

ІНФОРМАЦІЯ

про медико-біологічне нововведення,
яке рекомендоване для впровадження

КПКВ, ШИФР, № ДЕРЖАВНОЇ РЕЄСТРАЦІЇ, 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 емпієми плеври у хворих на туберкульоз легень.

АНОТАЦІЯ.

До впровадження пропонується спосіб хірургічного лікування емпієми плеври у хворих на туберкульоз легень, який полягає у тому, що на доопераційному етапі пацієнтові проводять спіральну комп'ютерну томографію органів грудної порожнини і визначають розміри та конфігурацію залишкової плевральної порожнини, а також оптимальне місце накладання торакастоми. Перед операцією проводять антибіотикопрофілактику шляхом внутрішньовенного введення 400 мг авелоксу. Під час операції проводять розтин шкіри і м'яких тканин по центру емпіємної порожнини на всю її довжину по ходу міжреберного проміжку. Поетапно підокістно виділяють і видаляють ребра над всією порожниною довжиною на 2 – 3 см довше з кожного краю порожнини. Розкривають залишкову плевральну порожнину, потовщену плевру підшивають до шкіри, проводять хімічну санацію порожнини. Встановлюють 2 мікроіригатора (один вище, а другий нижче торакотомної рани) в місцях видалення ребер і підключають їх до активної аспірації, а рану тампують серветками з авелоксом, після чого накладають давлячу пов'язку з валиком.

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

- забезпечення достатньої пластичності декостованої поверхні, зменшення глибини і об'єму порожнини в 100 % випадків;
- зменшення частоти виникнення запальних процесів в навколоторакотомній зоні з 25 % до 8,3 % випадків;
- тотальна ліквідація можливої ділянки застою патологічного вмісту;
- скорочення терміну досягнення абациллярності раневої поверхні на 30 – 52 дні;
- зменшення рівня летальності з 18,4 % до 8,3 % випадків;
- підвищення ефективності лікування з 72,8 % до 91,7 % 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 хірургічного лікування емпієми плеври у хворих на туберкульоз легень" отриманий деклараційний патент України № 50191 від 25.05.2010 р. на корисну модель.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: хворі, яким показана пневмонектомія.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: операційна, відділення інтенсивної терапії, набір хірургічних інструментів.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ:

Спосіб хірургічного лікування емпієми плеври у хворих на туберкульоз легень [Текст] : інформаційний лист / Ю. І. Фещенко [та ін.] ; ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України". – Київ. : НІФП, 2010. – 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., Терешкович О. В., Калениченко М. І., Бичковський В. Б., Конік Б. М., Веремеєнко Р. А.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275–57–00.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Терешкович Олександр Володимирович.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення, що стосується способу хірургічного лікування емпієми плеври у хворих на туберкульоз легень являється актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у застосуванні спіральної комп'ютерної томографії органів грудної порожнини для визначення місця накладання торакастоми, проведенні антибіотикопрофілактики шляхом внутрішньовенного введення 400 мг авелоксу та проведенні розтину шкіри і м'яких тканин по центру емпіємної порожнини на всю її довжину по ходу міжреберного проміжку, у поетапному виділенні і видаленні ребер над всією порожниною довжиною на 2 – 3 см довше з кожного краю порожнини,

розкриванні залишкової плевральної порожнини, підшиванні до шкіри потовщеної плеври, проведенні хімічної санації порожнини, встановленні 2–х мікроіригаторів в місцях видалення ребер і підключенні їх до активної аспірації з наступним тампонуванням торакастоми серветками з авелоксом та накладанні давлячої пов'язки з валиком, в результаті чого досягається ліквідація можливої ділянки застою патологічного вмісту, зменшення глибини і об'єму порожнини в 100 % випадків, зменшення частоти виникнення запальних процесів в навколоторакотомній зоні на 15,7 % випадків, зменшення рівня летальності до 8,3 % випадків, підвищення ефективності лікування на 18,9 % 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

2010.12.02