

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.19.09, 0118U007368, «Розробити технологію хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень і плеври із застосуванням відеоторакоскопічних втручань», 01.2019–12.2021.

НАЗВА НОВОВВЕДЕННЯ: Спосіб вибору доступу при відеоасистованих резекційних втручаннях на легені.

АНОТАЦІЯ.

Для впровадження пропонується спосіб вибору доступу при відеоасистованих резекційних втручаннях на легені, який полягає у тому, що в положенні хворого на здоровому боці з валиком на рівні кута лопатки і відведеною та зафіксованою вгору рукою на стороні операції, а у випадках резекції S_2 або S_6 – без відведення руки, встановлюють перший торакопорт в задньо-нижніх відділах гемітораку. Проводять оцінку стану плевральної порожнини. При задовільній вираженості міжчасткових борозд і відсутності значного злукового процесу в плевральній порожнині виконують мініторакотомію в 5-му або 6-му міжребір'ї довжиною до 8 см в наступних місцях: при верхній лобектомії, пульмонектомії, резекції середньої частки справа або язичкових сегментів зліва – між передньою і задньою аксиллярними лініями, при нижній лобектомії – між задньою аксиллярною та лопатковою лініями, при резекції S_2 або S_6 – міжлопатковою і паравертебральною лініями. При незначній вираженості міжчасткових борозд і/або значному злуковому процесі в плевральній порожнині виконують мініторакотомію під кутом лопатки.

Застосування способу дозволяє:

- знизити рівень інтраопераційних ускладнень на 7,0 %;
- зменшити частоту конверсії в торакотомію на 4,9 %;
- скоротити середню тривалість операції на 0,5 год;
- зменшити тривалість призначення наркотичних анальгетиків на 3 дні.?

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 Національної академії медичних наук України”.

На "Спосіб вибору доступу при відеоасистованих резекційних втручаннях на легені" отриманий деклараційний патент України № 142933 від 10.07.2020 р. на корисну модель.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: хворі, яким планується відеоасистоване резекційне втручання.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: операційна, відеоторакоскоп.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ: Спосіб вибору доступу при відеоасистованих резекційних втручаннях на легені : інформаційний лист / Ю. І. Феценко та ін., НІФП НАМНУ. Київ, 2020. 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: Феценко Ю. І., Мельник В. М., Опанасенко М. С, Конік Б. М., Терешкович О. В., Лисенко В. І., Шалагай С. М., Калениченко М. І., Леванда Л. І., Шамрай М. Ю.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275–57–00.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Терешкович Олександр Володимирович.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення, що стосується способу вибору доступу при відеоасистованих резекційних втручаннях на легені, є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що в положенні хворого на здоровому боці з валиком на рівні кута лопатки і відведеною та зафіксованою вгору рукою на стороні операції, а у випадках резекції S_2 або S_6 – без відведення руки, встановлюють перший торакопорт в задньо-нижніх відділах геміторакусу. Проводять оцінку стану плевральної порожнини. При задовільній вираженості міжчасткових борозд і відсутності значного злукового процесу в плевральній порожнині виконують мініторакотомію в 5-му або 6-му міжребір'ї довжиною до 8 см в наступних місцях: при верхній лобектомії, пульмонектомії, резекції середньої частки справа або язичкових сегментів зліва – між передньою і задньою аксиллярними лініями, при нижній лобектомії – між задньою аксиллярною та лопатковою лініями, при резекції S_2 або S_6 – міжлопатковою і

паравертебральною лініями. При незначній вираженості міжчасткових борозд і/або значному злуковому процесі в плевральній порожнині виконують мініторакотомію під кутом лопатки.

Завдяки застосуванню способу досягається зниження рівня інтраопераційних ускладнень на 7,0 %, зменшення частоти конверсії в торакотомію на 4,9 %, скорочення середньої тривалості операції на 0,5 год та зменшення тривалості призначення наркотичних анальгетиків на 3 дні.

Нововведення може бути впроваджено шляхом знайомства з ним на курсах 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

Державної установи "Національний інститут фтизіатрії

і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського

Національної академії медичних наук України",

канд. мед. наук

В. А. Ячник

Керівник теми:

Завідувач відділенням торакальної хірургії

і інвазивних методів діагностики,

д-р мед. наук, професор

М. С. Опанасенко