



УКРАЇНА

(19) UA (11) 38366 (13) A

(51) 6 A61B17/32, 17/34

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ ПРИ СПОНТАННОМУ ПНЕВМОТОРАКСІ

(21) 2000063746

(22) 26.06.2000

(24) 15.05.2001

(33) UA

(46) 15.05.2001, Бюл. № 4, 2001 р.

(72) Грубнік Володимир Володимирович, Шипулін
Павло Павлович, Мартинюк Валерій Анатолійович

(73) Одеський державний медичний університет

(57) Спосіб відеоторакоскопічної операції при
спонтанному пневмотораксі шляхом використання
відеоустановки і ендоскопічних інструментів, які
уводять через визначені операційні порти, який

відрізняється тим, що перший трокапорт діаметром 10 мм, який служить для введення відеокамери, вводять у V міжребер'я по середній пахвовій лінії, другий трокапорт, діаметром 5 мм, призначений для введення ендоскопічних інструментів, вводять у IV або VI міжребер'я по передній пахвовій лінії в залежності від локалізації ураженої ділянки легені і третій, діаметром 12,5 - 18,5 мм, призначений для введення ендоскопічних зшиваючих апаратів або додаткового введення відеокамери, - у VI або VII міжребер'я по задній пахвовій лінії.

Винахід відноситься до області медицини, а саме до хірургії, і може бути застосований при відеоторакоскопічних операціях на легенях, частково, при спонтанному пневмотораксі.

Відомий спосіб торакоскопічного втручання при спонтанному пневмотораксі (1), в якому використовуються два трокапорта, через котрі вводяться торакоскоп і ендоскопічні інструменти.

Однак, вказаний спосіб не дозволяє проводити з достатньою радикальністю операції через відсутність адекватного огляду операційного поля і можливості асистенції.

Найбільш близьким до запропонованого технічного рішення є спосіб відеоторакоскопічного втручання при спонтанному пневмотораксі (2), в котрому використовують відеоустановку і вводять ендоскопічні інструменти через запропоновані авторами точки.

Але цей спосіб має суттєві недоліки, які полягають у тому, що використання вказаних точок не дозволяє підвести ендоскопічні інструменти і виконати операцію у важкодоступних зонах плевральної порожнини.

В основу винаходу поставлена задача вдосконалення способу відеоторакоскопічної операції при спонтанному пневмотораксі шляхом введення відеокамери, ендоскопічних інструментів і ендоскопічних зшиваючих апаратів через встановлені операційні трокапорти, що дозволить виконати операцію у важкодоступних зонах плевральної порожнини.

Поставлена задача вирішується тим, що перший трокапорт, діаметром 10 мм, який служить для введення відеокамери, вводять у V міжребер'я

по середній пахвовій лінії, другий трокапорт, діаметром 5 мм, призначений для введення ендоскопічних інструментів, вводять у IV або VI міжребер'я по передній пахвовій лінії, в залежності від локалізації ураженої ділянки легені, і третій, діаметром 12,5, 18,5 мм, - для введення ендоскопічних зшиваючих апаратів або додаткового введення відеокамери у VI або VII міжребер'я по задній пахвовій лінії.

Спосіб використовують таким чином.

Операція виконується під загальним наркозом у положенні хворого на здоровому боці з відведенням гомолатеральної руки. Обов'язково застосовується роздільна інтубація бронхів двопроточною трубкою для потрібного відключення легені з дихання. Використовується методика з застосуванням трьох трокапортів: 1 - діаметром 10 мм, вводиться у V міжребер'я по середній пахвовій лінії для відеокамери; 2 - діаметром 5 мм, у IV, VI міжребер'я по передній пахвовій лінії для введення ендоскопічних інструментів; 3 - діаметром 12,5, 18,5 мм - у VI, VII міжребер'я по задній пахвовій лінії для введення ендоскопічних зшиваючих апаратів або додаткового введення відеокамери для кращого обзору "сліпих зон" плевральної порожнини. Резекція виконується таким чином: під контролем відеокамери за допомогою ендоскопічного легеневого затискача, уведеного через 2 трокапорт, захоплюється уражена ділянка легені і відсікається зшиваючим апаратом. Додатково закріплювати механічний шов немає необхідності, так як трирядний скобковий шов забезпечує надійний аерогемостаз.

(19) UA (11) 38366 (13) A

Основний етап операції виконується при виключеній легені; за необхідністю, для більш повного колапсу легені і зручності маніпуляцій у плевральну порожнину нагнітають CO₂, об'ємом 1,5 – 2 л, що значно не впливає на гемодинаміку хворого.

Приклад оперативного втручання.

Операція за запропонованим способом була виконана у хворого Д., 20 років, який знаходився на лікуванні у відділенні торакольної хірургії ОКЛ з діагнозом - спонтанний рецидивуючий пневмоторакс справа. При цьому, бульбозно змінена ділянка легені розташовувалася у верхній долі (S₁).

Після операції хворого виписано в задовільному стані з приписанням періодичного обстеження у найближчі та віддалені строки після операційного періоду.

Подібні операції за описаною патологією виконані у 45 пацієнтів.

В порівнянні з прототипом, запропонований спосіб дозволяє виконувати відеоторакокопічні операції у важкодоступних зонах плевральної порожнини за рахунок доброго огляду останньої і можливості вільної маніпуляції ендоскопічними інструментами.

Література:

1. Торакокопические вмешательства при спонтанном пневмотораксе / Булинин В.И., Редькин А.Н., Левтеев В.Е., Новомлинский В.В. //Хирургия. -1999. -№ 4. - с. 50-51.

2. Kaneko K., Omoto R. Thoracoscopic surgery of spontaneous pneumothorax and partial lung resection // Rinco Kuobu Geka. -1994. - Vol. 14, № 1.-P. 26-29.

ДП "Український інститут промислової власності" (Укрпатент)
Україна, 01133, Київ-133, бульв. Лесі Українки, 26
(044) 295-81-42, 295-61-97

Підписано до друку _____ 2001 р. Формат 60х84 1/8.
Обсяг _____ обл.-вид. арк. Тираж 50 прим. Зам. _____

УкрІНТЕІ, 03680, Київ-39 МСП, вул. Горького, 180.
(044) 268-25-22
