

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 визначення місця проведення торакотомії при пластиці діафрагми.

АНОТАЦІЯ.

Для впровадження пропонується спосіб визначення місця проведення торакотомії при пластиці діафрагми, який полягає у тому, що хворому з релаксацією діафрагми при поступленні у стаціонар проводять увесь комплекс необхідних обстежень. За добу до оперативного втручання виконується очистка кишківника з використанням препарату фортранс. Напередодні операції хворому створюють штучний пневмоторакс об'ємом до 800,0 см³ на стороні операції, проводять багатоосьову рентгеноскопію, під час якої визначають наявність спайкового процесу в плевральній порожнині, висоту стояння купола діафрагми та оптимальне місце для встановлення першого торакопорту. Під однолегеневим інтубаційним наркозом встановлюють торакопорт у вільну від спайкового процесу ділянку плевральної порожнини ближче до 5-го міжребір'я по середній аксілярній лінії у положенні хворого на здоровому боці. При наявності спайок шляхом діатермокоагуляції проводять їх відеоторакоскопічну руйнацію та візуально оцінюють висоту стояння купола діафрагми в положенні хворого горизонтально, а потім визначають міжребір'я для проведення торакотомії таким чином, щоб передній кут торакотомної рани знаходився на одному рівні з переднім реберно-діафрагмальним синусом. Натискаючи пальцем на м'які тканини ззовні і знаходячи це місце візуально зі сторони грудної порожнини, проводять торакотомію по визначеному міжребір'ю.

Застосування способу дозволяє:

- зменшити середню інтраопераційну крововтрату з $240 \pm 90,0$ до $145,0 \pm 55,0$ мл;
- зменшити частоту розвитку післяопераційного ателектазу легені з 4 (18,2 %) до 0 %;

- зменшити частоту розвитку післяопераційної пневмонії з 6 (27,3 %) до 2 (8,7 %);
- зменшити частоту поранення органів черевної порожнини з 2 (9,1 %) до 0 %;
- скоротити середню тривалість операції з (3,25 ± 0,75) до (2,5 ± 0,5) годин;
- скоротити 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 визначення місця проведення торакотомії при пластиці діафрагми" отриманий деклараційний патент України № 113612 від 10.02.2017 р. на корисну модель.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: хворі з релаксацією діафрагми.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: апарат для інсуфляції повітря, апарат штучної вентиляції легень.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ: Спосіб визначення місця проведення торакотомії при пластиці 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., Калениченко М. І., Терешкович О. В., 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 визначення місця проведення торакотомії при пластиці діафрагми, є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що напередодні операції хворому з релаксацією діафрагми створюють штучний пневмоторакс об'ємом до 800,0 см³ на

стороні операції, проводять багатоосьову рентгеноскопію, під час якої визначають наявність спайкового процесу в плевральній порожнині, висоту стояння купола діафрагми та оптимальне місце для встановлення першого торакопорту. Під однолегеневим інтубаційним наркозом встановлюють торакопорт у вільну від спайкового процесу ділянку плевральної порожнини ближче до 5-го міжребір'я по середній аксілярній лінії у положенні хворого на здоровому боці. При наявності спайок шляхом діатермокоагуляції проводять їх відеоторакоскопічну руйнацію та візуально оцінюють висоту стояння купола діафрагми в положенні хворого горизонтально, а потім визначають міжребір'я для проведення торакотомії таким чином, щоб передній кут торакотомної рани знаходився на одному рівні з переднім реберно-діафрагмальним синусом. Натискаючи пальцем на м'які тканини ззовні і знаходячи це місце візуально зі сторони грудної порожнини, проводять торакотомію по визначеному міжребір'ю. Завдяки застосуванню способу досягається: зменшення середньої інтраопераційної крововтрати на 95 мл, частоти розвитку післяопераційного ателектазу легені на 4 %, частоти розвитку післяопераційної пневмонії на 4 випадки, частоти поранення органів черевної порожнини на 2 %, скорочення середньої тривалості операції на 0,75 години та скорочення 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