

ОПЕРАТИВНА ХІРУРГІЯ ТА ТОПОГРАФІЧНА АНАТОМІЯ ЖИВОТА

*методичні розробки до практичних занять
з курсу "Топографічна анатомія та
оперативна хірургія" для студентів 2—3-го
курсів*

*спеціальності 07.110.101 денної форми
навчання*

Частина IV



Суми 2002

кандидат медичних наук, доцент **В.Ю.Льїн**

Кафедра нормальної анатомії

Практичне заняття № 19

Тема. Хірургічна анатомія передньобокової стінки живота. Анатомо-фізіологічне обґрунтування доступів до органів черевної порожнини. Оперативне лікування пупкових гриж і гриж білої лінії живота.

Актуальність теми: для діагностики захворювань органів черевної порожнини необхідно знати їх проекцію на передню стінку живота, а для вибору локалізації, способу і напрямку розріза при проведенні оперативного втручання на органах черевної порожнини необхідні знання особливостей топографо-анатомічної будови різних ділянок передньобокової стінки живота.

Мета заняття

1. Вивчити проекцію органів черевної порожнини на передньобокову стінку живота.

2. Засвоїти техніку лапаротомії і дати анатомо-фізіологічне обґрунтування серединним, парамедіанним, транс- і параректальним, косим, поперечним і комбінованим розрізам.

3. Засвоїти принципи оперативних втручань і способи пластики гризових воріт при пупкових грижах і грижах білої лінії живота.

Контрольні запитання

1. Межі живота. Поділ на ділянки. Проекція органів черевної порожнини на передньобокову стінку живота.

2. Топографічна анатомія непарних ділянок передньобокової стінки живота. Будова піхви прямого м'яза живота і білої лінії на різних рівнях по відношенню до пупка. Особливості будови пупкового кільця.

3. Топографічна анатомія парних ділянок передньобокової стінки живота.

4. Анатомо-фізіологічне обґрунтування серединних, парамедіанних, транс- і параректальних, косих, поперечних і комбінованих розрізів. Лапаротомія. Техніка виконання.

5. Принципи оперативного лікування і способи пластики гризових воріт при пупкових грижах і грижах білої лінії живота.

Практичні навички

1. Показати на трупі:

- ділянки передньобочкової стінки живота;
- м'язи передньобочкової стінки живота;
- судини і нерви передньобочкової стінки живота;
- отвори і стінки пахвинного каналу;
- дугоподібну і півмісяцеву лінії;
- піхву прямого м'яза і її вміст.

2. Виконати і обґрунтувати серединний, парамедіанний, трансректальний, параректальний, косий і поперечний розрізи.

3. Виконати на трупі пластику грижових воріт при пупкових грижах (Мейо, Сапезко, Лексера) і грижах білої лінії живота (Сапезко, Напалкова).

Ситуаційні задачі

1. Під час виконання нижньої серединної лапаротомії після розтину шкіри і підшкірної клітковини хірург оголив вузьку білу лінію живота, по якій зробити розтин черевної порожнини неможливо. Тактика хірурга. Як ушити операційну рану ?

2. Виконуючи доступ до шлунку з приводу перфоративної виразки хірург спочатку розсік скальпелем шкіру і підшкірну клітковину до білої лінії живота від мечоподібного відростка до пупка, а потім білу лінію живота разом з парієтальною очеревиною. Краї розрізу розвів гачками і вивів у рану шлунок. Дайте оцінку тактики хірурга. Як зробили б Ви ?

3. Для оперативного лікування пупкової грижи хірург вибрав пластику за Мейо. Двома поперечними розрізами, облямовуючими грижове випинання зверху і знизу, хірург розсік шкіру, підшкірну клітковину і видалив їх разом з пупком. Далі виділив грижовий мішок, який розсік біля шийки, і усунув зрощення поперечної ободової кишки з внутрішньою поверхнею грижового мішка. Кишку вправив у черевну порожнину. Грижовий мішок відсік і зашив очеревину безперервним швом, а грижові ворота вузловими швами. Рану ушив пошарово. Оцініть тактику хірурга.

Література

1. *Оперативна хірургія і топографічна анатомія: Підручник / К.І.Кульчицький, М.П.Ковальський, А.П.Дітковський та ін.; За ред К.І.Кульчицького. - К.: Вища шк., 1994. - 464с.*

2. *Кульчицький К.И. Курс лекцій по топографической анатомии и оперативной хирургии. - Киев-Полтава, 1992. - 520 с.*

3. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / Г.Е.Острроверхов, Д.Н.Лубоцкий, Ю.М.Бомаш. Под ред. Г.Е.Острроверхова. - М.: Медицина, 1972. - 712 с.*

4. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / В.В.Кованов, Т.И.Аникина, И.А.Сычеников и др.; Под ред. В.В.Кованова. - М.: Медицина, 1985. - 368 с.*

5. *Черевні грижі. За ред. М.П. Черенька. - К.: Здоров'я, 1995. - 264 с.*

6. *Матюшин И.Ф. Операции при грыжах брюшной стенки. - Горький, 1977. - 47 с.*

7. *И. Литтманн Оперативная хирургия. - Будапешт: Изд-во акад. наук Венгрии, 1982. - 1175 с.*

8. *Войленко В.Н., Меделян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. Под ред. Г.Е.Острроверхова. - М.: Медицина, 1965. - 606 с.*

Практичне заняття № 20

Тема. Топографічна анатомія пахвинної ділянки. Хірургічна анатомія пахвинного каналу і його вміст. Хірургічна анатомія і оперативне лікування пахвинних гриж.

Актуальність теми: пахвинні грижі - одне з поширених хірургічних захворювань. Для успішного їх лікування необхідно знати механізм виникнення пахвинної грижі, анатомо-фізіологічні особливості ділянки, вміти вибрати спосіб пластики грижових воріт, враховуючи при цьому топографо-анатомічні взаємовідносини розташованих в даній ділянці судин і нервів.

Мета заняття

1. Вивчити причини виникнення косих і прямих пахвинних гриж.

2. Навчитися виконувати пластику передньої і задньої стінок пахвинного каналу.

3. Засвоїти техніку операцій защемлених пахвинних гриж.

Контрольні запитання

1. Топографічна анатомія пахвинної ділянки.

2. Хірургічна анатомія пахвинного каналу в нормі і при пахвинних грижах. Пахвинний проміжок і патогенез прямих пахвинних гриж.

3. Вміст пахвинного каналу. Процес опускання яєчка і патогенез вроджених косих пахвинних гриж.

4. Грижи живота. Класифікація. Елементи грижі.

5. Хірургічна анатомія косої пахвинної грижі.

6. Хірургічна анатомія прямої пахвинної грижі.

7. Основні етапи грижосічення і способи пластики грижових воріт при косих і прямих пахвинних грижах. Недоліки і ускладнення грижосічення.

8. Особливості хірургічного лікування защемлених гриж.

Ситуаційні задачі

4. Під час операції з приводу защемленої грижі в грижовому мішку були знайдені дві петлі тонкої кишки. Після розсічення защемлюючого кільця вони визнані життєздатними (рожевого кольору, перистальтика збережена, судини брижі пульсують) і вправлені в черевну порожнину. Була проведена обробка грижового мішка і пластика грижових воріт. На другий день у хворого з'явилися ознаки перитоніту. Яку помилку допустив хірург ?

5. Виконуючи оперативне втручання з приводу прямої пахвинної грижі, хірург провів пластику задньої стінки пахвинного каналу поліпропіленовою сіткою. Який спосіб пластики здійснив хірург ? В чому полягає техніка хірурга ?

6. Під час операції з приводу защемленої пахвинної грижі виявлена флегмона грижового мішка. Якою повинна бути тактика хірурга ?

Практичні навички

1. Показати на трупі:

- поверхневу надчеревну артерію;
- поверхневу артерію, яка огинає клубову кістку;
- зовнішні статеві артерії;
- нижню надчеревну артерію;
- пахвинний канал, його отвори, стінки і вміст;
- пахвинний проміжок.

2. Виконати способи пластики передньої стінки пахвинного каналу:

- Жирара;
- Спасокукоцького швом Кімбаровського;
- Мартинова.

3. Виконати способи з укріпленням задньої стінки пахвинного каналу:

- Бассіні;

- Кукуджанова;
- Постемпського.

4. Продемонструвати основні етапи операції при защемленій пахвинній грижі.

Література

1. *Оперативна хірургія і топографічна анатомія: Підручник / К.І.Кульчицький, М.П.Ковальський, А.П.Дітковський та ін.; За ред К.І.Кульчицького. - К.: Вища шк., 1994. - 464с.*
2. *Кульчицький К.И. Курс лекцій по топографической анатомии и оперативной хирургии. - Киев-Полтава, 1992. - 520 с.*
3. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / Г.Е.Острроверхов, Д.Н.Лубоцкий, Ю.М.Бомаш. Под ред. Г.Е.Острроверхова. - М.: Медицина, 1972. - 712 с.*
4. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / В.В.Кованов, Т.И.Аникина, И.А.Сычеников и др.; Под ред. В.В.Кованова. - М.: Медицина, 1985. - 368 с.*
5. *Черевні грижі. За ред. М.П. Черенька. - К.: Здоров'я, 1995. - 264 с.*
6. *Матюшин И.Ф. Операции при грыжах брюшной стенки. - Горький, 1977. - 47 с.*
7. *И. Литтманн Оперативная хирургия. - Будапешт: Изд-во акад. наук Венгрии, 1982. - 1175 с.*
8. *Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. Под ред. Г.Е.Острроверхова. - М.: Медицина, 1965. - 606 с.*

Практичне заняття № 21

Тема. Хірургічна анатомія очеревини. Ревізія органів черевної порожнини. Кишечні шви. Хірургічна обробка ран порожнистих органів.

Актуальність теми: гострі запальні захворювання і травматичні пошкодження органів черевної порожнини часто ускладнюються перитонітом. Тому для діагностики і лікування перитоніту необхідні знання хірургічної анатомії очеревини, сумок, пазух, каналів і заглиблень черевної порожнини, необхідні сувора послідовність ревізії органів черевної порожнини і оволодіння технікою обробки ран порожнистих органів.

Мета заняття

1. Оволодіти методикою ревізії органів черевної порожнини.
2. Засвоїти техніку хірургічної обробки проникаючих поранень живота з ушкодженням порожнистих органів.
3. Навчитися накладати кишкові шви.

Контрольні запитання

1. Хірургічна анатомія очеревини. Хід очеревини в площинах сагітального і поперечного розтинів.
2. Анатомо-фізіологічні властивості очеревини.
3. Хірургічна анатомія сумок, пазух, каналів і заглиблень черевної порожнини.
4. Лапаротомія і методика ревізії органів черевної порожнини.
5. Кишкові шви. Вимоги і техніка накладання.
6. Хірургічна обробка проникних поранень живота з ушкодженням порожнистих органів.
7. Хірургічний інструментарій спеціального призначення.

Ситуаційні задачі

7. Хворого оперують з приводу перфоративної виразки шлунку. Під час ревізії черевної порожнини перфораційний отвір не знайдений. У правому боковому каналі вміст шлунку. Тактика хірурга ?

8. Хворому з проникним пораненням черевної порожнини проведена середня серединна лапаротомія. В черевній порожнині знайдено до 300 мл кров'янистої рідини з кишковим вмістом. Враховуючи наявність кишкового вмісту, хірург почав ревізію органів нижнього поверху черевної порожнини. Послідовно виводячи в рану петлі тонкої кишки, він провів їх огляд і зашив пошкодження. Далі була проведена ревізія органів верхнього поверху черевної порожнини і зашита рана печінки П-подібними швами. Черевна порожнина дренажена і пошарово зашита. Дайте оцінку тактики хірурга.

9. У хворого на 5 день після операції з приводу флегмонозного холецистити виник біль і відчуття тиску та розпирання в ділянці правого підребер'я. Болі посилюються при глибокому вдосі. Позитивний симптом Мюсі-Георгієвського. При рентгенологічному дослідженні відмічається високе стояння правого купола діафрагми, під ним над горизонтальним рівнем рідини наявність газового пухиря. Був виставлений діагноз: піддіафрагмальний абсцес. Назвіть можливі місця локалізації гнійників і способи їх дренажування.

Практичні навички

1. Намалювати і пояснити хід очеревини в сагітальному розтині.

2. Показати на трупі:

- печінкову сумку, її стінки, вміст і сполучення;
- надпечінковий і підпечінковий простори;
- передшлункову сумку, її стінки, вміст і сполучення;
- сальникову сумку, її стінки, вміст і сполучення;
- малий сальник і його складові частини, їх вміст;
- сальниковий отвір і анатомічні утворення, що його

обмежують;

- правий і лівий бокові канали, їх стінки і протяг;
- праву і ліву брижові пазухи, межі і сполучення;
- верхнє та нижнє дванадцятипалокишкові

заглиблення;

- верхнє та нижнє клубово-сліпокишкові заглиблення;
- засліпокишкове заглиблення;
- міжсигмоподібне заглиблення.

3. Продемонструвати на трупі:

- систематичну ревізію органів черевної порожнини;
- техніку хірургічної обробки проникного поранення живота с ушкодженням порожнистого органу;

- техніку накладання кишкових швів (Жоллі, Ламбера, Шмідена, Микулича, кисетний і Z-подібний).

Література

1. *Оперативна хірургія і топографічна анатомія: Підручник / К.І.Кульчицький, М.П.Ковальський, А.П.Дітковський та ін.; За ред К.І.Кульчицького. - К.: Вища шк., 1994. - 464с.*

2. *Кульчицький К.И. Курс лекцій по топографической анатомии и оперативной хирургии. - Киев-Полтава, 1992. - 520 с.*

3. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / Г.Е.Островерхов, Д.Н.Лубоцкий, Ю.М.Бомаиш. Под ред. Г.Е.Островерхова. - М.: Медицина, 1972. - 712 с.*

4. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / В.В.Кованов, Т.И.Аникина, И.А.Сычеников и др.; Под ред. В.В.Кованова. - М.: Медицина, 1985. - 368 с.*

5. *Матюшин И.Ф. Общие принципы абдоминальной хирургии. - Горький, 1976. - 55 с.*

6. *И. Литтманн Оперативная хирургия. - Будапешт: Изд-во акад. наук Венгрии, 1982. - 1175 с.*

7. *Бурьх М.П. Основы технологии хирургических операций. - Харьков, РА и ООО "Знание", 1998. - 480 с.*

Практичне заняття № 22

Тема. Хірургічна анатомія органів верхнього поверху черевної порожнини і оперативні втручання на них.

Актуальність теми: захворювання і травматичні пошкодження органів верхнього поверху черевної порожнини часто зустрічаються в практичній діяльності лікаря і потребують глибоких знань хірургічної анатомії органів і техніки типових оперативних втручань на них.

Мета заняття

1. Вивчити хірургічну анатомію печінки, жовчного міхура, жовчних протоків, дванадцятипалої кишки, підшлункової залози і селезінки.

2. Засвоїти техніку холецистостомії, холецистектомії, холедохотомії, холедоходуоденостомії, папілосфінктеротомії і трансдуоденальної папілосфінктероластики.

3. Обґрунтувати оперативні доступи до підшлункової залози.

4. Засвоїти техніку спленектомії.

5. Навчитися робити розтин і дренивання піддіафрагмального абсцесу позаплевральним трансторакальним доступом за Мельниковим.

6. Засвоїти техніку зупинки кровотечі з печінки.

7. Провести мобілізацію дванадцятипалої кишки за Кохером.

Контрольні запитання

1. Хірургічна анатомія печінки. Пошкодження печінки. Шви печінки.

2. Хірургічна анатомія жовчного міхура і жовчних протоків. Роль сфінктерів у розподілі і регулюванні відтоку жовчі.

3. Холецистостомія, холецистектомія, холедохотомія, холедоходуоденостомія, папілосфінктеротомія і трансдуоденальна папілосфінктероластика. Показання. Техніка виконання.

4. Хірургічна анатомія дванадцятипалої кишки. Мобілізація дванадцятипалої кишки за Кохером. Показання. Техніка виконання.

5. Хірургічна анатомія ворітної вени. Методи оперативного лікування порталної гіпертензії.

6. Хірургічна анатомія підшлункової залози. Доступи до підшлункової залози.

