

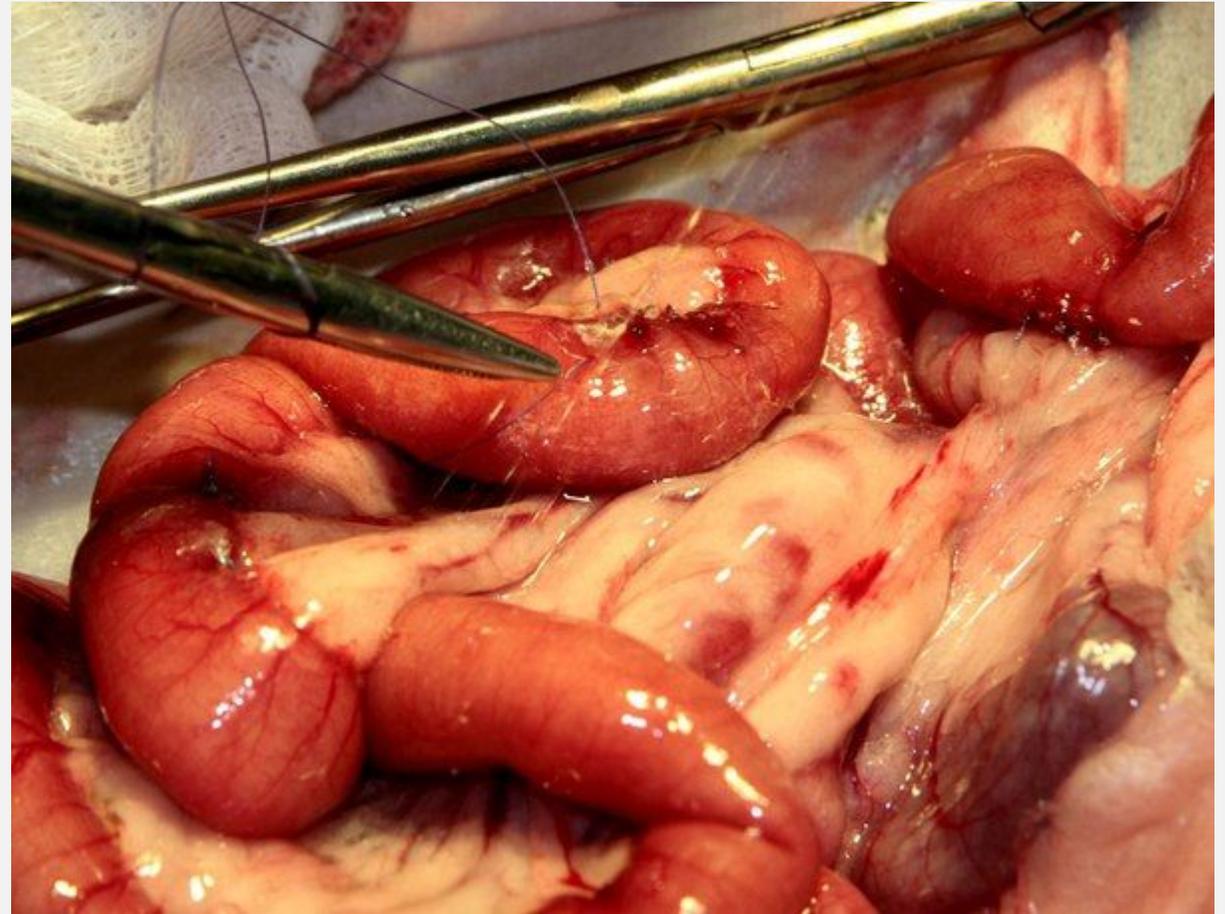
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ
ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)

ПРЕЗЕНТАЦИЯ НА ТЕМУ : «КИШЕЧНЫЕ ШВЫ».

Выполнила
студентка 406 группы
лечебного факультета
Арендарчук А.В.

Тюмень, 2018.

- Кишечный шов является понятием собирательным, и под этим термином подразумевают все виды швов, применяемых при операциях на пищеварительном тракте, глотке, пищеводе, желудке, тонкой и толстой кишках.
- Основная задача хирурга при операциях на желудочно-кишечном тракте сводится к удалению патологического очага, восстановлению целостности пищеварительного тракта после операции и герметизации просвета полого органа с целью предупреждения выхода инфицированного содержимого в брюшную полость.



При наложении кишечных швов необходимо соблюдать определённые требования.

Кишечный шов должен:

