



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **26890** (13) **U**  
(51) МПК (2006)  
**A61B 17/12**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ**ОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ**видається під  
відповідальність  
власника  
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ДОБРОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ МЕЖИСТІННЯ**

1

(21) u200705917

(22) 29.05.2007

(24) 10.10.2007

(46) 10.10.2007, Бюл. № 16, 2007 р.

(72) Кравчук Борис Олексійович, Макаров Анатолій Васильович, Сокур Петро Павлович

(73) НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМ. П.Л. ШУПИКА

(57) Спосіб хірургічного лікування доброякісних новоутворень межистіння, що включає виконання оперативного доступу, внутрішньогрудну анестезію, ревізію новоутворення та оточуючих органів,

2

мобілізацію новоутворення, гідралічне препарування основи новоутворення, розрізання медіастинальної плеври, вилучення новоутворення у межах здорових тканин, перев'язування і/або коагуляцію судин, встановлення дренажних трубок, який **відрізняється** тим, що після вилучення новоутворення здійснюють пластику його ложа шляхом накладання та фіксації клаптя, який попередньо формують після гідралічного препарування шляхом часткового розрізання медіастинальної плеври навколо основи новоутворення і/або по-здовжньо.

Дана корисна модель стосується медицини, а саме до способів хірургічного лікування доброякісних новоутворень межистіння.

До первинних новоутворень межистіння відносяться пухлини та кісти, які походять з тканин, гістогенетично притаманних структурам межистіння, або з дистопованих тканин, що змістились в межистіння при порушенні ембріогенезу.

Новоутворення межистіння серед інших пухлин займають особливе місце, оскільки вони походять з різномірних тканин і об'єднуються лише тим, що локалізуються (розміщуються) в одній анатомічній ділянці. Пухлини та кісти межистіння займають 3-7% в загальній структурі онкологічних захворювань. Факт виявлення пухлини чи кісти межистіння є передумовою для хірургічного втручання, якщо для цього немає протипоказань, оскільки кожна доброякісна пухлина може трансформуватись у злоякісну з частотою, що складає 28,9% проте в абсолютно непередбачені терміни.

В даний час стандартною методикою хірургічного лікування доброякісних новоутворень межистіння є така: після виконання оперативного доступу (торакотомія), проводять внутрішньогрудну анестезію, ревізію новоутворення та оточуючих органів. Виконують мобілізацію новоутворення шляхом тупого і/або гострого розділення злук. Після гідралічного препарування основи новоутворення розрізають медіастинальну плевру. Поетапно, в межах здорових тканин, видаляють новоутворення з капсулою, судини перев'язують

і/або коагулюють. Закінчується втручання постановкою дренажної трубки в плевральну порожнину [Дедков І.П., Захарычев В.Д. «Первичные новообразования средостения. - Киев: Здоров'я, 1982, с.49-66].

Недоліком відомої методики є доволі тривалий час післяопераційної реабілітації та велика частота післяопераційних ускладнень.

В основу корисної моделі поставлена задача скоротити термін післяопераційної реабілітації та зменшити частоту післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача досягається тим, що у способі хірургічного лікування доброякісних новоутворень межистіння, який включає виконання оперативного доступу, внутрішньогрудну анестезію, ревізію новоутворення та оточуючих органів, мобілізацію новоутворення, гідралічне препарування навколо основи новоутворення, розрізання медіастинальної плеври, вилучення новоутворення в межах здорових тканин, перев'язування і/або коагуляцію судин, встановлення дренажних трубок, згідно з корисною моделлю, після вилучення новоутворення здійснюють пластику його ложа клаптем медіастинальної плеври, який попередньо формують після гідралічного препарування шляхом часткового розрізання медіастинальної плеври навколо основи новоутворення і/або по-здовжньо.

Методика здійснення хірургічного лікування доброякісних новоутворень межистіння згідно із заявленою корисною моделлю така: після вико-

(13) **U**(11) **26890**(19) **UA**

нання оперативного доступу (торакотомія), здійснюють внутрішньогрудну анестезію та ревізію новоутворення та оточуючих органів. Здійснюють мобілізацію новоутворення шляхом тупого і/або гострого розділення злук. Після гідралічного препарування медіастинальної плеври формують клапоть шляхом часткового розрізання останньої навколо основи новоутворення і/або поздовжньо в залежності від форми та розміру новоутворення. Поетапно в межах здорових тканин з капсулою видаляють утвір, судини перев'язують і/або коагулюють. Сформований попередньо клапоть укладають на ложе новоутворення, фіксують рідкими вузловими швами по краю ложа і/або поздовжньо. Надлишок тканин клаптя відсікають. При великій площі ложа наносять декілька перфоративних отворів у клапті. Закінчується втручання стандартно, постановкою дренажної трубки у плевральну порожнину.

Далі наводиться приклад практичного здійснення заявленого способу:

Приклад

Хвора Ф. 9 місяців, надійшов у клініку торакальної хірургії для дітей Міської клінічної лікарні

№17 м. Києва 10.01.05 року (історія хвороби 661) з діагнозом: утвір межистіння.

Після обстеження встановлено клінічний діагноз: Вроджена кіста заднього межистіння справа.

Після відповідної підготовки, 13.10.05 року оперована. Доступ - бокова торакотомія. При ревізії в задньо-нижньому межистінні, паравертебрально виявлено кісту округлої форми, розміром 4х4х5см. Гідралічна препаровка медіастинальної плеври 0,25% розчином новокаїну, 5,0мл. Медіастинальна плевра розсічена на 1/2 окружності основи кісти та поздовжньо. Кіста поетапно мобілізована, ніжка прошита, перев'язана та відсічена. Кіста повністю видалена. Ретельний гемостаз. Клапті медіастинальної плеври укладені на ложе кісти, фіксовані рідкими вузловими швами по лінії розрізу. Дренування плевральної порожнини, ушивання рани грудної клітки. Ускладнень не було.

Перебіг післяопераційного періоду гладкий, без ускладнень. Виписана в хорошому стані.

Віддалений результат хороший.

Наведений Приклад підтверджує можливість промислової придатності заявленої корисної моделі.