7. Хірургічна анатомія селезінки. Спленектомія. Показання. Техніка операції.

8. Хірургічний інструментарій спеціального призначення.

Ситуаційні задачі

10. При холецистектомії центральний кінець міхурової артерії високзнув із зажиму. Виникла сильна кровотеча. Якою повинна бути тактика хірурга ?

11. Хворому похилого віку з гострим холециститом, що ускладнився емпіємою жовчного міхура, вирішено провести холецистостомію. Загальний стан хворого важкий. Як попередити інфікування черевної порожнини вмістом жовчного міхура ?

12. Після серединної лапаротомії під час ревізії органів черевної порожнини знайдений розрив діафрагмальної поверхні правої частки печінки розміром 10x4x2 см. Тактика хірурга, враховуючи тяжкий загальний стан хворого.

Практичні навички

1. Показати на трупі:

- підпечінковий і правий піддіафрагмальний простори і анатомічні утворення, що їх обмежують;

- зв'язки печінки і їх вміст;

- загальну і власну печінкові артерії і їх гілки;

- прийом (спосіб) Барона для тимчасової зупинки кровотечі з печінки;

- ворітну вену і її формування;

- жовчний міхур і його складові частини;

- жовчноміхурову артерію і сторони трикутника Кало;

- позапечінкові жовчні протоки і їх формування;

- частини загальної жовчної протоки;

- частини дванадцятипалої кишки і їх синтопію;

- підшлункову залозу і її взаємовідносини з органами і анатомічними утвореннями;

- доступи до підшлункової залози;

- зв'язки селезінки і їх вміст;

- органи, що прилягають до вісцеральної поверхні селезінки;

- гілки черевного стовбура.

2. Виконати на трупі:

- холецистостомію;

-холецистектомію;

- холедохотомію;

- холедоходуоденостомію;

- трансдуоденальну папілосфінктеротомію;

- трансдуоденальну папілосфінктероластику;

- спленектомію.

3. Мобілізувати дванадцятипалу кишку за Кохером.

4. Здійснити трансторакальний позаплевральний доступ за Мельниковим до піддіафрагмального абсцесу.

Література

1. *Оперативна хірургія і топографічна анатомія: Підручник /К.І.Кульчицький, М.П.Ковальський, А.П.Дітковський та ін.; За ред К.І.Кульчицького. - К.: Вища шк., 1994. - 464с.*

2. *Кульчицкий К.И. Курс лекций по топографической анатомии и оперативной хирургии. - Киев-Полтава, 1992. - 520 с.*

3. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / Г.Е.Островерхов, Д.Н.Лубоцкий, Ю.М.Бомаиш. Под ред. Г.Е.Островерхова. - М.: Медицина, 1972. - 712 с.*

4. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / В.В.Кованов, Т.И.Аникина, И.А.Сычеников и др.; Под ред. В.В.Кованова. - М.: Медицина, 1985. - 368 с.*

5. *Атлас операций на печени, желчных путях, поджелудочной железе и кишечнике. А.А. Шалимов, А.П. Радзиховский, В.Н. Полупан. - М.: Медицина, 1979. - 368 с.*

6. *Матюшин И.Ф. Практическое руководство по оперативной хирургии. - Горький, Волго-Вятское кн. из-во, 1979. - 320 с.*

7. *Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. Из-во Казанского ун-та, 1984. - 288 с.*

8. *Смирнов Е.В. Ошибки, опасности и осложнения при операциях на желчных путях. - Л.: Медицина, 1976. - 152 с.*

9. *Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. В.Н.Войленко, А.И.Меделян, В.М. Омельченко. - М.: Медицина, 1965. - 606 с.*

10. *Романенко А.Е. Закрытые повреждения живота. - К.: Здоров'я, 1985. - 208 с.*

Практичне заняття № 23

Тема. Хірургічна анатомія тонкої кишки. Резекція тонкої кишки.

Актуальність теми: знання анатомо-фізіологічних особливостей тонкої кишки, оволодіння технічними прийомами резекції тонкої кишки з накладанням ентероентероанастомозів дозволить хірургу видалити патологічне вогнище і відновити безперервність шлунково-кишкового тракту при лікуванні кишкової непрохідності, защемлених гриж і травм тонкої кишки.

Мета заняття

1. Вивчити хірургічну анатомію тонкої кишки.
2. Оволодіти прийомами проведення ревізії органів нижнього поверху черевної порожнини.
3. Навчитися ушивати рану тонкої кишки.
4. Оволодіти технічними прийомами резекції тонкої кишки з накладанням ентероентероанастомозу бік у бік і кінець у кінець.

Контрольні запитання

1. Хірургічна анатомія тонкої кишки.
2. Хірургічна анатомія кореня брижи тонкої кишки.
3. Хірургічна анатомія верхньої брижової артерії.
4. Ушивання рани тонкої кишки. Показання. Техніка виконання.
5. Резекція тонкої кишки. Види міжкишкових анастомозів. Показання. Техніка виконання. Інструментарій.

Ситуаційні задачі

13. Ушиваючи повздовжню рану тонкої кишки, хірург наклав повздовж ряд серо-серозних швів. Чи правильно зробив хірург ?

14. Після тривалого хірургічного втручання з приводу пухлини в хворого з'явилися сильні болі в ділянці епігастрія, нудота і блювання. Був виставлений попередній діагноз: гостре порушення мезентеріального кровообігу. Зроблена лапаротомія. Під час ревізії відмічена блідість кишкових петель, ослаблення пульсації брижових судин. Кінцевий діагноз: тромбоз верхньої брижової артерії. Зазначте можливу локалізацію тромбоемболії, спираючись на знання хірургічної

анатомії верхньої брижової артерії і причини місцевого тромбоутворення. Яке лікування гострого порушення мезентеріального кровообігу ?

15. Хворий К. 34 років, поступив у лікарню зі скаргами на різкі болі в животі, нудоту, блювання. За дві години до поступлення отримав удар у праве підребер'я. Стан хворого тяжкий. Шкіра і видимі слизові бліді. Пульс 116 за хв. ритмічний, задовільного напруження і наповнення. АТ 150/75 мм рт.ст. Живіт втягнутий. Черевна стінка не приймає участі в акті дихання. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. Діагностований розрив порожнистого органу. Під час операції в черевній порожнині виявлені біля 200 мл каламутної жовчі, заочеревинна гематома жовтого кольору та дрібні пухирці газу під очеревиною в правому боковому каналі.

Поставте кінцевий діагноз. Визначте оперативне лікування даного хворого.

Практичні навички

1. Показати на трупі:
 - відділи тонкої кишки;
 - корінь брижи тонкої кишки;
 - дванадцятипало-порожній згин;
 - верхню брижову артерію, її частини і гілки.
2. Знайти початковий відділ порожньої кишки методом Губарева;
3. Провести ревізію тонкої кишки.
4. Ушити рану тонкої кишки.
5. Виконати на трупі резекцію тонкої кишки з накладанням ентероентероанастомозу кінець у кінець і бік у бік.

Література

1. *Оперативна хірургія і топографічна анатомія: Підручник / К.І.Кульчицький, М.П.Ковальський, А.П.Дітковський та ін.; За ред К.І.Кульчицького. - К.: Вища шк., 1994. - 464с.*
2. *Кульчицький К.И. Курс лекцій по топографической анатомии и оперативной хирургии. - Киев-Полтава, 1992. - 520 с.*
3. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / Г.Е.Острроверхов, Д.Н.Лубоцкий, Ю.М.Бомаи. Под ред. Г.Е.Острроверхова. - М.: Медицина, 1972. - 712 с.*
4. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / В.В.Кованов, Т.И.Аникина, И.А.Сычеников и др.; Под ред. В.В.Кованова. - М.: Медицина, 1985. - 368 с.*

5. Войленко В.Н., Меделян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. Под ред. Г.Е.Островерхова. - М.: Медицина, 1965. - 606 с.

6. Матюшин И.Ф. Практическое руководство по оперативной хирургии. - Горький, Волго-Вятское кн. из-во, 1979. - 320 с.

Практичне заняття № 24

Тема. Хірургічна анатомія товстої кишки і червоподібного відростка. Апендектомія. Накладання протиприродного відхідника.

Актуальність теми: гострий апендицит, хвороба Гіршспрунга, виразковий коліт, дивертикули, поліпи, злоякісні пухлини і пошкодження товстої кишки є поширеною патологією, яка вимагає хірургічного втручання. Діагностика і лікування цих захворювань потребує від лікаря чітких знань особливостей будови і топографії товстої кишки і червоподібного відростка.

Мета заняття

1. Вивчити хірургічну анатомію товстої кишки і червоподібного відростка.
2. Оволодіти технікою виконання апендектомії.
3. Засвоїти техніку накладання протиприродного відхідника.

Контрольні запитання

1. Хірургічна анатомія товстої кишки.
2. Хірургічна анатомія сліпої кишки і червоподібного відростка.
3. Оперативні доступи до червоподібного відростка.
4. Апендектомія. Показання. Техніка операції.
5. Накладання протиприродного відхідника. Показання. Техніка виконання.

Ситуаційні задачі

16. При виконанні апендектомії з розрізу Мак-Бернея-Волковича-Д'яконова сліпа кишка не виводиться в операційну рану. Знайдено місце відходження відростка від стінки сліпої кишки. Червоподібний відросток розміщений ретроцекально, замуруваний в злуки, досягти його верхівки чи вивести в рану не вдається. Тактика хірурга.

17. Під час апендектомії хірург не зміг знайти червоподібний відросток у черевній порожнині. Якою повинна бути тактика хірурга ?

18. Під час обстеження хворого з діагнозом гострий апендицит при пальпації живота знайдена болюча пухлина в правій пахвинній ділянці. Температура тіла 38°C. Найвні симптоми подразнення очеревини, напруження м'язів черевної стінки. В крові лейкоцитоз, прискорення ШОЕ. При пальцевому обстеженні прямої кишки відмічається вип'ячування і болючість її передньої стінки, а також флюктуація. Діагноз ? Лікувальна тактика ?

Практичні навички

1. Показати на трупі:

- відділи товстої кишки;
- відмінності будови товстої і тонкої кишки;
- місця розташування сфінктерів товстої кишки;
- правий і лівий бокові канали;
- клубово-сліпокишковий відділ;
- верхнє та нижнє клубово-сліпокишкові заглиблення;
- засліпокишкове заглиблення;
- міжсигмоподібне заглиблення;
- проекцію основи червоподібного відростка (точка Ланца, Мак-Бернея);
- верхню і нижню брижові артерії і їх гілки;
- критичні точки в кровопостачанні товстої кишки (Гриффіта, Зудека).

2. Зробити косий перемінний розріз Мак-Бернея-Волковича-Д'яконова і продемонструвати техніку етапів апендектомії.

3. Продемонструвати техніку накладання протиприродного відхідника.

Література

1. *Оперативна хірургія і топографічна анатомія: Підручник / К.І.Кульчицький, М.П.Ковальський, А.П.Дітковський та ін.; За ред К.І.Кульчицького. - К.: Вища шк., 1994. - 464с.*

2. *Кульчицький К.И. Курс лекцій по топографической анатомии и оперативной хирургии. - Киев-Полтава, 1992. - 520 с.*

3. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / Г.Е.Островерхов, Д.Н.Лубоцкий, Ю.М.Бомаи. Под ред. Г.Е.Островерхова. - М.: Медицина, 1972. - 712 с.*

4. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / В.В.Кованов, Т.И.Аникина, И.А.Сычеников и др.; Под ред. В.В.Кованова. - М.: Медицина, 1985. - 368 с.*

5. Войленко В.Н., Медеян А.И., Омельченко В.М. Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. Под ред. Г.Е.Островерхова. - М.: Медицина, 1965. - 606 с.

6. Матюшин И.Ф. Практическое руководство по оперативной хирургии. - Горький, Волго-Вятское кн. из-во, 1979. - 320 с.

7. Лопухин Ю.М., Молоденков М.Н. Практикум по оперативной хирургии. - М.: Медицина, 1968. - 271 с.

Практичне заняття № 25

Тема. Хірургічна анатомія шлунка. Гастростомія. Гастроентеростомія. Резекція шлунка. Ваготомія і пілоропластика. Ушивання перфоративної виразки шлунка.

Актуальність теми: детальне вивчення топографо-анатомічних особливостей будови шлунка, оволодіння технікою резекції шлунка, гастроентеростомії, ваготомії і пілоропластики суттєво відбивається на результатах лікування виразкової хвороби шлунка і дванадцятипалої кишки, шлунково-кишкових кровотеч, ускладнень виразкової хвороби.

Мета заняття

1. Вивчити хірургічну анатомію шлунка.
2. Засвоїти техніку гастротомії.
3. Оволодіти технікою накладання трубчастої і губовидної фістули.
4. Навчитися накладати гастроентероанастомоз за Вельфлером, Гаккером-Петерсеном і Ру.
5. Навчитися виконувати основні етапи резекції шлунка за Більтрот I і Більтрот II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера.
6. Навчитися виконувати стовбурову, селективну і селективну проксимальну ваготомію.
7. Оволодіти технікою пілоропластики за Гейнеке-Мікулічем і Фіннеєм.
8. Навчитися накладати гастродуоденоанастомоз за Жабуле.
9. Оволодіти технікою ушивання перфоративної виразки шлунка.

Контрольні запитання

1. Хірургічна анатомія шлунка.
2. Схема лімфовідтоку за А.В.Мельниковим.
3. Показання і техніка накладання трубчастих і губовидних фістул шлунка.

4. Гастроентероанастомози. Види. Техніка виконання.
5. Анатомо-фізіологічне обґрунтування і способи резекції шлунка. Основні етапи резекції шлунка за Більрот I і Більрот II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера.
6. Ваготомія. Види. Показання. Техніка виконання.
7. Пілоропластика. Методи. Техніка виконання.
8. Способи ушивання перфоративних виразок шлунка.
9. Хірургічний інструментарій спеціального призначення.

Ситуаційні задачі

19. Під час лапаротомії з приводу тяжкої шлункової кровотечі хірург не знайшов виразки. Тактика хірурга.

20. До хірурга звернувся хворий зі скаргами на болі в епігастральній ділянці після прийому їжі, часте блювання, в блювотинні домішки жовчі. П'ять років тому оперований з приводу виразкової хвороби шлунка. Була виконана резекція шлунка за Більрот II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера. В останній час лікувався амбулаторно, але полегшення не було. При рентгенологічному обстеженні відмічається тривала затримка контрастної речовини в привідній петлі. При ендоскопії виявлена жовч в оперованому шлунку, ерозивний гастрит.

Поставте діагноз і призначте лікування.

21. Під час операції з приводу перфоративної виразки дванадцятипалої кишки знайдений отвір діаметром 0,5 см з запаленням навколо нього до 2-2,5 см. Через отвір виділяється жовч. З моменту перфорації пройшло 2,5 годин. Ваш досвід в шлунковій хірургії невеликий. Ваша тактика ?

Практичні навички

1. Показати на трупі:

- частини шлунка;
- зв'язки шлунка і їх вміст;
- лівий і правий блукаючі нерви;
- нерв Латарже.

2. Виконати на трупі:

- гастротомію;
- трубчасту гастростомію за Вітцелем;
- трубчасту гастростомію за Штаммом-Сенном-Кадером;
- губовидну гастростомію за Топровером;
- губовидну гастростомію за Беком-Жіаном;
- гастроентеростомію за Вельфлером;

- гастроентеростомію за Гаккером-Петерсеном;
 - резекцію шлунка за Більрот I;
 - резекцію шлунка за Більрот II у модифікації Гофмейстера-Фінстерера;
 - резекцію шлунка за Ру;
 - стовбурову ваготомію;
 - селективну ваготомію;
 - селективну проксимальну ваготомію за Кузином;
 - пілоропластику за Гейнеке-Мікулічем;
 - пілоропластику за Фіннеєм;
 - гастродуоденоанастомоз за Жабуле.
3. Ушити перфоративну виразку шлунка.

