



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **14320** (13) **U**
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ОПЕРАТИВНОГО ДОСТУПУ ПРИ ЛІКУВАННІ ОРГАНІВ ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ

1

2

(21) u200510329

(22) 01.11.2005

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

(72) Возіанов Олександр Федорович, Клименко Іван Олександрович, Григоренко В'ячеслав Миколайович, Терзійський Михайло Васильович

(73) ІНСТИТУТ УРОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб оперативного доступу при лікуванні органів заочеревинного простору, що полягає у черезреберному розтині з резекцією одного із ребер (IX-XI), який **відрізняється** тим, що додатково виділяють задню ніжку діафрагми і підшивають її до сухожильної пластинки резектованого ребра.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії, а саме стосується хірургічного лікування пухлин нирки, що полягає в екстраплевральному підході до заочеревинного простору з резекцією одного із ребер (IX-XI).

Застосування анатомічного підходу при виконанні радикальних операцій дозволить виконати будь-які хірургічні втручання при багатьох захворюваннях органів заочеревинного простору, в тому числі нирках, наднирниках, пухлинах, локалізованих в цій ділянці, що дозволить уникнути багатьох ускладнень і покращити результати лікування.

Відомий хірургічний доступ при лікуванні пухлин нирок [1], який передбачає міжреберний розтин в ділянці X-XI ребер, що дає можливість виконати резекцію пухлин середнього та нижнього сегментів нирки та видалити нирку з пухлиною невеликих розмірів.

Недоліком цього доступу є обмежене оперативне поле, неможливість контролювати магістральні судини і виконати в повному об'ємі лімфаденектомію. При пухлинах великих розмірів цей доступ потребує продовження розрізу з розтином грудної або черевної порожнини.

Відомий також оперативний доступ до нирки [2], що взято за найближчий аналог, який передбачає черезреберний розтин з резекцією одного із ребер (IX-XI), який описано як торакофренолюмбальний або френолюмбальний. Цей доступ дає можливість видаляти пухлини великих розмірів, виконувати венокаватром-бектомію, заочеревинну лімфаденектомію, видаляти наднирник, (радикальна нефректомія).

Недоліком цього доступу є значна травматичність, відкриття грудної порожнини при відшаровуванні плеври від реберної частини грудної стінки.

В основу корисної моделі поставлене завдання удосконалити доступ при оперативному лікуванні органів заочеревинного простору шляхом резекції одного із ребер IX, X або XI, виділення задньої ніжки діафрагми і підшивання останньої до сухожильної пластинки резектованого ребра. Це дозволяє зберегти цілісність грудної порожнини під час траски країв рани і виконати радикальне втручання.

Поставлена задача вирішується тим, що спосіб оперативного доступу при лікуванні органів заочеревинного простору, який полягає у черезреберному розтині з резекцією одного із ребер (IX-XI), згідно з корисною моделлю, додатково виділяють задню ніжку діафрагми і підшивають її до сухожильної пластинки резектованого ребра.

Корисна модель пояснюють ілюстративними матеріалами.

На Фіг.1 зображено виділення ребра для резекції:

1-X ребро, 2 - XI ребро, 3 - плевра, 4 - внутрішній міжреберний м'яз

На Фіг.2 зображено підшивання діафрагми до сухожильної пластинки резектованого ребра:

1- кукса ребра, 2 - сухожильна пластинка ребра.

Спосіб оперативного доступу при лікуванні органів заочеревинного простору виконують наступним чином: хворого укладають на бік із зігнутим і приведеним коліном, валик підкладають під поперековий відділ хребта, рука на стороні операції відведена. Операцію виконують під ендотрахеаль-

(13) **U**(11) **14320**(19) **UA**

ним наркозом. Місце розрізу визначають розміром і місцем розташування пухлини. В залежності від цього розріз може бути виконаний по ходу IX, X або XI ребер від задньої аксілярної лінії в напрямку пупка до прямого м'яза живота. Після розтину шкіри, широкого м'яза спини та міжреберних м'язів оголюють ребро, з якого розпатором знімають надкісницю (Фіг.1.1, 1.2, 1.4). На протязі 10см і більше ребро резектують за допомогою реберних кусачків. Далі, мобілізують і зберігають міжреберний нервово-судинний комплекс. Розтинають задній листок надкісниці та сухожилну пластинку поперекової фасції (lig. transversal під якою визначають плевру, а нижче діафрагму. Плевру обережно тупо мобілізують та в ділянці її кріплення до поперекового м'яза і діафрагми підсікають та зміщують між діафрагмою і фасцією до верху (Фіг.1.3). Після чого діафрагму розтинають і підшивають до сухожилної фасції резектованого ребра окремими вузловими швами (Фіг.2.1, 2.2). При цьому, плевра надійно захищена від можливих розривів під час тракції країв рани. Завдяки резекції ребра зменшують глибину рани і збільшують операційне поле, що полегшує роботу на магістральних судинах, а мобілізація судин нирки може бути виконана як по передній так і по задній її поверхнях.

Спосіб оперативного доступу при лікуванні органів заочеревинного простору використано в клініці відділу онкоурології Інституту урології АМН України та урологічному відділенні міській лікарні №3 м.Миколаєва. За запропонованим способом прооперовано 206 хворих. У 8 пацієнтів доступ був розширений на грудну порожнину у зв'язку з виконанням тромбектомії, проростанням: пухлини нирки в діафрагму та легені. У 34 - доступ доповнений відкриттям черевної порожнини для виконання комбінованих операцій. У переважної більшості (186) пацієнтів було виконано лімфаденектомію.

