

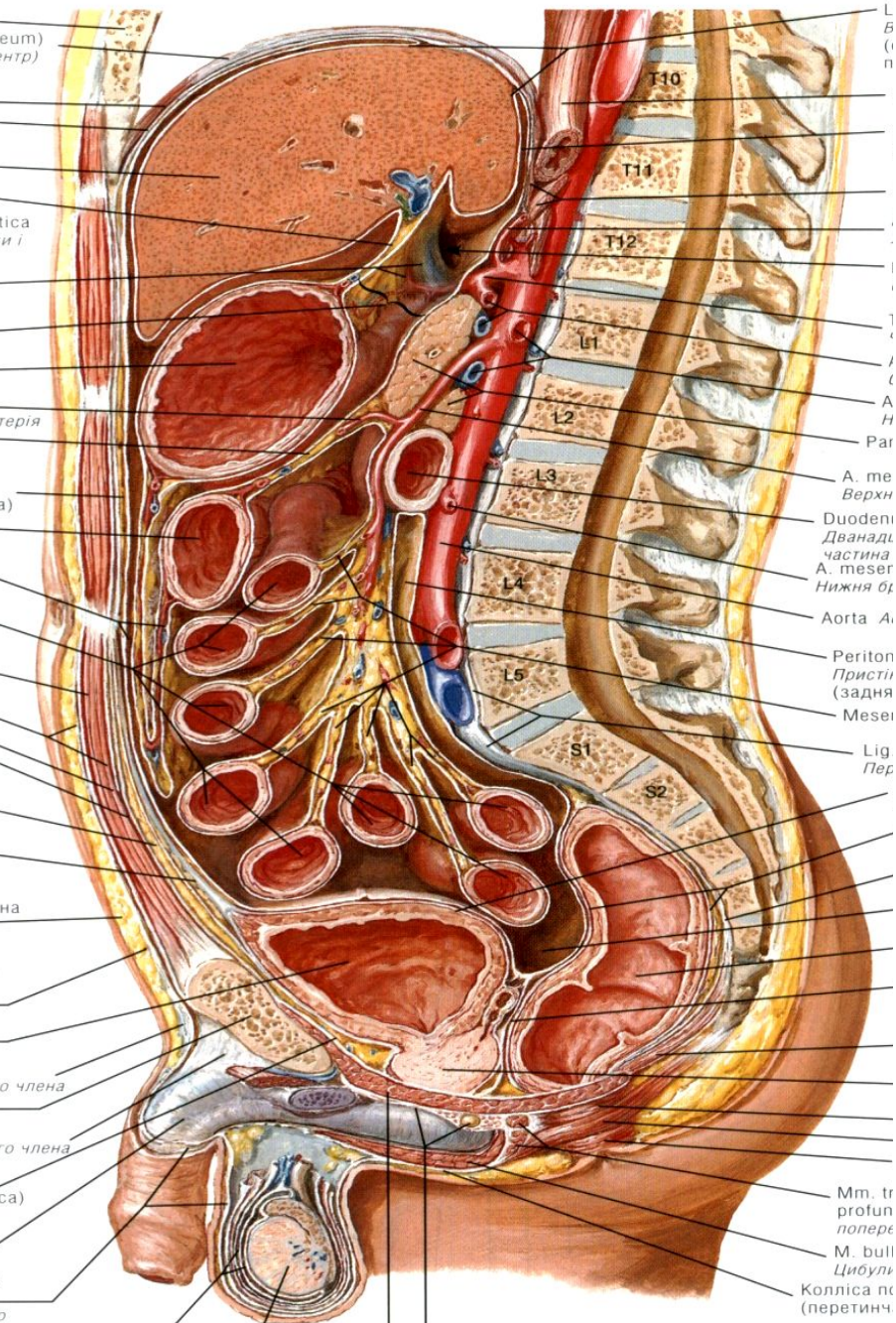
Клінічна анатомія порожнини
живота. Клінічна анатомія
очеревини. Кишкові
шви. Ентероанастомози

Клінічна анатомія порожнини очеревини: канали, та сумки.

Очеревинна порожнина (*cavitas peritonei*)

У черевній порожнині розміщена очеревинна порожнина (*cavitas peritonei*)—щілиноподібний простір між листками парієтальної і вісцеральної очеревини, який містить невелику кількість серозної рідини. Листок парієтальної очеревини (*peritoneum parietale*) вистеляє стінки черевної порожнини, а листок вісцеральної очеревини (*peritoneum viscerale*) неоднаково вкриває органи. Так, одні органи очеревина покриває з усіх боків (так зване інтраперитонеальне положення органів), інші — лише з трьох боків (мезоперитонеальне положення органів), а деякі лише з одного боку (ретроперитонеальне положення) або не покриває зовсім (екстраперитонеальне положення органів).

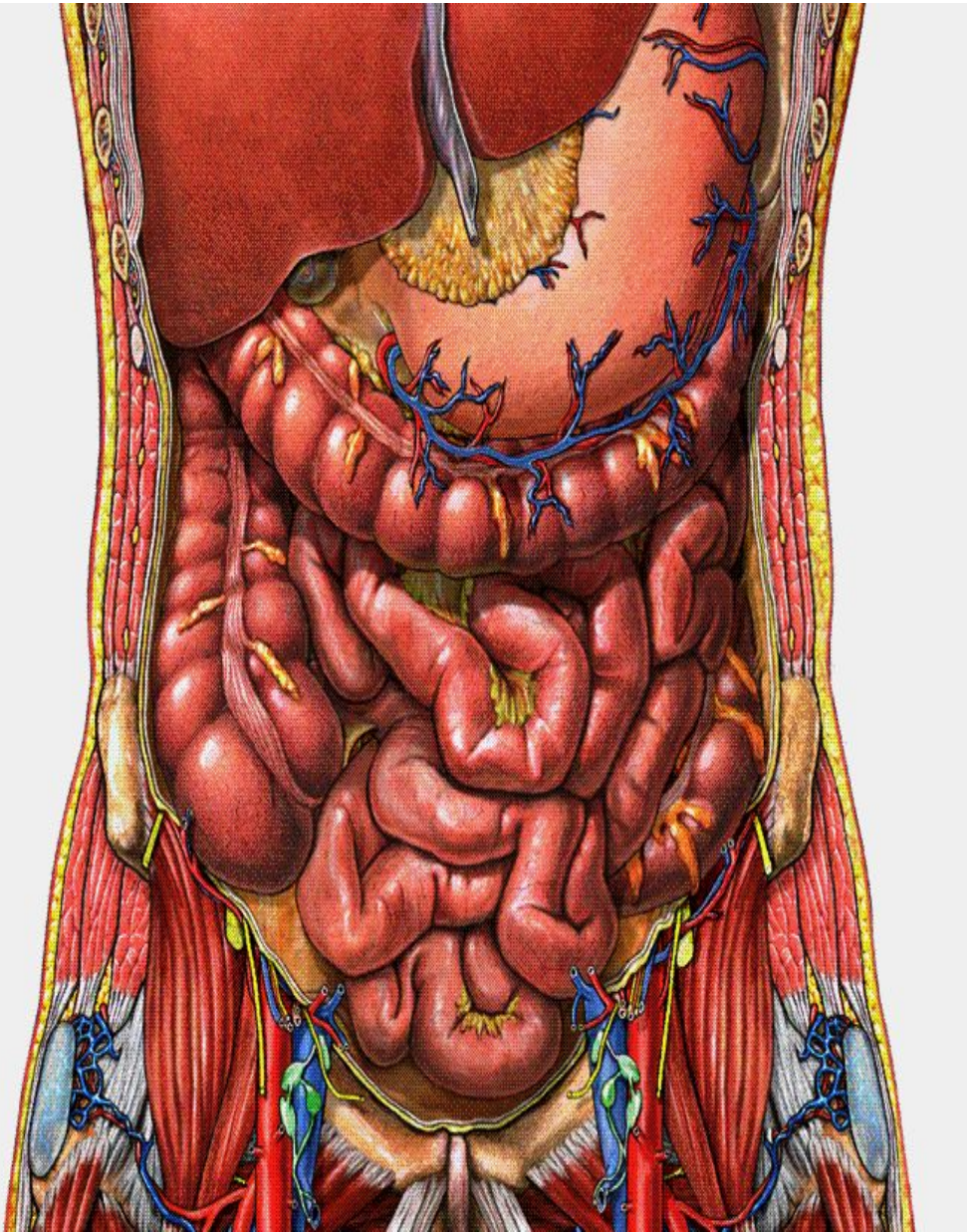
Поділ очеревинної порожнини на поверхи



Очеревинну порожнину умовно ділять на два поверхи: верхній і нижній. Границями між ними є поперечна ободова кишка та її брижа (*mesocolon transversum*) або лінія фіксації кореня брижі поперечної ободової кишки до задньої стінки живота.

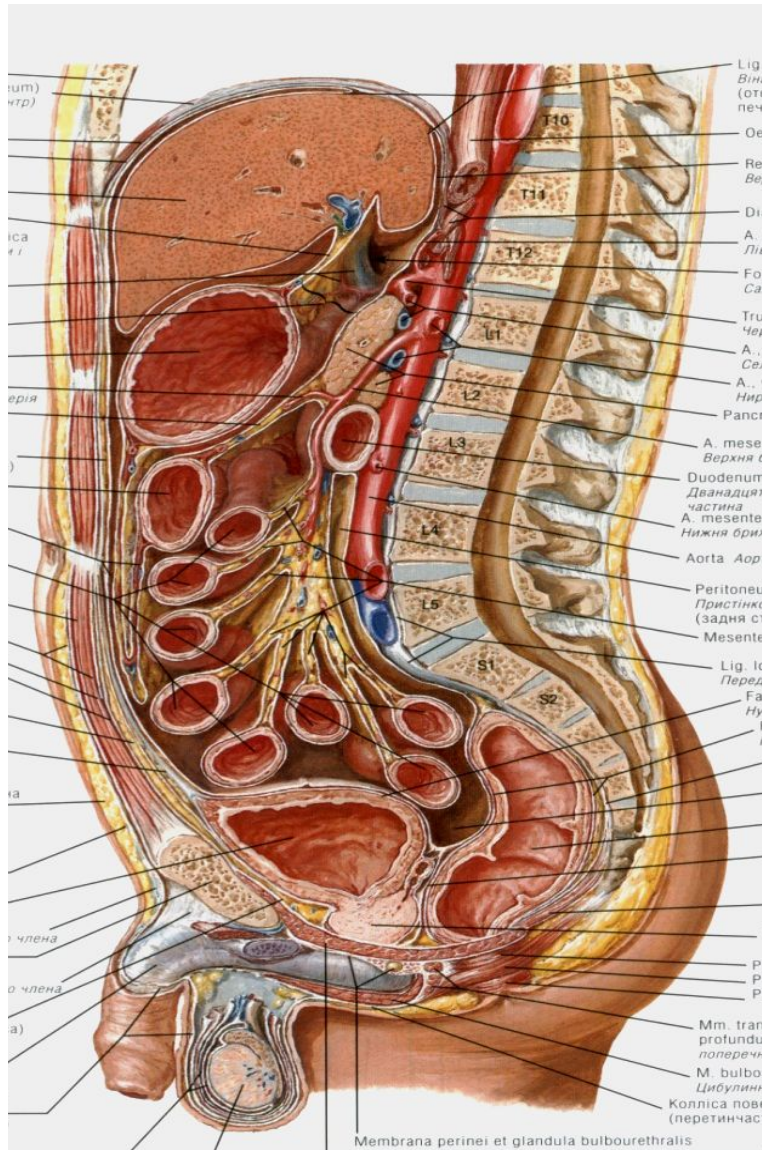
У верхньому поверсі очеревинної порожнини розташовані печінка з жовчним міхуром, шлунок, селезінка, верхня половина дванадцятипалої кишки і більша частина підшлункової залози. Крім того, тут розміщені практично важливі відносно обмежені простори або сумки, які сполучаються між собою за допомогою вузьких щілин. До них належать сальникова, печінкова та передшлункова сумки.

Поділ очеревинної порожнини на поверхи



Нижній поверх
очеревинної порожнини
займає простір між брижею
поперечної ободової кишки
та порожниною малого
таза. Висхідна і низхідна
ободові кишки і корінь брижі
тонкої кишки поділяють
нижній поверх очеревинної
порожнини на чотири
відділи: правий і лівий
бокові канали та праву і ліву
брижові пазухи

Сальникова сумка (bursa omentalis)

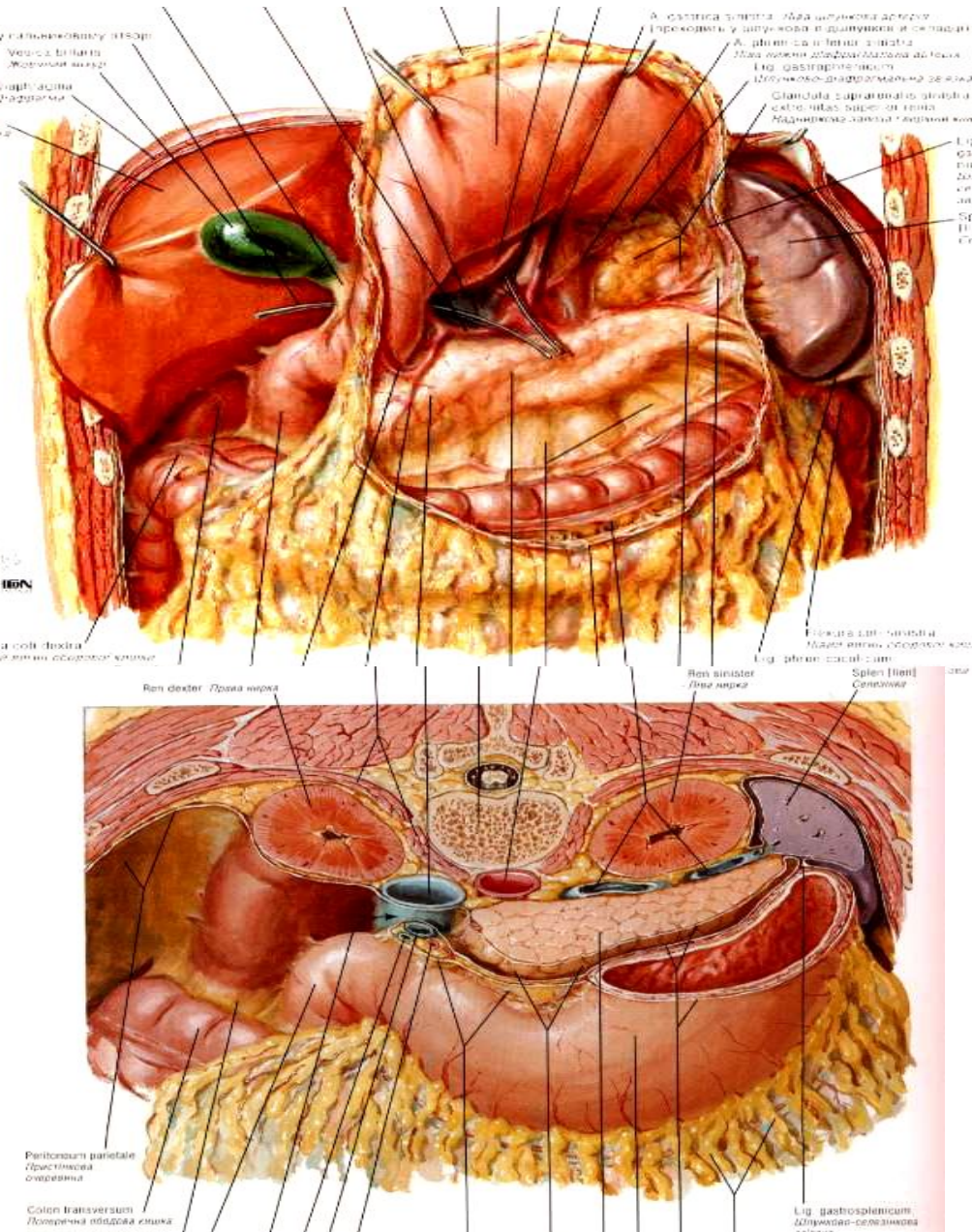


Сальникова сумка (*bursa omentalis*) має вигляд щілини, розміщеної позаду шлунка і малого сальника. В сумці виділяють передню, задню, нижню та ліву стінки.

