



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 56733

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВІНАХІДВИДАЄТЬСЯ ПІД
ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
ВЛАСНИКА
ПАТЕНТУ

(54) СПОСІБ ГЕРМЕТИЗАЦІЇ ЛІНІЇ ШВА У РАЗІ АТИПОВОЇ РЕЗЕКЦІЇ ЛЕГЕНЬ У ХВОРИХ НА БУЛЬОЗНУ ЕМФІЗЕМУ ЛЕГЕНЬ

1

2

(21) 2002087013

(22) 28 08 2002

(24) 15 05 2003

(46) 15 05 2003, Бюл. № 5, 2003 р.

(72) Висоцький Аркадій Григорович, Гринцов Григорій Олександрович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб герметизації лінії шва у разі атипової резекції легень у хворих на бульозну емфізему,

котрий включає резекцію бул за допомогою зшивального апарата з одночасним прошиванням паренхіми легень та смужок із сполучної тканини, який відрізняється тим, що додатково здійснюють парієтальну плевректомію в проекції задніх відрізків III і IV ребер таким чином, щоб обидві смужки трансплантата аутоплеври були прямокутної форми розмірами 1,5 см на 7 см, після чого їх накладають на передбачувану лінію резекції і видаляють частку легень з бупами

Спосіб належить до галузі медицини, а саме до грудної хірургії, і може бути використаний під час хірургічного лікування хворих на бульозну емфізему легень.

Відомий спосіб профілактики тривалого скидання газу з ділянок резеційованої легень з приводу бульозної емфіземи (1), що виконується таким чином. Після накладення штучного пневмотораксу в плевральну порожнину вводять торакопорти з відеокамерою і маніпуляторами. Здійснюють ревізію легень і виявляють бульозно змінені її ділянки. Стінку субплевральної буллі захоплюють затискачем і підтягують, а на її основу накидають петлю, котру зашморгують і в цьому положенні фіксують. Опісля здійснюють резекцію стінки буллі.

Недоліками цього способу є неможливість резекції буллі, якщо вона розміщується усередині паренхіми легень, а також гігантських (понад 15 см в діаметрі) булл, висока вартість використовуваної апаратури та витратних матеріалів, деформація поверхні легень у разі видалення великої кількості булл у різних сегментах, неможливість створення ретельного аеростазу після резекції буллі (за даними самих авторів, надходження газу дренажами після операції в середньому складає 7,5 діб).

Відомий спосіб, що застосовується для герметизації лінії шва легень після його резекції (2), взято нами за прототип. Сутність його полягає ось у чому. Виконують відеоторакоскопію або торакотомію і визначають обсяг резекції легень разом з бупами. В плевральну порожнину вводять апарат для одночасного прошивання танталовими скоб-

ками та розтину легеневої тканини - ендостепплер (ET 45B, Ethicon Endo-Surgery, Cincinnati, OH), на робочих поверхнях якого зафіксовано смужки спеціально обробленого бичачого перикарда (Peri-Strips Dry, Bio-Vascular, Inc, Saint Paul, MN). Опісля за допомогою ендостепплера здійснюють резекцію ділянки легень і лінії шва легень, таким чином, закріплюється бичачим перикардом з обох боків.

Істотними недоліками даного способу є висока вартість витратного матеріалу (для проведення операції з одного боку придбання обробленого бичачого перикарда обходиться в 1500-2000 \$US (2)), застосування генетично чужарідного білка, що може викликати як локальну, так і загальну алергічну реакцію, асептичне запалення в ділянці шва.

В основу винаходу покладено завдання розробити спосіб герметизації лінії шва у разі резекції легень у хворих на бульозну емфізему, завдяки якому забезпечується зниження вартості операції, зменшення числа післяопераційних ускладнень без застосування ксенотрансплантату високої вартості.

Поставлена задача вирішується тим, що у спосіб герметизації лінії шва у разі атипової резекції легень у хворих на бульозну емфізему, котрий включає резекцію бул за допомогою зшивального апарата з одночасним прошиванням паренхіми легень і смужок із сполучної тканини, відповідно винаходу здійснюють парієтальну плевректомію в проекції задніх відрізків III і IV ребер, таким чином, щоб обидві смужки трансплантата аутоплеври були прямокутної форми розмірами 1,5 см на 7 см,

(13) A

(11) 56733

(19) UA

після чого їх накладають на передбачувану лінію резекції і видаляють частку легені з буллами

Спосіб виконують таким чином Здійснюють передньобоківу торакотомію в четвертому міжребер'ї оглядають легеню, виявляють бульозно змінені ділянки і визначають обсяг їх резекції. Опісля над заднім відрізком третього ребра в ділянці реберно-хребтової борозни розтинають парієтальну плевру в перпендикулярному ребру напрямку на довжині 1,5см. Потім розрізи продовжують паралельно верхньому й нижньому краю ребра на довжину 7см і з'єднують між собою. Аутотрансплантат плеври у вигляді прямокутника довжиною 1,5см тупо відпаровують від окістя внутрішньої поверхні ребра. Затим виконують аналогічну послідовність дій при виділенні аутотрансплантата плеври над заднім відтинком п'ятого ребра. Далі до основи булли підводять бранші зшивального апарата УО-60 (ушивач органів-60), а на лінію передбачуваної резекції з обох боків накладають раніше виділені смужки аутотрансплантата плеври. Бранші зшивального апарата зводять до повного зіткнення таким чином, щоб вони знаходилися строго по середній лінії трансплантатів. Після чого за допомогою апарата УО-60 прошивають танталовими скріпками тканини легені та смужок аутоплеври, резеціюють стінки булл по поверхні УО-60, розводять бранші і видаляють апарат з плевральної порожнини. Легеню розправляють від ателектазів, плевральну порожнину дрениують і зашивають торакотомну рану.

Наводимо конкретний приклад використання пропонованого способу. Хворий Б., 47 років, надійшов до 1-го торакального відділення ДОКТМО з діагнозом прогресуюча двобічна бульозна емфі-

зема легень з переважним ураженням верхньої частки правої легені. Діагноз підтвердився рентгенологічно і внаслідок комп'ютерної томографії. Виконано передньобоківу торакотомію справа в IV міжребер'ї. В результаті ревізії виявлено великий (15см в діаметрі) конгломерат булл, що виконує перший і другий сегмент верхньої частки. Враховуючи наявність дифузної емфіземи і тонкі стінки булл, прийнято рішення виконати резекцію булл з герметизацією лінії шва аутоплеврою з метою запобігти тривалому надходженню газу з лінії шва легені. Здійснено забір аутоплеври з внутрішньої поверхні задніх відтинків III і IV ребер і виконано герметизацію лінії шва по запропонованій методиці. В післяопераційному періоді надходження газу дренажами відмічалось впродовж доби, на третій день після операції дренажі було видалено. Ускладнень не було.

Переваги пропонованого способу забезпечується зниження вартості операції, зменшення числа післяопераційних ускладнень без застосування ксенотрансплантата високої вартості, часткова плевректомія дозволяє домогтися надійного плевродезу, який запобігає розвитку пневмотораксу у хворих на бульозну емфізему легень.

Джерела інформації прийняті до уваги

1. Liu H P, Chang C H, Lin P J, Cheng K S, Wu Y C, Liu Y H. Emphysema surgery - loop ligation approach //Eur J Cardiothorac Surg - 1999, - Vol 16 -Suppl -P 40-43.

2. Fischel R J, McKenna R J Jr. Bovine pericardium versus bovine collagen to buttress staples for lung reduction operations //The Annals of Thoracic Surgery -1998 -Vol 65 -P 217-219.