

(19) **KG** (11) **1259** (13) **C1** (46) **30.06.2010**

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СЛУЖБА
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(51) *A61B 17/00* (2010.01)

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(21) 20090039.1

(22) 15.04.2009

(46) 30.06.2010, Бюл. №6

(76) Алишеров А.Ш., Гаипов Р.Г., Истамов К.Т., Разаков О., Сейилканов Б.К. (KG)

(56) Андреев А.А., Краснов В.А., Грищенко Н.Г., Бесчестный Т.Г., Краснов Д.В., Рейхруд М.В. Возможности остеопластической торакопластики в хирургии распространенного фиброзно-кавернозного туберкулеза легких //1 конгресс фтизиатров Казахстана г. Алматы, 2004. 223-224 с.

(54) **Способ остеоторакомиопластики при деструктивном туберкулезе легких**

(57) Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и может быть использовано при хирургическом лечении туберкулеза легких.

Задачей изобретения является разработка способа, обеспечивающего уменьшение послеоперационных осложнений, в том числе предупреждение возникновения послеоперационной деформации грудной клетки пациента.

Поставленная задача решается в способе остеоторакомиопластики при деструктивном туберкулезе легких, включающем заднепаравертебральный разрез, огибающий лопатку, экстраплевральное выделение пораженного отдела легкого, где после резекции головок V, IV, III, II ребер, их фиксируют в виде «черепицы» к VI ребру, а I ребро полностью резецируют.

Фиброзную каверну подшивают Z-образными швами, что обеспечивает стойкий коллапс верхней доли легкого.

Преимуществами способа являются:

1. снижение риска реактивации туберкулеза легких;

2. исключается деформация грудной клетки, значительно сокращаются сроки абацилирования пациентов. 1 н. п. ф-ла, 1 пр.

(21) 20090039.1

(22) 15.04.2009

(46) 30.06.2010, Бюл. №6

(76) Alisherov A.Sh., Gaipov R.G., Istamov K.T., Razakov O., Seiyilkanov B.K. (KG)

(56) Andreenko A.A., Krasnov V.A., Grishchenko N.G., Beschestnyj T.G., Krasnov D.V., Rejhrud M.V. Scope of osteoplastic thoracoplasty in surgery of extensive fibrocavernous tuberculosis of lungs//1-st Congress of Phthiatricians of the Kazakhstan, Almaty City, 2004. Pages 223-224.

(54) **Method of osteotoracomyoplasty at destructive tuberculosis of lungs**

(57) Invention relates to medicine, particularly to surgery and can be used at the surgical treatment of tuberculosis of lungs.

The invention problem is working out of the method, providing the reduction of postoperative complications, including prevention of postoperative deformation of a patient's thorax occurrence.

The assigned task is solved by the method of osteotoracomyoplasty at destructive tuberculosis of lungs, including rear paravertebral incision, circumflexing a shovel, extrapleural discharge of the affected part of lung, where after the resection of V, IV, III, II rib heads, they are fixed in the form of "tile" to the VI-th rid, and the I-st rid is completely resected.

Fibrous caverna is sutured up with Z-shaped stitches, what provides a stable collapse of the superior lobe of lung.

There are following advantages of the method:

1. Decrease of risk of lungs tuberculosis reactivation;
2. Thorax deformation is excluded; terms of patients' bacillus disinfection are considerably reduced. 1 independ.claim, 1 example.

Изобретение относится к медицине, а именно к хирургии и может быть использовано при хирургическом лечении туберкулеза легких.

Известен способ остеоторакомиопластики, где общепринятым доступом обнажают пять ребер (в случае пятиреберной остеотора-комиопластики) или шесть ребер (в случае шестиреберной остеоторакомиопластики). Обнажают шестое ребро и к нему подшивают V, IV, III, II - проколом насквозь через ребра, а первое ребро подшивают к четвертому грудному позвонку. Далее через третье межреберье производят пневмолиз верхней доли пораженного легкого, наложением кисетного шва (Андреев А. А., Краснов В. А., Грищенко Н. Г., Бесчестный Т. Г., Краснов Д. В., Рейхруд М. В. Возможности остеопластической торакомиопластики в хирургии распространенного фиброзно-кавернозного туберкулеза легких I конгресс фтизиатров Казахстана г. Алматы, 2004. 223-224 с.).

Основными недостатками данного способа являются:

- есть большая вероятность возникновения в послеоперационном периоде остеомиелита ребер вследствие их прокола;
- есть риск возникновения патологического перелома у больных, предрасположенных к остеопорозу;
- происходит деформация грудной клетки у прооперированных больных;
- не всегда удается добиться стойкого коллапса легкого а, следовательно, возможен рецидив туберкулеза.

