



(19) KG<sup>(11)</sup> 1642<sup>(13)</sup> C1<sup>(46)</sup>  
(51) A61B 17/00 (2014.01) 31.07.2014

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ  
И ИННОВАЦИЙ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ**  
к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя

---

---

(19) KG (11) 1642 (13) C1 (46) 31.07.2014

(21) 20130052.1

(22) 20.06.2013

(46) 31.07.2014, Бюл. №7

(76) Султангазиев Р.А.; Алымкулов Ж.И. (KG)

(56) Петровский Б.В., Цацаниди К.Н., Кадошук Ю.Т. Хирургия портальной гипертензии. Атлас. - М., 1994. - С. 45-49

**(54) Способ ушивания апоневроза передней брюшной стенки у больных циррозом печени**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к области хирургии, и может быть использовано у больных циррозом печени.

Задачей изобретения является разработка наиболее эффективного способа ушивания передней брюшной стенки с наименьшей травматизацией тканей передней брюшной стенки, обеспечивающего профилактику кровотечения в брюшную полость из-за нарушения свертываемости крови, а также предупреждение послеоперационной грыжи у больных циррозом печени.

Поставленная задача решается тем, что способ ушивания апоневроза передней брюшной стенки у больных циррозом печени, включающий в себя послойную лапаротомию, гемостаз электрокоагуляцией, мобилизацию селезеночной вены из поджелудочной железы, наложение спленоренального венозного анастомоза, а также послойное ушивание передней брюшной стенки, отличается тем, что апоневроз передней брюшной стенки ушивают непрерывным обвивным швом, рассасывающимся швовым материалом с атравматической иглой с колющими концами, при этом на расстоянии через каждые 2,5 см накладывают дополнительный узловый шов на атравматической игле с колющими концами нерассасывающимся швовым материалом.

Таким образом, способ ушивания апоневроза передней брюшной стенки позволит уменьшить риск послеоперационных осложнений у больных циррозом печени. 1 н.п. ф., 1 пр., 1 фиг.

(21) 20130052.1

(22) 20.06.2013

(46) 31.07.2014, Bull. number 7

(76) Sultangaziev R.A.; Alymkulov J.I. (KG)

(56) Petrovskiy B.V., Tsatsanidi K.N., Kadoschuk Yu.T. Surgery of portal hypertension. Atlas. - Moscow, 1994 - Pages 45-49

**(54) Method of suturing the aponeurosis of the anterior abdominal wall of patients with liver cirrhosis**

(57) The invention relates to medicine, namely, to the field of surgery, and can be used in treatment of patients with liver cirrhosis.

Problem of the invention is to provide the most effective method of closure of the anterior abdominal wall with the least trauma of the anterior abdominal wall tissues, ensuring the prevention of bleeding into the abdominal cavity due to coagulation disorders, as well as prevention of postoperative hernia in treatment of patients with liver cirrhosis.

The stated problem is solved in that the method of suturing the aponeurosis of the anterior abdominal wall of patients with liver cirrhosis, including a layered laparotomy; hemostasis by electrocoagulation; mobilization of the splenic vein from the pancreas; the imposition of splenorenal venous anastomosis, as well as layer by layer suturing of the anterior abdominal wall, differs in that the aponeurosis of the anterior abdominal wall is taken in by a continuous blanket suture, using the absorbable suture material with an atraumatic needle with stitching ends, where the additional interrupted suture on the atraumatic suture needle with stitching ends is imposed at every 2.5 cm, using the nonabsorbable suture material.

Thus, this method of suturing the aponeurosis of the anterior abdominal wall will reduce the risk of postoperative complications of patients with liver cirrhosis. 1 independ.claim, 1 example, 1 figure.

Изобретение относится к медицине, а именно, к области хирургии, и может быть использовано у больных циррозом печени.

Известен способ послойного ушивания передней брюшной стенки у больных с циррозами печени узловыми швами капроновой нитью, заправленной на режущей игле. (Петровский Б.В., Цацаниди К.Н., Кадошук Ю.Т. Хирургия портальной гипертензии. Атлас. - М., 1994. - С. 45-49).

Недостатком этих методик является то, что используются заправляемые на обычной режущей игле непрерывные обивные или узловые швы на апоневроз, вследствие которого с места про-

кола игл возникает кровотечение в брюшную полость из-за нарушения свертываемости крови у больных циррозом печени, если применен рассасывающийся шовный материал у циррозных больных, в последующем могут образовываться послеоперационные грыжи.