Передня стінка сальникової сумки утворена малим сальником (*omentum minus*), задньою стінкою шлунка і шлунково-ободовою зв'язкою (*lig. gastrocolicum*), яка є початковою частиною великого сальника, розташованою між шлунком і поперечною ободовою кишкою. Іноколи в склад передньої стінки входить шлунково-селезінкова зв'язка, якщо вона добре означена.

Малий сальник є дублікатурою очеревини, яка йде від воріт печінки до малої кривини шлунка і прилеглої частини дванадцятипалої кишки. В зв'язку з цим у сальнику розрізняють печінково-дванадцятипалу (*lig. hepatoduodenale*), печінково-шлункову (*lig. hepatogastricum*) і діафрагмально-шлункову (*lig. phrenico-gastricum*) зв'язки.

Сальникова сумка (bursa omentalis)

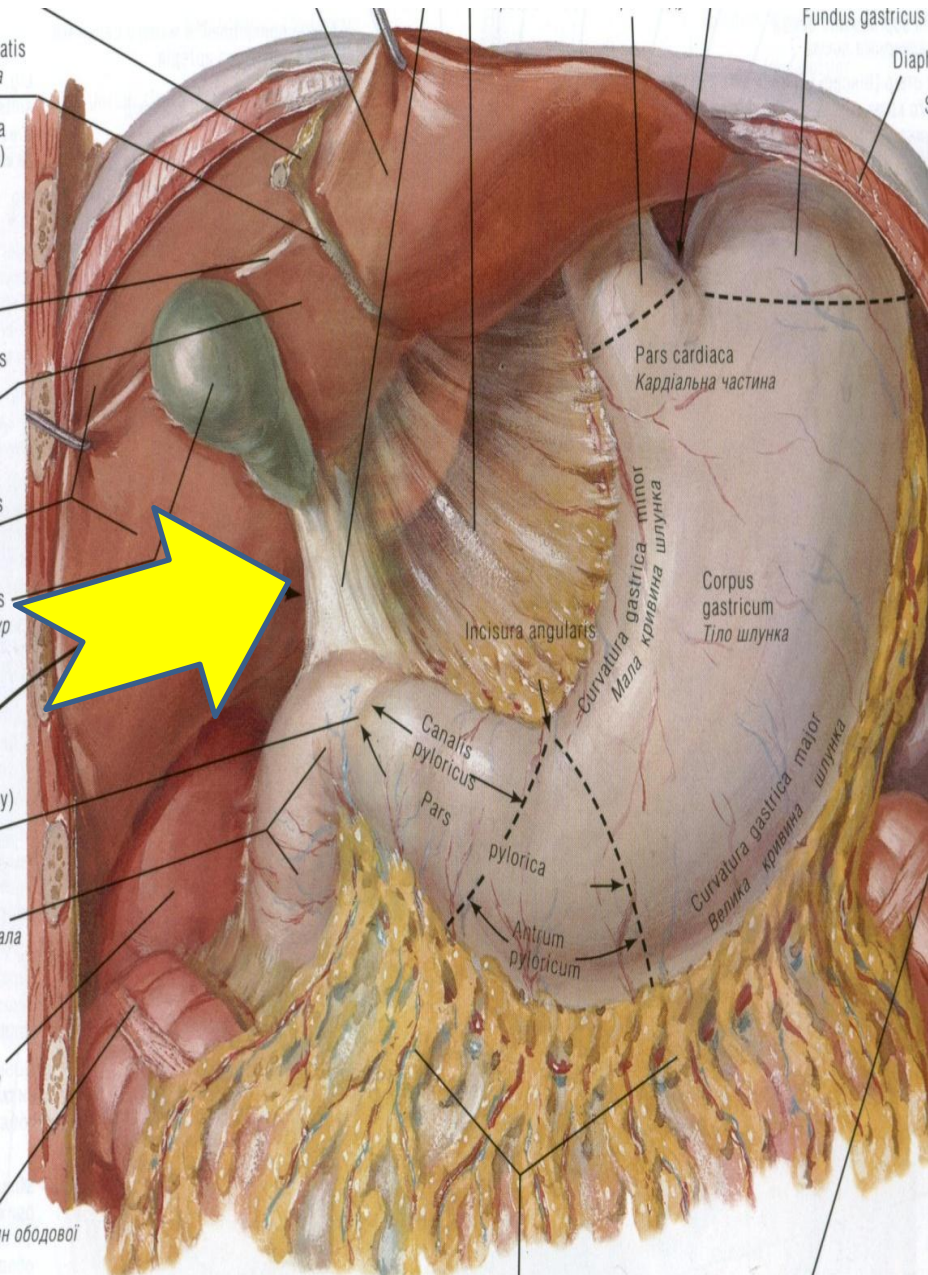


Задня стінка сальникової сумки є парієтальною очервиною, за якою знаходиться підшлункова залоза, верхня частина дванадцятипалої кишки, ліва нирка, ліва надниркова залоза, нижня порожниста вена, черевна частина аорти та черевний стовбур. Зверху сальникова сумка обмежена хвостатою часткою печінки і частково діафрагмою, а з лівого боку — селезінкою та шлунково-селезінковою зв'язкою (*lig. gastrosplenicum*).

Ліву стінку сальникової сумки становить селезінка і її зв'язки.

Нижня стінка сальникової сумки утворена поперечною ободовою кишкою та її брижею.

Сальниковий отвір (Вінслоу)

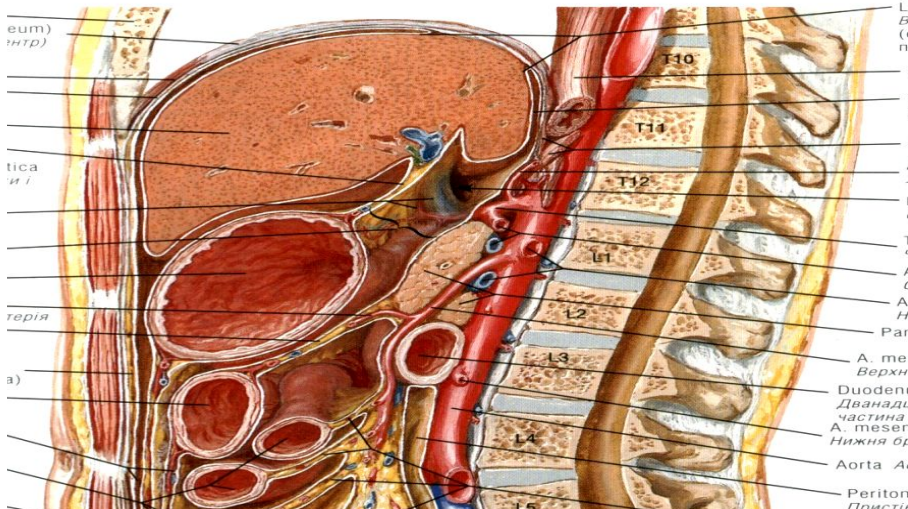


Порожнина сальникової сумки сполучається з верхнім поверхом очеревинної порожнини через чепцевий отвір (*for. epiploicum*), який заміщує собою праву стінку порожнини сальникової сумки і утворений трьома очеревинними зв'язками: спереду — печінково-дванадцятипалою (*lig. hepatoduodenale*), ззаду парієтальною очеревиною, що вкриває нижню порожнисту вену, знизу верхньою частиною дванадцятипалої кишки, зверху хвостатим відростком печінки. Сальниковий отвір має ширину 3—4 см і при відсутності спайок пропускає 1—2 пальці.

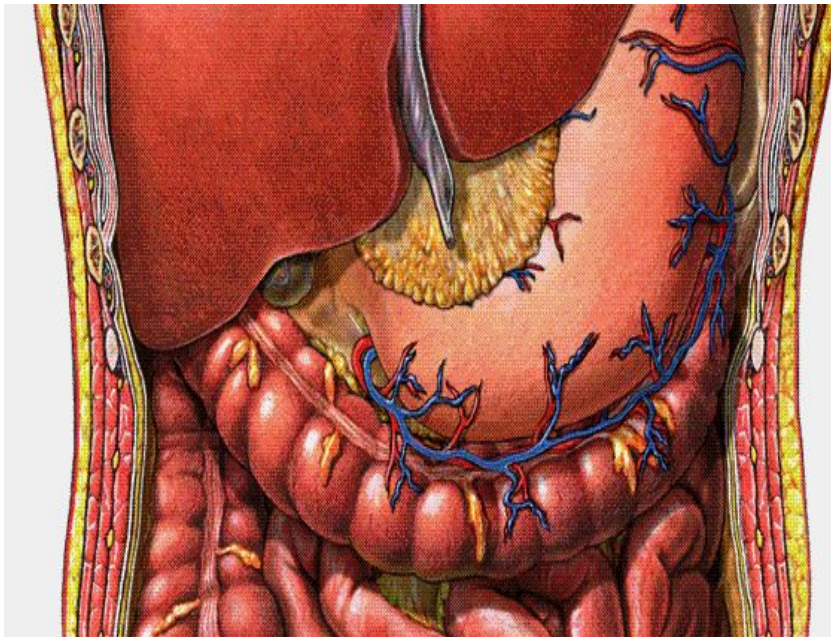
Особливо небезпечним є поранення передньої та задньої стінок сальникового отвору, оскільки в товщі печінково-дванадцятипалої зв'язки розміщені великі судини, нерви та жовчні протоки, а позаду нижня порожниста вена. .

Фільм 01 - Топографічна анатомія сальникової сумки – 3 хв

Печінкова сумка (*bursa hepatica*)

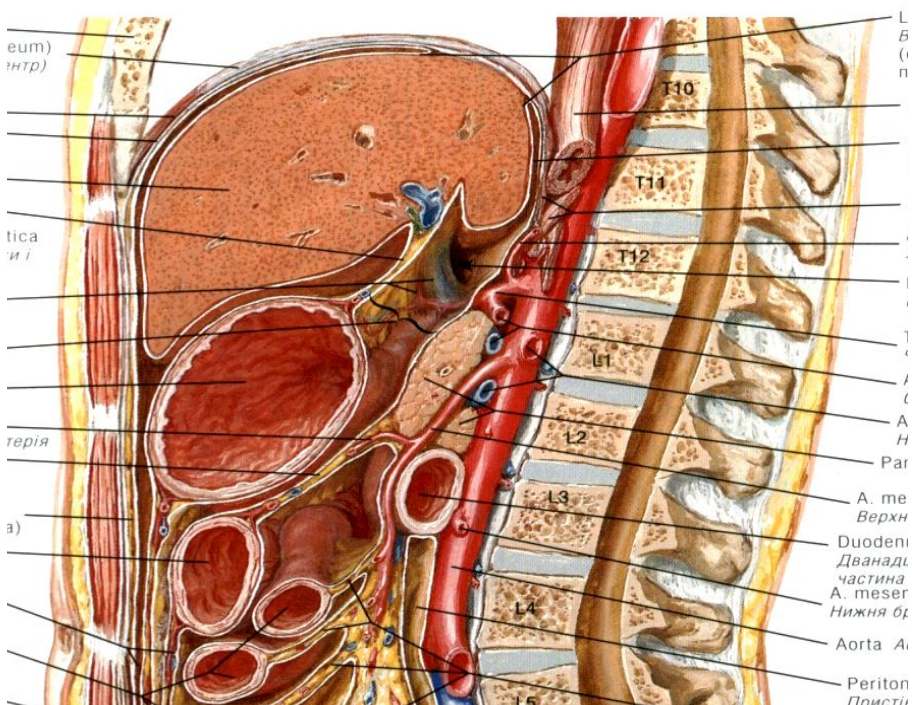


Печінкова сумка міститься між правою часткою печінки і діафрагмою. Вона обмежена зверху і спереду діафрагмою, знизу — верхньо задньою поверхнею правої частки печінки, ззаду — правою частиною вінцевої зв'язки печінки (*lig. coronarium*) і зліва — серпоподібною зв'язкою (*lig. falciforme*). Частину печінкової сумки, яка розміщена між задньою поверхнею правої частки печінки, діафрагмою і вінцевою зв'язкою, називають правим піддіафрагмальним простором. Донизу він переходить у правий боковий канал нижнього поверху черевної порожнини.



У межах правого піддіафрагмального (надпечінкового) простору можуть утворюватись піддіафрагмальні абсцеси, які виникають як ускладнення гнійного апендициту, холецистити, проривних виразок шлунка, дванадцятипалої кишки тощо.

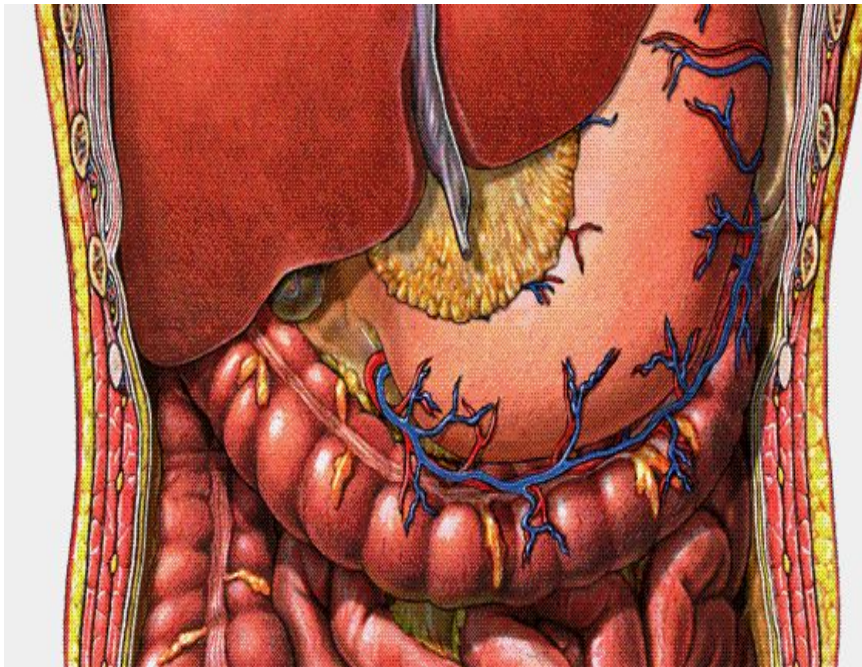
При наявності повітря в черевній порожнині (поранення порожнистих органів, пробідна виразка шлунка), при вертикальному положенні тіла людини повітря накопичується в печінковій сумці і може бути виявлено рентгеноскопією.



