



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **54201** (13) **U**
(51) МПК (2009)
A61B 17/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ**ОПИС**
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту**(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ЕКСУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТУ**

1

(21) u201006420

(22) 26.05.2010

(24) 25.10.2010

(46) 25.10.2010, Бюл.№ 20, 2010 р.

(72) ШЕВЧУК ІГОР МИХАЙЛОВИЧ, ГАТАЙЛО ІГОР
ВАСИЛЬОВИЧ, СНІЖКО СЕРГІЙ СТЕПАНОВИЧ,
ГЛАДУН БОГДАН ВАСИЛЬОВИЧ(73) ШЕВЧУК ІГОР МИХАЙЛОВИЧ, ГАТАЙЛО ІГОР
ВАСИЛЬОВИЧ, СНІЖКО СЕРГІЙ СТЕПАНОВИЧ,
ГЛАДУН БОГДАН ВАСИЛЬОВИЧ

2

(57) Спосіб хірургічного лікування гострого ексудативного перикардиту, який включає торакоскопію і дренування плевральної порожнини, який **відрізняється** тим, що торакоскопію проводять з чотирьох портів, при цьому висікають листок перикарда в проекції верхівки серця розміром 2 x 2-3 x 3 см, а дренування плевральної порожнини виконують трьома дренажами, кожен з яких виводять через окремий порт.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до торакальної хірургії, і може бути використана при хірургічному лікуванні хворих на гострий ексудативний перикардит.

Відомий спосіб лікування гострого ексудативного перикардиту, який включає пункцію перикарда з точок Морфана чи Ларрея і дренування його порожнини тонким поліхлорвініловим катетером [Л.Н. Бисенков. Торакальная хирургия. Руководство для врачей. - СПб.: «Элби-СПб.». - 2004. - 928 с. - с. 649].

Недоліком цього способу є тривалі строки лікування хворих через високу ймовірність повторного накопичення ексудату в перикарді і низьку ефективність дренування через тонкий катетер.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування гострого ексудативного перикардиту, який за рахунок висічення фрагмента перикарда в проекції верхівки серця та дренування плевральної порожнини трьома дренажами, дозволив би скоротити терміни лікування за рахунок попередження повторного скопичення ексудату в перикарді.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі хірургічного лікування гострого ексудативного перикардиту, який включає торакоскопію і дренування плевральної порожнини, згідно корисної моделі, торакоскопію проводять з чотирьох портів, при цьому висікають листок перикарда в проекції верхівки серця розмірами 2 на 2-3 на 3см, а дренування плевральної порожнини виконують трьома дренажами, кожен з яких виводять через окремий порт.

Виконання торакоскопії з чотирьох портів дозволяє встановити три дренажі в плевральну по-

рожнину та висікти листок перикарду в проекції верхівки серця розмірами 2 на 2-3 на 3см, забезпечує достатній відтік ексудату з перикарда, що і забезпечує скорочення термінів лікування.

Вказані у формулі корисної моделі розміри висіченого фрагмента перикарда в проекції верхівки серця 2 на 2-3 на 3см, обґрунтовані на основі клінічних досліджень 6 хворих з гострим ексудативним перикардитом. Висічення фрагмента перикарда меншими розмірами, ніж 2 на 2-3 на 3см було неефективним, а при висіченні фрагмента перикарда більшими розмірами, ніж 2 на 2-3 на 3см, можливе вивихнення і защемлення серця в перикардальному вікні, чи пошкодження діафрагмального нерва.

Спосіб здійснюють наступним чином. Під одностороннім загальним знеболенням, у положенні хворого на правому боці, проводять введення чотирьох портів торакоскопа, перший - у III міжребір'ї по середньоаксілярній лінії, другий - у IV міжребір'ї по передній аксілярній лінії, третій - у IV міжребір'ї по середній аксілярній лінії, четвертий - у IV міжребір'ї по задній аксілярній лінії. В перший торакопорт вводять тубус торакоскопа з оптикою і проводять ревізію плевральної порожнини. При необхідності проводять пневмоліз. За допомогою легеневої лопатки відводять легене дозад для огляду серця. Затискачем захоплюють перикард в проекції лівого шлуночка ближче до верхівки серця. Проводять розсічення перикарда довжиною до 0,5см в проекції верхівки серця через який аспірують ексудат. Проводять висічення фрагмента перикарда 2 на 2-3 на 3см в проекції верхівки серця разом з попереднім розрізом. Тубус торакоскопа вводять в просвіт перикарда і оглядають поверхню серця. Завершують операцію дренуванням плев-

(13) **U**
(11) **54201**
(19) **UA**

ральної порожнини трьома дренажами, виведеними через окремі порти, один з яких підводять до верхівки серця.

