

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 ведення післяопераційного періоду після відеоасистованих резекцій у хворих на туберкульоз легень.

АНОТАЦІЯ.

Для впровадження пропонується спосіб ведення післяопераційного періоду після відеоасистованих резекцій у хворих на туберкульоз легень, який полягає у тому, що хворому на туберкульоз, якому показана відеоасистована резекція легень, перед ушиванням мініторакотомного доступу та дренуванням гемітораксу, проводять периневральні блокади міжребір'я мініторакотомії, міжребір'я вище і нижче операційної рани та міжребір'я встановлення торакопорту 0,075 % розчином ропівакаїну, загальним об'ємом 15 мл. Геміторакс дренують наступним чином: верхній дренаж – мікроіригатор вводять через передній кут рани зі стійкою фіксацією його проксимального кінця в куполі гемітораксу, після ушивання міжреберних проміжків через торакопорт проводять заключну відеоторакоскопічну ревізію порожнини гемітораксу та встановлюють нижній дренаж. Після ушивання мініторакотомії дренажі підключають до активної аспірації. Оглядову рентгенографію органів грудної порожнини виконують одразу у відділенні реанімації і, при наявності ознак недорозправлення легені чи залишкової плевральної порожнини, проводять створення штучного пневмоперитонеуму об'ємом 1500 мл.

Застосування способу дозволяє:

- зменшити частоту післяопераційних ускладнень таких як, тривале недорозправлення легені, залишкова плевральна порожнина, внутрішньоплевральна кровотеча на 8,5 %;
- скоротити тривалість застосування наркотичних анальгетиків у середньому на 3,0 доби;
- пришвидшити терміни ранньої мобілізації хворого до 3-х діб у 52,3 % хворих;
- скоротити термін перебування хворих у стаціонарі на 7,2 доби;
- підвищити загальну ефективність лікування на 8,5 %.

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 ведення післяопераційного періоду після відеоасистованих резекцій у хворих на туберкульоз легень" отриманий деклараційний патент України № 144440 від 25.10.2020 р. на корисну модель.

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

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: операційна, відеоторакоскоп, інсуфлятор повітря, дренаж-мікроіригатор.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ: Спосіб ведення післяопераційного періоду після відеоасистованих резекцій у хворих на туберкульоз легень : інформаційний лист / Ю. І. Фещенко 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: Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Опанасенко М. С., Лисенко В. І., Терешкович О. В., Конік Б. М., Шалагай С. М., Білоконь С. М., Леванда Л. І., Шамрай М. Ю., Обремська О. К.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275–57–00.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Терешкович Олександр Володимирович.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення, що стосується способу ведення післяопераційного періоду після відеоасистованих резекцій у хворих на туберкульоз легень, є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що хворому на туберкульоз, якому показана відеоасистована резекція легень, перед ушиванням мініторакотомного доступу та дренажуванням гемітораку, проводять перинеуральні блокади міжребір'я мініторакотомії, міжребір'я вище і нижче операційної рани та міжребір'я встановлення

торакопорту 0,075 % розчином ропівакаїну, загальним об'ємом 15 мл. Геміторакс дренують наступним чином: верхній дренаж – мікроіригатор вводять через передній кут рани зі стійкою фіксацією його проксимального кінця в куполі гемітораку, після ушивання міжреберних проміжків через торакопорт проводять заключну відеоторакоскопічну ревізію порожнини гемітораку та встановлюють нижній дренаж. Після ушивання мініторакотомії дренажі підключають до активної аспірації. Оглядову рентгенографію органів грудної порожнини виконують одразу у відділенні реанімації і, при наявності ознак недорозправлення легені чи залишкової плевральної порожнини, проводять створення штучного пневмоперитонеуму об'ємом 1500 мл.

Завдяки застосуванню способу досягається зменшення частоти післяопераційних ускладнень таких як, тривале недорозправлення легені, залишкова плевральна порожнина, внутрішньоплевральна кровотеча на 8,5 %, скорочення тривалості застосування наркотичних анальгетиків на 3,0 доби, пришвидшення терміну ранньої мобілізації хворого до 3-х діб у 52,3 % хворих, скорочення терміну перебування хворого у стаціонарі на 7,2 доби та підвищення загальної ефективності лікування на 8,5 %.

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