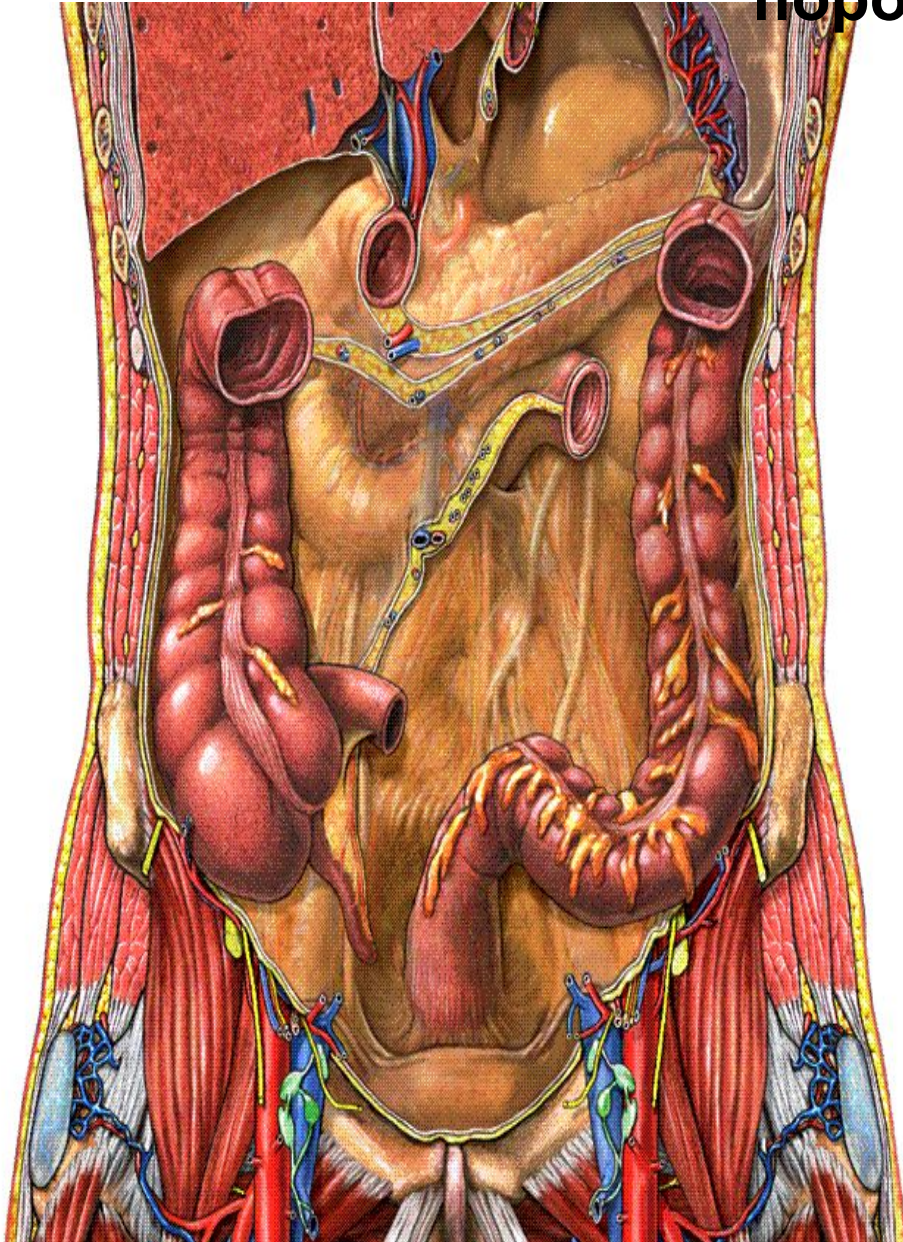
Передшлункова сумка (*bursa pregastrica*)

Передшлункова сумка заходиться спереду шлунка і обмежена зверху діафрагмою та лівою часткою печінки, ззаду — малим сальником і передньою стінкою шлунка, спереду — передньою стінкою живота. Справа передшлункова сумка відокремлена від печінкової сумки серпоподібною та круглою зв'язками печінки, а зліва не має вираженої границі.

Між верхньою поверхнею лівої частки печінки і нижньою поверхнею діафрагми визначається щілина, або лівий піддіафрагмальний простір, відділений від лівого бокового каналу нижнього поверху очеревинної порожнини постійною діафрагмально-ободовою зв'язкою (*lig. phrenicocolicum*).



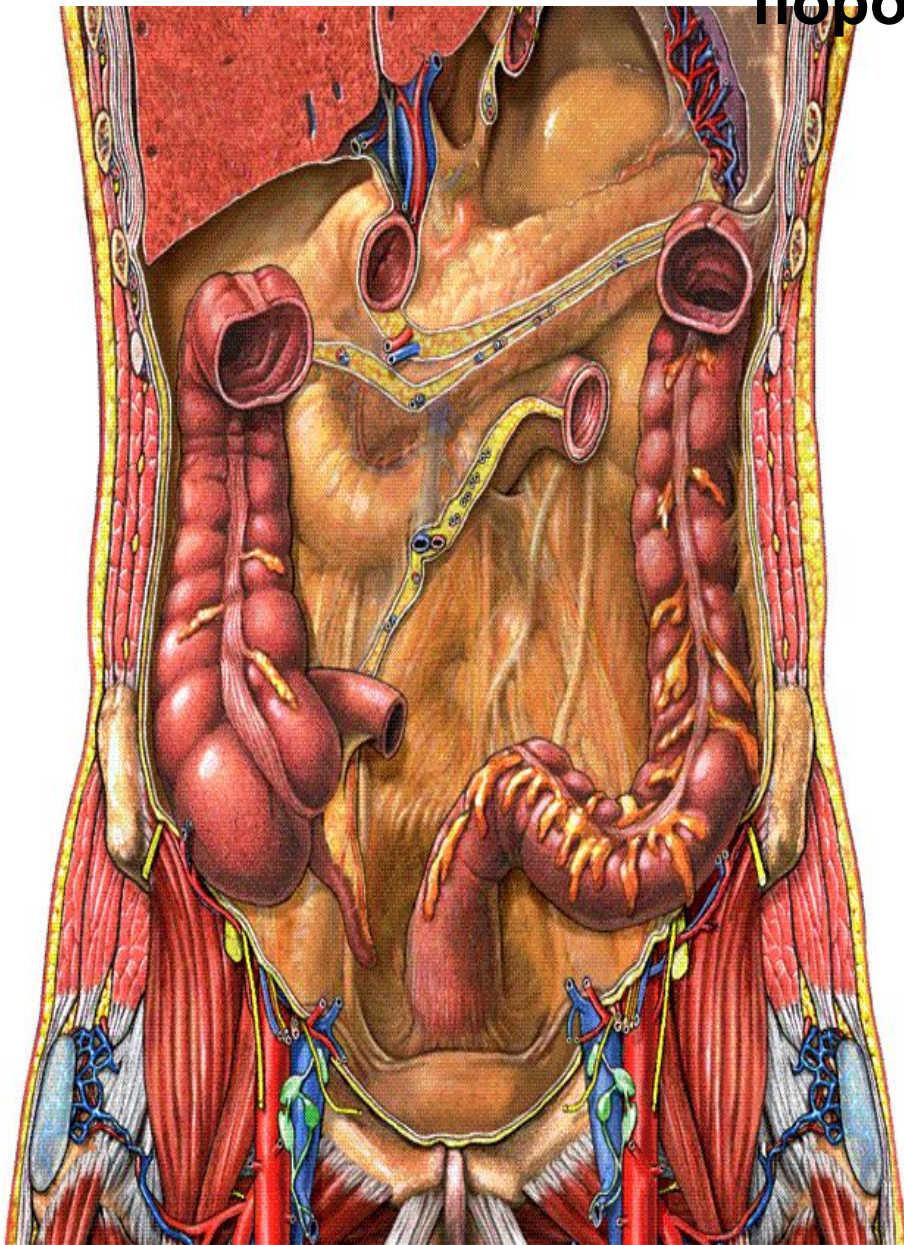
Канали і пазухи нижнього поверху черевної порожнини



Правий боковий канал розміщений між правою боковою стінкою живота і висхідною ободовою кишкою. Вгорі канал доходить до правого піддіафрагмального простору, оскільки права діафрагмально-ободова зв'язка слабо виражена, а іноді її зовсім немає. Внизу канал переходить у праву клубову ямку і далі — в малий таз.

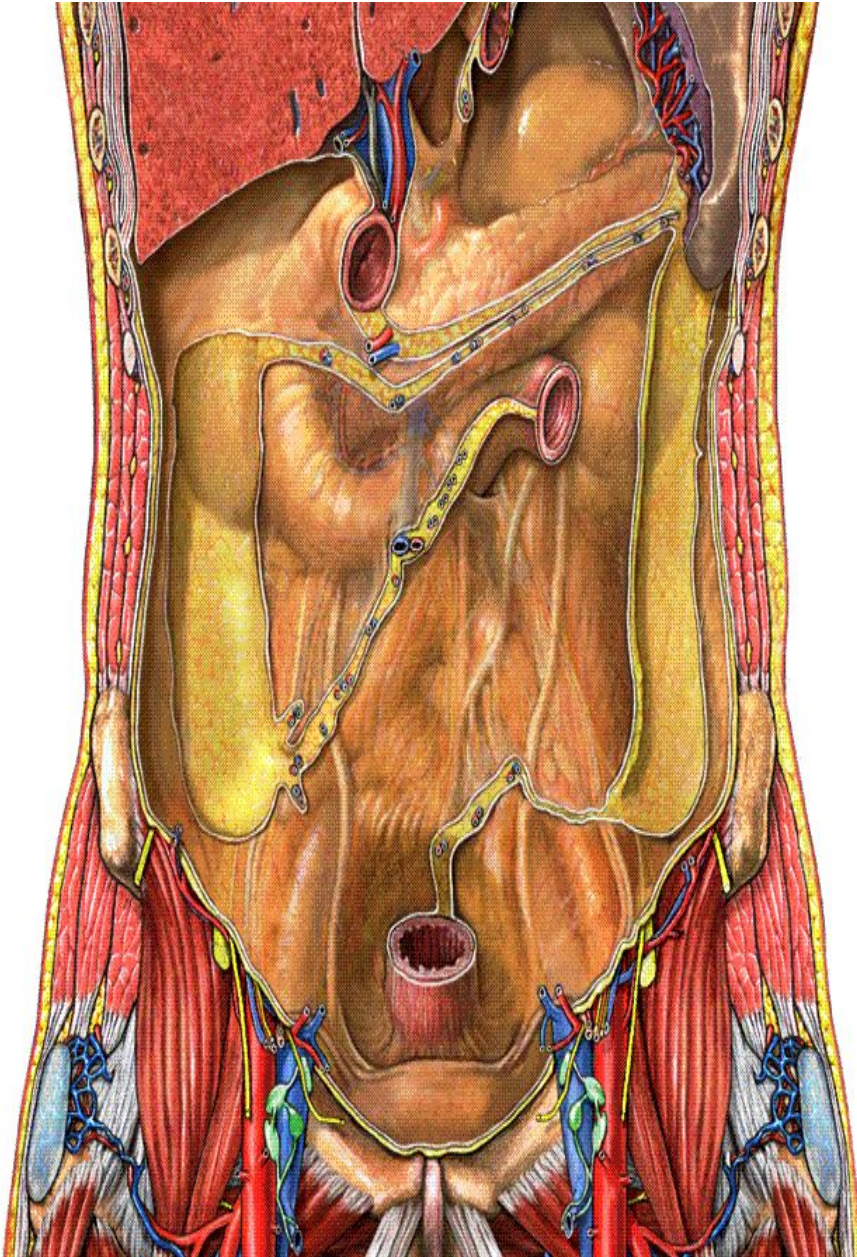
При рухах діафрагми в печінковій сумці виникає присмоктувачи дія, тому розповсюдження інфекції у правому боковому каналі іде знизу догори, в правий піддіафрагмальний простір.

Канали і пазухи нижнього поверху черевної порожнини



Лівий боковий канал знаходиться між низхідною ободовою кишкою і лівою боковою стінкою живота. Вгорі канал упирається в добре виражену і постійну ліву діафрагмально-ободову зв'язку, а внизу переходить у ліву клубову ямку і далі — в малий таз.

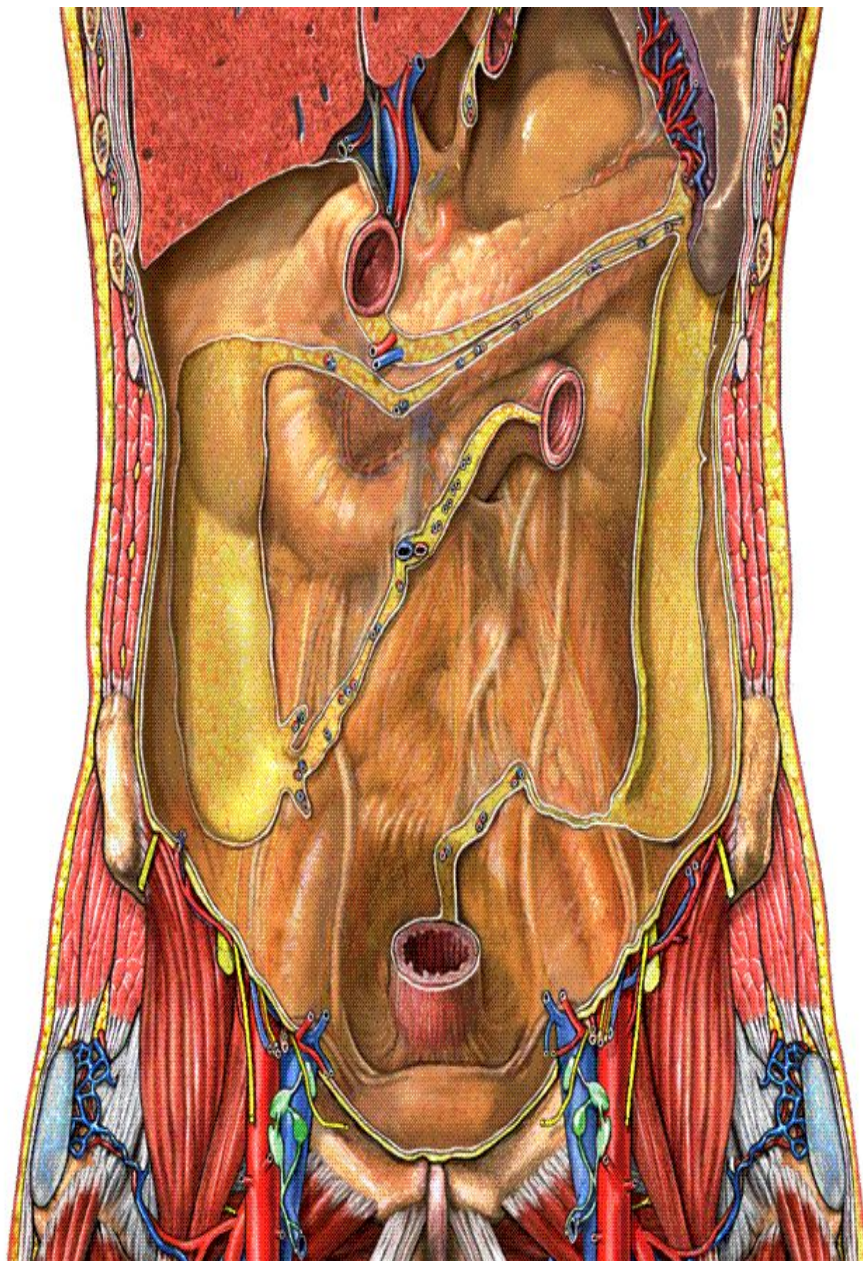
Каналиї пазухи нижнього поверху черевної порожнини



Права брижова пазуха (*sinus mesentericus dexter*) має форму прямокутного трикутника з основою, оберненою догори. Границями пазухи є: вгорі — поперечна ободова кишка та її брижа, зліва і знизу — брижа тонкої кишки і справа — висхідна ободова кишка. Спереду пазуха прикрита великим чепцем. Виповнена пазуха петлями тонкої кишки.

