

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.; Купчак І. М., мол. наук. співроб.; Конік Б. М., канд. мед. наук; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Шалагай С. М., мол. наук. співроб.; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; 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: 616.25-002-036.12-089

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 ПАРІЄТАЛЬНОЇ ПЛЕВРЕКТОМІЇ З
ДЕКОРТИКАЦІЄЮ ЛЕГЕНІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ
ПЛЕВРИТ ЗАПАЛЬНОГО ГЕНЕЗУ**
(інформаційний лист)

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб парієтальної плевректомії з декортикацією легені у хворих на хронічний плеврит запального генезу, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”. Дана технологія запропонована вперше, аналоги відсутні.

При хронічному плевриті фіброзні плевральні швари фіксують легеню в стані колапсу, протидіють її розправленню і викликають формування залишкової плевральної порожнини того чи іншого розміру. В подальшому відбувається сполучнотканинна трансформація вісцеральної і парієтальної плеври, а також вторинні рубцеві зміни в легеневій паренхімі з формуванням деформуючого бронхіту і бронхоектазів. Такі процеси спричиняють пригнічення функцій колабованої легені аж до їхньої повної втрати. Торакальні хірурги, що успішно освоїли хірургічні методики лікування складних і важких захворювань плевральної порожнини, нерідко зустрічаються з істотними складнощами при лікуванні хронічного плевриту, особливо у хворих з туберкульозною емпіємою плеври.

Розроблено спосіб парієтальної плевректомії з декортикацією легені у хворих на хронічний плеврит, який виконується наступним чином. Хворому з хронічним плевритом запального генезу під загальним знеболенням з однолегеневою інтубацією контрлатеральної легені виконують торакотомію з підокісною резекцією 5-го або 6-го ребра. Послідовно відділяють парієтальну плевру від грудної стінки тупим і гострим шляхом з плановим розкриттям попередньо санованого плеврального мішка та поетапним коагулюванням і тампонуванням місць кровотечі. Проводять декортикацію легені за загально визнаними правилами торакальної хірургії шляхом видалення плевральних шварт і розсічення різко потовщених та щільно спаяних з легенею, а в місцях де неможливо відділити потовщену шварту, її розсікають і залишають на поверхні легені. Після цього переходять на ендотрахеальну вентиляцію легень для проведення водної проби з

метою виявлення дефектів паренхіми легені. Проводять герметизацію незначних дефектів паренхіми легені медичним альфа-ціанакрилатним клеєм, значні пошкодження паренхіми легені ушивають П-подібними швами монониткою з тривалим періодом розсмоктування і обробляють медичним клеєм. Виконують контроль аеро- і гемостазу та здійснюють дренажування плевральної порожнини з активною аспірацією її вмісту, а при відсутності герметизму в плевральній порожнині в першу добу після операції – з пасивною, з переходом на активну аспірацію починаючи з 2-ї доби.

Розроблений спосіб дозволяє:

- зменшити частоту тривалого недорозправлення легені на 14,8 %;
- зменшити частоту післяопераційних ускладнень (внутрішньоплевральна кровотеча) на 8,5 %;
- скоротити строки лікування на 5,6 днів;
- підвищити загальну ефективність лікування на 9,9 %.

Спосіб, що заявляється, непростий у виконанні, і може бути використаний в торакальних стаціонарах хірургами високої кваліфікації.