

(19) **KG** (11) **845** (13) **C1** (46) **31.01.2006**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АГЕНСТВО
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ (51)⁷ **A61B 17/00**
ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ (КЫРГЫЗПАТЕНТ)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20040112.1

(22) 01.12.2004

(46) 31.01.2006, Бюл. №1

(76) Мусаев А.И., Усубалиев М.Б., Баширов Р.М. (KG)

(56) Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г. Хирургия эхинококкоза. - М.: Медицина, 1985.-С. 142-149

(54) Способ ликвидации полости фиброзной капсулы

(57) Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии, и может быть использовано при хирургическом лечении эхинококкоза печени. Задача изобретения заключается в повышении надежности закрытия полости фиброзной капсулы. Способ ликвидации полости фиброзной капсулы включает вскрытие кисты, удаление ее содержимого, обработку полости противопаразитарными средствами, удаление хитиновой оболочки и тампонаду остаточной полости сальником на питающей ножке с подведением дренажной трубки в полость после заполнения сальником полости. При этом после удаления хитиновой оболочки осуществляют частичную перицистэктомию фиброзной капсулы с дальнейшей фиксацией сальника отдельными швами ко дну полости и по краям. 1 пр.

Изобретение относится к медицине, в частности к хирургии, и может быть использовано при хирургическом лечении эхинококкоза печени.

Известен способ лечения эхинококкоза, включающий пункционное удаление кистозной жидкости, введение в полость кисты антипаразитарного раствора с последующим его отсасыванием перед рассечением фиброзной капсулы, а в качестве антипаразитарного раствора используют антисептическое средство при 65-70°C, отсасывание которого производят через 3-5 мин после его введения (А.с. SU №1281255, кл. A61B 17/00, 1987).

Известен способ Аскерханова Р.П., включающий вскрытие кисты, удаление ее содержимого, обработку полости противопаразитарными средствами, удаление хитиновой оболочки и тампонаду остаточной полости сальником на питающей ножке с подведением дренажной трубки в полость, и после заполнения им полости сальник фиксируется отдельными швами к наружному краю фиброзной капсулы (Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г. Хирургия эхинококкоза. - М.: Медицина, 1985. - С. 149).

Недостаток способа заключается в том, что при нагноившихся кистах нередко

погруженный участок сальника секвестрируется. При этом формируется остаточная полость, в которой возникает нагноение и, следовательно, больной нуждается в повторной операции.

Задача изобретения заключается в повышении надежности закрытия полости фиброзной капсулы.

Поставленная задача решается тем, что способ ликвидации полости фиброзной капсулы включает вскрытие кисты, удаление ее содержимого, обработку полости противопаразитарными средствами, удаление хитиновой оболочки, частичную перицистэктомию фиброзной капсулы, тампонаду остаточной полости сальником на питающей ножке с фиксацией сальника отдельными швами ко дну полости и по краям и подведением дренажной трубки в полость.

Преимущество этого способа заключается в том, что удаляется внутренний инфицированный слой фиброзной капсулы и при заполнении остаточной полости сальником исключается его секвестрирование.

Пример:

Больной И., 28 лет, поступил в ГКБ №1 06.01.04 г. с жалобами на боли и чувство тяжести в правом подреберье, тошноту, повышение температуры тела до 38.7°C, озноб, потливость, сухость во рту, резкую общую слабость, плохой аппетит.

Из анамнеза: незначительные боли и чувство тяжести в правом подреберье беспокоят в течение 1 года. За 1 неделю до поступления боли в животе усилились, присоединились вышеперечисленные жалобы:

Объективно: Общее состояние средней тяжести. Кожа бледноватой окраски. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс - 96 уд. в мин, АД - 100/70 мм. рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот обычной формы, в акте дыхания падает верхние отделы. Пальпаторно живот болезнен в правом подреберье, там же умеренный дефанс мышц. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

На УЗИ: Печень увеличена в размерах +2.0 см. Структура неоднородная, мелкозернистая. В зоне V, VI сегментов правой доли визуализируется кистозное образование размером 8.0 x 7.0 см с гиперэхогенными включениями и отслоенной хитиновой оболочкой.

Заключение: Нагноившаяся эхинококковая киста правой доли печени. Предварительный диагноз: Нагноившийся эхинококкоз V, VI сегментов правой доли печени.

После кратковременной предварительной подготовки в течение двух часов 06.01.04 г. произведена операция. Разрезом по Кохеру в правом подреберье произведена послыная лапаротомия. При ревизии обнаружена эхинококковая киста, занимающая передненижнюю поверхность V, VI сегментов правой доли печени. После обкладывания марлевыми тампонами киста пропунктирована, эвакуирована мутная гнойная жидкость. Киста вскрыта, удалена хитиновая оболочка вместе с дочерними и внучатыми кистами. Остаточная полость обработана горячим раствором фурациллина (+70°C) с экспозицией 3 мин и дважды 70° спиртом. Далее произведена частичная перицистэктомия, т.е. удалены два инфицированных внутренних слоя фиброзной капсулы.

Выделение слоев начали с одного из краев вскрытой кисты. Соединительнотканый слой довольно легко выделялся тупым путем, только в некоторых местах острым; затем большой сальник на ножке фиксирован ко дну полости и по краям отдельными узловыми швами. В подпеченочное пространство подведены 2 резиновые трубки, выведены через отдельную контрапертуру в правом подреберье. Наложены послыные швы на рану.

Клинический диагноз: Нагноившийся эхинококкоз V, VI сегментов правой доли печени.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Заживление послеоперационной раны первичным натяжением. Больной выписан на 8-е сутки в

удовлетворительном состоянии. При обследовании через 4 месяца остаточной полости в печени и рецидивных кист не обнаружено.

Формула изобретения

Способ ликвидации полости фиброзной капсулы, включающий вскрытие кисты, удаление ее содержимого, обработку полости противопаразитарными средствами, удаление хитиновой оболочки и тампонаду остаточной полости сальником на питающей ножке с подведением дренажной трубки в полость после заполнения сальником полости, отличающийся тем, что после удаления хитиновой оболочки осуществляют частичную перицистэктомию фиброзной капсулы с дальнейшей фиксацией сальника отдельными швами ко дну полости и по краям.

Составитель описания

Ногай С.А.

Ответственный за выпуск

Арипов С.К.

Кыргызпатент, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 680819, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03