



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **77847** (13) **U**
(51) МПК (2013.01)
A61M 27/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

| | |
|---|---|
| (21) Номер заявки: u 2012 10861 | (72) Винахідник(и): Осійський Іван Юрійович (UA) |
| (22) Дата подання заявки: 17.09.2012 | (73) Власник(и): ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І. ПИРОГОВА, |
| (24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.02.2013 | вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018 (UA) |
| (46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.02.2013, Бюл.№ 4 | |

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ЗАЛИШКОВИХ ПЛЕВРАЛЬНИХ ПОРОЖНИН ТА ЕМПІЄМ ПЛЕВРИ ПІСЛЯ СЕГМЕНТАРНИХ, ПОЛІСЕГМЕНТАРНИХ, КОМБІНОВАНИХ РЕЗЕКЦІЙ, ЛОБЕКТОМІЙ У ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ТА ПЛЕВРИ

(57) Реферат:

Спосіб профілактики залишкових плевральних порожнин та емпієм плеври після сегментарних, полісегментарних, комбінованих резекцій, лобектомій у хворих, оперованих з приводу туберкульозу легень та плеври, що передбачає після цих операцій дренивання плевральної порожнини двома дренажами. Верхній дренаж з 2-3 боковими отворами на проксимальному кінці вводять в II-III-му міжребер'ї по середньоаксиллярній лінії. Проксимальний кінець дренажу доводять до купола плевральної порожнини та підшивають і фіксують його одним чи двома кетгуттовими швами № 3 до м'яких тканин в міжребер'ї та парієтальному листку плеври і видаляють його через 5-9 діб після операції.

UA 77847 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до фтизіатрії, пульмонології, фтизіохірургії та торакальної хірургії, і може бути використана для профілактики залишкових плевральних порожнин та емпієм плеври після сегментарних, полісегментарних, комбінованих резекцій лобектомій у хворих оперованих з приводу туберкульозу і неспецифічних захворювань легень та плеври.

За даними МОЗ України, щорічно в країні виконується 1500-1600 оперативних втручань з приводу туберкульозу легень та плеври. При цьому сегментарні резекції складають - 47 %, лобектомії - 15 %, комбіновані резекції - 10 %, пульмонектомії - 4 % та інші операції - 24 %. У 3-5 % оперованих в післяопераційному періоді виникають залишкові плевральні порожнини, а у 1-2 % серед них - емпієми плеври. Ці ускладнення, як правило, вимагають повторних оперативних втручань. Це впливає негативно на ефективність лікування, погіршує якість життя хворих, збільшує тривалість стаціонарного лікування, а іноді стає причиною смерті пацієнтів.

Відомо, що для профілактики виникнення залишкових плевральних порожнин та емпієм плеври необхідно під час операції проводити ретельний аеростаз, гемостаз, мінімально травмувати паренхіму легені, виконати адекватне дренирування плевральної порожнини, як правило, двома дренажами. Нижній дренаж вводять в VI-му-VII-му міжребер'ї по задньоаксиллярній лінії, довжина його в плевральній порожнині - 15-20 см. Верхній дренаж вводять в II-III-му міжребер'ї по середньоключичній чи середньоаксиллярній лінії, довжина його в плевральній порожнині - 6-10 см. /Очерки торакальної хірургії. Амосов Н.М., - Киев, - 1958. - 725 С.; Руководство по легочной хирургии. Колесников И.С., Л. Медицина, -1969, - 689 С.; Хирургия легких и плевры. Руководство для врачей. / Под ред. Колесников И.С., Лыткин М.И., - М.: Медицина, 1988, - 384 с./.

Однак, після введення верхнього дренажу він вільно рухається в плевральній порожнині, травмуючи паренхіму легені, не дає можливості повному та вільному розправленню легені. Це призводить до виникнення в післяопераційному періоді залишкових плевральних порожнин, а в подальшому і емпієм плеври. Це значно ускладнює і обтяжує перебіг післяопераційного періоду, негативно впливає на загальний стан хворих, погіршує якість життя пацієнтів, значно подовжує етап стаціонарного лікування, впливає негативно на ефективність лікування, іноді стає причиною смерті хворих.

В основу корисної моделі "Спосіб профілактики залишкових плевральних порожнин та емпієм плеври після сегментарних, полісегментарних, комбінованих резекцій, лобектомій у хворих, оперованих з приводу туберкульозу легень та плеври" поставлена задача попередити виникнення залишкових плевральних порожнин та емпієм плеври, скоротити термін стаціонарного лікування, покращити якість життя оперованих, покращити ефективність лікування шляхом підшивання верхнього дренажу в куполі плевральної порожнини кетгуттовими швами до м'яких тканин міжребер'я та парієтального листка плеври. Цим самим верхній дренаж з 2 -3 боковими отворами на проксимальному кінці стійко фіксується в куполі плевральної порожнини одним чи двома кетгуттовими швами. Це попереджує рухливість проксимального кінця дренажу в плевральній порожнині, цим самим попереджує травматизацію перенхіми оперованої легені, та допомагає і призводить до повного і вільного розправлення легені.

Кетгут простий має високу початкову стійкість, яка втрачається через 3-5 діб. Повністю розсмоктується кетгут через 20-25 діб під дією протеолітичних ферментів.