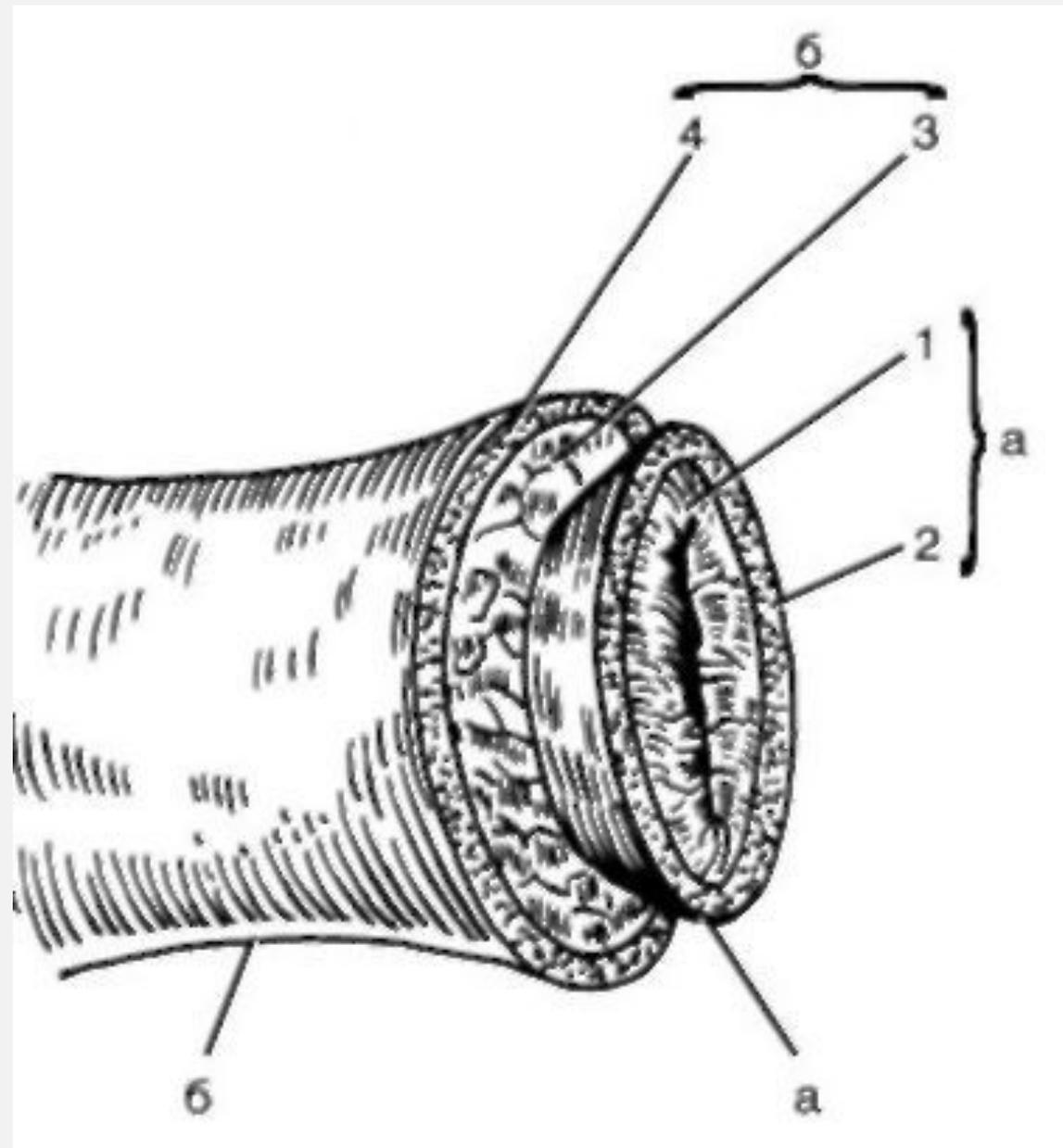
- полностью совмещать одинаковые сегменты кишечной стенки;
- обеспечивать полную герметичность;
- обеспечивать достаточную механическую прочность;
- сближать абсолютно свободные поверхности, не спаянные с соседними тканями (шов, наложенный на натянутых тканях, приводит к несостоятельности в среднем на 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.

1. Соединенные поверхности серозной оболочки через 12 -14 ч прочно склеиваются между собой.
2. Через 24-48 ч серозные слои прочно срастаются. Таким образом, наложение швов на серозную оболочку обеспечивает герметичность кишечного шва. Для обеспечения герметичности частота таких швов должна быть не реже 4 стежков на 1 см длины (шаг шва 2,5 мм);
3. В целях уменьшения травматического воздействия на серозную оболочку обязательно применение нитей небольшой толщины и постоянного диаметра (шелк, синтетические нити).
4. Гладкие мышцы придают эластичность линии швов, и поэтому захватывание мышечной оболочки является неизменным атрибутом практически любого вида кишечного шва.
5. Соединение подслизистой оболочки обеспечивает механическую прочность шва, а также его хорошую васкуляризацию.
6. Скрепление краев слизистой оболочки важно для достижения следующих эффектов: надежного гемостаза; хорошей адаптации краев раны.
7. Через линию шва слизистой оболочки возможно распространение инфекции на всю толщу кишечной или желудочной стенки, а также в полость брюшины.

С практической точки зрения стенку пищеварительного канала можно рассматривать как состоящую из двух футляров: внутреннего и наружного.

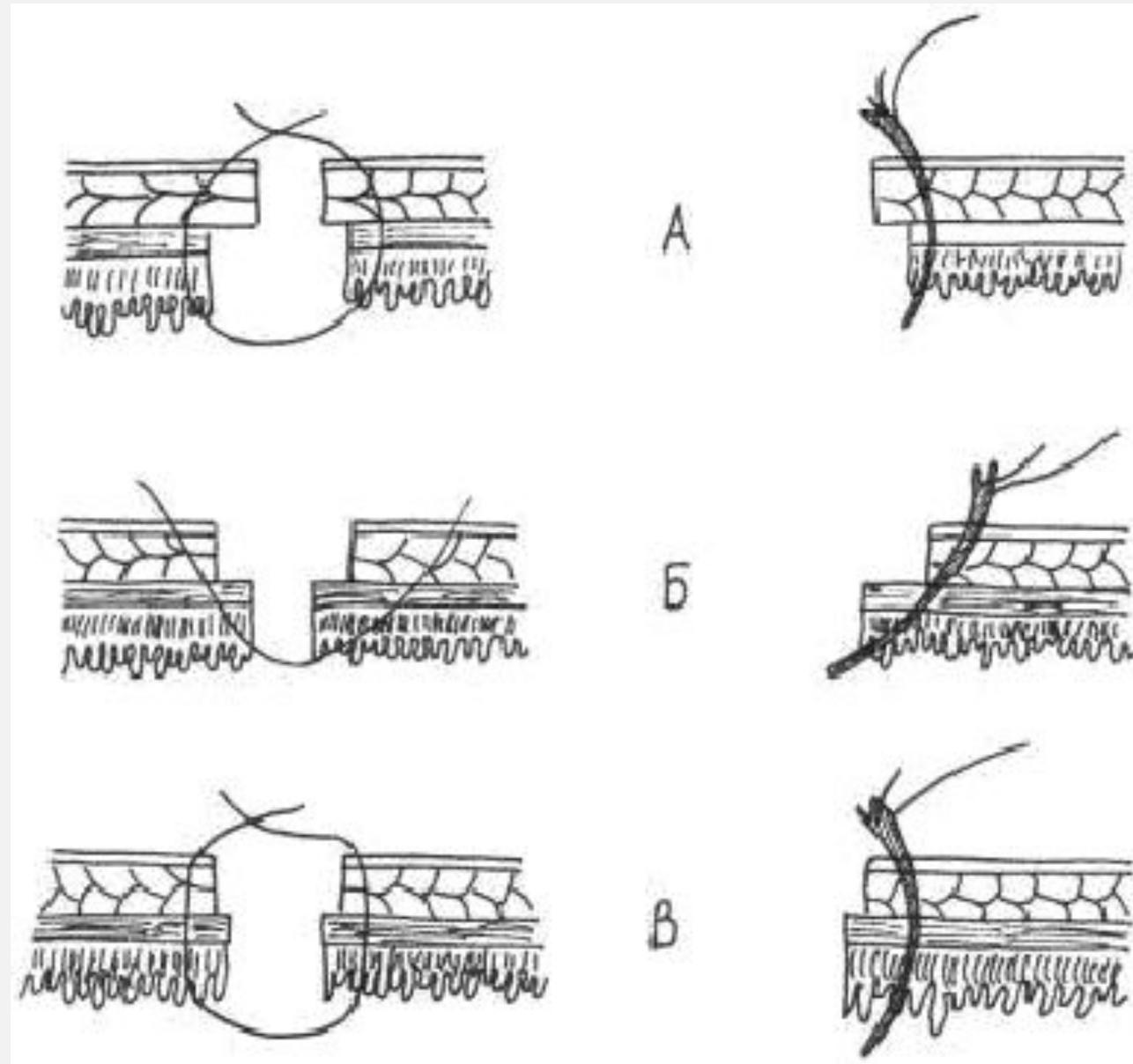
а - внутренний футляр: 1 -слизистая оболочка. 2 - подслизистый слой;