Канали пазухи нижнього поверху черевної

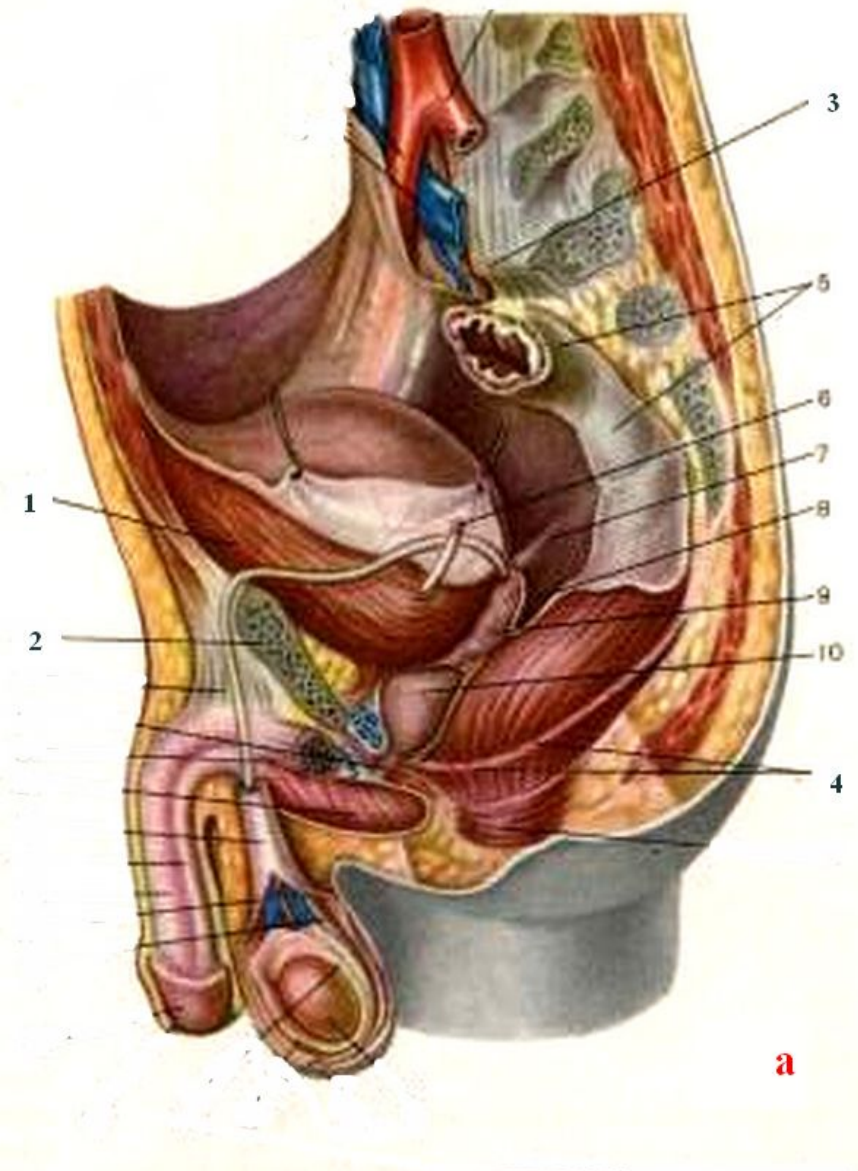
порожнини



Ліва брижова пазуха (*sinus mesentericus sinister*) також має трикутну форму, але з основою, оберненою донизу. За розмірами ця пазуха більша, ніж права брижова пазуха. Границями пазухи є: вгорі — невелика ліва ділянка поперечної ободової кишки, справа — брижа тонкої кишки, зліва та низхідна ободова кишка. Спереду пазуха покрита великим сальником, знизу вона відкрита і безпосередньо продовжується в порожнину малого таза. Пазуха заповнена петлями тонкої кишки. При горизонтальному положенні тулуба найглибшими є верхні відділи пазух.

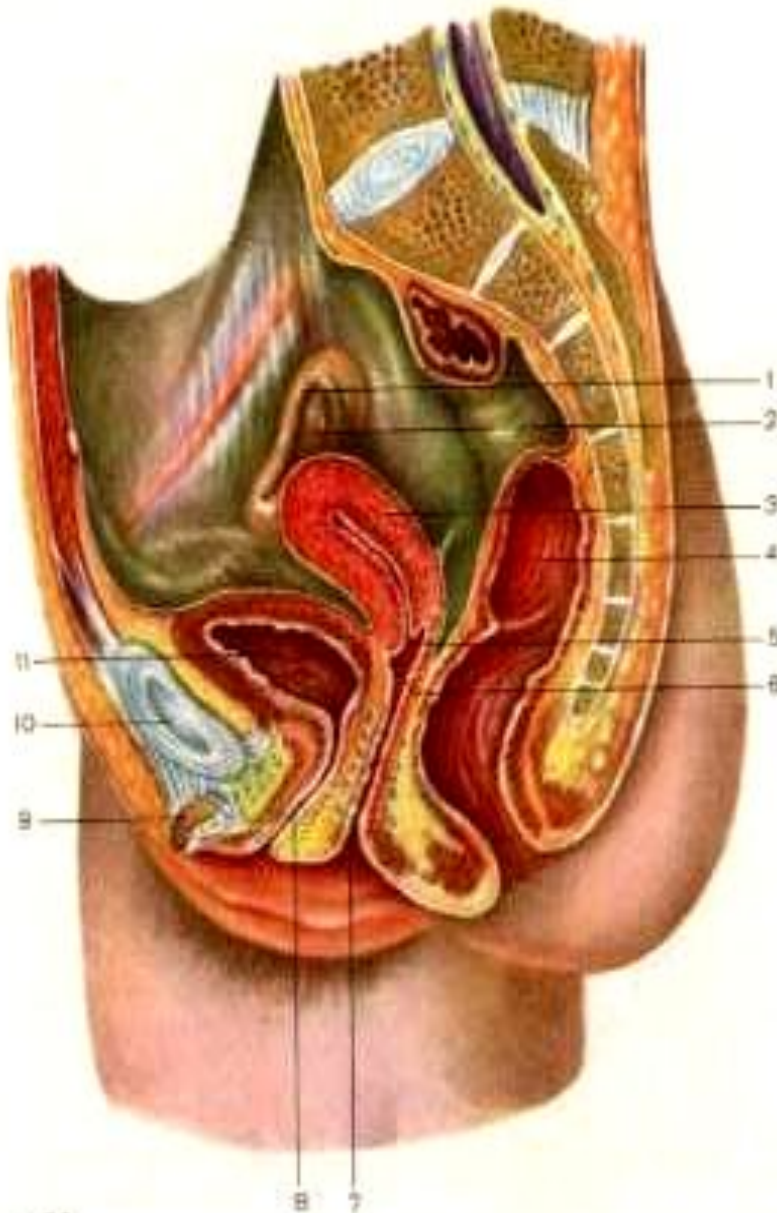
Права та ліва брижові пазухи сполучаються між собою через щілину між брижею поперечної ободової кишки і дванадцятипало-порожнім згином.

каналів пазухи нижнього поверху черевної порожнини



У порожнині чоловічого таза очеревина переходить з передньобоккової стінки живота на передню стінку сечового міхура, утворюючи поперечну перехідну складку, покриває верхню, задню і частину бокових стінок сечового міхура, верхню частину сім'яних міхурців, і переходить на передню стінку прямої кишки. Між сечовим міхуром і прямою кишкою формується прямокишково-міхурове заглиблення (*excavatio rectovesicalis*, заглиблення Дугласа) (рис. 14-6). З боків воно обмежене прямокишково-міхуровими складками очеревини (*plicae rectovesicales*), які йдуть в передньозадньому напрямку від сечового міхура до прямої кишки. В прямокишково-міхуровому заглибленні може знаходитись частина петель тонкої кишки, сигмоподібна ободова кишка.

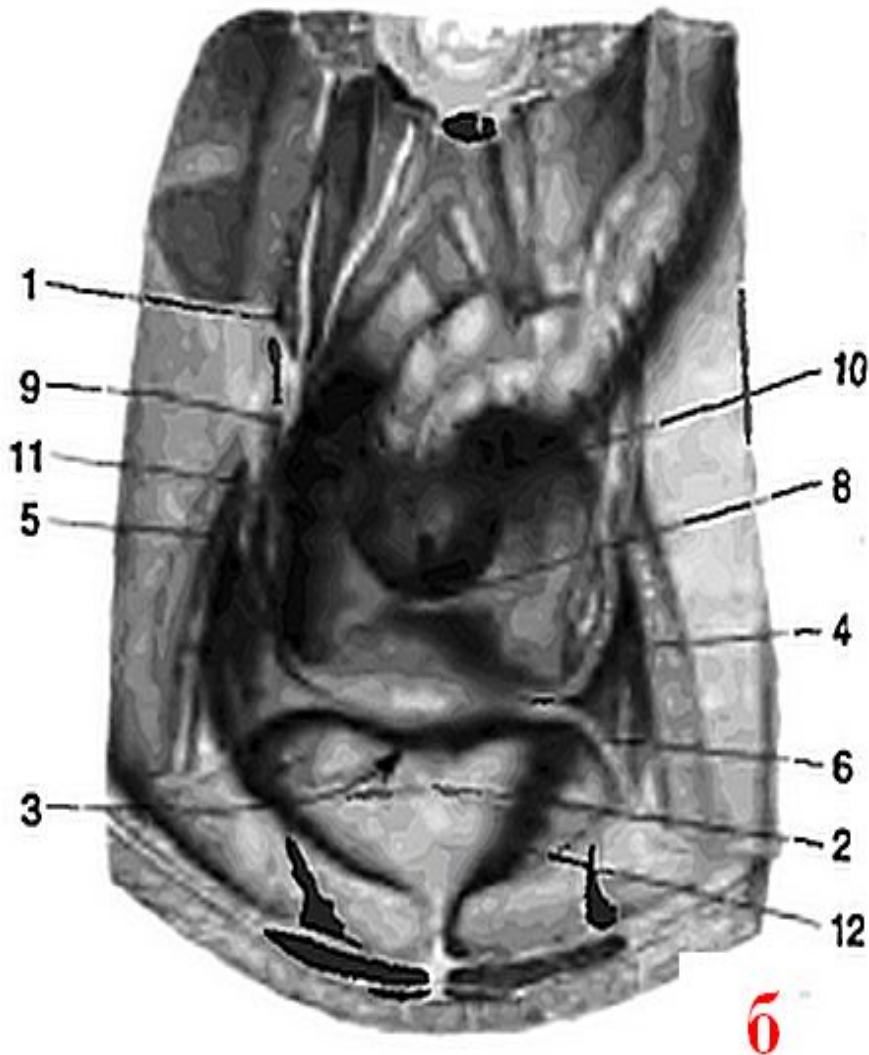
Cavum pelvis peritoneale.



У **жінок** очеревина переходить із внутрішньої поверхні передньої стінки черевної порожнини на передню стінку сечового міхура, вкриваючи його мезоперитонеально, і далі переходить із задньої стінки сечового міхура на передню стінку матки і частково піхви (1-2 см) і далі переходить із задньої поверхні матки на передню стінку прямої кишки

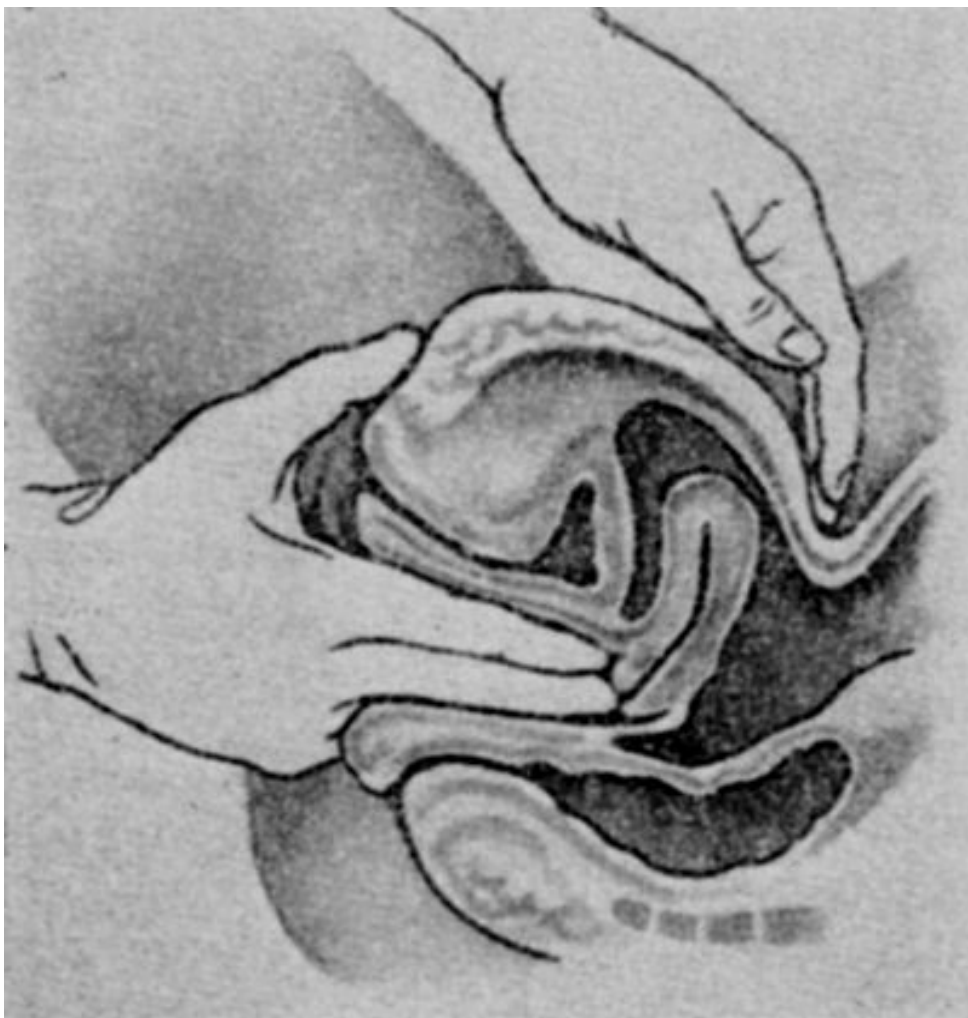
- В ділянці переходу очеревини із сечового міхура на матку утворюється **міхурово-маткова заглибина**
- В ділянці переходу очеревини із матки на пряму кишку утворюється **матково-прямокишкова заглибина**

Cavum pelvis peritoneale.

