



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 48500

(13) A

(51) 6 A61B17/02

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

(54) СПОСІБ ДОСТУПУ ДО ТРАХЕЇ ПРИ НАЯВНОСТІ КОРОТКОЇ ШИЇ ТА ВИМУШЕНОГО ПОЛОЖЕННЯ ХВОРОГО СИДЯЧИ

1

2

(21) 2001096360

(22) 17 09 2001

(24) 15 08 2002

(46) 15 08 2002, Бюл. № 8, 2002 р.

(72) Центило Віталій Григорович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб доступу до трахеї при наявності короткої шиї та вимушеного положення хворого сидячи,

що включає проведення розрізів у підпід'язиковій ділянці, який відрізняється тим, що виконують горизонтальний розріз понад рукояткою груднини, розводять у боки груднино-ключично-соскоподібні м'язи, перерізають горизонтально серединні вени шиї, груднино-під'язиковий та груднино-щитовидний м'язи, підводять однозубий гачок під персневидний хрящ та підтягують трахею до розрізу шкіри

Винахід відноситься до медицини, а саме до щелепно-лицевої хірургії, і може бути використаний при необхідності виконання трахеостомії з метою забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів та інгаляційного наркозу у разі поєднання короткої шиї хворого з вимушеним його положенням сидячи.

Відомі способи усунення непрохідності верхніх дихальних шляхів за допомогою крико-конікотомії [1 Арапов Д.А., Исаков Ю.В. Трахеостомия в современной клинике - М., "Медицина", 1974 - с. 137 - 138], тобто розрізу конічної (щито-персневидної) зв'язки. Ця операція виконується за вітальними показаннями і є тимчасовою мірою. Після відновлення дихання виконують трахеостомію.

Найбільш близьким за технічною суттю способу, що заявляється, є операція трахеостомії [2 Балин В.Н. и Александров Н.М. (под ред.) Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия СПб, 1998 - с. 392 - 396].

За цим способом виконують вертикальний розріз по середній лінії шиї від щитовидного хряща до груднини, розтинаючи м'які тканини до перешийки щитовидної залози. Перешийку щитовидної залози мобілізують, або перерізають, або опускають нижче його (в залежності від обставин і показань до трахеостомії) і вертикальним або горизонтальним розрізом розтинають трахею вище, нижче, або через перешийку щитовидної залози.

Недоліком цього способу є необхідність положення хворого на спині з підкладеним під лопатки валиком. У хворих на флегмону дна порожнини рота та флегмони навколо глотки таке положення

у більшості випадків відразу призводить до асфіксії.

Тому цим хворим необхідно за показаннями виконувати трахеостомію у вимушеному положенні сидячи та ще з опущеною головою.

У осіб з короткою шиєю у такому положенні уся трахея знаходиться у грудній порожнині, а також і більшість гортані, що робить неможливим використання вертикального розрізу шкіри і всього традиційного шляху до трахеї.

В основу винаходу поставлене завдання забезпечити доступ до трахеї з метою виконання трахеостомії (за відповідними показаннями) у осіб з короткою шиєю та вимушеним положенням сидячи з опущеною донизу головою.

Поставлене завдання вирішується тим, що у способі доступу до трахеї при наявності короткої шиї та вимушеного положення хворого сидячи згідно винаходу виконують горизонтальний розріз понад рукояткою груднини, розводять у боки груднино-ключично-соскоподібні м'язи, перерізають горизонтально серединні вени шиї, груднино-під'язиковий та груднино-щитовидний м'язи, підводять однозубий гачок під персневидний хрящ та підтягують трахею до розрізу шкіри.

Спосіб реалізують таким чином.

Під інфільтраційним знеболюванням виконують розріз шкіри довжиною 5 - 6 см уздовж верхнього краю рукоятки груднини. Розрізають шкіру, підшкірну клітковину, основну фасцію шиї. Між лігатурами перерізають серединні вени шиї з кожного боку. Гачками Фарабефа розводять зовні груднини нижки груднино-ключично-соскоподібних м'язів.

(13) A

(11) 48500

(19) UA

зів У надгрудинному міжопоневротичному клітково-винному просторі накладають лігатуру на яремну венозну дугу або зміщують її дороти Розрізають апоневроз Ріше та розташовані під ним грудино-під'язиковий а також грудино-щитовидний м'язи Розшаровують підлеглу клітковину, знаходять перешийок щитовидної залози Пальцем визначають персневидний хрящ Підводять під нього однозубий гачок і підтягають за нього трахею до рани Потім виконують верхню або середню трахеостомію

Приклад конкретного виконання способу

Хвора К-єць Т Г, 52 роки, іст хв №807 госпіталізована у ШЛХВ №1 першої клінічної лікарні м. Донецька 7 06 2000р у 9г 30хв зі скаргами на біль та припухлість м'яких тканин у ділянці шиї, слабкість, біль при ковтанні, високу температуру тіла, затруднене дихання у положенні лежачи

31 05 2000р з'явився біль у зуби на нижній щелепі зліва, який посилювався при накушуванні За медичною допомогою не зверталася Стан хворої погіршувався 2 06 2000р з'явилася припухлість м'яких тканин шиї, біль при ковтанні 7 06 2000р самотійно звернулася у клініку ШЛХ миської лікарні №1 м. Донецька

