

И.Г. Мугатасимов

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНОРЯДНОГО ШВА КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ  
В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ**

**ГБОУ ДПО «Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей»  
Минздравсоцразвития РФ (Новокузнецк)  
МБЛУ «Городская клиническая больница № 1» (Новокузнецк)**

*Использование однорядного шва в абдоминальной неотложной хирургии является актуальной нерешенной проблемой, требующей дальнейшего изучения. Цель работы – оценить результаты применения однорядного шва при создании кишечных анастомозов в неотложной абдоминальной хирургии. В исследование включены 63 пациента с ургентной абдоминальной патологией. Формирование анастомозов проводилось атравматическим шовным материалом. Непрерывный шов использован в 41 (65 %) случае. При отеке кишечной стенки использовали узловый шов. В послеоперационном периоде получено 5 (7,9 %) осложнений, не связанных с методикой формирования анастомозов. Летальный исход – в 4 (6,3 %) случаях. Несостоятельности анастомозов не отмечено. Использование непрерывного шва при формировании кишечных анастомозов безопасно и не приводит к увеличению числа послеоперационных осложнений.*

**Ключевые слова:** однорядный кишечный анастомоз, неотложная хирургия

**THE RESULTS OF APPLICATION OF SINGLE-LAYER SUTURING OF INTESTINAL  
ANASTOMOSES IN URGENT SURGERY**

I.G. Mugatasimov

**Novokuznetsk State Institute of Physicians' Advanced Training, Novokuznetsk  
City Clinical Hospital N 1, Novokuznetsk**

*The application of single-layer suturing in urgent abdominal surgery is actual and unsettled problem that demands further inquiry. The object of this study was to evaluate the results of application of single-layer suturing in making of intestinal anastomoses in urgent abdominal surgery. 63 cases with urgent abdominal pathology are included in the study. Forming of anastomose was realized with atraumatic suture material. A continuous suture was used in 41 (65 %) case. A separate knot suture was used in the case of intestinal wall edema. 5 (7,9 %) complications were registered in postoperative period, which were not connected with the method of the forming of anastomoses. Lethal outcomes occurred in 4 (6,3 %) cases. There was no anastomosis insufficiency. The usage of continuous suturing in forming of intestinal anastomoses is safe and doesn't cause increase of number of postoperative complications.*

**Key words:** single-layer intestinal anastomosis, urgent surgery

**АКТУАЛЬНОСТЬ**

Проблема создания кишечного анастомоза в абдоминальной хирургии, несмотря на многолетнюю историю, актуальна и в настоящее время. Техника выполнения двухрядного анастомоза хорошо отработана и является основной в течение многих лет. Появляющиеся в конце прошлого века исследования выявили недостатки данной методики, заключающиеся в увеличении площади ишемии кишечной стенки в области шва, большей зоне некроза, выраженного воспалительного вала, заживление анастомоза по типу вторичного. Наряду с этим с семидесятых годов прошлого века появляются работы о целесообразности использования однорядного шва при создании анастомоза полых органов с захватом полслизистой основы как наиболее прочного слоя кишечной стенки [3, 9]. Проведенные рандомизированные исследования в зарубежной литературе не выявили преимуществ двухрядного анастомоза перед однорядным, при этом частота несостоятельности анастомоза была в 2 раза меньше при выполнении однорядного шва анастомоза [6]. С появлением шовного материала на основе полигликолидов заметно улучшились результаты лечения, число анастомозитов и несостоя-

тельности анастомоза снизилось более чем в 2 раза. В зарубежных клиниках однорядный анастомоз является «золотым стандартом» во всех областях абдоминальной хирургии [7, 8]. В России данная методика не получила сколько-нибудь значимого распространения, применяется в немногочисленных клиниках и, как правило, в плановой хирургии [2]. Использование однорядного шва в неотложной хирургии упоминается в литературе в единичных сообщениях, при этом дополнительно проводится укрепление линии шва клеевыми композициями, коллагеновыми пленками, сальником, жировыми подвесками [1, 4, 5]. Убедительных данных об эффективности этих мероприятий по укреплению линии шва нет. Поэтому использование однорядного шва в абдоминальной неотложной хирургии является актуальной нерешенной проблемой, требующей дальнейшего изучения.

**Цель исследования:** оценить результаты применения однорядного шва при создании кишечных анастомозов в неотложной абдоминальной хирургии.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

В исследование включены 56 больных, оперированных в неотложном порядке.

