



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **366**

(51)) **МПК(2006) А 61 В**
17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1000402

(22) 04.01.2010

(46) Бюл.59 (3), 2010

(71) Ибодов Х.И. (ТJ); Шарипов А.М. (ТJ); Ро-
фисв Р.Р. (ТJ).

(72) Ибодов Х.И. (ТJ); Шарипов А.М. (ТJ); Ро-
фисв Р.Р. (ТJ).

(73) Ибодов Х.И. (ТJ); Шарипов А.М. (ТJ); Ро-
фисв Р.Р. (ТJ).

(54) **СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧ-
НОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ
ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ**

(56) 1. Абдуфатаев Т.А. Сравнительная оценка
методов эхинококкэктомии легкого у детей. Дисс.
канд. мед. наук. - Л., 1991, 154 с.

2. Пулатов А.Т. Эхинококкоз в детском возрасте. - М.:
Медицина 2004, 221 с.

3. Шарипов А.М. Оптимизация диагностики и
лечения больших и гигантских эхинококковых кист
легких у детей. Дисс. канд. мед. наук. - Уфа, 2007,
114с.

(57) Изобретение относится к медицине, а имен-
но к детской хирургии и может быть использо-
вано в торакальных отделениях при лечении
больных со средними, большими и гигантскими
эхинококковыми кистами легких.

Для ликвидации остаточной полости, после
пункции и отсасывания эхинококковой жидко-
сти, фиброзная капсула рассекается, удаляет-
ся хитиновая оболочка, остаточная полость обез-
зараживается 96° этиловым спиртом.

Фиброзная капсула дополнительно
рассекается в области с наименьшим тонким
слоем легочной ткани на полушарии по ходу
сосудов и бронхов ко дну в пределах функциони-
рующей легочной ткани до 2-3 см. На иссеченные
края фиброзной капсулы накладываются вось-
миобразные, нерассасывающие гемо - и аэроста-
тические швы. Таким образом, на месте остаточ-
ной полости образуются дополнительно три
искусственные междолевые или межсегментар-
ные щели.

Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и может быть использовано в торакальных отделениях при лечении больных с средними, большими и гигантскими эхинококковыми кистами легких.

Гидатидный эхинококкоз является весьма распространенным заболеванием во многих странах мира, в том числе и в Таджикистане, и представляет одну из сложнейших проблем хирургии детского возраста.

В лечении эхинококкоза методом выбора является хирургический. Любое оперативное вмешательство по поводу эхинококкэктомии преследует две цели:

- удаление паразитарной кисты и обеззараживание полости фиброзной капсулы;

- ликвидация остаточной полости фиброзной капсулы. После удаления паразитарной кисты и обеззараживания принимаются меры по ликвидации остаточной полости фиброзной капсулы для того, чтобы на месте паразитарной кисты не образовалась не паразитарная киста.

В настоящее время известно более 20 способов и вариантов ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии легких и обоснованы показания к каждому из них в зависимости от локализации, объема и осложнений эхинококковых кист (ЭК). Но ни один из них не исключает рецидива болезни, различных послеоперационных осложнений, таких как формирование остаточной полости, нагноение, развитие непаразитарных кист, эмпиемы плевры и бронхиальных свищей.

Так, И.Я.Дейнека [1,3] предлагает метод Дельбе для ликвидации остаточной полости после удаления эхинококковой кисты. Суть метода заключается в следующем: на внутреннюю поверхность фиброзной капсулы, начиная с глубины, последовательно накладываются погружные швы толстым кетгутом по типу капитонажа. При последовательном завязывании швов полость постепенно уменьшается. Данный метод не приемлем при средних, больших и гигантских ЭК легких у детей, так как в отдаленные сроки после операции он способствует развитию деформирующего бронхита.

При периферическом расположении малых и средних ЭК с глубиной остаточной полости не более 5 см и диаметром до 6-7 см остаточную полость ЭК ликвидируют по методике А.А.Вишневого [1,2,3].

