

Кишечный шов является понятием собирательным, и под этим термином подразумевает все виды швов, применяемых при операциях на пищеварительном тракте, глотке, пищеводе, желудке, тонкой и толстой кишках.

Требования к кишечному шву:

- накладываться с помощью круглых игл;
- сопоставлять однородные ткани;
- полностью совмещать одинаковые сегменты кишечной стенки;
- обеспечивать полную герметичность;
- обеспечивать достаточную механическую прочность;
- сближать абсолютно свободные поверхности, не спаянные с соседними тканями (шов, наложенный на натянутых тканях, приводит к несостоятельности в среднем на 3—4-й день после операции);
- сохранять васкуляризацию соединённых поверхностей (нити должны проводиться параллельно сосудам кишечника);
- обеспечивать безукоризненный гемостаз сшиваемых поверхностей;
- минимально сужать просвет кишки.

КЛАССИФИКАЦИЯ КИШЕЧНЫХ ШВОВ

По отношению к просвету кишки:

- I. Непроникающие (асептические) швы - нить не проникает в просвет кишки.
 - Серозный шов - захватывается только серозная оболочка.
 - Серозно-мышечный шов - захватывается серозная и мышечная оболочки.
 - Серозно-мышечно-подслизистый шов - без захвата слизистой оболочки.

II. Проникающие (инфицированные) швы - нить проходит через слизистую оболочку и находится в просвете кишки.

- Сквозной кишечный шов, проведённый через все слои стенки полого органа.
- Мышечно-подслизисто-слизистый шов.
- Подслизисто-слизистый шов.
- Шов слизистой оболочки.

По методике наложения различают:

- отдельные узловые швы;
- П-образные швы;
- непрерывные (накладывают одной длинной нитью) швы;
- непрерывно-узловые (накладывают двумя концами одной длинной нити, которую после каждого стежка завязывают в узел) швы.

По сопоставлению тканей после затягивания шва различают:

- краевые швы (в шов проходит край разреза стенки кишки);
- вворачивающие швы, обеспечивающие соприкосновение сшиваемых участков серозными оболочками;
- выворачивающие швы, обеспечивающие соприкосновение сшиваемых участков слизистыми оболочками;
- комбинированные вворачивающе-выворачивающиеся швы.



По количеству рядов:

- Однорядные кишечные швы с использованием рассасывающихся нитей считают оптимальным способом зашивания раны кишки. К ним можно отнести однорядные швы с захватом серозно-мышечного или серозно-мышечно-подслизистого слоя стенки (шов *Ламбера*, *Пирогова*, *Матешука*)
- Многорядные кишечные швы (двух-, трёх-и даже четырёхрядные), которые захватывают либо каждый из футляров отдельно, либо оба футляра вместе.

По материалу нитей различают:

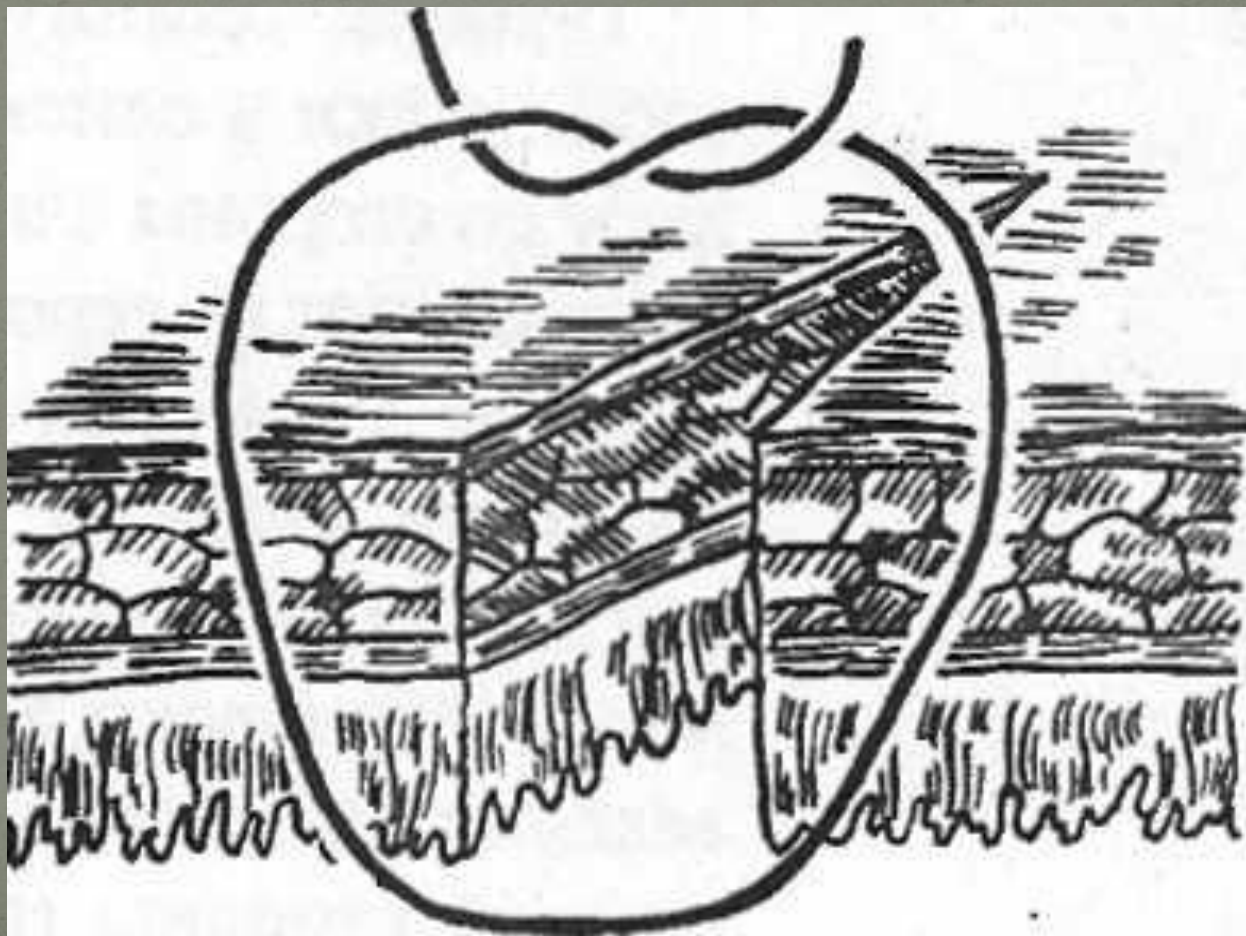
- кетгутовые,
- шёлковые,
- капроновые,
- лавсановые и другие швы.

По способу наложения швов и формирования анастомозов.

