ЗАДАЧИ ПЕРЕДНЯЯ БРЮШНАЯ СТЕНКА

Задача № 1

В приемное отделение стационара поступил пациент, после диагностики которому был поставлен диагноз «Острый аппендицит», и больной поступил в хирургическое отделение для лечения. Лечащим врачом больному был выбран хирургический метод лечения, и предложена операция.

1. Укажите вид операции, предложенной больному.
2. Укажите локализацию разреза по Волковичу-Дьяконову.
3. Назовите послонную топографию раны при указанном виде разреза.
4. Назовите варианты расположения червеобразного отростка.
5. Назовите шов, накладываемый на культю червеобразного отростка.

Эталоны ответов к задаче № 1

1. Больному предложена операция – аппендэктомия.
2. Косой разрез между наружной и средней третями линии, соединяющей передне-верхнюю подвздошную ость с пупочным кольцом. $\frac{1}{3}$ перпендикулярного разреза – выше этой линии, $\frac{2}{3}$ – ниже.
3. Послойная топография раны: кожа, ПЖК, поверхностная фасция (2 листка), собственная фасция, наружная косая мышца живота, внутренняя косая мышца живота, поперечная мышца живота, поперечная фасция, предбрюшинная клетчатка, париетальная брюшина, брюшинная полость, висцеральная брюшина, брюшная полость.
4. Возможны следующие положения червеобразного отростка в брюшной полости:
а) тазовое, или нисходящее положение аппендикса, — отросток направлен вниз, в полость малого таза; б) медиальное положение аппендикса — отросток лежит параллельно подвздошной кишке; в) латеральное положение аппендикса — отросток находится в правой боковой околоободочной борозде (канале); г) переднее положение аппендикса — отросток лежит на передней поверхности слепой кишки; д) восходящее, или подпеченочное положение аппендикса, — отросток направлен верхушкой вверх, нередко до подпеченочного углубления; е) ретроцекальное положение аппендикса — отросток находится позади слепой кишки.
5. В месте соединения аппендикса со слепой кишкой (основание червеобразного отростка) на слепую кишку накладывают кисетный шов и отсекают отросток с погружением образовавшейся культи в просвет слепой кишки, фиксируя это погружение затягиванием кисетного шва и наложением после этого дополнительного, Z-образного шва.

Задача № 2

При обследовании обратившегося за медицинской помощью пациента были диагностированы незначительные выпячивания в области пупочного кольца, а так же пахового канала.

1. Перечислите слабые места брюшной стенки, являющиеся местами выхода наружных грыж.
2. Дайте определение понятию «наружная грыжа живота».
3. Классифицируйте грыжи по их происхождению.
4. Перечислите (изобразите) особые виды ущемлений грыж.
5. В чем различия между прямой и косой паховыми грыжами?

Эталоны ответов к задаче № 2

1. Слабые места, являющиеся местами выхода наружных грыж: паховая область, внутреннее бедренное кольцо, пупочное кольцо, белая линия живота, запирающее отверстие, поясничная область (треугольник Пти, четырёхугольник Лесгафта-Грюндельда), Спигелиева (полулунная) линия.

2. Наружная грыжа живота – это выхождение органов брюшной полости в слои брюшной стенки через естественные, но расширенные, или вновь образованные отверстия, щели, каналы, при сохранении целостности париетального листка брюшины.
3. По происхождению грыжи подразделяются на: врожденные и приобретенные. Приобретенные бывают травматическими, патологическими, искусственными.
4. Особые виды ущемлений: пристеночное ущемление Рихтера; ретроградное W-образное; дивертикул Литтре-Меккеля.
5. При прямой паховой грыже происходит выпячивание брюшины в области поверхностного пахового кольца и проникновение в паховый канал вне семенного канатика, через паховый промежуток (данный вид грыж всегда является приобретенным). Ход косой паховой грыжи: грыжевой мешок в составе семенного канатика идет от глубокого пахового кольца, через паховый канал. Выходит под кожу у корня мошонки. Таким образом, создаются благоприятные условия для развития пахово-мошоночной грыжи.

Задача № 3

В гинекологическое отделение хирургического стационара поступила женщина, у которой была диагностирована внематочная беременность. Способ лечения – оперативный.

1. Назовите доступ, применяемый при указанном оперативном вмешательстве.
2. Укажите послынную топографию раны, при названном доступе.
3. Укажите особенности образования влагалища прямой мышцы живота ниже пупочного кольца.
4. Куда хирургу необходимо ввести руку (пальцы), чтобы обнаружить маточную трубу, в которой произошла беременность?
5. Чем производится перитонизация культи маточной трубы?