Приклад 1. Хвора Б., 1983 р.н., карта стаціонарного хворого №1857408, поступила в торакальне відділення обласної клінічної лікарні 15.08.2008 р. з діагнозом гострий ексудативний перикардит. Загальний стан хворого середньої важкості. Частота серцевих скорочень 120 уд в 1хв. Артеріальний тиск 130/70мм рт. ст. Температура тіла 37,4°C. При ЕКГ дослідженні встановлено ознаки перевантаження правих відділів серця, зниження вольтажу. При ЕХО-кардіоскопії встановлено сепарацію листків перикарда по передній стінці - 1,5см, по задній стінці - 2,1см, в ділянці верхівки - 4,0см, загальний об'єм рідини в перикарді до 500мл.

15.08.2008 р., під однолегеневим загальним знеболенням, у положенні хворого на правому боці, провели введення чотирьох портів торакоскопа, перший - у III міжребір'ї по середньоаксілярній лінії, другий - у IV міжребір'ї по передній аксілярній лінії, третій - у IV міжребір'ї по середній аксілярній лінії, четвертий - у IV міжребір'ї по задній аксілярній лінії. В перший торакопорт ввели тубус торакоскопа з оптикою і провели ревізію плевральної порожнини. Провели пневмоліз. За допомогою легеневої лопатки відвели легеню дозаду і оглянули серця. Затискачем захопили перикард в проекції лівого шлуночка ближче до верхівки серця. Провели розсічення перикарда довжиною 0,5см в проекції верхівки серця через який аспірували 550мл серозного прозорого ексудату. Провели висічення фрагмента перикарда 2 на 2см в проекції верхівки серця разом з попереднім розрізом. Тубус торакоскопа ввели в просвіт перикарда і оглянули поверхню серця. Завершили операцію дренажуванням плевральної порожнини трьома дренажами, кожен з яких виведений через окремий порт, а один з них підвели до верхівки серця. Хвора виписана в задовільному стані на 21 добу стаціонарного лікування. Повторного скопичення ексудату в перикарді не спостерігали.

Приклад 2. Хвора Б., 1981 р. н., карта стаціонарного хворого №1028009, поступила в торакальне відділення обласної клінічної лікарні 1.06.2009 р. з діагнозом гострий ексудативний пе-

рікардит. Загальний стан хворої середньої важкості. Частота серцевих скорочень 110 уд в 1хв. Артеріальний тиск 110/70мм рт. ст. Температура тіла 38,2°C. При ЕКГ дослідженні встановлено зниження вольтажу, порушення процесів реполяризації по дизметаболічному типу. При ЕХО-кардіоскопії встановлено сепарацію листків перикарда по передній стінці - 2,5см, по задній стінці - 4,0см, в ділянці верхівки - 4,0см, загальний об'єм рідини в перикарді до 700мл.

1.06.2009 р., під однолегеневим загальним знеболенням, у положенні хворого на правому боці, провели введення чотирьох портів торакоскопа, перший - у III міжребір'ї по середньоаксілярній лінії, другий - у IV міжребір'ї по передній аксілярній лінії, третій - у IV міжребір'ї по середній аксілярній лінії, четвертий - у IV міжребір'ї по задній аксілярній лінії. В перший торакопорт ввели тубус торакоскопа з оптикою і провели ревізію плевральної порожнини. Провели пневмоліз. За допомогою легеневої лопатки відвели легеню дозаду і оглянули серця. Затискачем захопили перикард в проекції лівого шлуночка ближче до верхівки серця. Провели розсічення перикарда довжиною 0,5см в проекції верхівки серця через який аспірували 700мл геморагічного ексудату. Провели висічення фрагмента перикарда 3 на 3см в проекції верхівки серця разом з попереднім розрізом. Тубус торакоскопа ввели в просвіт перикарда і оглянули поверхню серця. Завершили операцію дренажуванням плевральної порожнини трьома дренажами, кожен з яких виведений через окремий порт, а один з них підвели до верхівки серця. Хвора виписана в задовільному стані на 16 добу стаціонарного лікування. Повторного скопичення ексудату в перикарді не спостерігали.

Запропонований спосіб був застосований в хірургічне лікування 6-ти хворих. Середні терміни стаціонарного лікування хворих основної групи становили в середньому 20±2 доби.

В той час, як серед 6 хворих, які були проліковані за аналогом, середні терміни стаціонарного лікування становили 25±2 діб.

Таким чином, порівняння з аналогом показує, що застосування запропонованого способу дозволяє скоротити терміни стаціонарного лікування.