

Укладачі: Фещенко Ю. І., академік НАМН України, д-р мед. наук, проф.; Мельник В. М., д-р мед. наук, проф.; Опанасенко М. С., д-р мед. наук, проф.; Шалагай С. М., мол. наук. співроб.; Купчак І. М., мол. наук. співроб.; Конік Б. М., канд. мед. наук; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Демус Р. С., торакальний хірург; Леванда Л. І., анестезіолог (НІФП НАМНУ)

Рецензенти:

О. Д. Ніколаєва, доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, канд. мед. наук
О. М. Рекалова, завідувача лабораторії клінічної імунології НІФП НАМНУ, д-р мед. наук

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН України:
академік НАМН України, д-р мед. наук, проф. Ю. І. Фещенко

Голова експертної комісії: д-р мед. наук, проф. В. М. Мельник

Відповідальний за випуск: Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.
Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.
E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державна установа
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”
(НІФП НАМНУ)

УДК: 616.25-002-089-084

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 4
від “28” березня 2017 р.

**СПОСІБ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНОЇ САНАЦІЇ
ПЛЕВРАЛЬНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ ЗАПАЛЬНОМУ
ПЛЕВРИТІ З ТЕНДЕНЦІЄЮ ДО НАГНОСННЯ**
(інформаційний лист)

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб відеоторакоскопічної санації плевральної порожнини при запальному плевриті з тенденцією до нагноєння, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”. Дана технологія запропонована вперше, аналоги відсутні.

Тривале існування випоту в плевральній порожнині, особливо при наявності інфекційного чинника, без адекватної евакуації ексудату призводить до незворотних морфологічних змін в парієтальній і вісцеральній плеврі, що потребує оперативного лікування. Серед наслідків консервативного лікування плевральних випотів хронічна емпієма плеври продовжує залишатися однією з найбільш частих причин розвитку так званого “фіксованого колапсу легені”, що призводить до хронізації патологічного процесу в грудній клітині і втрати колабованою легенею частини своїх функцій. Розроблено спосіб санації плевральної порожнини при запальному плевриті, що ґрунтується на використанні відеоторакоскопії.

Спосіб виконується наступним чином. Хворому з плевритом запального генезу з тенденцією до нагноєння під загальним знеболенням з однолегеневою інтубацією контрлатеральної легені після попередньо накладеного пневмотораксу на стороні операції, встановлюють торакопорт. Після введення камери визначають місце постановки другого і, при необхідності, третього торакопортів. Видаляють детрит і фібринові нашарування, аспірують ексудат, виконують, по можливості, тотальний пневмоліз, плевректомію з декортикацією легені, а в місцях де це неможливо – кюретаж парієтальної і вісцеральної плеври до появи петехіальних крововиливів. Кюретаж здійснюють за допомогою введеної в плевральну порожнину кюретки, використовуючи площинні рухи у різних напрямках. Проводять повторну аспірацію детриту і гнійних мас, санацію плевральної порожнини здійснюють 3 % розчином перекису водню і розчином декасану та внутрішньовенно вводять

системні гемостатики (дицинон, транексамову кислоту). Виконують перехід на ендотрахеальну вентиляцію легень для проведення водної проби з метою виявлення дефектів паренхіми легені, після чого дрениують плевральну порожнину, під'єднують дренажі до системи активної аспірації вмісту плевральної порожнини або пасивної, при відсутності герметизму в плевральній порожнині в першу добу після операції, з переходом на активну аспірацію починаючи з 2 доби.

Розроблений спосіб дозволяє:

- зменшити частоту тривалого недорозправлення легені на 13,1 %;
- зменшити частоту післяопераційних ускладнень (внутрішньоплевральна кровотеча) на 16,3 %;
- скоротити тривалість синдрому інтоксикації на 2 дні;
- скоротити строки лікування на 2–9 днів;
- підвищити загальну ефективність лікування на 10,6 %.

Спосіб, що заявляється, нескладний у виконанні, безпечний, потребує лише наявності торакоскопу і може бути виконаний в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою торакальних операцій.