

ІНФОРМАЦІЯ

**про медико-біологічне нововведення,
яке рекомендоване для впровадження**

**КПКВ, ШИФР, № ДЕРЖАВНОЇ РЕЄСТРАЦІЇ, НАЗВА НДР ТА ТЕРМІН
ВИКОНАННЯ:** 6561040, А.10.10, 0110U001215. "Оцінити ефективність сучасних лікувальних методів при плевральних випотах різного генезу та розробити нову технологію їх лікування", 2010.01 – 2012.12.

НАЗВА НОВОВВЕДЕННЯ: Спосіб лікування плеврального випоту різного генезу.

АНОТАЦІЯ.

До впровадження пропонується спосіб лікування плеврального випоту різного генезу, який виконують наступним чином: пацієнту накладають діагностичний пневмоторакс і виконують стандартну спіральну комп'ютерну томографію органів грудної порожнини. На основі отриманих даних визначають локалізацію залишкових плевральних порожнин, наявність, локалізацію і поширеність плевральних спайок в порожнині, а також визначають місце постановки першого торакопорту. Під наркозом в зоні операційного інтересу проводять розтин м'яких тканин довжиною до 2 см на глибину до парієтальної плеври. Після чого, 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 спайок. Через перший торакопорт вводять відеокамеру, що дозволяє провести відеоскопічну оцінку стану порожнини і оптимально визначити місця введення другого та третього торакопортів. При значних рухах легені, коли підвищується рівень можливого її поранення, застосовують пальцевий контроль безпеки введення другого і третього торакопортів. Поетапно аспірують ексудат з плевральної порожнини, далі проводять розсічення внутрішньоплевральних спайок під відеоконтролем. Поетапно виконують біопсію змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеври. Далі проводять діафрагмоліз, виконують лінійну парієтальну плевректомію нижче апікальної зони по всьому гемітораксу, а в апікальній зоні – тотальну плевректомію. Медіастинодіафрагмальну поверхню плеври очищують від фібринозних нашарувань. В плевральну порожнину заливають суміш розчину амінокапронової кислоти та розчину антибіотика

фторхінолонового ряду. Після чого, під візуальним контролем дренують плевральну порожнину дренажем "Блейк", а міждольові проміжки, відповідно, мікроіригатором. В кінці операції і щодня виконують міжреберну блокаду в місці розташування дренажу та внутрішньоплевральне введення місцевого анестетику наропіну. Після завершення операції дренаж і мікроіригатор підключають до активної аспірації та створюють пневмоперитонеум в об'ємі 1000 – 2000 см³. Проводять щоденне введення лікарських препаратів в плевральну порожнину; активну аспірацію до зупинки ексудації плеврального вмісту та видалення дренажу.

Розроблений спосіб дозволяє:

- підвищити результативність лікування з 78,5 % до 100 % випадків;
- скоротити строки лікування на 2 – 9 днів, а, відповідно, й витрати лікарських препаратів;
- зменшити частоту ускладнень з 28,5 % до 5,0 % випадків.

Запропонований спосіб лікування безпечний, простий у виконанні і може бути виконаний в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою відеоторакоскопії.

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 лікування плеврального випоту різного генезу" отриманий деклараційний патент України № 59291 від 25.10.2010 р. на корисну модель.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: хворі з ексудативним плевритом.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: операційна, відділення інтенсивної терапії, набір хірургічних інструментів, відеоторакоскопічний центр "Олімпус", дренаж "Блейк".

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ:

Спосіб лікування плеврального випоту різного генезу / [Текст] : інформаційний лист / Ю. І. Фещенко [та ін.] ; ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України". – Київ. : НІФП, 2011. – 4 с.; зроблена доповідь на науково-практичній конференції, публікація в науковому виданні.

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., Веремеєнко Р. А., Терешкович О. В., Конік Б. М., Бичковський В. Б., Калениченко М. І., Бабич М. І.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275–57–00.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Терешкович Олександр Володимирович.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення, що стосується способу лікування плеврального випоту різного генезу є актуальним та має суттєве практичне значення. Новизна розробки полягає в тому, що застосовують передопераційне накладання діагностичного пневмотораксу з наступним виконанням спіральної комп'ютерної томографії, виконують розтин м'яких тканин довжиною до 2 см на глибину до парієтальної плеври та проведення пальцевого проникнення в вільній зоні в плевральну порожнину з частковим виконанням розділення плевральних спайок, вводять перший торакопорт з відеокамерою та визначають місця вводу другого і третього торакопортів під пальпаторним та візуальним контролем, проводять діафрагмоліз, виконують лінійну парієтальну плевректомію нижче апікальної зони, застосовують проточну санації розчином антисептику, заливають в плевральну порожнину суміш розчину амінокапронової кислоти та розчину фторхінолону та під візуальним контролем дренують дренажем "Блейк", а міждольові проміжки, відповідно, мікроіригатором, в кінці операції і щодня виконують міжреберну блокаду в місці розташування дренажу та внутрішньоплевральне введення місцевого анестетику наропіну, відразу після завершення операції дренаж і мікроіригатор підключають до активної аспірації та застосовують пневмоперитонеум об'ємом 1000 – 2000 см³ в міру необхідності.

Завдяки застосуванню способу досягається: підвищення результативності лікування на 21,5 % випадків, скорочення строків лікування на 7 днів, а, відповідно, й витрати лікарських препаратів, зменшення частоти ускладнень на 23,5 % випадків.

Запропонований спосіб може бути впроваджений шляхом проведення курсів

інформації та стажування, наукових публікацій, доповідей.

Спосіб рекомендований до впровадження 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
2011.11.30

М. С. Опанасенко