



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **36**

(51) **7 A 61B 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) Описание изобретения

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 0600054

(22) 02.08.2005

(46) Бюл. 42 (2), 2006

(71)(72)(73) Абдуфатоев Т.А. (ТJ); Давлятов С.Б. (ТJ)

(54) СПОСОБ ЛИКВИДАЦИИ ОСТАТОЧНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ЭХИНОКОККЕКТОМИИ ПЕЧЕНИ У ДЕТЕЙ

(56) 1. Аскерханов Р.П. Хирургия эхинококкоза. - Махачкала, 1976 - 371с.

2. Березкин Н.Ф. К вопросу о принципах и технике лечения эхинококковых кист печени// Хирургия. - 1946. - №11 с.47-49.

3. Пулатов А.Т. Хирургия эхинококкоза у детей. - Л.:Медицина, 1983. - 1968 с.

4. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дингин П.Г. Хирургия эхинококкоза. - М.: Медицина, 1985. - 216 с.

5. TJ 397 06.08.2001.

6. TJ 345 18.07.2001

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и может быть использовано при оперативном лечении эхинококкоза печени.

Для ликвидации остаточной полости, после пункции и отсасывания эхинококковой жидкости, фиброзная капсула рассекается, удаляется хитиновая оболочка. Фиброзная капсула рассекается параллельно печеночным сосудам в пределах 1-1,5 см толщины паренхимы почки, при этом медиальный лоскут фиброзной капсулы иссекается в пределах здоровых участков печени, а латеральный лоскут фиброзной капсулы накладывается на образовавшуюся площадку и подшивается к ней путем наложения П-образных кетгутовых швов.

Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и может быть использовано при оперативном лечении эхинококкоза печени.

Несмотря на достигнутые успехи в хирургическом лечении эхинококкоза печени актуальной остается проблема выбора метода ликвидации остаточной полости (ЛОП) в зависимости от объема и локализации эхинококковых кист (ЭК). В результате неадекватной ЛОП, формируется непаразитарная полость с осложнениями (нагноениями или образованием свищей) или воспалительными инфильтратами с развитием гепатита вследствие локального нарушения кровообращения либо желчевыделения.

Известен способ ЛОП при эхинококкэктомии печени по А.Т.Пулатову [3], который осуществляется следующим образом: после пункции ЭК и эвакуации эхинококковой жидкости, фиброзную капсулу кисты вскрывают, удаляют хитиновую оболочку. Полость кисты обрабатывают 96% этиловым спиртом. Имеющиеся желчные свищи ушивают. Фиброзную капсулу кисты (ФКК) рассекают по периметру до границы здоровых участков печеночной ткани. Накладывают гемостатические узловы швы на края ФК. Остаточную полость (ОП) ликвидируют путем тампонады большого сальника на сосудистой ножке и путем выкраивания части большого сальника на сосудистой ножке достаточной длины, чтобы подвести и пришить ко дну остаточной полости.

Недостатком данного способа является то, что у детей, особенно младшего возраста, большой сальник оказывается недостаточно развитым из-за хронической интоксикации вследствие эхинококковой болезни. В результате этого произвести тампонаду остаточной полости, особенно при множественных средних и больших по объему кист печени, не представляется возможным.

Существует способ ликвидации остаточной полости при эхинококкэктомии печени, путем абдоминализации остаточной полости [1, 4], который осуществляется следующим образом: после пункции и отсасывания эхинококковой жидкости вскрывают фиброзную капсулу и удаляют хитиновую оболочку. Полость ФК обрабатывают 96% спиртом. Остаточную полость ликвидируют путем кругового иссечения фиброзной капсулы с тонким слоем паренхимы печени, т.е. абдоминализацией остаточной полости.

Недостатком способа является образование большой раневой поверхности, которая в послеоперационном периоде из-за имбиции тканевой жидкости (экссудации) и желчи способствует развитию ограниченного перитонита или образованию желчных свищей. В отдаленном периоде образуются плотные спайки, приводящие к спаечной болезни и ограничению подвижности органа, приводящие к недостаточной регенерации печени.

В данном способе невозможно ликвидировать остаточные полости при ЭК средних и больших размеров, т.к. при круговом иссечении ФК остается глубокая полость, которая в последующем может привести к образованию непаразитарной кисты с абсцессом.

Наиболее близким является способ ЛОП при эхинококкэктомии печени по Березкину [2], осуществляемый следующим образом: после пункции отсасывания эхинококковой жидкости и удаления хитиновой оболочки, ФК широко раскрывают по периметру кисты. В результате образуется два лоскута (латеральный и медиальный). На края ФК накладывают гемостатические швы. Остаточную полость обрабатывают 3% раствором формалина, после чего ее ликвидируют путем заворачивания краев ФК тонким слоем печеночной ткани во внутрь, в виде рулета и подшиванием их ко дну.