Хворіла на грип У 1953р перенесла кір З 1982р хворіла на пієлонефрит Зріст 167см, вага - 130кг Температура - 39,5°C

Місцевий статус Лице асиметричне за рахунок нерівномірного набряку м'яких тканин Набряк тканин також у надпід'язиковій ділянці Шкіра тут гіперемійована, у складку не збирається Під час пальпування визначається розповсюджений болючий інфільтрат Відкриття рота - 2,5см Під'язикові валики збільшені у розмірах, слизова оболонка над ними гіперемійована, набрякла При пальпуванні визначається біль Слизова оболонка перехідної складки на рівні - 3б - зубів гіперемійована 3б зуб рухомий II ст, болючий під час вертикальної та горизонтальної перкусії Язик обкладений білим налітом Зів симетричний, звужений за рахунок вибухання бічних стінок глотки Ліва крило-щелепна складка гіперемійована, болюча під час пальпування

Діагноз одонтогенна флегмона дна порожнини рота, навкологлоткових просторів, лівого крило-щелепного простору від 3б зуба

7 06 2000р 11г 00хв огляд анестезіолога Скаргиється на помірну болючість при ковтанні, задишку у стані спокою у положенні сидячи, неможливість дихати у положенні лежачи Температура 39,5°C Об'єктивно стан тяжкий Надлишкове харчування Шкіряні покриви блідоціанотичні Ціаноз губ, акроціаноз Язик не вміщується у роті, говорить з труднощами Задишка у спокої до 3б у 1хв у положенні сидячи У легенях дихання з жорстким відтінком, рівномірно послаблене Поодинокі сухі хрипи Діяльність серця аритмічна, поодинокі екстрасистоли ЧСС - 96 у 1хв, АТ - 130/90

Висновки враховуючи тяжкість стану, ожиріння IV ст, анатомічні особливості, ургентність та об'єм операції (розтин флегмони), ризик V ст Хвора потребує попереднього накладання трахеостоміи Спосіб анестезії - наркотановий наркоз Інкубація через трахеостому із збереженням спонтан-

ного дихання

7 06 2000р Протокол №412 Операція трахеостомія, розтин флегмони, видалення 3б зуба

Під інфільтраційним знеболюванням (розчин новокаїну 0,5% - 20мл) у положенні сидячи виконано горизонтальний розріз над яремною вирізкою груднини довжиною біля 6см Розсічено шкіру, підшкірну клітковину, м'язи розташовані нижче під'язикової кістки Перев'язані серединні вени шиї Однозубим гачком захоплено першийок щитовидної залози, підтягнуто до рани шкіри, розсічено Однозубими гачками по пальцю захоплено персневидний хрящ, піднято до рани шкіри Розрізані перші два кільця трахеї Уведено інтубаційну трубку у трахею У момент розсічення хрящових кілець трахеї відмічено зупинку дихання на протязі 1 - 1,5хв Диханням "рот у трубку" відновлене спонтанне дихання Роздуто манжетку Трубу фіксовано до шкіри

Під наркозом виконано коміроподібний розріз біля 16см Пошарово розрізано шкіру, підшкірні клітковину та м'яз шиї, перев'язані лицеві судини Туло пройдено у корінь язика, піднижньощелепні простори, передні навкологлоткові простори, лівий крило-щелепний простір Одержано до 40мл гною Рани дреновані 7 трубчасто-жолобоватими дренажами Видалено 3б зуб

Хвору переведено до відділення інтенсивної терапії На тлі лікування, яке проводилося, 9 06 2000р у 21 годину раптово виріс різкий ціаноз верхньої половини тулуба, хвора втратила свідомість Почато штучну вентиляцію легень через трахеостомічну канюлю, введення гепарину, допаміну, кортикостероїдів На тлі нестабільної гемодинаміки, яка не корегувалася медикаментозно, артеріальної гіпотензії 10 06 2000р в 0г 45хв відбулася зупинка серцевої діяльності Виконання комплексу реанімаційних заходів було неефективним Констатовано смерть хворої

Розтин виконано 10 06 2000р о 13 годині (протокол №244)

Патологоанатомічний діагноз осн одонтогенна флегмона дна порожнини рота, стан після розтину флегмони, дреновання м'яких тканин, видалення 3б зуба, накладання трахеостомії 7 06 2000р, ускл сепсис-проміжний ексудативний міокардит, гепатит, інтерстиціальне запалення легень, септична селезінка, виражений мієлоз жирового кісткового мозку Гнійний трахеобронхіт Дилатація порожнини серця Застійна венозна гіперемія і дистрофічні зміни паренхіматозних органів, супут загострення хронічного пієлонефриту

Причина смерті інтоксикація

Витяг з протоколу розтину Органи дихання просвіт гортані, трахеї та бронхів вільний Слизова оболонка трахеї нерівномірно червонобурого кольору Легені повітряні, на розрізах повнокровні, у задньо-нижніх відділах більш темного кольору, менш повітряні

Переваги способу, що заявляється є в тім, що він дозволяє забезпечити доступ до трахеї при необхідності виконати трахеостомію у хворого з короткою шиєю у вимушеному положенні хворого сидячи в той час, коли традиційні способи трахеостомії для цього непридатні

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)
вул. Сим'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна
(044) 456 – 20 – 90

ТОВ «Міжнародний науковий комітет»
вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна
(044) 216 – 32 – 71