Література

1. *Оперативна хірургія і топографічна анатомія: Підручник / К.І.Кульчицький, М.П.Ковальський, А.П.Дітковський та ін.; За ред К.І.Кульчицького. - К.: Вища шк., 1994. - 464с.*
2. *Кульчицький К.И. Курс лекцій по топографической анатомии и оперативной хирургии. - Киев-Полтава, 1992. - 520 с.*
3. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / Г.Е.Острроверхов, Д.Н.Лубоцкий, Ю.М.Бомаш. Под ред. Г.Е.Острроверхова. - М.: Медицина, 1972. - 712 с.*
4. *Оперативная хирургия и топографическая анатомия: Учебник / В.В.Кованов, Т.И.Аникина, И.А.Сычеников и др.; Под ред. В.В.Кованова. - М.: Медицина, 1985. - 368 с.*
5. *Атлас операций на брюшной стенке и органах брюшной полости. В.Н.Войленко, А.И.Меделян, В.М.Омельченко. под ред. проф. Г.Е.Острроверхова. - М.: Медицина, 1965. - 606 с.*
6. *Маят В.С., Панцырев Ю.М., Квашиин Ю.К. и др. Резекция желудка и гастрэктомия. - М.: Медицина, 1975. - 367 с.*
7. *Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. Изд-во Казанского ун-та, 1984. - 288 с.*
8. *Ваготомия при прободных и пилороденальных язвах / Белый И.С., Вахтангишвили Р.Ш. - К.: Здоров'я, 1984. - 160 с.*
9. *Матюшин И.Ф. Практическое руководство по оперативной хирургии. - Горький, Волго-Вятское кн. из-во, 1979. - 320 с.*
10. *Атлас операций на пищеводe, желудке и двенадцатиперстной кишке. /Шалимов А.А., Полупан В.Н. - М.: Медицина, 1975. - 304 с.*
11. *И. Литтманн Оперативная хирургия. - Будапешт: Изд-во акад. наук Венгрии, 1982. - 1175 с.*

Практичне заняття № 26

Тема. Апендектомія (операція на кролях).

Актуальність теми: серед захворювань органів черевної порожнини, що вимагають негайного оперативного

втручання, найбільш часто зустрічається гострий апендицит. Тому лікар мусить знати топографо-анатомічні особливості будови червоподібного відростка і сліпої кишки, володіти технікою апендектомії.

Мета заняття

1. Засвоїти техніку і тактику підготовки тварин до експериментальної операції.
2. Навчитися виконувати лапаротомію.
3. Провести ревізію черевної порожнини і відшукати червоподібний відросток.
4. Оволодіти технікою виконання апендектомії.

Порядок проведення заняття

З числа студентів призначається хірург, асистент, операційна медсестра і анестезист. Хірургічна бригада проводить підготовку рук до операції за одним із способів, одягає стерильні халати і хірургічні рукавички.

Тим часом анестезист вводить кролю внутрішньоплеврально 10% розчин тіопенталу натрія (0,5 мл на 1 кг маси). Після засинання кроля укладають на операційний стіл і фіксують. Зголюють шерсть у ділянці операційного поля.

Одночасно операційна сестра готує столик з інструментами.

Коли настає глибокий сон, хірург обробляє операційне поле за Гроссіхом-Філончиковим і разом з асистентом обкладає його стерильними простирадлами, фіксуючи їх в кутах цапками.

Черевну порожнину розтинають середнім серединним розрізом. Очеревину ізолюють марлевими серветками. Проводять ревізію черевної порожнини. Знаходять сліпу кишку з червоподібним відростком і виводять їх у рану. Звертають увагу на те, що червоподібний відросток у кролів має свої особливості. Він по своїй будові близький до такого у людини, але в функціональному відношенні відрізняється.

Від апендикулярної артерії, яка йде уздовж брижового краю відростка, послідовно відходять прямі сегментарні гілки, які вступають у стінку органа перпендикулярно до його осі. В проміжках між ними тягнуться паравазальні стовбури. Від другого напівкола ці ж артерії до сусідньої кишкової петлі йдуть 10-12 тонких гілок, які приймають участь у її кровопостачанні. Хірург проводить мобілізацію відростка, перев'язує прямі сегментарні гілки, які вступають у стінку

червоподібного відростка, і судини, які йдуть до сусідньої кишкової петлі. Особливо обережно перев'язують апендикулярну артерію. Кролі дуже чутливі до крововтрати, тому треба бути обережним і не травмувати судину. Після мобілізації на основу червоподібного відростка накладають шовкову лігатуру, вище якої відросток пересікають. Куксу обробляють 5% розчином йоду. Проводять контроль на гемостаз і пошарово зашивають червну стінку.

Література

1. *Оперативна хірургія і топографічна анатомія: Підручник / К.І.Кульчицький, М.П.Ковальський, А.П.Дітковський та ін.; За ред К.І.Кульчицького. - К.: Вища шк., 1994. - 464с.*
2. *Лопухин Ю.М., Молоденков М.Н. Практикум по оперативній хірургії. - М.: Медицина, 1968. - 271 с.*
3. *Стенди: "Загальний інструментарій", "Інструментарій для операцій на черевній порожнині".*

Практичне заняття № 27

Тема. Підсумкове заняття по модулю "Топографічна анатомія і оперативна хірургія живота" (Методика проведення аналогічна заняттю №7).

Питання до підсумкового заняття

1. Межі живота. Поділ на ділянки. Проекція органів черевної порожнини на передньобочкову стінку живота.
2. Хірургічна анатомія передньобочкової стінки живота.
3. Анатомо-фізіологічне обґрунтування серединних, парамедіанних, транс- і параректальних, косих, поперечних і комбінованих розрізів.
4. Принципи оперативного лікування і способи пластики гризових воріт при пупкових грижах і грижах білої лінії живота.
5. Топографічна анатомія пахвинної ділянки.
6. Хірургічна анатомія пахвинних гриж.
7. Способи оперативного втручання при пахвинній грижі.
8. Особливості хірургічного лікування защемлених гриж.
9. Анатомо-фізіологічні властивості очеревини. Хірургічна анатомія сумок, пазух, каналів і заглиблень черевної порожнини.
10. Методика ревізії органів черевної порожнини.

11. Кишкові шви. Вимоги і техніка накладання.
12. Хірургічна обробка проникних поранень живота з ушкодженням органів черевної порожнини.
13. Хірургічна анатомія печінки, жовчного міхура і жовчних протоків.
14. Холецистостомія, холецистектомія, холедохотомія, холедоходуоденостомія, папілосфінктеротомія і трансдуоденальна папілосфінктеропластика. Показання. Техніка виконання.
15. Хірургічна анатомія дванадцятипалої кишки. Мобілізація дванадцятипалої кишки за Кохером. Показання. Техніка виконання.
16. Хірургічна анатомія ворітної вени. Методи оперативного лікування портальної гіпертензії.
17. Хірургічна анатомія підшлункової залози. Доступи до підшлункової залози.
18. Хірургічна анатомія селезінки. Спленектомія. Показання. Техніка операції.
19. Хірургічна анатомія тонкої кишки.
20. Резекція тонкої кишки. Показання. Техніка виконання.
21. Хірургічна анатомія товстої кишки.
22. Апендектомія. Показання. Техніка операції.
23. Накладання протиприродного відхідника. Показання. Техніка виконання.
24. Хірургічна анатомія шлунка.
25. Показання і техніка накладання трубчастих і губовидних фістул шлунка.
26. Гастроентероанастомози. Види. Техніка виконання.
27. Резекція шлунка за Більрот I і Більрот II в модифікації Гофмейстера-Фінстерера. Показання. Техніка виконання.
28. Ваготомія. Види. Показання. Техніка виконання.
29. Пілороластика. Методи. Техніка виконання.
30. Способи ушивання перфоративних виразок шлунка.

ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ ДО СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ

1. Під час виконання нижньої серединної лапаротомії біла лінія живота дуже тонка і її неможливо поділити наполовину. Тому поздовжньо розсікають передню стінку піхви прямого м'яза живота справа від серединної лінії, прямий м'яз відводять гачком у бік, розсікають поперечну фасцію і парієтальну очеревину. Перед закриттям черевної порожнини передню стінку піхви прямого м'яза живота розсікають зліва від серединної лінії. Черевну порожнину ушивають безперервним швом, захоплюючи поперечну фасцію і парієтальну очеревину з одного боку і очеревину, білу лінію живота і поперечну фасцію з другого боку. Обидва прямі м'язи живота зшивають вузловими швами. Після цього такими ж швами зшивають передню стінку піхви прямого м'яза живота. Для міцності утворюють дублікатуру з листків передньої стінки піхви прямого м'яза живота.

2. Під час виконання верхньої серединної лапаротомії в напрямку від мечеподібного відростка до пупка розсікають шкіру і підшкірну клітковину. По лінії шкірного розтину розсікають білу лінію живота. Передочеревинну клітковину захоплюють разом з очеревиною двома анатомічними пінцетами, підводять догори і перевіряють чи не захоплена разом з очеревиною стінка органа (кишка, шлунок). Після цього скальпелем або ножицями складка передочеревинної клітковини і очеревини розрізається. В утворений отвір вводять два пальця і по них під контролем зору ножицями очеревина разом з передочеревинною клітковиною розсікається вгору і вниз до країв шкірного розрізу. Очеревину під час розсічення захоплюють затискачами Мікуліча і фіксують до стерильного простирадла. При цьому порожнина очеревини обмежується від підшкірної клітковини і шкіри. Цим підшкірна клітковина захищається від інфікування.

3. Пластику пупкового кільця за Мейо виконують утворенням поперечної апоневротичної дублікатури. Від краю гризових воріт поперечно розсікають передню стінку піхви до внутрішнього краю прямого м'яза. Нижній клапоть апоневроза підшивають П-подібними швами до верхнього. Для цього, відступивши від краю на 1,5 см, прошивають ззовні всередину верхній клапоть. Цією ж капроною ниткою прошивають нижній клапоть на 0,5 см від його краю ззовні всередину і зсередини назовні в поперечному напрямку і знову прошивають верхній клапоть зсередини назовні. Накладають

від 3 до 6 швів. Під час зав'язування швів нижній клапоть зміщується під верхній. Вільний край верхнього клаптя фіксують окремими вузловими швами до нижнього.

4. Під час оперативного лікування защемлених гриж треба враховувати, що защемлення може бути пристінковим і ретроградним. У даному випадку було ретроградне защемлення, при якому защемлена петля тонкої кишки знаходилась не в грижовому мішку, а в черевній порожнині. В цьому випадку необхідно було розсікти защемлююче кільце, вивести в рану з черевної порожнини петлю кишки, яка знаходилась вище рівня странгуляційної борозни, і оглянути її.

5. В даному випадку проведена пластика за Ліхтенштейном. Після ліквідації грижового мішка поліпропіленову сітку моделюють за розмірами задньої стінки пахвинного каналу. Сітку фіксують синтетичним шовним матеріалом до окістя лобкової кістки, внутрішнього косоного та поперечного м'язів живота і до пахвинної зв'язки. В "вікно" сітки вкладають сім'яний канатик і за ним краї сітки зшивають. Апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота зшивають безперервним швом поліпропіленовою ниткою.

Перевага пластики пахвинного каналу "без натягу" за Ліхтенштейном з використанням сітчатого ендопротезу полягає в простоті методики і більшій надійності укріплення задньої стінки пахвинного каналу.

6. При флегмоні грижового мішка проводять серединну лапаротомію. Кінці защемленої кишки прошивають танталовими скріпками зшиваючим апаратом у межах здорових тканин. Кукси занурюють у просвіт кишки кисетними швами. Між проксимальним і дистальним відділами кишки накладають ентероентероанастомоз бік у бік. Потім виконують оперативне втручання в ділянці грижового мішка. Видаляють грижовий мішок разом з защемленими органами. Рану дрениують. Пластику грижових воріт проводять у плановому порядку.

7. Відбулася перфорація задньої стінки шлунка в сальникову сумку. Через сальниковий отвір вміст шлунка потрапив у правий боковий канал. Хірургу треба увійти в сальникову сумку через розтин шлунково-ободової зв'язки, ушити перфораційний отвір задньої стінки шлунка дворядним серозно-м'язовим вузловим швом, провести дренивання черевної порожнини.

8. При проникних пораненнях обстежують усі органи черевної порожнини. Перша і головна задача хірурга - ліквідувати кровотечу. Після лапаротомії починають ревізію

органів черевної порожнини. Принцип ревізії полягає в огляді органів від чистого до брудного, від менш брудного до більш брудного. Ревізію розпочинають з верхнього поверху, тому що при пораненнях порожнистих органів він завжди буде менш інфікованим в порівнянні з нижнім поверхом черевної порожнини. Спочатку оглядають печінкову сумку, потім передшлункову, а далі після розтину шлунково-ободової зв'язки проникають у сальникову сумку. Якщо в верхньому поверсі не виявлено пошкодження, оглядають органи нижнього поверху. Для знаходження ділянки пошкодження тонкого кишечника ревізію слід виконувати в певній послідовності, від його початку до місця переходу в товсту кишку. Для знаходження початку тонкої кишки користуються прийомом Губарева - лівою рукою хірург піднімає великий сальник разом з поперечною ободовою кишкою і відводить їх вгору. Права рука спускається уздовж кореня брижі поперечної ободової кишки до хребтового стовпа і ковзає по лівій поверхні поперекових хребців вниз до першої петлі, яка потрапила під пальці. При цьому захоплюється петля кишки - початок тонкої кишки, фіксований зв'язкою Трейтца. Далі проводять огляд усіх петель тонкої і всіх відділів товстої кишки від сліпої до прямої.

9. Печінка поділяє піддіафрагмальний простір на дві частини: надпечінковий і підпечінковий. Серпоподібна зв'язка ділить надпечінковий простір на праву та ліву частки. Передній листок вінцевої зв'язки печінки розділяє правосторонній надпечінковий простір на два - передній - внутрішньоочеревинний і задній - позаочеревинний. Тут можуть виникати гнійники - передньо-верхній і задньо-верхній, які називаються піддіафрагмальними абсцесами. Вони виникають при пошкодженнях або захворюваннях внутрішніх органів. При розвитку гнійника в задньо-верхньому позаочеревинному просторі листок очеревини поступово відшаровується від нижньої поверхні купола діафрагми, утворюючи скопичення гною між листками вінцевої зв'язки, діафрагмою і заднім краєм печінки. Зліва є лише один надпечінковий простір внаслідок того, що листки лівої вінцевої зв'язки близько прилягають один до одного. Справа між нижньою поверхнею печінки, передньою поверхнею правої нирки, правим згином ободової кишки і (зліва) круглою зв'язкою печінки знаходиться правий підпечінковий простір - місце локалізації гнійників при перфорації жовчного міхура, місце накопичення жовчі і крові в післяопераційному періоді. Абсцес треба розтинати

позаочеревинно і позаплеврально, щоб попередити виникнення розлитого перитоніту або емпієми плеври. Для розтину і дренивання правобічного задньо-верхнього позаочеревинного піддіафрагмального абсцесу найчастіше використовують позаплевральний трансторакальний доступ за Мельниковим. Для розтину правобічного надпечінкового передньо-верхнього внутрішньоочеревинного абсцесу використовують доступ Клермона. Під правою реберною дугою паралельно до неї проводять розріз від латерального краю прямого м'яза живота до пахової лінії. Пересікають усі шари черевної стінки до очеревини. Тупо відшаровують парієтальну очеревину від внутрішньої поверхні діафрагми. В ділянці флюктуації розтинають абсцес.

10. Якщо міхурова артерія відривається або висковзає з зажиму після її перетину, то центральна кукса може глибоко увійти в товщу печінково-дванадцятипалої зв'язки під печінковий проток. Найчастіше помилка полягає в тому, що хірург намагається наосліп захопити судину затискачем. Це не дає бажаних наслідків і містить небезпеку ушкодження печінкової протоки або печінкової артерії. При травмах міхурової артерії кровоточиву судину треба захоплювати затискачем тільки в тому випадку, якщо вона помітна. Треба використовувати самий тонкий затискач, який дозволить захопити лише кровоточиву судину. Якщо кровоточиву судину не видно, то ділянку тампонує і шляхом препарування знаходять артерію. Для цього необхідно виділити загальну жовчну протоку, оголити місце відходження міхурової артерії від правої печінкової. Якщо кровотеча значна і заважає операції, треба, використовуючи спосіб Барона, на короткий час (не більше 10 хв) затиснути печінково-дуоденальну зв'язку спочатку пальцями, а згодом м'яким кишковим затискачем. Для цього вказівний палець лівої руки або одну гілку затискача вводять у Винсловий отвір. Стиснення печінково-дуоденальної зв'язки приводить до негайної зупинки кровотечі.

