

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 біопсії тканин органів грудної порожнини при наявності випітного перикардиту.

АНОТАЦІЯ.

До впровадження пропонується спосіб відеоторакоскопічної біопсії тканин органів грудної порожнини при наявності випітного перикардиту, який полягає у тому, що в день госпіталізації хворого в стаціонар із патологією органів грудної порожнини, ускладненою випітним перикардитом, виконується спіральна комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням, електрокардіографія, ехо-кардіографія. Виконується відеоторакоскопія під комбінованим інтубаційним наркозом із застосуванням однолегеневої вентиляції легені протилежної стороні операції. В положенні тіла хворого під час операції на боку з опущеним головним кінцем операційного стола на 30° та поворотом його у дорзальному напрямку на 10° послідовно виконується аспірація плеврального ексудату, пересічення внутрішньоплевральних спайок під візуальним контролем. Далі проводиться біопсія та фенестрація перикарда діаметром 1,5–2,0 см, в першу чергу в ділянці вільної від діафрагмального нерва, з розділенням інтраперикардіальних зрощень. Поетапно проводиться біопсія змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеври, біопсія легені та внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, при візуальних змінах в останніх, з подальшим цитологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженням отриманих біоптатів. Під відеоконтролем підводиться мікроіригатор до отвору в перикарді через один із торакопортів та виконується дронування плевральної порожнини двома дренажами. Потім проводиться активна аспірація до зупинки ексудації плеврального і перикардіального вмісту та видаляються дренажі.

Розроблений спосіб дозволяє:

– покращити серцеву діяльність на початку операції, про що свідчить зменшення амплітуди пульсової хвилі, зменшення частоти серцевих скорочень на 34–48 ударів за хвилину;

– скоротити строки встановлення діагнозу на 2–20 днів, та відповідно своєчасно розпочати адекватне лікування;

– скоротити кількість хибнопозитивних результатів з 6,7 % до 0,0 %;

– скоротити кількість хибнонегативних результатів з 13,3 % до 0,0 %;

– скоротити частоту ускладнень з 13,3 % до 6,3 %;

– підвищити загальну результативність діагностики з 80,0 % до 100,0 %.

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 відеоторакоскопічної біопсії тканин органів грудної порожнини при наявності випітного перикардиту» отриманий деклараційний патент України № 110451 від 10.10.2016 на корисну модель.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: хворі із патологією органів грудної порожнини, ускладненою випітним перикардитом.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: операційна, відділення інтенсивної терапії, набір хірургічних інструментів, відеоторакоскопічний центр “Олімпус”, комп’ютерний томограф, електрокардіограф, ехо-кардіограф.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ: Спосіб відеоторакоскопічної біопсії тканин органів грудної порожнини при наявності випітного перикардиту [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., Купчак І. М., Конік Б. М., Терешкович О. В., Калениченко М. І., Шалагай С. М., Кшановський О. Е., Обремська О. К.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275–57–00.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Терешкович Олександр Володимирович.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення, що стосується способу відеоторакоскопічної біопсії тканин органів грудної порожнини при наявності випітного перикардиту, є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що хворому з випітним перикардитом виконується спіральна комп'ютерна томографія з внутрішньовенним контрастуванням, електрокардіографія, ехо-кардіографія. Виконується відеоторакоскопія під комбінованим інтубаційним наркозом із застосуванням однолегеневої вентиляції легені протилежної стороні операції. В положенні тіла хворого під час операції на боку з опущеним головним кінцем операційного стола на 30° та поворотом його у дорзальному напрямку на 10° послідовно виконується аспірація плеврального ексудату, пересічення внутрішньоплевральних спайок під візуальним контролем. Далі проводиться біопсія та фенестрація перикарда діаметром 1,5–2,0 см, в першу чергу в ділянці вільної від діафрагмального нерва, з розділенням інтраперикардіальних зрощень. Поетапно проводиться біопсія змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеври, біопсія легені та внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, при візуальних змінах в останніх, з подальшим цитологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженням отриманих біоптатів. Під відеоконтролем підводиться мікроіригатор до отвору в перикарді через один із торакопортів та виконується дренування плевральної порожнини двома дренажами. Потім проводиться активна аспірація до зупинки ексудації плеврального і перикардіального вмісту та видаляються дренажі.

Застосування способу дозволяє: покращити серцеву діяльність на початку операції, про що свідчить зменшення амплітуди пульсової хвилі, зменшення частоти серцевих скорочень на 40 ударів за хвилину, скоротити строки встановлення діагнозу на 18 днів та відповідно своєчасно розпочати адекватне лікування, скоротити частоту ускладнень на 7,0 % та підвищити загальну результативність діагностики на 20,0 %.

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