Наводимо приклад практичного застосування запропонованого способу.

Приклад: Хворий К. 72 роки, і.х. №12127/2377, поступив у відділення 15.10.2001р. із скаргами на схуднення, втому, періодичний біль в правій поперековій ділянці. За даними обстеження: при глибокій пальпації в проекції правої нирки визначають

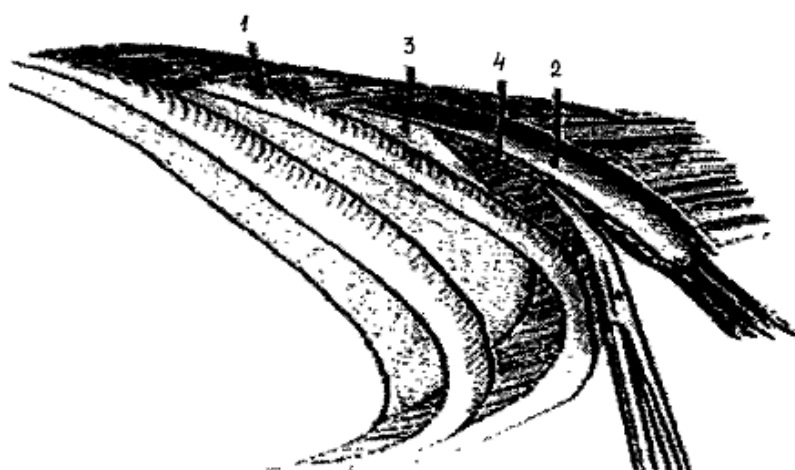
об'ємне новоутворення без чітких меж, малорухоме при зміщенні, в правій половині калитки - варікоцеле; в загальному аналізі крові спостерігалась анемія Іст.; при ультразвуковому дослідженні в верхньому та середньому сегментах правої нирки визначають гіперехогенне новоутворення з гіпоехогенними зонами у центрі, розмірами 78х84мм, відмічено розширення нижньої порожнистої вени вище ниркових судин до 3,5см; на видільній урограмі визначають ампутацію верхньої групи чашечок правої нирки, анатоμο-функціональний стан контрлатеральної нирки не порушено. Встановлено попередній діагноз: підозра на рак правої нирки та тромбоз нижньої порожнистої вени. 17.10.2001р. виконана операція за запропонованим способом: правобічна розширена нефрурете-ректомія з резекцією X ребра, піддіафрагмальна тромбектомія з резекцією нижньої порожнистої вени. Це дало можливість зробити операційне поле широким, та видалити нирку з пухлиною, а в подальшому мобілізувати печінку (перев'язка V. Brevis), накласти турнікети на всі колатералі нижньої порожнистої вени і виконати піддіафрагмальну тромбектомію з резекцією нижньої порожнистої вени. Крововтрата склала 1200мл. Після операції верифіковано діагноз: рак правої нирки pT_{3b}N₁M₀, патоморфологічне дослідження №1517-22: конвекційний нирково-клітинний рак за Фурманом 3, в лімфовузлах та пухлинному тромбі - метастази раку нирки. Післяопераційний період без ускладнень. Хворого виписано на 10 добу після операції.

Таким чином, запропонований спосіб оригінальний, патогенетичний, відповідає принципам радикальності та забезпечує широке операційне поле, захист грудної порожнини, що дозволяє значно зменшити травматичність та підвищує ефективність післяопераційної реабілітації хворих.

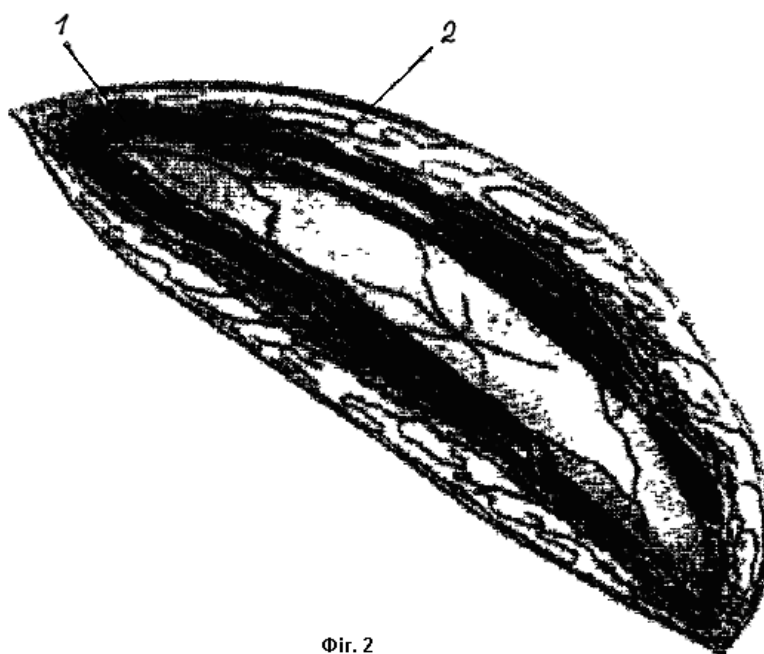
Джерела Інформації, прийняті до уваги при експертизі:

1. Лоран О.Б., Гумин Л.Г., Сапожников И.М. К вопросу о выборе хирургического доступа при лечении опухолей почек //Пленум В серое. Об-ва урологов: Сб. тр. - Кемерово, 1995. - С.89-90.

2. Хинман Франк. Оперативная урология. Атлас. М.: Изд. Дом; Гозтар-мед., 2001. - С.897-906 (найближчий аналог).



Фиг. 1



Фиг. 2