б - наружный футляр: 3 - мышечная оболочка, 4 - серозная оболочка.



Внутренний и наружный футляры подвижны относительно друг друга.

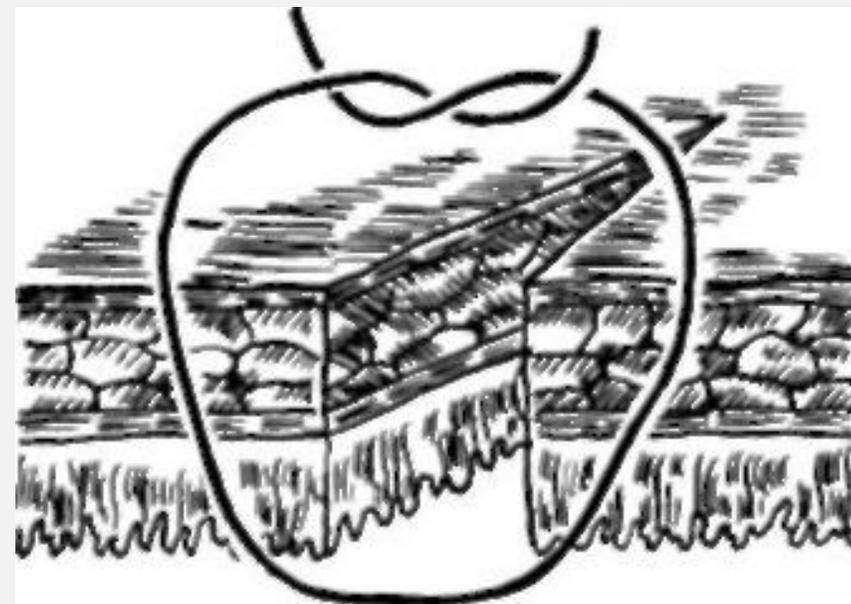
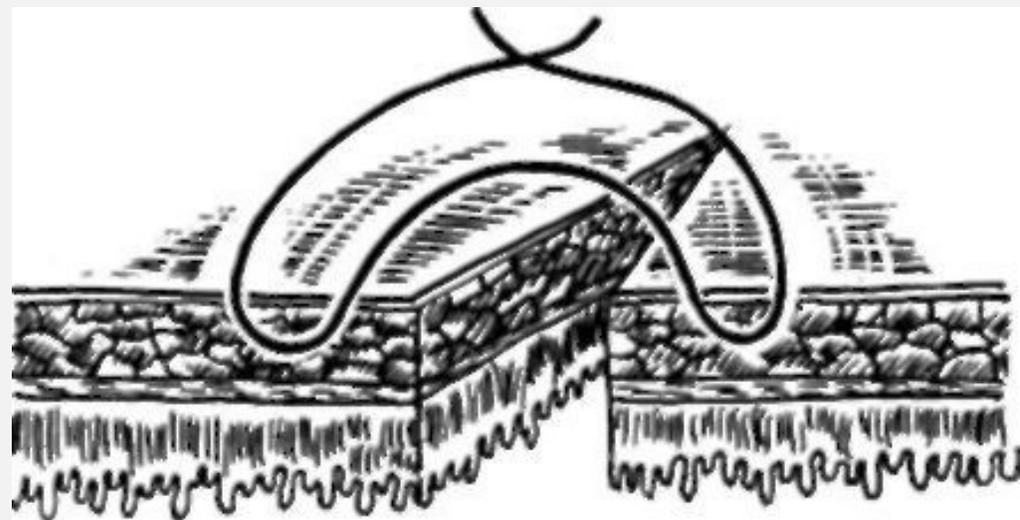
1. При рассеченной стенке пищевода в наибольшей степени сокращается внутренний футляр — подслизистая и слизистая оболочки.
2. При повреждении стенки желудка в наибольшей степени в стороны от разреза смещается наружный футляр — серозная и мышечная оболочки.
3. При ранении тонкой и толстой кишки оба футляра сочетанно расходятся приблизительно в равной степени.



По отношению к просвету кишки выделяют непроникающие и проникающие кишечные швы.

- 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.
- 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.

Кишечный шов Ламбера.



Сквозной краевой кишечный шов Жобера.

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.