Ликвидация остаточной полости по А.А.Вишневскому осуществляется путем иссечения фиброзной капсулы с тонким слоем ателектазированной ткани в пределах здорового участка легкого. Узловыми кетгутовыми швами ушиваются края фиброзной капсулы, в результате чего глубокая остаточная полость ЭК становится поверхностной и приобретает форму блюдца. Экссудат и воздух, выделяющиеся из полуогнутого остатка фиброзной капсулы, свободно эвакуируются из плевральной полости через дренажную трубку. Осложнения после операции по ликвидации остаточной полости по методу А.А.Вишневого в ближайшем послеоперационном

периоде при больших и гигантских ЭК легкого составляют 49,2%.

Для ликвидации остаточных полостей средних, больших и гигантских размеров ЭК Н.У.Усманов [3] рекомендует метод пластики остаточной полости лоскутом фиброзной капсулы. Суть его заключается в том, что фиброзная капсула кисты, не покрытая легочной тканью, рассекается на всем протяжении с отступом на 1 см от края легочной ткани до корня легкого. При этом образуется глубокая остаточная полость, достигающая корня легкого и представляющая собой два клина, соприкасающихся между собой своими верхушками. После этого накладывается непрерывный шов кетгутом, начиная от верхушек пирамид в сторону их основания с захватом двух краев лоскута фиброзной капсулы и дна остаточной полости. Следует отметить, что этот метод неприемлем у детей, так как нарушается экскурсия легкого и в последующем развивается деформирующий бронхит.

Ю.М.Ахмедов с соавт. [3] полагают, что при больших и гигантских ЭК легких менее травматичным является использование метода капитонажа и марсупиализации.

Э.С.Исламбеков и Ф.Г.Назыров [3] для ликвидации остаточной полости после эхинококкэктомии легкого рекомендуют использовать медицинский клей. Такая методика неприемлема у детей.

Прототипом является метод, разработанный А.Т.Пулатовым в 1982 году, - это создание искусственной междолевой или межсегментарной щели [2]. Этот метод считался и считается на сегодняшний день оригинальным. Суть метода заключается в том, что после пункции, эвакуации эхинококковой жидкости, фиброзная капсула рассекается, удаляется хитиновая оболочка, остаточная полость обрабатывается 96% этиловым спиртом. Фиброзная капсула кисты, не покрытая легочной тканью, иссекается на всем протяжении, отступая 0,5-1 см от легочной ткани. При этом образуется глубокая остаточная полость с неровными зияющими краями, достигающая корня легкого. Для предупреждения возможного скопления экссудата в плевральной полости фиброзная капсула широко рассекается или её иссекают в виде узкого клина вместе с прилегающим истонченным слоем легочной ткани путем наложения аппаратов УКЛ-40, УКЛ-60. При этом остаточная полость рассекается почти по всему периметру кисты в несколько косом направлении по междолевой и межсегментарной щелям. При этом остаются нетронутым узкая полоска фиброзной капсулы шириной не более 4-5 см, легочная ткань и сосуды - лишь у ворот легкого. Ушивание механическими швами края рассеченной фиброзной капсулы подкрепляется узловыми капроновыми швами. Легкое раздувается, верхние и нижние полушария остаточной полости, представля-

ющие собой остатки фиброзной капсулы, смыкаются.

Однако практика показывает, что при центрально -- расположенных больших и гигантских ЭК легкого, занимающих несколько сегментов, от двух до трех долей, при создании искусственной междолевой или межсегментарной щели по А.Т.Пулатову, остаются остаточные углубленные поверхности глубиной от 5 до 10 см. В послеоперационном периоде до 3 месяцев при смыкании двух поверхностей фиброзной капсулы из этих углубленных поверхностей в 14,8% случаев образуется остаточная полость.

Целью изобретения является улучшение результатов хирургического лечения больных с эхинококкозом легких, путем ликвидации остаточной полости фиброзной капсулы.