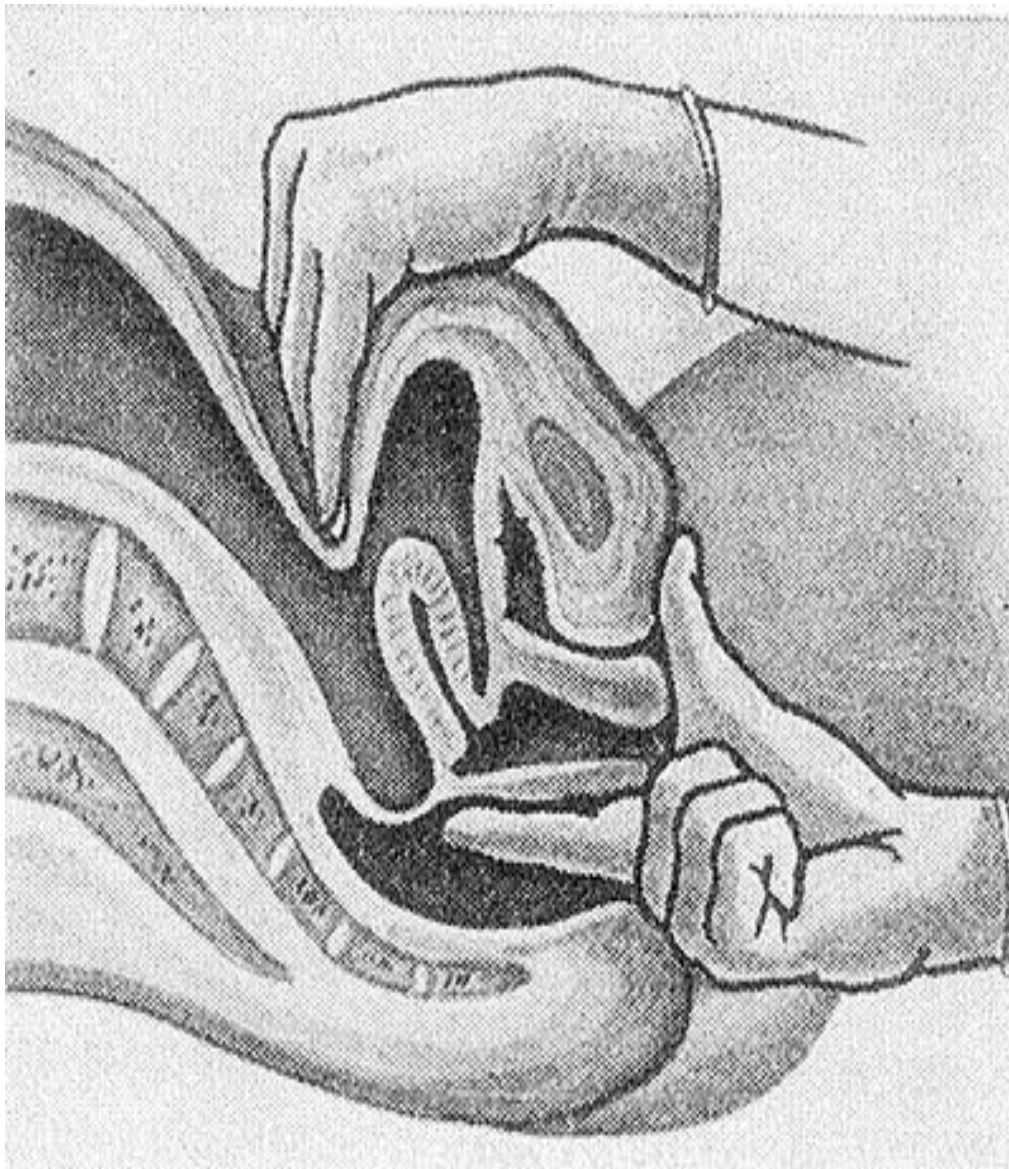


Хід очеревини та органа жіночого таза :вигляд зверху:

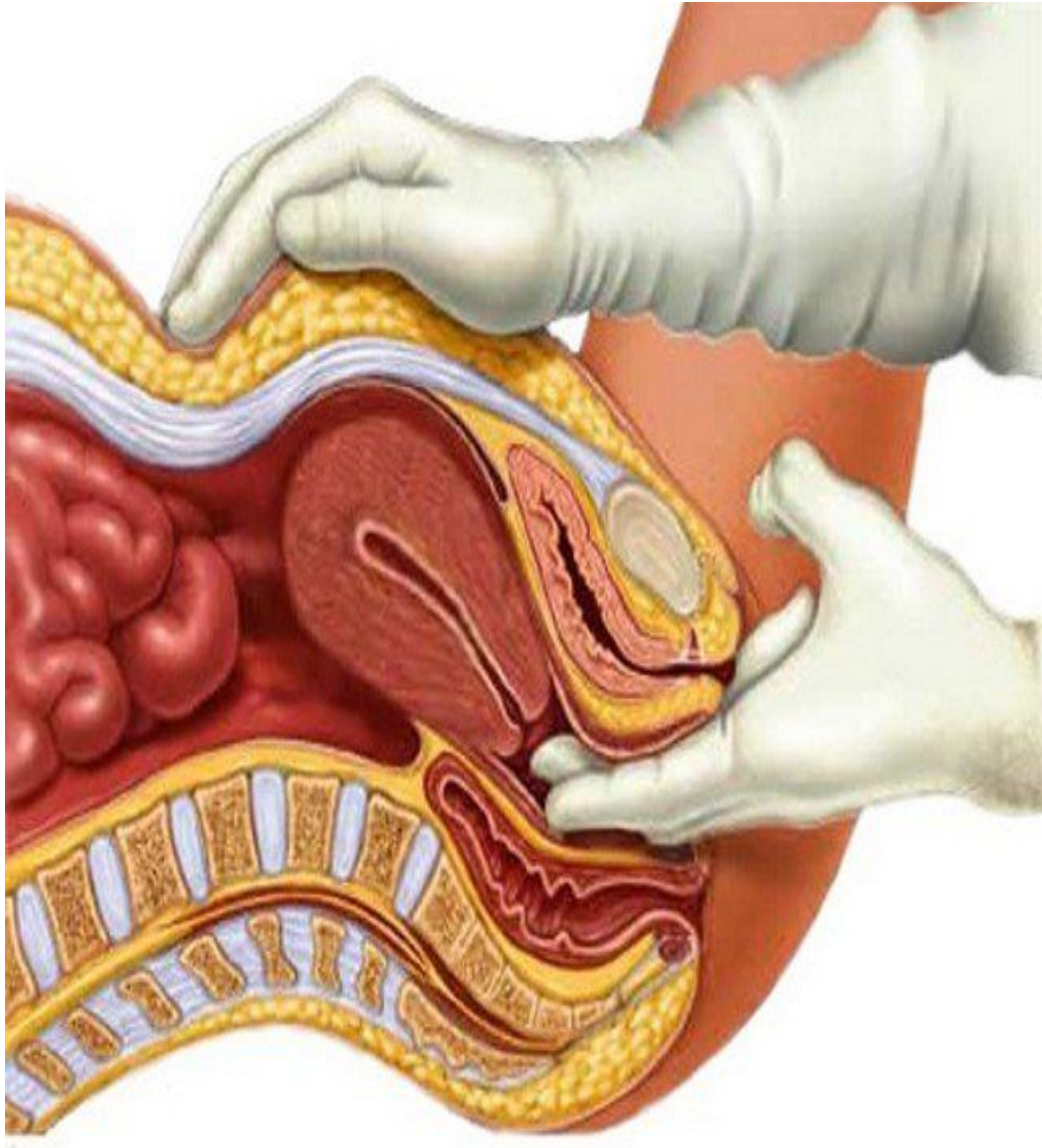
- 1 — сечовід,
- 2 — поперечна міхурова складка,
- 3— міхурові-маткове заглиблення,
- 4— маткова труба,
- 5— яєчник,
- 6— кругла зв'язка матки,
- 7— широка зв'язка матки,
- 8— ректально-маткова складка,
- 9— ректально-маткове заглиблення, 10 — пряма кишка,
- 11 — параректальна ямка,
- 12 — параміхурова ямка.



Схематичне
зображення
сагітального перерізу
таза хворої при
бімануальному
вагінальному
дослідженні заднього
склепіння піхви - при
пельвіоперітоніті
виникає сильний біль
(симптом Дуєйя)

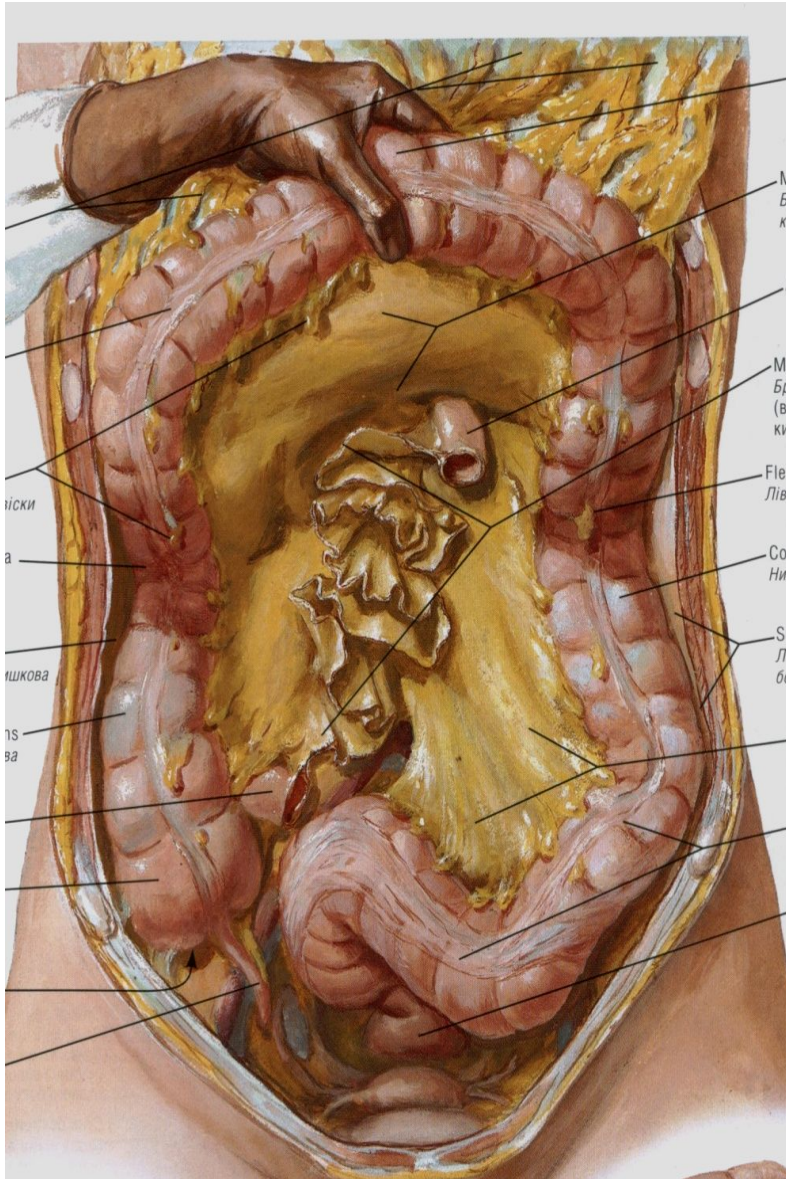


Схематичне зображення сагітального перерізу таза хворої при бімануальному та пальцевому ректальному дослідженні - при наявності ексудату, трансудату, вмісту органів або крові в Дугласовому заглибленні - виникає сильний біль при пальпації передньої стінки прямої кишки (**симптом Куленкампа**)



Схематичне
зображення
сагітального
перерізу таза хворої
при бімануальному
вагінальному
дослідженні матки
– при накопиченні
рідини стає не
можливим
дослідження матки
(симптом Ланду)

Прийом Губарева



Мета прийому - ревізії нижнього поверху черевної порожнини та знаходження дуодено-еюнального вигину.

Техніка.

Відкидають великий сальник та поперечну ободову кишку вгору, Петлі тонкої кишки зміщуються праворуч, частково звільняючи лівий брижовий синус.

Правою рукою з відведеним великим пальцем ковзає по кореню брижі тонкої кишки від низу до верху, справа наліво, продовжуючи зміщувати рухому частину тонкої кишки.

Рука хірурга зупиниться, коли між його великим і вказівним пальцями виявиться фіксована частина тонкої кишки – ця точка відповідатиме переходу дванадцятипалої кишки в порожню.

**Топографічна анатомія тонкої
кишки.**

Операції на тонкій кишці.

ТОНКА КИШКА (Interstinum tenue)

ділиться на три відділи:

