



УКРАЇНА

(19) UA (11) 32761 (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 ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ЛІМФОРЕЇ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ШИЇ

1

2

(21) u200801243

(22) 01.02.2008

(24) 26.05.2008

(46) 26.05.2008, Бюл.№ 10, 2008 р.

(72) ФЕДЖАГА ІГОР ПАВЛОВИЧ, UA, ОРЛОВ ВАЛЕРІЙ ГЕОРГІЙОВИЧ, UA, ПІВТОРАК ВОЛОДИМИР ІЗЯСЛАВОВИЧ, UA, ЛУКАЧ ЄРВІН ВЕНЦЛОВИЧ, UA, ФЕДЖАГА ОЛЕГ ПАВЛОВИЧ, UA

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

(57) Спосіб лікування післяопераційної лімфореї, як ускладнення оперативних втручань на шиї, що передбачає активне дренування післяопераційної

рани за допомогою трубчастого дренажу, який відрізняється тим, що відтік лімфи здійснюють самостійно без відсмоктувача, шкірні клапті до дна рани фіксують за допомогою еластичної стискувальної пов'язки, виключаються із харчового раціону рослинні та тваринні жири, з четвертого дня післяопераційного періоду проводять внутрішньовенні крапельні інфузії синтетичного аналога соматостатину-октреотиду: перший день – 75 мкг за добу, з другого по четвертий – 100 мкг за добу, п'ятий – 75 мкг за добу, шостий – 50 мкг за добу, через назогастральний зонд у шлунок вводиться лімфа, що зібрана через рановий дренаж.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до способів лікування післяопераційної лімфореї, як ускладнення після оперативних втручань на шиї.

Відомий спосіб системного підходу до лікування післяопераційної лімфореї, як ускладнення радикальних шийних дисекцій в онкохірургії голови та шиї, який включає активну аспірацію з післяопераційної рани лімфи через трубчастий дренаж з допомогою відсмоктувача та спеціалізоване харчування, яке включає повну заміну природних жирів їжі на синтетичні середньо-ланцюгові тригліцериди, введення через назогастральний зонд у шлунок білкового препарату «Пептизон» та парентеральне харчування сумішами амінокислот, фізіологічного розчину глюкози, а також, у випадку неефективності описаних заходів, оперативне лікування, яке полягає в переміщенні в шийну рану клаптя великого грудного м'яза і локального введення в рану фібринового клею «Тіссукол» [de Gier H.H., Balm A.J., at al. Systematic approach to the treatment of chylous leakage after neck dissection // Head & Neck: Journal for The Sciences & Specialties of The Head and Neck. -1996. - Vol. 18, № 4. - P. 347-351].

Метою корисної моделі є підвищення ефективності лікування післяопераційної лімфореї, швидке вкорочення періоду, протягом якого зберігається лімфорея, що запобігає розвитку важких розладів обміну речовин, які потребують корекції з

допомогою парентерального харчування та необхідності проведення повторних оперативних втручань.

Вказана мета досягається тим, що системний підхід до лікування післяопераційної лімфореї включає активне дренування післяопераційної рани з допомогою трубчастого дренажу, еластичну пов'язку, що тисне в ділянці післяопераційної рани, виключення із харчового тваринних і рослинних жирів, та тривалі внутрішньовенні крапельні інфузії препаратів октреотиду.

Суть способу полягає в тому, що спільною ознакою є активне дренування післяопераційної рани з допомогою трубчастого дренажу, а відмінною ознакою є те, що відтік лімфи здійснюється самостійно без відсмоктувача, пришвидшення фіксації шкірних клаптів до дна рани досягається з допомогою еластичної стискувальної пов'язки, зменшення утворення лімфи досягається шляхом виключення із харчового раціону рослинних і тваринних жирів та застосування тривалих внутрішньовенних крапельних інфузій синтетичного аналога соматостатину - октреотиду, корекція порушень обміну речовин, пов'язаних із втратою лімфи, здійснюється шляхом введення через назогастральний зонд у шлунок лімфи, зібраної через рановий дренаж.

Спосіб виконують наступним чином.

