

## ІНФОРМАЦІЯ

про медико-біологічне нововведення,  
яке рекомендоване для впровадження

**КПКВ, ШИФР, № ДЕРЖРЕЄСТРАЦІЇ, НАЗВА НДР ТА ТЕРМІН  
ВИКОНАННЯ:** 6561040, А.07.10, 0107U001216. "Оцінити ефективність сучасних методів діагностики ексудативних плевритів, створити новий метод та сучасний алгоритм диференційної діагностики ексудативних плевритів різного генезу", 2007.01 – 2009.12.

**НАЗВА НОВОВВЕДЕННЯ:** Спосіб оптимізації доступу в відеоторакоскопічній хірургії.

### АНОТАЦІЯ.

До впровадження пропонується спосіб оптимізації доступу в відеоторакоскопічній хірургії, який полягає у наступному: в день поступлення хворого в стаціонар з патологією, яка вимагає проведення діагностичної або лікувальної відеоторакоскопії, хворому створюють діагностичний пневмоторакс і виконують стандартну спіральну комп'ютерну томографію органів грудної порожнини (товщина зрізу 1 мм), яка не потребує спеціальної підготовки. На основі отриманих даних визначають локалізацію залишкових плевральних порожнин, наявність і розповсюдженість плевральних злук в порожнині, а також визначають місце вводу першого торакопорту. Далі, після вводу хворого в наркоз і обробки операційного поля, в положенні хворого на боці в зоні операційного інтересу, проводять розтин м'яких тканин довжиною до 2 см на глибину до парієтальної плеври, після чого тупо за допомогою вказівного пальця безпечно проникають в плевральну порожнину, при цьому проводять пальпаторну оцінку стану легені, вісцеральної і парієтальної плеври. При необхідності проводять безпечне часткове розділення плевральних злук, що забезпечує більш вільний оперативний простір. Через перший торакопорт вводять відеокамеру, що дозволяє провести відеоскопічну оцінку стану порожнини і оптимально визначити місця вводу другого та третього торакопортів. При значних рухах легені, коли підвищується рівень можливого її поранення, застосовують пальцевий контроль безпеки вводу другого і третього торакопортів.

Даний спосіб має наступні переваги:

- покращення візуального контролю зони операції на 20,4 %;
- зменшення рівня технічних ускладнень виконання маніпуляцій на 26,6 % випадків, в т.ч. непропорційних розмахів рухів ззовні на 30,1 % випадків;

- мінімізація оперативної травми, в т.ч. відпадає необхідність у встановленні додаткових торакопортів для виправлення ситуації у 21,9 % випадків та проведенні вимушеної конверсії в торакотомію у 6,3 % випадків;
- зменшення рівня інтра- та післяопераційних ускладнень на 15,5 % випадків;
- скорочення тривалості операції на 19 – 86 хвилин;
- покращення віддалених результатів операції на 12,1 % випадків.

Апробація запропонованого способу проведена у відділенні хірургічного лікування туберкульозу та НЗЛ, ускладнених гнійно-септичними інфекціями ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського Академії медичних наук України".

На "Спосіб оптимізації доступу в відеоторакоскопічній хірургії" отриманий деклараційний патент України № 40109 від 25.03.2009 р. на корисну модель.

**ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ:** хворі з патологією легень.

**ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ:** операційне відділення, відділення інтенсивної терапії, набір хірургічних інструментів, відеоторакоскоп "Олімпус", спіральний комп'ютерний томограф.

**ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ:** Спосіб оптимізації доступу в відеоторакоскопічній хірургії [Текст] : інформаційний лист / ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського Академії медичних наук України". – Київ, 2009. – 4 с.; курси інформації та стажування.

**УСТАНОВА РОЗРОБНИК, АДРЕСА І РЕКВІЗИТИ:** ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського Академії медичних наук 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., Мельник В. М., Опанасенко М. С., Сташенко О. Д., Терешкович О. В., Калениченко М. І., Бичковський В. Б., Конік Б. М.

**КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН:** (044) 275–57–00.

**ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ:** Терешкович Олександр Володимирович.

**ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.**

Нововведення, що стосується оптимізації доступу в відеоторакоскопічній хірургії являється актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що проводять пальцеве проникнення в плевральну порожнину через розтин м'яких тканин грудної клітки довжиною до 2 см з урахуванням даних спіральної комп'ютерної томографії, виконаної напередодні операції після створення штучного пневмотораксу. Виконують пальпаторну оцінку стану легені, плеври і частковий пневмоліз. Встановлюють перший торакопорт і з допомогою відеокамери визначають місця вводу другого та третього портів. Завдяки застосуванню нововведення досягають: покращення візуального контролю зони операції на 20,4 %, покращення задовільних віддалених результатів операцій на 12,1 % випадків, мінімізації операційної травми, в т. ч. відпадає необхідність у встановленні додаткових торакопортів для виправлення ситуації у 21,9 % випадків та проведенні вимушеної конверсії в торакотомію у 6,3 % випадків, зменшення рівня інтраопераційних та післяопераційних ускладнень на 15,5 % випадків.

Запропонований спосіб може бути впроваджений шляхом проведення курсів інформації та стажування, наукових публікацій, доповідей.

Спосіб призначений для використання у торакальних стаціонарах та в хірургічних відділеннях протитуберкульозних закладів.

**ДАНА РОЗРОБКА ГРИФУ СЕКРЕТНОСТІ НЕМАЄ.**

Учений секретар

ДУ "Національний інститут фтизіатрії  
і пульмонології імені Ф. Г. Яновського  
Академії медичних наук України",  
д-р мед. наук

В. О. Юхимець

Керівник теми:

Завідувач відділенням торакальної хірургії  
і інвазивних методів діагностики  
д-р мед. наук

М. С. Опанасенко

2009.11.23