

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 етапного хірургічного лікування хворих з
гнійно-запальними ускладненнями після операцій з приводу туберкульозу легень.

АНОТАЦІЯ.

Для впровадження пропонується спосіб етапного хірургічного лікування хворих з
гнійно-запальними ускладненнями після операцій з приводу туберкульозу легень, який
полягає у тому, що хворому, який госпіталізований до торакального відділення,
проводять необхідні обстеження. В умовах операційної, під однолегеневим
інтубаційним наркозом, встановлюють 2 торакопорти у визначених за результатами
спіральної комп'ютерної томографії місцях та виконують відеоасистовану ревізію з
санацією залишкової плевральної порожнини і видаленням гнійно-некротичних мас.
Проводять пневмоліз в межах розповсюдження емпієми плеври і створення
монопорожнини. Операцію закінчують полідренуванням із встановленням дренажів в
місця можливої затримки ексудату. Після операції хворому призначають
антибактеріальну терапію, проводять щоденну санацію плевральної порожнини
розчином антисептику – декасаном через дренажі з активною аспірацією ексудату. На
3-й день здійснюють контроль ефективності першого етапу лікування шляхом
виконання спіральної комп'ютерної томографії і, за наявності бронхіальної нориці і/або
залишкової плевральної порожнини, проводять внутрішньоплевральне введення
суміші метиленового синього з перексидом водню з одночасною лікувально-
діагностичною фібробронхоскопією для візуалізації бронхіальної нориці та виконують
імплантацію бронхоблокаційного клапана у визначене місце. Через 7–10 днів
проводять контроль ефективності другого етапу лікування шляхом виконання
спіральної комп'ютерної томографії. За наявності бронхіальної нориці і/або залишкової
плевральної порожнини виконують екстраплевральну торакопластику необхідного
об'єму в межах локалізації залишкової плевральної порожнини із застосуванням
пневмоперитонеуму одразу після операції. Через 7–10 днів проводять контрольну
спіральну комп'ютерну томографію і при ліквідації залишкової плевральної порожнини

хворого у відносно задовільному стані виписують зі стаціонару, а бронхоблокаційний клапан видаляють через 3 міс після ліквідації залишкової плевральної порожнини.

Застосування способу дозволяє:

- зменшити травматичність оперативного лікування та зменшити середній об'єм інтраопераційної крововтрати на 36,2 %;
- зменшити частоту застосування торакопластики зі 100,0 % до $(20,7 \pm 7,5) \%$;
- скоротити середній термін стаціонарного лікування з $(57,7 \pm 2,7)$ до $(29,2 \pm 1,8)$ днів;
- зменшити післяопераційну летальність з $(7,7 \pm 5,2) \%$ до $(3,4 \pm 3,4) \%$;
- зменшити кількість випадків неефективного лікування з $(19,2 \pm 7,7) \%$ до $(6,9 \pm 4,7) \%$;
- підвищити загальну ефективність оперативного лікування зазначеної патології з $(73,1 \pm 8,7) \%$ до $(89,7 \pm 5,7) \%$.

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 етапного хірургічного лікування хворих з гнійно-запальними ускладненнями після операцій з приводу туберкульозу легень" отриманий деклараційний патент України № 136873 від 10.09.2019 р. на корисну модель.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: хворі з гнійно-запальними ускладненнями після операцій з приводу туберкульозу легень.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: операційна, бронхоблокатор, відеобронхоскоп, спіральний комп'ютерний томограф.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ: Спосіб етапного хірургічного лікування хворих з гнійно-запальними ускладненнями після операцій з приводу туберкульозу легень : інформаційний лист / Ю. І. Фещенко та ін., НІФП НАМНУ. Київ, 2019. 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., Терешкович О. В., Калениченко М. І., Конік Б. М., Шамрай М. Ю., Шалагай С. М., Обремська О. К., Леванда Л. І.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275–57–00.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Терешкович Олександр Володимирович.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення, що стосується способу етапного хірургічного лікування хворих з гнійно-запальними ускладненнями після операцій з приводу туберкульозу легень, є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що хворому з гнійно-запальними ускладненнями після операції з приводу туберкульозу легень, який госпіталізований до торакального відділення, проводять необхідні обстеження. В умовах операційної, під однолегеневим інтубаційним наркозом, встановлюють 2 торакопорти у визначених за результатами спіральної комп'ютерної томографії місцях та виконують відеоасистовану ревізію з санацією залишкової плевральної порожнини і видаленням гнійно-некротичних мас. Проводять пневмоліз в межах розповсюдження емпієми плеври і створення монопорожнини. Операцію закінчують полідренуванням із встановленням дренажів в місця можливої затримки ексудату. Після операції хворому призначають антибактеріальну терапію, проводять щоденну санацію плевральної порожнини розчином антисептику – декасаном через дренажі з активною аспірацією ексудату. На 3-й день здійснюють контроль ефективності першого етапу лікування шляхом виконання спіральної комп'ютерної томографії і, за наявності бронхіальної нориці і/або залишкової плевральної порожнини, проводять внутрішньоплевральне введення суміші метиленового синього з пероксидом водню з одночасною лікувально-діагностичною фібробронхоскопією для візуалізації бронхіальної нориці та виконують імплантацію бронхоблокаційного клапана у визначене місце. Через 7–10 днів проводять контроль ефективності другого етапу лікування шляхом виконання спіральної комп'ютерної томографії. За наявності бронхіальної нориці і/або залишкової плевральної порожнини виконують екстраплевральну торакопластику необхідного об'єму в межах локалізації залишкової плевральної порожнини із застосуванням пневмоперитонеуму одразу після операції. Через 7–10 днів проводять контрольну спіральну комп'ютерну томографію і при ліквідації залишкової плевральної порожнини хворого у відносно задовільному стані виписують зі стаціонару, а бронхоблокаційний клапан видаляють через 3 міс після ліквідації залишкової плевральної порожнини.

Завдяки застосуванню способу досягається зменшення травматичності оперативного лікування та зменшення середнього об'єму інтраопераційної крововтрати на 36,2 %, зменшення частоти застосування торакопластики на 79,3 %, скорочення середнього терміну стаціонарного лікування на 28,5 дні, зменшення післяопераційної летальності на 4,3 %, зменшення кількості випадків неефективного лікування на 12,3 % та підвищення загальної ефективності оперативного лікування зазначеної патології на 16,6 %.

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