Місцеве ведення рани полягає в тому, що з першого дня виникнення післяопераційної лімфо-

UA (19) 32761 (11) (13)

реї організують погодинний облік втрат лімфи, з обов'язковою заміною ємностей (звичайно стерильні поліхлорвінілові рукавиці) по мірі їх наповнення, що створює умови для вільного відтоку лімфи із післяопераційної рани та запобігає просоченню лімфою м'яких тканин в рані та наступному її нагноєнню. Також накладають еластичну пов'язку, що тисне на післяопераційну рану з метою пришвидшення фіксації відсепарованих під час операції шкірних клаптів до дна рани.

Зменшення утворення лімфи, і відповідно, її втрати через операційну рану досягають за допомогою виключення із харчового раціону рослинних і тваринних, які транспортуються лімфою і посилюють її утворення, а також з допомогою препарату синтетичного аналога соматостатину - октреотиду.

Розроблена нами схема застосування октреотиду для зменшення післяопераційної лімфорей полягає в наступному: в перший день застосування внутрішньовенне крапельне вводять 50мкг (мікрограм) октреотиду, розчиненого в 400мл 0,9% розчину натрію хлориду протягом 5-7годин, середня швидкість введення складає 10-15 крапель за хвилину (більш швидке введення викликає спастичні болі в животі). З другого дня застосування вводять 100мкг октреотиду розчиненого в 400мл 0,9% розчину натрію хлориду, розбивши введення в 2 прийоми на добу з інтервалом між введеннями 6-7годин, вводячи препарат із аналогічною швидкістю 10-15 крапель за хвилину. Добову дозу 100мкг застосовують до зменшення добового дебіту лімфи до 50мл за добу, що звичайно при масивній лімфорей більше 1000мл досягається на 5-6 день застосування (при недостатній ефективності дози 100мкг за добу можливе її підвищення до 150мкг). Відмінюють препарат ступінчато - один день 75мкг на добу і один день 50мкг на добу, після чого препарат відмінюють.

Корекцію порушень обміну речовин здійснюють шляхом введення зібраної через рановий дренаж лімфи через назогастральний зонд у шлунок. Введення здійснюють по мірі наповнення і заміни стерильних ємностей (звичайно стерильні

медичні рукавички) для збору лімфи через рановий дренаж.

Приклад виконання способу

Хвора П., 1946 р.н., (медична карта стаціонарного хворого №9404/1105, госпіталізована у відділення пухлин голови та шиї Вінницького обласного клінічного онкологічного дистансеру 12.12.2006р. з діагнозом: Метастаз меланому шкіри лівої скроневої ділянки в лімфовузлі шиї зліва II клінічна група. Патогістологічний висновок №53254-56 від 20.12.2006р. - Метастаз меланому. З анамнезу відомо, що в 2000р. в Київському НДІ онкології проведена лазерна фотокоагуляція меланому шкіри лівої скроневої ділянки. Пухлина на шиї зліва виявлена хворою і швидко збільшувалась на протязі 3 місяців до госпіталізації. 13.12.2006р. хворій проведено операцію-модифікована дисекція клітковини шиї зліва по нижньому варіанту. По ходу виділення метастазу частково пошкоджено і ушито підключичну вену, пересічено шийний відділ грудної протоки. З першого дня післяопераційного періоду у хворої виникла масивна лімфорей - 1420мл за добу. З другого дня післяопераційного періоду хворій застосовано системний підхід до лікування післяопераційної лімфорей, що включив активне дренивання післяопераційної рани з допомогою трубчастого дренажу, стискувальну еластичну пов'язку в ділянці післяопераційної рани, виключення із харчового раціону тваринних і рослинних жирів. Корекцію порушень обміну речовин здійснювали шляхом введення зібраної через рановий дренаж лімфи через назогастральний зонд у шлунок. В схему лікування з четвертого дня післяопераційного періоду включені тривалі внутрішньовенні крапельні інфузії октреотиду: перший день - 75мкг за добу, з другого по четвертий - 100мкг за добу, п'ятий - 75мкг за добу, шостий - 50мкг за добу. Найбільш відчутний ефект спостерігався саме з моменту призначення октреотиду: за шість днів лікування цим препаратом добовий дебіт лімфи знизився від 1250 до 20мл за добу. На 15 добу після операції хвора виписана додому з повним заживленням післяопераційної рани.

Хвора переведений на диспансерне спостереження.