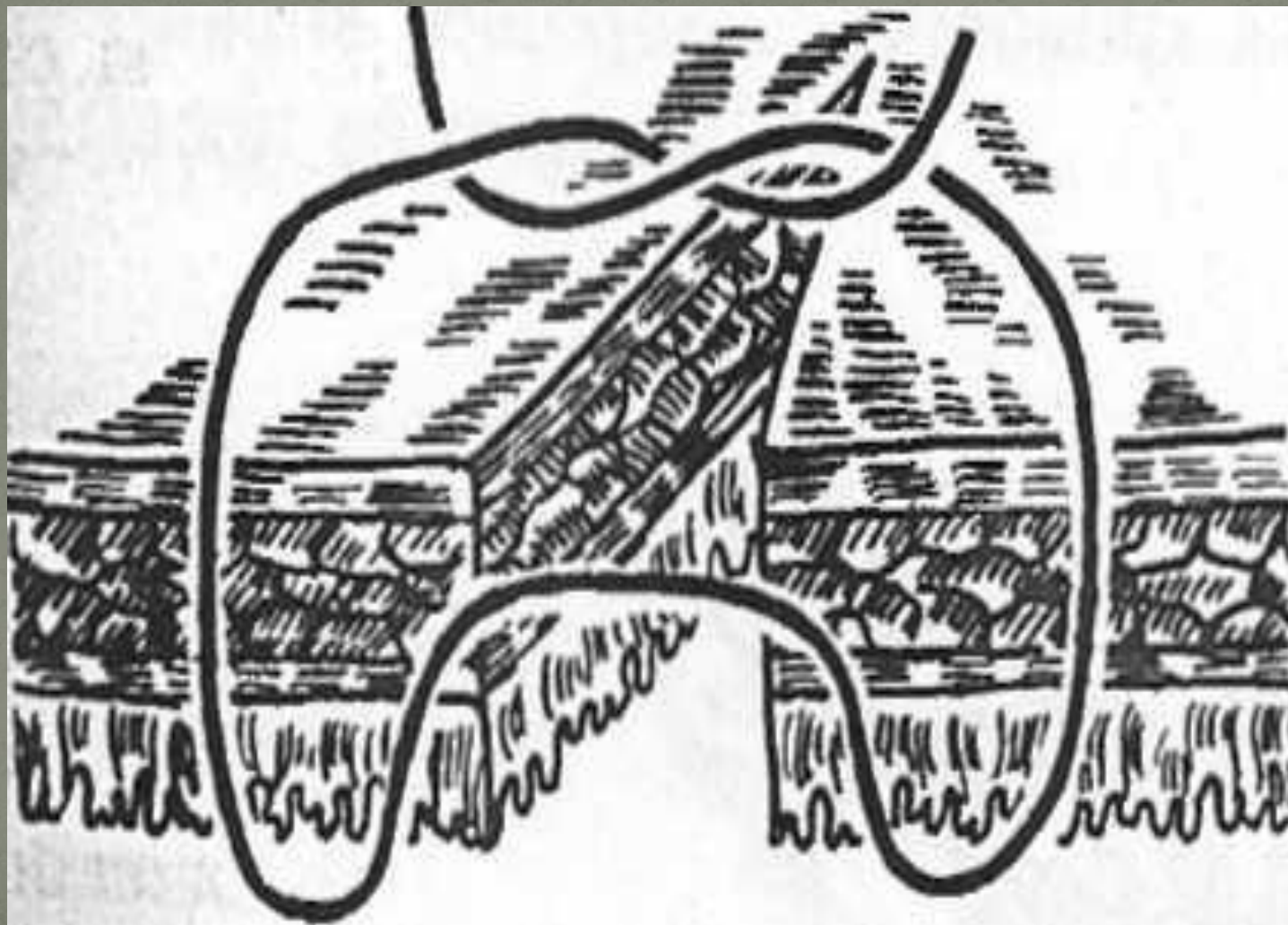
- Открытый способ, который осуществляется при вскрытом просвете полого органа.
- Закрытый способ, при котором швы накладывают до вскрытия просвета пищеварительного тракта.

СКВОЗНЫЕ (ИНФИЦИРОВАННЫЕ) ШВЫ УЗЛОВЫЕ ШВЫ

- Краевой узловой шов Жобера

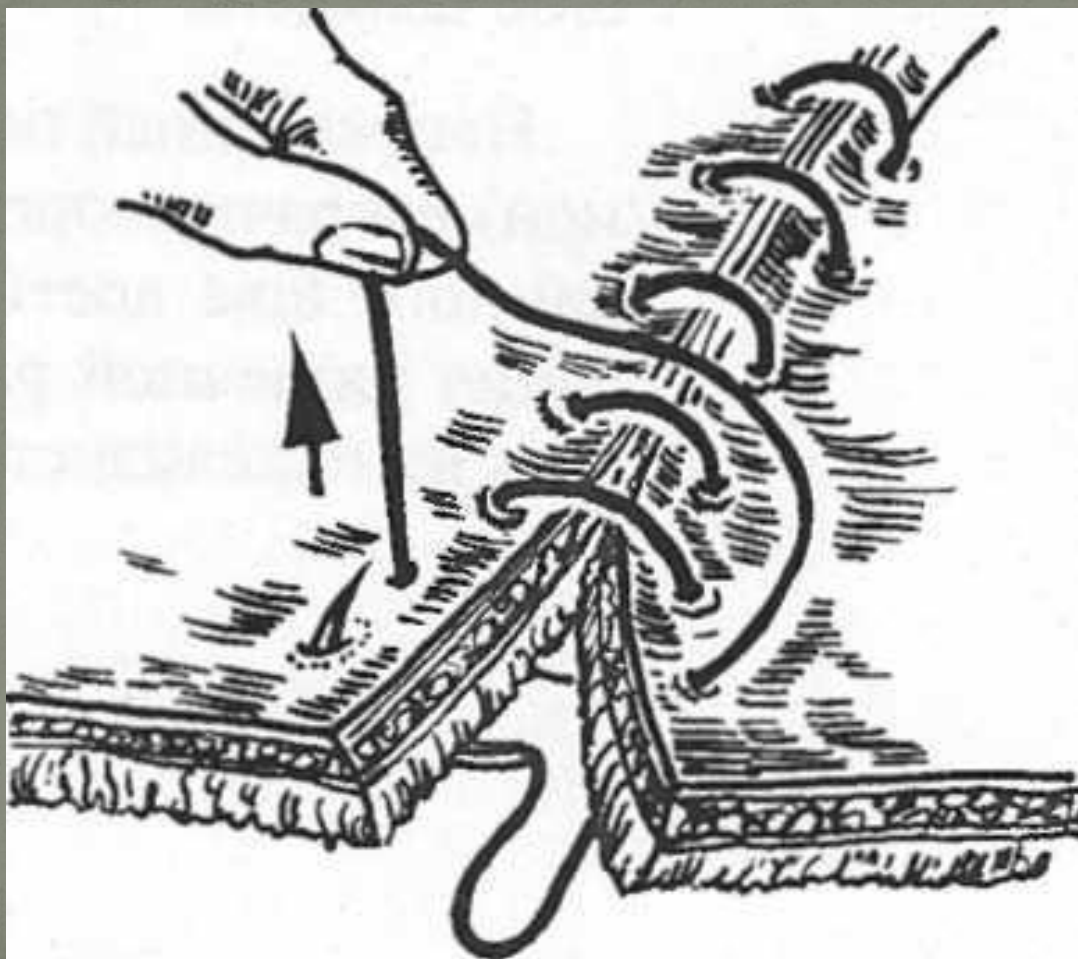


Сквозной краевой кишечный шов Гамби.

