

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 хворих на туберкульоз легень.

АНОТАЦІЯ.

До впровадження пропонується спосіб хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень, який полягає у тому, що в положенні хворого в напівбоковій позиції ($\approx 45^{\circ}$) проводять розтин м'яких тканин лише уздовж внутрішнього краю лопатки до реберної поверхні грудної клітки, підокістно тотально видаляють 4 – 1 ребра, застосовуючи при цьому гідравлічне препарування тканин і лише пальцево-тампонаторне виділення, 5 і 6 ребра видаляють субтотально. Поетапно виділяють і видаляють нижню половину лопатки; зшивають між собою, із застосуванням інвагінації, підлопаточний та надлопаточний м'язи в ділянці резекції лопатки. Після видалення кісткового каркасу виконують екстраплевральний апіколіз верхівки та медіастинальний пневмоліз легені; поетапно проводять ушивання, з інвагінацією в сторону середостіння, відповідних міжреберних м'язево-плевральних проміжків, а також зшивання 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. В кінці оперативного втручання виконують санаційну фібробронхоскопію. В післяопераційному періоді протягом перших 3–х днів проводять санаційні фібробронхоскопії з введенням в бронхіальне дерево муколітиків, антибіотиків і гормонів, а на 4-й день після операції створюють пневмоперитонеум в об'ємі 1000 – 1500 см³.

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

- зменшення загального травматизму операції, об'єму крововтрати (на 40 – 480 мл крові) та необхідності переливання еритроцитарної маси та плазми (на 10,7 %);
- зменшення частоти виникнення вираженої (II – III ступеня) дихальної недостатності в післяопераційному періоді на 10,7 %;

- зменшення необхідності виконувати повторні оперативні втручання на 7,1 % випадків;
- скорочення терміну перебування в хірургічному відділенні на 2 – 125 днів, й відповідно і витрати лікарських препаратів;
- зменшення терміну призначення наркотичних аналгетиків на 2 – 3 дні;
- зменшення виразності косметичного дефекту;
- зменшення частоти рецидивів процесу в післяопераційному періоді на 5,4 %;
- підвищення результативності операції з 85,8 % випадків до 91,2 %.

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 туберкульоз легень" отриманий деклараційний патент України № 48542 від 25.03.2010 р. на корисну модель.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: хворі, яким показана торакопластика.

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

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ:

Спосіб хірургічного лікування 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., Стащенко О. Д., Терешкович О. В., Сірик О. О., 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 хворих на туберкульоз легень є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у застосуванні удосконаленого оперативного лікування, а саме: положення хворого в напівбоковій позиції ($\approx 45^\circ$), місця оперативного доступу, етапності видалення ребер, поетапного виділення і видалення нижньої половини лопатки; зшивання між собою, із застосуванням інвагінації, підлопаточного та надлопаточного м'язів в ділянці резекції лопатки, а також зшивання 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. В кінці оперативного втручання виконують санаційну фібробронхоскопію. В післяопераційному періоді протягом перших 3 днів проводять санаційні фібробронхоскопії з введенням в бронхіальне дерево муколітиків, антибіотиків і гормонів, а на 4-й день після операції створюють пневмоперитонеум в об'ємі 1000 – 1500 см³. Завдяки застосуванню способу досягається: зменшення загального травматизму операції, об'єму крововтрати до 480 мл крові та необхідності переливання еритроцитарної маси та плазми на 10,7 %, скорочення терміну перебування в хірургічному відділенні на 10 днів, зменшення терміну призначення наркотичних анагетиків на 3 дні, відсутність прогресування захворювання у віддаленому періоді за умови дотримання режиму протитуберкульозної хіміотерапії та підвищення результативності операції на 5,4 %.

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