



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **90638** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61B 17/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2013 13163	(72) Винахідник(и): Бишовець Сергій Миколайович (UA), Паламарчук Володимир Іванович (UA), Лисенко Віктор Миколайович (UA), Балацький Роман Олегович (UA), Зубаль Володимир Іванович (UA)
(22) Дата подання заявки: 12.11.2013	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.06.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.06.2014, Бюл.№ 11	(73) Власник(и): Балацький Роман Олегович, вул. Драйзера, 7, кв. 210-а, м. Київ, 02166 (UA)

(54) СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПОСТЛАПАРОСКОПІЧНОГО БОЛЬОВОГО ПЛЕЧОЛОПАТКОВОГО СИНДРОМУ

(57) Реферат:

Спосіб профілактики та лікування постлапароскопічного больового плечолопаткового синдрому включає проведення плексусної анестезії. Правобічну поверхневу блокаду шийного сплетення проводять розчином бупівакаїну перед лапароскопією і в післяопераційному періоді при необхідності.

UA 90638 U

Корисна модель належить до медицини, зокрема до хірургії, і може бути використана для профілактики та лікування больового плечолопаткового синдрому при виконанні лапароскопічних оперативних втручань.

Одним із компонентів лапароскопічної технології є створення штучного пневмоперитонеуму. Залишок газу після операції в черевній порожнині, особливо в піддіафрагмальному просторі, викликає іритацію поверхні діафрагми, зокрема діафрагмального нерву, що призводить до появи болю в плечі й лопатці. Майже в 97 % випадків больові відчуття локалізовано праворуч і є типовими проявами лапароскопічних ускладнень. Ця проблема виникає у 46 % хворих після лапароскопії і іноді приносить суттєві страждання.

Відомий спосіб лікування, який полягає в призначенні нестероїдних протизапальних препаратів, опіоїдів та інших анагетиків [Crozer T.A. Anesthesia for minimally invasive surgery. - Cambridge University Press, 2004.-210 p.; Мазитова М.И. Fast track хирургия - мультимодальная стратегия ведения хирургических больных / М.И. Мазитова, Э.Р. Мустафин // Казанский медицинский журнал.-2012. - № 5. - С. 799-803.]. Однак, недолік даної терапії полягає в тому, що інтенсивність болю зменшується, але зазвичай лікування малоефективне.

Відомий патент РФ № 2273467, 5 "Спосіб лікування плечолопаткового периартроза" в якому при локалізації болі задньомедіальної поверхні суглоба проводять щоденно термоакупунктуру локальних точок і діють голками гармонізуючим способом. Однак, цей комплекс не забезпечує повного купірування болю.

Найбільш близьким аналогом за технічною суттю є спосіб профілактики та лікування больового плечолопаткового синдрому встановлення надпечінкового дренажу [Clinical practice guideline for the management of postoperative pain. Version 1.2 // Therapia.-2006. - № 5. - С. 9-12.]. Однак, цей спосіб є інвазивним, малоефективним і подовжує час перебування хворого в лікарні.

В основу корисної моделі поставлена задача - покращання результатів хірургічного лікування хворих шляхом лапароскопії, що дозволяє ефективно контролювати післяопераційний больовий синдром і, відповідно, забезпечує комфортний стан пацієнтів, а також скорочує термін шпиталізації.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі профілактики та лікування постлапароскопічного больового плечолопаткового синдрому, що включає проведення плексусної анестезії, згідно з корисною моделлю, проводять правобічну поверхневу блокаду шийного сплетення 0,125 % розчином бупівакаїну об'ємом 10 мл перед лапароскопією і в післяопераційному періоді при необхідності.

Спосіб реалізують наступним чином.

Правобічну поверхневу блокаду шийного сплетення виконують безпосередньо перед лапароскопією. Пацієнта укладають на спину з невеликим валиком під потилицю. Голову повертають ліворуч. Місце інтервенції - точка перетину зовнішньої яремної вени і заднім краєм грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, або на вказаному вище м'язі по середині відстані між ключицею та соскоподібним паростком. Стандартну голку вводять через валик, що створюється невеликим об'ємом (1 мл) розчину місцевого анестетика. Інфільтрація здійснюється в трьох напрямках в об'ємі по 3 мл: глибоко по задньому краю грудинно-ключично-соскоподібного м'яза, краніально вздовж вказаного м'яза, паралельно осі шиї в напрямку I ребра. Як місцевий анестетик використовують 0,125 % розчин бупівакаїну в загальній дозі 12,5 мг (10 мл).

Запропонований спосіб впроваджено як для профілактики, так і для лікування постлапароскопічного больового плечолопаткового синдрому у 343 хворих. Переваги корисної моделі оцінювали за наступним: відсутність постлапароскопічного больового плечолопаткового синдрому, комфортність післяопераційного періоду, відсутність потреби потужних анагетиків (опіоїди), скорочення терміну лікування в стаціонарі.

Суть способу, що заявляється підтверджується наступними прикладами.

1. Хвора Т. (28 років) госпіталізована Київської міської клінічної лікарні № 8 в плановому порядку з діагнозом жовчнокам'яна хвороба. Запропоновано: лапароскопічна холецистектомія. Після отримання інформованої згоди пацієнтці виконали лапароскопічну холецистектомію. Через 4 год. після операції у хворої розвинувся потужний больовий синдром (8 балів за 10-бальною шкалою болю) в області правого плеча й лопатки. Введення опіоїдів, нестероїдних протизапальних препаратів й парацетамолу було неефективне. Виконано правобічну поверхневу блокаду шийного сплетення. Через 10 хв біль був повністю купований. В подальшому післяопераційний період - без особливостей. Пацієнтку виписано з лікарні в задовільному стані. Термін перебування у стаціонарі - 3 доби.

2. Хвора А. (16 р.) госпіталізована до Київської міської клінічної лікарні № 8 в ургентному порядку з діагнозом гострий апендицит. Запропоновано: лапароскопічна апендектомія. Після отримання інформованої згоди пацієнтці виконано лапароскопічну апендектомію з попередньою

правобічною поверхневою блокадою шийного сплетення. Післяопераційний період перебігав без особливостей, постлапароскопічного больового плечолопаткового синдрому не відмічалось. Хвору виписано з лікарні в задовільному стані. Термін перебуванні у стаціонарі - 1,5 доби.

5 3. Хворий К. (56 р.) госпіталізована до Київської міської клінічної лікарні № 8 в плановому порядку з діагнозом правобічна набута вправима коса пахвинно-калиткова кила. Запропоновано: лапароскопічна герніопластика. Після отримання інформованої згоди пацієнту виконано лапароскопічну герніопластику. Післяопераційний період перебігав без особливостей, постлапароскопічного больового плечолопаткового синдрому не відмічалось. Хворого виписано з лікарні в задовільному стані. Термін перебуванні у стаціонарі - 1 доба.

10 Таким чином, спосіб профілактики та лікування постлапароскопічного больового плечолопаткового синдрому рекомендується до практичного впровадження в спеціалізованих клініках.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

15 Спосіб профілактики та лікування постлапароскопічного больового плечолопаткового синдрому включає проведення плексусної анестезії, який **відрізняється** тим, що здійснюють правобічну поверхневу блокаду шийного сплетення 0,125 % розчином бупівакаїну об'ємом 10 мл перед лапароскопією і в післяопераційному періоді при необхідності.

20

Комп'ютерна верстка Г. Паяльніков

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

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