

ІНФОРМАЦІЯ

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

**КПКВК, ШИФР, № ДЕРЖАВНОЇ РЕЄСТРАЦІЇ, НАЗВА НДР ТА ТЕРМІН
ВИКОНАННЯ:** 6561040 (прикладні наукові та науково-технічні розробки), А.16.09,
0116U000192, «Розробити новий метод інвазивної діагностики та алгоритм
диференційної діагностики етіології дисемінованих процесів у легенях»,
2016.01–2018.12.

НАЗВА НОВОВВЕДЕННЯ: Спосіб відеоторакоскопічної резекції новоутворення
грудної стінки і межистіння.

АНОТАЦІЯ.

До впровадження пропонується спосіб відеотораскопічної резекції новоутворення грудної стінки і межистіння, який полягає у тому, що хворому з новоутворенням грудної стінки або межистіння в передопераційному періоді на стороні оперативного доступу створюється штучний діагностичний пневмоторакс. В подальшому виконується спіральна комп'ютерна томографія з метою локалізації новоутворення. В положенні хворого на здоровому боці з валиком на рівні кута лопатки, проводиться поворот операційного столу в дорзальному напрямку на 10° з одночасним підняттям його головного кінця на 30° при локалізації новоутворення у передньому межистінні або поворот операційного столу у вентральному напрямку на 10° при локалізації новоутворення у задньому межистінні. Виконується відеоторакоскопія під загальним знеболенням з роздільною інтубацією головних бронхів двопросвітною інтубаційною трубкою та штучною вентиляцією контрлатеральної легені, вводять торакопорт для оптики, оглядається плевральна порожнина, вибирається місце встановлення торакопортів для інструментів. Проводиться гідралічне препарування тканин межистіння в зоні резекції шляхом введення 5 % розчину амінокапронової кислоти під медіастінальну плевру. Новоутворення єдиним блоком видаляється та направляється на цитологічне, гістологічне та мікробіологічне дослідження. В місце видаленого новоутворення закладається матеріал, просочений 3 % розчином перекису водню, після видалення якого, закладається пластина нетканого багат шарового матеріалу з окисленої регенованої целюлози (Серджисел фібриляр), а в кінці оперативного втручання внутрішньоплевралью вводиться 10,0 мл 0,2 % розчину ропівакаїну.

Розроблений спосіб дозволяє:

- скоротити середню тривалість операції з 1,9 до 1,5 год.;
- зменшити частоту післяопераційної інтраплевральної кровотечі з 17,4 %

до 0,0 % випадків;

- зменшити частоту інтраопераційного пошкодження крупних судин з 4,3 % до 0,0 % випадків;

- зменшити частоту пошкодження вісцеральної плеври під час встановлення першого торакопорту з 21,7 % до 4,8 % спостережень;

- зменшити больовий синдром в момент прокидання з 26,1 % до 4,8 %;

- знизити загальний рівень інтра- та післяопераційних ускладнень з 47,8 % до 9,5 % випадків.

Апробація запропонованого способу проведена у відділенні хірургічного лікування туберкульозу та НЗЛ, ускладнених гнійно-септичними інфекціями Державної установи "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України".

На "Спосіб відеотораскопічної резекції новоутворення грудної стінки і межистіння" отриманий деклараційний патент України № 110450 від 10.10.2016 на корисну модель.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: хворі з новоутворенням грудної стінки та межистіння.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: операційна, відділення інтенсивної терапії, набір хірургічних інструментів, відеотораскопічний центр "Олімпус", комп'ютерний томограф, пластина нетканого багат шарового матеріалу з окисленої регенованої целюлози.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ: Спосіб відеотораскопічної резекції новоутворення грудної стінки і межистіння [Текст] : інформаційний лист / Ю. І. Фещенко [та ін.] ; ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України". – Київ. : НІФП НАМН, 2016. – 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., Демус Р. С., Клименко В. І., Конік Б. М., Терешкович О. В., Калениченко М. І., Шалагай С. М., Купчак І. М.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275–57–00.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Терешкович Олександр Володимирович.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення, що стосується способу відеотораскопічної резекції новоутворення грудної стінки і межистіння, є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що хворому з новоутворенням грудної стінки і межистіння в передопераційному періоді на стороні ураження створюється штучний діагностичний пневмоторакс, виконується спіральна комп'ютерна томографія, визначається локалізація новоутворення. В положенні хворого на здоровому боці з валиком на рівні кута лопатки, проводиться поворот операційного столу в дорзальному напрямку на 10° з одночасним підняттям його головного кінця на 30° при локалізації новоутворення у передньому межистінні або поворот операційного столу у вентральному напрямку на 10° при локалізації новоутворення у задньому межистінні. Виконується відеотораскопія під загальним знеболенням з роздільною інтубацією головних бронхів, та штучною вентиляцією контрлатеральної легені. Проводиться гідралічне препарування тканин межистіння в зоні резекції шляхом введення 5 % розчину амінокапронової кислоти під медіастінальну плевру. Новоутворення єдиним блоком видаляється та направляється на цитологічне, гістологічне та мікробіологічне дослідження. В місце видаленого новоутворення закладається матеріал, просочений 3 % розчином перекису водню, після видалення якого, закладається пластина нетканого багат шарового матеріалу з окисленої регенованої целюлози (Серджисел фібриляр), а в кінці оперативного втручання внутрішньоплеврально вводиться 10,0 мл 0,2 % розчину ропівакаїну.

Завдяки застосуванню способу досягається: скорочення середньої тривалості операції на 0,4 години, виключення післяопераційної інтраплевральної кровотечі, виключення інтраопераційного пошкодження магістральних судин, зменшення частоти пошкодження вісцеральної плеври під час встановлення першого торакопорту на 16,9 %, зменшення вираженого больового синдрому в момент прокидання на 23,3 % та зниження загального рівня інтра– та післяопераційних ускладнень на 38,3 %.

Нововведення може бути впроваджено 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 НЕ МАЄ.

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, професор

М. С. Опанасенко