



УКРАЇНА

(19) UA (11) 10282 (13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПЛОМБУВАННЯ КАВЕРН У ХВОРИХ З ДЕСТРУКТИВНИМ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ ЛЕГЕНЬ

1

(21) u200503129
 (22) 05.04.2005
 (24) 15.11.2005
 (46) 15.11.2005, Бюл. № 11, 2005 р.
 (72) Осійський Іван Юрійович
 (73) ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
 УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М.І.ПИРОГОВА
 (57) Спосіб пломбування каверн у хворих з де-
 структивним туберкульозом легень, який відрі-
 няється тим, що після торакотомії каверну роз-
 кривають шляхом її розтину, проводять санацію
 каверни видаленням некротичних мас та піогенної

2

оболонки, обробляють стінки каверни розчином
 антимікобактеріальних препаратів, а в каверну
 вводять стерильну гемостатичну колагенову губку,
 імпрегвану розчином антимікобактеріальних
 препаратів (R, H, S, K), потім зашивають каверну у
 вигляді дуплікатури з інверсією та допоміжними Z-
 подібними швами з підведенням до шва на легені
 мікросіригатора для введення в післяопераційному
 періоді антимікобактеріальних препаратів, далі
 легень розправляють, а плевральну порожнину
 дрениують.

Корисна модель відноситься до медицини, зо-
 крема до торакальної хірургії та фтизіатрії і може
 бути використана для хірургічного лікування ка-
 верн у хворих з деструктивними формами легене-
 вого туберкульозу без ускладнень та з ускладнен-
 нями (легеневими кровотечами та
 кровохарканнями, спонтанним пневмотораксом),
 при їх комплексному лікуванні.

Відомо, що у 20-25% хворих з деструктивними
 формами легеневого туберкульозу в комплексно-
 му їх лікуванні, показані і хірургічні методи, ліку-
 вання. У хворих з розповсюдженими формами
 деструктивного туберкульозу легень, та низькими
 функціональними даними, коли резекції та колап-
 сохірургічні методи протипоказані, показані опера-
 ції безпосередньої дії на каверну [Очерки торака-
 льної хірургії Амосов Н.М.-Київ, 1958 -725С.;
 Кавернотомия и другие методы местного лечения
 легочного туберкулеза Под ред. Нагаиши Чузо.
 Перевод с англ. М.: Медицина, -1972 -318С.; Хи-
 рургическое лечение туберкулеза легких Под
 ред. акад. Богуша Л.К.-М.: Медицина, -1979. -293С.,
 Хирургия легких и плевры. Руководство для вра-
 чей. Под ред. Колесников И.С., Литкин М.И.-
 Л.: Медицина.-1988.-384С.]. Але операції безпосе-
 редньої дії на каверну заключаються в кавернотомії
 з відкритим їх лікуванням чи кавернопластикою.
 Пломбування каверн проводиться при бронхоско-
 пії чи трансторакальній пункції каверни. Прототипу
 запропонованого методу пломбування каверн у
 хворих з деструктивним легеневим туберкульозом
 немає.

В основу корисної моделі "Спосіб пломбуван-

ня каверн у хворих з деструктивним туберкульо-
 зом легень", коли резекції легень та колапсохірур-
 гічні методи протипоказані, поставлена задача,
 після торакотомії розкрити каверну шляхом її роз-
 тину, провести санацію каверни видаленням некротич-
 них мас та піогенного шару, обробити стінки
 каверни розчином антимікобактеріальних препа-
 ратів, та провести пломбування каверни стериль-
 ною гемостатичною колагеновою губкою імпрегно-
 ваною антимікобактеріальними препаратами (R,
 H, S, K), та зашити каверну. Цим самим досягти,
 швидкого знебацилення харкотиння, прискорити
 загоєння та рубцювання каверн, підвищити, ефек-
 тивність лікування.

Це досягається способом який передбачає то-
 ракотомію, виділення легень із зрощень, в якому
 згідно з винаходом, каверну розтинають, прова-
 дять її санації механічним видаленням, некротич-
 них мас та піогенного шару, стінка каверни оброб-
 ляють розчином антимікобактеріальних
 препаратів, в каверну вводять стерильну гемоста-
 тичну колагенову губку імпрегвану розчином
 антимікобактеріальних препаратів. (R, H, S, K), пі-
 сля чого каверну зашивають у вигляді дуплікатури з
 інверсією хромованим кетгутом та додатковими,
 зет (Z) подібними, швами, плевральну порожнину
 дрениують.

Стерильна гемостатична колагенова губка має
 в своєму складі 2% колагену з добавкою фураци-
 ліна та борної кислоти і діє як гемостатик та анти-
 септик, а також стимулює регенерацію тканин,
 через 30-40 діб вона повністю розсмоктується.
 При імпрегнації губки розчином антимікобактеріа-

(13) U

(11) 10282

(19) UA

льних препаратів (R, H, S, K) виникає дія і на мікобактерії туберкульозу [Лекарственные средства. Машковский М.Д. В 2-х томах. Т.2.-10-е; изд. стер.-М.: Медицина, 1986 - 576С]

