

ІНФОРМАЦІЯ

про медико-біологічне нововведення,
яке рекомендоване для впровадження

КПКВ, ШИФР, № ДЕРЖРЕЄСТРАЦІЇ, НАЗВА НДР ТА ТЕРМІН ВИКОНАННЯ:
6561030, 0104U000938, А.04.07 “Розробити оптимальні методи комплексної передопераційної підготовки і хірургічного лікування хворих на хіміорезистентний деструктивний туберкульоз легень”, 2004.01 – 2006.12. рр.

НАЗВА НОВОВВЕДЕННЯ: Спосіб хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень.

АНОТАЦІЯ.

Характерною рисою сучасної фтизіатрії є зростання рівня легеневих деструктивних двобічних процесів, які в більшості випадків мають прогресуючий перебіг і велику кількість фатальних ускладнень. Обмежені можливості консервативної поліхіміотерапії, особливо у випадках первинної або вторинної поліхіміорезистентності, а також неможливість застосування резекційної хірургії вимушують фтизіохірургів застосовувати колапсохірургічні оперативні втручання, серед яких домінує торакопластика.

Запропоновано багато методів проведення торакопластики при деструктивному туберкульозі легень. Проте всі вони мають недоліки та незадовільні результати операції, значний рівень травматизму, велику крововтрату, багато з них виконується у 2 і більше етапів. При цих видах оперативного втручання хворий знаходиться в положенні на животі і застосовується широкий задній доступ. Основна частина цих торакопластик має за основу виконання верхньо-задньої торакопластики в різних модифікаціях. Проте результати таких оперативних втручань далекі від бажаних, в наслідок того, що залишається частина ребер, що в свою чергу приводить до неповного колапса легені і зниження рівня ефективності операції, частого прогресування і рецидиву процесу, підвищення рівня інвалідизації та летальності.

Суть нововведення, яке рекомендоване до впровадження, полягає в тому, що в положенні хворого в напівбоковій позиції ($\approx 45^{\circ}$) проводять розтин м'яких тканин лише уздовж внутрішнього краю лопатки, досягнувши реберної поверхні грудної клітини піднадкістнично видалають задньо-боковий фрагмент 7 ребра, вставляють ранорозширювач і поетапно піднадкістнично видалають (застосовуючи при цьому гідравлічну препаративку тканин і лише пальцево-тампонаторне виділення) тотально 6,

5, 4, 3, 2, 1 ребра, які перетинають на 1-2 см від головки ребра, потім тотально видаляють фрагмент 7 і 8 ребра, виконують екстраплевральний апіколіз та медіастинальний пневмоліз легені, поетапно проводять ушивання з інвагінацією в сторону середостіння відповідних міжреберних м'язево-плевральних проміжків, а також сшивання їх між собою у вигляді драбини, підшивання підлопаточних м'язів та передньої грудної стінки до середостіння та довгого м'яза спини на протязі всієї декостованої поверхні, що дозволяє забезпечити адекватний колапс легені, підвищення безпечності операції щодо інтраопераційних ускладнень, достатню пластичність декостованої поверхні для формування коригованого гемітораку, значне зменшення крововтрати і травматизму, скорочення строків лікування, попередження виникнення ускладнень, рецидивів та хронізації процесу, в результаті чого підвищується загальна ефективність лікування зазначеної патології.

В порівнянні із відомими способами, спосіб, що заявляється, має наступні переваги:

- забезпечуються анатомічні умови для екстраплеврального циркулярного апіколізу, мобілізації плеври та зменшення гемітораку на протязі усього відповідного геміторака;
- виконується мобілізація плеври і легені на протязі усього відповідного геміторака;
- забезпечується зменшення гемітораку незалежно від виразності фіброзно-злукового процесу;
- зменшується загальний травматизм операції, об'єм крововтрати (на 120-840 мл крові) та необхідність переливати еритроцитарну масу та плазму (на 32,7 %);
- скорочується термін перебування в хірургічному відділенні на 1-29 днів;
- зменшується рівень як, інтраопераційних (на 18,3 %), так і післяопераційних (на 23,9 %) ускладнень;
- зменшується термін призначення наркотичних аналгетиків на 4-14 днів;
- зменшується вираженість косметичного дефекту;
- відсутні рецидиви захворювання у віддаленому періоді за умови дотримання режиму протитуберкульозної хіміотерапії (у способі-прототипі рецидиви відзначено в 9,2 %);
- підвищується результативність операції з 90,8 % випадків до 100 %.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: – хворі на хіміорезистентний деструктивний туберкульоз легень, в тих випадках, коли застосування резекційного типу оперативних втручань неможливо або протипоказано.

Нововведення пройшло апробацію у відділенні торакальної хірургії Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України.

За результатами експертизи заявки на корисну модель “Спосіб хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень” отриманий деклараційний патент України № 15783 , UA, від 17.07.06 р.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: набір для торакальних операцій, набір распаторів для торакопластички, набір апаратури для невідкладної допомоги (дефібрилятор, серцевий монітор, тощо).

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ. Курси інформації і стажування, наукові публікації.

УСТАНОВА – РОЗРОБНИК, АДРЕСА І РЕКВІЗИТИ. Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10. , тел. 275-04-02, факс. (044) 275-21-18.

ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я ТА ПО БАТЬКОВІ АВТОРІВ – РОЗРОБНИКІВ: Фещенко Ю. І., Стащенко О. Д., Опанасенко М. С., Радіонов Б. В., Калабуха І. А., Бабич М. І., Терешкович О. В., Хмель О. В., Волошин Я. М., Калениченко М. І.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275-57-00

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ – М. С. Опанасенко

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ (ТЕОРЕТИЧНА І ПРАКТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ НОВОВВЕДЕННЯ, ШЛЯХИ І ОБСЯГИ ВПРОВАДЖЕННЯ).

Нововведення є результатом виконання НДР. Практичне значення розробки полягає в тому, що у випадках, коли застосування резекційного типу оперативних втручань неможливо або протипоказано, запропоновано застосування модифікованої схеми торакопластики та екстраплеврального пневмолізу завдяки чому досягається забезпечення адекватного колапсу легені, забезпечуються анатомічні умови для екстраплеврального циркулярного апіколізу, мобілізації плеври та зменшення геміторакусу на протязі усього відповідного геміторака, виконується мобілізація плеври і легені на протязі усього відповідного геміторака, забезпечується зменшення геміторакусу незалежно від виразності фіброзно-злукового процесу, зменшується загальний травматизм операції, об'єм крововтрати (на 120-840 мл крові) та необхідність переливати еритроцитарну масу та плазму (на 32,7 %),

скорочується термін перебування в хірургічному відділенні на 1-29 днів, зменшується рівень як, інтраопераційних (на 18,3 %), так і післяопераційних (на 23,9 %) ускладнень, зменшується термін призначення наркотичних аналгетиків на 4-14 днів, зменшується вираженість косметичного дефекту, відсутні рецидиви захворювання у віддаленому періоді за умови дотримання режиму протитуберкульозної хіміотерапії, в результаті чого підвищується загальна ефективність лікування зазначеної патології з 90,8 % випадків до 100 %.

Нововведення може бути впроваджено шляхом публікацій у наукових медичних виданнях, доповідей на конференціях та з'їздах, підготовки спеціалістів на робочих місцях.

Спосіб може знайти широке використання у хірургічних стаціонарах протитуберкульозних лікувально-профілактичних закладів.

ДАНА РОЗРОБКА ГРИФУ СЕКРЕТНОСТІ НЕМАЄ.

Директор Інституту фтизіатрії і
пульмонології ім. Ф.Г. Яновського
АМН України, академік АМН України,
д-р мед. наук, професор

Ю.І. Феценко

Керівник НДР:
завідувач відділення торакальної хірургії
Інституту фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф.Г. Яновського АМН України,
д-р мед. наук, професор

Б. В. Радіонов

2006.12.12