



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **82696** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 02818	(72) Винахідник(и): Бойко Валерій Володимирович (UA), Гафт Костянтин Леонідович (UA), Наконечний Євген Вікторович (UA)
(22) Дата подання заявки: 06.03.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 12.08.2013	(73) Власник(и): ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "ІНСТИТУТ ЗАГАЛЬНОЇ ТА НЕВІДКЛАДНОЇ ХІРУРГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ", в'їзд Балакірева, 1, м. Харків-18, 61018 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 12.08.2013, Бюл.№ 15	

(54) СПОСІБ ПЛЕВРОДЕЗУ

(57) Реферат:

Спосіб плевродезу включає драбинну коагуляцію парієтальної плеври в горизонтальному напрямі по ребрах, додаткову вертикальну аргоноплазменну коагуляцію по плеврі міжреберних проміжків. Коагуляцію парієтальної плеври виконують аргоноплазменним впливом

UA 82696 U

Корисна модель належить до торакальної хірургії, зокрема відеоторакоскопічних хірургічних втручань, і може бути використана для лікування і профілактики рецидивів бульозної емфіземи легені.

Відомий спосіб плевродезу за пат. Росії № 2472448 CI [RU, A61B 17/00, опубл 15.07.2011, Спосіб тотальної плеврэктомии в противорецидивном пособии при первичном спонтанном пневмотораксе]. Він включає механічну драбинну костальну плеврэктомію.

Спосіб дозволяє максимально надійно зафіксувати легеню на випадок наступного епізоду пневмотораксу, але призводить до ускладнень - таких, як ексудативний плеврит, емпієма плеври, внутрішньоплевральна кровотеча, гемоторакс, що згорнувся. Всі ці наслідки викликані великою рановою поверхнею внаслідок деплевризації великої ділянки і рудної стінки. Також мала кількість судин в утворених спайках не здатна забезпечити додаткове кровопостачання легені з великого кола кровообігу.

Найближчим аналогом до корисної моделі є спосіб плевродезу, описаний в книзі А.Г.Висоцкого "Буллезная эмфизема легких" [див. Донецк.-2007,- С. 156]. Він включає абразивну драбинну обробку парієтальної плеври в горизонтальному напрямі по ребрам марлевою серветкою, що викликає запальну реакцію з наступним формуванням спайкового процесу між парієтальною та вісцеральною плеврою.

Зазначений спосіб дозволяє визвати ефективний спайковий процес, тобто зафіксувати легеню на випадок наступного епізоду пневмотораксу. Але він недостатньо розповсюджений, а утворені спайки не несуть значної кількості кровоносних судин, внаслідок чого парієтальна плевра практично не отримує додаткового кровопостачання.

В основу корисної моделі поставлено задачу створення способу плевродезу, який дозволяє більш надійно зафіксувати легеню на випадок наступного пневмотораксу шляхом підвищення кількості спайок, а також створення умов для наступного розвитку колатерального кровообігу у вісцеральній плеврі.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі плевродезу, який включає ушкодження парієтальної плеври в горизонтальному напрямі по ребрах, згідно з корисною моделлю, як ушкодження парієтальної плеври виконують коагуляцію аргоноплазменним впливом, при цьому додатково по плеврі міжреберних проміжків виконують вертикальну аргоноплазменну коагуляцію.

Виконання коагуляції аргоноплазменним впливом дозволяє більш безпечно та розповсюджено виконати вплив на парієтальну плевро (внаслідок незначної глибини термічного впливу на тканини).

Виконання вертикальної аргоноплазменної коагуляції (коагуляція по міжреберних проміжках дозволяє викликати зростання спайок із м'яких тканин цих проміжків, які більш васкуляризовані, що має значення для виникнення додаткової альтернативної васкуляризації вісцеральної плеври та прилеглої до неї альвеолярної тканини).

Візуально вертикальні та горизонтальні смуги виглядають як клітки, що дозволило назвати зазначений плевродез "клітчастим".

Заявнику невідоме виконання вертикальної аргоноплазменної коагуляції по плеврі міжреберних проміжків ("клітчастого" плевродезу) для фіксації легені на випадок наступного епізоду пневмотораксу.

Спосіб реалізується наступним чином. Після закінчення якого-небудь з видів відеоторакоскопічного втручання легеню максимально підтискають до середостіння, після чого по задній півокружності грудної клітки в горизонтальному напрямку виконують аргоноплазменну коагуляцію костальної плеври, починаючи з II вниз до VII ребра. Потім в вертикальному напрямі три рази в кожному міжребер'ї виконують аргоноплазменну парієтальної плеври таким чином, щоб разом з горизонтальною коагуляцією костальної плеври ушкодження плеври утворювало клітки. За необхідності теж саме виконують по передній півокружності грудної клітки.

Такий плевродез був виконаний 53 пацієнтам після відеоторакоскопічної резекції легенів. В жодному випадку рецидивів пневмотораксу у цих хворих не спостерігалось, при комп'ютерній томографії спостерігалось фактично повне зрощування парієтальної та вісцеральної плеври в зоні плевродеза. За даними спіральної комп'ютерної томографії утворені спайки добре кровопостачаються з реберних проміжків.

Таким чином, виконання способу за корисною моделлю дозволяє надійно зафіксувати легеню на випадок наступного пневмотораксу, при цьому створюються умови для наступного розвитку колатерального кровообігу у вісцеральній плеврі.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

- Спосіб плевродезу, який включає драбинну коагуляцію парієтальної плеври в горизонтальному напрямі по ребрах, який **відрізняється** тим, що коагуляцію парієтальної плеври виконують аргоноплазменним впливом, при цьому додатково по плеврі міжреберних проміжків виконують вертикальну аргоноплазменну коагуляцію.
- 5

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

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