



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **63998** (13) **U**
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПНЕВМОНЕКТОМІЇ ПРИ РАКУ ЛЕГЕНІ

1

2

(21) u201104112

(22) 05.04.2011

(24) 25.10.2011

(46) 25.10.2011, Бюл.№ 20, 2011 р.

(72) СТАРІКОВ ВОЛОДИМИР ІВАНОВИЧ, ТРУНОВ
ГЕННАДІЙ ВІТАЛІЙОВИЧ, МАЙБОРОДА КОСТЯ-
НТИН ЮРІЙОВИЧ

(73) ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ

(57) Спосіб пневмонектомії при раку легені, який
включає бокову торакотомію, ревізію, проведення
медіастинотомії, виділення судини кореня легені з
наступною перев'язкою двома лігатурами товстою
синтетичною ниткою (одна із прошиванням) та
перетинання, проведення лімфодисекції й виді-
лення головного бронха, заведення бронха між

браншами відкритого апарата, що зшиває, на від-
стані 1,0-1,5 см від шпори біфуркації трахеї, який
відрізняється тим, що через інтубаційну трубку
виконують бронхоскопію, бронхоскоп вводять в
уражений бронх, корегують місце накладання апа-
рату та прошивання бронха, після прошивання
бронх перетинають скальпелем по зовнішній по-
верхні апарата, місце перетинання обробляють
розчином йоду, легеню видаляють єдиним блоком
з лімфатичними вузлами, куксу бронха додатково
прошивають вузловими швами синтетичною нит-
кою на атравматичній голці, проводять її перевірку
на герметичність, після гемостазу проводять дре-
нування плевральної порожнини та ушивання опе-
раційної рани.

Корисна модель належить до медицини, а са-
ме до торакальної онкохірургії, і може бути вико-
ристана при виконанні пневмонектомії у пацієнтів,
хворих на рак легені.

Типова пневмонектомія при раку легені поля-
гає в повному видаленні ураженої легені й всіх
лімфатичних вузлів з навколишньою клітковиною.
Після бокової торакотомії та ревізії проводять ме-
діастинотомію, судини кореня легені після виді-
лення перев'язують двома лігатурами товстою
синтетичною ниткою (одна із прошиванням) та
перетинають. Проводять лімфодисекцію й виділя-
ють головний бронх, на відстані 1,0-1,5 см від
шпори біфуркації трахеї бронх заводять між бран-
шами відкритого апарата, що зшиває, які поступо-
во стягають гвинтом. Після прошивання бронх
перетинають скальпелем по зовнішній поверхні
апарата, місце перетинання обробляють розчином
йоду. Легеню видаляють єдиним блоком з лімфа-
тичними вузлами. Для більшої надійності й зняття
навантаження на механічний шов куксу бронха
додатково прошивають вузловими швами синте-
тичною ниткою на атравматичній голці. Після зміц-
нення кукси бронха проводять її перевірку на гер-
метичність. Після гемостазу проводять дре-
нування плевральної порожнини та ушивання
операційної рани [Колесников І.С., Лыткин М.И.
Хирургия легких и плевры. -Л.: Медицина, 1988.-
383 с.].

Даний спосіб пневмонектомії при раку легені є
найбільш близьким до того, що заявляється, за
технічною суттю та результатом, який може бути
досягнутим, тому його обрано за прототип.

Спосіб-прототип має ряд недоліків. Розповсю-
дженість пухлини з внутрішньої та зовнішньої сто-
рони стінки бронха неоднакова [Трахтенберг А.Х.
Рак легкого. - М.: Медицина, 1987.-303 с.]. При
виконанні пневмонектомії з приводу раку легені
використовують зовнішній візуальний та пальпа-
торний контроль за розповсюдженістю пухлини
тільки з зовнішньої сторони стінки бронха [Давы-
дов М.И., Полоцкий Б.Е. Рак легкого.- М.: Радикс,
1994.-208 с.], тому під час операції хірург не може
адекватно оцінити розповсюдженість пухлини по
внутрішньому шару. Неповне видалення первин-
ної пухлини та можливих субклінічних метастазів у
стінці бронха та тканинах біля нього є одною з
причин смерті хворих, які отримали радикальне
лікування з приводу раку легені.

