

Новосибирский государственный медицинский университет  
Кафедра оперативной хирургии и  
топографической анатомии

# Кишечные швы

2011г.






История хирургии желудочно-кишечного тракта связана с поиском наиболее совершенного способа закрытия просвета полых органов. Еще за 1400 лет до нашей эры древние индусы использовали для зашивания ран кишки метод “муравьиного шва”, где шовным материалом служили челюсти муравьев, а в Китае хирург Хиа-Тао успешно производил резекции кишечника с последующим наложением анастомоза.

Одними из первых работ, которые повлияли на формирование современных представлений о желудочно-кишечном шве, были труды выдающегося американского ученого У.С. Холстеда (1887). В экспериментальных исследованиях им было выявлено, что наибольшей прочностью обладает слизисто-подслизистый слой кишечной стенки, и захват его в шов является обязательным.

Великий Н.И. Пирогов одним из первых в России применил серозно-мышечно-подслизистый шов, подчеркнув тем самым значимость подслизистого слоя в формировании межкишечного соустья.





Значительным достижением в разработке теории кишечного шва стали экспериментальные исследования и обобщения опытов хирургов, проведенные И.Д. Кирпатовским.

Согласно его теории стенка любого пищеварительного органа состоит из двух слоев (футляров).

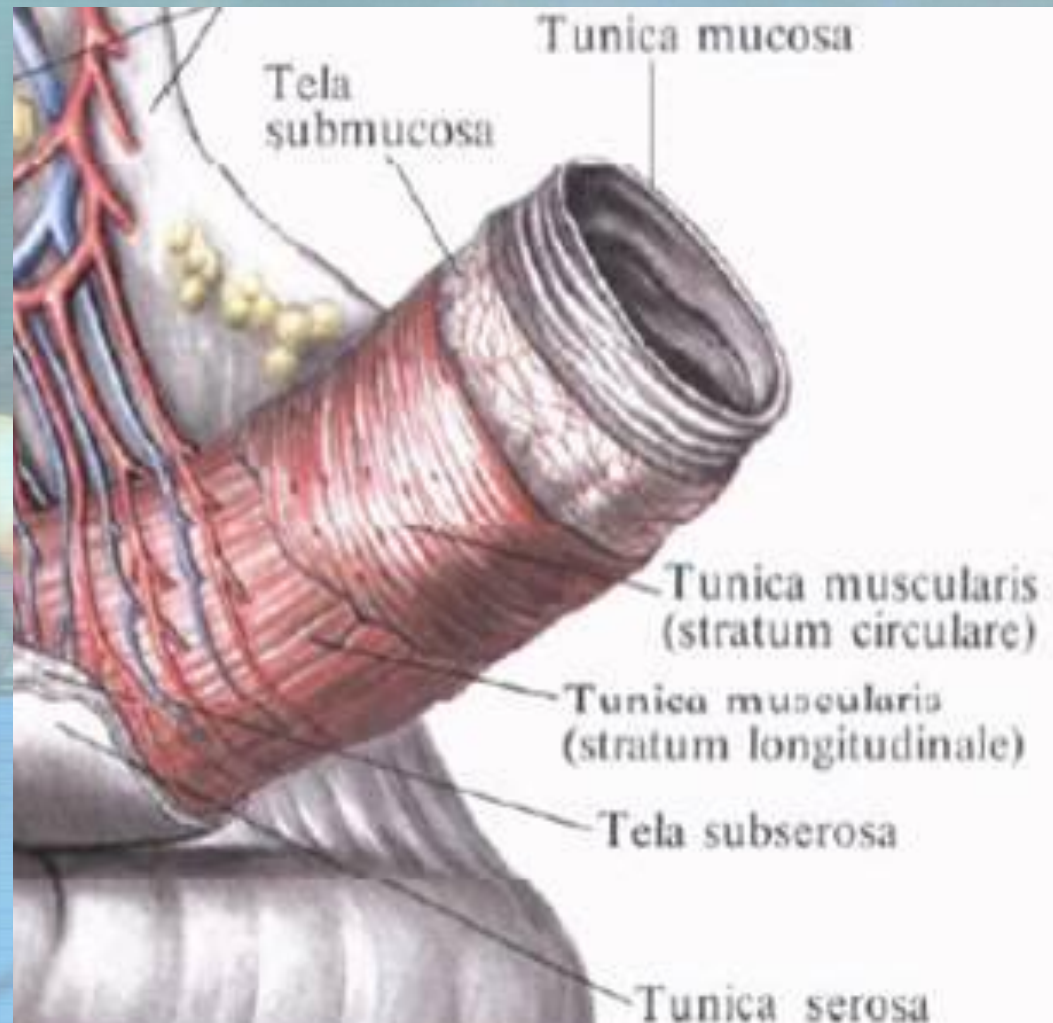
Он доказал, что при сопоставлении каждого из этих слоев, можно добиться заживления кишечного шва по типу первичного натяжения.