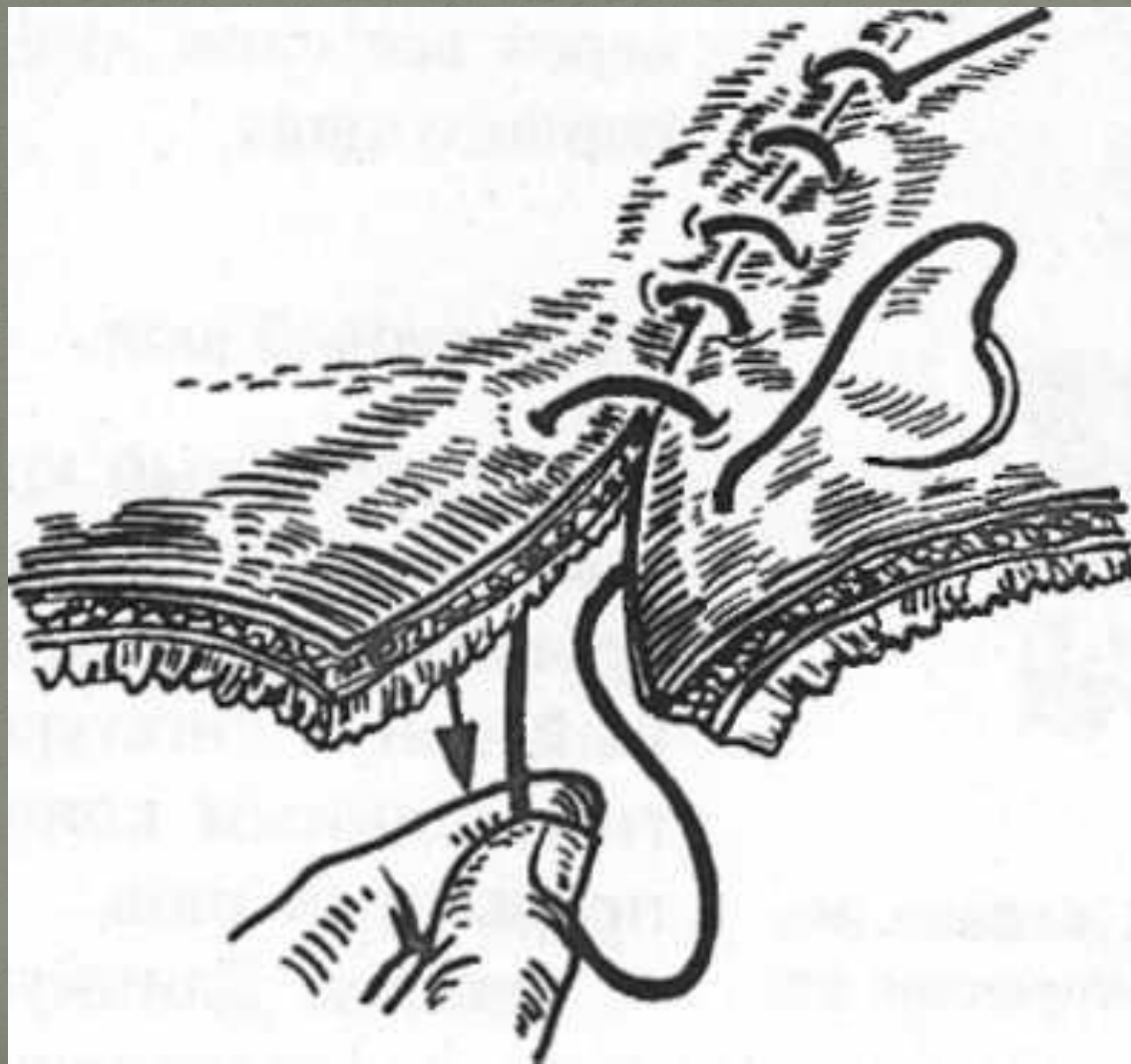


НЕПРЕРЫВНЫЕ ШВЫ

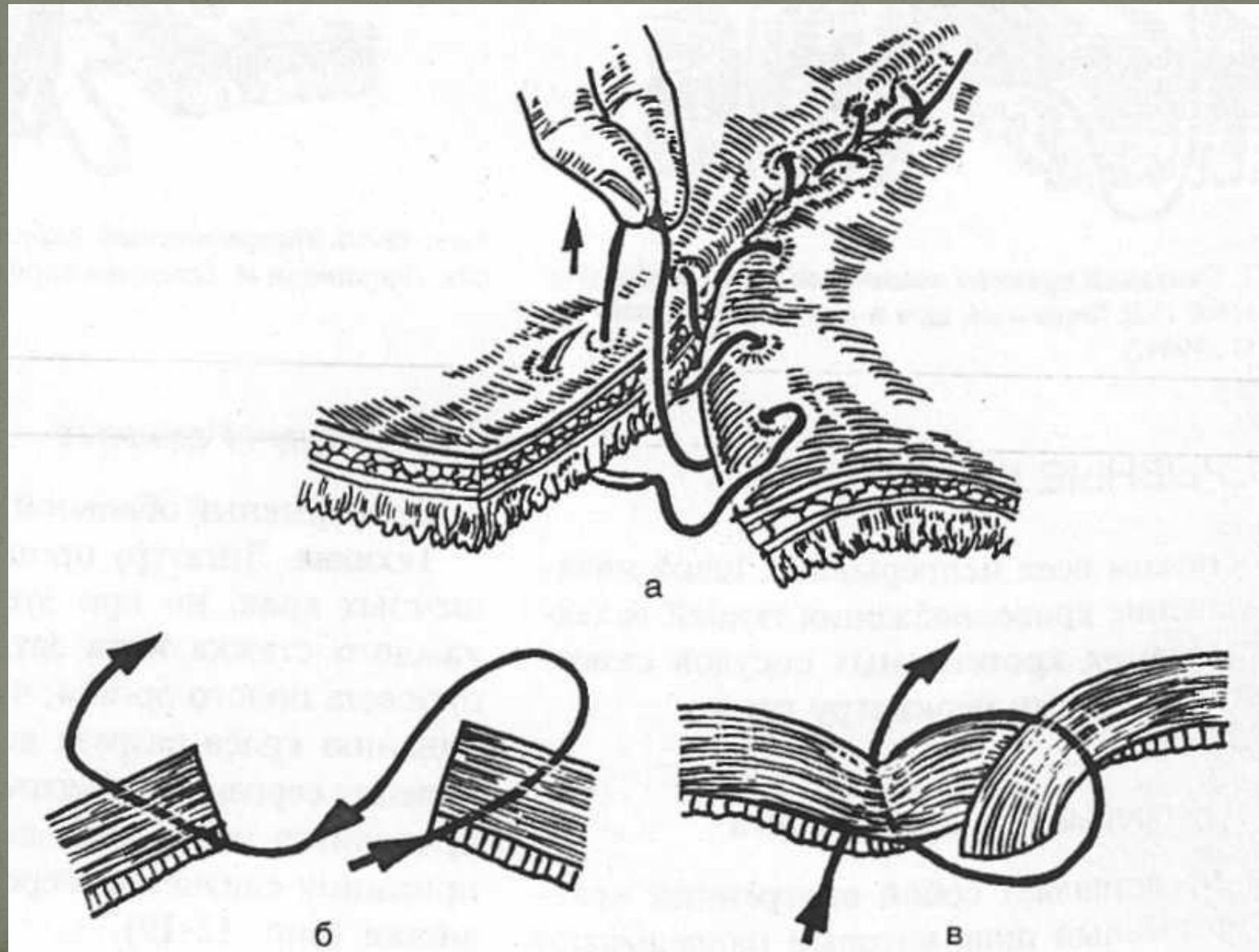
Непрерывный скорняжный кишечный шов.