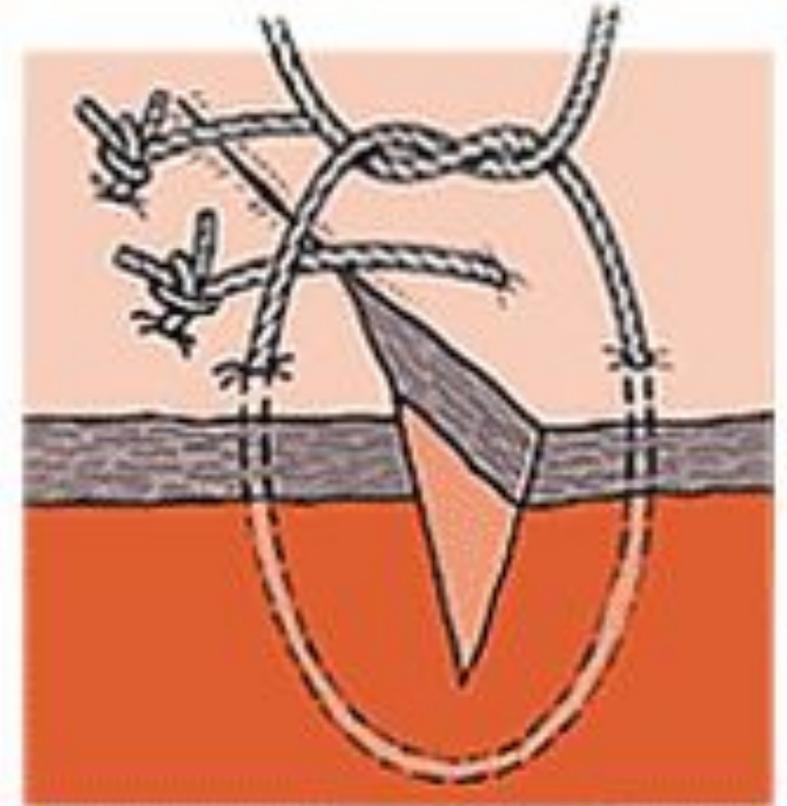
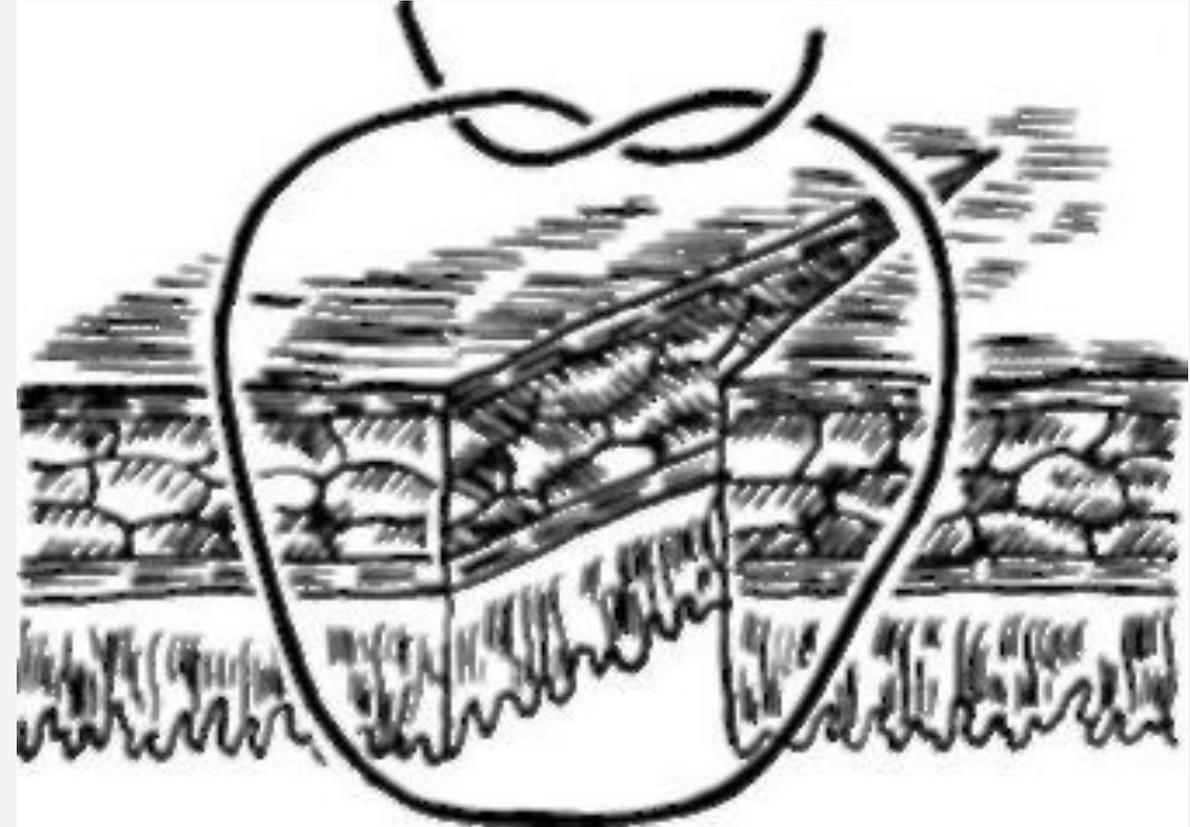


Рис. 2. Простой узловый шов.

СКВОЗНЫЕ (ИНФИЦИРОВАННЫЕ) ШВЫ

Краевой узловой шов Жобера

Техника. Иглу вкалывают на расстоянии 1 см от края раны со стороны серозной оболочки и выкалывают у края слизистой оболочки. На другом краю раны эту же нить проводят со стороны слизистой оболочки, вкалывая иглу у самого края раны и выкалывая на серозной оболочке на расстоянии 1 см от края. При завязывании узла захватываемый в шов избыток тканей наружного футляра способствует вворачиванию краёв раны и соприкосновению их серозных оболочек.