Эталоны ответов к задаче № 3

1. Используется нижняя срединная лапаротомия.
2. Послойная топография раны: кожа, ПЖК, поверхностная фасция, предбрюшинная клетчатка, брюшина.
3. Влагалище прямой мышцы живота ниже пупочного кольца образовано: спереди – тремя литками апоневрозов широких мышц живота, сзади – поперечной фасцией.
4. Беременную маточную трубу хирург без затруднений обнаружит, введя пальцы в прямокишечно-маточное углубление.
5. Так как оставшейся части мезосальпинкса для перитонизации обычно недостаточно, то для этого используют круглую связку матки той стороны, где удалена труба.

Задача № 4

В хирургическое отделение поступил больной, которому необходимо наложение желудочного свища (проведение гастростомии).

1. Перечислите показания для проведения гастростомии.
2. Какие виды гастростомий Вы знаете?
3. Укажите вид и протяженность разреза, проведенного больному при данном оперативном вмешательстве.
4. Перечислите слои передней брюшной стенки, которые были рассечены при указанном доступе.
5. Как происходит фиксация наложенной трубки (стомы)?

Эталоны ответов к задаче № 4

1. Показания для гастростомии: необходимость длительного искусственного питания больного при неоперабельных опухолях глотки, пищевода и желудка, рубцовых сужениях пищевода, тяжёлых черепно-мозговых травмах, а также для выключения пищевода при ожогах, ранениях, эзофагитах.
2. Виды гастростомий: по Витцелю, Штамму-Кадеру, Топроверу.
3. Левый трансректальный разрез от края реберной дуги, протяженностью 10 см.
4. Рассеченные слои передней брюшной стенки: кожа, ПЖК, поверхностная фасция, собственная фасция, апоневроз наружной и передний листок внутренней косых мышц живота, прямая мышца живота, задний листок апоневроза внутренней косой и листок апоневроза поперечной мышц живота, поперечная фасция, предбрюшинная клетчатка, брюшина.
5. Место входа трубки вшивают швами в рану живота. Швами (послойно) стягивают рану брюшной стенки, за исключением места, где выходит резиновая трубка.

Задача № 5

В кардиологическое отделение поступил больной с острой сердечной недостаточностью. При визуальном осмотре врач обратил внимание на расширенные вены передней брюшной стенки, контуры которых особенно четко визуализировались в области пупочного кольца.

1. Укажите вид описанного анастомоза.
2. Какие вены участвуют в образовании указанного анастомоза?
3. Какова вероятная причина расширения подкожных вен передней брюшной стенки у данного больного?
4. Перечислите основные виды порто-кавальных анастомозов?
5. Перечислите уровни блока портальной системы.

Эталоны ответов к задаче № 5

1. Порто-кава-кавальный анастомоз.
2. Верхние поверхностные эпигастральные вены (ветви v. cava superior), нижняя надчревная вена (ветви v. cava inferior), пупочная вена (из портальной системы).
3. Вероятная причина – застойные явления, произошедшие в результате острой сердечной недостаточности, возникшей вследствие блока в портальной системе.
4. Три основных вида порто-кавальных анастомозов: а) между венечными венами желудка и венами пищевода; б) между венами передней брюшной стенки и пупочной веной; в) между нижней брыжеечной веной и прямокишечным венозным сплетением.
5. Существует три уровня блока портальной системы: а) надпеченочный блок; б) печеночный блок; в) подпеченочный блок

Задача № 6

При проведении медицинского осмотра призывника у него был обнаружен увеличенный угол Фюргюссона и треугольная форма пахового промежутка.

1. Укажите границы паховой области.
2. Укажите границы пахового треугольника.
3. Что такое паховый промежуток? Каковы его границы?
4. Какие формы пахового промежутка существуют?
5. Перечислите стенки пахового канала.

Эталоны ответов к задаче № 6

1. Границы паховой области: сверху – межкостистая линия; снизу и латерально – проекция паховой связки; медиально – латеральный край прямой мышцы живота.

2. Границы пахового треугольника: сверху – горизонтальная линия, проведенная от границы между наружной и средней третью паховой связки до пересечения с латеральным краем прямой мышцы живота; ниже-латерально – паховая связка; медиально – латеральный край прямой мышцы живота.
3. Паховый промежуток – это естественный дефект мышечного слоя брюшной стенки в нижнемедиальной части паховой области. Его границы: сверху – свободные (нижние) края внутренней косой и поперечной мышц живота; снизу и латерально – медиальная часть паховой связки.
4. Формы пахового промежутка: щелевидная, округлая, овальная/треугольная.
5. Стенки пахового канала: передняя – апоневроз наружной косой мышцы живота; задняя – поперечная фасция живота; нижняя – паховая связка; верхняя свободные края внутренней косой и поперечной мышц живота.

Задача № 7

В хирургическое отделение стационара поступил больной, у которого была диагностирована прямая правосторонняя паховая грыжа.

1. Назовите основные элементы грыжи.
2. Укажите ход грыжевого мешка при прямой паховой грыже.
3. Классифицируйте грыжи по клиническим признакам.
4. Перечислите этапы грыжесечения при неущемленной грыже.
5. Назовите особые виды ущемлений грыж.

