

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
ТЮМЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

# Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

## Техника ушивания ран тонкой и толстой кишки.

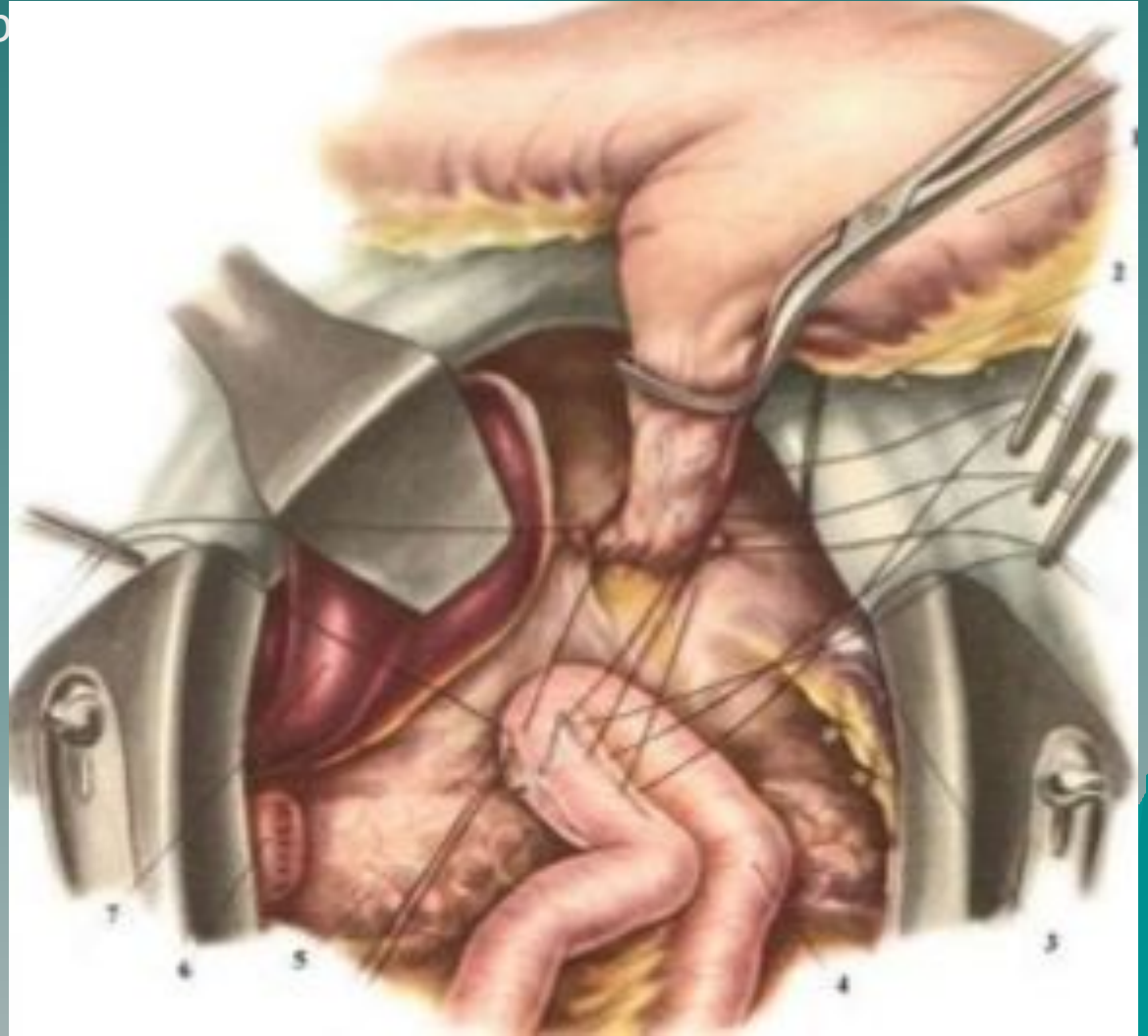
Преподаватель: Пяльченкова Наталья Олеговна

Работу подготовила:  
Семакина Виктория Николаевна  
Студентка 4 курса, 422 группы

