

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 хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень.

АНОТАЦІЯ.

До впровадження пропонується спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень, який виконують наступним чином: спочатку виконують резекцію верхньої частки справа або $S_1S_2S_3$ зліва з обов'язковою роздільною обробкою всіх елементів кореня і тотальним розділенням міждольових борозн до кореня легені. Всю куксу бронху додатково ушивають вузловими лігатурами із застосуванням ниток PDS-II; на зріз кукси бронху та лінію механічного шва, що відокремлює справа верхню частку від середньої, а зліва $S_1S_2S_3$ від язичкових сегментів, накладають пластини тахокомбу. Потім виділяють клапоть перикардіального жиру на судинній ніжці, проводять його в міждольовій борозні, виповнюючи при цьому останню, і підшивають клапоть до кукси бронху та лінії механічного шва. Після роздування легені і визначення місця підшивання верхівки S_6 до середньої долі справа або до язичкових сегментів зліва формують новий купол легені за допомогою кількох лігатур. Виконують френікотрипсію, після чого дрениують плевральну порожнину двома дренажами та мікроіригатором: два дренажи – традиційно, а мікроіригатор – в міждольовий простір. Відразу після операції створюють пневмоперитонеум в об'ємі 1000 – 1500 см³.

На відміну від існуючих способів, що пропонується, має наступні переваги:

- зменшення рівня післяопераційних ускладнень з 14,2 % до 4,3 %;
- зменшення рівня прогресування процесу з 11,9 % до 4,3 %;
- зменшення загальної летальності на 2,3 %;
- підвищення результативності операції з 71,6 % до 91,4 %.

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 хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень" отриманий деклараційний патент України № 43758 від 25.08.2009 р. на корисну модель.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: хворі на деструктивний туберкульоз легень.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: операційне відділення, відділення інтенсивної терапії, набір хірургічних інструментів, двохампульний манометр для інсуфляції повітря, мікроіригатор, пластина тахокомбу.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ: Спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень [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., Стащенко 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 способу хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень є актуальним і має практичне значення.

Новизна розробки полягає у застосуванні модифікованої схеми оперативного лікування, яка полягає у тому, що виконують резекцію з обов'язковою роздільною обробкою всіх елементів кореня верхньої долі справа або $S_1S_2S_3$ зліва, виконують резекцію даної ділянки, всю куксу бронху ушивають вузловими лігатурами нитками PDS-II; на зріз кукси бронху та лінію механічного шва накладають пластини тахокомбу. Потім виділяють клапот перикардіального жиру на судинній ніжці і підшивають до кукси бронху та лінії механічного шва. Після роздування легені і

визначення місця підшивання верхівки S₆ до середньої долі справа або до язичкових сегментів зліва, формують новий купол легені. Виконують френікотрипсію, після чого дренують плевральну порожнину двома дренажами та мікроіригатором. Відразу після операції створюють пневмоперитонеум в об'ємі 1000 – 1500 см³. Завдяки застосуванню способу досягають: зменшення рівня післяопераційних ускладнень на 9,9 %, зменшення рівня прогресування процесу на 7,6 %, зменшення загальної летальності на 2,3 % та підвищення результативності операції на 19,8 %.

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

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