



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **78694** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2012 11727	(72) Винахідник(и): Макаров Віталій Володимирович (UA), Симонець Євген Миколайович (UA), Токарев Андрій Вікторович (UA)
(22) Дата подання заявки: 10.10.2012	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.03.2013	(73) Власник(и): Симонець Євген Миколайович, вул. Героїв Дніпра, 45, кв. 13, м. Київ, 04214 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.03.2013, Бюл.№ 6	(74) Представник: Книш Вадим Святославович, реєстр. №383

(54) СПОСІБ ДЕКОРТИКАЦІЇ ЛЕГЕНІ

(57) Реферат:

Спосіб декортикації легені, під час якого проводять встановлення торакопорту, введення торакоскопу до плевральної порожнини, визначають ділянки плевральних зрощень, та виконують їх розділення шляхом розсічення для розправлення легені. Після встановлення торакопорту виконують торакоскопію та торакоскопічну декортикацію легені в межах доступних для огляду, а при наявності ділянок, що не доступні торакоскопічному огляду та мініінвазивній мобілізації, виконують в проекції патологічного процесу мініторакотомний доступ довжиною 6-8 см та декортикацію легені з проекційної мініторакотомії.

UA 78694 U

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме до торакальної хірургії, та може бути використана для лікування емпієми плеври.

Відомий спосіб декортикації легені виконують з доступу - бокової торакотомії у V-VI міжреберних проміжках, який описано у книзі: "Торакальная хирургия: Руководство для врачей. / [Бисенков Л.Н., Бебия Н.В., Гришаков С.В. и др.]; под ред. проф. Бисенкова Л.Н. - СПб.: "ЭЛБИ - СПб", 2004.-928 с.

Цей доступ дозволяє виконувати ревізію плевральної порожнини та проводити декортикацію легені. Але, при виконанні декортикації легені з торакотомного доступу необхідний великий шкірний розріз, а тому і пересічення значної кількості м'язів, що приймають участь у дихальному акті. У таких хворих в післяопераційному періоді реєструють виражений больовий синдром, який потребує призначення сучасних анальгетичних засобів. Виразений больовий синдром та операційна травма м'язів, які приймають участь у дихальному акті, часто стає причиною дихальних розладів у хворих з даною патологією в післяопераційному періоді, що сприяє розвитку запальних ускладнень з боку легень.

Найбільш близьким до пропонованого способу за кількістю суттєвих ознак є спосіб декортикації легені, під час якого проводять встановлення торакопорту, вводять торакоскоп до плевральної порожнини, визначають ділянки плевральних зрощень та виконують їх розділення шляхом розсічення для розправлення легені ["Видеоторакоскопическое лечение хронической эмпиемы плевры": автореферат дис. на получение научн. степени канд. мед. наук: спец. 14.00.27 В.Н. Бодня - Краснодар, 2000. - 21 с.].

Недоліком даного способу декортикації легені є досить велика травматичність пацієнта та обмеженість можливості маніпуляцій хірурга у важкодоступних ділянках плевральної порожнини, у проекції розташування великих судин. Це призводить до ускладнення визначення реальних кордонів патологічного процесу, а отже і до неповної декортикації легені. Та, як наслідок, призводить до розвитку гнійно-запальних ускладнень.

В основу пропонованої корисної моделі поставлена задача створення такого способу декортикації легені, який би не обмежував маніпуляцій хірурга у порожнині легені та надав би можливість визначення реальних кордонів патологічного процесу, а отже, як наслідок, дозволив би проводити повну декортикацію легенів та зменшити виникнення післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується пропонованим способом, що як і відомий спосіб декортикації легені, включає встановлення торакопорту, введення торакоскопу до плевральної порожнини, визначення ділянок плевральних зрощень та їх розділення шляхом розсічення для розправлення легені, відповідно до корисної моделі, після встановлення торакопорту виконують торакоскопію та торакоскопічну декортикацію легені в межах доступних для огляду, а при наявності ділянок, що не доступні торакоскопічному огляду та мініінвазивній мобілізації, виконують в проекції патологічного процесу мініторакотомний доступ довжиною 6-8 см та декортикацію легені з проекційної мініторакотомії.

Заявнику не відоме сумісне та поетапне використання торакоскопічної декортикації легені разом з декортикацією легені з проекційного мініторакотомного доступу.

Пропонований спосіб декортикації легенів реалізують наступним чином. На початковому етапі пацієнту встановлюють торакопорт, вводять торакоскоп до плевральної порожнини. Після цього проводять визначення ділянок плевральних зрощень в межах доступних огляду та їх розділення шляхом розсічення для розправлення легені. Після цього, при наявності ділянок, що не доступні торакоскопічному огляду та мініінвазивній мобілізації, при розташуванні порожнини емпієми в проекції великих судин, у випадках коли не вдається визначити кордони патологічного процесу, що потребує мануальної пальпації, виконують в проекції патологічного процесу мініторакотомний доступ 6-8 см. Другим етапом оперативного лікування виконують декортикацію легені з проекційної мініторакотомії. Вказаний розмір мініторакотомного доступу надає можливість виконати мобілізації плевральних зрощень під мануальним контролем та забезпечити мінімальну травматизацію м'язів, які приймають участь в акті дихання.

Приклад. Хворий К. 34 років, надійшов в ДУ "Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України" з правобічною обмеженою наддіафрагмальною емпією плеври. Під час медичного огляду встановлено, що дренажування правої плевральної порожнини за Бюлау не буде ефективним. Вирішено проводити торакоскопічну декортикацію. При торакоскопічній ревізії плевральної порожнини відмічено значний злуковий процес у плевральної порожнині. Наступним етапом виконали часткову торакоскопічну декортикацію. Але виявили, що залишились значні плевральні зрощення у задньому синусі з деформацією та втягуванням нижньої долі правої легені у злуковий конгломерат. Наступним етапом провели проекційну мініторакотомію. Дану проекційну мініторакотомію проводили в VIII міжреберному проміжку по

задній піхвовій лінії. Виконали розділення плевральних зрощень та повну мобілізацію легені, що підтвердилось рентгенологічним контролем. Операція завершилась дренаванням плевральної порожнини за Бюлау. Післяопераційний період протікав без ускладнень. На 5 добу післяопераційного періоду було видалено дренаж. На 8 добу хворого виписали.

5 Використання пропонованого способу декортикації легені дозволяє покращити результати лікування хворих з емпіємою плеври, а саме уникнути обмежень під час маніпуляцій хірурга, а також визначити істинні кордони патологічного процесу. А це, в свою чергу дозволяє проводити повну декортикацію легенів та уникнути післяопераційних ускладнень.

10 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб декортикації легені, під час якого проводять встановлення торакопорту, введення торакоскопу до плевральної порожнини, визначають ділянки плевральних зрощень, та виконують їх розділення шляхом розсічення для розправлення легені, який **відрізняється** тим, що після встановлення торакопорту виконують торакоскопію та торакоскопічну декортикацію легені в межах доступних для огляду, а при наявності ділянок, що не доступні торакоскопічному огляду та мініінвазивній мобілізації, виконують в проекції патологічного процесу мініторакотомний доступ довжиною 6-8 см та декортикацію легені з проекційної мініторакотомії.

Комп'ютерна верстка Л. Ціхановська

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601