Способ заключается в следующем: для профилактики истекания эхинококковой жидкости пункционную иглу обкладывают салфеткой, пункция фиброзной капсулы (фиг.1) производится через тонкую ткань паренхимы легкого (фиг. 2). После пункции и эвакуации эхинококковой жидкости фиброзная капсула рассекается в области, где отсутствует легочная ткань, или участок самого тонкого слоя капсулы. Затем удаляется хитиновая оболочка, и полость фиброзной капсулы обеззараживается 96° этиловым спиртом (фиг. 3).

С целью профилактики попадания этилового спирта в дыхательные пути, по функционирующему бронхиальному свищу через obturационный катетер в пораженном легком создается положительное давление, или через интубационную трубку осуществляется высокочастотная искусственная вентиляция легкого. Межсегментарная щель по периметру ЭК на участке с тонким слоем легочной ткани дополнительно рассекается в пределах функционирующей легочной ткани толщиной до 2-3 см, в результате чего на месте полости фиброзной капсулы образуются два полушария глубиной от 5 до 10 см (фиг.4).

С целью ликвидации углубленных поверхностей в остаточной полости, образовавшейся в полушарии, дополнительно рассекается фиброзная капсула с наименьшим тонким слоем легочной ткани на полушарии по ходу сосудов и бронхов ко дну в пределах функционирующей легочной ткани до 2-3 см. На иссеченные края фиброзной капсулы накладывается несколько восьмиобразных, не рассасывающихся гемо- и полости образуются дополнительно три искусственные междолевые или межсегментарные щели (фиг. 5).

При раздувания легкого все поверхности фиброзной капсулы смыкаются, так как вогнутые поверхности на фиброзной капсуле полностью ликвидируются. Для предотвращения осложнений, возникающих в ближайшие сроки после операции,

плевральная полость дренируется двумя дренажными трубками, одна проводится через восьмое межреберье по среднеаксиллярной линии и вторая через второе межреберье по среднеключичной линии.

Ликвидация остаточной полости при средних, больших, гигантских и осложненных формах ЭК легкого у детей в нашей модификации является более эффективным способом хирургического лечения. Послеоперационные осложнения при данной методике составляют 9,2% против 14,8% при традиционных.

Отдаленные результаты оперативного лечения изучены у 75 больных. При этом послеоперационные осложнения в виде инфильтрата легочной ткани были у 3, пневмония - у 2 пациентов. В результате проведенной консервативной терапии на 5-11-е сутки образовавшийся инфильтрат рассосался, пневмония также устранилась.

В нашей клинике (ГКДХБ) за последние 10 лет оперировано 98 детей в возрасте от 2 до 15 лет.

Среди пациентов в большинстве случаев 76 (77,5%) встречались одиночные эхинококковые кисты. Двустороннее поражение эхинококком отмечено у 8 (8,2%) детей. У 14 (14,3%) пациентов эхинококкоз легкого сочетался с поражением печени.

У наблюдаемых нами детей отчетливо преобладала правосторонняя локализация эхинококковых кист (ЭК) 58 (59,2%) над левосторонней 40 (40,8%).

В зависимости от локализации в ткани легкого ЭК (98) располагались центрально.

Эхинококковые кисты были: средними - 6, большие и гигантские - 68. Больных с осложненными формами эхинококкоза было 24. Примеры:

1. Больной Хасанов Обидчон, 12 лет (история болезни № 179), поступил в клинику ГКДХБ 28.02.2005 г. с жалобами на кашель, боли в области грудной клетки, общую слабость. Со слов родителей мальчик болен в течение 2-х месяцев. При поступлении общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледного цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание через нос свободное. Аускультативно в легких выслушивается везикулярное дыхание, справа по задней поверхности грудной клетки прослушивается ослабленное дыхание, хрипов нет. На обзорной рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции имеется округлое затемнение, охватывающее почти все правое легкое. Лабораторные данные (общ. ан. крови, мочи, биохимический анализ крови) без патологии. Диагноз при поступлении: Эхинококковая болезнь Эхинококковая киста нижней доли правого легкого.

