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 відеоасистованої резекції легені у хворих на мультирезистентний туберкульоз.

АНОТАЦІЯ.

Сучасний розвиток хірургії характеризується відданням переваги мініінвазивним оперативним втручанням. Використання відеотехнології у медицині дозволяє значно поліпшити діагностику й лікування багатьох захворювань із найменшою травмою для пацієнтів, а також зменшити тривалість їх лікування в стаціонарі. Такими мініінвазивними втручаннями є відеоасистовані резекції легень. Особливої актуальності набувають дані технології у хірургії легеневого туберкульозу. Перевагами відеоасистованих резекцій у порівнянні із класичною відкритою торакотомією є: значно менший травматизм, менший період перебування хворого у реанімаційному відділенні, зменшення тривалості лікування хворого в стаціонарі після операції, менша потреба в аналгезії після операції, рання мобілізація пацієнта й прискорення його реабілітації, розширення показань до оперативних втручань у пацієнтів літнього віку й хворих з обмеженими вітальними функціями та незначний косметичний дефект. Менша травматичність оперативного втручання важлива для пацієнтів, які страждають на мультирезистентний туберкульоз. Дані пацієнти, як правило, мають тривалий анамнез захворювання і лікування до операції. У даної категорії хворих часто відмічаються фіброзні зміни легень, виражені деструктивні процеси, що обумовлює великий ризик розвитку таких післяопераційних ускладнень як утворення залишкової плевральної порожнини, реактивація туберкульозного процесу в оперованій легені через її компенсаторне перерозтягнення.

Суть нововведення, яке пропонується для впровадження, полягає у тому, що хворому на мультирезистентний туберкульоз легень в передопераційному періоді накладають штучний пневмоторакс та виконують рентгеноскопію органів грудної порожнини для виявлення спайкового процесу в плевральній порожнині та зменшення ймовірності пошкодження легені при встановленні першого торакопорту. Під наркозом проводять роздільну інтубацію головних бронхів двопросвітною трубкою з

однолегеневою штучною вентиляцією легень та встановлюють два торакопорти у вільних від спайкового процесу ділянках, візуально визначають місце проведення мініторакотомії. Виконують запланований об'єм резекції з використанням одноразового зшивального апарату, інтраопераційно виконують апікальну плевректомію методом повзучого інфільтрату, проводять френікотрипсію з наступним дренуванням та пошаровим ушиванням рани. Одразу після операції накладають штучний пневмоперитонеум.

Застосування способу дозволяє:

– зменшити частоту післяопераційних ускладнень, таких як тривале недорозправлення легені, внутрішньоплевральна кровотеча, рецидив туберкульозу на 6,6 %;

– скоротити термін перебування хворого у стаціонарі на 5,6 діб;

– підвищити загальну ефективність лікування на 6,6 %.

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 відеоасистованої резекції легені у хворих на мультирезистентний туберкульоз " отриманий деклараційний патент України № 142974 від 10.07.2020 р. на корисну модель.

ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ: хворі, яким показане виконання резекційних оперативних втручань на легенях з приводу мультирезистентного туберкульозу.

ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ: операційна, відеоторакоскоп, двохпросвітна інтубаційна трубка, рентгенапарат, апарат штучної вентиляції легень, апарат для інсуфляції повітря, дренажі.

ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ: Спосіб відеоасистованої резекції легені у хворих на мультирезистентний туберкульоз : інформаційний лист / Ю. І. Фещенко та ін., НІФП НАМНУ. Київ, 2020. 4 с. ; публікація у фаховому науковому виданні, доповіді.

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.

ПРІЗВИЩЕ, ІМ'Я ТА ПО БАТЬКОВІ АВТОРІВ-РОЗРОБНИКІВ: Фещенко Ю. І., Мельник В. М., Опанасенко М. С., Терешкович О. В., Шалагай С. М., Конік Б. М., Лисенко В. І., Калениченко М. І., Леванда Л. І., Шамрай М. Ю., Обремська О. К., Білоконь С. М.

КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН: (044) 275–57–00.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ: Терешкович Олександр Володимирович.

ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.

Нововведення, що стосується способу відеоасистованої резекції легені у хворих на мультирезистентний туберкульоз, є актуальним та має суттєве практичне значення.

Новизна розробки полягає у тому, що хворому на мультирезистентний туберкульоз легень в передопераційному періоді накладають штучний пневмоторакс та виконують рентгеноскопію органів грудної порожнини для виявлення спайкового процесу в плевральній порожнині та зменшення ймовірності пошкодження легені при встановленні першого торакопорту. Під наркозом проводять роздільну інтубацію головних бронхів двопросвітною трубкою з однолегеневою штучною вентиляцією легень та встановлюють два торакопорти у вільних від спайкового процесу ділянках, візуально визначають місце проведення мініторакотомії. Виконують запланований об'єм резекції з використанням одноразового зшивального апарату, інтраопераційно виконують апікальну плевректомію методом повзучого інфільтрату, проводять френікотрипсію з наступним дренуванням та пошаровим ушиванням рани. Одразу після операції накладають штучний пневмоперитонеум.

Застосування нововведення дозволяє зменшити частоту післяопераційних ускладнень, таких як тривале недорозправлення легені, внутрішньоплевральна кровотеча, рецидив туберкульозу на 6,6 %; скоротити термін перебування хворого у стаціонарі на 5,6 діб; підвищити загальну ефективність лікування на 6,6 %.

Нововведення може бути впроваджено шляхом знайомства з ним на курсах інформації та стажування, доповідей на конференціях, з'їздах, публікацій у фахових наукових виданнях.

Нововведення рекомендовано для впровадження у торакальних відділеннях фтизіатричних, фтизіо-пульмонологічних стаціонарів 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