

(19) **KG** (11) **1153** (13) **C1** (46) **30.06.2009**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПАТЕНТНАЯ СЛУЖБА  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ(51) *A61B 17/00* (2006.01)**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ****к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)**

(21) 20070131.1

(22) 08.10.2007

(46) 30.06.2009. Бюл. №6

(76) Ахметов Д.Г., Разакулов Р.О., Молдоташев Д.У., Мифтахова Л.Р. (KG)

(56) Хирургическая гепатология. Под ред. Петровского Б.В. – М.: Медицина.1972. – С. 108

(54) **Способ доступа при обширных паразитарных поражениях обеих долей печени**

(57) Изобретение относится к области медицины, а именно, к хирургии печени и может быть использовано при лечении эхинококкоза печени.

Задача изобретения заключается в разработке способа, обеспечивающего наименее травматичный оперативный доступ и профилактику формирования послеоперационных вентральных грыж. Поставленная задача решается в способе доступа при обширных паразитарных поражениях обеих долей печени, заключающемся в проведении разреза брюшной стенки и полости параллельно правому подреберью длиной 8-10 см и разреза параллельно левому подреберью длиной 4-5 см, сохраняя в целости прямую мышцу живота и её влагалище, которые отодвигают в латеральном направлении. После чего вскрывают брюшную полость, вводят в рану печеночные ранорасширители, производят ревизию печени и мобилизацию связочного аппарата и мобилизуют левые треугольные и печёчно-диафрагмальные связки и все отделы печени, со следующими параметрами доступа - угол оперативного действия – 90°, глубина операционной раны – 10-12 см, зона доступности - 38-40 см<sup>2</sup>. Сущностью предлагаемого способа является осуществление Г-образного абдоминального оперативного доступа, неизменённым остается фрагмент разреза в правом подреберье, симметрично которому в левом подреберье производится второй элемент Г-образного разреза кожи и подкожной клетчатки длиной до 4-5 см. 1 п. ф., 2 пр, 1 ил.

(21) 20070131.1

(22) 08.10.2007

(46) 30.06.2009, Bull. №6

(76) Ahmetov D.G., Razakulov R.O., Moldotashev D.U., Miftahova L.R. (KG)

(56) Surgery hepatology. Under the redaction Petrov B.V.– M.: Medecin.1972. – С. 108

(54) **The method of access during major parasite damage a both of hepatic lobes**

(57) Invention related to medicine namely to surgery of liver and may be used on treatment hydatid disease of liver. The task of invention is to develop method, providing less traumatize operative access and prophylaxis of forming post-operation ventral hernia. The put tasks shall be resolved by the method of access during major parasite damage a both of hepatic lobes, consists in making cut abdominal wall and cavity parallel to right hypochondria length of 8-9 sm and cut parallel left hypochondria length 4-5 sm, keeping a wholeness of rectus and its vagina, which move aside to lateral direction. After that open the abdominal space, inject to wound hepaticus retractor, make a revision of hepatic and mobilization of ligamentous apparatus and mobilize left triangular and hepatic diaphragm band and all other part of hepatic, with next access parameters — corner

(19) **KG** (11) **1153** (13) **C1** (46) **30.06.2009**

of prompt action  $90^\circ$ , depth of incisional — 10-12 cm, accessing zone 38-40 cm<sup>2</sup>. The matter of offered method is realizing of L-type abdominal operative access, the fragment of cut in the right hypochondrium shall be unchanged, in the left hypochondrium second L-type cut and hypoderm length up to 4-5 cm is made symmetrically to the right one.

1 claim, 2 examples, 1 fig.

Изобретение относится к области медицины, а именно, к хирургии печени и может быть использовано при лечении эхинококкоза печени.

Вопрос выбора способа хирургического доступа к пораженной печени имеет большое значение, т. к. при этом значительно травмируется брюшная стенка. Существует несколько общепринятых и проверенных практикой доступов.

Например, двухподреберный доступ и по типу «мерседес» по Старзлу Е.А., который показан при гигантских размерах паразитарных поражений, при локализации их в несмежных сегментах печени, при сочетанном поражении паразитарным процессом других органов брюшной и грудной полостей – прорастании в соседние органы и ткани, прорывах в желчные пути и свободную брюшную полость и при прочих осложнениях гидатидозного эхинококкоза. При этом доступе двумя разрезами параллельно ребрам вскрывают плевральную полость, при использовании специальных ретракторов (типа Сигала), достигается оптимальная пространственная экспозиция, что позволяет успешно производить обширные, сочетанные и комбинированные операции на обеих долях печени, а также симультанные оперативные вмешательства по поводу осложнений и сопутствующих заболеваний на органах брюшной полости. Указанный доступ можно осуществить также доступом по West.1962 (Хирургическая гепатология. Под ред. Петровского Б. В. – М.: Медицина, 1972. – С. 108).

