



УКРАЇНА

(19) UA (11) 28333 (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 ПРОФІЛАКТИКИ ЗАЛИШКОВИХ ПЛЕВРАЛЬНИХ ПОРОЖНИН В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ У ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ З ПРИВОДУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ ТА ПЛЕВРИ

1

2

(21) u200706748

(22) 15.06.2007

(24) 10.12.2007

(72) ОСІЙСЬКИЙ ІВАН ЮРІЙОВИЧ, UA

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

(56)

(57) Спосіб профілактики залишкових плевральних порожнин в післяопераційному періоді у хворих, оперованих з приводу туберкульозу легень та

плеври, що передбачає введення в післяопераційному періоді антибіотиків широкого спектра дії та антимікобактеріальних препаратів, який **відрізняється** тим, що в перші години після лобектомії, білобектомії справа, комбінованих резекцій, полісегментектомії, сегментектомії з плевректоміями і декортикаціями формують лікувальний штучний пневмоперитонеум і підтримують його протягом 1,5-2 місяців.

Корисна модель належить до медицини, зокрема до торакальної хірургії, фтизіатрії та пульмонології і може бути використана для профілактики залишкових плевральних порожнин в післяопераційному періоді у хворих, оперованих з приводу туберкульозу і неспецифічних захворювань легень та плеври.

В Україні щорічно виконується кілька тисяч операцій пов'язаних з туберкульозом і неспецифічними захворюваннями легень та плеври. Більшість оперативних втручань, які виконуються, - це лобектомії, білобектомії справа, комбіновані резекції полісегментектомії, сегментектомії з плевректоміями і декортикаціями, що призводить до порушення співвідношення об'єму післяопераційної легени і плевральної порожнини. Це стає причиною виникнення в післяопераційному періоді залишкових плевральних порожнин, а в подальшому і емпієм плеври. Такі ускладнення в післяопераційному періоді виникають у 8-10% оперованих, що значно обтяжує загальний стан хворих, перебіг післяопераційного періоду, подовжує строки стаціонарного лікування, погіршує результати, а іноді стає причиною смерті хворих [Очерки торакальної хірургії. Амосов Н.М., -К., 1958.-725 с., Руководство по легочной хирургии. Колесников И.С.,- Л. Медицина-1969. - 689 с.].

Відомо, що для профілактики виникнення залишкових плевральних порожнин, необхідно під час операції проводити ретельний аеростаз, гемостаз, мінімально травмувати паренхіму легени,

виконати адекватне дренивання плевральної порожнини. В післяопераційному періоді призначити антибіотики широкого спектру дії згідно чутливості вторинної мікрофлори та антимікобактеріальні препарати згідно чутливості мікобактерій [Хірургия легких и плевры. Руководство для врачей. Под ред. Колесников И.С.Лыткин М.И., - М.: Медицина. 1988.-384с.].

Однак після лобектомії, білобектомії справа, комбінованих резекцій, полісегментектомії, сегментекмії з плевректоміями і декортикаціями об'єм післяопераційної легени значно зменшується, в той час як об'єм плевральної порожнини залишається сталим великим, виникає неспівпадіння об'єму легени до об'єму плевральної порожнини. Це призводить до виникнення в післяопераційному періоді залишкових плевральних порожнин, а в подальшому і емпієм плеври. Це значно обтяжує перебіг післяопераційного періоду, загального стану хворих, погіршує якість життя пацієнтів, подовжує етап стаціонарного лікування, впливає негативно на ефективність, іноді стає причиною смерті.

В основу корисної моделі "Спосіб профілактики залишкових плевральних порожнин в післяопераційному періоді у хворих оперованих з приводу туберкульозу легень та плеври" поставлене завдання попередити виникнення залишкових плевральних порожнин та розвиток емпієм плеври у хворих після лобектомії, білобектомії справа, комбінованих резекцій полісегментектомії, сегментектомії з

UA (19) 28333 (11) (13)

плевректоміями і декортикаціями адаптувати об'єм післяопераційної легені до об'єму плевральної порожнини шляхом застосування в післяопераційному періоді лікувального штучного пневмоперитонеуму. Цим самим скоротити термін стаціонарного етапу лікування хворих, покращити перебіг післяопераційного періоду, якість життя пацієнтів, та ефективність лікування.

Це досягається способом, який передбачає після резекцій легені, введення в післяопераційному періоді антибіотиків широкого спектру дії та антимікобактеріальних препаратів, в якому згідно з корисною моделлю, в перші години після лобектомії, білобектомії справа, комбінованих резекцій, полісегментектомії, сегментектомії з плевректоміями і декортикаціями формують пневмоперитонеум і продовжують його протягом 1,5-2 місяців після операції.

Техніка накладання пневмоперитонеуму вимагає такі умови: сечовий міхур повинен бути випорожнений, хворий лежить горизонтально на спині. Повітря в очеревинну порожнину вводять через голку, з'єднану з пневмотораксним апаратом. Прокол черевної порожнини проводять виключно по лівому краю прямого м'язу живота на рівні пупка, чи на 2-3см нижче. В очеревинну порожнину вводять 600-800см³ повітря.

Повторні інсуфляції повітря проводять на другий - п'ятий - десятий день після операції по 600-800см³ повітря. Після піддування хворий більшість часу повинен лежати на протилежному до оперованого боці.