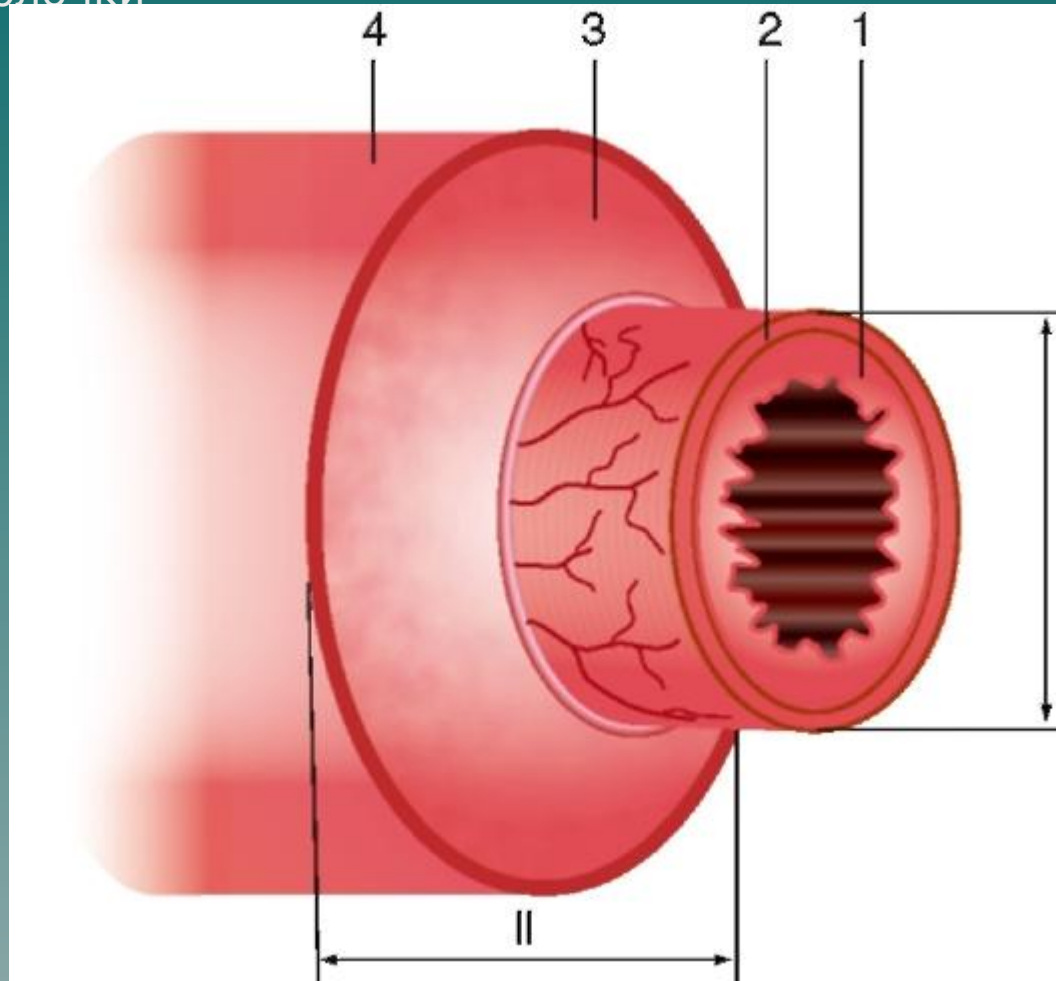
Тюмень, 2017г.

## ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ

*Кишечный шов* - собирательное понятие, подразумевающее ушивание ран и дефектов брюшной части пищевода, желудка, тонкой и толстой кишки. Универсальное применение этого понятия обусловлено общностью анатомического строения стенки этих органов и технических приемов на основе биологических законов заживления ран полых ор



- ◆ В стенке органов пищеварительного канала различают четыре основные оболочки: слизистую, подслизистую основу, мышечную, серозную.
- ◆ Оболочки объединены в два футляра: наружный, включающий мышечную и серозную оболочки, и внутренний, состоящий из подслизистой основы и слизистой оболочки



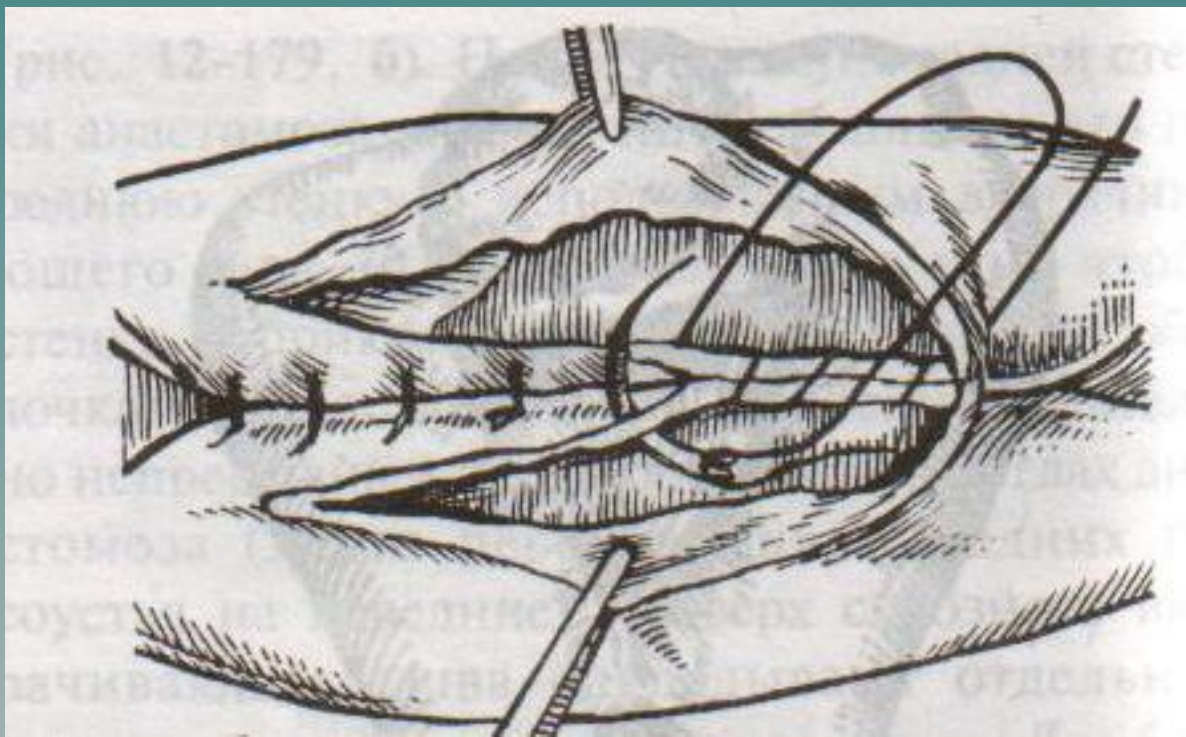
I - внутренний, слизисто-подслизистый футляр; II - наружный, мышечно-серозный футляр; 1 - слизистая оболочка; 2 - подслизистая основа; 3 - мышечная оболочка; 4 - серозная оболочка (висцеральная брюшина)

Внутренний и наружный футляры подвижны относительно друг друга, при этом в разных органах в различной степени.