Недостатком вышеуказанного метода является то, что на завернутых и подшитых краях ко дну ОП фиброзной капсулы с тонким слоем функционирующий паренхимы печени наступает нарушение кровообращения и желчевыделения, что приводит к воспалительной инфильтрации с развитием гепатита в ближайшем будущем и развитию склеротических изменений в отдаленном периоде.

Целью изобретения является улучшение результатов эхинококкэктомии печени путем устранения указанных недостатков.

С учетом указанных недостатков, нами разработан способ ЛОП при эхинококкэктомии печени осуществляющийся следующим образом: после пункции, отсасывания эхинококковой жидкости, ФК рассекают и удаляют хитиновую оболочку. Полость ФК обеззараживают 96% этиловым спиртом.

Полость широко раскрывают рассечением ФК параллельно печеночным сосудам в пределах 1-1,5 см толщины паренхимы печени. Имеющиеся желчные свищи ушивают капроновыми швами на атравматической игле. В результате рассечения ФК образуются два лоскута: наружный (латеральный) и внутренний (медиальный). Участок ФК, лишенный печеночной ткани на медиальном листке, иссекают. Таким образом, образуется один наружный листок ФК и площадка ФК на паренхиме печени. ЛОП осуществляют путем накладывания нескольких П-образных кетгутовых швов (в зависимости от объема ОП) на медиальной площадке ФК начиная со дна ОП, которые проводят под латеральный лоскут (без заворачивания последнего) и завязывают так, чтобы не деформировать печеночную ткань. В результате подшивания наружного (латерального) лоскута ФК ко внутреннему (медиальному) ОП ликвидируется полностью, без деформации сосудов и желчных ходов, а также не остается раневой поверхности.

ЛОП при эхинококкэктомии печени при средних, больших и гигантских ЭК по предложенному способу является щадящей, выполняется с мини-

мальной травматизацией печеночной ткани и без заворачивания краев, ФК, следовательно, без нарушения кровообращения и желчевыделения (в отличие от прототипа), что создает лучшие условия для регенерации печеночной ткани.

Предлагаемый метод применен у 25 больных с эхинококкозом 1, 3, 5, 6 сегментов печени без осложнений. При изучении непосредственных и отдаленных результатов лечения через 3-5 лет, с применением специальных методов исследований (УЗИ печени, компьютерной томографии, через пупочную и трансаортальную ангиографию) осложнений в виде рецидива эхинококкоза, инфильтрации печеночной ткани, желчных свищей и склеротических изменений не выявлено.

Таким образом, предлагаемый способ ЛОП при эхинококкэктомии средних, больших и гигантских ЭК 1, 3, 5, 6 сегментов печени, может быть рекомендован в практике хирургического лечения эхинококкоза печени у детей.

Пример 1. Больной Ахмедов З. 14 лет, поступил с DS: большая эхинококковая киста 6-го сегмента печени. Произведена операция – верхнепоперечная лопаротомия. В проекции 6-го сегмен-

та печени определяют ЭК, размером 15х10 см. Кисту пунктируют и эвакуируют около 650 мл прозрачной эхинококковой жидкости со множеством дочерних кисточек. Вскрывают ФК, удаляют хитиновую оболочку и дочерние кисты более 100 штук. Полость ФК обрабатывают 96% этиловым спиртом. Ушивают один желчный свищ, диаметром 0,4 см на атрауматической игле. ФК рассекают параллельно печеночным сосудам на всем протяжении.

При этом образовалось два лоскута, размером 12х8 см - медиальный и 15х8 см - латеральный.

Медиальный листок ФК иссекают в пределах здоровых участков печеночной ткани. Накладывают гемостатические кетгутовые швы. Начиная со дна ОП, на медиальной площадке накладывают три П-образных кетгутовых шва, которые проведены через латеральный лоскут и завязаны до сопоставления поверхностей обоих листков без натяжения. Таким образом, ОП ликвидирована. Послеоперационный период протекал гладко. На контрольной УЗИ через 1 и 6 месяцев после операции наличие остаточной полости, деформация сосудов и желчных ходов отсутствует.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

1. Способ ликвидации остаточной полости при эхинококтемии печени, включающий пункцию и отсасывание эхинококковой жидкости, рассечение фиброзной капсулы с образованием латерального и медиального лоскутов, удаление хитиновой оболочки, **отличающийся тем, что** фиброзную капсулу рассекают параллельно печеночным сосудам в пределах 1-1,5 см толщины паренхимы почки, при этом медиальный лоскут фиброзной капсу-

лы иссекают в пределах здоровых участков печени, а латеральный лоскут фиброзной капсулы накладывают на образовавшуюся площадку и подшивают к ней путем наложения П-образных кетгутовых швов.

2. Способ по п. 1, **отличающийся тем, что** П-образные швы накладывают со дна остаточной полости и проводят под латеральным лоскутом.

Компьютерный набор:Абидова П.А.

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

ПАО НПИЦентра, 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14 а.