Задачей изобретения является разработка наиболее эффективного способа ушивания передней брюшной стенки с наименьшей травматизацией тканей передней брюшной стенки, обеспечивающего профилактику кровотечения в брюшную полость из-за нарушения свертываемости крови, а также предупреждение послеоперационной грыжи у больных циррозом печени.

Поставленная задача решается тем, что способ ушивания апоневроза передней брюшной стенки у больных циррозом печени, включающий в себя послойную лапаротомию, гемостаз электроагуляцией, мобилизацию селезеночной вены из поджелудочной железы, наложение спленоренального венозного анастомоза, а также послойное ушивание передней брюшной стенки, отличается тем, что апоневроз передней брюшной стенки ушивают непрерывным обивным швом, рассасывающимся шовным материалом атравматической иглой с колющими концами, при этом на расстоянии через каждые 2,5 см накладывают дополнительный узловый шов на атравматической игле с колющими концами нерассасывающимся шовным материалом.

На фиг. 1 - непрерывный обивной шов из рассасывающегося шовного материала, 2 - узловой шов из нерассасывающегося шовного материала.

Способ осуществляют следующим образом.

Под интубационным наркозом больному придается положение на спине с подкладыванием валика в межлопаточное пространство на операционном столе, обрабатывается операционное поле. Производится верхнесрединно-срединная лапаротомия с обходом пупка слева. По ходу гемостаз электроагуляцией. По вскрытии брюшной полости большой сальник с ободочной кишкой отводят вверх, левее от Трейтцевой связки, обнажается нижняя поверхность тела и хвоста поджелудочной железы. По ходу нижней брыжеечной вены находят селезеночную вену в толще поджелудочной железы. Выделяется селезеночная вена необходимой длины для наложения спленоренального анастомоза. После наложения спленоренального анастомоза в область анастомоза и на малый таз подводят страховочные дренажные трубы. Контроль на гемостаз. Апоневроз передней брюшной стенки ушивают непрерывным обивным швом, рассасывающимся шовным материалом на атравматической игле с колющими концами. При этом, на расстоянии через каждые 2,5 см накладывается дополнительный узловый шов нерассасывающимся шовным материалом на атравматической игле с колющими концами. Контроль на гемостаз. Швы на кожу. Асептическая повязка.

Пример: Алмазбек уулу Самат, 1989 г.р., поступил в отделение общей хирургии ЛОО УДП КР 21.12.12 г. с диагнозом: Цирроз печени в стадии декомпенсации вирусной этиологии ВГБ, ВГД. Портальная гипертензия. Варикозное расширение вен пищевода I ст. Сplenомегалия.

Жалобы при поступлении: на тупые, ноющие боли в правом подреберье, боли в эпигастрии, общую слабость, быструю утомляемость, вялость и плохой аппетит. Общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые. Язык влажный, чистый. Сердце и легкое без особенностей. АД 115/75 мм. рт. ст. Пульс 62 в мин. Живот мягкий.

Лабораторно: ОАК (от 21.12.12 г.) Нб - 144 г/л, Эр - 4,8, ЦП - 0,9; Л - 2,8; э - 1; п - 1; с - 63; л - 30; м - 5; СОЭ - 2 мм/ч; Вирусные гепатиты: HBsAg +2922.75 S/CO. HCV IgG +0.09 S/CO. Биохимический анализ крови от 21.12.12 г.: Холестерол - 3,79 ммоль/л. Креатинин - 80,81 мкмоль/л. Глюкоза - 5,38 ммоль/л. Общий билирубин - 18,00 мкмоль/л. АЛТ - 150,93 ед/л. АСТ - 112,06 ед/л. Электролиты сыворотки крови от 21.12.12 г.: Калий - 4,09 ммоль/л. Натрий - 7 ммоль/л. Кальций - 2,34 ммоль/л.

Свертыв. система крови от 21.12.12 г.: Фибриноген - 200. Активность тромбопластина - 12. Протромбиновое время - 17,3. ПТИ - 69,4 %. МНО - 1,53. УЗИ от 18.12.12 г.: печень не увеличена, поверхность ровная, паренхима неоднородна. Портальная вена расширена - 12,9 мм в дм. Желчный пузырь обычных размеров, С-образной формы, стенки не утолщены, конкрементов нет. Селезенка увеличена 212 x 86 мм. ЭГДС: Варикозное расширение вен пищевода I ст.