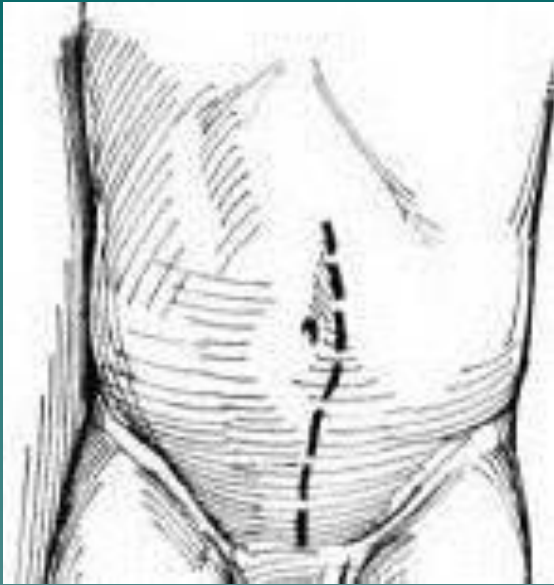
При ранении или пересечении тонкой и толстой кишки оба футляра сочетано расходятся приблизительно в равной степени.

Именно по этому с учетом футлярного строения на толстой и тонкой кишках (учитывая незначительное смещение футляров) шовную нить следует проводить строго перпендикулярно к краю разреза.

Надо также учитывать, что механическая прочность подслизистого слоя составляет около 70% прочности всех слоев стенки пищеварительного аппарата, остальные же слои выдерживают только 30% механической нагрузки. И поэтому большей механической прочностью будут отличаться швы, выполненные с захватом подслизистого слоя.



## Техника ушивания ран тонкой кишки



- ◆ *Обезболивание:* общее обезболивание.
- ◆ *Положение больного:* лежа на спине.
- ◆ *Оперативный доступ:* нижняя срединная лапаротомия.

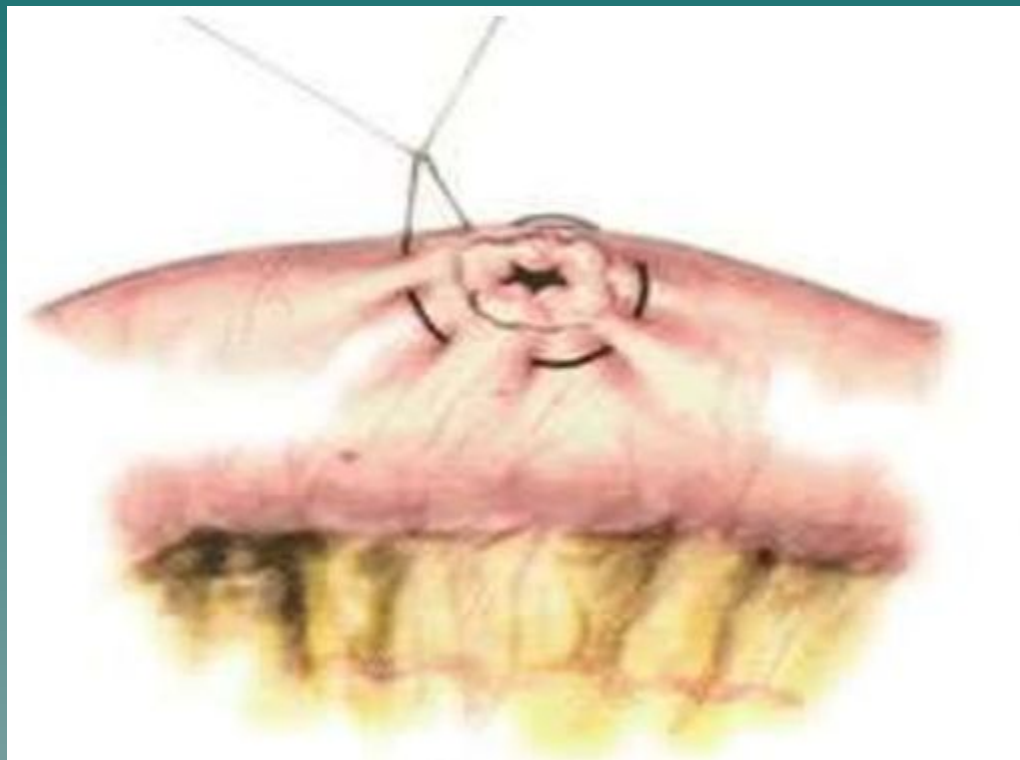
- ◆ После вскрытия брюшной полости и отграничения раны брюшной стенки салфетками извлекают поврежденную петлю тонкой кишки. На приводящий и отводящий концы кишки накладывают ж...





## Техника ушивания ран тонкой кишки *Оперативный прием.*

1. Точечную (колотую) рану закрывают кисетным швом, погружая место повреждения внутрь шва.

