

Укладачі: Укладачі: Фещенко Ю. І., академік АМН України, д-р мед. наук, проф.; Мельник В. М., д-р мед. наук, проф.; Опанасенко М. С., д-р мед. наук.; Сташенко О. Д., зав. від. торакальної хірургії Херсонського облтубдиспансера; Терешкович О. В., мол. наук. співроб.; Калениченко М. І. канд. мед. наук; Бичковський В. Б. мол. наук. співроб.; Конік Б. М. торакальний хірург; Веремеєнко Р. А. мол. наук. співроб. (НІФП); Сірик О. О. (Херсонський облтубдиспансер)

Рецензенти:

О. Д. Ніколаєва, доцент кафедри туберкульозу Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, канд. мед. наук;
М. М. Кужко, завідувач відділенням фтизіопульмонології НІФП, д-р мед. наук

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та АМН України:
академік АМН 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 імені Ф. Г. Яновського АМН України”, 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.
Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.
E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

Тираж 80 прим.

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

УДК: 616.24 . 002.5 . 089:615.015.8.001.6

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
імені Ф. Г. Яновського,
протокол № 9
від “12” жовтня 2010 р.

**СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ЕМПІЄМИ ПЛЕВРИ ПІСЛЯ
ПНЕВМОНЕКТОМІЇ**
(інформаційний лист)

Київ 2010

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб профілактики емпієми плеври після пневмонектомії, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України”.

Бронхіальна нориця з розвитком емпієми плеври після пневмонектомії залишається основною проблемою у фтизіохірургії. Спосіб укріплення кукси бронху після пневмонектомії та методиці післяопераційного ведення таких пацієнтів присвячено багато наукових праць.

Пропонується спосіб профілактики емпієми плеври після пневмонектомії, який полягає в тому, що виділяють головний бронх, максимально зберігаючи біля нього довколишню клітковину із судинно-нервовим плетивом. Далі за допомогою двох швів на дистальній частині головного бронху досягають інвагінації мембранозної частини бронху всередину просвіту (зменшення розміру кукси бронху за Литкіним). Потім підтягують бронх і паралельно до бронхіальних кілець за допомогою зшивального апарату (УКЛ, УКБ, УС, УО) прошивають бронх механічним танталовим швом. На периферичну частину бронху, що підлягає видаленню, накладають бронхіальний затискач, щоб інфікований вміст із просвіту бронху не вилився в плевральну порожнину та не інфікував її. Бронх за допомогою скальпеля перетинають дистальніше від механічного шва, а зшивальний апарат знімають. Просвіт кукси бронху змащують 5 % спиртовим розчином йоду для попередження інфікування. Потім всю куксу бронху ушивають додатковими вузловими швами з використанням нитки PDS-II. Зріз кукси бронху присипають порошком тіенаму, після чого виділяють клапоть перикардіального жиру на судинній ніжці, проводять його субплеврально під медіастинальною плеврою, заповнюють ним весь білякуксовий простір, підшиваючи при цьому сам клапоть до довколишніх тканин. Потім виконують плевризацію кукси бронху парієтальною плеврою і механічну та хімічну санацію плевральної порожнини. В кінці оперативного втручання виконують санаційну

фібробронхоскопію з введенням в бронхіальне дерево муколітиків, антибіотиків і гормонів. Відразу після операції створюють пневмоперитонеум в об'ємі 500 – 1000 см³. З 2-го дня після операції протягом 2-х діб через мікроіригатор заповнюють плевральну порожнину розчином авелоксу та вводять щодня протягом 5-ти днів 400 мг авелоксу з подальшим переходом на антибіотик, до якого виявляється чутливість висіяного мікроорганізму.

Запропонований спосіб дозволяє:

- зменшити рівень ускладнень (емпієми плеври) після пневмонектомії з 13,04 % до 5,8 % випадків;
- зменшити рівень післяопераційної летальності з 8,7 % до 0;
- зменшити потребу виконувати повторну операцію з 8,7 % до 5,8 % випадків;
- підвищити ефективність лікування з 86,9 % до 94,1 % випадків.

Спосіб може знайти широке використання у торакальних хірургічних стаціонарах та в хірургічних відділеннях протитуберкульозних закладів.