

© Коллектив авторов, 2009
УДК 616.33/.34-089.86-031:616.34

В.Н.Репин, Л.М.Костылев, О.С.Гудков, М.В.Репин

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОРЯДНОГО НЕПРЕРЫВНОГО ШВА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов (зав. — проф. В.Н.Репин)
ГОУ ВПО «Пермская государственная медицинская академия им.акад. Е.А.Вагнера» Росздрава

Ключевые слова: дигестивные анастомозы, однорядные непрерывные швы, результаты.

Введение. Восстановление непрерывности желудочно-кишечного тракта в абдоминальной хирургии является наиболее ответственным этапом любого вмешательства и до настоящего времени остается актуальной проблемой. Заживление анастомоза зависит от вида шовного материала и его массы, погруженной в ткани. Защитная реакция организма на шовный материал, как инородное тело, направлена на отторжение лигатур в просвет полого органа, что неизбежно сопровождается образованием эрозий, или происходит организация их по линии соустья соединительной тканью. Этот процесс заживления продолжается длительное время, представляет собой воспалительную реакцию и определяет непосредственный исход сформированного соустья, а в отдаленный период — его функциональное состояние. Наиболее выраженная реакция как отторжения, так и организации лигатур происходит на нерассасывающийся шовный материал. Всё это оправдывает стремление хирургов к применению однорядных швов.

Наибольшее применение в клинике получили методики однорядного шва, предложенные Н.И.Пироговым в 1865 г. и В.П.Матешуком в 1951 г. [5]. Преимущество серозно-мышечно-подслизистых швов отдельными лигатурами подтверждено многими клиническими наблюдениями [6–9].

Результаты эндоскопического контроля, дополненные гистологическими исследованиями, свидетельствуют о существенных отличиях заживления однорядного анастомоза. При формировании соустья двухрядным швом с первых дней в зоне соединения появляются признаки острого воспаления с образованием некротических масс и эрозий на слизистой оболочке. Лишь к концу 2-й неде-

ли острого воспаления начинается регенерация слизистой оболочки по линии соустья. В целом процесс заживления укладывается в понятие «заживление вторичным натяжением».

При заживлении анастомозов, сформированных однорядным швом, особенно синтетической рассасывающейся нитью, воспалительная реакция проявляется минимальными изменениями. К концу недели происходит эпителизация краев соединенных органов, и эндоскопически они трудно различимы. На 2-й неделе заканчивается регенерация железистого эпителия по линии соустья [1, 2, 4, 10].

Материал и методы. Нами однорядные швы при формировании различных анастомозов в абдоминальной хирургии применяются в течение последних 15 лет. На начальном этапе желудочно-кишечные и межкишечные анастомозы формировали капроновыми нитями по Пирогову. С появлением в клинике синтетического рассасывающего шовного материала перешли на однорядные непрерывные швы. Использовали нити диаметром 3/0 и 4/0. Все швы формировали по типу серозно-мышечно-подслизистых. Вкол иглы проводили на расстоянии 5–6 мм от края рассеченной брюшины, расстояние между стяжками — также 5–6 мм при формировании гастроэнтероанастомозов и межкишечных соустьев.

Техника формирования этих соустьев несколько отличается. При резецирующих операциях на желудке после заключительного этапа мобилизации желудка и определения объема удаления желудка по большой кривизне накладывается зажим строго в поперечном направлении с захватом 3–3,5 см стенок и параллельно — зажим на удаляемую часть желудка. Желудок пересекается между зажимами. Из угла образовавшейся раны он прошивается механическим швом до верхней границы резекции по малой кривизне с перитонизацией скрепочного шва. Затем стенки желудка по линии формируемого анастомоза рассекаются под зажимом до подслизистого слоя, и отдельными швами тонким кетгутом на атравматичной игле прошиваются внутривисцеральные сосуды. Тощая кишка подводится к культи желудка, фиксируется должным образом к малой кривизне и рассекается по линии соустья до подслизистого слоя.