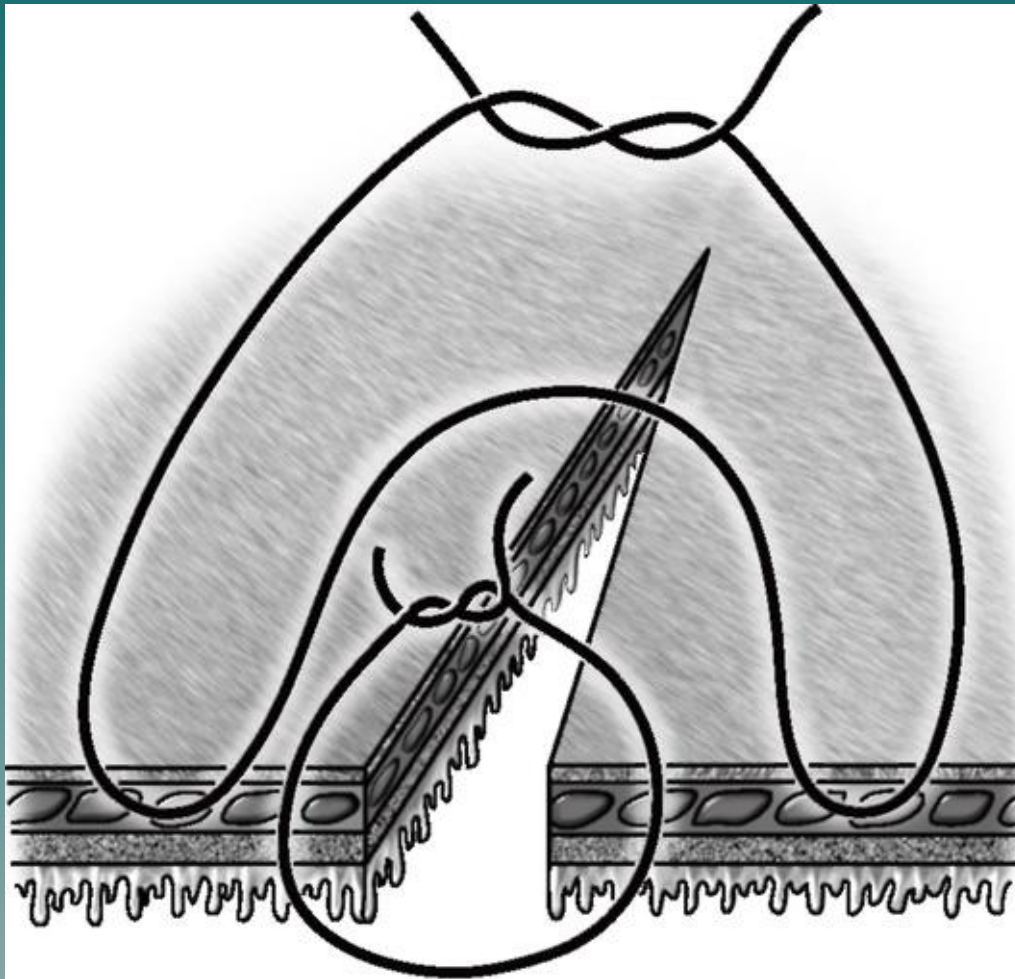


\*Непрерывный серозно-мышечный шов, накладываемый циркулярно. Предназначен для погружения небольшой культи. Шов накладывают длинной нитью и тонкой круглой круто изогнутой иглой. В стежок захватывают серозную и мышечную оболочки, при этом длина нити, находящейся в толще тканей, должна быть равна длине нити, находящейся на поверхности.

Диаметр кисетного шва должен быть достаточным для погружения в него культи. При слишком большом диаметре кисетного шва после погружения культи между ней и стенкой кишки образуется свободное пространство, в котором может скапливаться

## Техника ушивания ран тонкой кишки

2. Для ушивания резаной раны небольшого размера (менее 1/2 диаметра кишки) используют двухрядный шов по Альберту.



Двухрядный непрерывный: первый ряд накладывают через все слои сшиваемых концов кишки (обвивной); второй ряд - серозно-мышечный, погружающий первый ряд

При повреждении менее  $\frac{2}{3}$  длины окружности полого органа возможно ушивание раны. При превышении ее следует выполнить резекцию



На кишку накладывают два серозно-мышечных шва-держалки с таким расчетом, чтобы при растягивании их в стороны раневое отверстие располагалось в направлении, поперечном длинной оси кишки, во избежание сужения просвета кишки после наложения швов.

Первый ряд краевых узловых швов накладывают через все слои кетгутом, отступив от края раны на 3 мм, на расстоянии 3-5 мм между швами. Основными задачами этого ряда швов являются сближение краев раны, гемостаз. Первый ряд швов проникает в просвет кишки, поэтому перед наложением второго ряда серо-серозных швов члены хирургической бригады должны обработать руки, сменить инструменты и салфетки.

