

Спосіб належить до медицини, а саме до торакальної хірургії і може використовуватися при хірургічному лікуванні хворих, яким виконувалося оперативне втручання на органах грудної порожнини.

Відомий спосіб дренажування верхніх відділів плевральної порожнини після часткових резекцій верхньої частки легені [1], за яким вводять дренажну трубку в плевральну порожнину в міжребер'ях по середньоключичній лінії, що в більшості випадків забезпечує газову декомпресію оперованої легені і контроль за об'ємом та інтенсивністю виділення з плевральної порожнини повітря, ексудату або крові.

Недоліком цього способу є утворення під куполом плеври „депо“ повітря, яке почасти витікає після операції з мікродефектів паренхіми легені і скупчується в указаній зоні поза досягненням дренажної трубки, внутрішньоплевральна частина якої знаходиться, як правило, нижче такого скупчення. Це перешкоджає повноцінному розпрямленню прооперованої легені, особливо у випадку зменшення її еластичності, обумовленої пневмосклерозом, емфіземою чи іншими патологічними процесами і часто призводить до формування залишкової плевральної порожнини під куполом плеври, ексудації та розвитку запального процесу. Лікувальні пункції або дренажування цієї зони супроводжуються технічними ускладненнями і є небезпечними через загрозу пошкодження великих підключичних судин.

В основу корисної моделі покладено завдання - створити спосіб профілактики залишкових порожнин купола плеври після високих резекцій легені, який забезпечив би підвищення ефективності профілактики післяопераційних ускладнень за рахунок повноцінного розпрямлення решти легені.

Поставлене завдання вирішується завдяки тому, що в способі профілактики залишкових порожнин купола плеври після високих резекцій легені, який включає розтин грудної клітки і проведення трубчастого дренажу в плевральну порожнину, відповідно до корисної моделі, трубчастий дренаж фіксують до купола плеври.

Спосіб виконують таким чином: після проведення основного хірургічного втручання перед зашиванням торакотомічної рани на шкірі грудної стінки в П-му міжребір'ї по середньоключичній лінії здійснюють розтин шкіри глибокою довжиною 7-10мм до підшкірної клітковини. Через цей розтин шляхом проколу нижчележачих тканин у плевральну порожнину під контролем пальця вводять хірургічний затискач, котрим захоплюють поліхлорвінілову трубку, уведену через торакотомну рану в плевральну порожнину і виведену згодом назовні через дренажний отвір.

Довжина внутрішньоплеврального відрізка дренажної трубки має бути достатньою для досягнення купола плеври. Зовнішній відрізок дренажної трубки фіксують до шкіри, а внутрішню плевральну частину підводять до купола плеври, де фіксують до внутрішньої передньої поверхні грудної стінки лігатурою з шовного матеріалу, здатного розсмоктуватися.

Торакальну рану зашивають.

Наводимо конкретний приклад здійснення способу. Хворий К., 56 років, надійшов у відділення з діагнозом: злоякісна пухлина верхньої частки правої легені. Хворому в плановому порядку було виконано верхню лобектомію праворуч з видаленням лімфосудин кореня легені. Здійснено профілактику залишкової порожнини запропонованим способом. Клінічно і рентгенологічно в післяопераційному періоді залишкової плевральної порожнини не виявлено.

Цей спосіб було застосовано до 15 пацієнтів і в жодному випадку не помічено утворення залишкових плевральних порожнин купола плеври.

Спосіб ефективний, безпечний, технічно простий, не потребує додаткових матеріальних витрат.

Джерела інформації, взяті до уваги:

1. Атлас грудной хирургии / Под ред. Б.В. Петровского. - М.: Медицина, 1974. - С. 110.