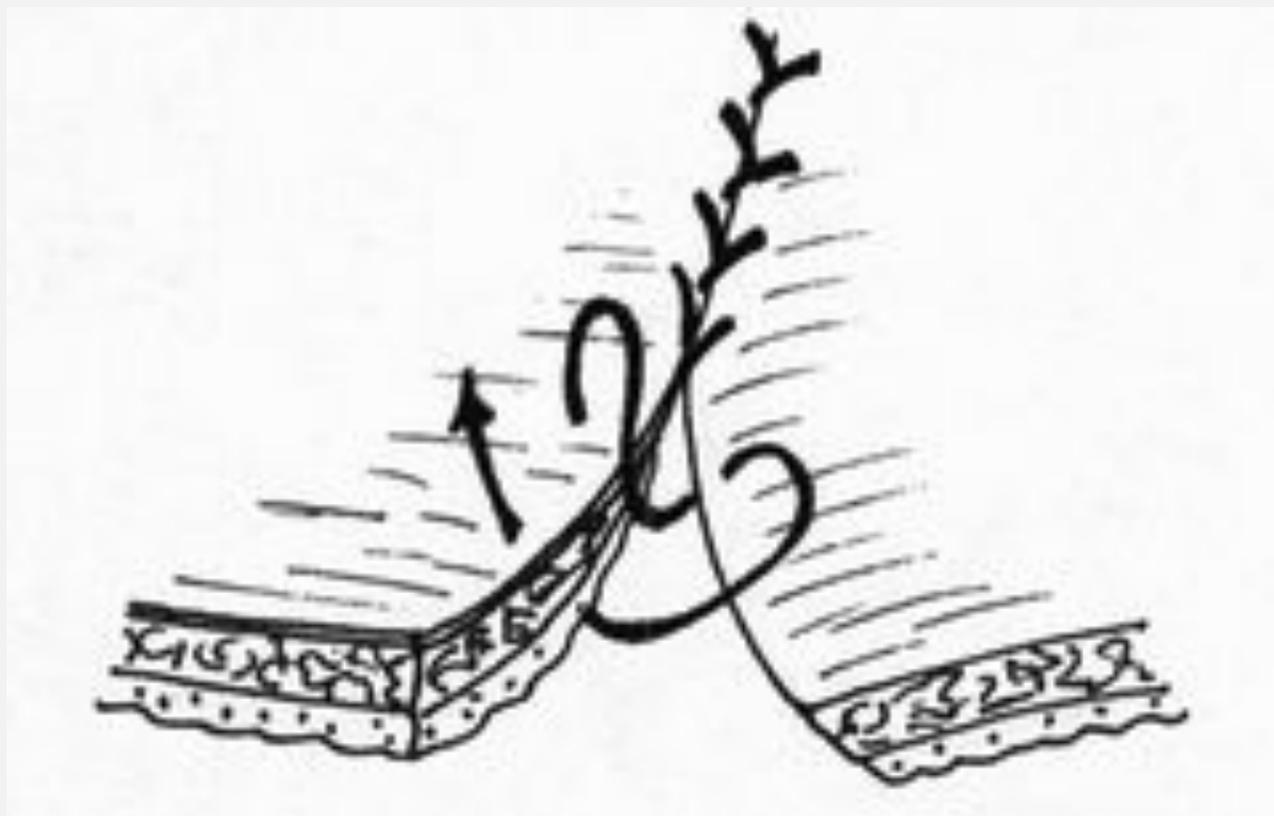


НЕПРЕРЫВНЫЕ ШВЫ

Недостатком всех непрерывных швов является ухудшение кровоснабжения тканей вследствие сдавления кровеносных сосудов сквозной нитью по всему периметру раны.

Краевой непрерывный шов Альберта

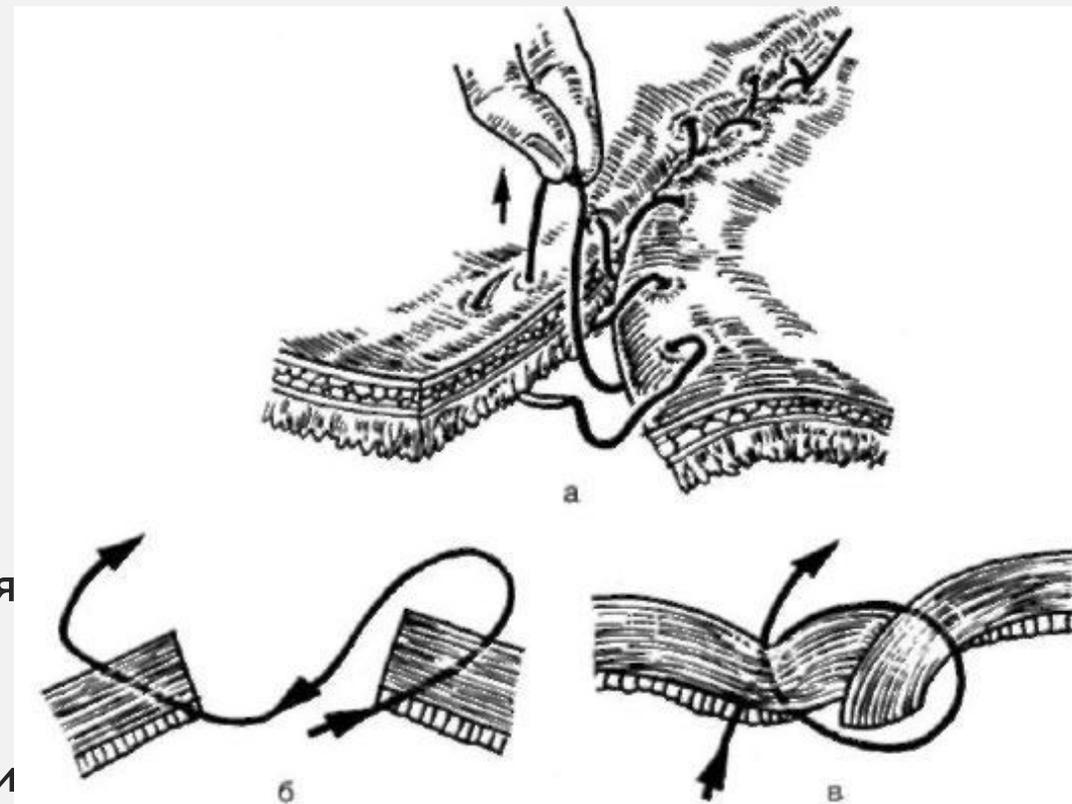
Шов представляет собой внутренний краевой непрерывный шов, который накладывают через все слои кишки. Всегда является швом первого ряда.