Задачей изобретения является разработка способа, обеспечивающего уменьшение послеоперационных осложнений, в том числе предупреждение возникновения послеоперационной деформации грудной клетки пациента.

Поставленная задача решается в способе остеоторакомиопластики при деструктивном туберкулезе легких, включающем заднепаравертебральный разрез, огибающий лопатку, экстраплевральное выделение пораженного отдела легкого, где после резекции головок V, IV, III, II ребер, их фиксируют в виде «черепицы» к VI ребру, а I ребро полностью резецируют.

Способ осуществляют следующим образом: общепринятым заднепаравертебральным разрезом, огибающим лопатку, достигают пораженный отдел легкого. Его экстра-плеврально выделяют. Резецируют головки IV, III, II ребер и перевязывают их рассасывающимися нитками в виде «черепицы» к V ребру при четырехреберной остеоторакомиопластике, а I ребро полностью удаляют. Создается стойкий коллапс верхней доли легкого. После рассасывания ниток ребра принимают свое анатомическое положение, что исключает деформацию грудной клетки. В случае пятиреберной остеоторакомиопластики резецируют головки V, IV, III, II ребер и перевязывают их в виде «черепицы» к VI ребру и т.д.

Фиброзную каверну подшивают Z-образными швами, что обеспечивает стойкий коллапс верхней доли легкого.

Пример:

Больная Айсаева Наргиза, 25 лет, история болезни № 727. Поступила в хирургическое отделение 21. 04. 2008 г. с жалобами на слабость, боли в грудной клетке, кашель с выделением слизисто-гноной мокроты, одышку при физической нагрузке.

Из анамнеза установлено, что пациентка больна туберкулезом легких с 2006 г., неоднократно лечилась в туберкулезном диспансере по I и II категории DOTS. В связи с ухудшением состояния была направлена в Национальный центр фтизиатрии, где ей была произведена 12. 12. 2007 г. четырехреберная остеоторакомиопластика слева. Послеоперационной

период протекал без осложнений, и она была выписана в удовлетворительном состоянии для продолжения лечения у фтизиатра по месту жительства. 21.04.2008 г. повторно поступила для выполнения операции по поводу деструктивного туберкулеза справа.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, пониженное питание, бледность кожных покровов и слизистых. Слева дыхание ослаблено, справа дыхание жесткое. Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия, пульс - 100 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

На рентгенограмме - левое легкое - верхняя доля поджата за счет остеоторакомиопластики, справа в верхней доле множественные полостные образования, вокруг которых инфильтрация и обсемененность. ЭКГ – синусовая тахикардия, ЧСС - 100 / мин., вертикальное положение оси сердца. Функция внешнего дыхания - резкое нарушение функции внешнего дыхания. Анализ мокроты: ВК+ устойчивость ко всем противотуберкулезным препаратам. Анализ крови - гемоглобин - 134 г/л, эритроциты - $4,6 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $9,0 \times 10^9/л$; Э-2, П-4, С-71, Л-21, М-2, СОЭ-4 мм/ч.

На основании обследования поставлен диагноз: фиброзно-кавернозный туберкулез верхней доли правого легкого в фазе инфильтрации и обсеменения, состояние после четырехреберной остеоторакомиопластики слева (ВК+ МДВ).

После подготовки 21. 05. 2008 г. под эндотрахеальным обезболиванием произведена правосторонняя пятиреберная остеоторакомиопластика в нашей модификации.

Формула изобретения

Способ остеоторакомиопластики при деструктивном туберкулезе легких, включающий заднепаравертебральный разрез, огибающий лопатку, После операции получала лечение по индивидуальной схеме. Состояние постепенно улучшалось, рана зажила первичным натяжением и 16. 06. 2008 г. выписана с рекомендацией продолжить медикаментозное лечение по индивидуальной схеме у врача-фтизиатра по месту жительства.

Контрольное обследование через 6 месяцев - состояние удовлетворительное, деформации грудной клетки нет, послеоперационные рубцы окрепшие. Больная отмечает лишь одышку при физической нагрузке, кашля нет. БК(-).

Данное наблюдение подтверждает то положение, что при двухстороннем поражении легких (фиброзно-кавернозный туберкулез), при низких дыхательных резервах, когда радикальную операцию выполнить невозможно, можно использовать остеоторакомиопластику в нашей модификации.

Преимуществами способа являются:

1. снижение риска реактивации туберкулеза легких;
2. исключается деформация грудной клетки, значительно сокращаются сроки абацилирования пациентов, экстраплевральное выделение пораженного отдела легкого, отличающееся тем, что после резекции головок V, IV, III, II ребер, их фиксируют в виде "черепицы" к VI ребру рассасывающимся шовным материалом, а I ребро полностью удаляют.

Выпущено отделом подготовки материалов