



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **56**

(51) **8 A 61 B 17/00**

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения** К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 0500038

(22) 27.10.2005

(46) Бюл.44 (4), 2006

(71) (73) Республиканский
научный центр сердечно-
сосудистой и грудной хи-
рургии (TJ)

(72) Гульмурадов Т.Г. (TJ);
Джаббаров А.А. (TJ); Аб-
дурахимов З.З. (TJ)

(56) Бокерия Л.А., Скопин
И.И., Нарсия Б.Е., Седов
И.Н. «Минимально инва-
зивная хирургия приобре-
тенных пороков сердца».
Москва. Издательство
НЦССХ им. А.Н. Бакулева
РАМН, 2004.

(54) СПОСОБ Т-
ОБРАЗНОЙ СТЕРНОТО-
МИИ ПРИ ОПЕРАЦИИ
СУБТОТАЛЬНОЙ ПЕРИ-
КАРДЭКТОМИИ

(57) Изобретение относится
к медицине, а именно к
кардиохирургии и может
быть использовано для вы-
полнения субтотальной пе-
рикардэктомии.

Целью изобретения яв-
ляется снижение травма-
тичности операции, сниже-
ние раневых инфекционных
осложнений и кровопотери.

Поставленная цель до-
стигается путем примене-
ния известной Т-образной
стернотомии впервые при
операции субтотальной пе-
рикардэктомии.

После разреза кожи от
уровня второго межреберья
до мечевидного отростка
(рис. 1 и 2), выполняют
продольный распил груди-
ны с помощью стернотомы

по средней линии от вер-
хушки мечевидного отрост-
ка вверх до уровня второго

межреберья, затем попе-
речно пересекают грудину
на этом уровне (рис.3).



Изобретение относится к
медицине, а именно к кар-

диохирургии и может быть
использовано для выполне-

ния субтотальной перикардэктомии.

Прототипом предложенного нами способа является применение Т-образной стернотомии при операции на митральном клапане, полостях предсердий и межпредсердной перегородке [Минимально инвазивная хирургия приобретенных пороков сердца. Л.А. Бокерия, И.И. Скопим, Б.Е. Нарсия, И.Н. Седов. Москва. Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2004].

Целью изобретения является снижение травматичности операции, снижение раневых инфекционных осложнений и кровопотери.

Поставленная цель достигается путем применения известной Т-образной стернотомии впервые при операции субтотальной перикардэктомии.

После разреза кожи от уровня второго межреберья до мечевидного отростка (рис. 1 и 2), выполняют продольный распил груди-

ны с помощью стернотомы по средней линии от вершины мечевидного отростка вверх до уровня второго межреберья, затем поперечно пересекают грудину на этом уровне (рис. 3). При этом доступе визуализируется: начальный сегмент восходящей аорты, правое предсердие, полые вены, вся передняя поверхность правого и левого желудочка.

При операции следует соблюдать определенную последовательность в освобождении сердца от фиброзно-кальциевой капсулы. Вначале делают небольшой разрез перикарда в области левого желудочка, чтобы обнажить эпикард, затем необходимо обнаружить слой между перикардом и пикардом. При обнаружении этого слоя края перикарда захватывают инструментом и осторожно отслаивают перикард от эпикарда. Если встречаются кальцинированные участки, проникающие в миокард, их

оставляют в виде островков. Особую осторожность соблюдают при освобождении полых вен и правого предсердия из-за тонкости их стенки. В начале иссекают перикард над левым желудочком, а затем над устьем легочного ствола и аорты, правым желудочком, правым предсердием и устьями полых вен. Такая очередность обусловлена опасностью перегрузки правых отделов сердца и развитием отека легких. Благоприятным признаком, указывающим на достаточное освобождение сердца от сдавливающего его перикарда, является снижение у больных венозного давления до нормальных или близких к норме цифр уже к концу операции.

При этом доступе снижается травматичность операции сохраняется целостность верхней апертуры грудной клетки, что повышает ее стабильность в сравнении с полной продольной стернотомией. За

счет этого повышается жесткость грудной клетки, что приводит к улучшению вентиляции легких в послеоперационном периоде и снижению количества легочных осложнений. Кроме того, повышается стабильность грудины и ускоряется ее консолидация. Снижается частота раневых инфекционных осложнений и объем кровопотери за счет уменьшения раневой поверхности грудины.

Пример 1. Больной Асроров Парвиз 1992 г. р., уроженец города Истаравшан РТ поступил с жалобами на периодические боли в области сердца, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, увеличение живота в объеме, быструю утомляемость, общую слабость. При осмотре отмечается набухшие шейные вены. В легких выслушивается везикулярное дыхание, в нижних отделах ослабленное. Тоны сердца глухие, ЧСС-90 уд, в 1 мин. А/Д

100/70 мм. рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень выступает из-под реберной дуги на 7-8 см. На ЭхоКГ - Фракция выброса 52%. Определяется утолщение перикарда до 8-9 мм. На ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС - 88 ударов в 1 мин. Отмечается снижение вольтажа зубцов.