Спосіб здійснюється таким чином:

Під загальним внутрішньовенним комбінованим інкубаційним наркозом розкривають грудну порожнину, виділяють легеню із плевральних зрощень, виконують сегментарну, полісегментарну, комбіновану резекцію, лобектомію. Аерогемостаз. Дренують плевральну порожнину двома дренажами. Нижній дренаж вводять в VI-му-VII-му міжребер'ї; по задньоаксиллярній лінії, довжина його в плевральній порожнині 15-20 см з 3-4 боковими отворами біля проксимального кінця. Функція його аспірація рідини та повітря із плевральної порожнини. Верхній дренаж вводять в II-му-III-му міжребер'ї по середньоаксиллярній лінії, довжина його в плевральній порожнині 8-10 см з 2-3 боковими отворами біля проксимального кінця. Проксимальний кінець дренажу доводять до купола плевральної порожнини. Одним чи двома кетгуттовими швами № 3 дренажну трубку стійко фіксують та підшивають до м'яких тканин по міжребер'ям та парієтальному листку плеври. Це добре фіксує дренажну трубку в куполі плевральної порожнини, тим сам попереджує рухливість проксимального кінця дренажа в плевральній порожнині. Дренаж не травмує паренхіму оперованої легені та допомагає повному і вільному розправленню легені. Видаляють верхній дренаж на 5-6 добу після операції.

Такий спосіб профілактики залишкових плевральних порожнин та емпієм плеври проводиться успішно в торакальному фтизіохірургічному відділенні Вінницького обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру з 1980 року. Його використали більше ніж у тисячі

хворих, у яких виконано сегментарні, полісегментарні, комбіновані резекції, лобектомії з приводу туберкульозу легень та плеври. Ускладнень пов'язаних з фіксацією верхнього дренажа в куполі плевральної порожнини чи після його видалення не було.

Приклад:

5 Хворий В-нець І.В., 19 років, історія хвороби № 644, інвалід І-ї групи по туберкульозу, був прийнятий в торакальне відділення 10.09.2011 р. з діагнозом: Фіброзно-кавернозний туберкульоз верхньої частки правої легені, МБТ+, резистентні до антимікобактеріальних препаратів І та ІІ ряду. Повторні кровохаркання.

10 Виявлений в жовтні 2010 р. з інфільтративним туберкульозом верхньої частки правої легені в фазі розпаду та бронхогенної дисемінації. МБТ+, резистентні до Н, лікувався стаціонарно антимікобактеріальними препаратами згідно з їх чутливістю. В процесі лікування загальний стан хворого значно покращився, але в верхній частці правої легені сформувалась каверна розмірами 5×6 см з фіброзом навколо, вогнища дисемінації ущільнилися, деякі звап'янили. В серпні 2011 р. у хворого з'явилися значні повторні кровохаркання, що і вимусило хворого
15 перевести в торакальну хірургічну клініку.

Після детального клінічного, рентгенологічного, функціонального дослідження зовнішнього дихання, серцево-судинної системи, печінки, нирок, крові, ендокринної системи, бронхоскопії по розширеним показанням хворому запропоновано хірургічне лікування. 05.10.2011 р. хворому виконана комбінована резекція - видалення верхньої частки правої легені з резекцією шостого
20 сегмента. Плевральна порожнина задренована двома дренажами з підшиванням та фіксацією верхнього дренажу в куполі плевральної порожнини двома кетгутувими швами № 3. В післяопераційному періоді хворому сформовано лікувальний пневмоперітонеум для профілактики виникнення залишкової плевральної порожнини. Післяопераційний період протікав звичайно, без особливостей. Нижній дренаж видалено на 6 добу після операції, а
25 верхній - на 8 добу. Рентгенологічно на 10 добу після операції - легеня розправлена, нижня та середня частки правої легені займають і виповнюють всю плевральну порожнину. Через 2 місяці пацієнта в хорошому стані виписано на подальше санаторне лікування. На теперішній час продовжує АКЛ.

Таким чином, запропонована корисна модель "Спосіб профілактики залишкових
30 плевральних порожнин та емпієм плеври після сегментарних, полісегментарних, комбінованих резекцій, лобектомій у хворих, оперованих з приводу туберкульозу легень та плеври", завдяки підшиванню та фіксації верхнього дренажу в куполі плевральної порожнини кетгутувими швами, дренажна трубка добре фіксується в куполі плевральної порожнини, вона не травмує паренхіму оперованої легені та допомагає в повному і вільному розправленні легені. Такий спосіб
35 профілактики залишкових плевральних порожнин після сегментарних, полісегментарних, комбінованих резекцій, лобектомій у оперованих з приводу туберкульозу та неспецифічних захворювань легень та плеври може з успіхом використовуватись в усіх торакальних відділеннях країни не залежно від їхнього профілю. Спосіб має великий економічний та соціально-моральний сукупний ефект, а також має значний вплив на епідеміологію
40 туберкульозу в країні.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

45 Спосіб профілактики залишкових плевральних порожнин та емпієм плеври після сегментарних, полісегментарних, комбінованих резекцій, лобектомій у хворих, оперованих з приводу туберкульозу легень та плеври, що передбачає після цих операцій дренажування плевральної порожнини двома дренажами, який **відрізняється** тим, що верхній дренаж з 2-3 боковими отворами на проксимальному кінці вводять в ІІ-ІІІ-му міжребер'ї по середньоаксиллярній лінії, проксимальний кінець дренажу доводять до купола плевральної порожнини та підшивають і
50 фіксують його одним чи двома кетгутувими швами № 3 до м'яких тканин в міжребер'ї та парієтальному листку плеври і видаляють його через 5-9 днів після операції.

Комп'ютерна верстка Л.Литвиненко

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