглу вкалывают со стороны слизистой оболочки; б — наложение узловатых швов второго этажа; ушивается отверстие в брыжейке.
- ◎ Второй этаж серозно-мышечных узловатых шелковых швов накладывают по всей окружности кишечной трубки с интервалами 1 см. После этого зашивают кетгутовыми швами отверстие в брыжейке, стремясь не поранить сосуды, что сопровождается быстрым образованием гематомы.

- Чаще используют технически более простую методику резекции кишки с анастомозом бок в бок. Кишку с каждой стороны рассекают между двумя крепкими лигатурами. Культы кишки смазывают 5% йодной настойкой и погружают кисетными швами (рис. 216). Концы приводящего и отводящего отрезков кишки прикладывают друг к другу боковыми поверхностями на протяжении 6—8-см и сшивают узловатыми шелковыми швами, захватывающими серозно-мышечный слой. Нитки, за исключением двух крайних швов, срезают. Отступив от наложенных швов на 0,7—1 см, вскрывают оба отрезка кишки продольными разрезами, не доходящими до последних швов на 1 см. Затем накладывают через все слои стенки непрерывный кетгутовый шов на прилегающие края разрезанных кишок (рис. 217). Этим же швом сшивают и противоположные края разрезов кишок, вкалывая иглу со стороны слизистой оболочки. Поверх непрерывного шва накладывают узловатые шелковые швы. Отверстие в брыжейке зашивают тонкими кетгутовыми швами.



а



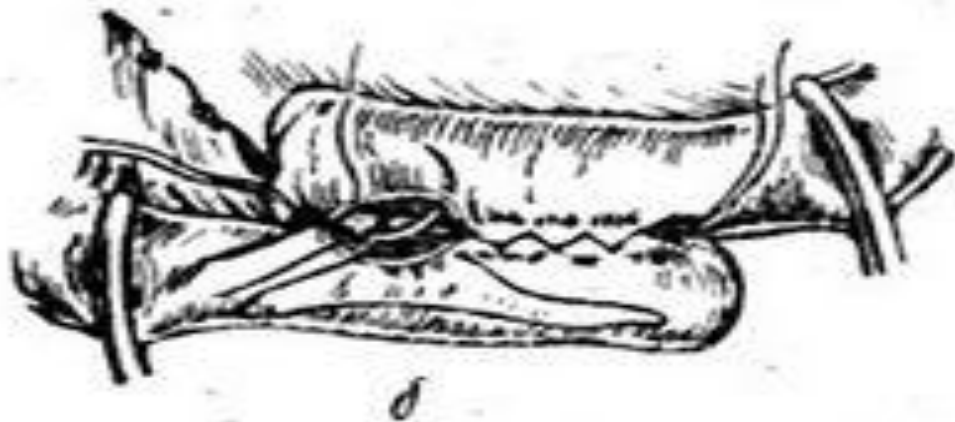
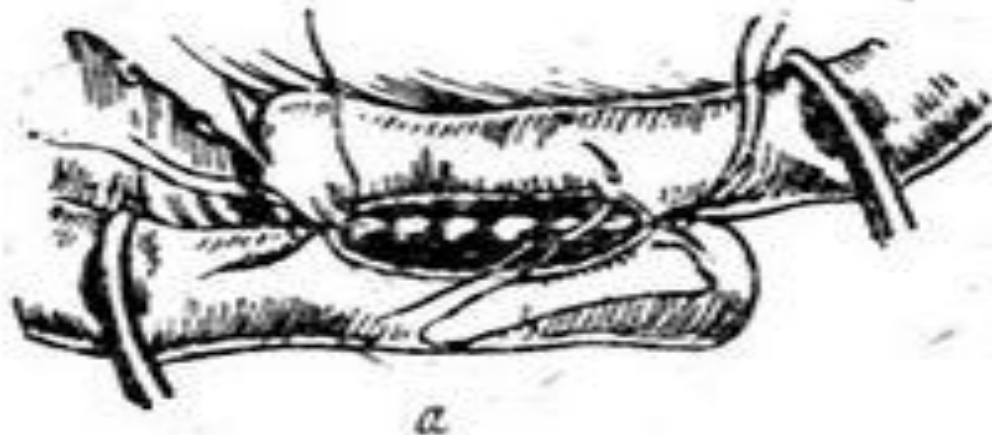
б



в

- Резекция кишки с наложением анастомоза бок в бок: а—наложены крепкие лигатуры на кишки (справа). Кишка между лигатурами перерезана (слева). Кутья погружается кисетным - швом; б — боковые поверхности приложенных друг к другу концов кишки сшиваются узловатыми шелковыми швами; в — оба отрезка кишки вскрыты продольными разрезами.





- Резекция кишки с наложением анастомоза бок в бок: а — прилегающие края вскрытых кишок сшивают через все слои непрерывным кетгутовым швом; б — непрерывный шов продолжают на переднюю стенку путем вкалывания иглы со стороны слизистой оболочки; в — поверх непрерывного шва накладывают узловатые шелковые швы.

# литература

- ◎ <http://kishka-tonka.ru/tonkij-kishechnik/r-ezekcija-tonkogo-kishechnika-cto-jeto-takoe.html>
- ◎ <https://meduniver.com/Medical/Ginecologia/94.html>