

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 деструктивний туберкульоз легень.

АНОТАЦІЯ.

До впровадження пропонується спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний 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, досягнувши реберної поверхні грудної клітки, підокістно тотально видаляють 4 і 3 ребра, застосовуючи при цьому гідравлічне препарування тканин і лише пальцево-тампонаторне виділення, які перетинають на 1-2 см від голівки ребра, проводять торакотомію по 4-му міжребер'ю, виконують резекцію легені визначеного об'єму, тотально видаляють 2 і 1 ребра, виконують френікотрипсію, проводять екстраплевральний апіколіз та медіастинальний пневмоліз декостованої парієтальної плеври, підшивають купол плеври та декостовану парієтальну плевру до середостіння, дренують плевральну порожнину двома дренажами, зшивають розсічений міжреберний проміжок, формуючи при цьому новий купол плеври, підшивають підлопаткові м'язи та передню грудну стінку до довгого м'яза спини на протязі всієї декостованої поверхні, дренують підлопатковий простір одним дренажем, після чого зразу після операції накладають пневмоперитонеум в об'ємі 1200 см³.

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

- забезпечення анатомічних умов для екстраплеврального циркулярного апіколізу, мобілізації плеври та зменшення гемітораку;
- зменшення загального травматизму операції, об'єму крововтрати (на 240 – 530 мл крові) та необхідності переливання еритроцитарної маси та плазми (на 21,7 %);
- скорочення терміну перебування в хірургічному відділенні на 8 – 16 днів, та відповідно й витрат лікарських препаратів;

- скорочення тривалості операції на 0,7 – 1,6 години;
- зменшення терміну призначення наркотичних анагетиків на 5 – 7 днів;
- відсутність прогресування захворювання у віддаленому періоді за умови дотримання режиму протитуберкульозної хіміотерапії;
- відсутність летальності;
- підвищення результативності операції з 90,6 % випадків до 100 %.

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 № 24796 від 10.07.2007 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, дренажі, пристрій для інсуфляції повітря.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ:

Спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень [Текст] : інформаційний лист / Ю. І. Феценко [та ін.] ; ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України". – Київ. : НІФП, 2008. – 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: Феценко Ю. І., Мельник В. М., Опанасенко М. С., Сташенко О. Д., Терешкович О. В., Бабич М. І.

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 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, проведення екстраплеврального апіколізу та медіастинального пневмолізу декостованої парієтальної плеври, підшивання куполу плеври та декостованої парієтальної плеври до середостіння, дренажування плевральної порожнини двома дренажами, зшивання розсіченого міжреберного проміжку, формування при цьому нового куполу плеври, підшивання підлопаткових м'язів та передньої грудної стінки до довгого м'яза спини на протязі всієї декостованої поверхні, дренажування підлопаткового простору одним дренажем, після чого зразу після операції накладають пневмоперитонеум в об'ємі 1200 см³. Завдяки застосуванню способу досягається: зменшення загального травматизму операції, об'єму крововтрати до 530 мл крові та необхідності переливання еритроцитарної маси та плазми на 21,7 %, скорочення терміну перебування в хірургічному відділенні на 8 днів, скорочення тривалості операції на 1,6 години, зменшення терміну призначення наркотичних анагетиків на 5 – 7 днів, відсутність прогресування захворювання у віддаленому періоді за умови дотримання режиму протитуберкульозної хіміотерапії, відсутність летальності та підвищення результативності операції на 10,0 %.

Запропоноване нововведення може бути впроваджене 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