Вместе с тем, к современным требованиям при производстве хирургических вмешательств относят обеспечение минимальной травматичности и максимальной доступности к патологическому очагу.

Как показал накопленный опыт, абдоминальные двухподреберные и по типу «мерседес» доступы оказались слишком травматичными и слишком расширенными для выполнения право- и левосторонних гемигепатэктомий и часто сопровождаются многими осложнениями.

При применении традиционных абдоминальных доступов у больных с альвеолярным и гидатидозным эхинококкозом печени наиболее частыми специфическими осложнениями в раннем послеоперационном периоде являются раневые осложнения (нагноение раны, лигатурные свищи), а в отдаленных сроках формируются послеоперационные вентральные грыжи.

Задача изобретения заключается в разработке способа, обеспечивающего наименее травматичный оперативный доступ и профилактику формирования послеоперационных вентральных грыж.

Поставленная задача решается в способе доступа при обширных паразитарных поражениях обеих долей печени, заключающемся в проведении разреза брюшной стенки и полости параллельно правому подреберью длиной 8-10 см и разреза параллельно левому подреберью длиной 4-5 см. При этом сохраняются отодвинутые в латеральном направлении прямая мышца живота и её влагалище. После чего вскрывают брюшную полость, вводят в рану печеночные ранорасширители, производят ревизию печени и связочного аппарата и мобилизуют левые треугольные и печечно-диафрагмальные связки и все отделы печени, со следующими параметрами доступа: угол оперативного действия –  $90^\circ$ , глубина операционной раны – 10-12 см, зона доступности – 38-40 см<sup>2</sup>.

Сущностью предлагаемого способа является осуществление Г-образного абдоминального оперативного доступа, проведение разреза параллельно правому подреберью, симметрично которому в левом подреберье производится второй элемент Г-образного разреза кожи и подкожной клетчатки длиной до 4-5 см.

Объективные критерии Г-образного абдоминального оперативного доступа составляют: угол оперативного действия –  $90^\circ$ , глубина операционной раны – 10-12 см, зона доступности – 38-40 см<sup>2</sup>. Предлагаемый оперативный доступ позволяет производить обширные резекции и другие радикальные операции у больных с гидатидозным и альвеолярным эхинококкозом печени. Шовную нить на коже целесообразно снять на 7-8-е сутки. В раннем и отдаленном послеоперационных периодах осложнений, связанных с применением данного малотравматичного оперативного доступа, не наблюдалось.

Пример № 1.

Больная К., 29 лет (и/б № 3612/11) поступила в отделение общей хирургии №1 ГКБ №1 16.03.07 г. с жалобами на боли и тяжесть в правом подреберье, слабость, периодическое повышение температуры тела до 37°C и более. Больной себя считает в течение 5 лет. На ультразвуковом исследовании (УЗИ) по месту жительства выявлена киста правой доли печени.

Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень выступает из под края рёберной дуги на 8-10 см, поверхность гладкая.

УЗИ: Всю правую долю печени занимает огромное гипоехогенное жидкостное образование, размерами до 180 x 150 мм, имеется толстая «двойная» капсула.

Диагноз: Эхинококковая киста правой доли печени (больших размеров).

Операция: под эндотрахеальным наркозом Г-образным абдоминальным доступом длиной до 18 см послойно вскрыта брюшная полость по предлагаемому нами способу. При ревизии брюшной полости обнаружена гигантская, напряжённая эхинококковая киста размером до 20 x 20 см, занимающая и поражающая паренхиму всей правой доли печени. При этом доступе для ревизии и выполнения обширной радикальной операции на печени созданы идеальные обзор и условия.

Произведена пункционная аспирация 2 500 мл паразитарной жидкости с примесью желчи, затем осуществлена термическая обработка остаточной полости по способу профессора Б.А. Акматова, удалена большая хитиновая оболочка. Выполнена субтотальная перикистэктомия с оставлением небольшой части фиброзной капсулы у ворот печени, прецизионным способом ушит цистобилиарный свищ диаметром до 0,3 см. В поддиафрагмальное пространство и под печень установлены 2 дренажа. Послеоперационный диагноз: Гигантская эхинококковая киста правой доли (V, VI, VII, VIII сегментов) печени.

