

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ОПЕРАЦИЙ НА ЖЕЛУДКЕ И КИШЕЧНИКЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДА ПРИМЕНЯЕМОГО ШВА

У 136 больных произведены операции на желудке и кишечнике с применением швов Альберта-Шмидена, механического и двухрядного серозно-мышечного по методике клиники. У 98 больных произведены операции на желудке, у 25 на тонкой и у 13 на толстой кишках. Проведен анализ применения указанных швов при оперативном лечении язвенной болезни желудка и 12 п.кишки, ранениях толстого и тонкого кишечника, опухолях. Оценивалось развитие послеоперационных осложнений, температура, показатели крови, течение послеоперационного периода. Наиболее благоприятные результаты отмечены при применении механического и двухрядного серозно-мышечного шва. Худшие результаты зафиксированы, когда в операциях применялся шов Альберта-Шмидена.

Ключевые слова: резекция желудка, гастроэнтероанастомоз (ГЭА), кишечный шов, послеоперационные осложнения, результаты операции.

V.S.Kipel.

Clinical Assessment of Stomach and Intestine Surgery Results according to the Used Suture Type.

Belarusian State Medical University.

136 patients were operated on stomach and intestines using Albert-Shmiden stitches, mechanical and double-rowed seroz-muscular, by the clinic system. 98 patients were operated on stomach, 25 – on small intestine, 13 – on large testine. The used stitches were analyzed during surgical treatment of the stomach ulcer and duodenum, large and small intestines, swellins. The development of the complications after operation, temperature, blood indices, after operation period course were studied. The most favourable results were noted after using mechanical and double-rowed seroz-muscular stitches. Worse results were detented after using Albert-Shmiden stitch. Key words: stomach resection, gastroenteroanastomosis, intestinal stitch, complications after operation, operation results.

Успехи брюшной хирургии в большой степени зависят от результатов заживления кишечных и желудочных швов. В последнее время установлены (в работах А.В.Шотта, А.А.Запорожца и др. авторов) закономерности герметичности и микробной проницаемости различных видов кишечных швов, что влияет на исход лечения.

Исследования различных видов кишечного шва в условиях эксперимента показали, что наилучшие результаты получены при применении механического и двухрядного серозно-мышечного швов. В хирургической практике часто используется двухрядный серозно-мышечный сквозной шов Альберта-Шмидена. Экспериментально установлено, что степень микробной проницаемости при нем наибольшая, а механическая прочность уступает аппаратному шву. Целью настоящего исследования явилось изучение в клинике наиболее часто применяемых кишечных швов и выявление наиболее

совершенного способа соединения и сшивания кишечной стенки. Для решения поставлены следующие задачи:

1. Провести сравнительную оценку результатов клинического применения швов Альберта-Шмидена, механического и двухрядного серозно-мышечного шва.
2. Разработать рекомендации по улучшению операций на желудочно-кишечном тракте.

Материалы и методы

Для решения поставленных задач произведен анализ результатов операций у 136 больных хирургических отделений 10-й городской клинической больницы. У 98 больных произведены операции на желудке, у 25 на тонкой и у 13 на толстой кишках. Наиболее часто встречающейся операцией на желудке была резекция по Б-11 с впередибодочным анастомозом и межкишечным соустьем. Основным показанием к резекции желудка явилась язвенная болезнь желудка и 12 п. кишки, осложненная стенозом, пенетрацией, прободением. На тонком и толстом кишечнике – проникающие ножевые ранения, кишечная непроходимость, ущемленные грыжи, опухоли. На кишечнике производилось ушивания ран, наложение анастомозов конец в конец и бок в бок. У наблюдаемых больных оценивали течение послеоперационного периода, осложнения, сроки нормализации температурного режима и показателей крови, сроки клинического выздоровления, наличие осложнений. Виды примененного кишечного шва отражены в таблице 1.

Таблица 1

Вид кишечного шва	Возраст					Итого
	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	
Механи- ческий шов	2	9	11	28	9	59
Шов Альберта- Шмидена	7	9	8	11	3	38
Двухрядный серозно- мышечный	8	8	9	9	5	39

Анализ и обсуждение результатов исследований

Виды операций у больных сравниваемых групп отражены в таблице 2.

Таблица 2

Вид операции	Вид применяемого шва		
	Механический	Альберта-Шмидена	Двухрядный серозно-мышечный
1. Резекция 2/3 желудка по Б-2 впередиободочный анастомоз с брауновским соустьем.	29	16	9
2. Резекция желудка по Б-2 впередиободочный с ГЭА брауновским соустьем	4	4	1
3. Субтотальная резекция желудка по Б-2. Впередиободочный ГЭА с брауновским соустьем	6	5	1
4. Резекция желудка по Б-2 позадиободочный ГЭА на короткой петле	-	3	-
5. Клиновидная резекция и резекция S желудка	5	-	-
6. Наложение ГЭА	8	2	1
7. Ушивание ран желудка	1	-	2
8. Резекция 2/3 желудка по РУ	1	-	-

При формировании желудочно-кишечных соустьей предложенным двухрядным серозно-мышечным швом в послеоперационном периоде у больных не наблюдался перитонит и другие бактериальные осложнения, только в одном случае образовался инфильтрат в зоне ГЭА (таблица 3).