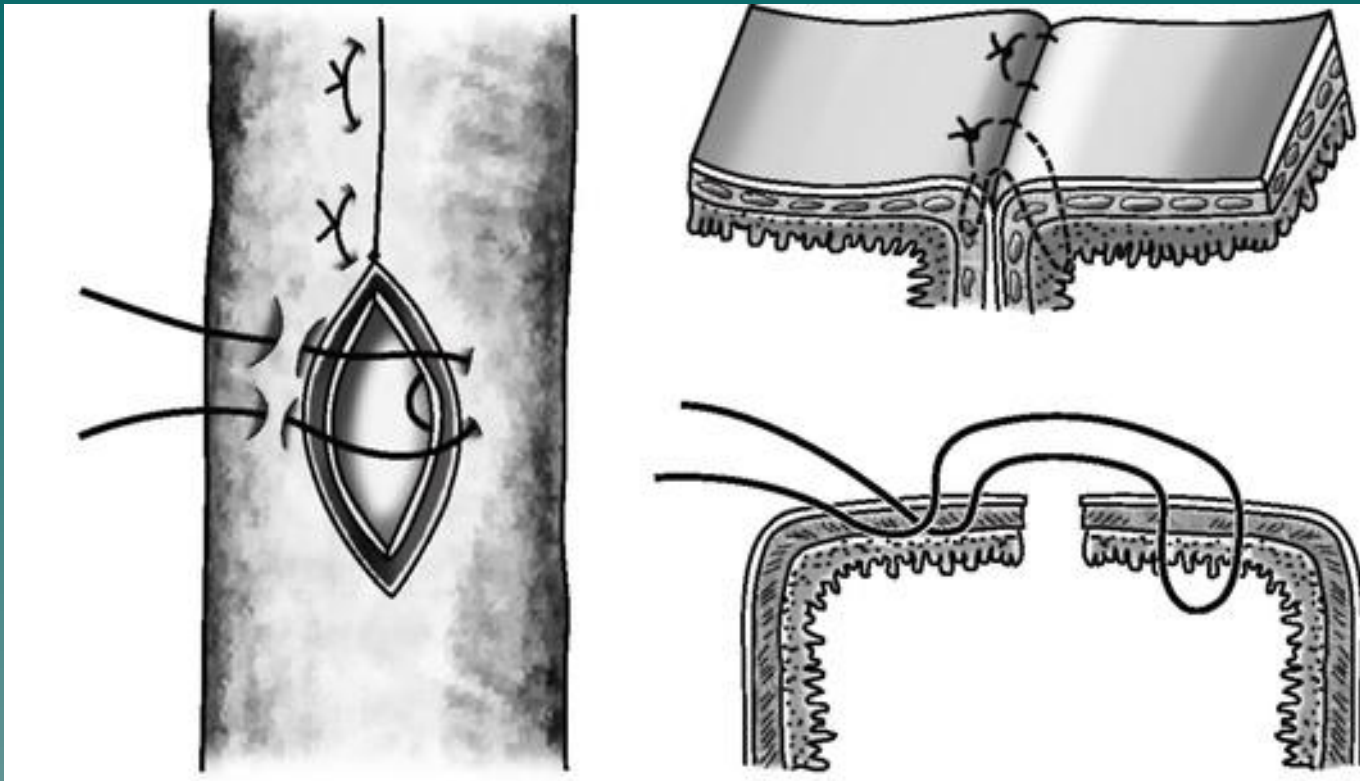
Поверх первого ряда швов накладывают второй ряд серо-серозных узловых швов. Расстояние между швами - 2,5 мм. Ушивание раны тонкой кишки заканчивают проверкой проходимости просвета кишки.



# Ушивание ран толстой кишки

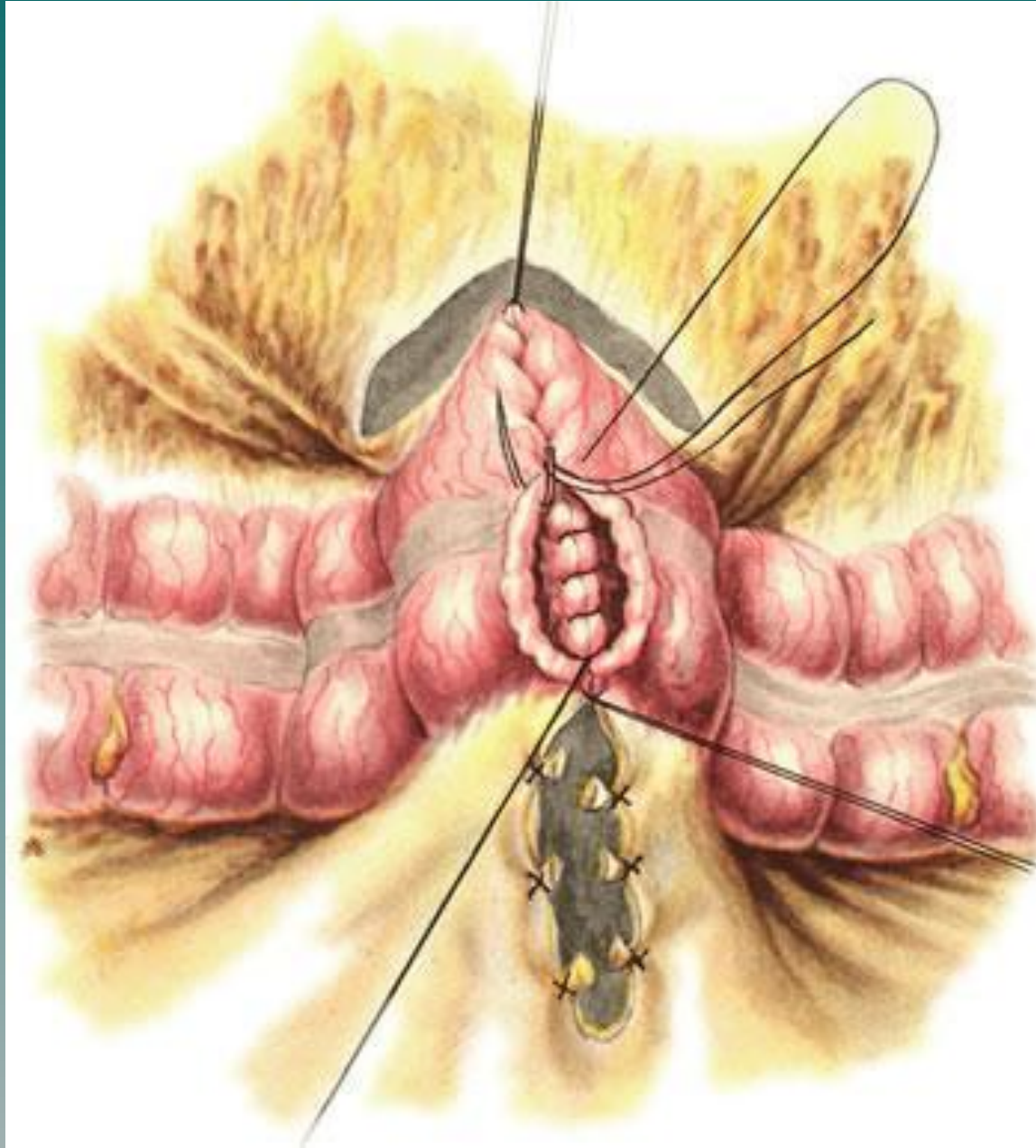
- ◆ *Оперативный доступ:* срединная (средняя или нижняя) лапаротомия.
- ◆ В рану выводят поврежденный участок поперечной ободочной или сигмовидной кишки. По обеим сторонам от раны кишки накладывают швы-держалки для удержания кишки в положении, при котором не происходит вытекания из раны кишечного содержимого и придания ране направления, поперечного к длинной оси кишки. Рану ушивают трехрядным швом, руководствуясь общими правилами наложения кишечного шва:
  - первый ряд - сквозным краевым швом;
  - второй ряд - серозно-мышечным швом, обеспечивающим соприкосновение серозных поверхностей и погружение краевого шва;
  - третий ряд - серозно-мышечным швом для дополнительной перитонизации предыдущих швов.

