



ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНТСТВО
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к предварительному патенту Кыргызской Республики

(21) 950280.1

(22) 06.11.1995

(46) 01.10.1996, Бюл. №2, 1997

(71)(73) Кыргызский медицинский институт (KG)

(72) Джоробеков А.Д., Акматов Б.А., (KG)

(56) А.с. СССР №1281255, кл. A61B 17/00, 1983

(54) Способ лечения эхинококкоза

(57) Изобретение относится к медицине и может быть использовано при лечении остаточных полостей эхинококковой кисты различной формы. После пункционного удаления кистозной жидкости перед рассечением фиброзной капсулы проводят термическую обработку остаточной полости эхинококковой кисты горячим паром, подаваемым под давлением 33 кПа при температуре 98-100°C с экспозицией 3-5 мин с помощью устройства, содержащего троакар 1, силиконовые дренажи 2,3, ведущие к электроотсосу 4 и ингалятору 5. 1 ил.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и может быть использовано при лечении остаточных полостей эхинококковой кисты.

Известен способ лечения эхинококкоза, в котором с целью уменьшения рецидивов заболевания, а именно, лечения остаточных полостей после удаления эхинококковой кисты (ЭК) из различных пораженных органов (печени, легких и др.) и после отсасывания из нее паразитарной жидкости заполняют полость ЭК, антисептическим раствором при температуре 65-70°C, выдерживают его в полости 3-5 мин, после чего раствор удаляют

Недостатком известного способа является то, что применение горячего антисептического раствора (фурациллина, риванола или формалина) нередко токсично для организма, раствор не всегда может равномерно заполнить полость паразитарной кисты и контактировать со всей ее внутренней поверхностью, особенно, когда она имеет неправильную и причудливую форму, ввиду чего возможны рецидивы заболевания.

Задача изобретения - уменьшение рецидивов заболевания и устранение токсичности воздействия антисептических растворов на организм больного.

Задача решается таким образом, что после пункционного удаления эхинококковой жидкости, перед рассечением фиброзной капсулы, термическую обработку проводят пульсирующей струей горячего пара, подающегося в остаточную полость под давлением

33 кПа при температуре 98-100°C экспозицией 3-5 мин.

Горячий пар довольно быстро и надежно обеззараживает плодоносные элементы паразита в кистах с различной извитостью и труднодоступностью для антисептического раствора, не повреждая при этом ткани печени и не оказывая токсического воздействия на организм пациента.

На фиг. 1 изображено устройство для осуществления способа лечения эхинококкоза.

Способ осуществляется разработанным устройством, содержащим троакар с двумя канюлями 1, соединенными посредством стерильных силиконовых дренажей 2, 3 с электронасосом 4 и аппаратом 5 для ингаляции лекарственных средств (типа Ингалятор портативный – 2).

Производят пункцию кисты с максимальной эвакуацией эхинококковой жидкости в герметичных условиях, т.е. без возможности выхода наружу паразитарной жидкости, что имеет важное значение в профилактике распространения плодоносных элементов паразита по всей брюшной полости и рецидива заболевания. После этого, не вынимая троакар, закрывают первую канюлю через вторую канюлю из вышеуказанного аппарата в полость кисты вводят пульсирующую струю горячего пара под давлением 33 кПа с температурой 98-100 °C и экспозицией на 3-5 мин. В отличие от введения в остаточную полость эхинококковой кисты антисептического раствора формалина, горячего фурациллина и риванола, горячий пар равномерно заполняет полость и контактируется со всем содержимым и всей внутренней поверхностью паразитарной кисты, какую бы форму она не имела - многокамерную или неправильную. При этом наступает денатурация хитиновой оболочки, дочерних и внучатых пузьрей, они становятся тусклыми, сморщенными, а внутренняя поверхность фиброзной капсулы приобретает черную окраску, как после обработки остаточной полости пневмотермокоагулятором или лучом лазера. Производят широкий разрез фиброзной оболочки через место прокола кисты и удаляют хитиновую оболочку, дочерние и внучатые кисты, остаточную полость дополнительного обрабатывают 0.5 % спиртовым раствором хлоргексидина течение I мин. Ликвидацию остаточной полости производят одним из существующих методик. Фиброзную оболочку инвагинируют, наглоухо ушивают, субтотально или целиком иссекают (операция перицистэктомия).

Возможно использование антибиотиков (пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины) в смеси с горячим паром, что способствует снижению числа послеоперационных осложнений, как нагноение остаточной полости, абсцессы брюшной полости, гнойных свищей и нагноение раны. Так, у 25 больных, которым применен данный способ обработки остаточной полости в сочетании с введением антибиотиков, лишь в одном наблюдении отмечено нагноение послеоперационной раны.