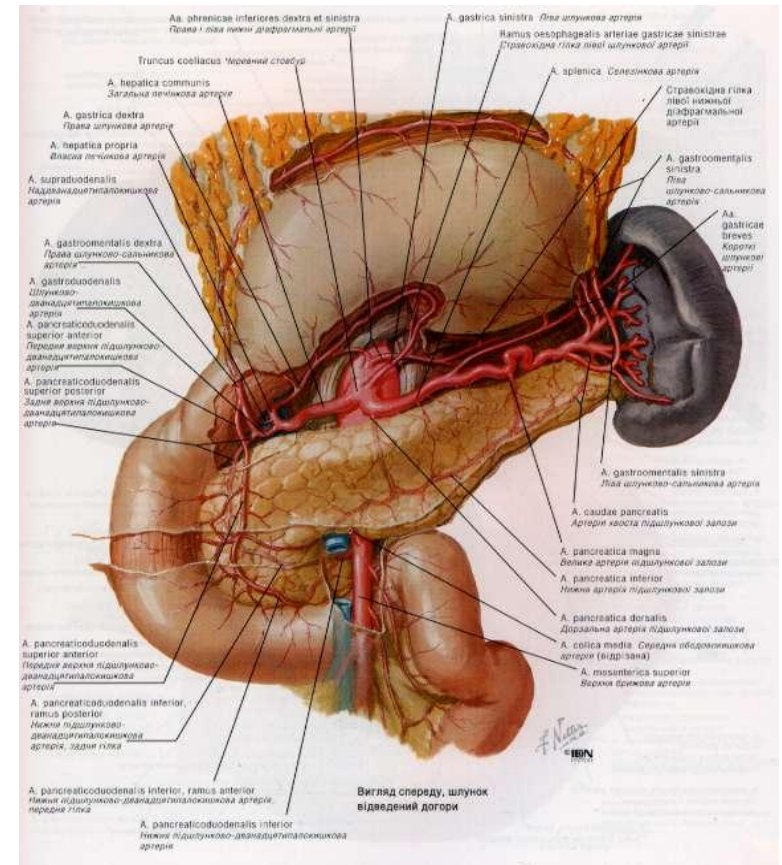
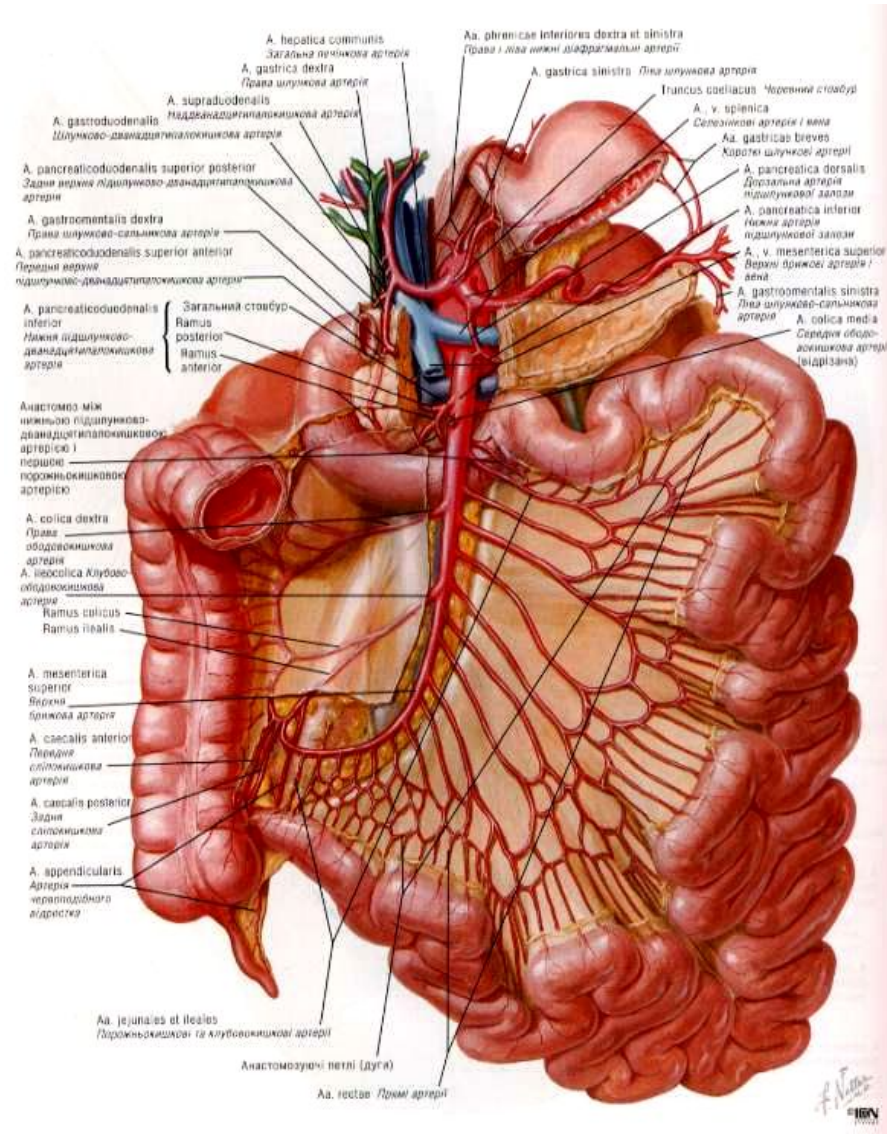
- 1) duodenum, дванадцятипала кишка, -
найближчий до шлунку відділ завдовжки 25-30 см;
- 2) jejunum, порожня кишка, на яку доводиться 2/5
частині тонкої кишки,
- 3) ileum, клубова, - інші 3/5.

Довжина тонкої кишки у трупів чоловіків біля 7 м, у жінок - 6,5 м, вона перевищує довжину тіла в 4 рази. У живої людини довжина тонкої кишки не більше 2,7 м.

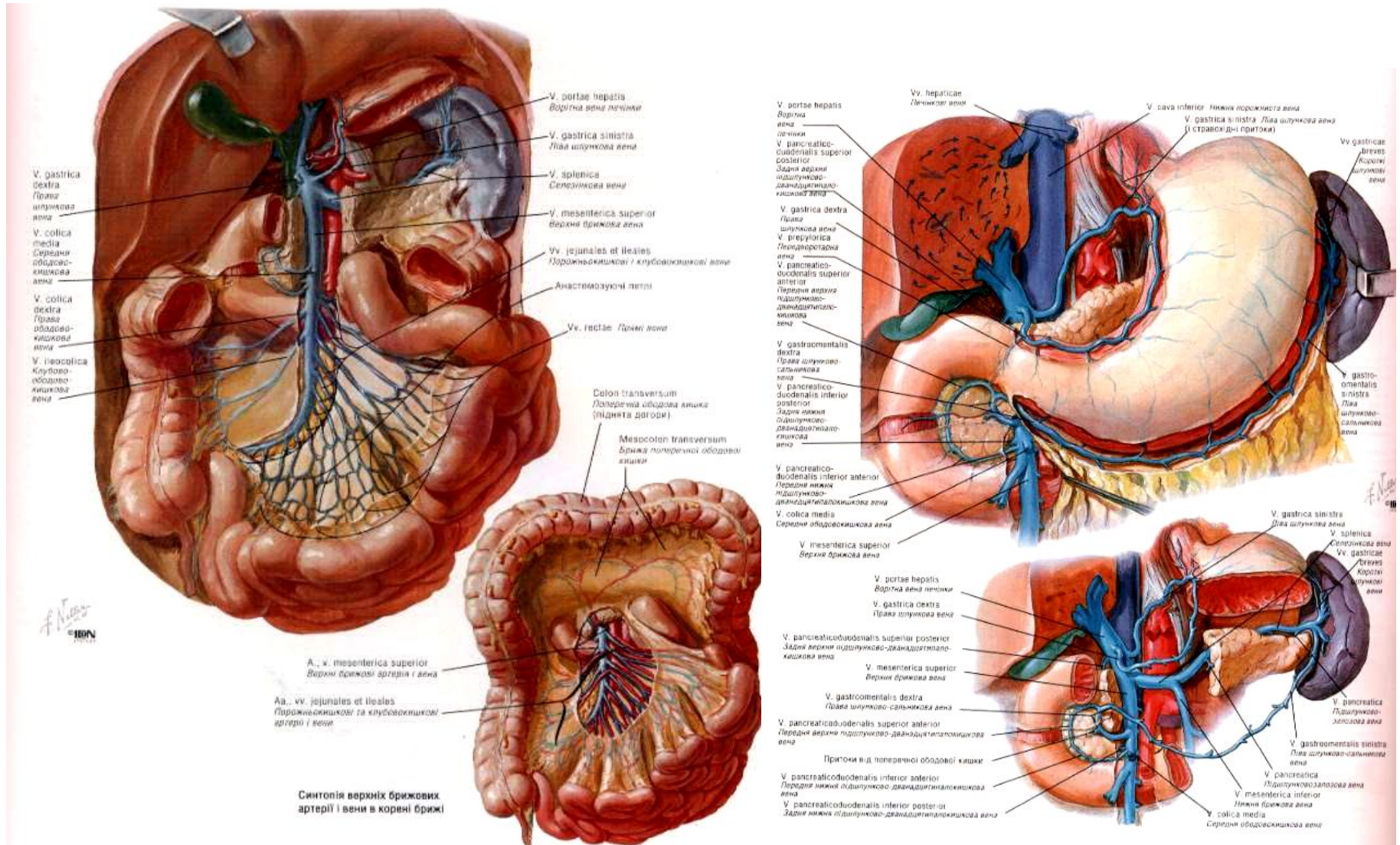
**Клінічна анатомія порожньої та клубової кишок.
Хірургічна анатомія вроджених вад
кишкової трубки. Дивертикул клубової кишки /
Меккелів /.
Операції на кишках**

Клінічна анатомія тонкої кишки, відділи, будова, функції, кровопостачання, венозний відтік, лімфатичний апарат, інервація. Хірургічна анатомія вроджених вад: атрезій, "подвоєння" кишкової трубки. Дивертикул клубової кишки / Меккелів /. Його значення в патології черевної порожнини. Кишковий шов. Теоретичні основи і техніка кишкових швів. Механічний шов. Види міжкишкових анастомозів: кінець в кінець, кінець в бік, бік в бік. Техніка ушивання рани кишки. Резекція тонкої кишки. Техніка накладання кишкового шва та формування кишкових анастомозів при резекції кишки в її різних відділах.

Артеріальне кровопостачання тонкої кишки



Венозний відтік від тонкої кишки



Кишковий шов - шов, який застосовують для зшивання порожнистих органів травного каналу.

Кишковий шов - шов, який застосовують для зшивання порожнистих органів травного каналу.

Вимоги накладання кишкових швів

- 1. Герметичність** забезпечується адаптації неушкоджених серозних поверхонь зшиваних ділянок. Сполучені поверхні серозних оболонок через 12-14 г міцно склеюються між собою, а через 24-48 г серозные шари міцно зростаються.
- 2. Гемостатичність** — за рахунок прошивки судин підслизового шару стінки кишок.
- 3. Міцність** — за рахунок включення в шов підслизистої оболонки.
- 4. Асептичність** — в шов не захоплюється інфікована слизова оболонка.
- 5. Адаптационність** - чітка адаптація однойменних шарів стінок кишок.

Класифікація кишкових швів

- За глибиною проникнення шва в оболонки кишок
- За стерильністю
- За кількістю рядів
- За методикою накладання
- За способом виконання
- за тривалістю існування шовного матеріалу

Класифікація кишкових швів

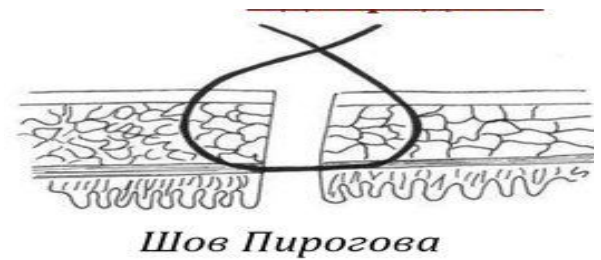
за проникненням шва в оболонки кишок та за стерильністю

- серо-серозний
(серозно-м'язевий)

- чистий (асептичний, неінфікований) - нитка не проходить слизистою і не інфікується кишковим вмістом (шов Ламбера, кисетный, Z-образный)

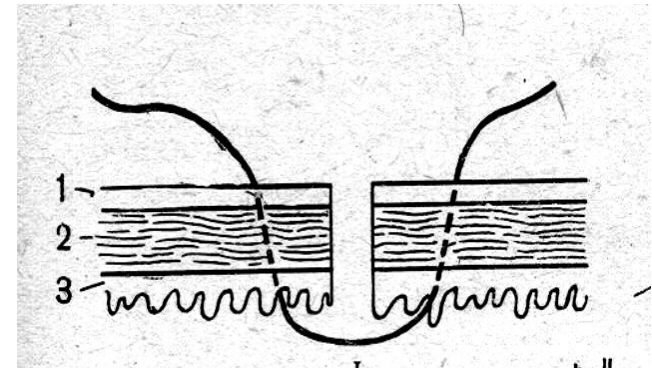


- серозно-підслизовий

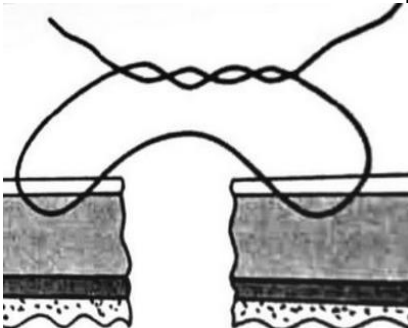
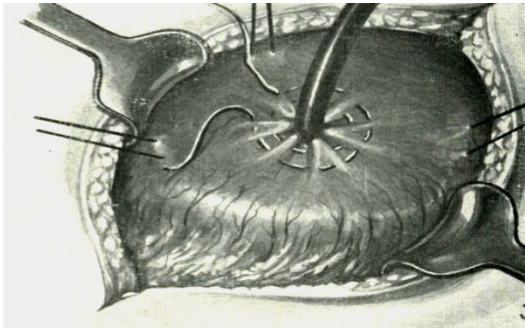
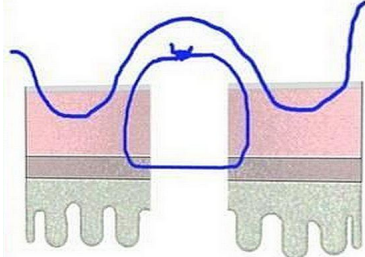
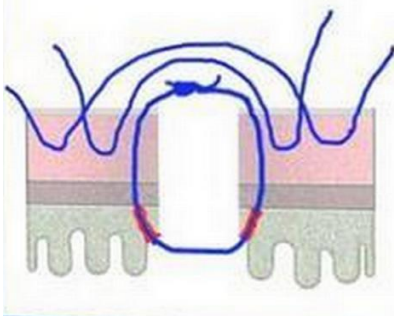
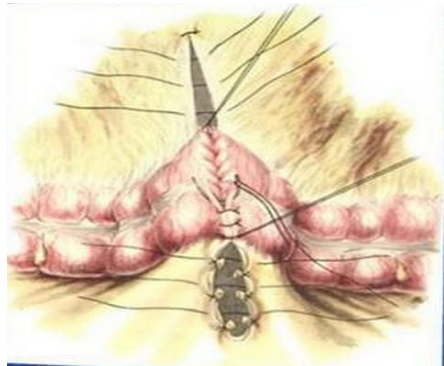


- наскрізні

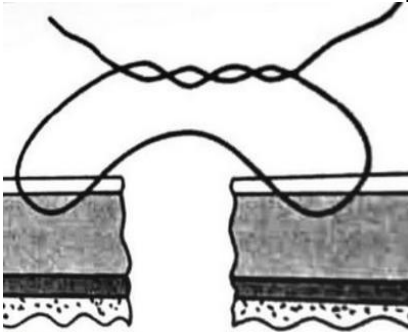
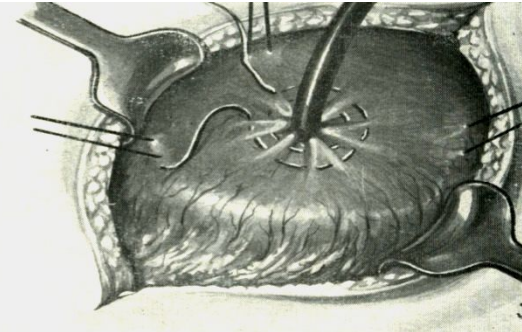
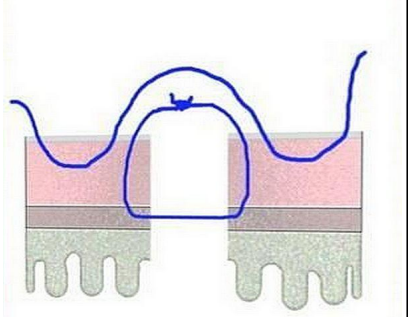
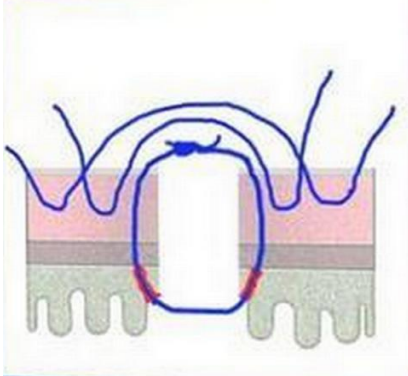
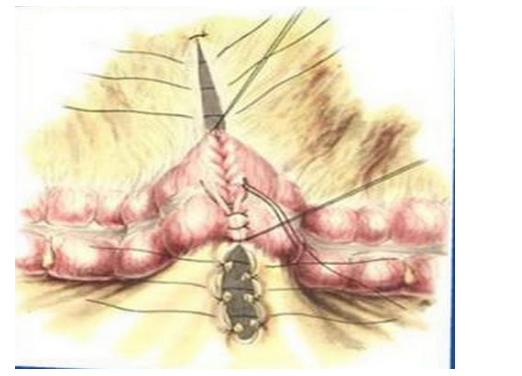
- брудний (інфікований, нестерильний) - проникаючий в просвіт кишки (шов Жолі, шов Матешука)



