

## 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”, 2003.01 – 2006.12. рр.

**НАЗВА НОВОВВЕДЕННЯ:** Спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень.

### АНОТАЦІЯ.

Характерною рисою сучасної фтизіатрії є зростання рівня легеневих деструктивних двобічних процесів, які в значному проценті 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 шкіри, підшкіряної клітковини та м'язів лише уздовж внутрішнього краю лопатки, досягнувши реберної поверхні грудної клітини піднадкістнично тотально видаляють 4 і 5 ребра (застосовуючи при цьому гідралічну препаровку тканин і лише пальцево-тампонаторне виділення), які перетинають на 1-2 см від головки ребра, проводять

торакотомію по 5-му міжребіррю, виконують резекцію легені того, чи іншого об'єму, тотально видаляють 3, 2, 1, 6 і 7 ребра, проводять дренивання плевральної порожнини 3-ма дренажами (один з них з надпліччя, два – класично), зшивають розсічений міжреберний проміжок, виконують екстраплевральний апіколіз та медіастинальний пневмоліз легені (тупфером відшаровують плевру від рівня шийок ребер до хребтового краю межистіння на усьому протязі видалених ребер), поетапно проводять ушивання з інвагінацією в сторону середостіння відповідних міжреберних м'язево-плевральних проміжків, а також сшивання їх між собою у вигляді драбини. В підлопаточний простір вставляється дренаж для аспірації вмісту та вводу антибактеріальних препаратів, проводять підшивання підлопаточних м'язів та передньої грудної стінки до середостіння та довгого м'яза спини на протязі всієї декостованої поверхні. Операція закінчується типово. Зразу після операції накладують пневмоперитонеум 800 см<sup>3</sup>, дренажі підключаються до системи активної аспірації. Дренажі видаляють після припинення ексудації, шкірні шви – на 11-12 добу після операції. Для введення в дренажі (1 раз на добу) використовують антибіотики широкого спектру дії і туберкулостатики.

Застосування даного способу 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 з прототипом, спосіб, що заявляється, має наступні переваги:

- забезпечуються анатомічні умови для екстраплеврального циркулярного апіколізу, мобілізації плеври та зменшення гемітораку на протязі усього відповідного геміторака;
- зменшується загальний травматизм операції, об'єм крововтрати (на 240-550 мл крові) та необхідність переливати еритроцитарну масу та плазму (на 21,7 %);
- скорочується термін перебування в хірургічному відділенні на 6-15 днів, а відповідно й розход лікарських препаратів;
- скорочується тривалість операції на 0,6-1,4 години;
- зменшується термін призначення наркотичних аналгетиків на 4-5 днів;
- відсутнє прогресування захворювання у віддаленому періоді за умови дотримання режиму протитуберкульозної хіміотерапії (у способі-прототипі рецидиви відзначено в 3,1 %);

- відсутня летальність (у способі-прототипі загальна летальність склала 6,3 % випадків);
- підвищується результативність операції з 90,6 % випадків до 100 %.

**ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ:** – хворі на хіміорезистентний деструктивний туберкульоз легень.

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 деструктивний туберкульоз легень” отриманий деклараційний патент України № 16181, від 17.07.06 р.

**ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ:** набір для торакальних операцій, набір распаторів для торакопластики, 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., Опанасенко М. С., Сташенко О. Д., Терешкович О. В., Бабич 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 оперативного втручання необхідно доповнювати застосуванням торакопластики у зв'язку з необхідністю корекції об'єму геміторака для запобігання перерозтягнення легені і реактивації туберкульозного процесу в оперованій легені, запропоновано застосування модифікованої схеми торакопластики з екстраплевральним

пневмолізом і застосуванням пневмоперитонеуму об'ємом 800 см<sup>3</sup> в ранньому післяопераційному періоді, завдяки чому досягається забезпечення адекватного колапсу легені, забезпечуються анатомічні умови для екстраплеврального циркулярного апіколізу, мобілізації плеври та зменшення гемітораксу на протязі усього відповідного геміторакса, зменшується загальний травматизм операції, об'єм крововтрати (на 240-550 мл крові) та необхідність переливати еритроцитарну масу та плазму (на 21,7 %), скорочується термін перебування в хірургічному відділенні на 6-15 днів, а відповідно й розхід лікарських препаратів, скорочується тривалість операції на 0,6-1,4 години, зменшується термін призначення наркотичних аналгетиків на 4-5 днів, відсутнє прогресування захворювання у віддаленому періоді за умови дотримання режиму протитуберкульозної хіміотерапії, відсутня летальність, в результаті чого підвищується загальна ефективність лікування зазначеної патології з 90,6 % 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. Фещенко

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