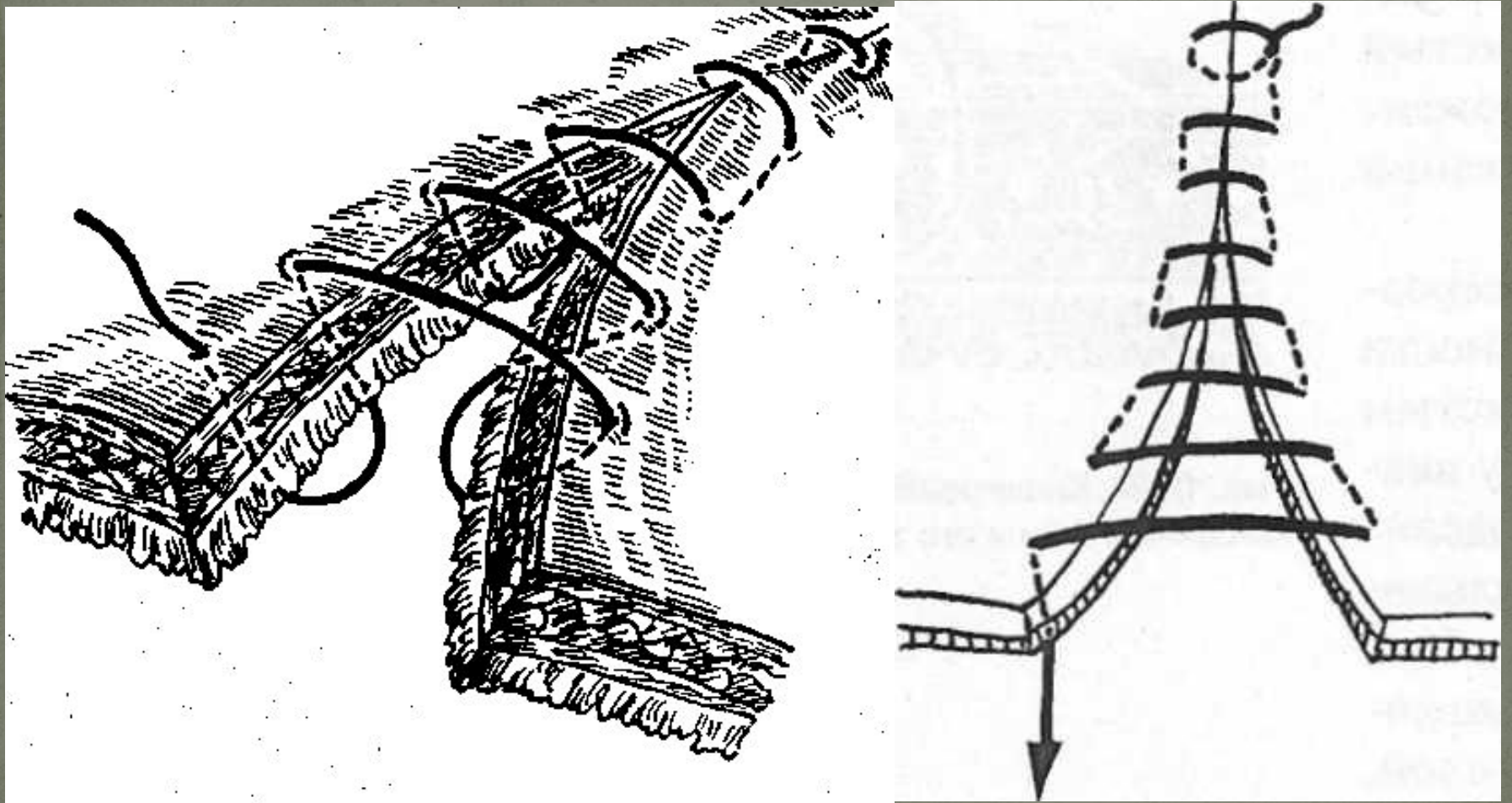
Непрерывный вворачивающий кишечный шов *Микулич- Радецкого*.



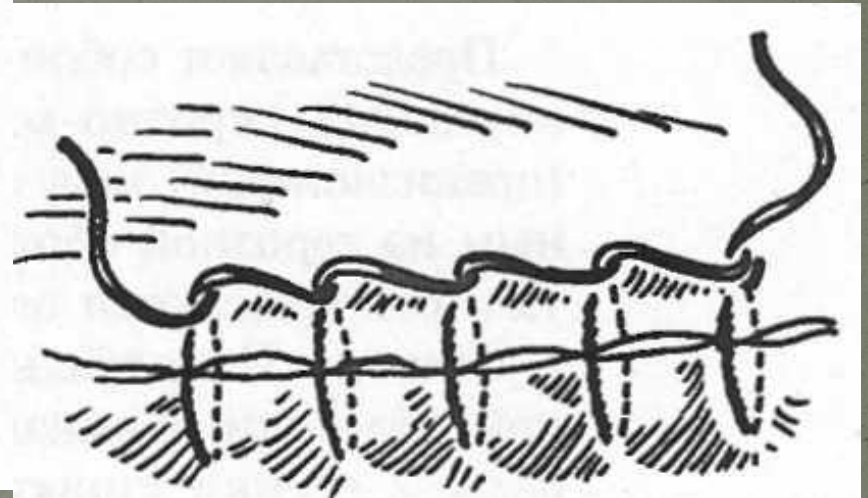
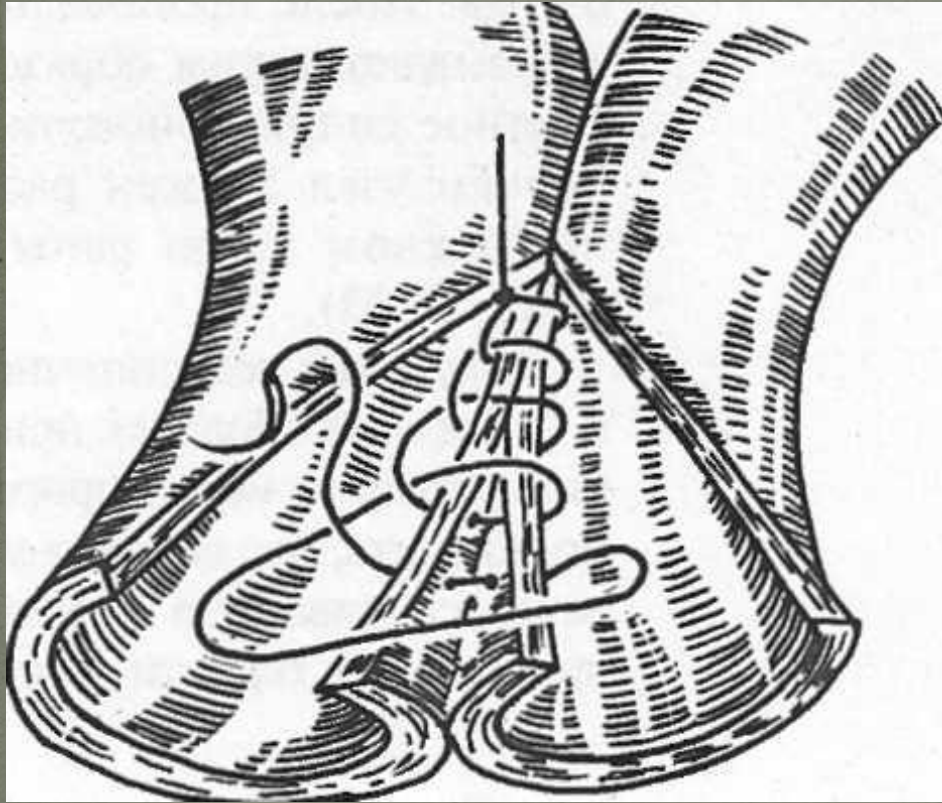
Шов Шмидена