Класифікація кишкових швів за кількістю рядів швів

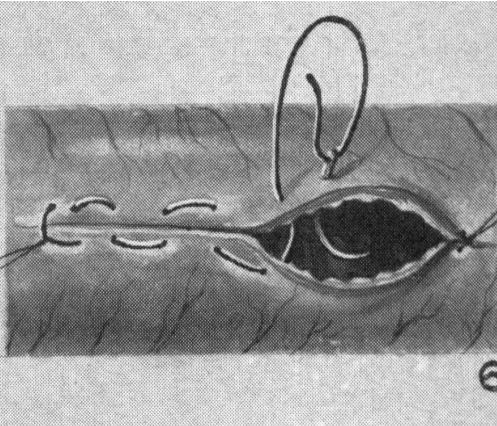
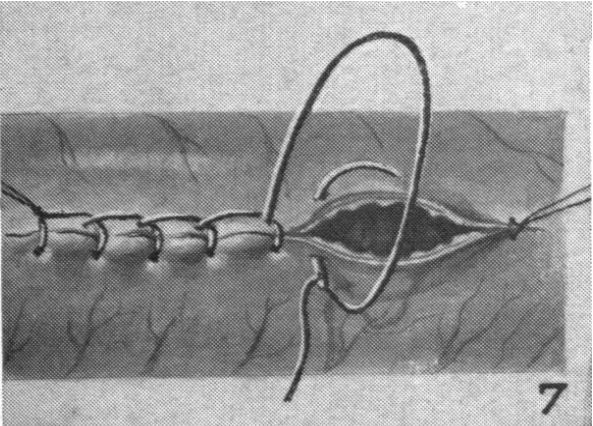
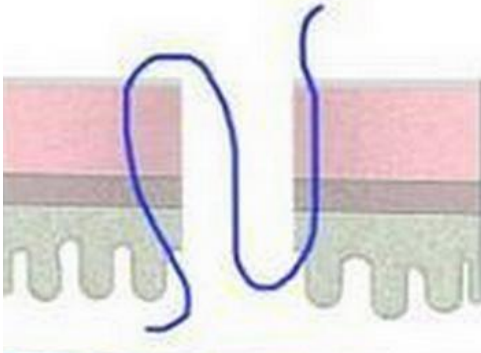
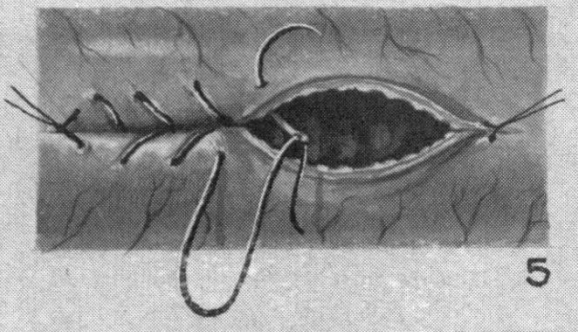
однорядні	Шов Ламбера Кисетний шов		
Дворядні (тонка кишка, шлунок, жовчні ходи тощо)	Шов Альберта = шов Жобера + шов Ламбера		
Трирядні (товста кишка)	Товстокишечний шов=шов Желі (Шмідена)+ 2 шва Ламбера		

Класифікація кишкових швів

однорядні	Шов Ламбера Кисетний шов		
Дворядні (тонка кишка, шлунок, жовчні ходи тощо)	Шов Альберта = шов Жобера + шов Ламбера		
Трирядні (товста кишка)	Товстокишечний шов=шов Желі (Шмідена)+ 2 шва Ламбера		

Класифікація кишкових швів

за методикою накладання:

окремі вузлуваті		
простий безперервний обвивний або безперервний обвивной шов із захлестом (шов Ревердена-Мультановського)		
Ввертаюий шов Шмідена (кушніруючий, укручується шов) - частіше на передню губу анастомозу)		

Класифікація кишкових швів

за тривалістю існування шовного матеріалу

Шов, що не розсмоктується	накладаються як другий або третій ряд кишкового шва, як чисті шви.	Матеріали: капрон, шовк і ін. синтетичні матеріали.
Шов, що розсмоктується (резорбуються в терміни від 7 днів до 1 місяця)	застосовуються як брудні шви першого ряду	Матеріали: викрил (золотий стандарт швів, що розсмоктуються), дексон, кетгут

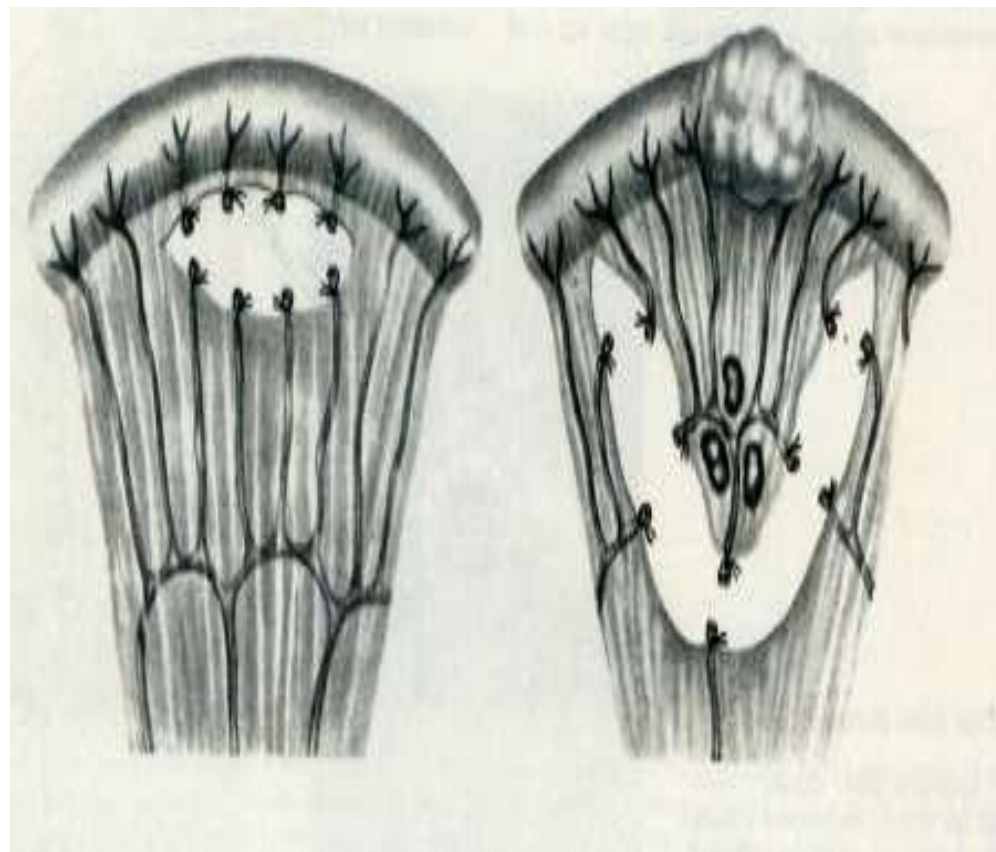
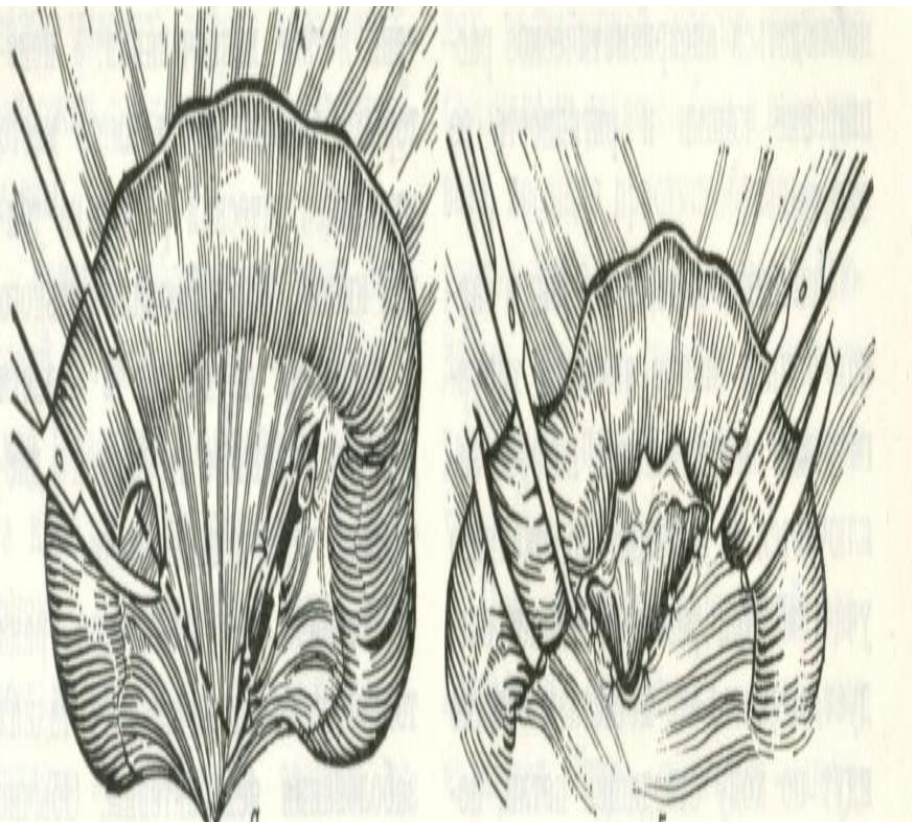
за способом накладення шва:

• 1. ручний шов 2. механічний шов

Резекція кишок. Різні види
ентероанастомозів: кінець в
кінець, бік в бік, кінець в бік.

Резекція кишки

- **Показання** - поранення, некроз при ущемленні і тромбозі судин, пухлини.
- **Техника**.
- Видаляється ділянка в межах здорової кишки (60см+15см) . Ділянку кишки відсікають від брижі.
- При резекції невеликої ділянки відділення проводять біля краю кишки.
- При видаленні великої ділянки кишки і частини брижі (пухлини) висікають під кутом до кореня брижі.
- Розтин брижі виконують між накладеними на судини затискачами.
- Ділянку кишки, що видаляється, пережимають кишковими жомами.