У зв'язку з вищевикладеним, в основу корисної
моделі покладено задачу вдосконалення способу
пневмонектомії при раку легені шляхом покращен-
ня візуалізації країв пухлини та шляхом контролю
за місцем накладання апарата, що зшиває.

Задачу, яку покладено в основу корисної мо-
делі, вирішують тим, що у відомому способі пнев-
монектомії при раку легені, який включає бокову
торакотомію, ревізію, проведення медіастинотомії,

(19) **UA** (11) **63998** (13) **U**

виділення судини кореня легені з наступною перев'язкою двома лігатурами товстою синтетичною ниткою (одна із прошиванням) та перетинання, проведення лімфодисекції й виділення головного бронха, заведення бронха між браншами відкритого апарата, що зшиває, на відстані 1,0-1,5 см від шпори біфуркації трахеї, згідно з корисною моделлю, через інтубаційну трубку виконують бронхоскопію, бронхоскоп вводять в уражений бронх, корегують місце накладання апарата та прошивання бронха, після прошивання бронх перетинають скальпелем по зовнішній поверхні апарата, місце перетинання обробляють розчином йоду, легеню видаляють єдиним блоком з лімфатичними вузлами, куксу бронха додатково прошивають вузловими швами синтетичною ниткою на атравматичній голці, проводять її перевірку на герметичність, після гемостазу проводять дренування плевральної порожнини та ушивання операційної рани.

Технічний ефект корисної моделі, а саме точне місце накладання апарата, що зшиває, досягається тим, що при пневмонектомії здійснюється ендоскопічний візуальний контроль за місцем резекції бронха з внутрішньої та зовнішньої сторони його стінки.

Спосіб виконують наступним чином: після бокової торакотомії та ревізії проводять медіастіномію. Судини кореня легені після виділення перев'язують двома лігатурами товстою синтетичною ниткою (одна із прошиванням) та перетинають. Проводять лімфодисекцію й виділяють головний бронх. На відстані 1,0-1,5 см від шпори біфуркації трахеї бронх заводять між браншами відкритого апарата, що зшиває. Через інтубаційну трубку виконують бронхоскопію. Бронхоскоп вводять в уражений бронх. Бронхоскопіст корегує місце накладання апарата та прошивання бронха. Після прошивання бронх перетинають скальпелем по зовнішній поверхні апарата. Місце перетинання обробляють розчином йоду. Легеню видаляють єдиним блоком з лімфатичними вузла-

ми. Куксу бронха додатково прошивають вузловими швами синтетичною ниткою на атравматичній голці. Проводять її перевірку на герметичність. Після гемостазу проводять дренування плевральної порожнини та ушивання операційної рани.

Спосіб ілюструє наступний приклад.

Приклад. Хворий Х., 57 років, надійшов у торакальне відділення клінічного онкологічного центру зі скаргами на кашель, схуднення, слабкість. При клініко-лабораторному та інструментальному обстеженні у хворого виявлений центральний рак нижньої третини лівого головного бронха T2N0M0 2 стадія, 2 клінічна група. Цитологічно - плоскоклітинний рак. Вирішено виконати лівобічну пневмонектомію. Під інтубаційним наркозом зроблена бокова торакотомія ліворуч в 4 міжребер'ї. При ревізії в нижньому відділі головного бронха виявлена циркулярна пухлина до 5 см довжиною, що звужує просвіт бронха на 1/2. Збільшення регіонарних лімфатичних вузлів не виявлено. Проведено медіастіномію, судини кореня легені після виділення перев'язано двома лігатурами товстою синтетичною ниткою (одна із прошиванням) та перетнуто. Проведено лімфодисекцію та виділено головний бронх. На відстані 1,5 см від шпори біфуркації трахеї бронх заведено між браншами відкритого апарата, що зшиває. Водночас через інтубаційну трубку бронхоскоп введено в уражений бронх, бронхоскопіст скорегував місце накладання апарата та прошивання бронха. Після прошивання бронх перетнуто скальпелем по зовнішній поверхні апарата, місце перетинання оброблено розчином йоду. Легеню видалено єдиним блоком з лімфатичними вузлами. Куксу бронха додатково прошито вузловими швами синтетичною ниткою на атравматичній голці. Після зміцнення кукси бронха проведено її перевірку на герметичність. Після гемостазу проведено дренування плевральної порожнини та ушивання операційної рани. У післяопераційному періоді неспроможності кукси бронха не відзначалося.