



Республика Таджикистан

(19) **TJ** (11) **300**

(51)) **МПК(2006) А 61 В**
17/00

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ
ВЕДОМСТВО

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

1

(21) 0900364

(22) 21.10.2009

(46) Бюл.57 (1), 2010

(71) Абдуфатоев Т.А. (ТJ); Ибодов Х.И. (ТJ); Дав-
лятов С.Б. (ТJ); Рофиев Р.Р. (ТJ); Ибодуллоев Х.У.
(ТJ); Баходуров Дж.Т. (ТJ).

(72) Абдуфатоев Т.А. (ТJ); Ибодов Х.И. (ТJ); Дав-
лятов С.Б. (ТJ); Рофиев Р.Р. (ТJ); Ибодуллоев Х.У.
(ТJ); Баходуров Дж.Т. (ТJ).

(73) Абдуфатоев Т.А. (ТJ); Ибодов Х.И. (ТJ); Дав-
лятов С.Б. (ТJ); Рофиев Р.Р. (ТJ); Ибодуллоев Х.У.
(ТJ); Баходуров Дж.Т. (ТJ).

**(54) СПОСОБ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ РЕ-
ГИОНАРНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ И ЭНДОЛИМ-
ФАТИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ
ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛЕГКИХ**

(56) 1. Баходуров Дж.Т. Результаты хирургиче-
ского лечения детей хроническими нагноитель-
ными заболеваниями легких. Автореферат
канд.дисс. Душанбе, 2002. стр. 23

2. Ибодов Х.И. Хирургическое лечение при-
обретенных заболеваний легких у детей. Авторе-

2

ферат док. дисс. Санкт-Петербург.2003. стр. 43.

3. Исаков Ю.Ф, Лопухин Ю.М. Оперативная
хирургия с топографической анатомией детского
возраста. Медицина - 1977, стр. 111-112.

4. Абдуфатоев Т.А. Оптимизация хирургиче-
ского лечения и функциональная реабилитация
детей с хирургическими заболеваниями легких.
Автореферат док. дисс. Ташкент, 1995, стр. 47.

(57) Изобретение относится к медицине, а именно
к детской хирургии.

Способ включает, то что в конце операции
производят насечку длиной до 1 см на париеталь-
ном листке плевры слева в области дуги аорты, а
справа в области верхней полой вены. Затем, тупо
создают ложе в средостении на 1-1,5 см ниже
уровня главных бронхов и устанавливают поли-
этиленовый катетер (микроирригатор). Дефект
париетальной плевры герметично ушивают с
фиксацией катетера с введением его дистального
конца во второе межреберье и осуществляют
анальгезию антисептиками.

Изобретение относится к медицине, а именно к детской хирургии и может быть использовано после операции на легких.

Оперативные вмешательства на легких у детей являются особо травматичными, сопровождаются сильными болями в послеоперационном периоде, усиливающиеся при кашле и дыхательных движениях. Послеоперационная боль становится основной причиной развития стойких осложнений. Поэтому борьба с послеоперационной болью является одной из компонентов интенсивной терапии. Существует множество способов борьбы с болью у детей после операции на легких, которые не лишены побочных действий и не всегда оказываются эффективными. В связи с этим возникает необходимость поиска новых методов послеоперационной анальгезии.

Для эффективной антибактериальной терапии существуют много способов введения антибиотиков, целью которых, является создание высокой концентрации антибиотика в очаге поражения. Существующие способы введения внутримышечные, внутривенные, внутриартериальные не всегда оказываются эффективными.

Методами послеоперационной анальгезии являются внутривенные введения наркотических и ненаркотических анальгетиков. Однако лечебная анальгезия наркотическими препаратами хотя и является эффективной, после нее развивается кардиодепрессия, снижается рефлекторная активность, снижаются кашлевой рефлекс и дренажные функции бронхолегочной системы. При применении ненаркотических препаратов анальгезирующие эффекты недостаточные, поэтому требуются дополнительные обезболивающие препараты.

В патогенезе развития нагноительных заболеваний легких и послеоперационных гнойных осложнениях определенное место занимают нарушения микролимфатического дренажа тканей, пассажа лимфы через лимфатические узлы и барьерной функции лимфатической системы. Поэтому, несмотря на достигнутые определенные успехи в лечении детей с хирургическими заболеваниями легких, осложнения в ближайшем послеоперационном периоде составляют от 3 до 29%, а в отдаленном сроке - от 6 до 50% [1,2].