## Сквозной краевой шов Жобера



Иглу вкалывают на расстоянии 1 см от края раны со стороны серозной оболочки, выкалывают у края слизистой оболочки. На другом краю раны эту же нить проводят со стороны слизистой оболочки, вкалывая иглу у самого края раны и выкалывая на серозной оболочке на расстоянии 1 см от края. При завязывании узла захватываемый в шов избыток тканей наружного футляра способствует вворачиванию краев раны и соприкосновению их серозных оболочек

# Трехрядный шов



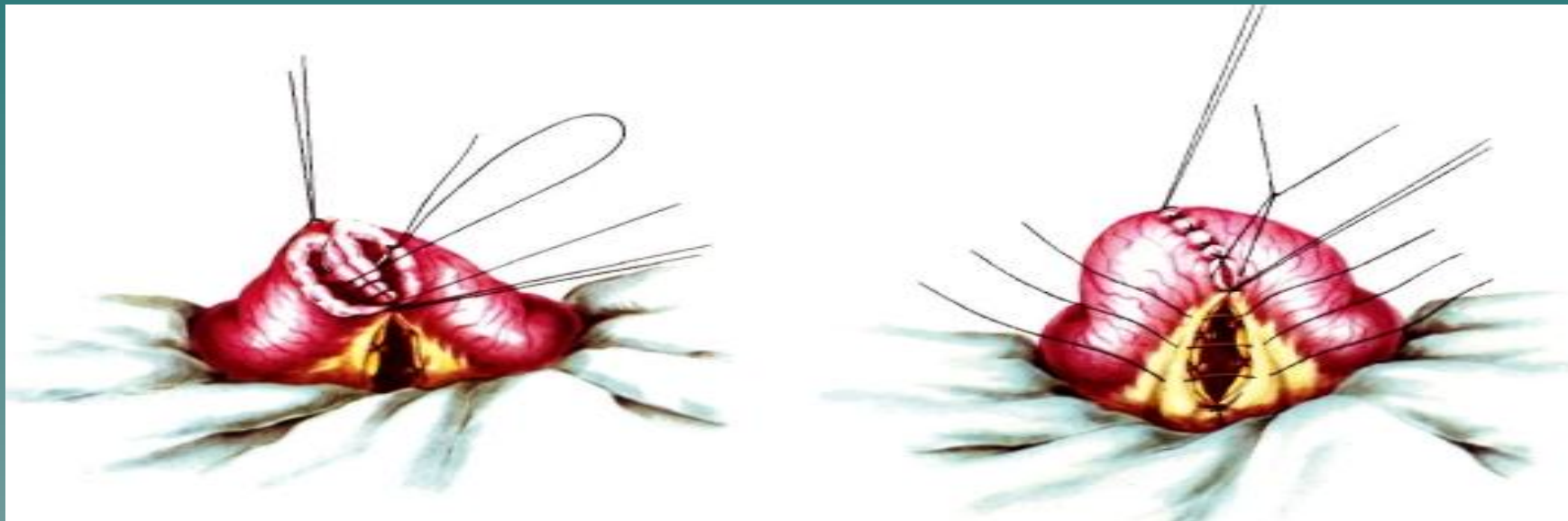
# Виды и техника наложения желудочно-кишечных, межкишечных

## анастомозов и их оценка

- ◆ Наложение анастомоза между 2-мя участками пищеварительного аппарата — одна из наиболее распространенных операций в абдоминальной хирургии. Анастомоз накладывают с целью восстановления пассажа содержимого пищеварительного аппарата. В зависимости от способов соединения приводящего и отводящего участков пищеварительного аппарата различают следующие виды анастомозов:
  - 1) анастомоз конец в конец;
  - 2) анастомоз бок в бок;
  - 3) анастомоз конец в бок;
  - 4) анастомоз бок в конец.

