

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 анестезіологічного забезпечення відеоасистованих резекцій легень у фтизіохірургічних пацієнтів.

АНОТАЦІЯ.

Для впровадження пропонується спосіб анестезіологічного забезпечення відеоасистованих резекцій легень у фтизіохірургічних пацієнтів, який полягає у тому, що хворому на туберкульоз легень, якому планується відеоасистоване резекційне втручання в умовах тотальної внутрішньовенної анестезії з міорелаксацією та штучної вентиляції легень, проводять однолегеневу вентиляцію легень шляхом ендобронхіальної інтубації головного бронху контрлатеральної легені за допомогою двохпросвітної інтубаційної трубки розміром 37–39 F. Параметри вентиляції обирають наступними: дихальний об'єм 4–6 мл/кг маси тіла, тиск на вдиху до 20 мм рт. ст., позитивний тиск на кінці видиху 5–10 см вод. ст., співвідношення вдих/видих 1:2, концентрація кисню в газовій суміші від 40 % до 100 % в залежності від сатурації. Частоту дихання обирають такою, щоб забезпечити підтримку нормального значення рСО₂. Накладають штучний пневмоторакс безпосередньо на операційному столі об'ємом 500–1500 мл в залежності від стану хворого і показників центральної гемодинаміки. Змінюють положення операційного столу в залежності від розташування патологічного процесу: поворотом останнього на 10 градусів в дорзальному або вентральному напрямку, підняттям або опусканням головного кінця операційного столу на 30 градусів для кращої візуалізації плевральної порожнини та проводять відеоасистоване резекційне втручання. В кінці операції здійснюють переінтубацію пацієнта однопросвітною інтубаційною трубкою та виконують санаційну бронхоскопію.

Застосування способу дозволяє:

- скоротити термін перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні в середньому на 7 днів;
- скоротити тривалість оперативних втручань в 1,28 рази;
- знизити частоту післяопераційних ускладнень з 25,6 % до 10,1 %;

– досягти менш вираженого косметичного дефекту в порівнянні з таким при відкритих оперативних втручаннях.

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 анестезіологічного забезпечення відеоасистованих резекцій легень у фтизіохірургічних пацієнтів" отриманий деклараційний патент України № 139661 від 10.01.2020 р. на корисну модель.

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

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: операційна, відеоторакоскоп, двохпросвітна та однопросвітна інтубаційна трубка, відеобронхоскоп.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ: Спосіб анестезіологічного забезпечення відеоасистованих резекцій легень у фтизіохірургічних пацієнтів : 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., Обремська О. К., Терешкович О. В., Калениченко М. І., Конік Б. М., Шамрай М. Ю., Шалагай С. М., Леванда Л. І., Лисенко В. І.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275–57–00.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Терешкович Олександр Володимирович.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення, що стосується способу анестезіологічного забезпечення відеоасистованих резекцій легень у фтизіохірургічних пацієнтів, є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що хворому на туберкульоз легень, якому планується відеоасистоване резекційне втручання в умовах тотальної внутрішньовенної анестезії з міорелаксацією та штучної вентиляції легень, проводять однолегеневу вентиляцію легень шляхом ендобронхіальної інтубації головного бронху контрлатеральної легені за допомогою двохпросвітної інтубаційної трубки розміром 37–39 F. Параметри вентиляції обирають наступними: дихальний об'єм 4–6 мл/кг маси тіла, тиск на вдиху до 20 мм рт. ст., позитивний тиск на кінці видиху 5–10 см вод. ст., співвідношення вдих/видих 1:2, концентрація кисню в газовій суміші від 40 % до 100 % в залежності від сатурації. Частоту дихання обирають такою, щоб забезпечити підтримку нормального значення $p\text{CO}_2$. Накладають штучний пневмоторакс безпосередньо на операційному столі об'ємом 500–1500 мл в залежності від стану хворого і показників центральної гемодинаміки. Змінюють положення операційного столу в залежності від розташування патологічного процесу: поворотом останнього на 10 градусів в дорзальному або вентральному напрямку, підняттям або опусканням головного кінця операційного столу на 30 градусів для кращої візуалізації плевральної порожнини та проводять відеоасистоване резекційне втручання. В кінці операції здійснюють переінтубацію пацієнта однопросвітною інтубаційною трубкою та виконують санаційну бронхоскопію.

Завдяки застосуванню способу досягається скорочення терміну перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні в середньому на 7 днів, скорочення тривалості оперативних втручань в 1,28 рази, зниження частоти післяопераційних ускладнень на 15,5 % та досягнення менш вираженого косметичного дефекту в порівнянні з таким при відкритих оперативних втручаннях.

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