Эталоны ответов к задаче № 7

1. Основные элементы грыжи: а) грыжевые ворота; б) грыжевой мешок; в) грыжевое содержимое.
2. Происходит выпячивание брюшины в области поверхностного пахового кольца и проникновение в паховый канал вне семенного канатика, через паховый промежуток. Такая грыжа всегда является приобретенной.
3. Классификация грыж по клиническим признакам: а) грыжи неущемленные, вправимые, свободные; б) грыжи невправимые; в) грыжи ущемленные.
4. Этапы грыжесечения при неущемленной грыже: а) оперативный доступ; б) выделение грыжевого мешка; в) вскрытие грыжевого мешка; г) осмотр и вправление содержимого в брюшную полость; д) прошивание мешка у шейки, его перевязка, отсечение; е) пластика грыжевых ворот.
5. Особые виды ущемлений грыж: пристеночное ущемление Рихтера; ретроградное W-образное; дивертикул Литтре-Меккеля

Задача № 8

В хирургическое отделение стационара поступил больной, у которого была диагностирована прямая правосторонняя паховая грыжа.

1. Дайте определение наружных грыж живота.
2. Классифицируйте грыжи по происхождению.
3. Перечислите составные элементы грыжевого мешка.
4. Перечислите этапы операции грыжесечения при ущемленной паховой грыже.
5. Опишите (изобразите) методику пластики грыжевых ворот по Бассини.

Эталоны ответов к задаче № 8

1. Наружная грыжа живота – это выход органов брюшной полости в слои брюшной стенки через естественные, но расширенные, или вновь образованные отверстия, щели, каналы, при сохранении целостности париетального листка брюшины.
2. Классификация грыж по происхождению: врожденные и приобретенные. Приобретенные бывают травматическими, патологическими, искусственными.

3. В грыжевом мешке выделяют: а) устье; б) шейку; в) тело; г) дно.
4. Этапы операции грыжесечения при ущемленной паховой грыже: а) оперативный доступ; б) выделение грыжевого мешка; в) вскрытие грыжевого мешка; г) осмотр и захват содержимого на турникеты; д) рассечение ущемляющего кольца; е) реанимация ущемленного содержимого (введение в брыжейку кишки 0,25-0,5% раствора новокаина), а при некрозе (неудачно реанимации) – резекция ущемленных (в пределах жизнеспособных) тканей; е) вправление содержимого в брюшную полость; ж) прошивание мешка у шейки, перевязка, отсечение; з) пластика грыжевых ворот.
5. Первыми 1-3 швами подшивают край прямой мышцы живота вместе с ее сухожильным влагалищем и подлежащим листком поперечной фасции к Куперовой связке. Чтобы уменьшить натяжение в области швов при высоком паховом промежутке производится послабляющий разрез передней стенки влагалища прямой мышцы живота длиной 4-6 см. Обычно послабляющий разрез делается после наложения и завязывания швов, формирующих заднюю стенку пахового канала. Затем 5-6-ю нерассасывающимися швами, наложенными на расстоянии 1-1,5 см друг от друга, фиксируют тройной слой (внутреннюю косую, поперечную мышцы живота, поперечную фасцию) к паховой связке. Задняя стенка восстанавливается отдельными швами или непрерывным швом. Завязывание наложенных швов начинают с медиального угла раны. В случаях, если глубокое паховое кольцо остается неприкрытым внутренней косой мышцей живота, накладывается дополнительный шов латеральнее семенного канатика. Семенной канатик укладывают на вновь сформированную заднюю стенку пахового канала, поверх его край в край сшивается апоневроз наружной косой мышцы живота, подкожная клетчатка и кожа, отдельными или непрерывными швами.

Задача 9

В хирургическое отделение поступил больной, после его осмотра, ему был поставлен диагноз «пупочная грыжа живота». Больному было назначено плановое хирургическое лечение.

1. Назовите анатомические образования, проходящие через пупочное кольцо.
2. Перечислите артерии, участвующие в кровоснабжении передней брюшной стенки.
3. Какие особенности грыжевого мешка имеют место при пупочных грыжах?
4. Перечислите ткани (слои), которые удаляют единым блоком с грыжевым мешком при оперативном вмешательстве.
5. Как выполняется грыжесечение по Мейо?

Эталонные ответы к задаче № 9

1. Через пупочное кольцо проходят: облитерированные пупочные артерии; пупочная вена; мочевой проток.
2. В кровоснабжении передней брюшной стенки принимают участие главным образом аа. epigastrica superior et inferior, intercostalis.
3. Все ткани, включая кожу и брюшину спаяны в один рубец.
4. Единым блоком иссекаются: кожа, ПЖК, поверхностная фасция.
5. Способ Мейо: рассечение пупочного кольца в поперечном направлении выполняется дубликатура апоневрозов. Свободный край апоневроза подшивается узловыми швами.