Пример 1: Больная А., 33 года, поступила с жалобами на тяжесть и тупые боли в правом подреберье, боли иррадируют в лопатку. Болеет около 1 года. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, малоболезненная. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) в правой доле печени обнаружено кистозное образование размером 84 x 64 мм. 9.09 91 года доступом Рио-Бранко вскрыта брюшная полость, где при ревизии в проекции VII-VIII сегментов печени обнаружена эхинококковая киста печени размером 12x12 мм С помощью специального троакара произведена пункция кисты с эвакуацией 400 мл прозрачной эхинококковой жидкости. В полость введен горячий пар под давлением 33 кПа с температурой 100 °C и экспозицией 5 мин. После этого широко вскрыта фиброзная капсула и удалена хитиновая оболочка паразита, которая стала сморщенной и имела тусклый вид, а внутренняя поверхность фиброзной оболочки приобрела черную окраску, как при обработке лучом лазера. После дополнительной обработки остаточной полости 0.5 % спиртовым раствором хлоргексидина, она ликвидирована путем тотального иссечения всей фиброзной оболочки (операция перицистэктомия) на границе со здоровой тканью печени. С помощью П-

образных синтетических рассасывающихся нитей на атравматических иглах достигается надежный гемо- и холестаз. В поддиафрагмальное пространство подведен страховочный силиконовый дренаж, который удален через 48 ч. Послеоперационный диагноз: эхинококковая киста диафрагмальной поверхности (VII-VIII сегментов) печени. Швы сняты на 8 сут, рана зажила первичным натяжением. Больная выписана на 10 сут после операции. Осмотрена через 5 лет, жалоб не предъявляет, на УЗИ признаки рецидива заболевания отсутствуют.

Пример 2: Больная Ч., 9 лет, поступила с жалобами на тяжесть и боли в обеих подреберьях, подложечной области, тошноту, слабость. Болеет в течение последних 6 мес. Живот мягкий, болезненный в обеих подреберьях и подложечной области, где контурируется опухолевидное образование размером до 6x5 см, малоболезненное, тугоэластичной консистенции. При УЗИ в правой и левой долях печени выявлены два кистозных образования размерами по 80x60 мм. 8.01.92 г. произведена верхняя срединная лапаротомия, при ревизии в проекции II-III сегментов обнаружена первая киста размером 80 x 60 мм, вторая киста находится в проекции VII-VIII сегментов печени размером 120 x 80 мм. Поочередно произведена пункция кист электроотсосом с эвакуацией" соответственно 300 и 375 мл прозрачной эхинококковой жидкости и, не вынимая троакар, в полость кисты введен горячий пар под давлением 33 кПа с температурой 100°C и экспозицией по 4 мин. Широко рассечены фиброзные капсулы обеих кист и удалены хитиновые оболочки, дочерние кисты, которые под воздействием горячего пара стали тусклыми, сморщенными. Остаточные полости дополнительно обработаны 0.5 % спиртовым раствором хлоргексидина и наглухо ушиты по Дельбе. В оба подпеченочные пространства подведены два силиконовых дренажа, которые были удалены через 48 ч. Послеоперационный диагноз: множественные эхинококковые кисты правой (VII-VIII) и левой (II-III) сегментов доли печени. Швы сняты на 8 сут, рана зажила первичным натяжением, выписана домой на 12 сут. Больная осмотрена через 3 года, жалоб не предъявляет. По показаниям УЗИ признаки рецидива заболевания отсутствовали.

Жизнеспособность протосколексов определялась путем их окрашивания 0.1 % раствором эозина под световым микроскопом. При температуре пара 80°C, давлении 25 кПа и экспозиции 1-2 мин. гибель протосколексов наступила только в 85 % случаях. При этих параметрах имеется высокий риск рецидивов заболевания в отдаленные сроки после операций. 100 % гибель протосколексов была достигнута при температуре пара 98-100°C, давлении 33 кПа и экспозиции 3-5 мин, что следует считать эти параметры оптимальными, исключающими рецидив заболевания. Отдаленные результаты были изучены у 45 больных с эхинококкозом печени и ни в одном наблюдении не отметили рецидив заболевания, что свидетельствует о высоком антипаразитарном эффекте предложенного способа лечения остаточной полости.

