

## 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 лікування плеврального випоту туберкульозного генезу.

### АНОТАЦІЯ.

До впровадження пропонується спосіб лікування плеврального випоту туберкульозного генезу, який полягає у тому, що виконують накладання діагностичного пневмотораксу з наступним виконанням спіральної комп'ютерної томографії органів грудної порожнини, визначають локалізацію залишкових плевральних порожнин, місце вводу першого торакопорту, в зоні операційного інтересу проводять розтин м'яких тканин довжиною до 2 см на глибину до парієтальної плеври і за допомогою вказівного пальця безпечно проникають в плевральну порожнину, при цьому проводять пальпаторну оцінку стану легені, вісцеральної і парієтальної плеври. При необхідності проводять часткове розділення плевральних злук. Через перший торакопорт вводять відеокамеру з постійним відеозаписом зображення. При значних рухах легені, коли підвищується рівень можливого її поранення, застосовують пальцевий контроль безпеки вводу другого і третього торакопортів. Поетапно аспірують весь екссудат з плевральної порожнини, проводять формування монопорожнини, виконують біопсію змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеври з подальшим цитогістологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженнями отриманих біоптатів плеври. Далі проводять діафрагмоліз, виконують лінійну парієтальну плевректомію нижче апікальної зони по всьому гемітораксу, а в апікальній зоні – тотальну. Під візуальним контролем дренують плевральну порожнину дренажем "Блейк", а міждольові проміжки, відповідно, мікроіригатором для введення лікарських препаратів та аспірації екссудату. В кінці операції і щодня виконують внутрішньоплевральне введення 10,0 мл 0,2 % розчину місцевого анестетика ропівакаїну та 10,0 мл комбінованого антибактеріального препарату хіксозид. Відразу після завершення операції дренаж і мікроіригатор підключають до активної аспірації. Дренаж і мікроіригатор видаляють після припинення екссудації.

Запропонований спосіб дозволяє:

- підвищити ефективність лікування з 78,5 % до 100 % випадків;
- скоротити строки лікування на 2 – 9 днів;
- скоротити строки призначення системних анальгетиків на 5 –12;
- зменшити частоту ускладнень з 28,5 % до 5,0 % випадків;
- попередити виникнення рецидиву та хронізації хвороби.

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 лікування плеврального випоту туберкульозного генезу" отриманий деклараційний патент України № 77631 від 25.02.2013 р. на корисну модель.

**ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ:** хворі з плевральним випотом туберкульозного генезу.

**ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ:** операційна, відділення інтенсивної терапії, набір хірургічних інструментів, відеоторакоскопічний центр "Олімпус", дренажі «Блейк», мікроіригатор.

**ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ:**

Спосіб лікування плеврального випоту туберкульозного генезу / [Текст] : інформаційний лист / Ю. І. Фещенко [та ін.] ; ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України". – Київ. : НІФП, 2013. – 4 с. ; зроблена доповідь на науково-практичній конференції, публікація в науковому виданні.

**УСТАНОВА РОЗРОБНИК, АДРЕСА ТА 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., Калениченко М. І., Леванда Л. І., Обремська О. К., Клименко В. І., Демус Р. С., Кононенко В. А.

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

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

**ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.**

Нововведення, що стосується способу лікування плеврального випоту туберкульозного генезу є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що виконують накладання діагностичного пневмотораксу з наступним виконанням спіральної комп'ютерної томографії органів

грудної порожнини, визначають локалізацію залишкових плевральних порожнин, місце вводу першого торакопорту, а під час оперативного втручання проводять пальцеве дослідження порожнини, створення монопорожнини та виконують біопсію змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеври з подальшим цитогістологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженнями отриманих біоптатів плеври. Далі проводять діафрагмоліз, виконують лінійну парієтальну плевректомію нижче апікальної зони по всьому гемітораку, а в апікальній зоні – тотальну. Під візуальним контролем дренують плевральну порожнину дренажем "Блейк", а міждольові проміжки – мікроіригатором для введення лікарських препаратів та аспірації ексудату. В кінці операції і щодня внутрішньоплеврально вводять 10,0 мл 0,2 % розчину місцевого анестетика ропівакаїну та 10,0 мл комбінованого антибактеріального препарату хіксозид. Проводять активну аспірацію до зупинки ексудації плеврального і перикардіального вмісту та видалення дренажів і мікроіригатора.

Завдяки застосуванню способу досягається: підвищення ефективності лікування на 21,5 % випадків, скорочення строків лікування в середньому на 7 днів, зменшення потреби у анальгетиках в середньому на 7 днів, зменшення частоти ускладнень на 23,5 % випадків, попередження виникнення рецидиву та хронізації хвороби.

Запропонований спосіб може бути впроваджений шляхом проведення курсів інформації та стажування, доповідей, публікацій в наукових виданнях.

Нововведення рекомендовано до впровадження у торакальних стаціонарах та в хірургічних відділеннях протитуберкульозних закладів.

**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