В плановом порядке 24.12.12 г. произведена операция: Верхнесрединно-срединная лапаротомия. Наложение условного Н-образного спленоренального венозного анастомоза по типу «бок в конец». Биопсия печени. Дренирование брюшной полости. Ушивание апоневроза передней брюшной стенки производилась по вышеизложенной методике. Послеоперационный период протекал без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Больной выписан домой с выздоровлением. При УЗИ контроле от 03.01.13: в полости малого таза в небольшом количестве свободная жидкость, в плевральных полостях свободной жидкости не выявлено. Печень не увеличена, по-

верхность ровная, проминенции хвостатой доли не определяется, паренхима неоднородна, звуко проводимость не нарушена, толщина правой доли 119 мм, внутрипеченочные протоки не расширены, печеночные вены диаметром до 5,7 мм, портализация кровотока в печеночных венах не определяется, объемная скорость кровотока 121 мл/мин, Vmax 21 см/с. Портальная вена не расширена - 10,9 мм в дм, объемная скорость кровотока 154 мл/мин, Vmax 9 см/с, общий печеночный проток 1,5 мм, очаговой патологии не выявлено, признаков реканализации пупочной вены не выявлено.

Желчный пузырь обычных размеров, С-образной формы, стенки не утолщены, признаков конкрементов не выявлено.

Поджелудочная железа не увеличена, паренхима однородна, Вирсунгов проток не расширен, очаговой патологии не выявлено.

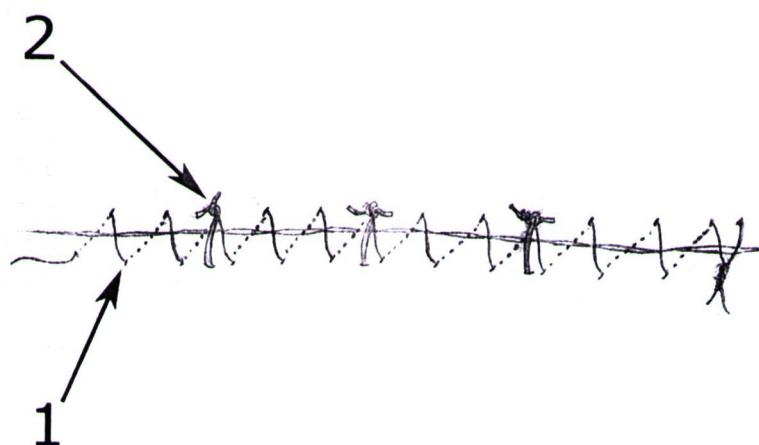
Селезенка 191 x 67 мм, увеличена, паренхима однородна, очаговой патологии не выявлено. Селезеночная вена в области ворот расширена до 14,1 мм, объемная скорость кровотока 600 мл/мин. Vmax 14 см/с, определяются множественные расширенные до 8,6 мм спленогастральные, спленоренальные коллатеральные вены, в средней трети селезеночной вены определяется анастомоз селезеночной вены с левой надпочечниковой веной, проходимость анастомоза сохранена, площадь диаметр 7,9 мм, кровоток турбулентный, Vmax 37 см/с. Смежно с анастомозом определяется осумкованный коллектор жидкости с неоднородным содержимым размерами 34 x 23 мм.

Заключение: Данные за выпот в полости малого таза, хронический гепатит с переходом в цирроз печени, спленомегалию, состояние после наложения спленоренального анастомоза, послеоперационную гематому области наложения анастомоза.

Таким образом, способ ушивания апоневроза передней брюшной стенки позволит уменьшить риск послеоперационных осложнений у больных циррозом печени.

#### Формула изобретения

Способ ушивания апоневроза передней брюшной стенки у больных циррозом печени, включающий послойную лапаротомию, гемостаз электрокоагуляцией, мобилизацию селезеночной вены из поджелудочной железы, наложение спленоренального венозного анастомоза, а также послойное ушивание передней брюшной стенки, отличаящийся тем, что апоневроз передней брюшной стенки ушивают непрерывным обивным швом, рассасывающимся швовым материалом атравматической иглой с колющими концами, при этом на расстоянии через каждые 2,5 см накладывают дополнительный узловый шов на атравматической игле с колющими концами не рассасывающимся швовым материалом.



Фиг. 1

Выпущено отделом подготовки материалов

---

Государственная служба интеллектуальной собственности и инноваций при Правительстве Кыргызской Республики,  
720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03