Спосіб здійснюється наступним чином: після торакотомії і виділення легень із зрошень, роблять розтин каверни, із неї видаляють некротичні маси, казеоз, механічним шляхом очищають піогенний шар. Стінки каверни, обробляють сумішшю антимікобактеріальних препаратів (R, H, S, K). При наявності кровоносних судин в стінці каверни їх перев'язують, а дрібні коагулюють. Сухі, стерильні пластинки колагенової губки 5x5 чи 10x10см імпрегують розчином антимікобактеріальних препаратів: R - 0,6, H - 10% - 10мл, S - 1,0, X - 1,0 і вводять в каверну. Каверну ушивають у вигляді дуплікатури з інверсією хромованим кетгуттом та зверху доповнюють додатковими зет (Z) подібними швами. Плевральну порожнину дрениують двома дренажами, а до місця зашити каверни підводять мікроіригатор, через який в післяопераційному періоді вводять антимікобактеріальні препарати, на, протязі 30-40 діб. Такий спосіб дає можливість в короткі терміни досягти знебацелення виділень та загосення, рубцювання каверн.

Запропонований "Спосіб пломбування каверн у хворих з деструктивним, туберкульозом легень" проводиться у фтизіохірургічному торакальному відділенні Вінницького обласного клінічного протитуберкульозного диспансеру з 1987 року і його успішно використано у хворих з розповсюдженим фіброзно - кавернозним туберкульозом легень.

Приклад

Хворий Г., 17 років, історія хвороби №2294, інвалід II групи по туберкульозу, поступив в торакальне відділення 9.XII.1987 року в край важкому стані в зв'язку з правобічним напруженим пневмотораксом. Туберкульозом хворіє з січня 1987 року. Виявлений з дисемінованим туберкульозом легень в фазі розпаду, МБТ (+) чутливі до всіх АМБП. Проводилась інтенсивна АМБТ чотирьома АМБП. 29.IV.1987р, у хворого виник лівобічний відкритий спонтанний пневмоторакс. Виконано дренивання лівої плевральної порожнини з активною аспірацією вмісту, але легень розправити не вдалось. В зв'язку з виникненням гострої змішаної лівобічної тотальної емпієми плеври, з бронхо-плевроторакальними норицями, по життєвим показанням, II.V. 1987 р виконано лівобічну плевронеумонектомію. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Хворого призвано інвалідом II групи. Продовжувалась інтенсивна антимікобактеріальна терапія. 9.XII.1987 року у хворого раптово виник правобічний спонтанний пневмоторакс єдиної правої легені і він був госпіталізований в торакальне відділення. Клінічний діагноз: Інфільтративний туберкульоз нижньої частки, правої легені в фазі розпаду та бронхогенної дисемінації. МБТ (+) чутливі до всіх АМБП. Правобічний відкритий суб-

тотальний спонтанний пневмоторакс. Правобічна гостра змішана емпієма плеври з бронхо - плевральними норицями. Стан після лівобічної плевронеумонектомії, ГДН - II-IIIст. ГЛСН - IIст. в стадії компенсації

Невідкладно хворому проведено дренивання правої плевральної порожнини, двома дренажами з активною аспірацією. Легень розправити не вдалось 23.XII.1987р. хворому по життєвим показанням виконано правобічну торакотомію. Легень вивільнено із зрошень. ВС - VI та С - X - каверна 10x10см з норицею в С - VI розміром 2x2см, через яку в плевральну порожнину виділяються казеозні маси. Розтином каверни очищено її від некротичних мас та піогенного шару. Коагуляція судин стінки каверни. Стінки каверни оброблено розчином АМБП. В каверну введено дві пластинки стерильної гемостатичної губки: 10x10см, попередньо імпреговані розчином АМБП (R - 0,6, S - 1,0, H - 10% - 10мл, K - 1,0). Каверна зашита у вигляді дуплікатури з інверсією хромованим кетгуттом та допоміжними зет (Z) подібними швами. Два, дренажі в плевральну порожнину з фіксацією верхнього в куполі плевральної порожнини. Через м'які тканини в надлопаточній ділянці, в II-му міжребер'ї, в плевральну порожнину додатково введено мікроіригатор, до шва на легень, для введення в порожнину в післяопераційному періоді АМБП. Післяопераційний період протікав важко. Легень розправилась. Дренажі із плевральної порожнини видалено через 3 тижні, а мікроіригатор через 3 місяці. Бактеріовиділення припинилось через місяць після операції, а каверна перестала визначатись через 40 діб. В хорошому стані пацієнта виписано із клініки 8.XII.1988 року після 12 місячного комплексного лікування. Легень розправлена, МКГ не виявляються, каверна загоїлась шляхом рубцювання. Рекомендовано продовжувати амбулаторне контрольоване лікування.

Таким чином, запропонована корисна модель "Спосіб пломбування каверн у хворих з деструктивним туберкульозом легень" дає можливість швидкого знебацелення харкотиння, та загосення шляхом рубцювання каверн у хворих з деструктивними формами легеневого туберкульозу без ускладнень та, з ускладненнями. Це має велике епідеміологічне значення вагомий економічний та соціально - моральний сукупний ефект. Крім покращення епідеміологічної обстановки по туберкульозу, надається високоефективна допомога в лікуванні хворих з важким перебігом деструктивного туберкульозу легень.

Запропонована корисна модель "Спосіб пломбування каверн у хворих з деструктивним туберкульозом легень" високоефективна і може використовуватись в торакальних фтизіохірургічних відділеннях країни. R - рифампіцин, H - ізоніазид, S - стрейтоміцин, K - канаміцин.