



УКРАЇНА

(19) UA (11) 37689 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ІНТРАОПЕРАЦІЙНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ВНУТРІШНЬОЛЕГЕНЕВИХ ПОРОЖНИСТИХ УТВОРЮВАНЬ ПРИ ЇХ ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ

1

2

(21) u200806935

(22) 19.05.2008

(24) 10.12.2008

(46) 10.12.2008, Бюл.№ 23, 2008 р.

(72) ГОРБАТЮК ІВАН МИКИТОВИЧ, UA, КРИВЕЦЬКИЙ ВОЛОДИМИР ФЕДОРОВИЧ, UA, ЦИГАНКОВ АНДРІЙ ЮРІЙОВИЧ, UA, КОЛОСЮК ЛЕОНІД ВОЛОДИМИРОВИЧ, UA, КРАСНОВ ОЛЕКСАНДР МИКОЛАЙОВИЧ, UA

(73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ.М.І.ПИРОГОВА, UA

(57) Спосіб інтраопераційної візуалізації внутрішньолегеневих порожнистих утворень при їх хірургічному лікуванні, який характеризується тим, що застосовують інтраопераційну транслюмінацію за допомогою оптичної системи відеоторакоскопа під час виконання відеоторакоскопічно асистованої резекції з мініторакотомного доступу.

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема торакальної хірургії, і може застосовуватись для покращення результатів хірургічного лікування порожнистих утворень легенів: повітряних кіст, каверн тощо.

Органозберігаючим, сучасним та високотехнологічним оперативним втручанням, що виконується в показаних випадках при хірургічному лікуванні порожнистих утворень, розташованих в товщі легеневої паренхіми, служить відео-торакоскопічно асистована резекція з мініторакотомного доступу [Шулутко А.М., Овчинников А.А., Ясногорский О.О., Мотус И.Я. Эндоскопическая торакальная хирургия. М.: Медицина, 2006. - С.216]. Разом з тим, в ході втручання нерідко виникають затруднення, пов'язані з чіткою верифікацією границь порожнистого утворення, особливо при патологічному переродженні оточуючої паренхіми. Прототип запропонованого способу невідомий.

В основу корисної моделі "Спосіб інтраопераційної візуалізації внутрішньолегеневих порожнистих утворень при їх хірургічному лікуванні" поставлено завдання шляхом використання транслюмінації з допомогою оптичної системи відеоторакоскопа під час виконання відеоторакоскопічно асистованої резекції з мініторакотомного доступу визначити границі порожнистого утворення в легеневій паренхімі, а після її видалення - контролювати радикальність резекції та герметичність лінії швів.

Поставлене завдання здійснюється способом, в якому, згідно з корисною моделлю, застосовують інтраопераційну транслюмінацію зони втручання з

допомогою оптичної системи відеоторакоскопа під час виконання відео-торакоскопічно асистованої резекції з мініторакотомного доступу. Використання просвічування у такий спосіб дозволяє адекватно візуалізувати патологічне утворення, чітко диференціювати його серед легеневої паренхіми, та провести контроль адекватності резекції та герметичності лінії швів.

Спосіб здійснюється таким чином. Після виконання мініторакотомії та накладання відеоторакоскопу проводять мобілізацію частин легені, що підлягають резекції, під уражену ділянку підводять бокову оптичну систему торакокопа, шляхом транслюмінації визначають межі патологічно зміненої паренхіми, при цьому порожнисті утворення виглядають значно світлішими, на їх тлі не простежується чи виглядає збідненим судинний малюнок. Після цього накладають апарат УО-60 чи затискачі при транслюмінаційному контролі, проводять резекцію в межах здорових тканин з накладанням механічного чи ручного шва, по завершенні етапу в пучці світла контролюють адекватність резекції та встановлюють герметичність швів.

Приклад. Хворий В., 44 роки. Поступив в торакальне відділення ОПТД з діагнозом: Залишкові зміни після перенесеного туберкульозу легень у вигляді пневмофіброзу верхівкового сегмента верхньої частки правої легені, петрифікатів; полікістоз правої легені з ураженням нижньої та середньої часток; правобічний спонтанний пневмоторакс. Після передопераційної підготовки було виконано хірургічне втручання: відео-торакоскопічно асистована резекція D_x, D_v сегментів з мініторакотомного

UA (13)

37689 (11)

UA (19)

доступу, механічний плевродез. Під час операції з метою візуалізації границь кіст було застосовано транслюмінаційний контроль з допомогою бокової оптичної системи відеоторакоскопа. Резекція D_x, D_v сегментів з патологічними утвореннями проведена з використанням апарата УО-60 та завершена оцінкою герметичності лінії швів при транслюмінаційному просвічуванні. Виконане типове

дренування плевральної порожнини через порти. Неускладнений перебіг післяопераційного періоду.

Використання корисної моделі забезпечило адекватне визначення меж кіст легені, сприяло безтравматичному та радикальному виконанню втручання, дозволило оцінити герметичність лінії швів.