Известен способ перидуральной анестезии, при которой наблюдаются осложнения от 0,5 до 1% и летальные исходы до 0,1% [3]. Способ осуществляется двухсторонней шейной вагосимпатической блокадой с введением раствора 0,5% новокаина. Для эффективной анальгезии, вагосимпатической блокады 0,5% раствором новокаина, потребовалось 6-7 инъекции, каждая процедура сопровождалась беспокойством ребенка, дополнительными болевыми реакциями, эффект

анальгезии наступил поздно ($15 \pm 0,3$ мин) и его длительность оказалась короткой.

Наиболее близким к предлагаемому способу является регионарная лимфотропная антибиотикотерапия (РЛАТ), при котором в жировую клетчатку переднего средостения через надъяремную вырезку вставляют катетер и вводят антибиотик непосредственно в лимфатические сосуды и регионарные эндолимфатические пути. В переднее средостение один раз в сутки вводится суточная доза антибиотика с учетом чувствительности к нему микрофлоры через 2-3 минуты после введения протеолитических ферментов (лидазы или химопсина) [4].

Недостатком РЛАТ является: непосредственное введение в лимфатические сосуды является достаточно сложным, сопровождается осложнениями, антибиотики вводятся в область трахеи, а пораженные лимфатические узлы и сосуды остаются в заднем средостении в области 5-6 грудного позвонка, а регионарная анестезия через этот доступ не эффективна.

Целью изобретения является улучшение результатов хирургического лечения детей заболеваниями легких путем устранения указанных недостатков.

Способ послеоперационной регионарной анальгезии и эндолимфатической антибиотикотерапии после операции на легких осуществляется следующим образом. В конце операции на легких или органах средостения производится насечка длиной до 1 см на париетальный листок плевры слева в области дуги аорты, а справа в области верхней полой вены. Тупо создается ложе в средостении 1-1,5 см ниже уровня главных бронхов. Дефект париетальной плевры герметично ушивают после вставления и фиксации полиэтиленового катетера (микроирригатора) с введением его дистального конца во второе межреберье. Послеоперационную анальгезию осуществляют 1,0% раствором лидокаина из расчета 3-5 мг на 1 кг массы тела ребенка каждые 4-5 часов. Лидокаин вводили в корень легкого через микроирригатор интраоперационно установленный в средостении, следующим образом: После введения лидокаина образуется лидокаиновый инфильтрат на уровне III-VI межреберья диаметром от 5 до 8 см. Эффективность, которого достигает определенной степени блокады диафрагмального, блуждающего и IV-VI межреберных окончаний нервов и симпатических ганглиев. Оптимизация функции легких происходит, несмотря на моторную блокаду, обусловленную использованием раствора лидокаина высокой концентрации. При этом, наряду с достижением анальгезирующего эффекта, сохраняются дыхательные, кашлевые рефлексы и активность больных. Вполне вероятно, что улучшение функции легких спо-

способствует снижению частоты послеоперационных легочных осложнений.

5

Пример: Больной А. Ш. (история болезни № 676), 5 лет, обратился в клинику 21.09.2003г. с жалобами на кашли с выделением гнойной мокроты и временами повышение температуры тела, одышка. Болеет с рождения, не однократно получал лечения в соматическом отделении, эффекты были временно. Наследственность неотягощена. Дыхания через нос свободный, обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания.левой половине грудной клетки несколько деформирован. При перкуссии слева укороченный звук. Справа легочная звук. Аускультативно в легких выслушивается разнокалиберные влажные хрипы. Частота дыхания (ЧД) 26 дыхательных движений в минуту. Частота сердечных сокращений (ЧСС) - 104 в минуту. Граница сердца нерасширена, тоны сердца чистые и ясные, со стороны органов брюшной полости и нервной системы отклонений от нормы не наблюдается. На рентгенограммы грудной клетки справа легочной рисунки усиленные, слева нижней доли ателектазированы и воздушность верхней доли уменьшена. со стороны анализов крови и мочи без изменений. Больному произведен дважды санационной бронхоскопия, где имелось двухсторонний диффузный гнойный эндобронхит. После санации под общим обезболиванием произведена бронхография, где имеется кистозная гипоплазия нижней доли с ателектазом и деформирующий бронхит язычковых сегментов.

