

Спосіб належить до галузі медицини, а саме до грудної хірургії, і може бути використаний під час хірургічного лікування хворих на генералізовану бульозну емфізему легень.

Відомий спосіб профілактики тривалого скидання газу з ділянок резекційованої легені з приводу бульозної емфіземи (1), що виконується таким чином. Після накладення штучного пневмотораксу в плевральну порожнину вводять торакопорти з відеокамерою і маніпуляторами. Здійснюють ревізію легені і виявляють бульозно змінені її ділянки. Стінку субплевральної булли захоплюють затискачем і підтягують, а на її основу накидають петлю, котру зашморгують і в цьому положенні фіксують. Опісля здійснюють резекцію стінки булли.

Недоліками цього способу є: неможливість резекції булли, якщо вона розміщується усередині паренхіми легені, а також гігантських (понад 15см в діаметрі) булл, висока вартість використовуваної апаратури та витратних матеріалів, деформація поверхні легені у разі видалення великої кількості булл у різних сегментах, неможливість створення ретельного аеростазу після резекції булли (за даними самих авторів, надходження газу дренажами після операції в середньому складає 7,5 дб).

Відомий спосіб, що застосовується для герметизації лінії шва легені після його резекції (2), взято нами за прототип. Сутність його полягає ось у чому. Виконують відеоторакоскопію або торакотомію і визначають обсяг резекції легені разом з буллами. В плевральну порожнину вводять апарат для одночасного прошивання танталовими скобками та розтину легеневої тканини - ендостеплер (ET 45B; Ethicon Endo-Surgery, Cincinnati, OH), на робочих поверхнях якого зафіксовано смужки спеціально обробленого бичачого перикарда (Peri-Strips Dry; Bio-Vascular, Inc, Saint Paul, MN). Опісля за допомогою ендостеплера здійснюють резекцію ділянки легені і лінії шва легені, таким чином, закріплюється бичачим перикардом з обох боків.

Істотними недоліками даного способу є: висока вартість витратного матеріалу (для проведення операції з одного боку придбання обробленого бичачого перикарда обходиться в 1500-2000\$US (2)), застосування генетичне чужорідного білка, що може викликати як локальну, так і загальну алергічну реакцію, асептичне запалення в ділянці шва.

В основу винаходу покладено завдання: розробити спосіб булоплікації лінії шва у разі резекції булл у хворих на генералізовану бульозну емфізему, завдяки якому забезпечується зниження вартості операції, зменшення числа післяопераційних ускладнень без застосування ксенотрансплантату високої вартості.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі булоплікації лінії шва у разі резекції булл у хворих на генералізовану бульозну емфізему, котрий включає резекцію булл за допомогою зшивального апарата, який відрізняється тим, що відповідно винаходу над лінією механічного шва затискачем захоплюють стінки поруч розташованих булл з протилежних боків шва, занурюючи його в паренхіму легені, після чого стінки булл під затискачем перев'язують по усій довжині шва.

Спосіб виконують таким чином. Здійснюють передньобокову торакотомію в четвертому мікрребер'ї, оглядають легеню, виявляють бульозно змінені ділянки, визначають обсяг їх резекції. У разі значної бульозної трансформації частки легені виконують резекцію найбільш великих міхурів за допомогою апарата "Ушивач органів-60" (фіг.1).