Под общим эндотрахеальным наркозом в плановом порядке произведена операция эхинококкэктомии с созданием искусственной междолевой щели в модификации, разработанной в нашей клинике. Послеоперационный период протекал гладко и без осложнений, рана зажила первичным натяжением, послеоперационные швы сняты на восьмые сутки. Дренажная трубка удалена из грудной клетки на 4-е сутки.

Клинический диагноз: Эхинококковая болезнь. Гигантская напряженная эхинококковая киста нижней доли правого легкого.

При осмотре через 2 года рецидива заболевания и осложнений не наблюдается.

2. Больной Мухамадчони Каюмхон 14 лет (история болезни № 646), поступил в клинику ГКДХБ 10. 06. 2004 г. с жалобами на единичный кашель, боли в области грудной клетки. Согласно анамнеза, ребенок болеет в течение 1,5 месяцев. Общее состояние ребенка при поступлении средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые розового цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без патологии. Дыхание через нос свободное. Аускультативно в легких прослушивается везикулярное дыхание, слева по задней поверхности грудной клетки в проекции нижней доли выслушивается ослабленное дыхание. На обзорной рентгенографии грудной

клетки в прямой проекции имеется округлое затемнение, охватывающее почти всю нижнюю долю левого легкого. Лабораторные данные (общ. ан. крови, мочи, биохимический анализ крови) без патологии. Диагноз при поступлении: Эхинококковая болезнь. Эхинококковая киста нижней доли левого легкого.

Под общим обезболиванием произведена операция эхинококкэктомия с созданием искусственной междолевой щели в модификации, разработанной в нашей клинике. Послеоперационный период протекал без осложнений, рана зажила первичным натяжением, послеоперационные швы сняты на восьмые сутки. Дренажная трубка удалена из грудной клетки на 3-е сутки.

Клинический диагноз: Эхинококковая болезнь. Большая напряженная эхинококковая киста нижней доли правого легкого

Ребенок осмотрен через 1,5 года, рецидив заболевания и осложнения не наблюдаются.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ ликвидации остаточной полости при эхинококкозе легкого у детей, включающий пункцию и эвакуацию эхинококковой жидкости, вскрытие фиброзной капсулы и удаление хитиновой оболочки, обеззараживание остаточной полости 96% этиловым спиртом, рассечение фиброзной капсулы в области непокрытой легочной тканью с образованием двух полушарий, **отличающийся тем, что** пункционную иглу обкладывают салфеткой, пункцию фиброзной капсулы проводят через тонкую ткань

паренхимы легкого, дополнительно рассекают фиброзную капсулу с наименьшим тонким слоем легочной ткани на полушарии по ходу сосудов и бронхов ко дну в пределах функционирующей легочной ткани до 2–3 см, на иссеченные края фиброзной капсулы накладывают восьмиобразные, нерассасывающиеся гемо- и аэростатические швы и на месте остаточной полости образуют три искусственные междолевые или межсегментарные щели.

Компьютерный набор: Назарова Дж.Д.