При введенні повітря в очеревинну порожнину виникає механічний підйом діафрагми на стороні операції на/два - три міжребер'я, послаблюється еластичне натягнення легені, а також значна благоприємна нейрорефлекторна дія на організм. Це призводить до зменшення плевральної порожнини на стороні операції, виникає адаптація об'єму післяопераційної легені до об'єму плевральної порожнини, що попереджає виникнення залишкових плевральних порожнин в післяопераційному періоді.

Протипоказанням до використання пневмоперитонеуму являється наявність спайкового процесу в черевній порожнині після перенесених операцій на органах черевної порожнини.

Спосіб здійснюється таким чином. Хворий лежить на спині. Асептична обробка шкіри зліва від пупка. Голку вводять в очеревинну порожнину і через голку з'єднану з пневмотораксним апаратом в очеревинну порожнину вводять 600-800см³ повітря.

Перше введення повітря здійснюють в перші години після операції на операційному столі чи в ліжку. Повторні інсуфляції повітря проводять на другий - п'ятий - десятий день після операції, а подальші піддування - через сім - вісім днів. по мірі розсмоктування повітря. Повітря розсмоктується очеревиною до 100см³ за добу.

Такий спосіб профілактики виникнення залишкових плевральних порожнини і емпієм плеври проводиться в торакальному фтизіохірургічному відділенні Вінницького обласного клінічного протитуберкульозного

диспансеру з 1980 року і його з успіхом використано у 265 пацієнтів. Серед них були виконані лобектомії - у 105, білобектомії справа - у 15, комбіновані резекції - у 29, полісегментарні резекції - у 60, сегментектомії з плевректоміями і декортикаціями - у 56 хворих. Використання в післяопераційному періоді пневмоперитонеуму призводить до запобігання виникнення залишкових плевральних порожнин і емпієм плеври.

Приклад

Хворий Г-о В.С., 20 років, історія хвороби № 261, інвалід 11-ї групи по туберкульозу, поступив в торакальне відділення 7.02.2007 р виявлений в червні 2006 р. з інфільтративним туберкульозом верхньої частки правої легені в фазі розпаду та бронхогенної дисемінації. МБТ +/-, чутливі до всіх антимікобактеріальних препаратів. Лікувався стаціонарно 8 міс. антимікобактеріальними препаратами I та II ряду. Сформувалась великих розмірів товстостінна каверна в верхній частці правої легені, вогнища в нижній частці лівої легені ущільнились. В січні 2007 р. у хворого з'явилися повторні кровохаркання.

Клінічний діагноз: Фіброзно-кавернозний туберкульоз верхньої частки правої легені в фазі бронхогенного обсіменіння. МБТ +/- . Повторні кровохаркання. Після до обстеження, по розширеним показанням хворому виконано операцію - правобічну верхньодольову лобектомію з плевректомією і декортикацією та руйнуванням нижньої легеневої зв'язки. При активному розправленні легень не виповнює всієї розправленої порожнини, об'єм, легені менший ніж об'єм плевральної порожнини, є умови для виникнення залишкової плевральної порожнини. Дренування плевральної порожнини двома дренажами з підшиванням верхнього в куполі плевральної порожнини. Грудна клітка пошарове зашита наглухо. Для профілактики виникнення залишкової плевральної порожнини на операційному столі, хворому сформовано лікувальний штучний пневмоперитонеум. В очеревинну порожнину введено 800см³ повітря. Повторні піддування проведено на другий - п'ятий - десятий день після операції, в очеревинну порожнину вводили по 800см³ повітря. В подальшому інсуфляції проводили, через 7-8 днів по 800см³ повітря на протязі двох місяців. При цьому купол діафрагми справа підняли до четвертого ребра, що це дало можливості розвитку залишкової плевральної порожнини. Нижній дренаж видалено на п'ятий день, а верхній-на восьмий день після операції. Хворий продовжує лікуватись антимікобактеріальними препаратами: R, H, S, Z і пневмоперитонеумом. Через 2 місяці після операції: рентгенологічне - справа легеня розправлена, залишкової плевральної порожнини немає. Купол діафрагми справа піднятий повітрям до четвертого ребра, зліва під діафрагмою тоненька смужка повітря. Патгістологічне заключення № 16131 - 35 - Фіброзно-кавернозний туберкульоз. Хворий готується на подальше санаторне лікування.

Таким чином, запропонована корисна модель "Спосіб профілактики залишкових плевральних

порожнин в післяопераційному періоді у хворих, - оперованих з приводу туберкульозу легень та плеври" завдяки використанню пневмоперитонеуму з перших годин після лобектомій, білобектомій справа, комбінованих резекцій, полісегментектомій, сегментектомій з плевректоміями і декортикаціями дає можливість адаптації об'єму післяопераційної легені до об'єму сталої великої плевральної порожнини. Це призводить до профілактики виникнення залишкових плевральних порожнин, а в подальшому і емпієм, плеври. Використання в післяопераційному періоді лікувального штучного пневмоперитонеуму значно покращує перебіг післяопераційного періоду, зменшує термін стаціонарного лікування, покращує якість життя хворих, значно покращує ефективність лікування, та прискорюєвилікування туберкульозу.

Такий спосіб профілактики залишкових плевральних порожнин в післяопераційному періоді у хворих, оперованих з приводу туберкульозу легень та плеври, шляхом застосування пневмоперитонеуму після лобектомій, білобектомій справа, комбінованих резекцій, полісегментектомій, сегментектомій з плевректоміями і декортикаціями може з успіхом використовуватись в усіх торакальних відділеннях країни не залежно від профілю. Спосіб має великий економічний та соціально-моральний сукупний ефект, а також має значний вплив на епідеміологію туберкульозу в країні.