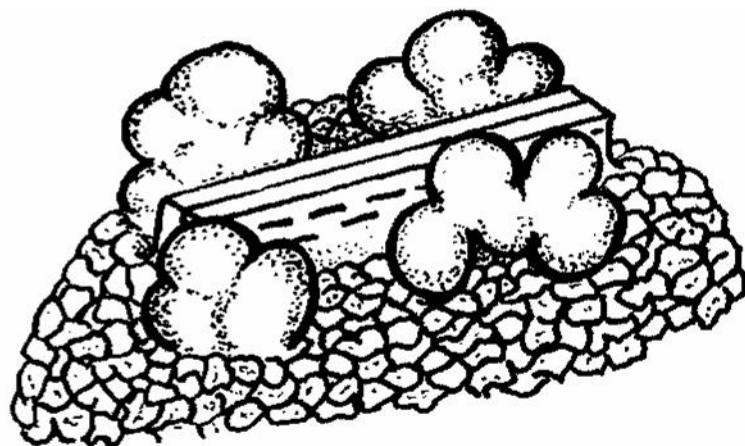
Опісля над лінією механічного шва затискачем захоплюють стінки поруч розміщених булл з протилежних боків шва і занурюють його в паренхіму легені. Стінки булл під затискачем перев'язують (не прошивають!), і аналогічні маніпуляції виконують по усій довжині шва (фіг.2). Легеню розправляють від ателектазів і зашивають торакотомну рану.

Наводимо конкретний приклад застосування пропонованого способу. Хворий П., 54 років, надійшов до 2-го торакального відділення ДОКТМО з діагнозом: генералізована двобічна бульозна емфізема легень з переважним ураженням верхньої частки правої легені. Діагноз підтвердився в результаті комп'ютерної томографії. Виконано передньобокову торакотомію справа в IV мікрребер'ї, внаслідок ревізії виявлено гігантську (22см діаметром) буллу, що бере свій початок з першого і частково третього сегментів верхньої частки, а також - численні булли до 3см у діаметрі в зазначених сегментах та поодинокі булли в середній і нижній частках. Враховуючи наявність генералізованої бульозної емфіземи, прийнято рішення виконати резекцію гігантської булли з булоплікацією лінії шва прилеглими повітряними міхурцями з метою запобігти тривалому надходженню газу з лінії шва легені. Виконано булоплікація лінії шва по запропонованій методиці. Після зашивання торакотомної рани удалося створити стійке розрядження в плевральній порожнині на операційному столі, надходження газу дренажем відмічалось впродовж доби після втручання. Ускладнень не було.

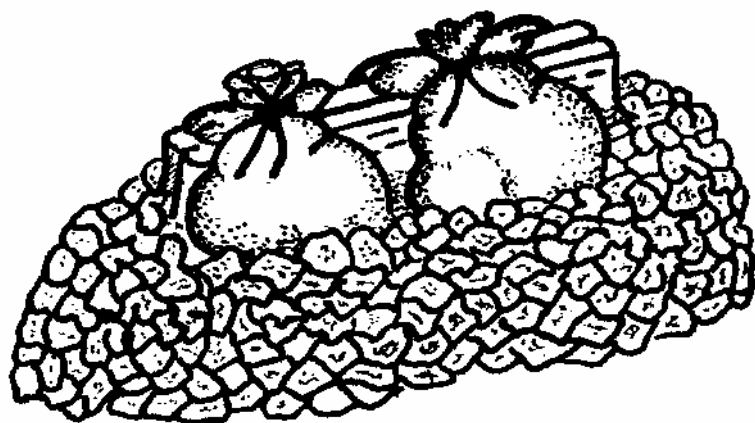
Переваги пропонованого способу: забезпечується зниження вартості операції, зменшення числа після операційних ускладнень без застосування ксенотрансплантата високої вартості, включення стінок булл у лінію шва дозволяє зменшити обсяг "шкідливого простору" в плевральній порожнині.

Джерела інформації прийняті до уваги:

1. Liu H.P., Chang C.H., Lin P.J., Cheng K.S., Wu Y.C., Liu Y.H. Emphysema surgery - loop ligation approach // Eur. J. Cardiothorac. Surg. - 1999. - Vol. 16. - Suppl. - P. 40-43.
2. Fischel R.J., McKenna R.J. Jr. Bovine pericardium versus bovine collagen to buttress staples for lung reduction operations // The Annals of Thoracic Surgery. - 1998. - Vol. 65. - P. 217-219.



Фіг.1 Стан після резекції найбільш великих міхурів за допомогою апарата “Ушивач органів-60”



Фіг.2 Стан після булоплікації лінії шва.