11. Спочатку ретельно відмежовують серветками дно міхура. Серветки закладають у певному порядку: знизу вони вкривають поперечну ободову кишку та її брижу, зліва - шлунок і дванадцятипалу кишку, зверху і справа відмежовують піддіафрагмальний простір і правий боковий канал. Крім того, при незарощеному отворі Винслова туди закладають марлевий тампон, щоб закрити доступ у сальникову сумку. Після того, як міхур обклали з усіх боків, на його дно накладають кисетний шов діаметром 1,5 - 2 см. Товстою голкою проколюють міхур у центрі кисетного шва і

відсмоктують його вміст. Голку витягують. Отвір у місці проколу розширюють скальпелем або ножицями і відсмоктують аспіратором залишки рідини. Камінці видаляють корнцангом. Слизову міхура обробляють настоякою йоду. Після видалення усього вмісту створюють стому. Через отвір у дні міхура вводять катетер великого діаметру з додатковими отворами. Зав'язуючи кисетний шов, укріплюють дренажну трубку. Навколо першого накладають другий кисетний шов і зав'язують, натискаючи на дреновую трубку і ввертаючи всередину серозну оболонку жовчного міхура. Навколо трубки міхур підшивають окремими швами до очеревини, щоб зменшити небезпеку просочування вмісту міхура в черевну порожнину. Рану черевної стінки зашивають до дренажа. Дренажну трубку фіксують до шкіри. В підпечінковий простір перед закриттям черевної порожнини через окремий розріз черевної стінки вводять дренажну трубку.

12. При великих пошкодженнях діафрагмальної поверхні печінки, коли неможливо зашити рану печінки, а резекцію частки печінки не дозволяє тяжкий стан хворого, застосовують гепатопексію за Хіарі-Ніколаєвим. Операція полягає в тому, що після видалення розтрощених ділянок печінки і згустків крові, в рану вводять гемостатичну губку. Потім хірург обережно зміщує печінку в піддіафрагмальний простір, щільно притискаючи її до діафрагми. В такому положенні асистент утримує печінку, а хірург підшиває нижній її край до парієтальної очеревини П-подібними швами. Шви накладають таким чином, щоб вкол голки був з вісцеральної поверхні печінки на 1 см від нижнього краю, а вкол - на діафрагмальній поверхні також на 1 см від нижнього краю. Другим кінцем цієї ж нитки прошивають печінку так само, але вкол голки роблять уповдовж нижнього краю, відступивши на 1,5 - 2 см. Потім кінцем нитки прошивають парієтальну очеревину паралельно реберній дузі. Обидва кінця нитки обережно зав'язують. Кожний слідуючий шов накладають через 1,5-2 см (6-10 швів). Для відтоку ранових виділень з щілиноподібного простору між печінкою і діафрагмою вводять дренажну трубку через окремий розріз у правому підребер'ї, щоб попередити утворення піддіафрагмального абсцесу.

13. На рану тонкої кишки необхідно накласти дворядний шов у поперечному напрямі.

14. Для швидкого визначення тромба увесь стовбур верхньої брижової артерії поділяють на три частини:

1. - початкову (pars suprapancreatica) - 0,2 - 0,5 см;
2. - pars retropancreatica, розташовану позаду тіла підшлункової залози, довжиною 2,5 - 3 см, від якої відходять а.а. pancreaticoduodenalis inferiores;
3. - pars infrapancreatica, довжиною 12-18 см - від нижнього краю підшлункової залози до поділу на клубово-кишкові артерії.

Тромби і емболи в стовбурі верхньої брижової артерії розташовані вище відходження середньої ободової в 3,5% випадків, на рівні цієї артерії - в 32%, на рівні клубово-ободової артерії - в 58% і нижче цієї артерії тільки в 5%.

Отже, в 95% випадків оклюзія головного стовбура верхньої брижової артерії відбувається на рівні середньої ободової і клубово-ободової артерій. Це пояснюється зменшенням діаметру судини після відходження клубово-ободової артерії і вираженим атеросклеротичним процесом у цій зоні.

Тромбоутворення зумовлене трьома факторами: 1 - пошкодженням ендотелію судинної стінки; 2 - сповільненням швидкості кровотока; 3 - зміною хімічного складу крові (триада Вірхова).

Для лікування гострого порушення мезентеріального кровообігу застосовують оперативні методи лікування. Після верхньої середньої лапаротомії великий сальник і поперечну ободову кишку піднімають уверх, повздовжньо розсікають брижу поперечної ободової кишки. Під нижнім краєм підшлункової залози (вправо від дванадцятипало-порожнього згину) оголюють верхню брижову артерію і беруть на турникет її головний стовбур. Пальпаторно знаходять ембол або тромб. Затискають тимчасово еластичними затискачами гілки артерії, що відходять від магістрального стовбура. Над емболом розсікають повздовжньо стінку артерії довжиною 1 см. Ембол або тромб вилучають за допомогою течії крові або катетера. З проксимального кінця верхньої брижової артерії знімають еластичний затискач і течією крові видаляються дрібні залишки ембола. Проксимальний кінець артерії знову затискають еластичним затискачем. Просвіт судини промивають гепарином. Стінку артерії зашивають обвивним судинним швом.

15. У хворого під час лапаротомії знайдена триада Лаффіта: заочеревинна гематома, емфізема і жовто-зелені плями на очеревині, що свідчить про розрив заочеревинної частини дванадцятипалої кишки.

Мобілізують дванадцятипалу кишку за Кохером. Якщо розрив свіжий (до 12 годин), краї рани вирізають і накладають дворядний шов у поперечному до осі кишки напрямі. Дренують заочеревинний простір через поперековий розріз. Обов'язково треба провести декомпресію кишки через дуоденальний зонд.

16. В цьому випадку виконують ретроградну апендектомію. Під основу відростка підводять дві лігатури, однією відросток перев'язують біля сліпої кишки, другою - на 1 см дистальніше від першої. Між лігатурами відросток перетинають. Обидві кукси обробляють 10% розчином йоду. Проксимальну куксу занурюють у кисетний шов. Додатково на сліпу кишку накладають зет-подібний шов. Потягуючи за лігатуру на відростку, останній виділяють із злук з поетапною перев'язкою брижі.

17. В даному випадку червоподібний відросток розташований ретроперитонеально. Щоб виділити його, треба розсікти парієтальну очеревину на протязі 10 см на 1 см ззовні від сліпої та висхідної ободової кишки. Далі тупо відшаровують сліпу кишку, зрушують її всередину і оголюють червоподібний відросток. Його відділяють у основи, виділяють з позаочеревинної клітковини з одночасним лігуванням судин, що підходять до нього. Мобілізований відросток видаляють, як і при типовій апендектомії. Якщо мобілізувати відросток вище зазначеним способом не вдається, то виконують ретроградну апендектомію. Сліпу кишку занурюють у черевну порожнину. Розріз парієтальної очеревини зашивають обвивним кетгуттовим швом.

18. У хворого апендикулярний абсцес. Оперативний розтин виконують позаочеревинно доступом за Пироговим. Розріз шкіри і підшкірної клітковини довжиною 10 см виконують паралельно пупартовій зв'язці на 1-2 см вище її, відступивши донизу на 1 см від передньо-верхньої клубової ості. Апоневроз зовнішнього косоного м'яза живота розрізають за ходом волокон. Тупо браншами затискача розшаровують волокна внутрішнього косоного і поперечного м'язів живота по крилу клубової кістки. Далі відшаровують пристінкову очеревину і підходять до найбільш розм'якшеної ділянки інфільтрату. Останній пунктують і при отриманні гною розсікають поперечну фасцію і парієтальну очеревину. Порожнину абсцесу звільняють від вмісту і промивають антисептиком. Потім проводять ревзію. При наявності некротизованого червоподібного відростка, його видаляють. У

порожнину абсцесу вводять дренаж. Операційну рану зашивають до дренажа.

19. Треба думати про синдром Маллорі-Вейсса, при якому шлункова кровотеча обумовлена розривом слизової оболонки кардіальної частини шлунка. Треба зробити гастротомію, захити розрив слизового та підслизового шарів, перев'язати ліву шлункову артерію. Часто операцію поєднують з ваготомією та пілоропластиком.

20. У хворого хвороба оперованого шлунка, синдром привідної петлі, рефлюкс-гастрит.

Синдром привідної петлі розвивається після резекції шлунка за методом Бильрот II внаслідок попадання їжі з кукси шлунка в привідну петлю, в котрій виникає застій вмісту. Внаслідок неповного скорочення привідної петлі утворюється застій жовчі і панкреатичного соку. При скороченні привідної петлі в куксу шлунка виникає рефлюкс-гастрит, що є причиною блювання з домішками жовчі. Жовчні кислоти та панкреатичний сік подразнюють слизову оболонку шлунка, спричиняють ерозивний гастрит, виразку та рак кукси шлунка.

Для ліквідації застою вмісту в привідній петлі та відведення дуоденального вмісту від оперованого шлунка необхідна реконструктивна операція. З цією метою можна накласти гастросюнальний анастомоз за Ру.

21. Рекомендується відсікти ромбоподібної форми ділянку передньої стінки 12-палої кишки розміром 2,5x2,5 см з виразкою в центрі. Провести гемостаз. Натягом двох швів-утримувачів дефекту стінки надати форму поперечного розтину. Отвір ушити двома рядами вузлових швів: перший ряд через усі шари стінки, другий - серозно-серозний. Провести ПСВ.

**КОМП'ЮТЕРНІ ЗАПИТАННЯ ТА ВІДПОВІДІ ЗА
МОДУЛЕМ
"ОХТА ЖИВОТА"**

1 Границы паховой области:

Линия, соединяющая
передневерхние подвздошные
ости обеих подвздошных
костей

Латеральный край прямой мышцы
живота

Пупартова связка

#Верхний край лонного сращения

Белая линия живота

2 Какие формы пахового
промежутка вы знаете?

Шелевидный

Овальный

Треугольный

#Круглый

3 От чего зависит форма пахового
промежутка?

От высоты стояния внутренней
косой мышцы живота

От высоты стояния поперечной
мышцы живота

От узкой нижней части прямой
мышцы живота

#От высоты стояния наружной
косой мышцы живота

4 Назовите артерии, которые
проходят в паховой области.

A.epigastrica superficialis

A.circumflexa ilium superficialis

A.a.pudendae externae

A.epigastrica inferior

#A.epigastrica superior

A.circumflexa ilium profunda

A.a.intercostales

A.a.lumbales

5 Чем укреплена задняя стенка
пахового канала?

Паховым серпом

Межямковой связкой

#Lamina Thomsoni

Связкой Коллиса

Lig. pectineale

6 Что является воротами для косой
паховой грыжи?

Fossa inguinalis lateralis

#Fossa inguinalis medialis

Fossa supravesicalis

Fossa femoralis

Anulus umbilicalis

7 Что является воротами для
прямой паховой грыжи?

Fossa inguinalis medialis

#Fossa inguinalis lateralis

Fossa supravesicalis

Fossa femoralis

Anulus umbilicalis

8 Что является воротами для
пупочной грыжи?

Anulus umbilicalis

#Белая линия живота

Fossa inguinalis lateralis

Fossa inguinalis medialis

9 Укажите особенности строения
грыжевого мешка при
скользящей паховой грыже:

Часть грыжевого мешка является
стенкой мезоперитонеально

расположенного органа

#Наличие processus vaginalis
peritonei

10 Чем образован грыжевой
мешок при врожденной
паховой грыже?

Processus vaginalis peritonei

#Fascia spermatica interna

Fascia spermatica externa

Fascia cremasterica

M.cremaster

11 В каком направлении
рассекают грыжевые ворота
(кольцо ущемления) при косой
паховой грыже?

Вверх и латерально

#Вверх и медиально

Вниз

12 В каком направлении
рассекают грыжевые ворота
(кольцо ущемления) при прямой
паховой грыже?

Вверх и медиально

#Вверх и латерально

Вниз

13 Назовите источники
иннервации переднебоковой
стенки живота:

Нижние 6 межреберных нервов
N.ilioinguinalis
N.iliohipogastricus
#N.genitofemoralis
N.obturatorius

14 Назовите вены, которые образуют кава-кавальные и порто-кавальные анастомозы на передней брюшной стенке:

V.epigastrica superficialis
V.v.paraumbilicales
V.epigastrica superior
V.epigastrica inferior
V.thoracoepigastrica
#V.v.lumbales
V.v.intercostales
V.circumflexa ilium superficialis

15 На основании каких данных топографической анатомии можно объяснить появление болей в области брюшной стенки (в животе) у больных с пневмонией?

N.n.intercostales прилежат к париетальной плевре
N.n.intercostales иннервируют плевру
N.n.intercostales иннервируют париетальную брюшину
N.n.intercostales иннервируют мышцы живота
#N.phrenicus иннервирует плевру
N.phrenicus иннервирует брюшину

16 Назовите основные виды вертикальных лапаротомных доступов:

Срединный
Парамедианный
Трансректальный
Параректальный
#Разрез Федорова
Разрез Рио-Бранко
Разрез Кохера
Разрез Черни

17 Медиальная граница пахового промежутка:

Латеральный край влагалища прямой мышцы живота
#Межямковая связка
Пупартова связка

Нижний край внутренней косой мышцы живота

18 Латеральная граница пахового промежутка:

Пупартова связка
#Паховый серп
Нижний край внутренней косой мышцы живота
Латеральный край влагалища прямой мышцы живота

19 Верхняя граница пахового промежутка:

Нижний край внутренней косой мышцы живота
Нижний край поперечной мышцы живота
#Паховый серп
Пупартова связка
Межямковая связка

20 Нижняя граница пахового промежутка:

Пупартова связка
#Жимбернатова связка
Связка Купера
Межямковая связка
Паховый серп

21 Передняя стенка пахового канала в норме:

Апоневроз наружной косой мышцы живота
Волокна внутренней косой мышцы живота
#Пупартова связка
Наружная косая мышца живота

22 Верхняя стенка пахового канала:

Нижний край внутренней косой мышцы живота
Нижний край поперечной мышцы живота
#Апоневроз наружной косой мышцы живота
Пупартова связка
Паховый серп

23 Нижняя стенка пахового канала:

Пупартова связка
#Связка Купера

Нижний край внутренней косой
мышцы живота
Нижний край поперечной мышцы
живота
Поперечная фасция

24 Задняя стенка пахового канала:
Поперечная фасция
Апоневротические волокна
внутренней косой и
поперечной мышцы живота
#Поперечная мышца живота
Апоневроз наружной косой
мышцы живота
Внутренняя косая мышца живота
Брюшина

25 Слабые места передней
брюшной стенки по средней
линии:
Пупочное кольцо
Белая линия живота
#Спигелиева линия
Паховый канал
Ромб Лесгафта-Гринфельта

26 Слабые места передней
брюшной стенки бокового
отдела живота:
Спигелиева линия
Паховый канал
#Запирательный канал
Ромб Лесгафта-Гринфельта
Треугольник Пти

27 Назовите органы, доступы к
которым осуществляют в
правой подвздошной области:
Слепая кишка
Червеобразный отросток
Мочеточник
#Сигмовидная кишка
Прямая кишка
Мочевой пузырь

28 Назовите органы, доступы к
которым осуществляют в левой
подвздошной области:
Сигмовидная кишка
Мочеточник
#Слепая кишка
Червеобразный отросток
Селезенка

29 Какие образования
расположены в клетчатке
между внутренней косой и
поперечной мышцами живота?
N.n.intercostales
N.subcostalis
N.iliohypogastricus
N.ilioinguinalis
A.a.intercostales posteriores
A.a.lumbales
R.ascendens a.circumflexa ilium
profunda
#A.epigastrica superior

30 Грозит ли расстройством
функции пересечение прямой
мышцы поперек?
Нет
#Да

31 Грозит ли расстройством
функции прямой мышцы
парамедиальный разрез?
Нет
#Да

32 Грозит ли расстройством
функции прямой мышцы
параректальный разрез?
Да
#Нет

33 Нарушается ли функция
прямой мышцы живота при
пересечении межреберных
нервов в области
позвоночника?
Нет
#Да

34 Через какие отверстия в
паховом канале проходит
прямая паховая грыжа?
Поверхностное паховое кольцо
#Глубокое паховое кольцо

35 Укажите отношение грыжевого
мешка к семенному канатику
при косой врожденной паховой
грыже:
Расположен внутри fascia
spermatICA interna
Окружен элементами семенного
канатика

#Расположен вне fascia spermatica interna

Кнутри от семенного канатика

36 Укажите отношение грыжевого мешка к семенному канатику при прямой паховой грыже:

Расположен вне fascia spermatica interna

Кнутри от семенного канатика

#Расположен внутри fascia spermatica interna

Кнаружи от семенного канатика

37 При косой паховой грыже a.epigastrica inferior расположена:

Кнутри от грыжевого мешка

#Кнаружи от грыжевого мешка

38 При прямой паховой грыже a.epigastrica inferior расположена:

Кнаружи от грыжевого мешка

#Кнутри от грыжевого мешка

39 Какая стенка пахового канала ослаблена при косой паховой грыже?