# Футлярный принцип

строения стенок пищеварительного канала

✓ наружный футляр,  
состоящий из серозной и  
мышечной оболочек;

✓ внутренний футляр,  
образованный слизистой  
и подслизистой  
оболочками.





# **Значение каждой оболочки при наложении шва:**

серозная оболочка обеспечивает герметичность;

мышцы придают эластичность линии швов;

подслизистая - обеспечивает механическую прочность шва, а также его хорошую васкуляризацию;

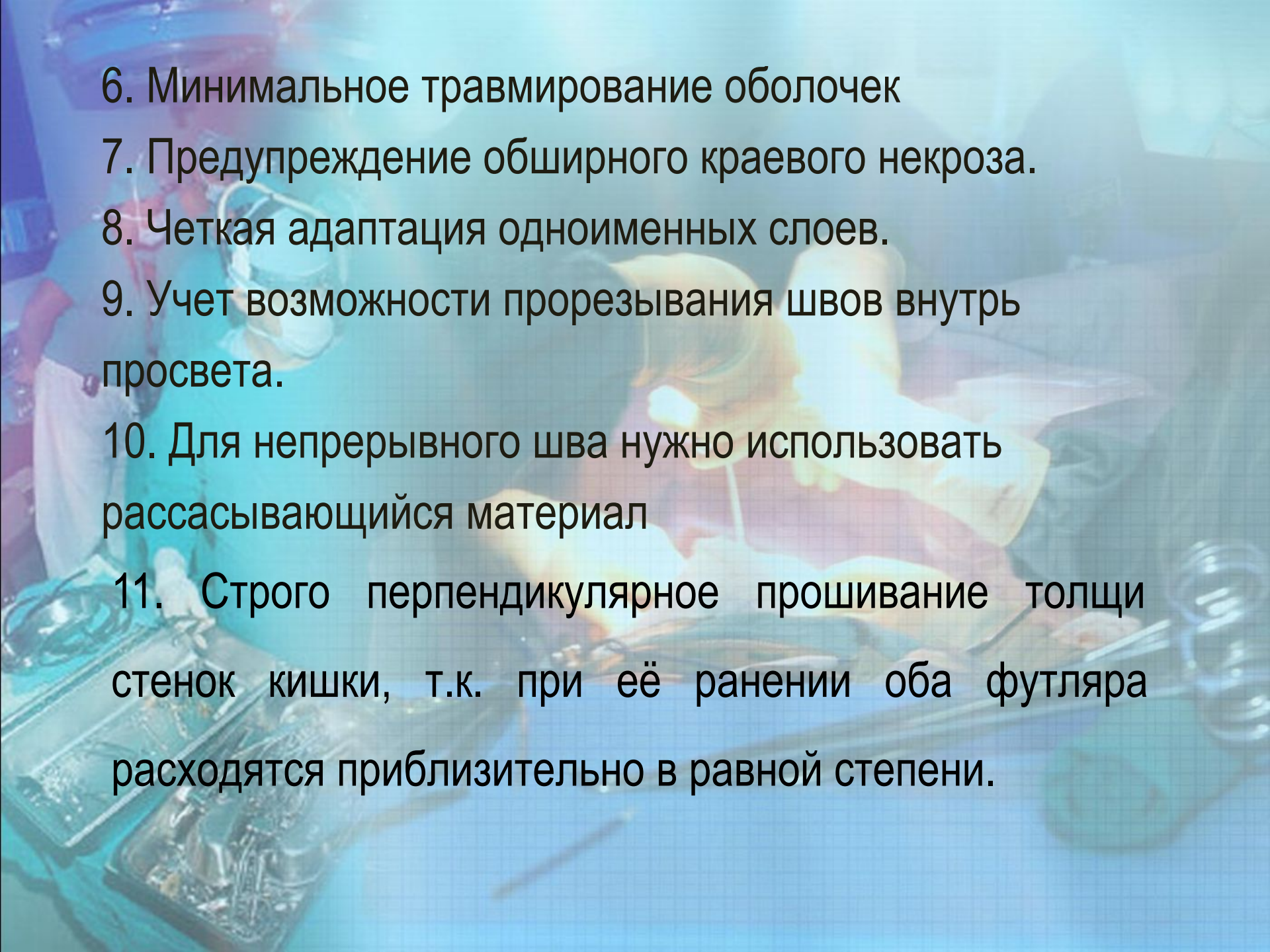
слизистая оболочка важна для достижения надежного гемостаза и хорошей адаптации краев раны.