Шов Шмидена

Непрерывный переменный обвивной (сквозной) вворачивающий шов. При использовании данного шва достигаются идеальная герметизация кишечной раны и остановка кровотечения из подслизистого слоя.

Техника. Длинную нить проводят через все слои кишки в одном направлении. Иглу вкалывают со стороны слизистой оболочки снаружи и выкалывают на серозной оболочке. Вначале прошивают один край раны со стороны слизистой оболочки снаружи, затем - также со стороны слизистой оболочки снаружи, на серозную оболочку прошивают другой край раны. После проведения нити через оба края её затягивают с наружной стороны. Для улучшения вворачивания обоих краёв раны целесообразно иглу проводить в косом направлении, вкалывая её со стороны слизистой оболочки у самого края раны и выкалывая со стороны серозной оболочки на расстоянии 0,6-0,8 см от края раны. При затягивании нити после каждого стежка стенки вворачиваются, соприкасаясь своими серозными поверхностями.



НЕПРОНИКАЮЩИЕ ШВЫ

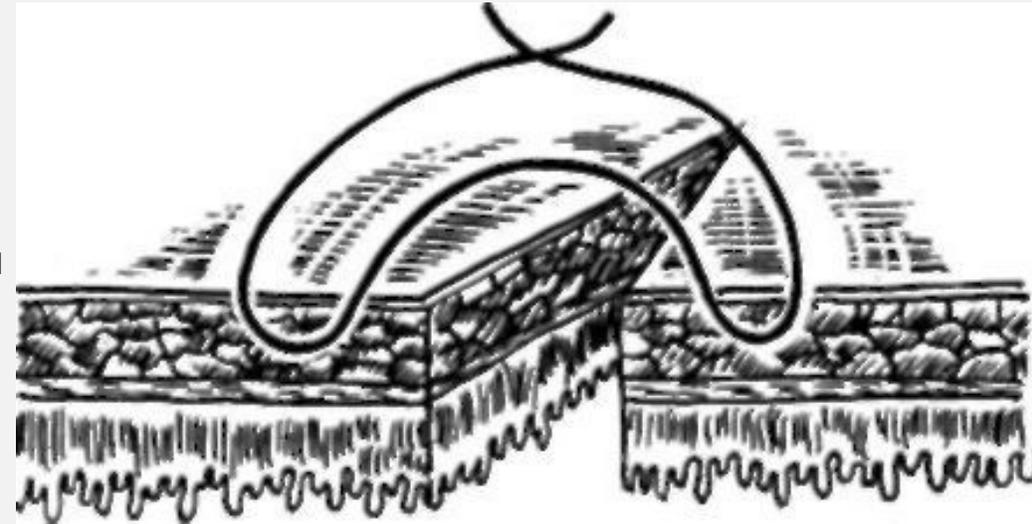
УЗЛОВЫЕ ШВЫ

Шов Ламбера

Он представляет собой отдельный узловый серозно-мышечный шов (в качестве шовного материала используют нерассасывающиеся нити - шёлк, капрон, лавсан и др.), обеспечивает широкое соприкосновение серозных поверхностей и является основой всей желудочно-кишечной хирургии, поскольку позволяет герметично закрывать желудочные и кишечные раны.

Техника. Иглу вкалывают и выкалывают на серозной поверхности с каждой стороны раны. В шов захватывают серозную и мышечную оболочки. Расстояние между местами вкалывания и выкалывания иглы не должно превышать 0,5 см. После прошивания обеих стенок нить завязывают таким образом, чтобы произошло плотное соприкосновение серозных оболочек, причём узел должен располагаться на менее подвижном краю раны или стенки органа.

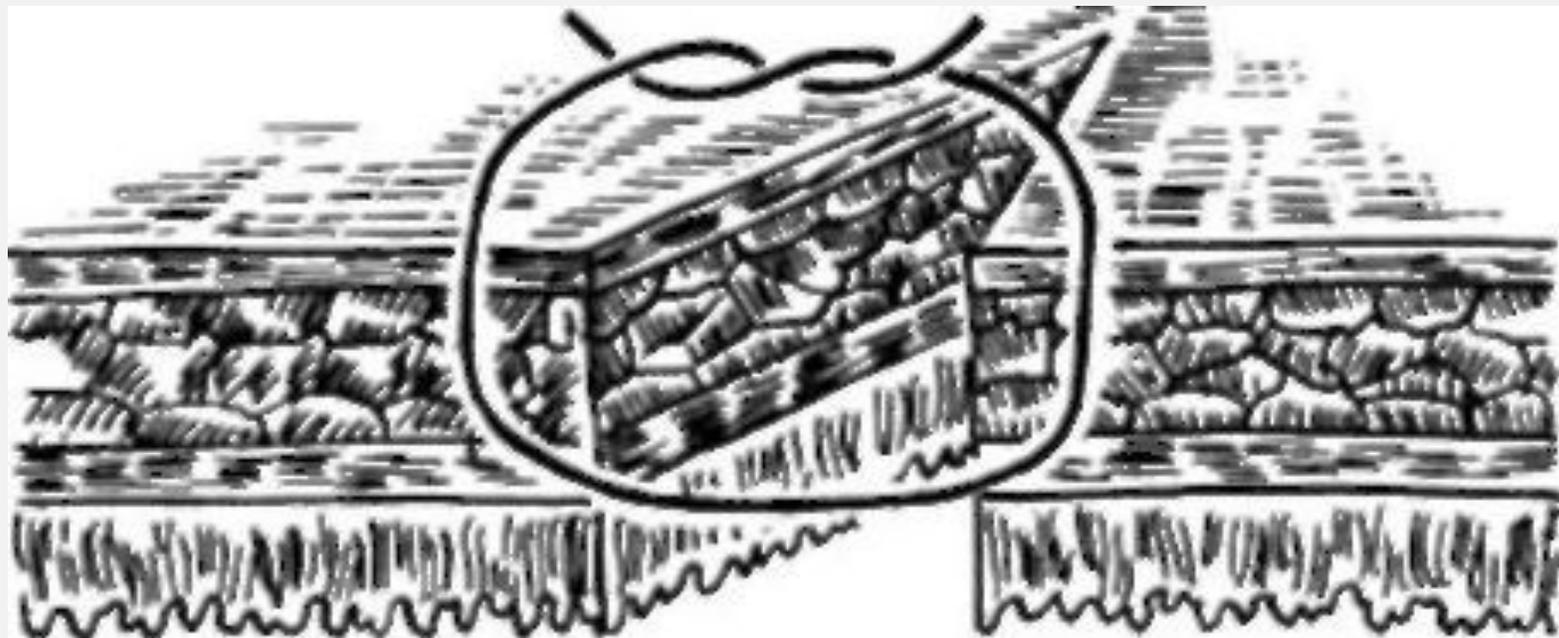
Вследствие недостаточной прочности серозной и мышечной оболочек при чрезмерном затягивании узла нить может прорезать ткань. Необходимо помнить, что серозно-мышечные швы Ламбера обеспечивают в основном не механическую прочность, а герметизацию линии шва.



