

## 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», 01.2016–12.2018.

**НАЗВА НОВОВВЕДЕННЯ:** Спосіб відеоторакоскопічної санації плевральної порожнини при запальному плевриті з тенденцією до нагноєння.

### АНОТАЦІЯ.

Для впровадження пропонується спосіб відеоторакоскопічної санації плевральної порожнини при запальному плевриті з тенденцією до нагноєння, який полягає у тому, що хворому під загальним знеболенням з однолегеневою інтубацією контрлатеральної легені після попередньо накладеного пневмотораксу на стороні операції, встановлюють торакопорт. Після введення камери визначають місце постановки другого і, при необхідності, третього торакопортів. Видаляють детрит і фібринові нашарування, аспірують ексудат, виконують, по можливості, тотальний пневмоліз, плевректомію з декортикацією легені, а в місцях де це неможливо – кюретаж парієтальної і вісцеральної плеври до появи петехіальних крововиливів. Кюретаж здійснюється за допомогою введеної в плевральну порожнину кюретки, використовуючи площинні рухи у різних напрямках. Проводять повторну аспірацію детриту і гнійних мас, санацію плевральної порожнини здійснюють 3 % розчином перекису водню і розчином декасану та внутрішньовенно вводять системні гемостатики (дицинон, транексамову кислоту). Виконують перехід на ендотрахеальну вентиляцію легень для проведення водної проби з метою виявлення дефектів паренхіми легені, після чого дренують плевральну порожнину, під'єднують дренажі до системи активної аспірації вмісту плевральної порожнини або пасивної, при відсутності герметизму в плевральній порожнині в першу добу після операції, з переходом на активну аспірацію починаючи з 2 доби.

Застосування способу дозволяє:

- зменшити частоту тривалого недорозправлення легені на 13,1 %;
- зменшити частоту післяопераційних ускладнень (внутрішньоплевральна кровотеча) на 16,3 %;
- скоротити тривалість синдрому інтоксикації на 2 дні;

- скоротити строки лікування на 2–9 днів;
- підвищити загальну ефективність лікування на 10,6 %.

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 відеоторакоскопічної санації плевральної порожнини при запальному плевриті з тенденцією до нагноєння" отриманий деклараційний патент України № 114830 від 27.03.2017 р. на корисну модель.

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

**ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ:** кюретка, відеоторакоскоп, апарат штучної вентиляції легень, активний аспіратор.

**ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ:** Спосіб відеоторакоскопічної санації плевральної порожнини при запальному плевриті з тенденцією до нагноєння : інформаційний лист / Ю. І. Фещенко та ін., НІФП НАМНУ. Київ, 2017. 4 с. ; зроблена доповідь на науково-практичній конференції, публікація у фаховому науковому виданні.

**УСТАНОВА РОЗРОБНИК, АДРЕСА ТА РЕКВІЗИТИ:** Державна установа "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України", 10, вулиця Миколи Амосова, м. Київ, 03038, 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., Шалагай С. М., Купчак І. М., Конік Б. М., Терешкович О. В., Калениченко М. І., Демус Р. С., Леванда Л. І.

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

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

**ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.**

Нововведення, що стосується способу відеоторакоскопічної санації плевральної порожнини при запальному плевриті з тенденцією до нагноєння, є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що хворому з плевритом запального генезу з тенденцією до нагноєння під загальним знеболенням з однолегеневою інтубацією контрлатеральної легені після попередньо накладеного пневмотораксу на стороні

операції, встановлюють торакопорт. Видаляють детрит і фібринові нашарування, аспірують ексудат, виконують, по можливості, тотальний пневмоліз, плевректомію з декортикацією легені, а в місцях де це неможливо – кюретаж парієтальної і вісцеральної плеври до появи петехіальних крововиливів. Кюретаж здійснюється за допомогою введеної в плевральну порожнину кюретки, використовуючи площинні рухи у різних напрямках. Проводять повторну аспірацію детриту і гнійних мас, санацію плевральної порожнини здійснюють 3 % розчином перекису водню і розчином декасану та внутрішньовенно вводять системні гемостатики (дицинон, транексамову кислоту). Виконують перехід на ендотрахеальну вентиляцію легень для проведення водної проби з метою виявлення дефектів паренхіми легені, після чого дрениують плевральну порожнину, під'єднують дренажі до системи активної аспірації вмісту плевральної порожнини або пасивної, при відсутності герметизму в плевральній порожнині в першу добу після операції, з переходом на активну аспірацію починаючи з 2 доби.

Завдяки застосуванню способу досягається: зменшення частоти тривалого недорозправлення легені на 13,1 %, зменшення частоти післяопераційних ускладнень (внутрішньоплевральна кровотеча) на 16,3 %, скорочення тривалості синдрому інтоксикації на 2 дні, скорочення строку лікування на 2–9 днів та підвищення загальної ефективності лікування на 10,6 %.

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",

канд. мед. наук

Є. О. Меренкова

Керівник теми:

Завідувач відділенням торакальної хірургії

і інвазивних методів діагностики,

д-р мед. наук, професор

М. С. Опанасенко