Таблица 3

**Осложнения после операции на желудке
у больных сравниваемых групп**

Осложнения	Вид кишечного шва		
	Механический	Альберта-Шмидена	Двухрядный серозно-мышечный
Анастомозит	3	6	1
Кровотечение из ГЭА	1	2	-
Инфильтрат ГЭА	1	3	-
Инфильтрат раны	1	-	-
Панкреатит	-	2	-
Язва культи желудка	1	-	-
Пептическая язва ГЭА	-	1	-

Таблица 4

Вид кишечного шва					
Двухрядный серозно-мышечный		Механический		Альберта-Шмидена	
Сроки выдоровления	Нормализация пок. крови	Сроки выдоровления	Нормализация пок. крови	Сроки выдоровления	Нормализация пок. крови
17,2± ±0,41	14± ±37	19,6± ±0,39	17± ±0,31	21± ±0,43	19,2± ±0,41

В группе больных, оперированных с использованием шва Альберта-Шмидена в двух случаях развился послеоперационный панкреатит, в трех случаях образовался инфильтрат в зоне ГЭА, у двух больных возникло кровотечение из этой зоны. Среди больных, у которых оперативное вмешательство проводилось с применением механического шва в послеоперационном периоде у одного больного отмечено кровотечение из ГЭА, у одного больного образовался инфильтрат в этом месте, в трех случаях выявлен анастомозит. При эндоскопическом исследовании зоны ГЭА в ранние сроки после операции в группе больных, оперированных с использованием шва Альберта-Шмидена, обнаружено шесть случаев анастомозита и один случай образования пептической язвы ГЭА. При использовании разработанного двухрядного серозно-мышечного шва отмечалось более легкое течение послеоперационного периода (табл. 4).

Это проявилось более быстрой нормализацией температуры тела, показателей крови. Клиническое выздоровление наступило на 3-4 дня раньше.

Результаты операций на тонкой кишке в зависимости от способа наложения кишечного шва.

Показанием к операции на тонкой кишке явились повреждения петель тонкой кишки, ранения, ущемленная грыжа с некрозом стенки кишки, опухоли. Вид операций у больных сравниваемых групп приведен в таблице 5.

Таблица 5

**Осложнения после операции на желудке
у больных сравниваемых групп**

Вид операции	Вид кишечного шва		
	Механический	Альберта-Шмидена	Двухрядный серозно-мышечный
Лапаротомия, ушивание ран тонкой кишки	1	2	12
Резекция с формированием соустья	3	1	6

Таблица 6

Вид операции	Вид кишечного шва		
	Механический	Альберта-Шмидена	Двухрядный серозно-мышечный
Ушивание ран	2	-	3
Резекция с анастомозом бок в бок	3	1	2
Резекция с анастомозом в конец	2	-	-

При формировании тонкокишечных анастомозов и ушивании ран тонкой кишки предложенным двухрядным серозно-мышечным швом у больных не наблюдался перитонит, не было бактериальных осложнений и осложнений со стороны раны.

У этих больных отмечалось более легкое течение послеоперационного периода, проявившегося, в первую очередь, быстрой нормализацией температуры и показателей крови. Среди больных, у которых оперативное вмешательство проводилось с применением механического шва течение послеоперационного периода было также благоприятным. У одного больного развился послеоперационный панкреатит, во втором случае – цистит. Эти осложнения не связаны с методикой наложения кишечного шва. В группе больных, оперированных с использованием шва Альберта–Шмидена у одного больного было кровотечение из анастомоза, у другого правосторонняя пневмония. У этой группы больных хуже протекал послеоперационный период, позже нормализовались показатели крови и температура.

Результаты операций на толстой кишке в зависимости от способа наложения кишечного шва.

Виды операций на толстом кишечнике и виды швов приведен в таблице 6.

При ушивании ран толстой кишки и формировании толсто-толстокишечных анастомозов лигатурным двухрядным серозно-мышечным швом у больных в послеоперационном периоде не наблюдалось несостоятельности швов или других осложнений. Анализ температурных кривых и показателей крови показывает быструю нормализацию процесса. Сходные показатели получены у больных, которым был наложен механический шов. В группе больных, которым применен шов Альберта-Шмидена, в одном случае развилась несостоятельность швов с перитонитом, что потребовало повторной операции, у другого больного возник инфильтрат послеоперационной раны.

Заключение

В настоящей работе проведены клинические исследования, конечная цель которых была направлена на выявление наиболее совершенных способов соединения кишечной раны. Сделан анализ результатов операций на различных уровнях желудочно-кишечного тракта у 136 больных. Были сопоставлены результаты применения швов Альберта-Шмидена, механического и предложенного на 1-й кафедре хирургических болезней БГМУ двухрядного серозно-мышечного шва. При применении двухрядного серозно-мышечного шва отмечено более легкое клиническое течение послеоперационного периода, не было перитонита и других бактериальных осложнений. Аналогичные результаты получены у больных, которым применен механический шов.

Выводы

1. Двухрядный узловый серозно-мышечный шов является наиболее рациональным при выполнении операций на различных отделах желудочно-кишечного тракта и дает хорошие результаты лечения.
2. Аналогичные результаты дает механический шов.
3. Описанные методики выполнимы и доступны.
4. Шов Альберта-Шмидена не может быть рекомендован в связи с более худшими показателями по многим параметрам.