Шов Коннеля

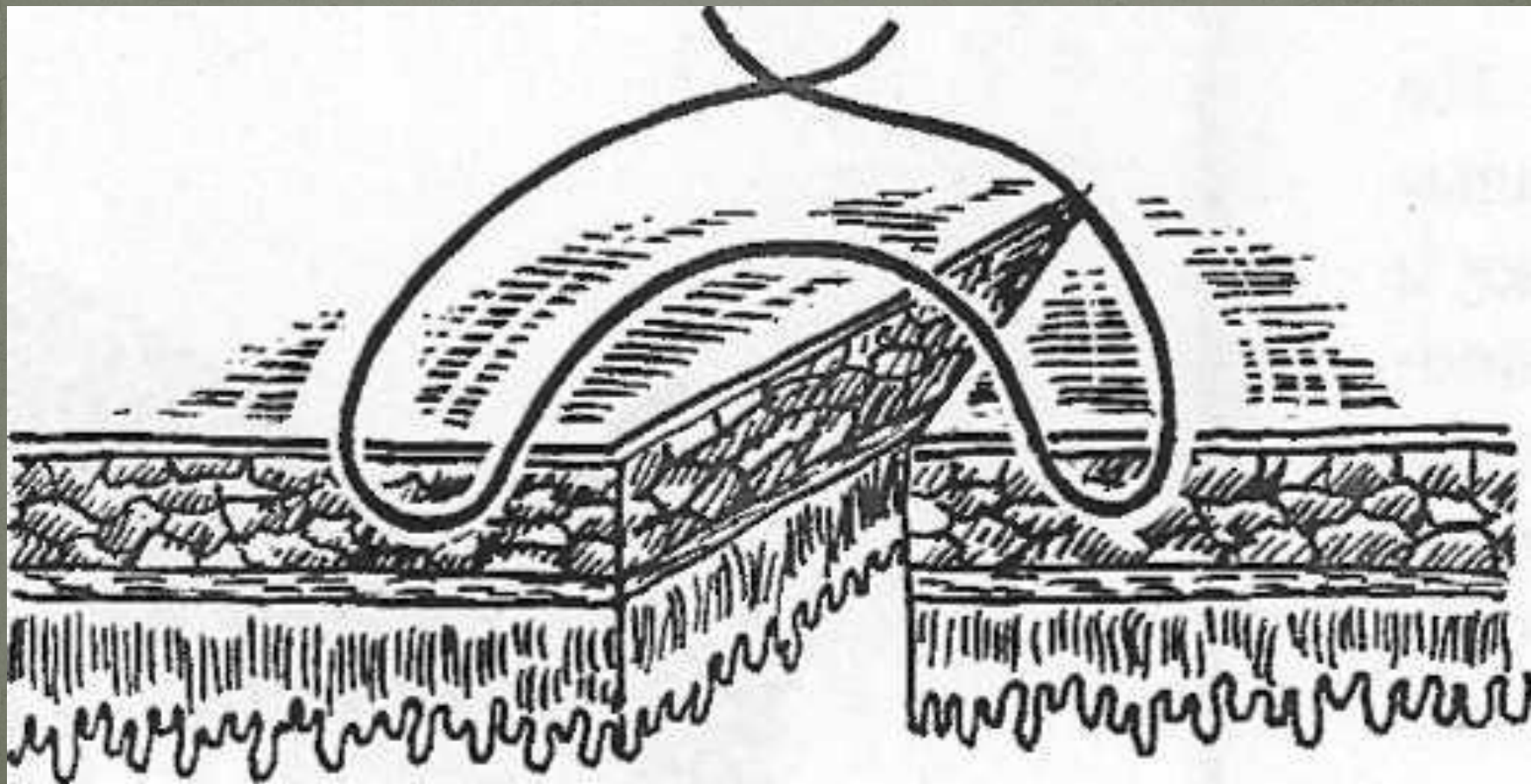


Шов Ревердена-Мультиановского

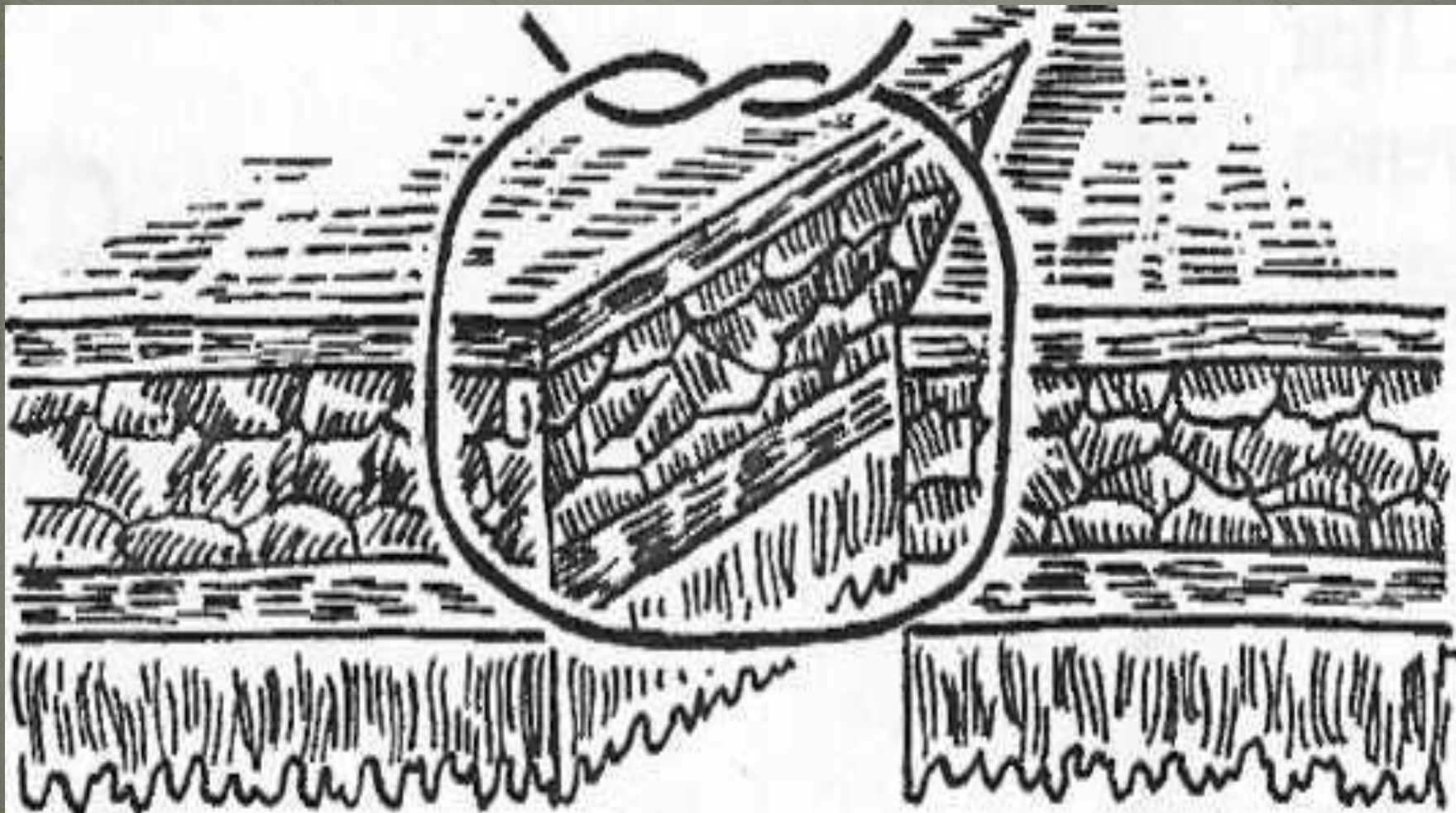


НЕПРОНИКАЮЩИЕ ШВЫ УЗЛОВЫЕ ШВЫ