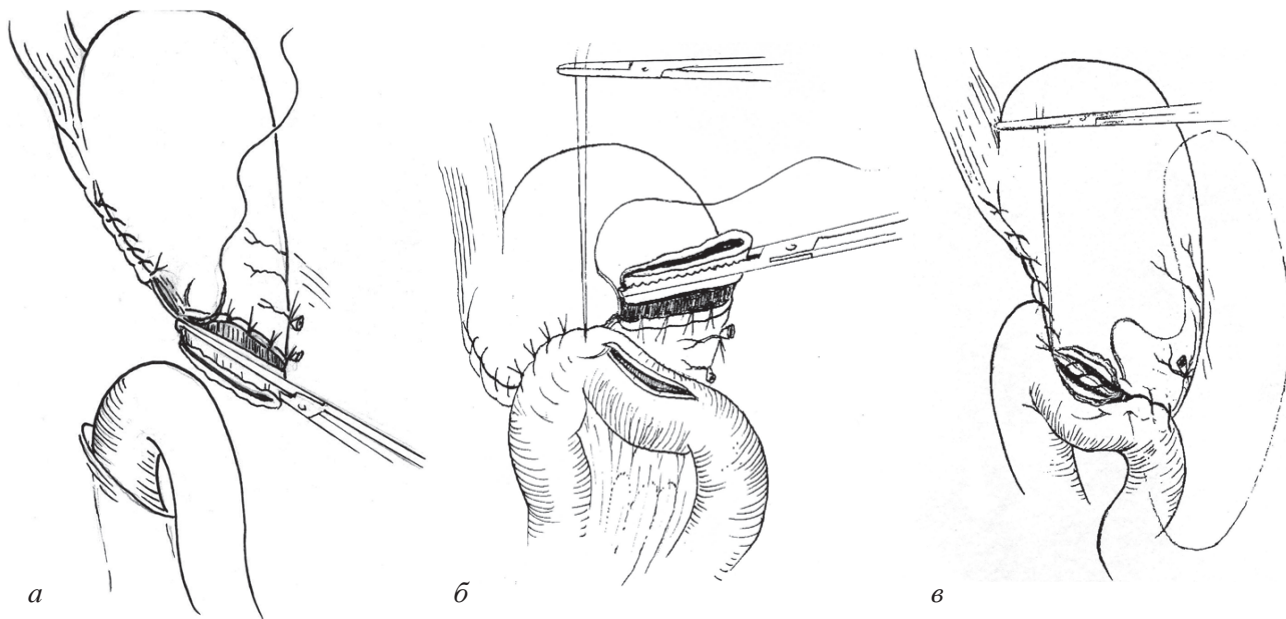


Рис. 1. Этапы формирования желудочно-кишечного анастомоза с резецированным желудком.

а — прошивание внутристеночных сосудов желудка; б — формирование задней стенки соустья; в — формирование передней стенки.

Формирование задней стенки анастомоза начинается со стороны малой кривизны и, захлестнув лигатуру у большой кривизны, иссекается оставшаяся стенка желудка под зажимом, рассекается полностью кишка по линии соустья. Контролируется гемостаз по линии шва, на передней стенке сшиваемых органов, формирование соустья продолжается в обратном направлении. Лигатура завязывается на стенке желудка. Диаметр соустья должен быть в пределах 2,5–3,0 см. По такому же принципу формируется гастроэнтеро- и гастродуоденоанастомоз «конец в конец» (рис. 1).

Тонкокишечные межкишечные анастомозы формировались в двух вариантах — «бок в бок» и «конец в бок». При формировании продольного соустья «бок в бок» сшиваемые петли фиксируются между собой по ширине соустья в пределах 3–3,5 см, стенки рассекаются до подслизистого слоя без лигирования внутристеночных сосудов. После этого формируется задняя стенка по тому же принципу, рассекается слизистая оболочка обеих петель и переходят на переднюю

стенку. Анастомозы «конец в бок» формируются по такому же принципу (рис. 2).

Всем больным в раннем периоде с первого дня проводилось энтеральное зондовое питание.

Результаты и обсуждение. По указанной методике сформированы 2092 гастроэнтероанастомоза, 2241 энтероэнтероанастомоз, 279 дуоденоюноанастомозов, выполнена пилородуоденопластика 157 больным, сформированы цисто- и панкреатоеюноанастомозы 21 больному. Проведенные операции представлены в табл. 1.

Осложнения в какой-то мере неизбежны при всех вариантах формирования дигестивных анастомозов. Наиболее опасными осложнениями являются несостоятельность швов по линии соустья, кровотечения, нарушения проходимости вследствие воспаления в анастомозе и окружающих тканях. Осложнения, возникшие при формировании анас-

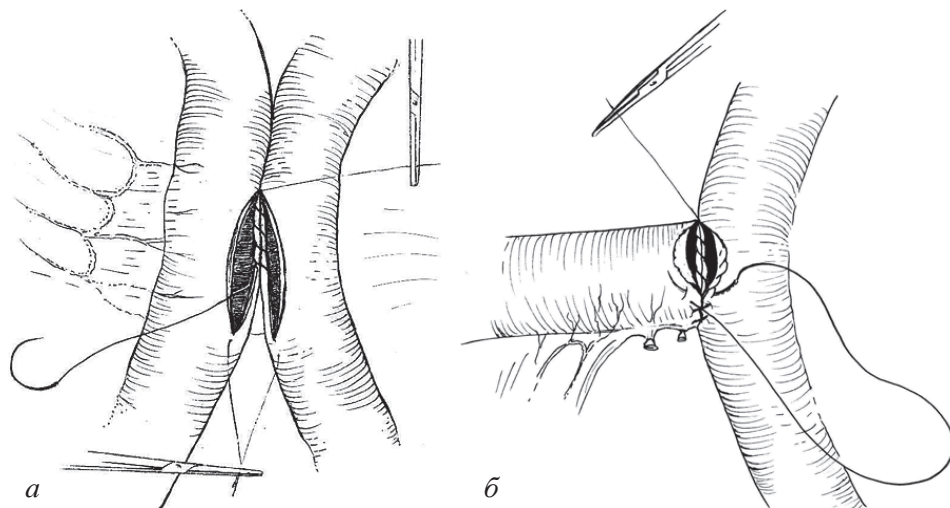


Рис. 2. Этап формирования межкишечного анастомоза.