Задняя

Передняя

#Верхняя

Нижняя

40 Какие слои покрывают грыжевой мешок при косой паховой грыже?

Кожа

Подкожная клетчатка

Поверхностная фасция

Fascia cremasterica

M.cremaster

Fascia spermatica interna

Предбрюшинная клетчатка

#Апоневроз наружной косой мышцы живота

Внутренняя косая мышца живота

41 Какие слои покрывают грыжевой мешок при прямой паховой грыже?

Кожа

Подкожная клетчатка

Поверхностная фасция

Поперечная фасция

Предбрюшинная клетчатка

#Fascia cremasterica

M.cremaster

Fascia spermatica interna

Апоневроз наружной косой мышцы живота

42 Что подшивают к паховой связке по способу Жирара-Спасокукоцкого?

Апоневроз наружной косой мышцы живота

Внутреннюю косую мышцу

Поперечную мышцу

#Влагалище прямой мышцы живота

Поперечную фасцию

43 Апоневроз какой мышцы используют для создания дубликатуры по способу Мартынова?

Наружной косой

#Внутренней косой

Поперечной мышцы живота

44 Какие ткани подшивают к паховой связке по способу Бассини?

Внутреннюю косую мышцу живота

Поперечную мышцу живота

Поперечную фасцию

Край прямой мышцы живота

#Апоневроз наружной косой мышцы живота

45 С какой стороны от семенного канатика подшивают мышцы к паховой связке по способу Бассини?

Сзади

#Спереди

Сверху

Снизу

46 С какой стороны от семенного канатика подшивают мышцы к паховой связке по способу Жирара-Спасокукоцкого?

Спереди

#Сзади

Сверху

Снизу

47 Укажите способы, укрепляющие только переднюю стенку пахового канала:

Жирара
Спасокукоцкого
Мартынова
#Бассини
Кукуджанова
Постемпского

48 Укажите способы, укрепляющие только заднюю стенку пахового канала:

Бассини
Постемпского
#Жирара
Спасокукоцкого
Мартынова
Кукуджанова

49 Укажите способы, укрепляющие переднюю и заднюю стенки пахового канала:

Кукуджанова
#Бассини
Жирара
Постемпского
Спасокукоцкого
Мартынова

50 Чем образована передняя стенка влагалища прямой мышцы живота выше пупка?
Апоневрозом наружной косой мышцы живота

Поверхностным листком апоневроза внутренней косой мышцы живота
#Глубоким листком апоневроза внутренней косой мышцы живота
Апоневрозом поперечной мышцы живота
Всеми тремя апоневрозами широких мышц живота

51 Чем образована задняя стенка влагалища прямой мышцы живота выше пупка?

Глубоким листком апоневроза внутренней косой мышцы живота
Апоневрозом поперечной мышцы живота

#Всеми тремя апоневрозами широких мышц живота
Поверхностным листком апоневроза внутренней косой мышцы
Апоневрозом наружной косой мышцы

52 Чем образована передняя стенка влагалища прямой мышцы живота ниже пупка?

Всеми тремя апоневрозами широких мышц живота
#Апоневрозом наружной косой мышцы живота
Поверхностным листком апоневроза внутренней косой мышцы живота
Апоневрозом поперечной мышцы
Глубоким листком апоневроза внутренней косой мышцы живота

53 Чем образована задняя стенка влагалища прямой мышцы живота ниже пупка?

Поперечной фасцией
#Всеми тремя апоневрозами широких мышц живота
Апоневрозом поперечной мышцы живота
Глубоким листком апоневроза внутренней косой мышцы живота
Апоневрозом наружной косой мышцы живота

54 Назовите авторов основных способов операций при пупочных грыжах:

Лексер
Мейо
Сапезжко
#Жирар
Спасокукоцкий
Бассини
Постемпский

55 Назовите авторов основных способов операций при паховых грыжах:

Жирар
Спасокукоцкий
Мартынов
Бассини

Кукуджанов
Постемпский
#Мейо
Сапезко

56 Назовите авторов основных способов операций при грыжах белой линии живота:

Сапезко
Напалков
#Лексер
Жирар
Спасокукоцкий

57 Какой разрез проводят при пластике пупочных грыж по способу Сапезко?

Вертикальный
#Полулуный
Два полулуных, окаймляющих пупок
Поперечный

58 С какой стороны от пупка делают разрез при срединной лапаротомии?

Слева
#Справа

59 Ход какой связки и сосуда учитывается при срединной лапаротомии?

Lig.teres hepatis
V.umbilicalis
#Lig.falciforme
Lig.coronarum
V.thoracoepigastrica
V.epigastrica superficialis
V.epigastrica superior

60 Из каких слоев состоит пупок?

Кожа
Рубцовая ткань, остаток пупочного канатика
Поперечная фасция
Брюшина
#Подкожная клетчатка
Поверхностная фасция
Апоневрозы трех широких мышц живота

61 Что подходит у эмбриона к пупочному кольцу сверху?

Пупочная вена
#Пупочная артерия

Urachus
Аранциев проток

62 Что подходит у эмбриона к пупочному кольцу снизу?

Пупочные артерии
Urachus
#Пупочная вена
Аранциев проток
Lig.teres hepatis

63 Какие сосуды проходят во влагалище прямой мышцы живота?

A. et v.epigastrica superior
A. et v.epigastrica inferior
A.a.intercostales
#A.a.lumbales
A.circumflexa ilium profunda

64 Чем ограничено поверхностное паховое кольцо с медиальной стороны и сверху?

Crus mediale
#Crus laterale
Lig.reflexum
Fibrae intercruralis
Falx inguinalis

65 Чем ограничено поверхностное паховое кольцо с латеральной стороны и снизу?

Crus laterale
#Crus mediale
Lig.reflexum
Fibrae intercruralis
Falx inguinalis

66 Чем ограничено поверхностное паховое кольцо латерально и сверху?

Fibrae intercruralis
#Crus laterale
Crus mediale
Falx inguinalis
Lig.reflexum

67 Чем ограничено поверхностное паховое кольцо снизу и сзади?

Lig.reflexum
#Crus mediale
Crus laterale
Lig.lacunare
Lig.pectineale

68 Чем укреплен медиальный участок задней стенки пахового канала?

Falx inguinalis
#Lig.interfoveolare
Lig.lacunare
Lig.pectineale
Lig.reflexum

69 Чем укреплена задняя стенка пахового канала между медиальной и латеральной паховыми ямками?

Связкой Гессельбаха
#Связкой Генле
Связкой Купера
Жимбернатовой связкой
Связкой Коллиса

70 Какие связки образуют малый сальник?

Lig.hepatoduodenale
Lig.hepatogastricum
#Lig.gastrolienale
Lig.gastrocolicum

71 Какая особенность брюшины позволяет провести перитонеальный диализ?

Резорбтивная
#Барьерная
Секреторная

72 Какой листок брюшины преимущественно продуцирует серозную жидкость?

Висцеральный
#Париетальный

73 В каком этаже брюшной полости всасывание жидкости интенсивнее?

В верхнем
#В нижнем

74 Назовите связки, образующиеся при переходе брюшины с диафрагмы на диафрагмальную поверхность печени в сагитальном направлении:

Lig.falciforme
#Lig.coronarum
Lig.triangularis
Lig.teres hepatis

75 Назовите связки, образующиеся при переходе брюшины с диафрагмы на диафрагмальную поверхность печени во фронтальном направлении.

Lig.coronarum
#Lig.triangularis
Lig.falciformis
Lig.teres hepatis

76 Как называется начало большого сальника?

Lig.gastrocolicum
#Lig.hepatogastricum
Lig.gastrophrenicum
Lig.gastrolienale
Lig.hepatoduodenale

77 Как называется продолжение большого сальника вверх и влево?

Lig.gastrolienale
#Lig.gastrophrenicum
Lig.gastrocolicum
Lig.phrenicocolicum
Lig.gastropancreaticum

78 С помощью каких образований верхний этаж брюшной полости сообщается с нижним?

Spacium preepiploicum
Правый боковой канал
Левый боковой канал
#Foramen epiploicum
Foramen gastropancreaticum

79 Что отделяет преджелудочную сумку от левого бокового канала?

Lig.phrenicocolicum
#Lig.gastrophrenicum
Lig.gastrolienale
Lig.gastrocolicum
Lig.falciformis

80 Какие анатомические образования являются ориентиром для определения начального отдела тонкой кишки?

Связка Трейтца
#Lig.phrenicocolicum
Pars ascendens duodenum

Recessus duodenalis superior
Recessus duodenalis inferior

81 Чем образована передняя стенка сальникового отверстия?

Lig.hepatoduodenale
#Lig.hepatorenale
Lig.duodenorenale
Lig.hepatogastricum
Lig.gastrocolicum

82 Чем образована задняя стенка сальникового отверстия?

Lig.hepatorenale
#Lig.hepatoduodenale
Lig.duodenorenale
Lig.hepatogastricum
Lig.gastrocolicum

83 Чем образована верхняя стенка сальникового отверстия?

Хвостатой долей печени
#Квадратной долей печени
Диафрагмой
Lig.hepatoduodenale
Lig.duodenorenale

84 Чем образована нижняя стенка сальникового отверстия?

Lig.duodenorenale
Верхний край pars superior duodenum
#Lig.hepatorenale
Lig.gastrocolicum
Lig.hepatoduodenale

85 Какие полости соединяет сальниковое отверстие?

Bursa hepatica
Bursa omentalis
#Bursa praegastrica
Saccus caecus lienis

86 Назовите оперативные доступы к поджелудочной железе, когда брюшная полость уже вскрыта:

Через lig.gastrocolicum
Через mesocolon transversum
Через малый сальник
#Через lig.hepatoduodenale
Через lig.hepatorenale

87 Как временно остановить кровотечение из печени?

Прижать lig.hepatoduodenale
#Прижать lig.hepatogastricum
Прижать lig.teres hepatis
Прижать a.hepatica propria
Прижать v.portae

88 Какие швы накладывают для окончательной остановки кровотечения из печени?

Кузнецова-Пенского
П-образный
#Ламбера
Шмидена
Мультиановского
Матешука

89 Назовите переднюю стенку сальниковой сумки:

Задняя поверхность желудка
Малый сальник
Lig.gastrocolicum
#Передняя стенка живота
Lig.hepatogastricum
Lig.gastrolienale

90 Назовите заднюю стенку сальниковой сумки:

Париетальная брюшина
#Малый сальник
Lig.gastrocolicum
Диафрагма
Хвостатая доля печени

91 Назовите верхнюю стенку сальниковой сумки:

Хвостатая доля печени
Диафрагма
#Квадратная доля печени
Париетальная брюшина
Задняя поверхность желудка

92 Назовите нижнюю стенку сальниковой сумки:

Colon transversum
Mesocolon transversum
#Lig.gastrocolicum
Lig.gastrolienale
Lig.phrenicocolicum

93 Какие органы прилежат к задней стенке сальниковой сумки?

Поджелудочная железа
Нижняя полая вена
Аорта

Левая почка
Левый надпочечник
#Селезенка
12-перстная кишка
Левая доля печени

94 В каком отделе полости брюшины при рентгенологическом обследовании можно обнаружить газ при прободной язве 12-перстной кишки?

В правом поддиафрагмальном пространстве

#В левом поддиафрагмальном пространстве

В правом подпеченочном пространстве

В bursa praegastrica

В bursa omentalis

95 В каком отделе полости брюшины можно обнаружить при рентгенологическом обследовании газ при прободной язве желудка?

В левом поддиафрагмальном пространстве

#В правом поддиафрагмальном пространстве

В левом подпеченочном пространстве

В bursa praegastrica

В bursa hepatica

96 Назовите связки печени:

Lig.falciforme

Lig.teres hepatis

Lig.coronarium

Lig.triangulare

Lig.hepatoduodenale

Lig.hepatogastricum

#Lig.phrenicocolicum

Lig.gastrolienale

97 Какие анатомические образования проходят в составе печеночно-12-перстной связки?

A.hepatica

Ductus choledochus

V.portae

#V.cava inferior

Truncus coeliacus

A.gastrica sinistra

98 Укажите верхнюю границу печени по правой среднеключичной линии:

IV межреберье

#V межреберье

III межреберье

VI межреберье

99 Укажите верхнюю границу печени по левой парастеральной линии:

V межреберье

#IV межреберье

III межреберье

VI межреберье

100 Какие вены расположены в воротах печени?

Ramus dexter v.portae

Ramus sinister v.portae

#V.v.hepaticae

V.cava inferior

V.umbilicalis

101 Чем образована воротная вена?

V.mesenterica superior

V.lienalis

#V.renalis sinistra

V.umbilicalis

V.gastrica dextra et sinistra

102 Назовите источники кровоснабжения печени:

A.hepatica propria

V.portae

#A.hepatica communis

Truncus coeliacus

V.umbilicalis

103 Укажите верхнюю границу безбрюшинного участка печени:

IX межреберье

#VIII межреберье

X межреберье

Нижний край XII ребра

Нижний край XI ребра

104 Укажите медиальную границу безбрюшинного участка печени:

Lin.paravertebralis

#Lin.mediana posterior

Lin.scapularis
Lin.axillaris media

105 Укажите нижнюю границу
безбрюшинного участка
печени:

Нижний край XI ребра
#Нижний край X ребра
Нижний край XII ребра
Нижний край VIII ребра

106 Куда вводят иглу при пункции
поддиафрагмального абсцесса?

Под XI ребро
#Под X ребро
Под XII ребро
Под VIII ребро

107 Какие анатомические
ориентиры используются при
определении проекции дна
желчного пузыря?

Наружный край прямой мышцы
живота
Реберная дуга
Линия, соединяющая пупок с
верхушкой правой
подмышечной впадины
#Внутренний край прямой мышцы
живота
Мечевидный отросток

108 Назовите отделы общего
желчного протока.

Pars supraduodenalis
Pars retroduodenalis
Pars pancreatica
Pars intramuralis
#Pars suprapancreatica
Pars infrapancreatica

109 На каком уровне нижний
край печени пересекает
правую реберную дугу?

IX-X ребра
#VII ребра
VIII ребра
X ребра

110 На каком уровне нижний
край печени пересекает левую
реберную дугу?

VII ребра
#VI ребра
VIII ребра

IX-X ребра

111 Ветви правого
диафрагмального нерва идут к
печени по ходу:

V.cava inferior
#Пищевода
Аорты
A.musculophrenica

112 Что прилежит к верхней части
12-перстной кишки сверху?

Квадратная доля печени
Желчный пузырь
#Хвостатая доля печени
Диафрагма
Передняя брюшная стенка

113 Что прилежит к верхней части
12-перстной кишки снизу?

Головка поджелудочной железы
#Ductus choledochus
V.portae
Желчный пузырь

114 Что прилежит к верхней части
12-перстной кишки сзади?

Ductus choledochus
V.portae
A.gastroduodenalis
A.pancreaticoduodenalis superior
#V.cava inferior
Головка поджелудочной железы
Правая почка

115 Почему при опухолях головки
поджелудочной железы
возникает обтурационная
желтуха?

Сдавливается pars pancreaticus
ductus choledochus
#В результате гемолиза
эритроцитов
Спазм сфинктера Одди
Сдавливается pars retroduodenalis
общего желчного протока
Сдавливается pars intramuralis
общего желчного протока

116 Назовите структуру системы
внепеченочных желчных путей:

Ductus hepaticus dexter
Ductus hepaticus sinister
Ductus hepaticus communis
Ductus cysticus

Ductus choledochus
#Ductus pancreaticus
Вирзунгов проток
Санториньев проток

117 Чем образован треугольник Кало?

