



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **37**

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

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) Описание изобретения

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 0600055

(22) 02.08.2005

(46) Бюл. 42 (2), 2006

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

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

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

2. Вишневский А.А. К хирургическому лечению эхинококкоза легкого. Вести хир. им. Грекова - 1956. - Т 77, №11-с 74 -79.

3. Гаджиев Ш.М. Об остаточных полостях после одномоментной закрытой эхинококкэктомии легких по Дельбе. // Азерб. мед. журнал.-1980-№2. с. 48-51

4. Пулатов А.Т. Эхинококкоз в детском возрасте. - М.: Медицина, 2004. - 222 с.

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

Для ликвидации остаточной полости, после пункции и отсасывания эхинококковой жидкости, вскрывается фиброзная капсула, удаляется хитиновая оболочка. ФК непокрытая легочной тканью, иссекается на всем протяжении до границы со здоровой легочной тканью. ФК параллельно междолевой и межсегментарной щели рассекается до корня легкого по всему периметру кисты с образованием двух глубоких полушарий, которые дополнительно рассекаются еще на 2 или 3 лоскута по ходу бронхов и сосудов по направлению к корню легкого. Начиная с периферии лоскута выделяется от легочной ткани и удаляется ФК на расстоянии 3-5см. Оставшийся свободный край легочной ткани прошивается внутрь к линии удаленной части ФК.

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

Проблема ликвидации остаточных полостей фиброзной капсулы (ЛОПФК) при эхинококкэктомии легких по настоящее время остается актуальной, учитывая высокий процент послеоперационных осложнений от 41,6 до 53,7% в ближайшем и от 14,1 до 29,4% в будущем [1, 4].

Существует более 10 способов ЛОПФК при эхинококкэктомии легких.

Известен способ ЛОПФК при эхинококкэктомии легкого по Дельбе [1, 3] который осуществляется следующим образом: после пункции и эвакуации эхинококковой жидкости вскрывают фиброзную капсулу (ФК), удаляют хитиновую оболочку. Полость ФК обрабатывают формалином. Остаточная полость (ОП) ликвидируется путем наложения круговых кисетных швов, начиная со дна поэтапно в 2 или 3 ряда. Недостатком способа является то, что круговое прошивание ФК вместе с легочной тканью в несколько этажей приводит к сближению бронхов с последующим развитием деформирующего бронхита и бронхоэктазии [1, 4].

Существует способ ЛОПФК при эхинококкэктомии легкого по А.А. Вишневному [2], где после пункции, отсасывания эхинококковой жидкости, вскрывают ФК, удаляют хитиновую оболочку. Остаточная полость обрабатывается формалином. Ушиваются имеющиеся бронхиальные свищи. ФК лишённую легочной ткани вкруговую иссекают. На края ФК накладываются гемостатические швы.

Недостатками способа являются образование остаточных полостей с нагноением и образование бронхиальных свищей, так как при средних, больших и гигантских эхинококковых кистах легкого, после эхинококкэктомии, остаются глубокие полости, которые не всегда опорожняются в свободную плевральную полость, что являются причиной осложнений.

Прототипом и наиболее эффективным способом ЛОПФК при эхинококкэктомии легкого, является способ по А.Т.Пулатову [4], который осуществляется следующим образом. После пункции, отсасывания эхинококковой жидкости, вскрывается ФК, удаляется хитиновая оболочка. ОП обрабатывается 96% этиловым спиртом. ФК, непокрытая легочной тканью иссекается на всем протяжении, отступая 0,5-1 см от здоровой легочной ткани. При этом образуется глубокая ОП достигающая корня легкого. Для предупреждения возможного скопления экссудата, ФК по междолевой или межсегментарной щели широко рассекается почти по всему

периметру кисты, в результате чего образуются два полушария. Остается нетронутой узкая полоска ФКК шириной не более 4-5 см у корня легкого, где проходят бронхи и сосуды. Края искусственно образованной щели ушиваются аппаратом УКЛ

или ручную. Легкое раздувается, верхний и нижний полушария ОП, представляющие собой остатки ФК, смыкаются, в результате чего остаточная полость ликвидируется.