Заказ

Тираж

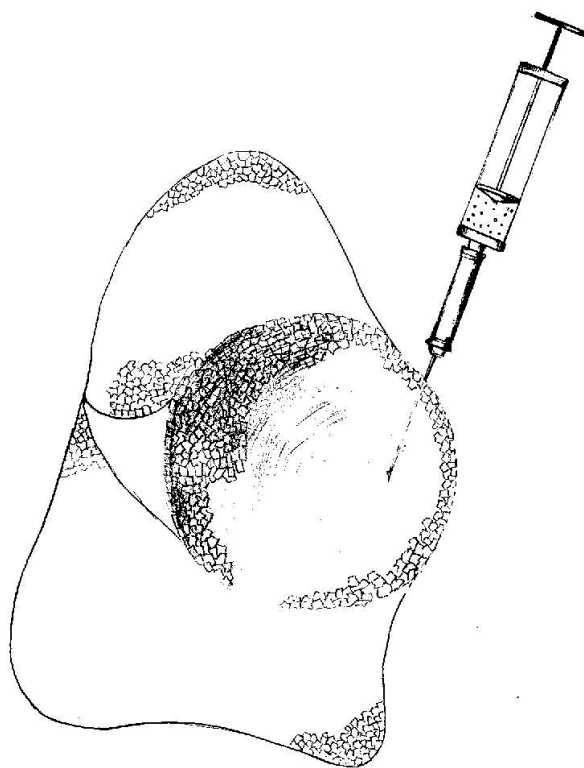
Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.

СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ

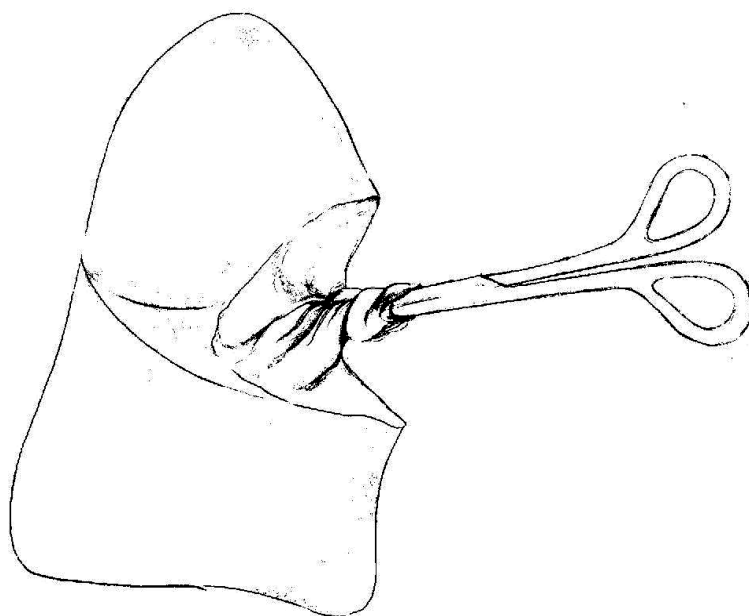


Фиг. 1

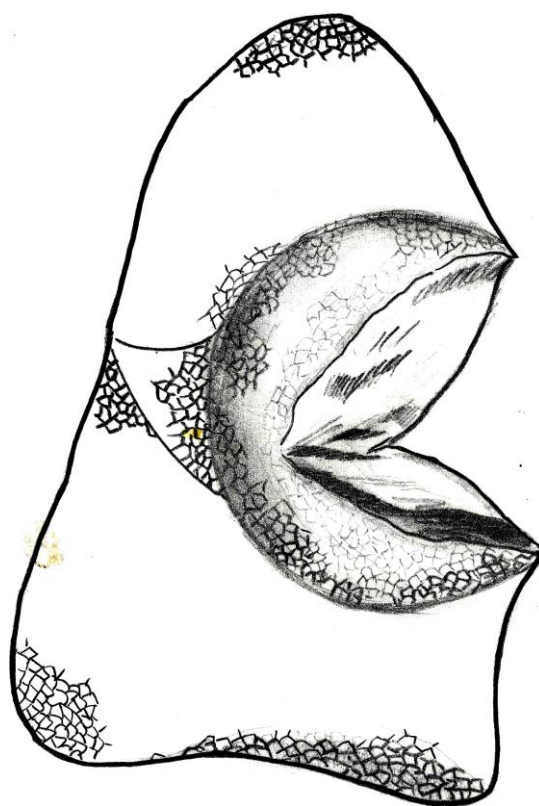


Фиг. 2

СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ



Фиг. 3



Фиг. 4

СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХИНОКОККОЗЕ ЛЕГКОГО У ДЕТЕЙ