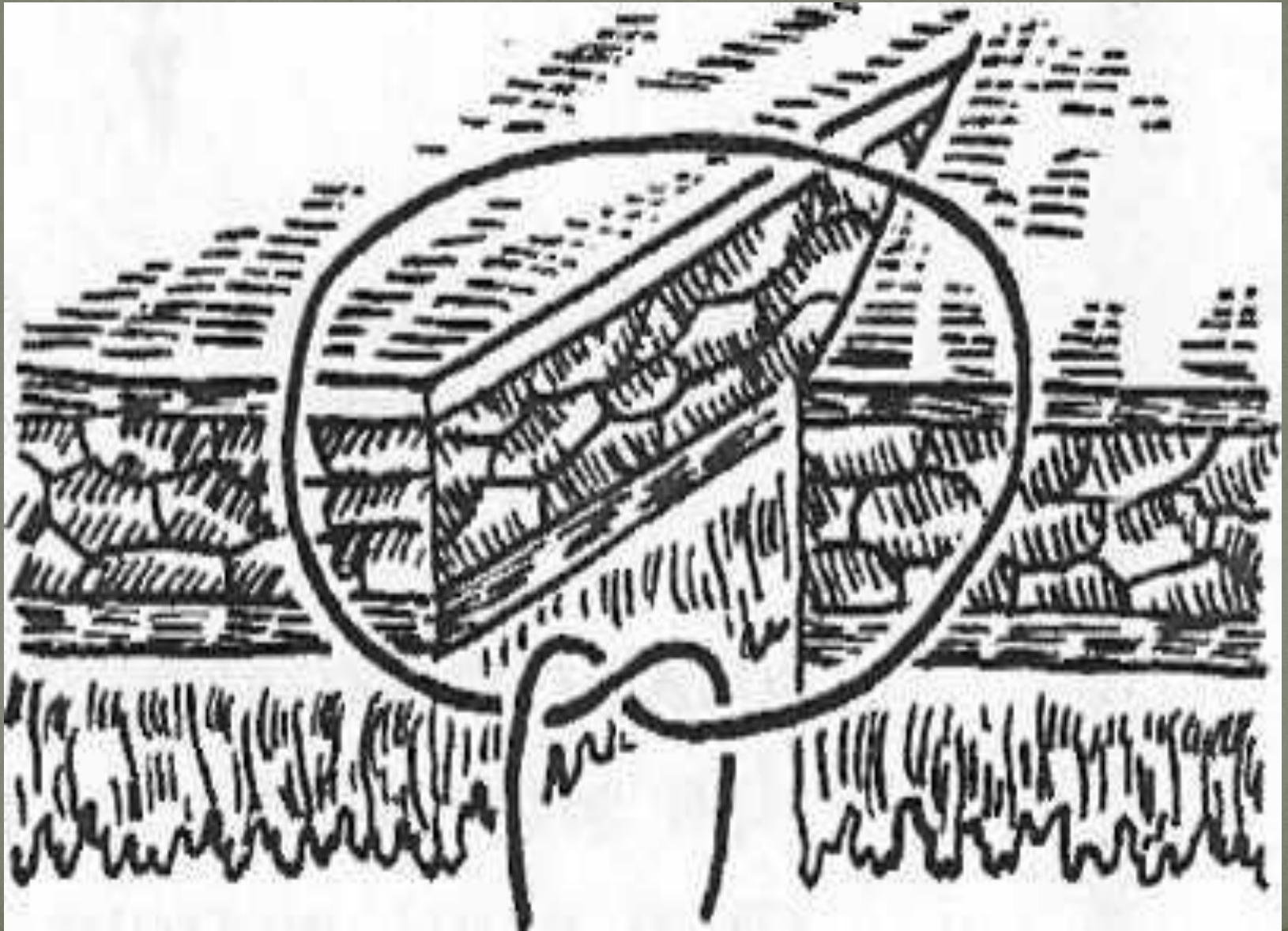
Шов Ламбера



Шов Пирогова



Шов Пирогова-Матешука

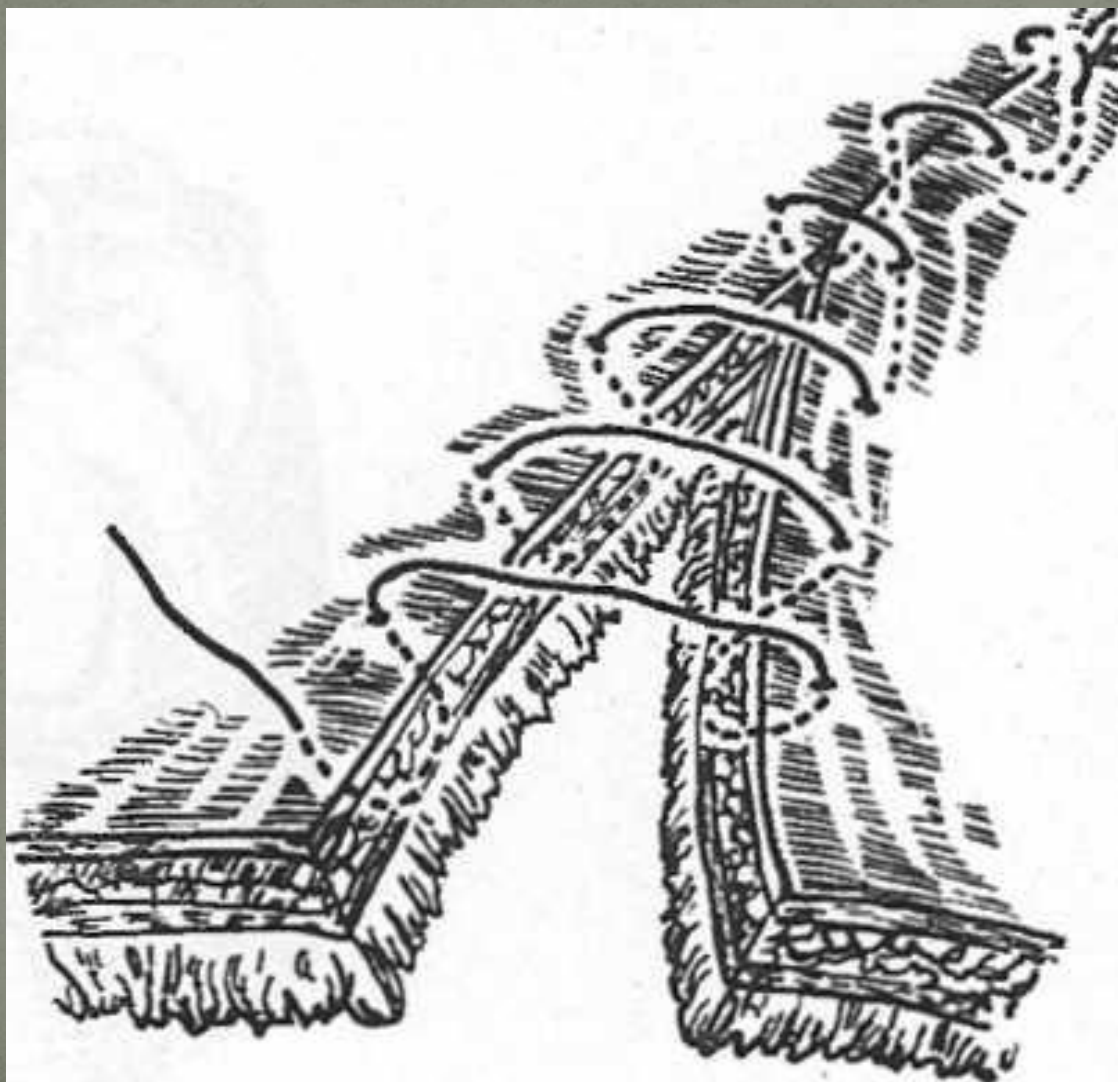


НЕПРЕРЫВНЫЕ ШВЫ