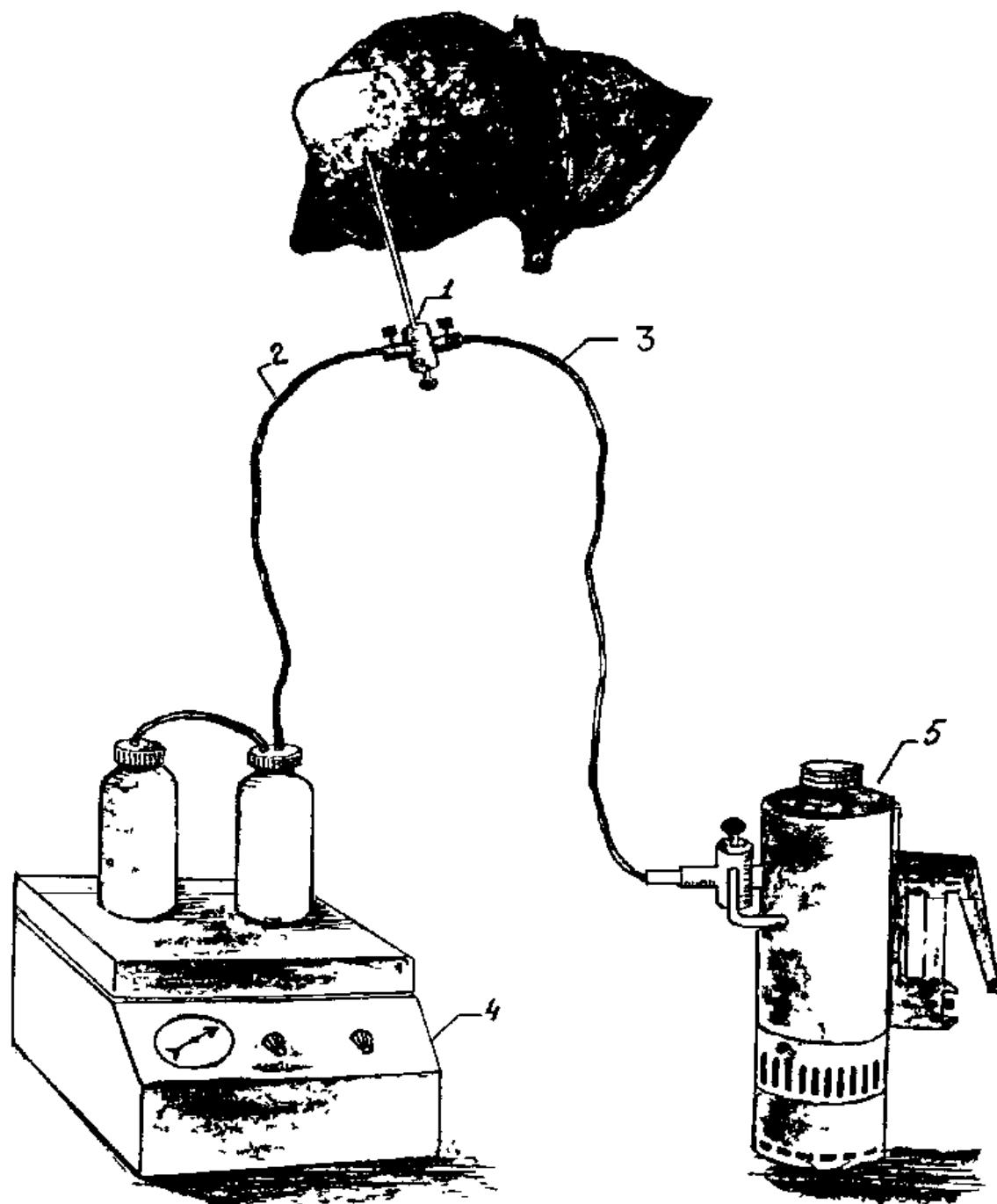
Таким образом, тогда как в лечении эхинококкоза легких при наличии бронхиальных свищей использование известного способа обеззараживания остаточных полостей с помощью формалина, фурациллина и риванола резко ограничено и даже противопоказано ввиду того, что эти антисептики, попадая в противоположное легкое, зачастую вызывают аспирацию, гипоксию, пневмонию, ателектаз, а при отсутствии двухпросветных интубационных трубок и невозможности раздельной интубации главных бронхов, опасность наступления «отключения» от дыхательного процесса и даже летального исхода, предложенный способ позволяет избежать этих грозных интраоперационных и послеоперационных осложнений и последствий.

Термический способ обработки остаточной полости эхинококковой кисты пульсирующей струей горячего пара или в смеси с антибиотиками технически прост и доступен как в условиях клиники, так и в условиях районных больниц.

Способом пролечено 45 больных, у всех больных удалось предотвратить рецидив заболевания и резко снизить число послеоперационных осложнений.

Формула изобретения

Способ лечения эхинококкоза, включающий функционное удаление жидкости и термическую обработку остаточной полости эхинококковой кисты перед рассечением фиброзной капсулы, отличающийся тем, что термическую обработку проводят пульсирующей струей горячего пара, подающегося в остаточную полость под давлением 33 кПа при температуре 98 - 100°C с экспозицией 3-5 мин.



Составитель описания
Ответственный за выпуск

Майдурова Н.К.
Ногай С.А

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03