

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до торакальної фтизіохірургії і може бути застосована при лікуванні поширеного інфільтративного та дисемінованого туберкульозу легень з наявністю деструктивного порожнини, яка знаходиться в проекції шостого ребра стосовно задніх відділів і третього ребра - стосовно передніх відділів геміторака.

Особливістю туберкульозу легень в умовах його епідемії в Україні є превалююче виявлення поширених та деструктивних процесів при значному відсотку випадків (до 30%) первинної стійкості та розвитку вторинної стійкості до протитуберкульозних препаратів у 55-65% хворих впродовж 5-6 місяців лікування. Все це створює несприятливі умови для виздоровлення пацієнтів і є гальмуючим фактором для локалізації та ліквідації епідемії. Застосування хірургічних методів лікування резектованого характеру у цих умовах мають обмежене застосування. У зв'язку з цим заслуговують на увагу колапсохірургічні втручання. Перевагу при цьому потрібно надавати методикам, які максимально зменшують об'єм гемітораку при достатньому колапсі легені при мінімальній травматичності та косметичному дефекті.

До аналогів таких методик відносяться остеопластичні варіанти торакопластик. Найбільш поширені наступні.

Відомий спосіб остеопластичної торакопластики, при якому виконують підокістну резекцію 4-5 верхніх ребер з екстраплевральним пневмолізом [див. патент РФ №2282405, МПК А61В17/00, 2006р.]. При необхідності виконують потрібне резекційне втручання на легені. Після цього частково резектовані ребра опускають донизу і фіксують до заднього відділу нижче розташованого, а перше ребро фіксують до поперечного відростка четвертого грудного хребця.

Недоліком даного способу є те, що "з'єднані" між собою частково резектовані ребра створюють перепону для зміщення м'яких тканин грудної стінки у грудну порожнину, що перешкоджає створенню надійного колапсу необхідного відділу легені. Окрім цього, видалення лише п'яти ребер для розвитку колапсу верхньої долі недостатнє, а фіксоване до поперечного відростка четвертого хребця перше ребро створює над склепінням плеври "кришу", яка заважає ліквідації склепіння та западання м'яких тканин у плевральну порожнину, а відтак - стримує розвиток колапсу легені.

Відомий спосіб хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень, що полягає у виконанні верхньозадньої торакопластики з апіколізом та фіксацією верхівки легені у стисненому вигляді полімерною сіткою [див. патент РФ №2207055, МПК А61В17/00, 2003р.]. Недоліком цього способу на нашу думку є утворення "перетинки" яка складається із фіксованих міжреберних пучків і ребер, що заважає «провисанню» м'яких тканин грудної стінки у грудну порожнину і унеможливує здавлення легені і розвиток її колапсу. Окрім цього, введення аллопластичного матеріалу залишає загрозу нагноєння.

Для уникнення зазначених недоліків за прототип своєї модифікації ми вибрали методику наступної екстраплевральної торакопластики [див. патент РФ №2207067, МПК А61В17/00, 2003р.]. За даним способом виконують паравертебральний розріз на протязі 12-13см. уздовж медіального краю лопатки з пересіченням трапецієподібного та ромбоподібного м'язів у їхніх нижніх частинах. Підокістно видаляють повністю два перших ребра, резектують задньобоківі частини третього, четвертого та п'ятого ребер до передньопохвиної лінії з видаленням поперечних відростків хребців. Екстраплеврально мобілізують апікальну частину легені, доповнюючи її інвагінацією усередину стінки каверни шляхом накладання на міжреберні м'які тканини Z-подібного збираючого шва. Пошарово зашивають післяопераційну рану.

Недоліком способу є значна травматичність операції через необхідність резектувати поперечні відростки хребців. Окрім цього за даним способом резектують недостатню кількість ребер, що не дозволяє досягти належного колапсу легені, а звести фіброзно перероджені вдається не завжди. При прошиванні і зведенні міжребер'їв можливе пошкодження паренхіми легені і інфікування операційної рани.

В основу запропонованої нами корисної моделі поставлено завдання удосконалити спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз, за яким шляхом застосування модифікованої схеми екстраплевральної торакопластики створюються умови для максимально "вільного провисання" м'яких тканин грудної стінки у грудну порожнину для компресії патологічно зміненої легені, веде до її колапсу та біологічного виздоровлення.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень, що включає виконання екстраплевральної торакопластики, згідно корисної моделі, розсікають між лопаткою і хребтом м'які тканини і мобілізують сегменти другого і п'ятого ребер шляхом їх підокістного пересікання у паравертебральній і середньоаксіялярній зонах. Після чого резектують задні відділи першого, третього, четвертого і шостого ребер від 4 до 10см. Перше ребро при цьому звільняють від драбинчатих м'язів. Далі кетгуттовими лігатурами зводять і зв'язують між собою перше і третє, четверте і шосте ребра, відтискуючи таким чином мобілізовані друге і п'яте ребра до задньої поверхні патологічно зміненої легені (С<sub>II</sub>, С<sub>VI</sub>), вдаваючи їх у глибину грудної порожнини. Мобілізовані сегменти ребер, що знаходяться під "зв'язаними" зведеними резектованими ребрами суттєво зменшують об'єм відповідної грудної порожнини, збільшуючи колапс легені при мінімальній деформації грудної стінки, оскільки "двошаровий" реберний каркас, збільшуючи колапс легені одноразово зменшує "западіння" лопатки.

Використання суттєвих ознак запропонованого способу дозволило відмовитись від резекції поперечних відростків хребців та зшивання м'яких міжреберних тканин, але створило умови для максимально "вільного провисання" м'яких тканин грудної стінки у грудну порожнину слідом за мобілізованими ребрами, що значно зменшує її об'єм. Наведене веде до здавлення легені та розвитку її колапсу, що сприяє біологічному виздоровленню.

Наводимо конкретний приклад використання способу.

Хвора В. 23 років лікувалась у терапевтичному відділенні фтизіатричної клініки впродовж 8міс. із діагнозом інфільтративний туберкульоз верхньої частки правої легені з розпадом. Через 6 місяців розвилася стійкість до ізоніазиду та рифампіцину. Деструктивна порожнина не закрилась. За наполяганням пацієнтки вона була відпущена на амбулаторне лікування. Повернулася через 3міс. без будь якої позитивної динаміки. Впродовж

такого ж терміну (3міс.) рентгенологічні та бактеріологічні показники залишалися стабільними. Було запропоноване оперативне втручання. Після отримання згоди проведена відповідна загальна підготовка. Через 3 тижні виконана екстраплевральна торакопластика у запропонованій нами модифікації. Вже через 1міс. кількість мокротиння значно зменшилась, а через 2міс. кашель змінився на покашлювання. Мікобактерії туберкульозу перестали визначатись. Через 3міс. після операції деструктивні зміни в легені не визначались, вогнищеві утворення у значній мірі розсмоктались, ущільнились. Подальша антибактеріальна терапія продовжувалась в амбулаторних умовах впродовж 3 місяців. Залишалась на антибактеріальних препаратах у інтермітуючому режимі до року. Даних за загострення процесу немає.