# Основные требования, предъявляемые к кишечному шву

1. Герметичность
2. Гемостатические свойства
3. Учет футлярного принципа строения стенок пищеварительного тракта.
4. Необходимая прочность по линии соединения .
- 5 Обеспечение заживления краев раны первичным натяжением.





- 
6. Минимальное травмирование оболочек
  7. Предупреждение обширного краевого некроза.
  8. Четкая адаптация одноименных слоев.
  9. Учет возможности прорезывания швов внутрь просвета.
  10. Для непрерывного шва нужно использовать рассасывающийся материал
  11. Строго перпендикулярное прошивание толщи стенок кишки, т.к. при её ранении оба футляра расходятся приблизительно в равной степени.

# *Виды соединения краев тонкой кишки*

***Ручной шов***

***Компрессионный***

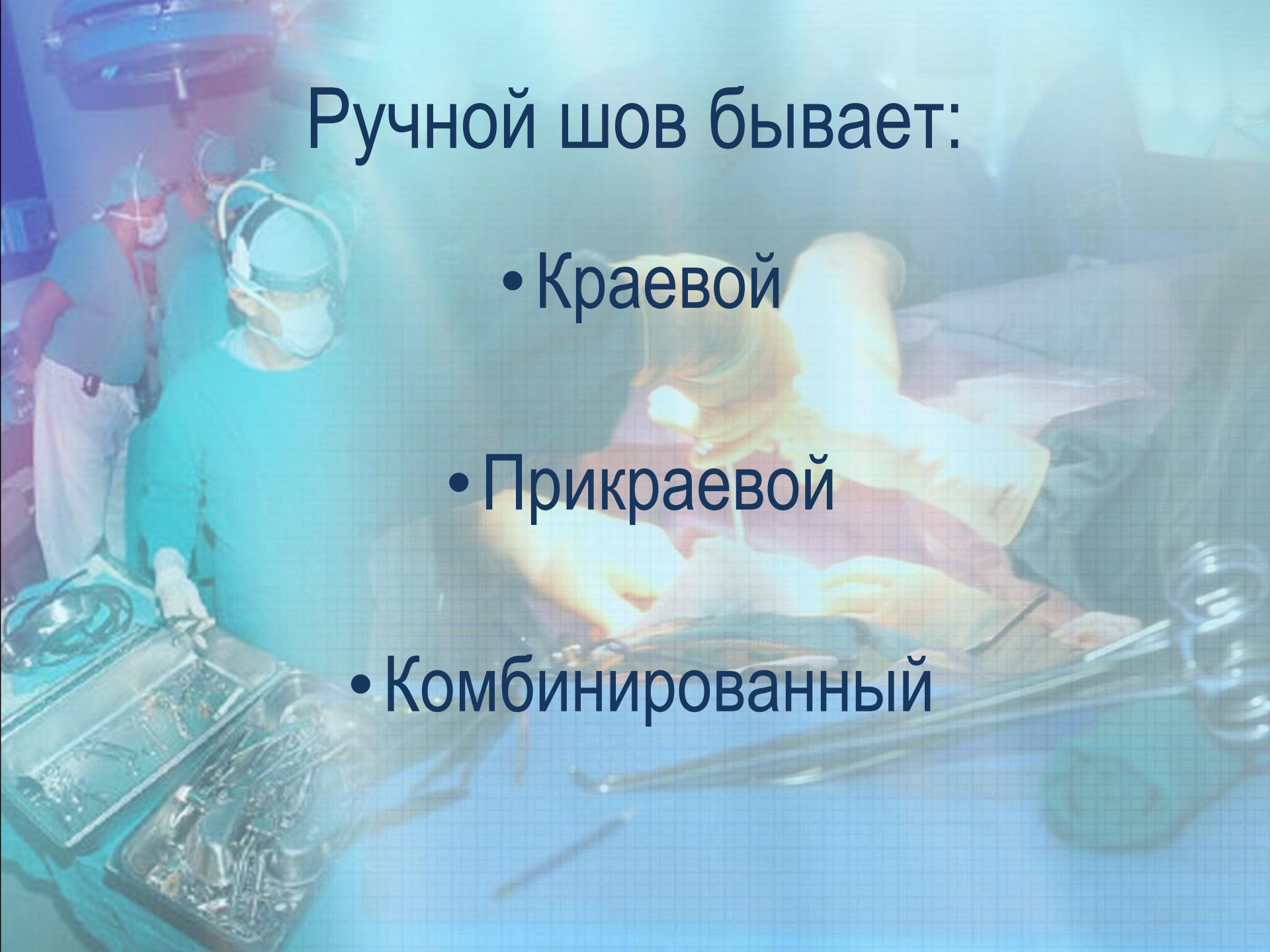
***Механический шов***

***Бесшовный анастомоз***



# Ручной шов бывает:

- Краевой
- Прикраевой
- Комбинированный



# Краевые швы

## Однофутлярные

Серозно-мышечный шов с узлами на поверхности органа по Биру

Серозно-мышечный шов с узлами, направленными в сторону просвета органа, - шов Матешука

## Двухфутлярные

Серозно-мышечно – подслизистый по Пирогову

Сквозной шов Жели



Сквозные швы могут выполняться:

- в виде кругового узлового шва;
- в виде непрерывного шва.

обивной

матрачный

**Непрерывный  
сквозной шов**

обивной с  
захлёстом  
(Ревердена)

Вворачивающий  
шов Шмидена

# «Прикраевые» швы

Двухстежковый серо-серозный (серозно-мышечный) узловой шов Ламбера

Непрерывный объёмный серозно-мышечный шов

Плоскостные серозно-мышечные швы: кисетный, полукисетный, П-образный, Z-образный



# Комбинированные швы

*Шов Черни*

- краевой серозно-мышечный
- «прикраевой» серозно-мышечный

*Шов  
И.Д.Кирпатовского*

- краевой шов за подслизистую
- краевой серозно-мышечный шов

*Шов Альберта*

- краевой сквозной шов Жели
- «прикраевой» шов Ламбера

*Шов Туше*

- краевой сквозной шов с узлами, обращёнными в просвет кишки
- «прикраевой» шов Ламбера