

ІНФОРМАЦІЯ

про медико-біологічне нововведення,
яке рекомендоване для впровадження

КПКВ, ШИФР, № ДЕРЖАВНОЇ РЕЄСТРАЦІЇ, НАЗВА НДР ТА ТЕРМІН ВИКОНАННЯ: 6561040 (прикладні наукові та науково-технічні розробки), А.13.10, 0113U000269. "Розробити новий метод і алгоритм диференційної діагностики внутрішньогрудної лімфаденопатії", 2013.01 – 2015.12.

НАЗВА НОВОВВЕДЕННЯ: Спосіб профілактики діабетичного кетоацидозу після операції на легенях і плеврі у хворих з поєднаною патологією цукрового діабету і туберкульозу органів дихання.

АНОТАЦІЯ.

До впровадження пропонується спосіб профілактики діабетичного кетоацидозу після операції на легенях і плеврі у хворих з поєднаною патологією цукрового діабету і туберкульозу органів дихання, який полягає у тому, що після закінчення оперативного втручання хворого переводять у відділення інтенсивної терапії, де на фоні проведення кисневої терапії, шляхом інсуфляції O_2 з FiO_2 0,4 – 0,5 через носовий катетер, одразу, через один з венозних доступів, розпочинають введення протитуберкульозних антибактеріальних препаратів, та через дискофікс або інший венозний доступ проводять профілактику виникнення діабетичного кетоацидозу, а саме: вводять 5 % розчин глюкози з середньою швидкістю 100 мл/год 4 рази на добу в звичні години прийому їжі та внутрішньовенно розчин Ксилату в дозі 4 – 6 мл/кг на добу зі швидкістю 40 крап/хв, розподілений на 2 введення протягом доби, до відновлення самостійного харчування та відсутності клінічних ознак кетозу, після чого припиняють внутрішньовенну інфузію цих розчинів. 1,5 % розчин реамберину вводять внутрішньовенно в дозі 200 мл зі швидкістю 40 крап/хв, при цьому тривалість введення залежить від стану пацієнта. 4,2 % розчин Тівортину вводять також внутрішньовенно в дозі 100 мл зі швидкістю 30 крап/хв протягом 5–7 діб з подальшим переходом на пероральний прийом по 5 мл 4 рази на добу протягом 2-х тижнів. 1,2 % розчин альфа-ліпоєвої кислоти вводять внутрішньовенно в дозі 50 мл зі швидкістю 30 – 40 крап/хв протягом 5 – 10 діб з подальшим переходом на пероральний прийом в дозі 600 мг 1 раз на добу протягом 2 – 4 тижнів, а розчин Мільгамма в дозі 2,0 мл на добу вводять внутрішньом'язово глибоко протягом 5 діб з подальшим переходом на пероральний прийом драже "Мільгамма" 3 рази на добу протягом 2 тижнів, далі 1 раз на добу тривалий час. Визначення рівня глікемії до моменту самостійного прийому їжі проводять кожні 4 год., а при потребі кожні 1 – 2 год. Інсулінотерапію, при цьому, проводять шляхом

підшкірного введення інсуліну короткої дії, згідно з визначеним рівнем глікемії. Після відновлення самостійного харчування хворого протягом 1 – 2 діб переводять на передопераційний режим інсулінотерапії з контролем рівня глікемії кожні 4 години. Якщо досягнуто рівня нормоглікемії протягом 2 діб, то контроль рівня глікемії проводять щодня кожні 6 годин до відновлення звичного палатного режиму. Після чого контроль рівня глікемії проводять 1 раз на 3 дні. У разі погіршення стану хворого з будь-яких причин, визначення рівня глікемії є обов'язковим. Наявність кетонурії визначають 1 раз на добу. У разі позитивного результату, визначення кетонурії проводять двічі на добу. Контроль показників кислотно-лужного стану здійснюють 1–2 рази на добу, а в разі необхідності частіше. Контроль біохімічних показників та показників коагулограми, загальний аналіз крові та сечі проводять 1 раз на добу, а при потребі виконують частіше. ЕКГ-контроль проводять 1 раз на добу.