Шов Пирогова

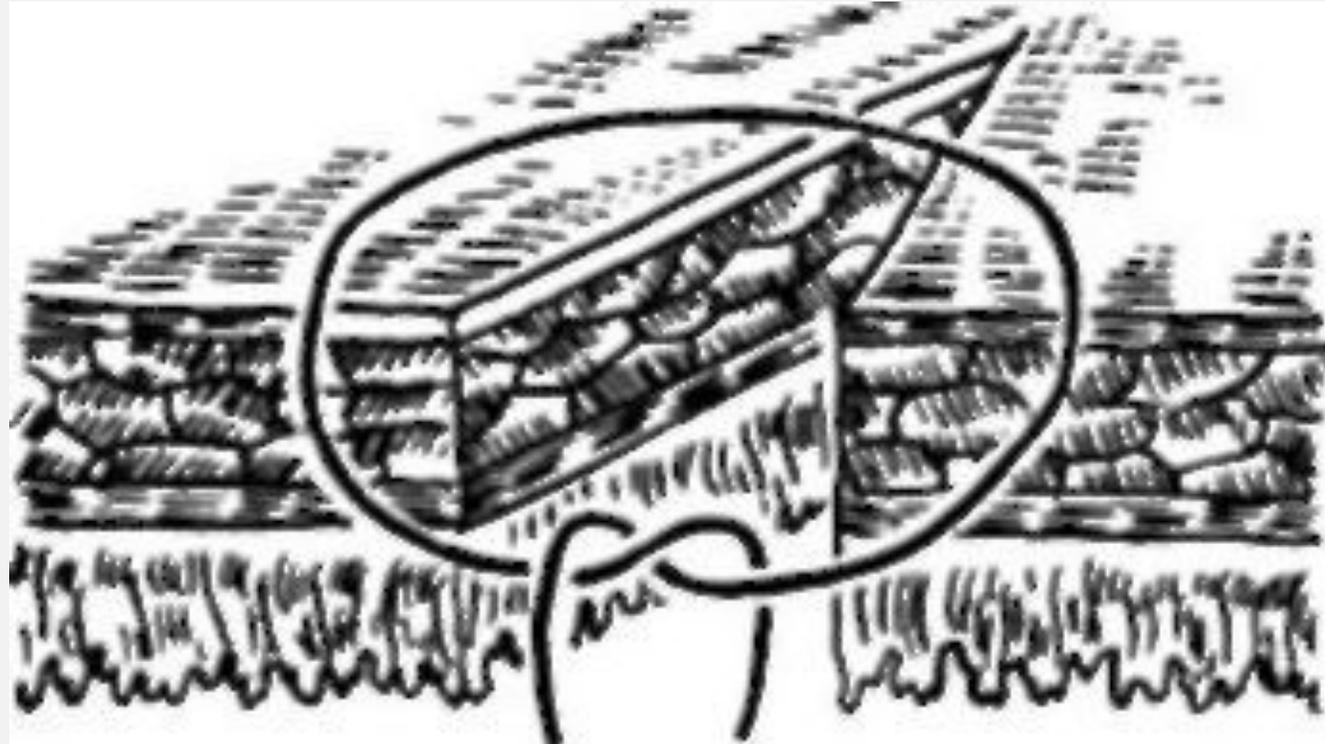
Представляет собой отдельный краевой однорядный серозно-мышечно-подслизистый (прецизионный) шов с узелком, расположенным на серозной оболочке. При завязывании узла соприкасаются однородные ткани.

Техника. Иглу вкалывают со стороны серозной оболочки и выкалывают на поверхности разреза стенки кишки между подслизистым слоем и слизистой оболочкой. Затем иглу вкалывают между слизистой оболочкой и подслизистым слоем другого края раны и выкалывают на серозной поверхности оболочки. При этом в шов захватывают серозную и мышечную оболочки, а также подслизистый слой, который обладает наибольшей механической прочностью



Шов Пирогова-Матешука

Представляет собой отдельный краевой однорядный серозно-мышечно-подслизистый (прецизионный) шов, отличается от шва Пирогова тем, что концы нитей завязываются со стороны просвета кишки, а срезаются после наложения следующего шва. Шов показан при использовании нерассасывающегося шовного материала



КИСЕТНЫЕ ШВЫ

Простой кисетный шов

Непрерывный серозно-мышечный шов, накладываемый циркулярно.

