

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.13.10, 0113U000269. "Розробити новий метод і алгоритм диференційної діагностики внутрішньогрудної лімфаденопатії", 2013.01 – 2015.12.

НАЗВА НОВОВВЕДЕННЯ: Спосіб зашивання торакотомної рани.

АНОТАЦІЯ.

До впровадження пропонується спосіб зашивання торакотомної рани, який полягає у тому, що після закінчення основного етапу оперативного втручання та постановки дренажів, використовуючи лише шовний матеріал з тривалим терміном розсмоктування, накладають лігатури на міжреберний проміжок з інтервалом 1,5 см із захватом парієтальної плеври і внутрішньогрудної фасції з однієї сторони, грудної фасції і сухожильно-м'язового краю зовнішнього міжреберного м'яза з іншої, лігатури зав'язують не зрізаючи. Закладають гемостатичну губку в кути міжреберного проміжку. Для зведення ребер накладають і зав'язують три поліспасних лігатури, які проводять по верхньому краю верхнього ребра і посередині міжреберного проміжку, що знаходиться нижче торакотомної рани. При зведенні і фіксації ребер виконують підтягування м'язово-плеврально-фасціального клаптя з виведенням його з плевральної порожнини. Після зав'язування реберних лігатур виконують підшивання утвореного м'язово-плеврально-фасціального клаптя до грудної фасції і сухожильно-м'язової частини міжреберного проміжку, що знаходиться нижче торакотомної рани, використовуючи при цьому раніше накладені лігатури. Потім пошарово зашивають м'язи, поверхневу фасцію і підшкірну клітковину вузловими швами та накладають інтрадермальний шов.

Завдяки застосуванню способу досягається:

- зменшення рівню післяопераційної кровотечі з торакотомної рани з 3,8 % до 0 % випадків;
- зменшення частоти інфікування післяопераційної рани з 5,8 % до 1,8 % випадків;
- зменшення рівню таких післяопераційних ускладнень, як серома грудної стінки з 1,3 % до 0 % і підшкірна емфізема – з 2,6 % до 0,9 % випадків;
- зменшення загального рівню післяопераційних ускладнень, пов'язаних з торакотомією з 13,5 % до 2,7 % випадків.

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 зашивання торакотомної рани" отриманий деклараційний патент України № 88610 від 25.03.14 р. на корисну модель.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: хворі з патологією легень, що підлягають оперативному лікуванню.

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

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ:

Спосіб зашивання торакотомної рани / [Текст] : інформаційний лист / Ю. І. Фещенко [та ін.] ; ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України". – Київ. : НІФП, 2014. – 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., Клименко В. І., Терешкович О. В., Калениченко М. І., Кшановський О. Е., Демус Р. С., Леванда Л. І., Обремська О. К., Климець Є. В.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275–57–00.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Терешкович Олександр Володимирович.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення, що стосується способу зашивання торакотомної рани є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що після закінчення основного етапу оперативного втручання та постановки дренажів, використовуючи лише шовний матеріал з тривалим терміном розсмоктування, накладають лігатури на міжреберний проміжок з інтервалом 1,5 см із захватом парієтальної плеври і внутрішньогрудної фасції з однієї сторони, грудної фасції і сухожильно-м'язового краю зовнішнього міжреберного м'яза з іншої, лігатури зав'язують не зрізаючи. Закладають гемостатичну

губку в кути міжреберного проміжку. Для зведення ребер накладають і зав'язують три поліспасних лігатури, які проводять по верхньому краю верхнього ребра і посередині міжреберного проміжку, що знаходиться нижче торакотомної рани. При зведенні і фіксації ребер виконують підтягування м'язово-плеврально-фасціального клаптя з виведенням його з плевральної порожнини. Після зав'язування реберних лігатур виконують підшивання утвореного м'язово-плеврально-фасціального клаптя до грудної фасції і сухожильно-м'язової частини міжреберного проміжку, що знаходиться нижче торакотомної рани, використовуючи при цьому раніше накладені лігатури. Потім пошарово зашивають м'язи, поверхневу фасцію і підшкірну клітковину вузловими швами та накладають інтрадермальний шов.

Завдяки застосуванню способу досягається: зменшення рівня післяопераційної кровотечі з торакотомної рани на 3,8 %, зменшення частоти інфікування післяопераційної рани на 4,0 %, зменшення рівня виникнення сероми грудної стінки на 1,3 %, зменшення рівня виникнення підшкірної емфіземи на 1,5 % та зменшення загального рівня післяопераційних ускладнень на 10,8 % випадків.

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

Нововведення рекомендовано для 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