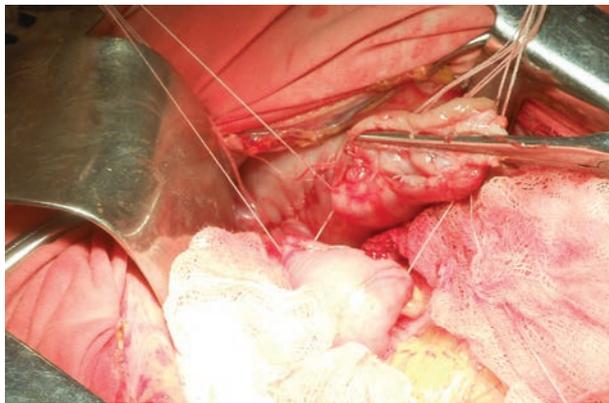
Больные от 20 до 86 лет, средний возраст –  $57,8 \pm 15,6$  (медиана – 57) лет. Мужчин – 32 (57,1 %), женщин – 24 (42,9 %). Распространенный перитонит был отмечен у 12 (21,4 %) больных (МРІ 5–41, среднее значение –  $16,2 \pm 11,1$ , медиана – 11). По ASA риск III был у 35 (62,5 %), риск IV – у 21 (37,5 %) больного. Структура заболеваний представлена в таблице 1.

**Таблица 1**  
**Структура заболеваний**

Нозология	n	%
Язвенное желудочное кровотечение	9	16
Язвенный стеноз	7	12,5
Перфоративная язва	5	8,9
Аденокарцинома дистального отдела желудка со стенозированием	4	7,3
Перфорация дивертикула тощей кишки	1	1,8
Ущемленная грыжа с некрозом кишки	5	8,9
Кишечная непроходимость	9	16
Мезентериальный тромбоз с некрозом тонкой кишки	2	3,6
Послеожоговый стеноз желудка, пищевода	3	5,4
Опухоль толстой кишки с кровотечением, перфорацией	5	8,9
Механическая желтуха	6	10,7
<b>Всего</b>	<b>56</b>	<b>100</b>

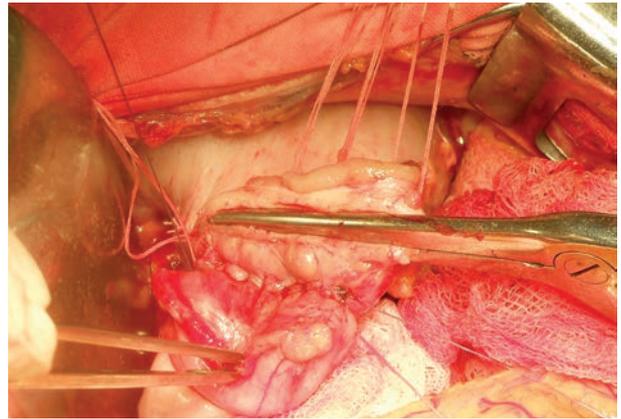
**Методика формирования анастомоза**

Анастомозируемые участки сближались двумя лигатурами (рис. 1).



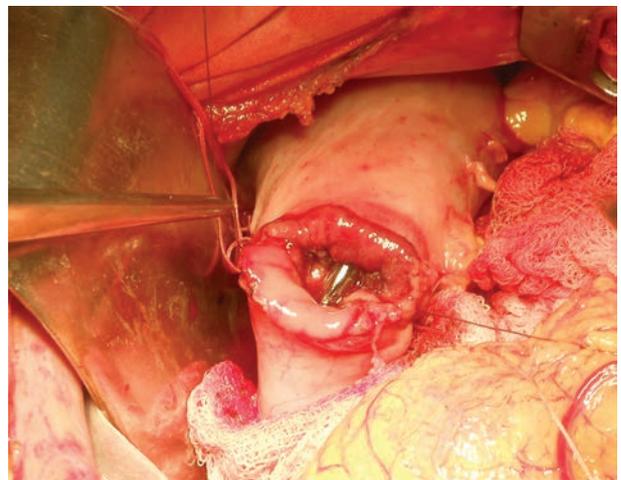
**Рис. 1.** Наложение швов-держалок (на примере гастродуоденоанастомоза).