Больному после соответствующей подготовки произведена операция - субтотальная перикардэктомия доступом Т-образной стернотомии. Послеоперационный период протекал без осложнений, в том числе осложнений со стороны раны и грудины не отмечалось. Больной в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Пример 2. Больная Азизова Анорби 1982 г. р., уроженка Шурабадского района РТ поступила с жалобами на периодические боли в области сердца, одышку и сердцебиение при физической нагрузке, тяжесть в правом подребе-

рье, быструю утомляемость, общую слабость. При осмотре отмечается набухшие шейные вены. В легких выслушивается везикулярное дыхание, в нижних отделах ослабленное. Тоны сердца глухие, ЧСС-110 уд, в 1 мин. А/Д 90/70 мм. рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень выступает из-под реберной дуги на 8 - 10 см. На ЭхоКГ - Фракция выброса 50%. Определяется утолщение перикарда до 8 мм., также наличие выпота в полости перикарда. На ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС - 129 ударов в 1 мин. Отмечается снижение вольтажа зубцов.

Больной в дооперационном периоде в качестве предоперационной подготовки, кроме медикаментозной терапии произведена пункция и дренирование полости перикарда, эвакуирована около 1500 мл геморрагической жидкости. Дренаж удален на 3 -сутки.

Больной после соответствующей подготовки произведена операция - субтотальная перикардэктомия доступом Т-образной стернотомии. Послеоперационный период протекал без

осложнений, в том числе осложнений со стороны раны и грудины не отмечалось. Больная в удовлетворительном состоянии выписана домой.

Формула изобретения

Применение Т-образной стернотомии при операции

субтотальной перикардэктомии.

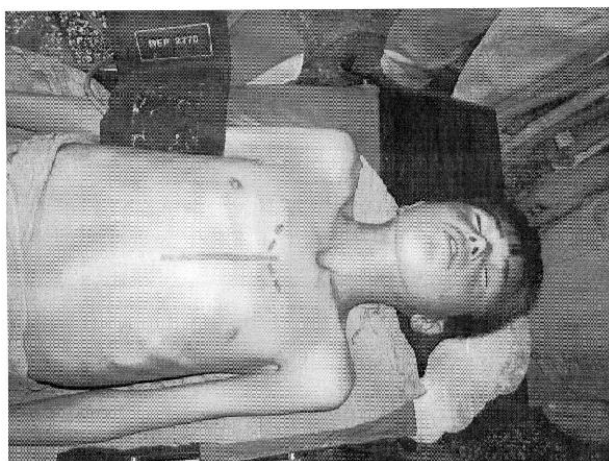


Рис. 1. Метка на коже больного со сдавливающим перикардитом

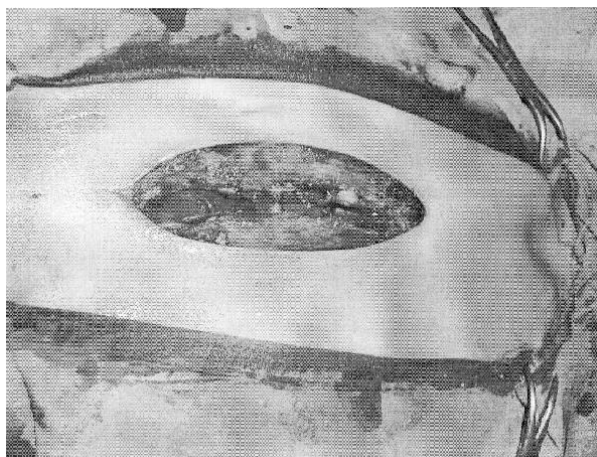


Рис. 2. Разрез кожи

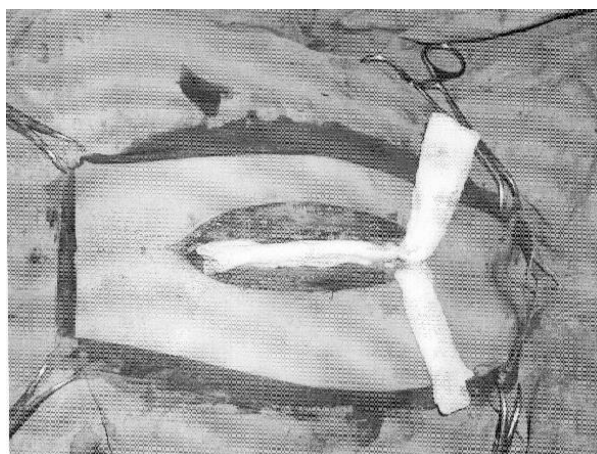


Рис. 3. Т-образный распил грудины при операции субтотальной перикардэктомии

Компьютерный набор: Ризоева С.Р.

Заказ	Тираж	Подписное
	Национальный патентно-информационный центр РТ 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.	
	ПАО НПИЦентра, 734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14 а.	