

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 хірургічного лікування релаксації діафрагми.

АНОТАЦІЯ.

Для впровадження пропонується спосіб хірургічного лікування релаксації діафрагми, який полягає у тому, що хворому, якому планують виконання пластики діафрагми з приводу її релаксації, в день операції створюють пневмоперітонеум, після чого пацієнт подається в операційну. Під загальним знеболенням із застосуванням штучної вентиляції легень з однолегеневою інтубацією виконують відеоторакоскопічну ревізію плевральної порожнини з визначенням оптимального місця для торакотомії. Проводять торакотомію у визначеному міжребір'ї, виконують пневмоліз легені і діафрагмоліз. Після інтраопераційної оцінки стану релаксованої діафрагми обирають місце для діафрагмотомії, яку виконують під візуальним контролем. Наступним етапом проводять ревізію і діафрагмоліз піддіафрагмального простору для забезпечення більшої рухливості діафрагми перед пластикою та дренажуванням піддіафрагмального простору. Виконують пластику діафрагми під візуальним контролем шляхом гофрування її релаксованої частини або створення триплікатури. Після розправлення колабованої частини легені проводять санаційну фібробронхоскопію з аспірацією вмісту трахеобронхіального дерева та виконують дренажування плевральної порожнини двома дренажами з наступним введенням розчину ропівакаїну в кожен дренаж щоденно протягом післяопераційного періоду до видалення дренажів.

Застосування способу дозволяє:

- досягти зміщення діафрагми каудально на два і більше ребер у 100 % випадків;
- зменшити частоту розвитку післяопераційного ателектазу легені з $(16,7 \pm 7,6)$ % до 0 %;
- зменшити частоту розвитку післяопераційної пневмонії з $(25,0 \pm 8,8)$ % до $(10,0 \pm 6,7)$ %;
- зменшити частоту поранення органів черевної порожнини з $(8,3 \pm 5,6)$ % до

0 %;

– скоротити середню тривалість призначення наркотичних анальгетиків з 6,2 днів до 3,1 днів;

– зменшити середню тривалість оксигенотерапії з 5,8 днів до 2,9 днів;

– скоротити середню тривалість перебування хворого у відділенні реанімації з 7,9 до 3,8 днів;

– зменшити середню тривалість післяопераційного лікування з 24,1 дня до 17,7 днів.

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 хірургічного лікування релаксації діафрагми" отриманий деклараційний патент України № 113561 від 10.02.2017 р. на корисну модель.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: хворі з релаксацією діафрагми.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: апарат штучної вентиляції легень, фібробронхоскоп, апарат активної аспірації.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ: Спосіб хірургічного лікування релаксації діафрагми : 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., Терешкович О. В., Калениченко М. І., Конік Б. М., Кшановський О. Е., Шалагай С. М., Купчак І. М., Леванда Л. І.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275–57–00.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Терешкович Олександр Володимирович.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення, що стосується способу хірургічного лікування релаксації діафрагми, є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що хворому якому планують виконання пластики діафрагми з приводу її релаксації, в день операції створюють пневмоперітонеум, після чого пацієнт подається в операційну. Під загальним знеболенням із застосуванням штучної вентиляції легень з однолегеневою інтубацією виконують відеоторакоскопічну ревізію плевральної порожнини з визначенням оптимального місця для торакотомії. Проводять торакотомію у визначеному міжребір'ї, виконують пневмоліз легені і діафрагмоліз. Після інтраопераційної оцінки стану релаксованої діафрагми обирають місце для діафрагмотомії, яку виконують під візуальним контролем. Наступним етапом проводять ревізію і діафрагмоліз піддіафрагмального простору для забезпечення більшої рухливості діафрагми перед пластикою та дренажуванням піддіафрагмального простору. Виконують пластику діафрагми під візуальним контролем шляхом гофрування її релаксованої частини або створення триплікатури. Після розправлення колабованої частини легені проводять санаційну фібробронхоскопію з аспірацією вмісту трахеобронхіального дерева та виконують дренажування плевральної порожнини двома дренажами з наступним введенням розчину ропівакаїну в кожен дренаж щоденно протягом післяопераційного періоду до видалення дренажів. Завдяки застосуванню способу досягається: зміщення діафрагми каудально на два і більше ребер у 100 % випадків, зменшення частоти розвитку післяопераційного ателектазу легені на 16,7 %, зменшення частоти розвитку післяопераційної пневмонії на 15,0 %, зменшення частоти поранення органів черевної порожнини на 8,3 %, скорочення середньої тривалості призначення наркотичних анальгетиків на 3,1 дні, зменшення середньої тривалості оксигенотерапії на 2,9 дні, скорочення середньої тривалості перебування хворого у відділенні реанімації на 4,1 дні та зменшення середньої тривалості післяопераційного лікування на 6,4 дні.

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