Проводили рассечение серозно-мышечного слоя кишки по линии анастомоза, не вскрывая просвета, при этом обнажался подслизистый слой. Формирование анастомоза начиналось с одного из углов анастомозируемых участков кишки. Использовалась атравматическая нить с длительным сроком рассасывания диаметром 3–0, 4–0 («Полисорб», «Викрил» «ПГА»). Задний ряд накладывался непрерывным швом без захвата слизистой оболочки с широким захватом подслизистого слоя (рис. 2).



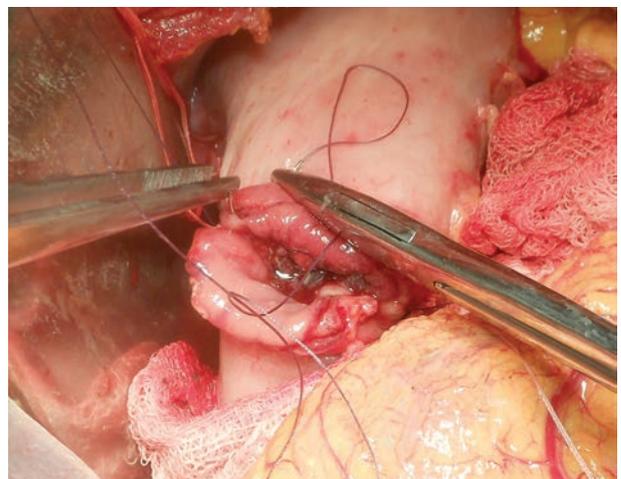
**Рис. 2.** Формирование задней губы анастомоза (на примере гастродуоденоанастомоза).

Расстояние между швами составляло 0,3 см. После формирования задней губы анастомоза вскрывался просвет кишечника (рис. 3).



**Рис. 3.** Вскрытие просвета желудка и двенадцатиперстной кишки, установлен зонд для питания за связку Трейца.

Этой же нитью накладывался непрерывный шов на переднюю губу анастомоза также без захвата слизистой оболочки (рис. 4).



**Рис. 4.** Формирование передней губы анастомоза (на примере гастродуоденоанастомоза).

Концы нитей связывали между собой (рис. 5). Расположение узлов по отношению к просвету кишки не имело принципиального значения. Дополнительного укрепления линии шва не проводили. В случае отека кишечной стенки накладывался однорядный узловый шов по той же методике.

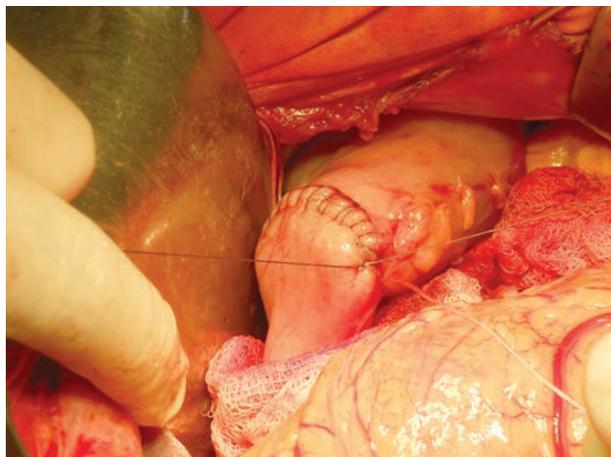


Рис. 5. Окончательный вид + анастомоза (на примере гастродуоденоанастомоза).

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Исследуемой группе больных проведены следующие оперативные вмешательства с выполнением 63 кишечных анастомозов (табл. 2).

Таблица 2  
Оперативные вмешательства с применением однорядного кишечного шва

Название операции	n	%
Резекция желудка по Бильрот I	8	12,6
Резекция желудка по Бильрот II	7	11,2
Резекция желудка по Ру	2	3,1
Тонко-тонкокишечные анастомозы «бок в бок»	14	22,2
Тонко-тонкокишечные анастомозы «конец в бок» при формировании выключенной петли по Ру	6	9,6
Гастроэнтероанастомоз	7	11,2
Еюностома по Майдлю	3	4,7
Тонко-толстокишечный анастомоз	10	15,8
Толсто-толстокишечный анастомоз	2	3,2
Пилоропластика	4	6,4
<b>Всего</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

Непрерывный шов использован в 41 (65 %) случае. При отеке кишечной стенки использовали узловый шов. Пилоропластика во всех четырех случаях выполнена с применением однорядного узлового шва. В трех случаях анастомоз выполнен на первой санационной релапаротомии, в одном случае — на второй санационной релапаротомии. У 7 пациентов выполнялось формированием двух анастомозов одновременно или последовательно на этапе проведения санационных релапаротомий.

