



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **116693** (13) **U**
(51) МПК (2017.01)
A61M 25/01 (2006.01)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2017 00153	(72) Винахідник(и): Усенко Олександр Юрійович (UA), Сидюк Андрій Володимирович (UA), Мазур Андрій Петрович (UA), Сидюк Олена Євгенівна (UA)
(22) Дата подання заявки: 04.01.2017	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 25.05.2017	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 25.05.2017, Бюл.№ 10	(73) Власник(и): НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАНТОЛОГІЇ ІМЕНІ О.О. ШАЛІМОВА НАМН УКРАЇНИ, вул. Героїв Севастополя, 30, м. Київ, 03680 (UA)

(54) СПОСІБ ЗНЕБОЛЕННЯ ХВОРОГО ПІСЛЯ ЕЗОФАГЕКТОМІЇ

(57) Реферат:

Спосіб знеболення хворого після езофагектомії включає встановлення першого катетера, проведення його до необхідного рівня Th5-Th7 і фіксацію на шкірі та введення місцевого анестетика. Інтраопераційно, після виконання езофагектомії, на рівні та перпендикулярно торакотомній рані встановлюють другий катетер під парієтальною плеврою до рівня паравертебрального простору під візуальним контролем, фіксують катетер на шкірі та вводять місцевий анестетик.

UA 116693 U

Корисна модель належить до медицини, а саме - до анестезіології, і може бути використана для післяопераційного знеболення у хворих зі злоякісними захворюваннями стравоходу.

Відомий спосіб знеболення хворого після езофагектомії включає встановлення двох катетерів в епідуральний простір (на рівні Th2-Th4 та Th5-Th7). Передопераційно шкіру інфільтрують розчином місцевого анестетика і потім перфорують голкою розміром 18 G. У отвір вводять голку для епідуральної пункції і просують її вперед і паралельно вище розташованому остистому відростку (тобто в злегка краніальному напрямку). При попаданні в зв'язкові структури по серединній лінії до павільйону голки приєднують шприц, і при подачі розчину слід упевнитися в відчутті опору. Після відчуття опору зв'язок голку просують вперед до входу в епідуральний простір, яке ідентифікують по втраті опору. Потім проводять катетер до необхідного рівня, який фіксують на шкірі. Таким же чином встановлюють другий катетер [Давидов М. І., Стіліді І. С. Рак стравоходу // "Практична медицина", 2007, - С. 283-322].

Недоліком відомого способу є велика кількість післяопераційних ускладнень у вигляді імовірності розвитку гіпотензії, внаслідок "високого" введення анестетиків в епідуральний простір, а також високої ймовірності респіраторних порушень за рахунок двобічного моторного блока дихальної мускулатури.

В основу корисної моделі поставлена задача розробки такого способу знеболення хворого після езофагоектомії, який за рахунок встановлення паравертебрального катетера зі сторони торакотомії забезпечував би зменшення кількості післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі знеболення хворого після езофагоектомії, який включає встановлення першого катетера передопераційно, проведення його до необхідного рівня Th5-Th7 і фіксацію на шкірі та введення місцевого анестетика. Згідно з корисною моделлю, інтраопераційно, після виконання езофагектомії, на рівні та перпендикулярно торакотомній рані встановлення другого катетера під парієтальною плеврою до рівня паравертебрального простору під візуальним контролем, фіксування катетеру на шкірі та введення місцевого анестетика.

Інтраопераційне введення другого, паравerteбрального катетера забезпечує зменшення кількості післяопераційних ускладнень у вигляді відсутності гіпотензії, зв'язаної з "високим" введенням локального анестетика (рівень Th2-Th4), та також відсутності двостороннього моторного блока і можливими респіраторними ускладненнями і сприяє тому, що введення анестетика виконують тільки зі сторони торакотомної рани.

Спосіб здійснюють таким чином.

Передопераційно шкіру інфільтрують розчином місцевого анестетика і потім перфорують голкою розміром 18 G. У отвір вводять голку для епідуральної пункції і просувають її вперед і паралельно вище розташованого остистого відростка (тобто в злегка краніальному напрямку). При попаданні в зв'язкові структури по серединній лінії до павільйону голки приєднують шприц, і при подачі розчину слід упевнитися в відчутті опору. Після відчуття опору зв'язок голку просувають вперед до входу в епідуральний простір, яке ідентифікують по втраті опору. Потім проводять катетер до необхідного рівня (Th5-Th7), який фіксують на шкірі та вводять місцевий анестетик.

Інтраопераційно на рівні торакотомної рани перфорують шкіру голкою розміром 18 G. У отвір вводять голку для епідуральної пункції і просують її перпендикулярно торакотомній рані. Потім крізь неї проводять катетер під парієтальною плеврою до рівня паравертебрального простору під візуальним контролем. Фіксують катетер на шкірі та вводять місцевий анестетик.

45 Приклад

Пацієнтка М., 1961 р. н., історія хвороби № 4002, 2015 р., була прийнята у відділення хірургії стравоходу, шлунка та кишечника НІХТ АМНУ з діагнозом: С-г середньої третини стравоходу. Пацієнтці проведені обстеження (клінічне, лабораторні аналізи, ФЕГДС, комп'ютерна томографія ОГК та ОЧП) та встановлено діагноз: С-г середньої третини стравоходу.

Хворій 21.07.15 виконано оперативне втручання - Операція Льюїса. Для післяопераційного знеболення виконаний спосіб знеболення за рахунок встановлення двох катетерів: в епідуральний простір (на рівні Th5-Th7) та паравертебральний простір (на рівні виконання торакотомії). Передопераційно шкіру інфільтрували розчином місцевого анестетика і потім перфорували голкою розміром 18 G. У отвір ввели голку для епідуральної пункції і просунули її вперед і паралельно вище розташованого остистого відростка (тобто в злегка краніальному напрямку). Потім провели катетер до необхідного рівня, який фіксували на шкірі. На рівні торакотомної рани перфорували шкіру голкою розміром 18 G. У отвір ввели голку для епідуральної пункції і просунули її перпендикулярно торакотомній рані. Потім кризь неї провели катетер під парієтальною плеврою до рівня паравертебрального простору під візуальним контролем. Фіксували катетер на шкірі. В післяопераційному періоді в епідуральний простір

вводили 2 % розчин лідокаїну 3 мл/год., в паравертебральний простір - 0,2 % наропін 5 мл/год. протягом 5 діб.

Післяопераційний період протікав без ускладнень. Пацієнтка виписана на 10-у добу після операції в задовільному стані.

5 За запропонованим способом прооперовано 30 хворих з захворюваннями стравоходу різних локалізацій. Ускладнень у вигляді гіпотензії та респіраторних порушень не було. У групі з 30 хворих застосовувався спосіб-аналог, після використання якого були констатовані ускладнення у 12-ти пацієнтів у вигляді значної гіпотензії, яка змусила призначення симпатоміметиків, та у 1-го - респіраторні ускладнення.

10 Таким чином запропонований спосіб дозволяє зменшити кількість післяопераційних ускладнень у вигляді гіпотензії та респіраторних порушень.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

15 Спосіб знеболення хворого після езофагектомії, який включає встановлення першого катетера, проведення його до необхідного рівня Th5-Th7 і фіксацію на шкірі та введення місцевого анестетика, який **відрізняється** тим, що інтраопераційно, після виконання езофагектомії, на рівні та перпендикулярно торакотомній рані встановлюють другий катетер під парієтальною плеврою до рівня паравертебрального простору під візуальним контролем, фіксують катетер на
20 шкірі та вводять місцевий анестетик.

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601