

## ІНФОРМАЦІЯ

про медико-біологічне нововведення,  
яке рекомендоване для впровадження

**КПКВ, ШИФР, № ДЕРЖАВНОЇ РЕЄСТРАЦІЇ, НАЗВА НДР ТА ТЕРМІН ВИКОНАННЯ:** 6561040 (прикладні наукові та науково-технічні розробки), 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 корекції плевральної порожнини при резекції легенів.

### АНОТАЦІЯ.

До впровадження пропонується спосіб корекції плевральної порожнини при резекції легенів, який полягає у тому, що хворим із будь-якою хворобою органів дихання, які підлягають хірургічному лікуванню проводять резекційне оперативне втручання. Після розсічення шкіри, підшкірної клітковини та м'язів досягають реберної поверхні грудної клітки і проводять субтотальне екстраплевральне видалення 5 ребра. Виконують торакотомію, визначають об'єм операції та проводять резекцію легені показаного об'єму. Далі здійснюють діафрагмоліз і резектовану легеню зміщують краніально, оголюють поверхню діафрагми до її повного огляду. Поетапно визначають наймобільніші місця діафрагми (5 – 7 місць) в передніх, середніх і частково задніх відділах плевральної порожнини. В даних місцях проводять подвійне прошивання діафрагми подвійною лігатурою "вікріл". Останню зав'язують. Після цього підшивають передні і середні лігатури до 6-го ребра, а дві останні до 7-го, при цьому прошивання виконують субпериостально, тобто без захвату у шов відповідного судинно-нервового пучка. Дренують плевральну порожнину нижче рівня діафрагмопластики дренажами "Блейк", при цьому отвір дренажів розташовують нижче рівня підшивання діафрагми. При закритті торакотомної рани захоплюють верхній край підшитої діафрагми в міжреберний шов між 4-м і 6-м ребрами. Операцію закінчують традиційно. Дренажі підключають до аспіраційної системи.

Запропонований спосіб дозволяє:

- скоротити строки перебування хворого в хірургічному відділенні на 7 – 30 днів;
- зменшити рівень післяопераційних ускладнень з 25,0 % до 5,8 %;
- зменшити рівень рецидивів та хронізації процесу з 16,6 % до 5,8 %;
- підвищити ефективність операції з 58,4 % до 88,4 %.

Апробація запропонованого способу проведена у відділенні хірургічного лікування туберкульозу та НЗЛ, ускладнених гнійно-септичними інфекціями ДУ

"Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України".

На "Спосіб корекції плевральної порожнини при резекції легенів" отриманий деклараційний патент України № 68275 від 26.03.2012 р. на корисну модель.

**ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ:** хворі з резекційною патологією легень.

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

**ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ:**

Фещенко, Ю. І. Спосіб корекції плевральної порожнини при резекції легенів [Текст] : інформаційний лист / Ю. І. Фещенко [та ін.] ; ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України". – Київ. : НІФП НАМН, 2012. – 4 с. ; курси інформації та стажування; зроблена доповідь на науково-практичній конференції, публікація в науковому виданні.

**УСТАНОВА РОЗРОБНИК, АДРЕСА І РЕКВІЗИТИ:** ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної 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., Конік Б. М., Терешкович О. В., Бичковський В. Б., Калениченко М. І., Леванда Л. І., Обремська О. К.

**КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН:** (044) 275–57–00.

**ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ:** Терешкович Олександр Володимирович.

**ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.**

Нововведення, що стосується способу корекції плевральної порожнини при резекції легенів є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що при торакотомії проводять субтотальне екстраплевральне видалення 5 ребра, виконують резекцію необхідного об'єму, поетапно визначають та прошивають діафрагму (5-7 місць), а лігатури фіксують до 6-го та 7-го ребер субпериостально, дренують плевральну порожнину нижче рівня діафрагмопластики дренажами "Блейк", а при закритті торакотомної рани захоплюють верхній край підшитої діафрагми в міжреберний шов між 4-м і 6-м ребрами.

Завдяки застосуванню способу досягається: зменшення тривалості післяопераційного періоду на 23 дні, зменшення рівня післяопераційних ускладнень на

19,2 %, зменшення рівня рецидивів та хронізації процесу на 10,8 % та підвищення ефективності операції на 30,0 %.

Нововведення може бути впроваджене шляхом проведення курсів інформації та стажування, публікацій в наукових виданнях, доповідей.

За рахунок низької травматичності і відсутності косметичного дефекту спосіб рекомендований до впровадження у торакальних та фтизіатричних відділеннях протитуберкульозних диспансерів міського та обласного рівнів.

**ДАНА РОЗРОБКА ГРИФУ СЕКРЕТНОСТІ НЕМАЄ.**

Учений секретар

ДУ "Національний інститут фтизіатрії

і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського

Національної 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

2012.12.26