Дренажи удалены на 3 сутки, швы сняты на 8 сутки, заживление раны первичным натяжением. Выписана на 9 сутки в удовлетворительном состоянии. Больная продолжает находиться под диспансерным наблюдением, на последнем УЗИ: печень без очаговых изменений, отмечена гипертрофия левой доли и паренхимы правой доли органа.

Пример №2.

Больной Р., 36 лет (и.б. №809/483), поступил 15.03.04 г. в отделение общей хирургии №1 ГКБ №1 с жалобами на боли и тяжесть в правом подреберье и подложечной области, опоясывающего характера, общую слабость. Болен в течение 3-х лет, после УЗИ по месту жительства установлен диагноз: Киста правой доли печени. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень увеличена на 4 см, поверхность гладкая.

УЗИ: в области V-VI сегментов печени определяется конгломерат узловых жидкостных образований размерами 8 x 5 см и 4 x 4 см, с выходом в брюшную полость, наименьший узел с тенью и фибринным компонентом, с плотными капсулами.

Заключение: больше данных за многокамерный эхинококкоз печени, малая вероятность хронического абсцесса.

Операция (18.03.04 г): под эндотрахеальным наркозом Г-образным абдоминальным доступом по предлагаемому способу послойно вскрыта брюшная полость, при этом созданы условия для ревизии печени и окружающих органов и тканей. По вскрытии брюшной полости обнаружена «гантелеподобная» двойная эхинококковая киста брыжейки поперечноободочной кишки размером 6 x 6 см, которая удалена по типу «идеальной эхинококкэктомии» со всеми элементами кисты.

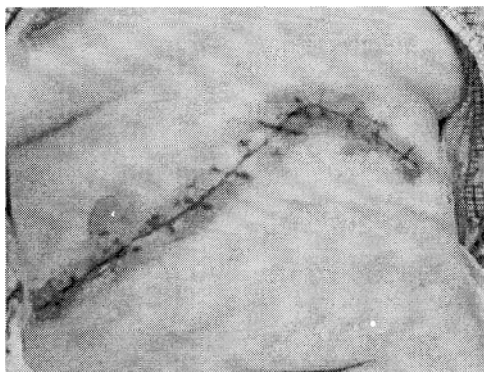
В области IV-V и VI сегментов имеется эхинококковая киста размером 8 x 8 см с обызвествленной фиброзной капсулой. Выполнена неанатомическая трисегментэктомия (S IV, V, VI), гепатизация печени с помощью П-образных швов, а в подпечёночное пространство были подведены 2 дренажа. Произведены послойные швы на рану. Послеоперационный диагноз: Эхинококковая киста IV, V, VI сегментов печени и брыжейки поперечно-ободочной кишки.

Дренажи удалены на 3 сутки, швы сняты на 8 сутки, больной провёл в больнице всего 12 койко-дней. Динамические УЗИ печени и органов брюшной полости без патологии.

Представленные клинические примеры указывают, что предлагаемый абдоминальный доступ является самым оптимальным оперативным доступом при выполнении радикальных операций у больных с гигантскими и обызвествленными паразитарными кистами печени. Он менее травматичен и позволяет легко мобилизовать печеночно-диафрагмальные связки и сравнительно легче выполнить правостороннюю или левостороннюю гемигепатэктомию. Исключается возникновение раневых осложнений и в отдаленные сроки, послеоперационных осложнений.

### Формула изобретения

Способ доступа при обширных паразитарных поражениях обеих долей печени, заключающийся во вскрытии брюшной полости разрезом брюшной стенки параллельно правому подреберью и разрезом параллельно левому подреберью, введении в рану печеночных ранорасширителей, ревизии печени и мобилизации связочного аппарата отличающийся тем, что разрез параллельно правому подреберью производят длиной 8-10 см, разрез параллельно левому подреберью производят на длину 4-5 см, сохраняя в целости прямую мышцу живота и её влагалище, которые отодвигают в латеральном направлении, мобилизуют левые треугольные и печеночно-диафрагмальные связки и все отделы печени, со следующими параметрами доступа: угол оперативного действия –  $90^\circ$ , глубина операционной раны – 10-12 см, зона доступности –  $38-40\text{ см}^2$ .



Фиг.1. Г-образный абдоминальный оперативный доступ

Составитель описания  
Ответственный за выпуск

Торобекова М.А.  
Чекиров А.Ч.

Государственная патентная служба КР, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 681703