Русский шов

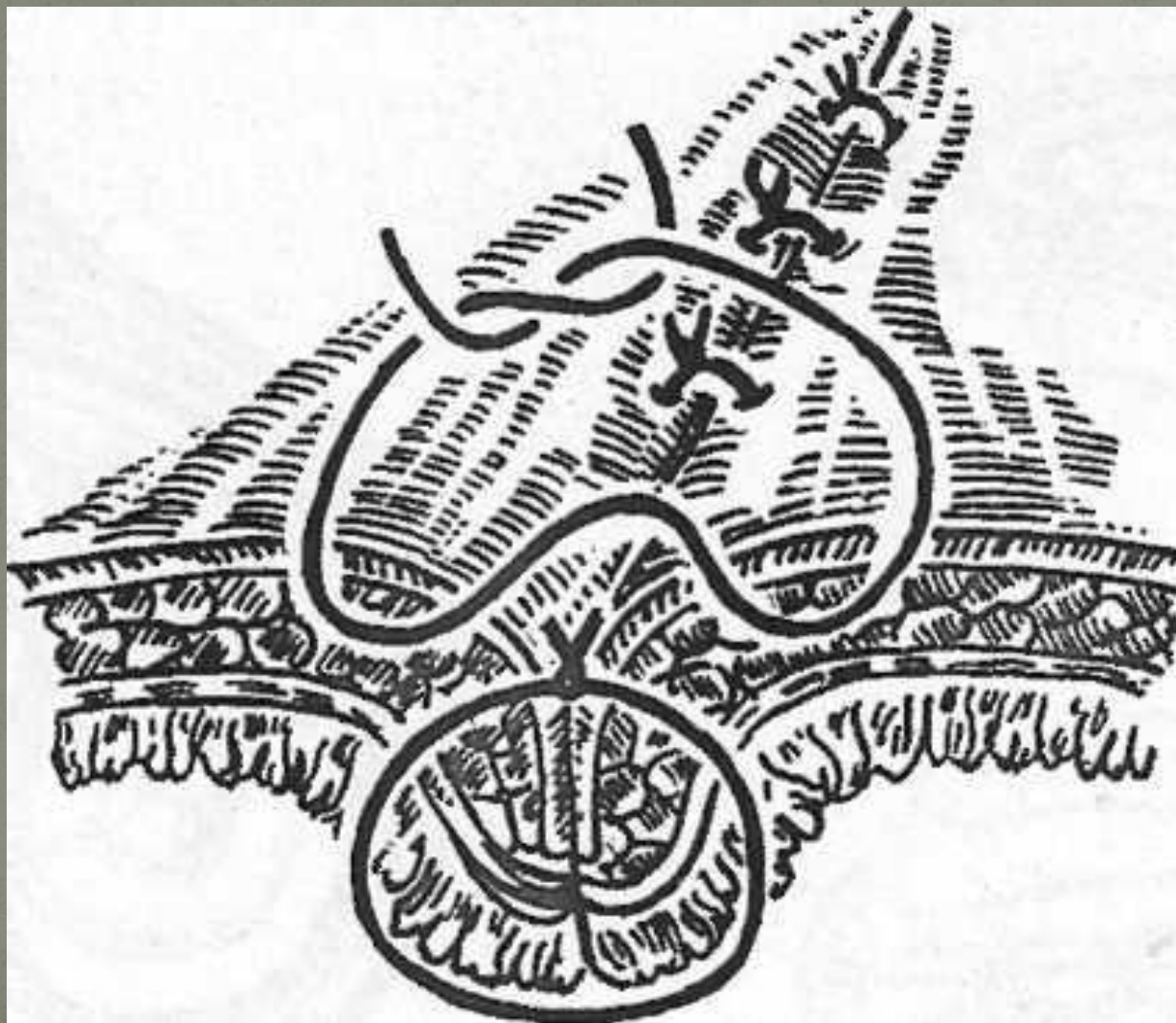


Шов кушинга

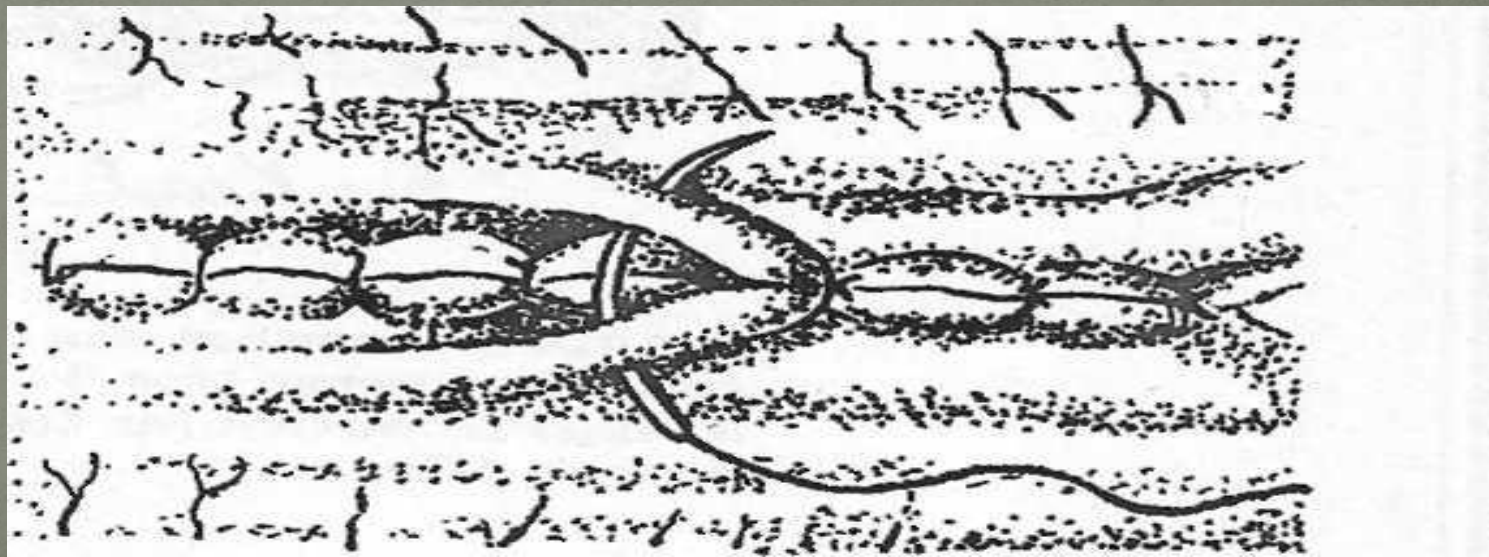
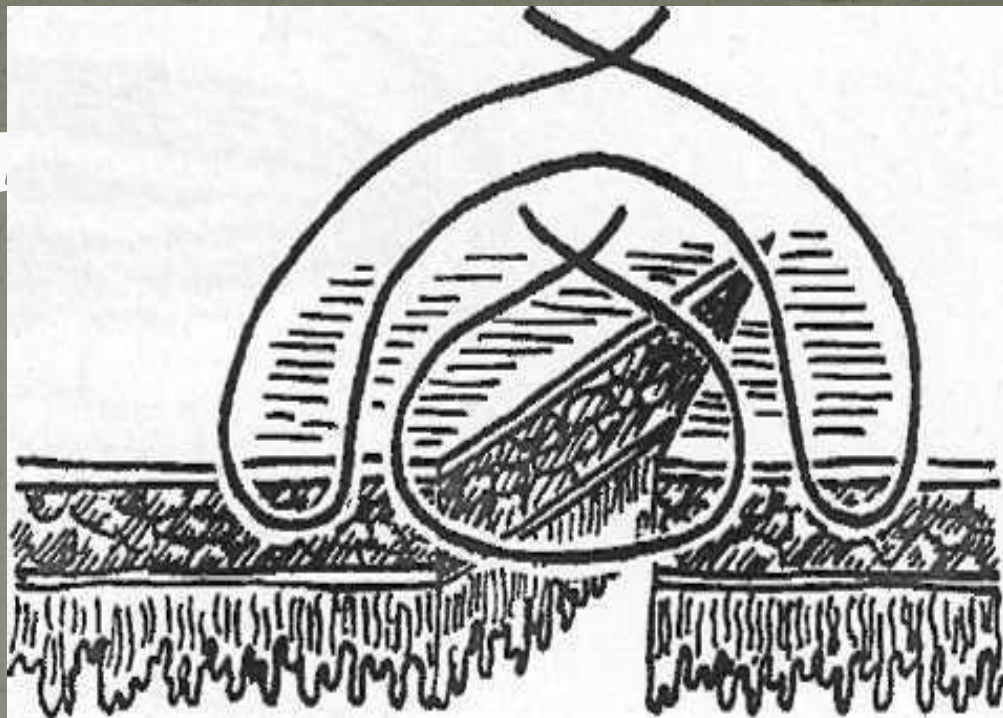