а — анастомоз «бок в бок»; б — анастомоз «конец в бок».

Таблица 1

Операции с формированием анастомозов однорядным непрерывным швом

Вид операций	Число
Резекция желудка при осложненной язвенной болезни и раке желудка	1930
Пилородуоденопластика при язвенных стенозах	157
Гастрэктомия	263
Реконструктивные операции на желудке	96
Дуоденоюноанастомозы по Грегори–Смирнову или Робинсону при артериомезентериальной компрессии ДПК и взаимосвязанной с ней патологией	279
Панкреатодуоденальная резекция	18
Цисто- и панкреатоеюнальные анастомозы при хроническом панкреатите	21

Таблица 2

Осложнения анастомозов, сформированных однорядным непрерывным швом

Вариант соустья	Несостоятельность анастомоза		Кровотечение		Анастомозит	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
Гастроэнтероанастомозы	9	0,45	5	0,25	9	0,45
Тонкокишечные анастомозы	2	0,08	1	0,04	—	—
Дуоденоюноанастомозы	—	—	3	1,2	5	1,5

томозов однорядным непрерывным швом, представлены в табл. 2.

При несостоятельности анастомоза больным проводилась релапаротомия. Кровотечения по линии соустья остановлены эндоскопически и консервативными мерами. Проходимость соустьев при анастомозитах восстанавливалась проведением консервативных мероприятий и более длительно энтерального зондового питания.

Выводы. 1. Наш опыт подтверждает надежность однорядного непрерывного шва рассасывающейся синтетической нитью у больных, оперированных на желудке по поводу язвенной болезни и рака, на высоте кровотечения или в срочном порядке.

2. Однорядный непрерывный шов рассасывающейся синтетической нитью не только надежный, но и отличается простотой его технического исполнения.

- Матешук В.П. Зашивание желудочно-кишечной раны однорядным швом узелками со стороны слизистой // Хирургия.—1951.—№ 7.—С. 33–36.
- Мышкин К.Н., Долгушин Н.Е. Применение однорядного шва при анастомозах желудочно-кишечного тракта // Сов. мед.—1987.—№ 2.—С. 78–80.
- Перебудов С.Н., Демко А.Е., Пажитнов С.М. Однорядный шов при пилоропластике у больных с перфоративными пилородуоденальными язвами // Вестн. хир.—1998.—№ 3.—С. 23–25.
- Репин В.Н., Ткаченко И.М., Костылев Л.М. Энтеральное зондовое питание на фоне однорядных дигестивных анастомозов // Пятый Междунар. конгресс «Парентеральное и энтеральное питание».—М., 2001.—С. 68.
- Савельев В.С., Буянов В.М. Внутриузелковый однорядный шов при формировании анастомозов // Проблемы абдоминальной хирургии.—Ярославль, 1978.—С. 105–107.
- Токарева А.В. Сравнительная оценка надежности различных видов кишечных швов у новорожденных и детей раннего возраста: Дис. ... канд. мед. наук.—Пермь, 1990.—28 с.

Поступила в редакцию 04.07.2008 г.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Буянов В.М., Егиев В.Н., Москин С.С. и др. Однорядный непрерывный шов в абдоминальной хирургии // Хирургия.—2004.—№ 4.—С. 13–18.
- Егиев В.Н., Буянов В.М., Перминова Г.И. и др. Однорядный непрерывный шов гастроэнтероанастомоза при резекции желудка // Пермск. мед. журн.—1996.—№ 2–3.—С. 28–33.
- Егоров В.Н., Кочатков А.В., Гришанков С.А. Однорядный непрерывный шов в хирургии хронического панкреатита // Хирургия.—2007.—№ 8.—С. 21–23.
- Жижин Ф.С., Капустин Б.Б., Сысоев Ф.С. Однорядный шов в хирургии желудочно-кишечного тракта // Актуальные аспекты госпитальной хирургии.—Ижевск, 2002.—С. 5–9.

V.N.Repin, L.M.Kostylev, O.S.Gudkov, M.V.Repin

EXPERIENCE WITH USING A ONE-LAYER UNINTERRUPTED SUTURE IN ABDOMINAL SURGERY

The authors made an analysis of using a one-layer uninterrupted suture with a synthetic absorbable thread in forming gastrointestinal, intestinal, duodenojejunal and pancreatojejunal anastomoses. The operation technique and early complications are described showing advantages of the one-layer uninterrupted suture with a synthetic thread.