Недостатками способа является то, что при центрально расположенных больших и гигантских эхинококковых кистах, занимающее несколько сегментов или долей, при создании междолевой или межсегментарной щели по Пулатову, нередко образуется остаточная полость за счет оставшейся углубленной поверхности, особенно при ригидности и воспалительной инфильтрации, когда смыкаются полушария не по всей поверхности, а только по краям, где ФК эластична, а в глубине образуется непаразитарная полость, которая может нагнаиваться или стать причиной ателектаза и бронхиальных свищей.

Целью изобретения является улучшение результатов эхинококкэктомии путем устранения указанных недостатков.

После пункции, отсасывания эхинококковой жидкости, вскрывается ФК, удаляется ХО. Остаточная полость обрабатывается 96% этиловым спиртом. ФК, непокрытая легочной тканью, иссекается на всем протяжении до границы со здоровой легочной тканью. Имеющиеся бронхиальные свищи зашивают капроновыми швами с атравматической иглой. ФК параллельно междолевой или межсегментарной щели рассекается до корня легкого по всему периметру кисты. В результате чего, образуются два глубоких полушария. Затем, дополнительно эти два полушария ФК рассекаются еще на 2 или 3 лоскута по ходу бронхов и сосудов по направлению к корню легкого. После этого, начиная с периферии, лоскут выделяется от легочной ткани и удаляется фиброзная капсула на расстоянии 3-5 см (в зависимости от глубины ОП) применением прецизионной техники. Оставшийся свободный край легочной ткани зашивается вовнутрь к линии удаленной части фиброзной капсулы.

Таким образом, путем дополнительного рассечения ФК на 2-3 лоскута, выделения от легочной ткани и удаления ФК от периферии к центру на 3-5 см, прошиванием свободного края легкого к удаленной части ФК, максимально уменьшается глубина остаточной полости. Смыканием с легочной тканью всех лоскутов между собой ликвидируется остаточная полость без деформации бронхов.

По предложенному способу прооперированны 23 ребенка с большим (13 детей) и гигантским (10 детей) ЭК с хорошими непосредственными и отдаленными результатами.

Пример. Больной Ф. 12 лет поступил в кли-

нику с диагнозом: эхинококковая болезнь. Гигантская эхинококковая киста нижней доли правого легкого.

Произведена операция ЭК размером 20х18см занимающая все сегменты нижней доли. Пункти-

ровано и эвакуировано 1000 мл эхинококковой жидкости. Вскрыта фиброзная капсула, удалена хитиновая оболочка. Полость глубиной 15см обеззаражена 96% этиловым спиртом. ФК с тонким слоем легочной ткани рассечена по периметру до корня легкого, затем латеральный и медиальный лоскуты дополнительно рассечены по направлению к межсегментарным щелям. Произведено круговое иссечение ФК лишенная легочной ткани. Фиброзная капсула выделена и удалена на глубине 5 см со всех сторон с применением прецизионной техники, куда пришит свободный край легочной

ткани. При раздувании все полушария ОП, представляющие собой остатки ФКК с легочной тканью, смыкаются с ликвидацией остаточной полости. Послеоперационный период протекал гладко. На контрольной рентгенограмме произведенной на 2 сутки легкое расправлено, ОП отсутствует. Больной осмотрен через 6 месяцев и 1 год после выписки из стационара. Мальчик развивается хорошо, никаких жалоб не предъявляет. Рентгенография грудной клетки без патологии. Газо-обменные и негазо-обменные функции легких в норме.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ ликвидации остаточной полости при эхинококкэктомии легкого у детей, включающий пункцию и отсасывание эхинококковой жидкости, вскрытие фиброзной капсулы и удаление хитиновой оболочки, иссечение фиброзной капсулы непокрытой легочной тканью на всем протяжении, до границы здоровой легочной ткани, с образова-

нием двух полушарий **отличающийся тем, что** образовавшиеся полушария по ходу бронхов и сосудов по направлению к корню легкого дополнительно рассекают на 2-3 лоскута, при этом ФК отделяют от легочной ткани на 3-5 см и удаляют, а оставшийся свободный край легочной ткани зашивают внутрь к линии удаленной части ФКК.

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.