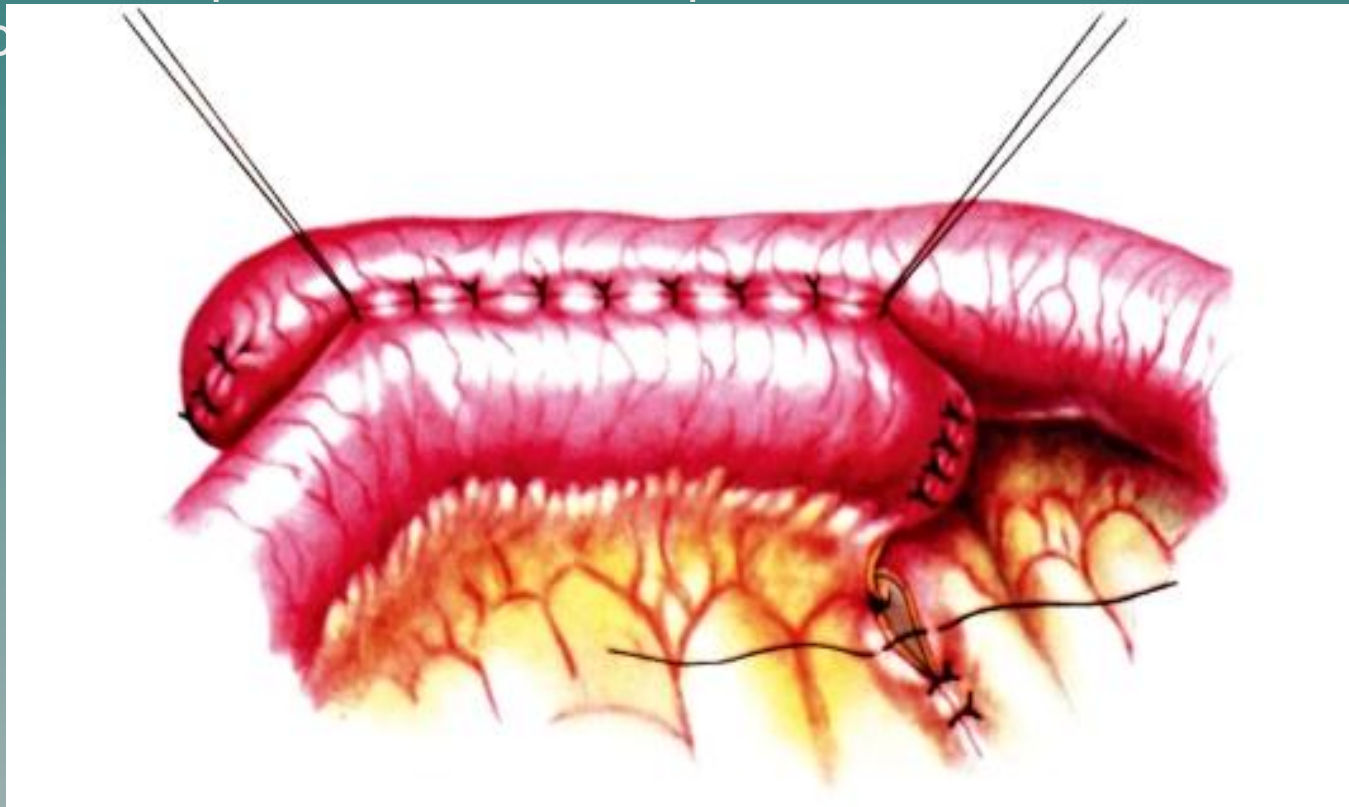
## ◆ Анастомоз конец в конец

прямое соединение концов полых органов с наложением двухрядного шва Альберта. Первый ряд швов — сквозной непрерывный или узловый кетгут, второй — узловые серозно-мышечные швы Ламбера. При сшивании участков толстой кишки используют трёхрядный шов. Третьим рядом является ещё один ряд швов Ламбера. Анастомоз конец в конец более физиологичен и поэтому