Больному произведена операция - резекция нижней доли с экстерпацией бронх язычковых сегментов. Над дугой аорты рассечен париетальный листок плевры до 1 см. Создан ложе в задней средостения до 1 см ниже левого главного бронха с помощью диссектора. В созданную ложу вставлен катетер - микроирригатор и дистальный конец катетера выведен на грудной клетки через 3 межреберье и фиксирован на кожи одним швом. Раны париетальной плевры герметично ушит восьми образным кетгутовым швом. Через катетер введен 10 мл 1% раствор лидокаина. При этом в области корень легкого образовался лидокаиновый инфильтрат диаметром 6 см. В послеоперационном периоде через катетер производился регионарная анальгезия каждый 5 часов и эндолимфатическая антибиотика терапия кефзолем 1 грамм один раз в сутки. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 7-ые сутки, заживление раны первичным натяжением. Катетеры удалены на 10-ые сутки. На 15 сутки после операции выписан домой в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 6 месяцев, дыхания в обеих половины грудной клетки легочные, хрипов нет. ЧД - 20 дыхания в минуту. Тоны серд-

300

ца чистые, ясные. ЧСС - 86 ударов в минуту. На рентгенограмме грудной клетки легких рас-

6

правлены, воздушность сохранены. Результат оценен хорошо.

Пример: Больной Б.К. (история болезни № 1004), 10 лет, обратился в клинику 10.04.2005 г. с жалобами на сухой кашел и боли в правой половине грудной клетки, одышка при физическом нагрузке. Болеет в течение 6 месяцев, болезни начался со слабости, понижением аппетита. Лечение не получал. Наследственность не отягощена. Дыхания через нос свободный, правая половина грудной клетки отстают в акте дыхания, выбухает и межреберные промежутки расширен, при перкуссии в нижнем доли тупой звук и дыхания не проводится.левой половине грудной клетки участвует в акте дыхания, обычные, легочной звук, хрипов нет. При перкуссии слева укороченный звук. Частота дыхания 24 дыхательные движения в минуту. ЧСС - 92 в минуту. Граница сердца нерасширена, тоны сердца чистые и ясные, со стороны органов брюшной полости и нервной системы отклонений от нормы не наблюдается. На рентгенограммы грудной клетки справа определяется кистозная образования, четкими краями занимающей почти правой половине грудной клетки. На УЗИ образования в правом легких жидкость содержащие. со стороны анализов крови и мочи изменение отсутствуют.

Диагноз: Большая не осложненная, напряженная эхинококковая киста нижней доли правого легкого.

Больному произведена операция - эхинококэктомия с ликвидацией остаточной полости по методики клиники. Над верхней полый вены рассечен париетальный листок плевры до 1 см. Создан ложе в задней средостения до 1 см ниже правого главного бронха с помощью диссектора. В созданный ложу вставлен катетер - микроирригатор и дистальный конец катетера выведен на грудной клетки через 2 межреберье и фиксирован на кожи одним швом. Раны париетальной плевры герметично ушит восьми образным кетгутовым швом. Через катетер введен 15 мл 1% раствор лидокаина. При этом в области корень легкого образовался лидокаиновый инфильтрат диаметром 8 см. В послеоперационном периоде через катетер производился регионарная анальгезия 1%-15 мл лидокаином каждый 5 часов и эндолимфатическая антибиотика терапия цефазолом 1,5 грамм один раз в сутки. Послеоперационный период протекал гладко. Швы сняты на 7-ые сутки, заживление раны первичным натяжением. Катетер удалены на 8-ые сутки. На 20 сутки после операции и курс химиотерапии выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Осмотрен через 6 месяцев, дыхания в обеих половинах грудной клетки легочные, хрипов нет. ЧД -

7

300

18 дыхания в минуту. Тоны сердца чистые, ясные. ЧСС - 82 ударов в минуту. На рентгенограмме грудной клетки легких расправлен, воздушность

сохранен. Рецидива болезни нет. Результат оценен

8

хорошо.

ФОРМУЛА ИЗОБРЕТЕНИЯ

Способ послеоперационной регионарной анальгезии и эндолимфатической антибиотикотерапии при операции на легких, включающий применение катетера и введение антисептических растворов, **отличающийся тем, что** в конце операции производят насечку длиной до 1 см на парietальном листке плевры слева в области дуги аорты, а справа - в области верхней полой вены, тупо

создают ложе в средостении на 1-1,5 см ниже уровня главных бронхов, устанавливают полиэтиленовый катетер (микроирригатор), дефект парietальной плевры герметично ушивают с фиксацией катетера с введением его дистального конца во второе межреберье и осуществляют анальгезию.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а.