Фільм 3,4 - Резекція тонкої кишки



Види анастомозів між органами черевної порожнини

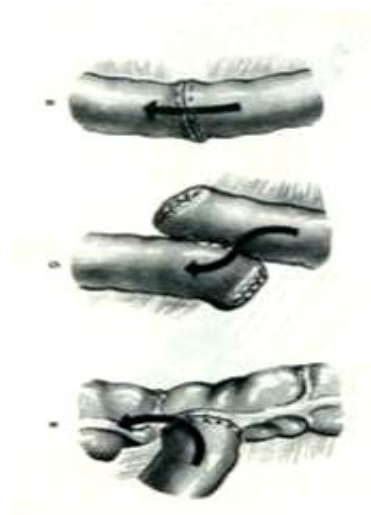
Інвертовані кінець в кінець

кінець в бік

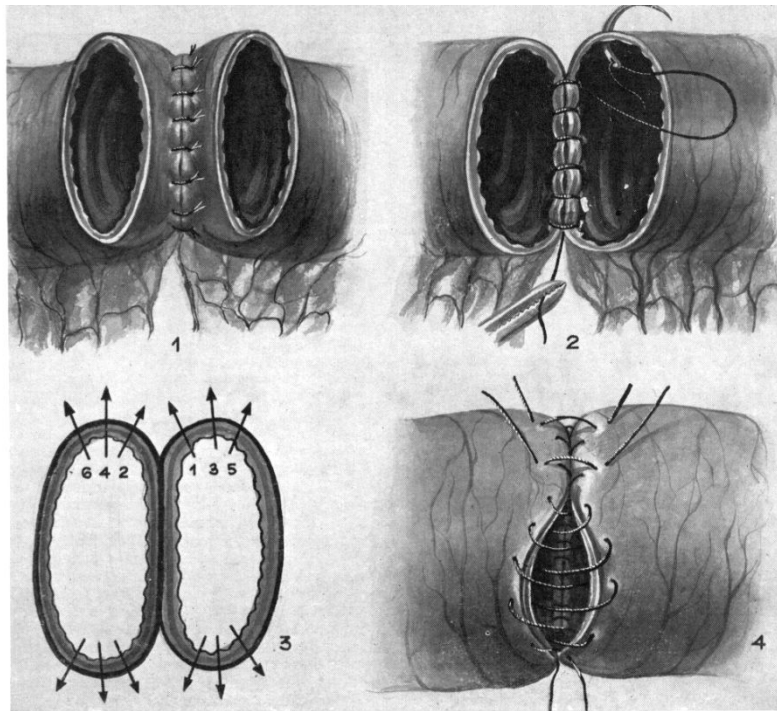
бік в бік

кінцево-бокові

Евертовані

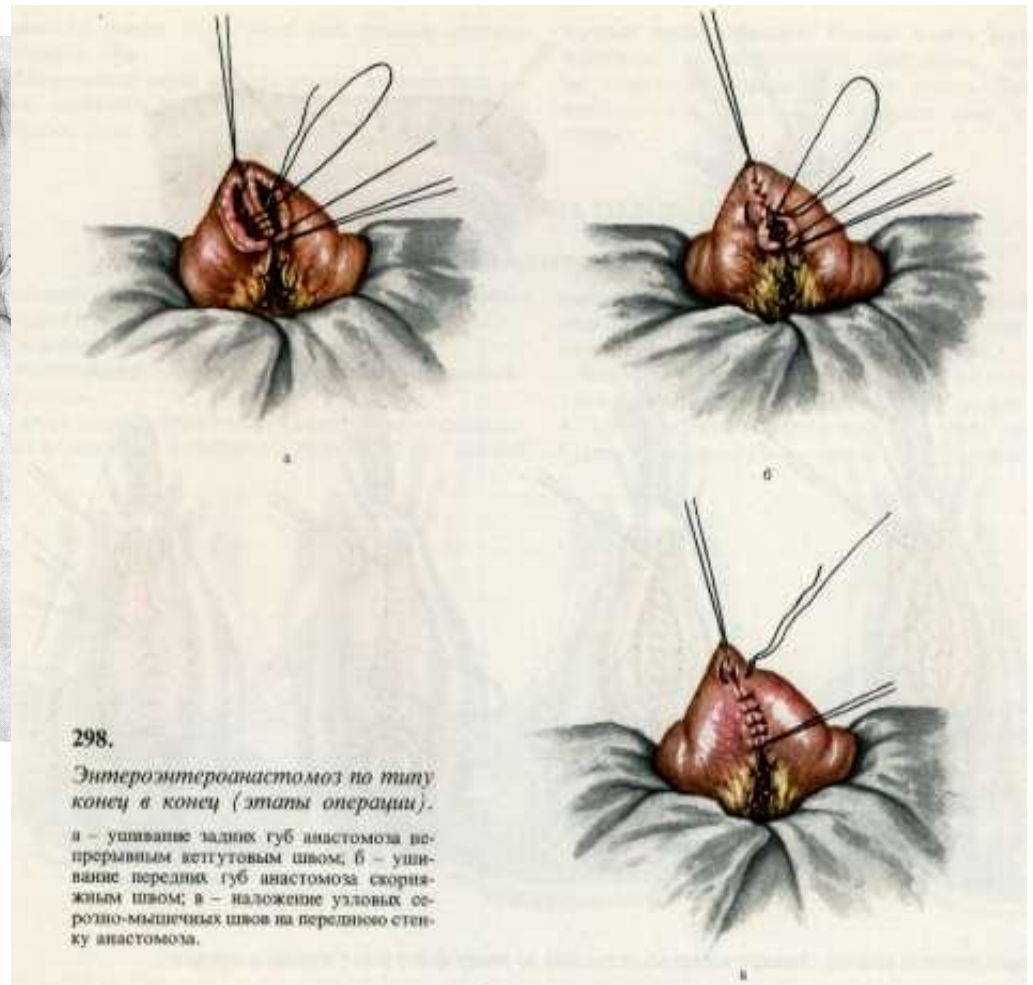


Кишковий анастомоз кінець в кінець



11*

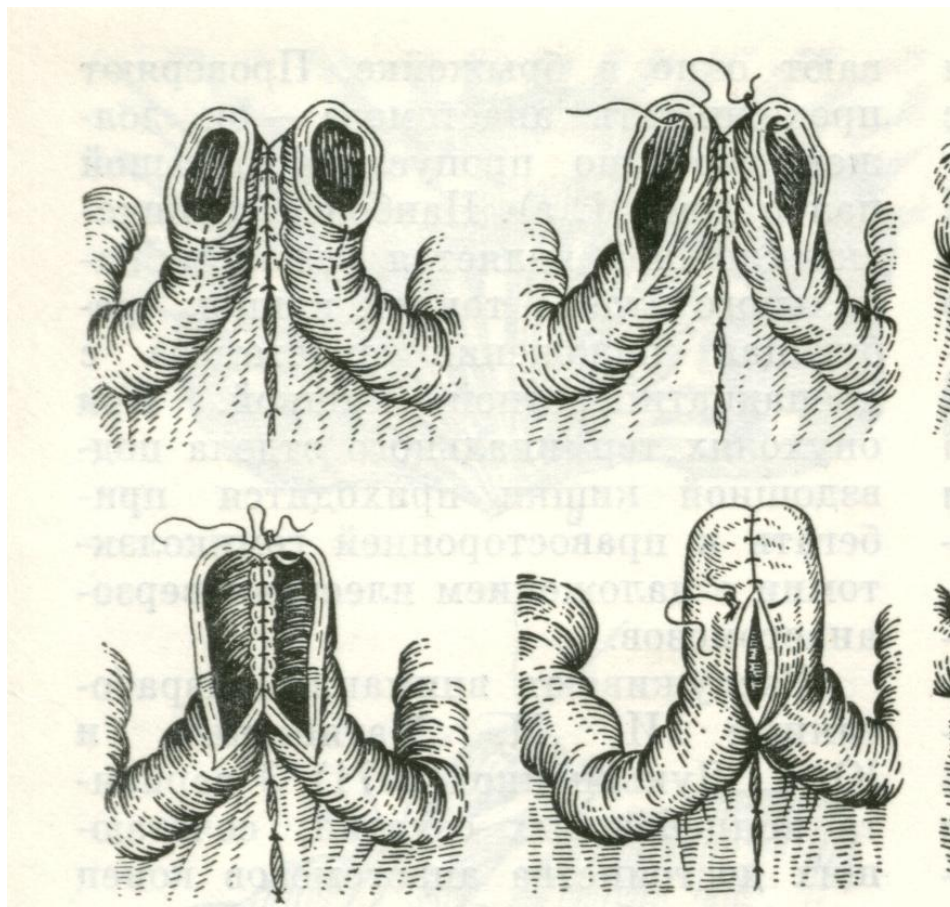
163



Характеристика анастомозу по типу кінець в кінець

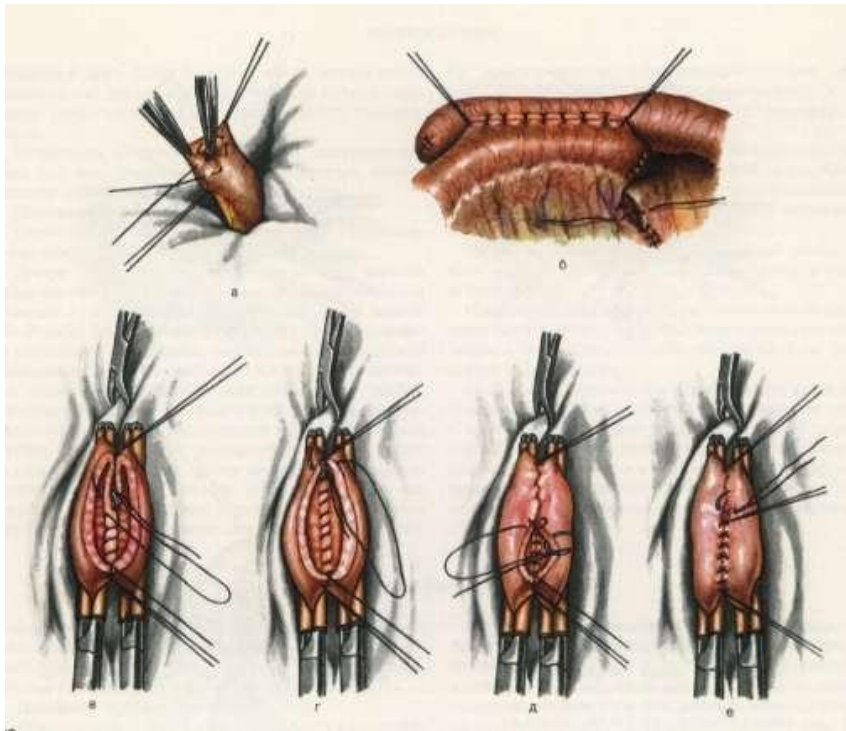
- Переваги:
 - фізіологічність
- Недоліки:
 - труднощі накладання при різних діаметрах органів що зшиваються
 - виникнення звуження в ділянці анастомозу

Збільшення діаметра анастомозу



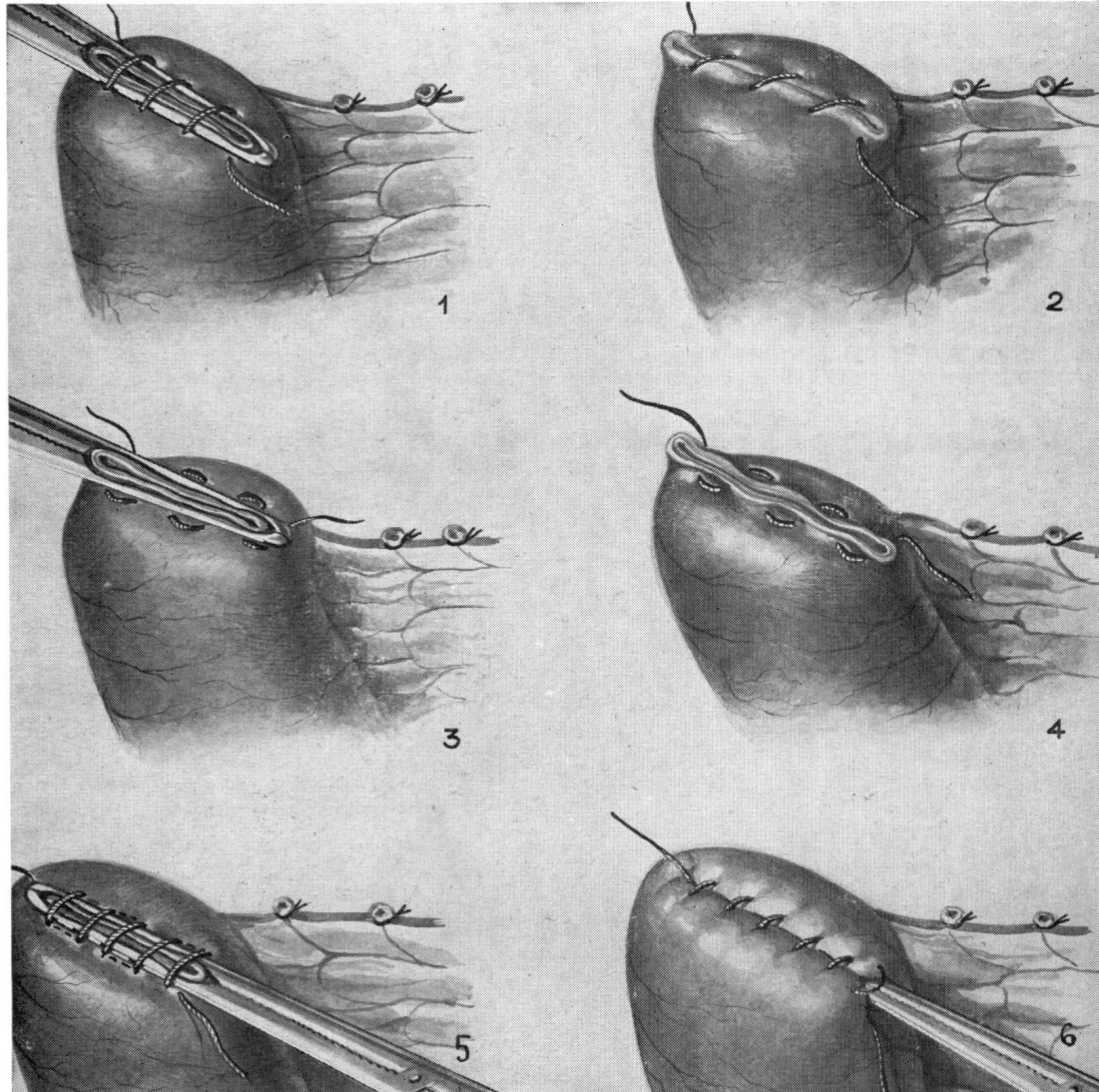
Фільм 5 – анастомоз кінець у
кінець

Кишковий анастомоз бік у бік.



- а – закриття кінців обох кишкових петель
- б – чисті вузлові шви за Ламбером на задню губу анастомоза;
- в – розкриття просвітів обох кишкових петель, що сполучаються (1 — передні (зовнішні) губи; 2 — задні (внутрішні) губи) і зшивання задніх губ безперервним обвивним швом;
- г-д — з'єднання передніх губ безперервним швом Шмідена ;
- е — накладення другого чистого вузлового шва за Ламбером на передню губу анастомоза.

Формування кукс

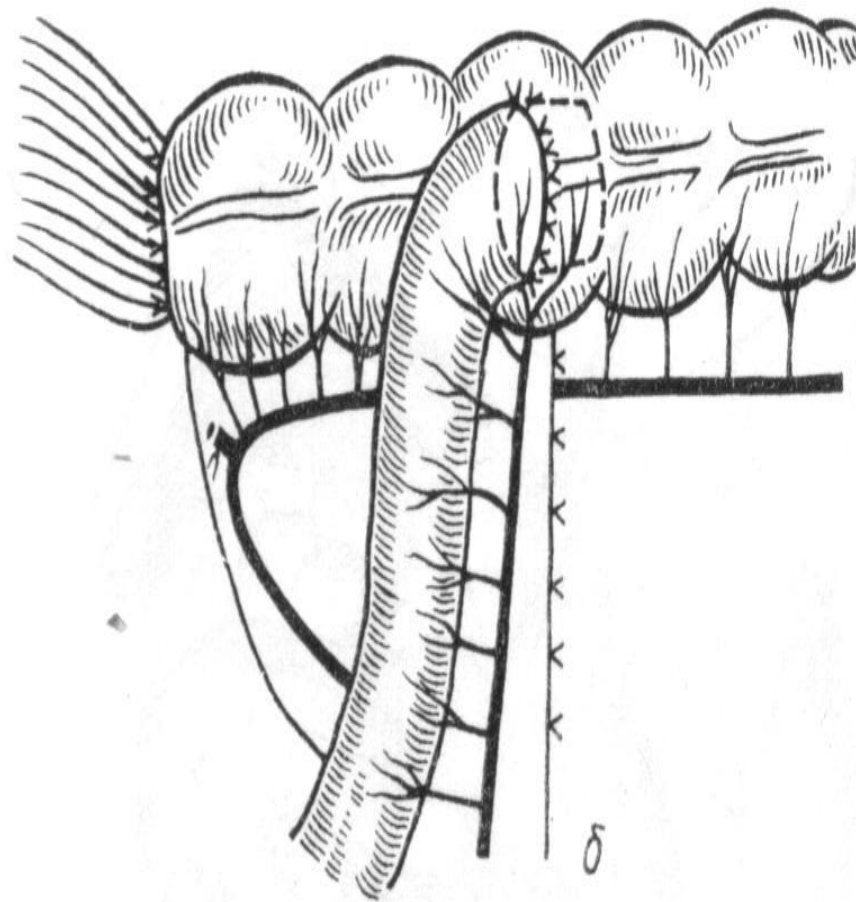
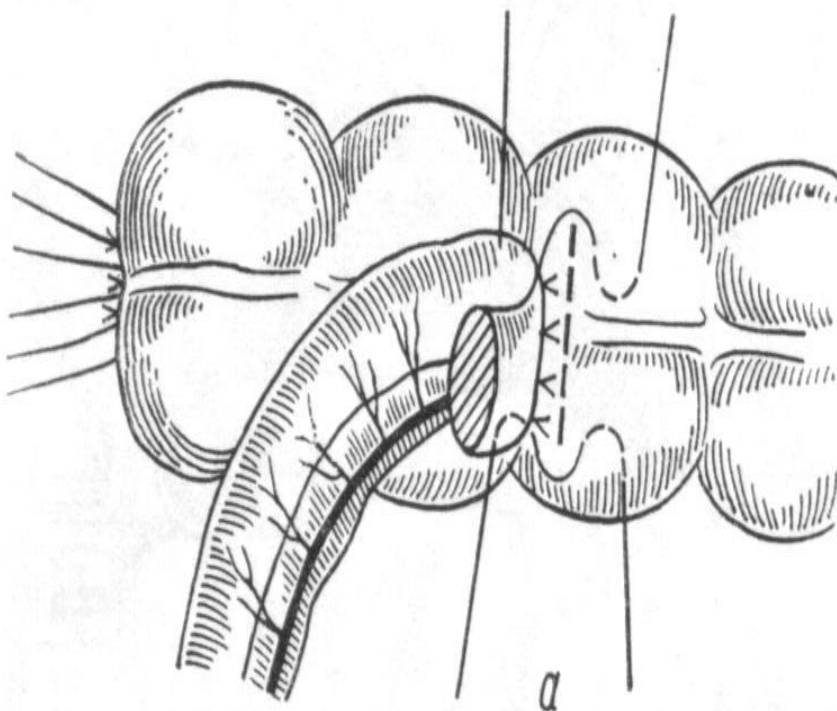


Характеристика анастомозу по типу бік у бік

- Переваги:
 - можливість з'єднати відрізки різного діаметру
 - достатність діаметра анастомозу
- Недоліки:
 - наявність аперистальтичної зони
 - наявність кукс

Фільм 6 – анастомоз бік у бік

Анастомоз кінце́щу бік



Кінцево-боковий анастомоз