Ductus hepaticus communis
Ductus cysticus
A.cystica
#Ductus choledochus
Ductus hepaticus dexter
A.hepatica propria

118 Какой сфинктер расположен под местом слияния печеночных протоков?

Мирици
#Люткенса
Бойдена
Одди

119 Какой сфинктер расположен в шейке желчного пузыря?

Люткенса
#Мирици
Бойдена
Одди

120 Какой сфинктер расположен вокруг преампулярной части общего желчного протока?

Бойдена
#Люткенса
Мирици
Одди

121 Какой сфинктер расположен в стенке печеночно-поджелудочной ампулы?

Одди
#Мирици
Люткенса
Бойдена

122 Нижняя поверхность желчного пузыря прилежит к:

Поперечно-ободочной кишке
Pars superior duodenum
Pars descendens duodenum
Flexura coli dextra
Пилорической части желудка
#Pars horisontalis duodenum
Правой почке
Правому надпочечнику

123 Куда открываются протоки поджелудочной железы?

Pars descendens duodenum
#Pars superior duodenum
Pars horisontalis duodenum
Pars ascendens duodenum

124 Назовите начальный отдел 12-перстной кишки:

Pars superior
#Pars descendens
Pars horisontalis
Pars ascendens

125 Назовите заднюю стенку преджелудочной сумки:

Малый сальник
Передняя поверхность желудка
#Lig. hepatogastricum
Диафрагма
Задняя поверхность желудка

126 Какие органы расположены в преджелудочной сумке?

Левая доля печени
Передняя поверхность желудка
Селезенка
#Левая почка
Левый надпочечник
Поджелудочная железа

127 Чем ограничено ложе селезенки слева и сзади?

Lig.phrenicolienale
#Lig.gastrolienale
Lig.phrenicocolicum
Lig.gastrocolicum

128 Чем ограничено ложе селезенки сверху?

Lig.gastrolienale
Диафрагмой
#Lig.phrenicolienale
Lig.phrenicocolicum

129 Чем ограничено ложе селезенки снизу?

Lig.phrenicocolicum
#Lig.phrenicolienale
Lig.gastrolienale
Lig.gastrophrenicum

130 Что расположено в
сальниковой сумке позади
хвостатой доли печени?
Recessus superior omentalis
#Recessus inferior
Recessus lienalis
Saccus caecus lienis

131 Что расположено в переднем
отделе правой сагиттальной
борозды печени?
Желчный пузырь
#Нижняя полая вена
Lig.teres hepatis
Аранциев проток

132 Что расположено в заднем
отделе правой сагиттальной
борозды печени?
Нижняя полая вена
#Желчный пузырь
Lig.teres hepatis
Воротная вена

133 Что расположено в переднем
отделе левой сагиттальной
борозды печени?
Lig.teres hepatis
#Нижняя полая вена
Желчный пузырь
Заросший ductus venosus Arantii

134 Что проходит в медиальной
части печеночно-почечной
связки?
Нижняя полая вена
#Воротная вена
Ductus choledochus
A.pancreaticoduodenalis superior

135 Что расположено между
листками венечной связки
печени?
Внебрюшинное
поддиафрагмальное
пространство
#Нижняя полая вена
V.v.hepaticae
Воротная вена

136 Какие сосуды прилежат к
верхнему краю поджелудочной
железы?
A.lienalis
A.hepatica communis

Truncus coeliacus
#A.mesenterica superior
Аорта
V.lienalis
A.renalis sinistra

137 Какие сосуды прилежат к
нижнему краю поджелудочной
железы?
A.mesenterica superior
V.mesenterica superior
V.mesenterica inferior
#V.lienalis
A.lienalis
A.renalis sinistra

138 Какие сосуды прилежат к
задней поверхности тела
поджелудочной железы?
Аорта
V.lienalis
A. et v.renalis sinistra
A.mesenterica superior
V.cava inferior
#V.portae
A.lienalis

139 Что прилежит к нисходящей
части 12-перстной кишки
сзади?
Правая почка
Vasa renalia
Мочеточник
#V.portae
V.cava inferior
Ductus choledochus

140 Что прилежит к нисходящей
части 12-перстной кишки
медиально?
V.cava inferior
Ductus choledochus
Головка поджелудочной железы
#V.portae
Правая почка
Colon transversum

141 Что проходит латерально от
нисходящей части 12-перстной
кишки?
Восходящая ободочная кишка
#V.cava inferior
V.portae
Ductus choledochus
Мочеточник

142 Что расположено спереди от нисходящей части 12-перстной кишки?

Colon transversum
Mesocolon transversum
#Восходящая ободочная кишка
V.portae
V.cava inferior
Правая почка

143 На каком уровне расположена pars superior duodenum?

I поясничный позвонок
#XII грудной позвонок
II поясничный позвонок
III поясничный позвонок

144 На каком уровне расположена pars horizontalis duodenum?

III поясничный позвонок
#II поясничный позвонок
I поясничный позвонок
XII грудной позвонок

145 Какие анатомические образования проходят позади горизонтальной и восходящей частей 12-перстной кишки?

Правый мочеточник
Vasa testicularia (ovarica)
V.cava inferior
Аорта
#A.mesenterica superior
V.mesenterica superior
A.et v.colica dextra

146 Какие анатомические образования проходят спереди от горизонтальной части 12-перстной кишки?

V.mesenterica superior
A.mesenterica superior
A.et v.colica dextra
#Colon transversum
V.portae
Правый мочеточник
Vasa testicularis (ovarica)

147 Какие требования предъявляются к кишечному шву?

Механически прочный
Герметичный

Не должен суживать просвет кишки

Обеспечивает хорошую адаптацию одноименных слоев

Гемостатичный

#Должен быть непрерывным

Должен быть двухрядным

Должен быть сквозным

148 На каких особенностях брюшины базируется применение серозно-серозного шва?

Плотное соприкосновение

Быстрое склеивание

#Резорбтивные свойства

Барьерная функция

149 Какими свойствами обладает брюшина?

Барьерная функция

Секретирует серозную жидкость

Резорбирует жидкость и взвеси

#Участвует в кроветворении

150 Как покрыта брюшиной верхняя часть 12-перстной кишки?

Мезоперитонеально

#Интраперитонеально

Экстраперитонеально

151 Как покрыта брюшиной "луковица" 12-перстной кишки?

Интраперитонеально

#Мезоперитонеально

Экстраперитонеально

152 Как покрыта брюшиной нисходящая часть 12-перстной кишки?

Экстраперитонеально

#Мезоперитонеально

Интраперитонеально

153 Как покрыта брюшиной горизонтальная часть 12-перстной кишки?

Экстраперитонеально

#Мезоперитонеально

Интраперитонеально

154 Как покрыта брюшиной восходящая часть 12-перстной кишки?

Мезоперитонеально
#Экстраперитонеально
Интраперитонеально

155 Перечислите признаки, какие отличают толстую кишку от тонкой:

Большой диаметр
Серо-голубой цвет
Taeniae coli
Haustra coli
Appendices epiploicae
#По месту расположения
Наличие брыжейки
Брюшинный покров

156 Назовите источники кровоснабжения толстой кишки:

A.ileocolica
A.colica dextra
A.colica media
A.colica sinistra
A.a.sigmoideae
A.rectalis superior
#A.a.jejunales
A.a.ileales
Truncus coeliacus

157 Какие технические приемы при выполнении операции наложения противоестественного заднего прохода предупреждают возможность инфицирования слоев брюшной стенки?

Фиксация париетальной брюшины к коже
Фиксация "шпоры" к париетальной брюшине
Край разреза кишки фиксируют к коже
#Формирование "шпоры"
Фиксация "шпоры" к коже

158 Какие анатомические особенности кровоснабжения кишечника позволяют использовать его для пластических операций?

Наличие параллельного сосуда
#Артериальные дуги (аркады)

Прямые сосуды
Обильное кровоснабжение

159 Назовите этапы операции резекции кишки, когда брюшная полость уже вскрыта:

Мобилизация кишки
Резекция кишки
Образование энтероэнтероанастомоза
Закрытие дефекта в брыжейке
Проверка проходимости анастомоза
#Гастропексия
Фиксация анастомоза к париетальной брюшине

160 Какие швы накладывают на передние губы анастомоза при выполнении соустья "бок в бок"?

Шов Шмидена
Швы Ламбера
#Непрерывный обвивной
Узловые швы

161 Какие швы накладывают на задние губы анастомоза при выполнении соустья "бок в бок"?

Непрерывный обвивной
Швы Ламбера
#Непрерывный вворачивающий
Шов Шмидена
Шов Прибрама

162 Соединение каких слоев стенки кишки обеспечивает герметизм при зашивании раны?

Серозной оболочки
#Мышечной
Слизистой
Подслизистой

163 Соединение каких слоев стенки кишки обеспечивает прочность шва при зашивании раны?

Подслизистой оболочки
#Серозной
Мышечной
Слизистой

164 Какой шов обладает хорошими гемостатическими свойствами?

Непрерывный сквозной
Узловой
Серозно-мышечный
Шов Ламбера

165 Корень брыжейки тонкой кишки занимает промежуток:

От II поясничного позвонка до правого крестцово-подвздошного сочленения
От II поясничного позвонка к лонному сращению
От II поясничного позвонка до пограничной линии
От II поясничного позвонка до илео-цекального угла

166 Что пересекает на своем пути слева направо корень брыжейки тонкой кишки?

Аорту
Нижнюю полую вену
A. et v. testiculares (ovarica)
Правый мочеточник
Воротную вену
Правую почку
Почечные сосуды

167 Где расположена точка Ланца?

На границе правой и средней трети линии, соединяющей верхние передние подвздошные ости
На границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок с верхней передней подвздошной остью
В точке пересечения реберной дуги с наружным краем прямой мышцы живота

168 Где расположена точка Мак-Бернея?

На границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок с верхней передней подвздошной остью
На границе правой и средней трети линии, соединяющей верхние передние подвздошные ости

В точке пересечения реберной дуги с наружным краем прямой мышцы живота

169 Какие слои хирург рассекает скальпелем при выполнении аппендэктомии?

Кожу
Подкожную клетчатку
Поверхностную фасцию
Собственную фасцию
Апоневроз наружной косой мышцы живота
Внутреннюю косую мышцу живота
Поперечную мышцу живота

170 Какие слои разъединяет хирург тупо при выполнении аппендэктомии?

Внутреннюю косую мышцу живота
Поперечную мышцу живота
Подкожную клетчатку
Апоневроз наружной косой мышцы живота
Брюшину

171 Назовите основные этапы классической ортоградной аппендэктомии:

Мобилизация отростка
Наложение кисетного шва
Отсечение отростка
Погружение культи в кишку
Перевязка аппендикулярной артерии
Мобилизация слепой кишки

172 Чем отличается слепая кишка от сигмовидной кишки?

Нет брыжеечки
Отсутствуют жировые отростки
Наличие мышечных лент
Наличие характерных вздутий

173 Назовите отделы желудка:

Pars cardiaca
Дно
Тело
Antrum
Canalis piloricus
Pars superior
Pars horizontalis

174 Назовите поверхностные
связки желудка:

Lig.hepatogastricum
Lig.gastrophrenicum
Lig.gastrolienale
Lig.gastrocolicum
#Lig.gastropancreaticum
Lig.pyloropancreaticum

175 Назовите глубокие связки
желудка:

Lig.gastropancreaticum
Lig.pyloropancreaticum
#Lig.gastrolienale
Lig.gastrocolicum
Lig.gastrophrenicum

176 Назовите артерии, которые
принимают участие в
кроснабжении желудка по
малой кривизне:

A.gastrica dextra
A.gastrica sinistra
#A.gastroepiploica dextra
A.gastroepiploica sinistra
A.a.gastricae breves

177 Назовите артерии, которые
принимают участие в
кроснабжении желудка по
большой кривизне:

A.gastroepiploica dextra
A.gastroepiploica sinistra
A.a.gastricae breves
#A.gastrica dextra
A.gastrica sinistra

178 К каким органам прилежит
желудок сзади?

Поджелудочная железа
Левая почка
Левый надпочечник
#Печень
Желчный пузырь
Поперечная ободочная кишка
Диафрагма
Селезенка

179 С какими органами граничит
желудок снизу?

Поперечная ободочная кишка
Mesocolon transversum
#Левая почка
Левый надпочечник
Поджелудочная железа

Селезенка

180 Назовите наиболее
распространенные способы
гастростомии с образованием
губовидного свища:

Топровера
Бека-Жиана
#Вельфлера
По Гаккеру-Петерсену
Витцеля
Штамма-Сенна-Кадера

181 С какой целью накладывают
добавочное межкишечное
соустье по Брауну при
гастроэнтеростомии?

Устранить порочный круг
#Создать сообщение между
желудком и тощей кишкой
Устранить Демпинг-синдром

182 При каком способе
гастроэнтеростомии
накладывают межкишечное
соустье по Брауну?

Вельфлера
#Гаккера-Петерсена
Топровера
Витцеля

183 Какие анастомозы
накладывают при лечении
портальной гипертензии?

Портокавальные
Мезентерико-кавальные
Спленоренальные
#Кава-кавальные
Кава-порто-кавальные

184 Какой технический прием
предупреждает затекание
пищи в брюшную полость при
гастростомии?

Гастропексия
#Наложение кисетного шва
Фиксация желудка к задней стенке
влагилица прямой мышцы
живота
Фиксация желудка к передней
стенке влагилица прямой
мышцы живота

185 Укажите оперативный доступ к желудку при выполнении гастростомии?

Трансректальный

#Верхняя срединная лапаротомия
Парамедиальный
Параректальный

186 Какой длины петля тощей кишки при гастроэнтеростомии по Вельфлеру?

40 - 50 см

#8 - 10 см

20 - 30 см

10 - 15 см

187 Какой длины петля тощей кишки при гастроэнтеростомии по Гаккеру-Петерсену?

7 - 10 см

#40 - 50 см

20 - 30 см

10 - 15 см

188 Куда фиксируют приводящую петлю кишки при гастроэнтеростомии по Гаккеру-Петерсену?

Ближе к малой кривизне

Ближе к кардии

#Ближе к большой кривизне

Ближе к привратнику

189 Куда фиксируют отводящую петлю кишки при гастроэнтеростомии по Гаккеру-Петерсену?

Ближе к большой кривизне

#Ближе к малой кривизне

Ближе к кардии

190 Какие операции, дренирующие желудок, выполняют после ваготомии?

Пилоропластику

Гастродуоденостомию

Гастроэюностомию

#Резекцию желудка

Гастропексию

Антрумэктомию

Гастростомию

191 Пилоропластику применяют в сочетании с:

Ваготомией

#Резекцией желудка
Гастроэктомией
Гастроэнтеростомией

192 Где расположен проксимальный отдел верхней брыжеечной артерии?

Позади поджелудочной железы

#В корне брыжеейки тонкой кишки
Впереди pars horizontalis
duodenum

Позади pars horizontalis duodenum

193 Назовите способы пилоропластики:

По Гейнеке-Микуличу

По Финнею

#По Вельфлеру

По Гаккеру

По Петерсену

По Витцелю

194 В чем заключается пилоропластика по Гейнеке-Микуличу?

Продольно рассекают пилорический отдел желудка

Продольно рассекают pars superior duodenum

Края разреза сшивают в поперечном направлении непрерывным обвивным швом
Для герметичности накладывают шов Ламбера

#Края разреза сшивают швом Шмидена в продольном направлении

Желудок и 12-перстную кишку сшивают на протяжении 4-6 см

Просвет желудка и 12-перстной кишки вскрывают дугообразным разрезом
Накладывают непрерывный шов на заднюю губу

195 В чем заключается пилоропластика по Финнею?

Мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру

Передние стенки антрального отдела желудка и начальный отдел 12-перстной кишки сшивают серозно-мышечными швами на протяжении 4-6 см

Просвет желудка и 12-перстной кишки вскрывают дугообразным разрезом
Разрез проводят через привратник на pars descendens duodenum
Накладывают непрерывный шов на задние губы анастомоза
Накладывают вворачивающий скорняжный шов и швы Ламбера на передние губы анастомоза
#Продольно рассекают пилорический отдел желудка и pars superior duodenum
Края разреза сшивают в поперечном направлении непрерывным вворачивающим скорняжным швом

196 В чем заключается гастродуоденостомия по Жабуде:

Производят мобилизацию 12-перстной кишки по Кохеру
Антральный отдел желудка и нисходящую часть 12-перстной кишки сшивают на протяжении 4-5 см серозно-серозными швами

Просветы кишки и желудка вскрывают, отступя 0,5 см от серозно-серозного шва

Задние губы сшивают непрерывным обвивным швом
Передние губы сшивают вворачивающим швом Шмидена, который погружают узловыми серозно-серозными швами

#Просвет желудка и 12-перстной кишки вскрывают дугообразным разрезом
Продольно рассекают пилорический отдел желудка
Продольно рассекают pars superior duodenum

197 Назовите причину возникновения косых паховых грыж:

Наличие широкого пахового канала
Слабое заращение отростка брюшины

Переход в канал поперечной фасции ослабляет заднюю стенку

Высокое стояние внутренней косой и поперечной мышц живота
Высокое расщепление апоневроза наружной косой мышцы живота

#Растяжение тканей пахового промежутка

Слабое строение тканей задней стенки

Сужение нижней части прямой мышцы живота

198 Назовите причину возникновения прямых паховых грыж:

Разрыв или растяжение тканей пахового промежутка

Слабое строение тканей задней стенки

Сужение нижней части прямой мышцы живота

#Наличие широкого пахового канала

Слабое заращение отростка брюшины

199 В чем заключается пластика грыжевых ворот по способу Жирара?

Подшивают узловыми швами нижний край внутренней косой и поперечной мышц живота к паховой связке впереди семенного канатика

Подшивают узловыми швами верхний лоскут апоневроза к паховой связке

Нижний лоскут апоневроза фиксируют узловыми швами к верхнему

#Верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота вместе с нижним краем внутренней косой и поперечной мышцами подшивают узловыми швами к паховой связке

Узловыми швами подшивают внутреннюю косую, поперечную мышцу и поперечную фасцию к паховой

связке под семенным канатиком

200 В чем заключается пластика грыжевых ворот по способу Спасокукоцкого?

Верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота вместе с нижним краем внутренней косой и поперечной мышцами подшивают узловыми швами к паховой связке

Нижний лоскут апоневроза подшивают поверх верхнего

#Верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы подшивают к паховой связке

Узловыми швами фиксируют влагалище прямой живота к lig.lacunare и к lig.pectineale

201 В чем заключается пластика грыжевых ворот при паховых грыжах по способу Мартынова?

Верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы подшивают к паховой связке

Нижний лоскут апоневроза фиксируют к верхнему

#Нижний край внутренней косой и поперечной мышц живота подшивают узловыми швами к паховой связке впереди семенного канатика

Нижний край внутренней косой и поперечной мышц живота вместе с поперечной фасцией подшивают к паховой связке впереди семенного канатика

202 В чем заключается пластика грыжевых ворот при паховых грыжах по способу Бассини?

Узловыми швами подшивают внутреннюю косую, поперечную мышцу и поперечную фасцию к паховой связке под семенным канатиком

К паховой связке и надкостнице лонной кости подшивают край прямой мышцы вместе с ее влагалищем

Семенной канатик укладывают на созданное ложе

Поверх семенного канатика сшивают края рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота

#К паховой связке подшивают верхний лоскут апоневроза наружной косой и подлежащие мышцы

Нижний лоскут апоневроза фиксируют к верхнему поверх семенного канатика

203 В чем заключается пластика грыжевых ворот по способу Кукуджанова?

Фиксируют влагалище прямой мышцы живота к lig.lacunare и lig.pectineale

Сухожильные волокна внутренней косой и поперечной мышц живота вместе с поперечной фасцией подшивают к паховой связке

Внутреннее отверстие пахового канала укрепляют кисетным швом

Семенной канатик укладывают на вновь сформированное ложе

Поверх семенного канатика создают дубликатуру из листков рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота

#Внутреннюю косую и поперечную мышцы живота вместе с поперечной фасцией подшивают к паховой связке

Поверх семенного канатика к верхнему лоскуту апоневроза подшивают нижний

204 В чем заключается пластика грыжевых ворот при пупочных грыжах по способу Лексера?

На апоневроз вокруг пупочного кольца накладывают кисетный шов

Поверх кисетного накладывают 3-4 узловых капроновых швов на переднюю стенку влагалища прямых мышц живота

#Пупочное кольцо рассекают в поперечном направлении

Верхний лоскут влагалища прямых мышц живота фиксируют к нижнему П-образными швами

205 В чем заключается пластика грыжевых ворот при пупочных грыжах по способу Сапежко?

Разрез кожи и подкожной клетчатки производят над грыжевым выпячиванием вертикально, обойдя пупок слева

Кольцо рассекают вверх и вниз по белой линии живота

П-образными швами подшивают край рассеченного апоневроза к задней стенке влагалища прямой мышцы живота противоположной стороны

Свободный край апоневроза укладывают на переднюю стенку влагалища прямой мышцы противоположной стороны и фиксируют узловыми швами

#Проводят два полулунных разреза вокруг грыжевого выпячивания

Грыжевое кольцо рассекают в поперечном направлении

Нижний лоскут апоневроза подшивают к верхнему П-образными швами

Верхний лоскут подшивают к нижнему узловыми швами

206 В чем заключается пластика грыжевых ворот при пупочных грыжах по способу Мейо?

Проводят два полулунных разреза в поперечном направлении

Грыжевое кольцо рассекают в поперечном направлении

Нижний лоскут апоневроза подшивают к верхнему П-образными швами

Верхний лоскут фиксируют к нижнему узловыми швами

#Мягкие ткани рассекают вертикально над грыжевым выпячиванием

Кольцо рассекают вверх и вниз по белой линии живота

П-образными швами подшивают край рассеченного апоневроза

к задней стенке влагалища прямой мышцы живота противоположной стороны
Свободный лоскут апоневроза подшивают к передней стенке влагалища прямой мышцы противоположной стороны узловыми швами

207 В чем заключается пластика грыжевых ворот при грыжах белой линии живота по способу Напалкова?

Края рассеченного апоневроза сшивают по белой линии
Рассекают переднюю стенку влагалища прямой мышцы живота с двух сторон от грыжевых ворот

Узловыми швами сшивают внутренние, а затем наружные края рассеченного влагалища #П-образными швами подшивают край рассеченного апоневроза к задней стенке влагалища прямой мышцы противоположной стороны

Свободный край апоневроза укладывают на переднюю стенку влагалища прямой мышцы противоположной стороны и фиксируют узловыми швами

208 Какие органы проецируются в правую подреберную область?

Печень (правая доля)

Flexura coli dextra

Часть правой почки и правый надпочечник

Желчный пузырь

#Pars superior duodeni

Пилорический отдел желудка

Правый мочеточник

209 Какие органы проецируются в regio epigastrica?

Печень (левая доля и часть правой)

Желудок (часть тела и пилорический отдел)

Pars superior duodeni

Flexura duodenojejunalis

Поджелудочная железа

Аорта

Солнечное сплетение

#Ворота почек
Желчный пузырь

210 Какие органы проецируются в regio hypochondrica sinistra?

Желудок (cardia, дно, часть тела)
Селезенка

Хвост поджелудочной железы
Flexura coli sinistra

Часть левой почки и левый надпочечник

#Flexura duodenojejunalis

Тело поджелудочной железы

211 Какие органы проецируются в regio abdominalis lateralis dextra?

Colon ascendens

Peum

Часть правой почки

Правый мочеточник

#Colon transversum

Pars descendens duodenum

Петли jejunum

212 Что проецируются в regio umbilicalis?

Curvatura ventriculi major

Colon transversum

Omentum majus

Часть 12-перстной кишки

Ворота почек

Петли jejunum et ileum

Аорта

V. cava inferior

#Пилорический отдел желудка

213 Что проецируется в regio abdominalis lateralis sinistra?

Colon descendens

Петли jejunum

Левый мочеточник

Левая почка

#Селезенка

Хвост поджелудочной железы

214 Что проецируется в regio pubica?

Петли тонкой кишки

Мочевой пузырь (наполненный)

Часть сигмовидной кишки

Матка

Оба мочеточника

#Слепая кишка

Червеобразный отросток

215 Как называется боковая грыжа живота, выходящая через щели в апоневрозе брюшной стенки по латеральному краю прямой мышцы живота?

Грыжа спигелиевой линии

#Паховая грыжа

Бедренная грыжа

Пупочная грыжа

216 Как называется сфинктер, расположенный при переходе слепой кишки в восходящую?

Бузи

#Варолиев

Гирша

Кеннона

Пайра

217 Назовите сфинктер, расположенный между подвздошной кишкой и слепой кишкой:

Варолиев

#Бузи

Гирша

Пайра

218 Назовите сфинктер, расположенный в середине восходящей ободочной кишки:

Гирша

#Кеннона

Пайра

Балли

219 Назовите сфинктер, расположенный в области печеночного изгиба ободочной кишки:

Кеннона

#Пайра

Балли

Варолиев

220 Назовите сфинктер, расположенный на границе colon transversum и colon descendens:

Пайра

#Кеннона

Балли

Росси

221 Назовите сфинктер, расположенный при переходе нисходящей ободочной в сигмовидную:

Баали
#Пайра
Росси
Мутье

222 Назовите сфинктер, расположенный по ходу сигмовидной кишки:

Росси
#Пайра
Гирша
Мутье

223 Назовите сфинктер, расположенный при переходе сигмовидной кишки в прямую:

Мутье
#Росси
Пайра
Баали

224 В чем заключается шов Альберта?

Накладывают два вида кишечных швов
Первый ряд проводится через слой стенки кишки узлами внутрь просвета кишки
Второй ряд серо-серозный шов
#Первый ряд сквозной непрерывный вворачивающий

225 В чем заключается шов Шмидена?

Сквозной непрерывный вворачивающийся
Вкол иглы делается только со стороны слизистой оболочки
Выкол иглы на серозной поверхности
#Вкол иглы делается на одной стороне от серозной оболочки до слизистой, на другой от слизистой до серозной

226 В чем заключается шов Матешука?

Однорядный краевой
Серозно-мышечно-подслизистый

Вкол иглы производится в слизистую в 0,5см от края раны с выколом иглы на серозной оболочке

На противоположной стороне вкол производят со стороны серозной оболочки с выколом на слизистой

#Вкол иглы делается только со стороны слизистой оболочки с выколом на серозной поверхности

227 В чем заключается кишечный шов Ламбера?

Узловой однорядный серозо-серозный

Вкол и выкол производится на серозной поверхности с каждой стороны раны

#Двухрядный краевой

Внутренний ряд накладывают через все слои, от слизистой к серозной, а на другой стороне через серозную к слизистой

Наружный ряд - серозо-серозный шов

228 В чем заключается шов Мультигановского?

Непрерывный обвивной
Каждый стежок захлестывают петлей

#Однорядный краевой

Вкол иглы производится со стороны серозной оболочки, а выкол в разрезе раны на границе подслизистого и слизистого слоев на другом краю раны игла проводится в обратном порядке

229 В чем заключается пластика грыжевых ворот при паховых грыжах по способу Постемпского?

Подшивают край прямой мышцы живота к паховой связке и надкостнице лонной кости
Верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота вместе с подлежащими мышцами и поперечной фасцией фиксируют к паховой

связке под семенным канатиком

Нижний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота подшивают под семенным канатиком к верхнему

Семенной канатик укладывают на мышечно-апоневротическое ложе и над ним сшивают кожу и подкожную клетчатку

#Нижний край внутренней косой и поперечной мышц живота вместе с поперечной фасцией фиксируют к паховой связке

Семенной канатик укладывают на сформированное ложе, поверх которого создают дубликатуру из листков рассеченного апоневроза наружной косой мышцы живота

Верхний лоскут апоневроза наружной косой мышцы живота и подлежащие мышцы вместе с поперечной фасцией фиксируют к пупартовой связке; укладывают семенной канатик и подшивают спереди от семенного канатика нижний лоскут апоневроза к верхнему

230 В чем заключается мобилизация 12-перстной кишки по Кохеру?

Производят мобилизацию печеночного изгиба толстой кишки

Рассекают париетальную брюшину вдоль выпуклого края нисходящей части 12-перстной кишки от места прикрепления брыжейки поперечно-ободочной кишки до винслового отверстия

Тупо отслаивают забрюшинную клетчатку и отводят 12-перстную кишку вместе с головкой поджелудочной железы влево и вверх

#Рассекают связку Трейтца и перевязывают нижнюю брыжеечную вену

Рассекают lig. gastrocolicum и lig. pyloropancreaticum

231 Назовите этапы холецистэктомии:

Рассекают lig. hepatoduodenale и обнажают пузырный и общий желчный протоки

Пересекают и перевязывают пузырный проток между двумя зажимами

Перевязывают а. cystica у основания треугольника Кало
Субсерозно выделяют желчный пузырь и перитонизируют его ложе

#Пересекают пузырный и общий желчный протоки

Пересекают пузырный и общий печеночный протоки

Перевязывают правую ветвь печеночной артерии и а. cystica в области треугольника Кало

232 Назовите этапы холецистостомии:

На дно желчного пузыря накладывают кисетный шов

Дно пузыря пунктируют толстой иглой и удаляют содержимое

На месте прокола рассекают дно пузыря и удаляют камни и остатки содержимого

Проводят ревизию желчевыводящих путей

В полость пузыря вводят дренаж, трубку фиксируют кисетным швом

Накладывают второй кисетный шов для погружения первого шва

Нити второго кисетного шва подшивают к апоневрозу задней стенки влагалища прямой мышцы живота

Стенку пузыря подшивают к париетальной брюшине

#Дренажную трубку фиксируют в полости пузыря кисетным швом, нити которого используются для фиксации пузыря к задней стенке влагалища прямой мышцы живота и к брюшине

233 Назовите этапы трансдуоденальной папиллосфинктеропластики:

Производят мобилизацию 12-перстной кишки по Кохеру
 Производят дуоденотомию продольным разрезом pars descendens
 По желобку зонда рассекают слизистую и сфинктер папиллы в направлении 10-11 часов по циферблату и удаляют камень
 Сшивают слизистую холедоха и 12-перстной кишки по краям рассеченного сфинктера
 Ушивают дуоденальное отверстие двухрядным швом в поперечном направлении
 #Слизистую холедоха и сфинктер папиллы рассекают в направлении 1-2 часов по циферблату и удаляют камень
 Ушивают дуоденальное отверстие двухрядным швом в продольном направлении
 Сшивают слизистую холедоха и папиллу по краям рассеченного сфинктера

234 Назовите этапы холедоходуоденостомии по Юрашу-Виноградову:
 Рассекают lig. hepatoduodenale и обнажают общий желчный проток
 Рассекают супрадуоденальную часть протока продольно между держалками как можно ближе к 12-перстной кишке
 В поперечном направлении рассекают 12-перстную кишку
 Накладывают холедоходуоденоанастомоз
 Швы накладывают атрауматичной иглой, вкалывая иглу через все слои кишки снаружи внутрь, а затем проводят ее через стенку протока изнутри кнаружи
 Общий желчный проток выше анастомоза дренируют с помощью трансназального зонда
 #Рассекают супрадуоденальную часть протока поперечно
 Продольно рассекают 12-перстную кишку на длину рассеченного холедоха

235 Назовите элементы семенного канатика:

- A. testicularis, plexus testicularis, plexus pampiniformis, ductus deferens, a. ductus deferentis, plexus deferentialis, processus vaginalis peritonaei
- #A. testicularis, v. testicularis, ductus deferens, a. ductus deferentis, processus vaginalis peritonaei
- A. testicularis, plexus pampiniformis, ductus deferens, a. ductus deferentis, plexus deferentialis, processus vaginalis peritonaei, a. cremasterica
- A. testicularis, plexus testicularis, plexus pampiniformis, ductus deferens, a. ductus deferentis, plexus deferentialis, processus vaginalis peritonaei, a. cremasterica, n. ilioinguinalis, r. genitalis n. genitofemoralis

236 Какой нерв сопровождает семенной канатик, располагаясь спереди и сверху от него?