Завдяки застосуванню способу досягається:

- скорочення терміну нормалізації показників глікемії на 2 – 4 дні;
- зменшення кетонурії з 25,0 % до 7,1 %;
- скорочення терміну відновлення передопераційного режиму інсулінотерапії на 2 – 3 дні;
- зниження частоти виникнення гепатотоксичних реакцій з 41,7 % до 7,1 %;
- зменшення тривалості перебування хворого у ВРІТ на 2 – 8 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 профілактики діабетичного кетоацидозу після операції на легенях і плеврі у хворих з поєднаною патологією цукрового діабету і туберкульозу органів дихання" отриманий деклараційний патент України № 86352 від 25.12.13 р. на корисну модель.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: хворі з поєднаною патологією цукрового діабету і туберкульозу органів дихання.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: операційна, відділення інтенсивної терапії, набір хірургічних інструментів.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ:

Спосіб профілактики діабетичного кетоацидозу після операції на легенях і плеврі у хворих з поєднаною патологією цукрового діабету і туберкульозу органів дихання /

[Текст] : інформаційний лист / Ю. І. Фещенко [та ін.] ; ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України". – Київ. : НІФП НАМН, 2014. – 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., Леванда Л. І., Калениченко М. І., Терешкович О. В., Конік Б. М., Демус Р. С., Клименко В. І., Кононенко В. А., Обремська О. К.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275–57–00.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Терешкович Олександр Володимирович.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення, що стосується способу профілактики діабетичного кетоацидозу після операції на легенях і плеврі у хворих з поєднаною патологією цукрового діабету і туберкульозу органів дихання є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що після закінчення оперативного втручання хворого переводять у відділення інтенсивної терапії, де на фоні проведення кисневої терапії, одразу, через один з венозних доступів, розпочинають введення протитуберкульозних антибактеріальних препаратів, та через венозний доступ проводять профілактику виникнення діабетичного кетоацидозу, а саме: вводять 5 % розчин глюкози з середньою швидкістю 100 мл/год 4 рази на добу в звичні години прийому їжі та внутрішньовенно розчин Ксилату в дозі 4 – 6 мл/кг на добу зі швидкістю 40 крап/хв, розподілений на 2 введення протягом доби, до відновлення самостійного харчування, після чого припиняють внутрішньовенну інфузію цих розчинів. 1,5 % розчин реамберину вводять внутрішньовенно в дозі 200 мл зі швидкістю 40 крап/хв, при цьому тривалість введення залежить від стану пацієнта, 4,2 % розчин Тівортину вводять також внутрішньовенно в дозі 100 мл зі швидкістю 30 крап/хв протягом 5–7 діб з подальшим переходом на пероральний прийом по 5 мл 4 рази на добу протягом 2-х тижнів. 1,2 % розчин альфа-ліпоєвої кислоти вводять внутрішньовенно в дозі 50 мл зі швидкістю 30 – 40 крап/хв протягом 5–10 діб з подальшим переходом на пероральний прийом в дозі 600 мг 1 раз на добу, а розчин Мільгамма в дозі 2,0 мл на добу вводять внутрішньом'язово глибоко протягом 5 діб з подальшим переходом на пероральний прийом драже "Мільгамма" 3 рази на добу протягом 2 тижнів. Визначення рівня глікемії до моменту

самостійного прийому їжі проводять кожні 4 години. Інсулінотерапію при цьому проводять шляхом підшкірного введення інсуліну короткої дії, згідно з визначеним рівнем глікемії. Після відновлення самостійного харчування хворого протягом 1–2 діб переводять на передопераційний режим інсулінотерапії з контролем рівня глікемії кожні 4 години. Наявність кетонурії визначають 1 раз на добу, а у разі позитивного результату – двічі на добу. Контроль показників кислотно-лужного стану здійснюють 1–2 рази на добу, а в разі необхідності частіше. Контроль біохімічних показників та показників коагулограми, загальний аналіз крові та сечі проводять 1 раз на добу, а при потребі виконують частіше. ЕКГ-контроль проводять 1 раз на добу.

Завдяки застосуванню способу досягається: скорочення терміну нормалізації показників глікемії на 3 дні, зменшення кетонурії на 17,9 %, скорочення терміну відновлення передопераційного режиму інсулінотерапії на 2,5 дні, зниження частоти виникнення гепатотоксичних реакцій на 34,6 % та зменшення тривалості перебування хворого у ВРІТ на 5 днів.

Запропонований спосіб може бути впроваджений 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 НЕМАЄ.

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

М. С. Опанасенко