ДВУХРЯДНЫЕ ШВЫ

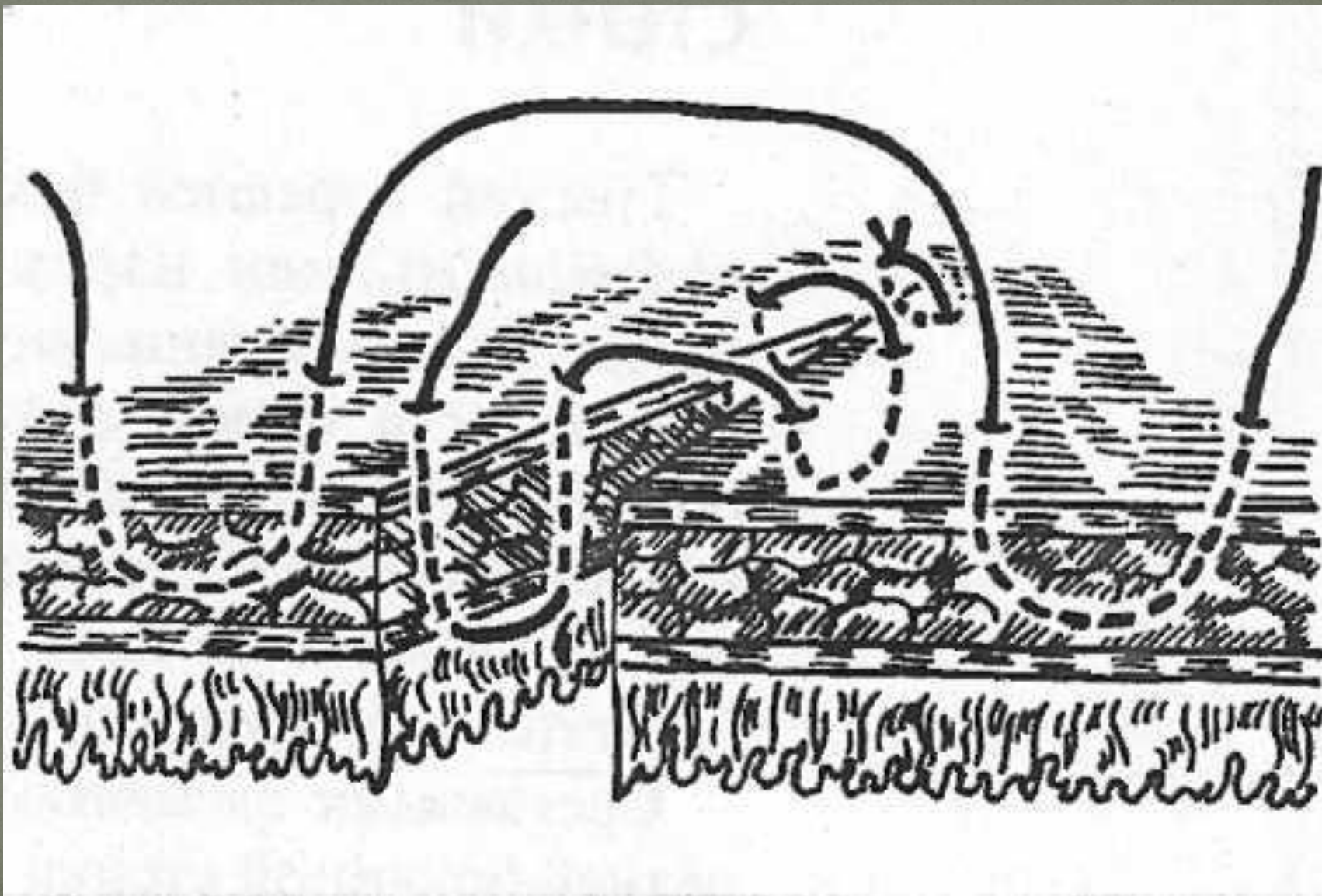
Шов Альберта



Шов Черни



Шов Курпатовского



- В 1887 году Halsted W.S. предложил методику однорядного П-образного шва. Halsted, будучи не только практическим хирургом, но и экспериментатором, считал один ряд швов для кишки оптимальным, а второй ряд - фактором более риска, чем надежности. Он был первым, кто выделил подслизистый слой как особо прочную структуру, показал ненадежность серозно-мышечных швов.

- XIX века были сделаны первые сообщения о применении однорядного непрерывного шва (Connel M., Cushing H). Однако недостатки шовного материала того времени приводили к частому развитию осложнений
- В конце XIX века появилась двухрядная методики кишечного шва (V. Czerny, 1880, E. Albert, 1881). Данный метод стал преобладающим методом соединения органов в хирургии желудочно-кишечного тракта. Однорядный узловый шов продолжал использоваться, но в основном энтузиастами. Однако экспериментальные данные не показали превосходства двухрядного шва. Чаще дело обстояло наоборот. Изучение анастомозов сформированных двухрядным швом Альберта и Черни показало, что заживление их происходит вторичным натяжением.

- Интерес к однорядному шву с новой силой возник в 50 - 60-е годы после опубликования результатов его применения В.П. Матешуком
- С конца 60-х вновь стали появляться работы о применении однорядного непрерывного шва. В 1968 году Johnson S.R. сообщил о 177 гастроэнтероанасто-мозах после резекции желудка, сформированных однорядным непрерывным швом (ОНШ) с помощью хромированного кетгута. Недостаточности соустьей не было отмечено.
- Улучшение качества шовных материалов привело к достаточно широкому распространению этой техники.

- Механическая прочность кишечной стенки обусловлена мышечным и подслизистым слоями. Способность кишечной стенки удерживать швы обусловлена исключительно свойствами подслизистого слоя, который захватывается при ОНШ.
- Подводя итог, можно сказать, что клинические работы, в которых был использован однорядный непрерывный шов, показали эту технику соединения органов как надежную, простую и легкую для освоения. Экспериментальные исследования, проведенные на животных, во многом объяснили результаты применения ОНШ, обнаружив минимальные нарушения микроциркуляции, невыраженные воспалительные и рубцовые изменения в области соустья при использовании этого метода.