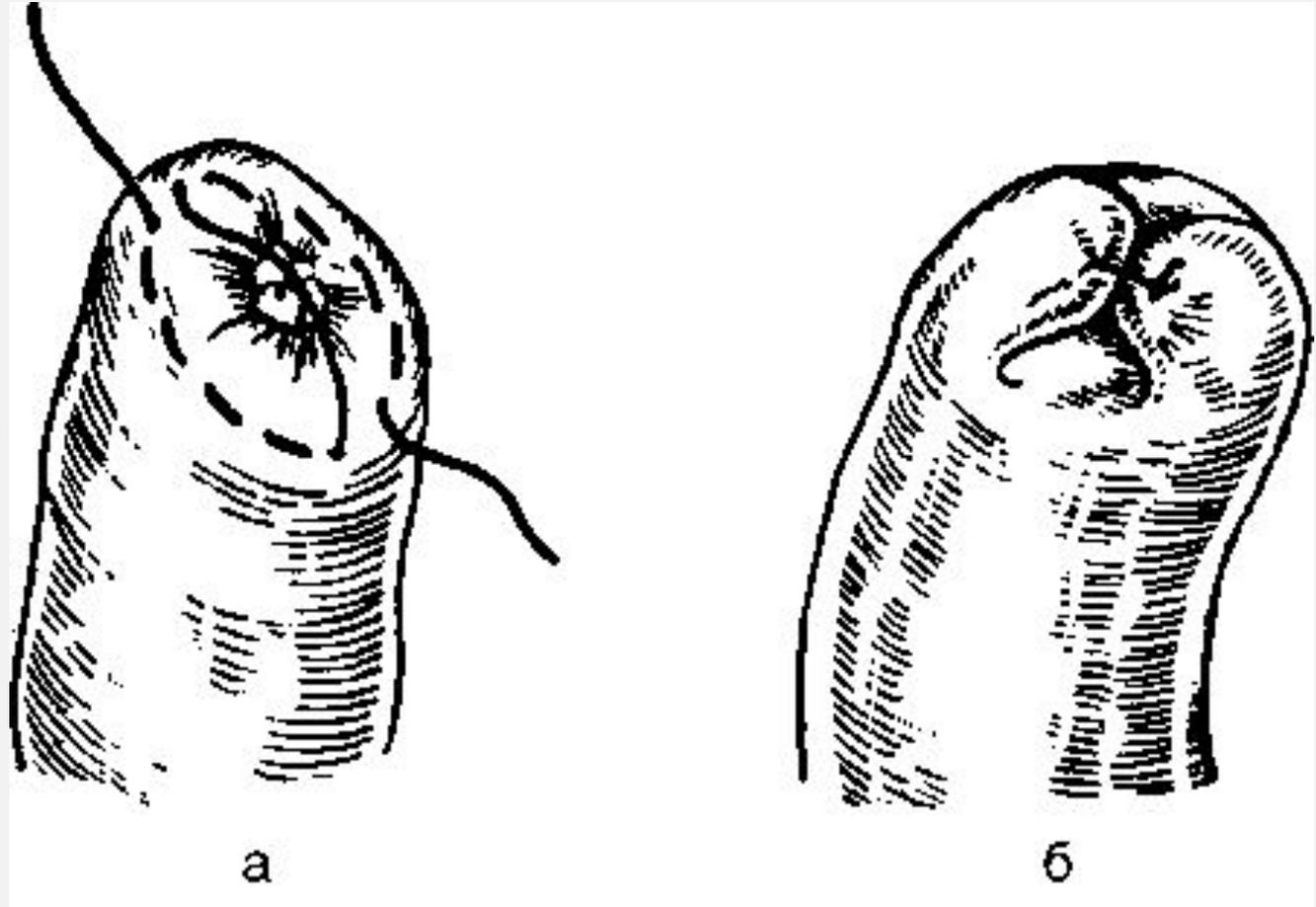
Предназначен для погружения небольшой культи. Применяют при закрытии концевого отверстия тонкой кишки, для погружения культи червеобразного отростка при аппендэктомии как один из способов укрытия культи двенадцатиперстной кишки и др. Шов накладывают длинной нитью и тонкой круглой крутоизогнутой иглой.



- Техника. Шов начинают накладывать в наиболее доступном для манипуляции участке кишки. В стежок захватывают серозную и мышечную оболочки, при этом длина нити, находящейся в толще тканей, должна быть равна длине нити, находящейся на поверхности. После наложения шва на одну полуокружность оставляют длинную петлю, которую фиксируют зажимом. После наложения шва культю захватывают анатомическим пинцетом и погружают в шов. При этом нить шва подтягивают с двух концов. Только убедившись в том, что стенки кишки полностью покрывают культю, нити связывают. При необходимости поверх кисетного шва накладывают отдельные серозно-мышечные швы. Диаметр кисетного шва должен быть достаточным для погружения в него культи. При слишком большом диаметре кисетного шва после погружения культи между ней и стенкой кишки образуется свободное пространство, в котором может скапливаться жидкость. Инфицирование этой жидкости вызывает образование абсцесса.

Шов Русанова

Z-образный шов. Отличается от кисетного шва тем, что после наложения стежков на одну полуокружность нить перекидывают через культю и стежки накладывают в противоположном направлении. При затягивании нити облегчается погружение культи, однако часто происходит инфицирование нити. Кроме того, для наложения этого шва необходима большая свободная поверхность стенки кишки.



Список литературы

1. Кирпатовский И.Д. Кишечный шов и его теоретические основы. - М., 1964; Симич П. Хирургия кишечника. - Бухарест, 1979.
2. Литтманн И. Брюшная хирургия. - Будапешт, 1970.
3. Сергиенко В.И., Петросян Э.А., Фраучи И.В. ; под общей ред. Ю.М. Лопухина, Топографическая анатомия и оперативная хирургия. В 2-х томах. Том 2 : учебник. - 3-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.
4. Семенов Г.М., Петришин В.Л., Ковшова М.В. Методика наложения швов на внутренние органы, 2018.