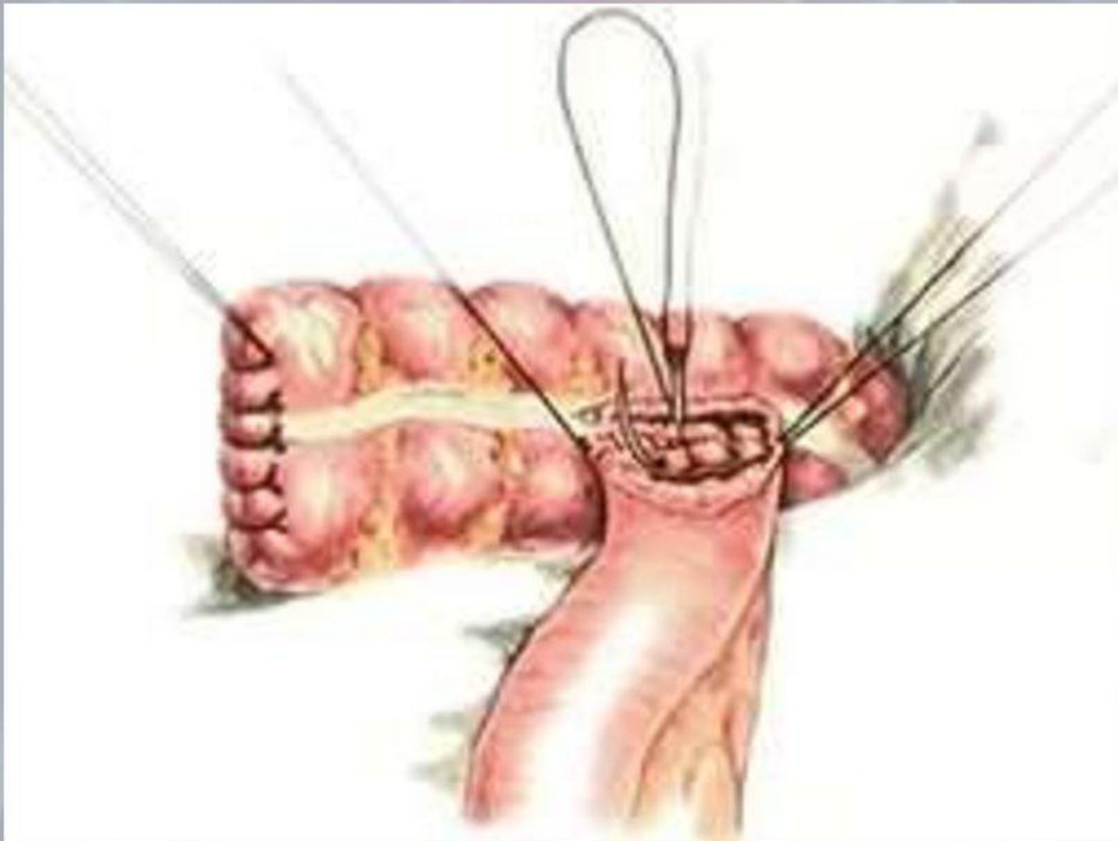


- ◆ При анастомозе бок в бок на соединяемых участках кишки сначала делают две наглухо закрытые культы. Для их образования свободный конец кишки перевязывают и погружают в кисетный шов. Культы располагают изоперистальтически по отношению друг к другу, на прилежащих боковых поверхностях скальпелем делают отверстия, которые сшивают также двухрядным швом. При этом виде анастомоза нет опасности сужения, так как ширина анастомоза не ограничена диаметром сшиваемых кишок и может сво

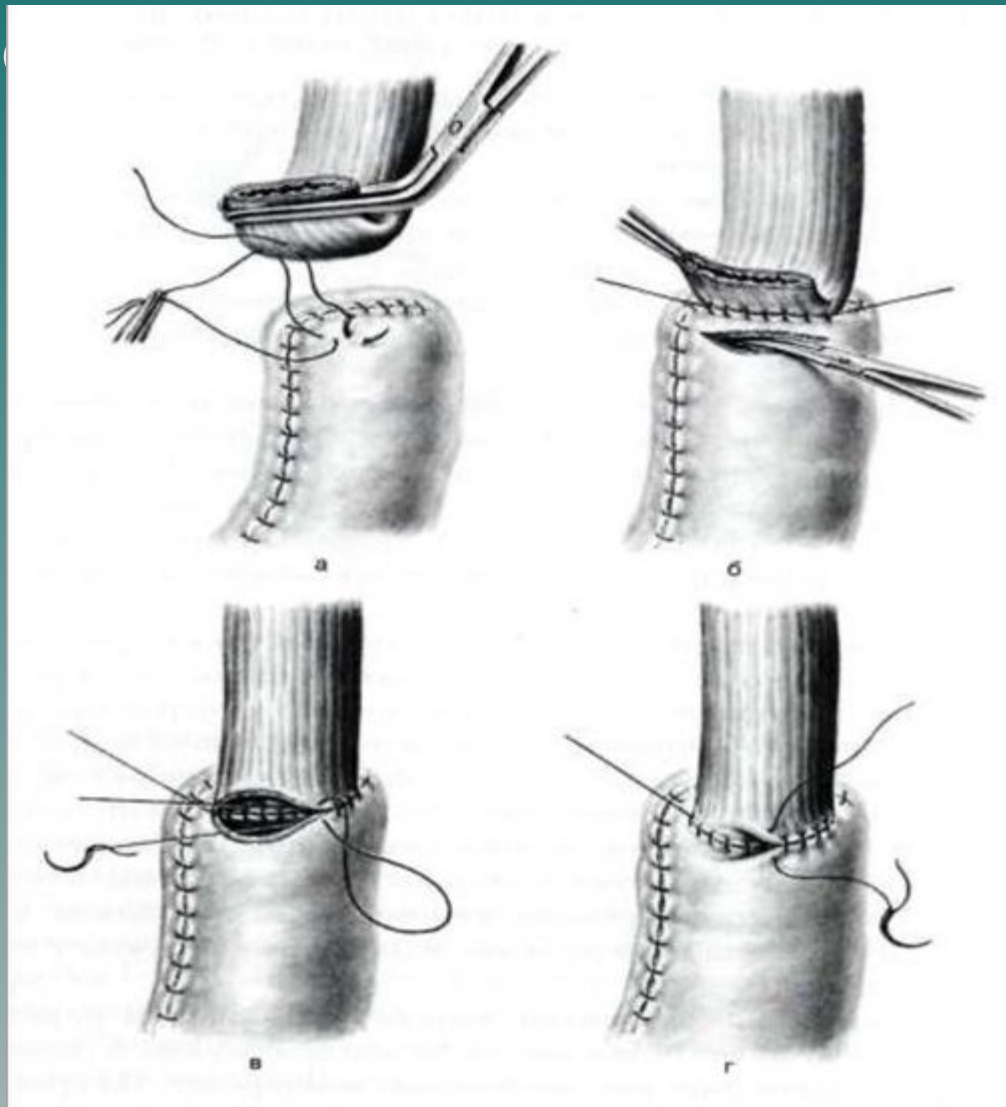


- ◆ Анастомоз конец в бок применяется при соединении отрезков желудочно-кишечного тракта разного диаметра: при резекции желудка, когда культю его вшивают в боковую стенку тонкой кишки; при соединении тонкой кишки с толстой, когда конец тонкой кишки подшивают к боковой стенке толстой кишки.

### Анастомоз по типу «конец-в-бок»



- ◆ Анастомоз бок в конец — боковая поверхность более проксимального органа анастомозируется с концом более дистально расположенного. Применяется реже других (гастроэнтероанастомоз по Ру, илеотрансв



# Список литературы

- ◆ Оперативная хирургия: учебное пособие по мануальным навыкам / под ред. А. А. Воробьёва, И. И. Кагана. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 688 с
- ◆ Топографическая анатомия и оперативная хирургия : учебник : в 2 т. / Под ред. И. И. Кагана, И. Д. Кирпатовского. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013
- ◆ Практикум по оперативной хирургии : учеб. пособие / Ю. М. Лопухин, В. Г. Владимиров, А. Г. Журавлев. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 400 с