- N. ilioinguinalis
- #N. iliohypogastricus
- R. genitalis n. genitofemoralis
- R. femoralis n. genitofemoralis

237 Какой нерв сопровождает семенной канатик, располагаясь снизу и сзади от него?

- R. genitalis n. genitofemoralis
- #N. ilioinguinalis
- N. iliohypogastricus
- R. femoralis n. genitofemoralis

238 Какая артерия подходит к семенному канатику сзади?

- A. cremasterica
- #A. testicularis
- A. ductus deferens
- A. epigastrica inferior

239 Дайте характеристику синдрома Бадда - Киари:
 Развивается при болезни Киари
 В результате тромбоза печеночных вен

Проявляется сочетанием симптомов портальной гипертензии и цирроза печени
 Наблюдаются диспептические явления, асцит, увеличение печени
 #Возникает хроническое неспецифическое воспаление участка пищеварительного тракта
 Проявляется отеком, утолщением стенки кишки, изъязвлением слизистой и сужением просвета кишки
 Наблюдается в результате отсутствия ганглиев ауэрбаховского и мейсснеровского нервных сплетений
 Проявляется запорами, вздутием кишки, хронической интоксикацией

240 Назовите особенности топографии нижней надчревной артерии:

Отходит от а. iliaca externa, проходит в предбрюшинной клетчатке
 Образует plica umbilicalis lateralis, проходит позади паховой связки
 Пересекает наружный край прямой мышцы живота и входит во влагалище прямой мышцы живота
 Располагается между задней стенкой влагалища и мышцей и анастомозирует с а. epigastrica superior
 #Отходит от а. iliaca interna и проходит в подкожной клетчатке
 Образует plica umbilicalis medialis и проходит выше и параллельно паховой связки
 Проходит параллельно наружному краю прямой мышцы живота
 Располагается между передней стенкой влагалища и мышцей и анастомозирует с а. epigastrica superior

241 Когда можно повредить а. epigastrica inferior?

При разрезе Ленандера
 При расширении книзу разреза Мак-Бернея-Волковича-Дьяконова
 При неправильном рассечении ущемляющего кольца при ущемленной грыже
 При низком разрезе Пфанненштиля, если разрез выходит за пределы прямых мышц живота
 При подступе к мочеточнику при разрезе Пирогова
 #При нижней срединной лапаротомии
 При разрезе Федорова
 При разрезе по Кохеру
 При разрезе Рио-Бранко

242 Что препятствует рефлюкс - эзофагиту?

Острый угол Гиса
 Клапан Губарева
 #Тупой угол Гиса
 М. sphincter pyloricus
 Связка Трейтца
 Lig. phrenicoesophageum

243 Что служит границей между дном желудка и кардией?

Incisura cardiaca
 #Incisura angularis
 М. sphincter pyloricus
 V. praepylorica Мейо

244 Что служит границей между телом желудка и антральным отделом?

Incisura angularis
 #Incisura cardiaca
 М. sphincter pyloricus
 V. praepylorica Мейо

245 Где расположен вход в желудок?

Слева от позвоночника
 На уровне X или XI грудного позвонка

#Справа от позвоночника
 На уровне XII грудного - I поясничного позвонка

246 Где расположен выход из желудка?

Справа от позвоночника

На уровне Т XII или L I
Слева от позвоночника
На уровне X или XI грудного
позвонка

247 С чем соприкасается передняя
стенка желудка?

С левой долей печени
Диафрагмой
Передней брюшной стенкой
#Желчным пузырем
Левой почкой и надпочечником
Поджелудочной железой

248 Какая связка желудка
является продолжением lig.
gastrophrenicum влево и вниз?

Lig. gastrolienale
#Lig. gastrocolicum
Lig. gastropancreaticum
Lig. pyloropancreaticum
Lig. hepatogastricum
Lig. phrenicoesophageum

249 Дайте характеристику левой
желудочной артерии:

Начинается от чревного ствола
Проходит в составе lig.
gastropancreaticum
Проходит в составе lig.
hepatogastricum
#В области кардии делится на
восходящую и нисходящую
ветви
Начинается от a. hepatica
communis
Проходит в составе lig.
hepatoduodenale и
анастомозирует с правой
желудочной артерией

250 Назовите первый бассейн
лимфооттока от желудка по
А.В.Мельникову:

Собирает лимфу от
пилороантрального отдела
желудка со стороны большой
кривизны

Зона правой желудочно-
сальниковой артерии

#Собирает лимфу от
пилороантрального отдела
желудка по малой кривизне
Зона правой желудочной артерии
Расположен по малой кривизне

Зона левых желудочных сосудов

251 Назовите первый и второй
этапы метастазирования рака
желудка из I бассейна по
А.В.Мельникову:

В лимфоузлы lig. gastrocolicum
В лимфоузлы по нижнему краю
поджелудочной железы
#В лимфоузлы малого сальника
В узлы ворот печени
В узлы ворот селезенки

252 Назовите третий и четвертый
этап метастазирования рака
желудка из I бассейна по
Мельникову:

В лимфоузлы брыжейки тонкой
кишки
В парааортальные лимфатические
узлы
#В узлы ворот печени
В узлы ворот селезенки
В узлы малого сальника

253 Назовите II бассейн
лимфооттока от желудка по
А.В.Мельникову:

Собирает лимфу от
пилороантрального отдела
желудка по малой кривизне
Зона правой желудочной артерии
#От передней и задней стенок тела
желудка
Зона левых желудочных сосудов
От вертикальной части большой
кривизны
Зона селезеночных сосудов

254 Назовите первый и второй
этапы метастазирования рака
желудка из II бассейна по
А.В.Мельникову:

В ретропилорические лимфоузлы
В лимфоузлы малого сальника
#В лимфоузлы по верхнему краю
поджелудочной железы
В лимфатические узлы lig.
gastrocolicum
В узлы параэзофагальной
клетчатки

255 Назовите третий и четвертый
этапы метастазирования рака

желудка из II бассейна по
А.В.Мельникову:

В лимфоузлы lig. hepatoduodenale

В узлы ворот печени

#В лимфатические узлы lig.
gastrocolicum

В лимфатические узлы ворот
селезенки

В парааортальные лимфатические
узлы

256 Назовите III бассейн
лимфоотока от желудка по
А.В.Мельникову:

Собирает лимфу от тела желудка
по малой кривизне

От передней и задней стенок
желудка, кардии

Зона левых желудочных сосудов

От абдоминального отдела
пищевода

#Собирает лимфу от
пилороантрального отдела по
большой кривизне

От вертикальной части большой
кривизны

Зона селезеночных артерий

257 Назовите первый и второй
этапы метастазирования рака
желудка из III бассейна по
А.В.Мельникову:

В лимфоузлы по малой кривизне
желудка в толще малого
сальника

В лимфоузлы по ходу левых
желудочных артерий

#В лимфоузлы lig. hepatoduodenale

В лимфатические узлы lig.
gastrocolicum

В узлы ворот печени

258 Назовите третий и четвертый
этапы метастазирования рака
желудка из III бассейна по
А.В.Мельникову:

В лимфоузлы по верхнему краю
поджелудочной железы и в
области хвоста

В паразофагальные
лимфатические узлы

#В узлы ворот печени

В лимфатические узлы брыжейки
тонкой кишки

В лимфатические узлы lig.
gastrocolicum

259 Назовите IV бассейн
лимфоотока от желудка по
А.В.Мельникову:

От вертикальной части большой
кривизны желудка и
прилежащих участков тела

Зона селезеночной артерии

#От тела желудка, передней и

задней стенок желудка

От пилороантральной части

желудка по большой кривизне

Зона правых желудочных артерий

260 Назовите первый и второй
этапы метастазирования рака
желудка из IV бассейна по
А.В.Мельникову:

В лимфатические узлы lig.
gastrocolicum

В лимфатические узлы lig.
gastrolenale

#В узлы ворот селезенки

В узлы hepatogastricum

В узлы по ходу левых желудочных
сосудов

261 Назовите третий и четвертый
этапы метастазирования рака
желудка из IV бассейна по
А.В.Мельникову:

В лимфатические узлы ворот
селезенки

В селезенку

#В лимфатические узлы брыжейки
тонкой кишки

В лимфатические узлы ворот
печени

В лимфатические узлы малого
сальника

262 Хирург после лапаротомии по
поводу тяжелого желудочного
кровотечения не нашел
источник в виде язвы. О чем
следует подумать? Ваши
действия:

Сделать гастротомию

Синдром Маллори - Вейсса

Перевязать a. gastrica sinistra

Ушить разрывы слизистой и
подслизистой оболочек

#Перевязать a. gastrica dextra

Перевязать a. gastroepiploica dextra
Перевязать a. gastroepiploica
sinistra
Синдром Бадда - Киари

263 Назовите этапы гастростомии по Витцелю:

На переднюю стенку желудка укладывают резиновую трубку, которую серозно-мышечными швами инвагинируют в стенку желудка

В конце трубки накладывают кисетный шов, в центре которого желудок вскрывают и погружают трубку в просвет желудка

Трубку выводят через дополнительный разрез и проводят гастропексию

#Переднюю стенку желудка выводят в рану в виде конуса и накладывают три кисетных шва

В центре первого кисета делают отверстие и выводят резиновую трубку

Завязывают так, чтобы край желудочной стенки инвагинировался в просвет желудка. Аналогично завязывают второй и третий кисетные швы

На трубке кисетные швы завязывают, а конус подшивают на уровне первого кисета к париетальной брюшине. На уровне второго - к прямой мышце живота, а третий - к коже

264 Назовите этапы гастростомии по Штамму - Сенну - Кадеру:

Переднюю стенку желудка выводят в рану в виде конуса и накладывают три кисетных шва с интервалом 1 - 1,5 см

В центре первого кисета желудок рассекают и вводят резиновую трубку

Кисетные швы затягивают, инвагинируя желудочную стенку в просвет желудка

Проводят гастропексию

#На переднюю стенку желудка укладывают резиновую трубку, которую серозно-мышечными швами инвагинируют в стенку желудка

В конце трубки накладывают кисетный шов, в центре которого желудок вскрывают и погружают трубку в просвет желудка

Кисетные швы завязывают на трубке, подшивая первый к брюшине, второй - к прямой мышце живота, а третий - к коже.

265 Назовите этапы гастростомии по Топроверу:

Переднюю стенку желудка выводят в рану в виде конуса и накладывают три кисетных шва с интервалом 1 - 1,5 см

В центре первого кисета желудок рассекают и вводят резиновую трубку

На трубке кисетные швы завязывают

Образовавшийся конус подшивают на уровне первого кисета к париетальной брюшине, на уровне второго - к прямой мышце живота, а третий - к коже

#Инвагинируя желудочную стенку в просвет желудка

На переднюю стенку желудка укладывают резиновую трубку, которую серозно-мышечными швами инвагинируют в стенку желудка

В конце трубки накладывают кисетный шов, в центре которого желудок вскрывают и погружают трубку в просвет желудка

Трубку выводят через дополнительный разрез и проводят гастропексию

266 Назовите этапы гастростомии по Беку - Жиану:

Мобилизируют большую кривизну желудка

Перпендикулярно к большой кривизне рассекают переднюю

и заднюю стенки желудка на протяжении 3 см

Разрез продолжают параллельно большой кривизне на 5 см в направлении дна

На образовавшийся лоскут укладывают резиновую трубку

Края лоскута и разрез желудка ушивают двухрядным швом

Конец трубчатого лоскута вшивают в разрез передней стенки живота

#Мобилизуют малую кривизну и перевязывают левую желудочную артерию

Выделяют и берут на держалки оба ствола блуждающих нервов

Пересекают ветви блуждающих нервов вместе с сосудами, отходящими от главного желудочного нерва Латарже к малой кривизне

267 Назовите этапы селективной проксимальной ваготомии по Кузину:

Верхняя срединная лапаротомия, мобилизация и денервация большой кривизны желудка, мобилизация левой доли печени, рассекают поперечно lig. phrenicoesophageum, выделяют основные стволы блуждающих нервов, пересекают ветви блуждающих нервов вместе с сосудами, отходящими от главного желудочного нерва Латарже, производят фундопликацию по Ниссену и пилоропластику по Финнею

#Верхняя срединная лапаротомия, мобилизация и денервация большой и малой кривизны желудка, мобилизация левой доли печени, пересекают поперечно lig. phrenicoesophageum, выделяют основные стволы блуждающих нервов, пересекают ветви, идущие от нерва Латарже непосредственно у стенки желудка вместе с сосудами, производят фундопликацию по

Ниссену и пилоропластику по Финнею

Верхняя срединная лапаротомия, мобилизация большой кривизны с пересечением и перевязкой левой и правой желудочно - сальниковых артерий и сопровождающих их нервов, мобилизация малой кривизны желудка с пересечением левой и правой желудочных артерий и нервов, мобилизация левой доли печени, поперечно пересекают брюшину над абдоминальным отделом пищевода, выделяют основные стволы блуждающих нервов, пересекают ветви нерва Латарже, идущие к малой кривизне желудка вместе с сосудами, производят фундопликацию по Ниссену и пилоропластику по Финнею

268 Назовите способы гастростомии с образованием трубчатого свища:

Витцеля
Штамма - Сенна - Кадера
#Топровера
Бека - Жиана

269 Назовите этапы гастроэнтеростомии по Вельфлеру:

Верхняя срединная лапаротомия
Используют длинную петлю тощей кишки (на расстоянии 40-50 см от связки Трейтца)
Петлю проводят впереди сальника и поперечной ободочной кишки
Анастомозируют с передней стенкой желудка по продольной оси
Отводящий конец петли - в сторону привратника, а приводящий - ко дну желудка
Накладывают анастомоз бок в бок
Накладывают межкишечный анастомоз по Брауну на расстоянии 15 - 20 см от гастроэнтеростомы
#Используют короткую петлю тощей кишки (7 - 10 см от связки Трейтца)

Петлю проводят через окно в брыжейке поперечной ободочной кишки
Отводящий конец петли - к большой кривизне, приводящий - к малой

270 Назовите этапы гастроэнтеростомии по Гаккеру - Петерсену:

Берут короткую петлю (7 - 10 см от связки Трейтца)
В окно брыжейки поперечной ободочной кишки выпячивают заднюю стенку желудка
Приводящий конец петли фиксируют ближе к малой кривизне, а отводящий - к большой кривизне
Петлю фиксируют вертикально
Создают желудочно-кишечное соустье по типу бок в бок
#Берут длинную петлю (40 - 50 см от связки Трейтца)
Петлю проводят впереди поперечной ободочной кишки
Петлю фиксируют продольно к передней стенке желудка
Приводящий конец - к дну желудка, а отводящий - в сторону привратника

271 Назовите этапы резекции желудка по способу Бильрот I:
Мобилизация желудка
Пересечение 12-перстной кишки
Отсечение желудка и ушивание верхней трети культи
Наложение гастроэнтероанастомоза
Верхняя срединная лапаротомия
Послойное ушивание раны брюшной стенки
Ревизия органов верхнего этажа брюшной полости
#Подготовка петли тощей кишки
Ушивание культи 12-перстной кишки

272 Назовите этапы резекции желудка по способу Бильрот II в модификации Гофмейстера-Финстерера:
Верхняя срединная лапаротомия

Ревизия органов верхнего этажа брюшной полости
Мобилизация желудка
Пересечение 12-перстной кишки и обработка ее культи
Подготовка петли тощей кишки и наложение анастомоза
Отсечение желудка и обработка малой кривизны
Наложение гастроэнтероанастомоза
#Пересечение 12-перстной кишки
Наложение гастродуоденального анастомоза

273 Назовите этапы гастроэнтеростомии по Ру:
Мобилизация желудка
Пересечение 12-перстной кишки и ушивание ее культи
Отсечение желудка и ушивание его культи
Подготовка петли тощей кишки (пересекают на расстоянии 20 см от связки Трейтца) и ушивание верхнего конца
Петлю кишки проводят через окно в брыжейке поперечной ободочной кишки и фиксируют в заднюю стенку культи желудка
Накладывают анастомоз конец в бок между приводящей и отводящей петлями тощей кишки
#Подготовка петли тощей кишки (пересекают на расстоянии 4 - 7 см от связки Трейтца) и ушивают проксимальный конец
Петлю кишки проводят спереди поперечной ободочной кишки
Накладывают межкишечный анастомоз по Брауну