После проведенных оперативных вмешательств в послеоперационном периоде получено 5 (7,9 %) осложнений (табл. 3).

Таблица 3  
Структура послеоперационных осложнений

Осложнения	Группа больных (n = 63)	
	абс.	%
Ранняя спаечная кишечная непроходимость	1	1,6
Острая язва культи желудка с перфорацией	1	1,6
Послеоперационный панкреатит	2	3,1
Инфильтрат брюшной полости	1	1,6
<b>Всего</b>	<b>5</b>	<b>7,9</b>

Ранняя спаечная тонкокишечная непроходимость потребовала проведения релапаротомии на 3-и сутки, рассечения спаек. После резекции культи желудка по Ру, выполненной по поводу кровоточащей пептической язвы гастроэнтероанастомоза, на 7-е сутки возникла острая язва культи желудка с перфорацией. Больному выполнена релапаротомия, ререзекция культи желудка с формированием гастроэнтероанастомоза однорядным узловым швом «конец в конец» с хорошим результатом. После резекции желудка на высоте кровотечения у двух пациентов возник послеоперационный панкреатит, в одном случае на 7-е сутки выполнена релапаротомия по поводу панкреонекроза, ферментативного перитонита. Формирование толсто-толстокишечного анастомоза по поводу дивертикулярной болезни с перфорацией дивертикула сигмовидной кишки в одном случае осложнилось инфильтратом брюшной полости, проведена консервативная терапия. Осложнений, связанных с формированием кишечного анастомоза, не было.

В послеоперационном периоде умерло 4 (6,3 %) пациента. Причины смерти: двухсторонняя послеоперационная пневмония — 1 пациент, абдоминальный сепсис с полиорганной недостаточностью — 2 пациента, острая сердечно-сосудистая недостаточность — 1 пациент. Несостоятельности швов анастомоза не было.

### ВЫВОДЫ

1. Применение однорядного шва с использованием современного шовного материала при формировании кишечных анастомозов в неотложной хирургии безопасно.
2. В подавляющем большинстве случаев оправданно использование непрерывного однорядного шва, в случае выраженного отека кишечной стенки целесообразен узловый однорядный шов.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулаев Э.Г., Бабышин В.В. Применение однорядного шва в абдоминальной хирургии // Актуальные вопросы хирургии, травматологии и ортопедии: Сб. науч. тр. — Владимир, 1999. — С. 13 — 16.

2. Будашеев В.П., Григорьев Е.Г., Лепехова С.А. Методы оптимизации кишечного анастомозирования в условиях экспериментального распространенного гнойного перитонита // Бюлл. ВСНЦ СО РАМН. — 2006. — № 6 (52). — С. 139–146.
3. Егиев В.Н. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии. — М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2002. — 98 с.
4. Зубрицкий В.Ф., Осипов И.С., Левчук А.Л. Формирование энтеро-энтероанастомоза в условиях перитонита и повышенного внутрибрюшного давления // Вест. национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. — 2010. — Т. 5, № 2. — С. 14–18.
5. Кирпатовский И.Д. Кишечный шов. — М.: Медицина, 1964. — 173 с.
6. Irvin T.T., Goliger J.C., Johnston D. A randomized prospective clinical trial of single-layer and two-layer inverting intestinal anastomoses // Br. J. Surg. — 1973. — Vol. 60. — P. 457–460.
7. Single- versus two-layer intestinal anastomosis: a meta-analysis of randomized controlled trials / S. Schikata, H. Yamagishi, Y. Taji [et al.] // BMC Surg. — 2006. — Vol. 6. — P. 1471–1476.
8. Single-layer continuous polypropylene intestinal anastomoses / E. Max, W.B. Sweeney, H.R. Bailey [et al.] // Am. J. Surg. — 1991. — Vol. 162, N 5. — P. 461–467.
9. Single-layer continuous versus two-layer interrupted intestinal anastomosis: a prospective randomized trial / J.M. Burch, R.J. Franciose, E.E. Moore [et al.] // Ann. Surg. — 2000. — Vol. 231, N 6. — P. 832–837.

**Сведения об авторах**

**Мугатасимов Ильдар Габдулхайевич** – врач-хирург МБЛПУ «Городская клиническая больница № 1» (654057, г. Новокузнецк, ул. Бардина, 28; тел.: 8 (3843) 69-73-81; e-mail: mugatasimov.ildar@yandex.ru)