

Укладачі: 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.; Веремеєнко Р. А., мол. наук. співроб.; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Конік Б. М., торакальний хірург; Бичковський В. Б., мол. наук. співроб.; Калениченко М. І., канд. мед. наук; (НІФП); Бабич М. І., торакальний хірург (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 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 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

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

УДК: 616.25-002.155-089

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
імені Ф. Г. Яновського АМН України,
протокол № 9
від “27” вересня 2011 р.

**СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ РІЗНОГО
ГЕНЕЗУ**
(інформаційний лист)

Київ 2011

Тираж 80 прим.

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

Лікування ексудативного плевриту різного генезу є складною медичною проблемою. В останній час відзначається як збільшення рівня даного захворювання, так і збільшення частоти хронізації плевритів.

Запропоновано спосіб лікування ексудативного плевриту різного генезу, в основі якого лежить удосконалення методики виконання відеоторакоскопії.

В день поступлення хворого в стаціонар з плевральним випотом різного генезу пацієнту накладають діагностичний пневмоторакс і виконують стандартну спіральну комп'ютерну томографію органів грудної порожнини. На основі отриманих даних визначають локалізацію залишкових плевральних порожнин, наявність, локалізацію і поширеність плевральних спайок в порожнині, а також визначають місце вводу першого торакопорту.

Під наркозом в зоні операційного інтересу проводять розтин м'яких тканин довжиною до 2 см на глибину до парієтальної плеври. Після чого, за допомогою вказівного пальця безпечно проникають в плевральну порожнину, при цьому проводять пальпаторну оцінку стану легені, вісцеральної і парієтальної плеври. При необхідності проводять безпечне часткове розділення плевральних спайок. Через перший торакопорт вводять відеокамеру, що дозволяє провести відеоскопічну оцінку стану порожнини і оптимально визначити місце введення другого та третього торакопортів. При значних рухах легені, коли підвищується рівень можливого її поранення, застосовують пальцевий контроль безпеки введення другого і третього торакопортів. Поетапно аспірують весь ексудат з плевральної порожнини, далі проводять розсічення внутрішньоплевральних спайок під відеоконтролем. Поетапно виконують біопсію змінених ділянок парієтальної та вісцеральної

плеври. Далі проводять діафрагмоліз, виконують лінійну парієтальну плевректомію нижче апікальної зони по всьому гемітораксу, а в апікальній зоні – тотальну плевректомію. Медіастино-діафрагмальну поверхню плеври очищують від фібринозних нашарувань. В плевральну порожнину заливають суміш розчину амінокапронової кислоти та розчину фторхінолону. Після чого, під візуальним контролем дренують плевральну порожнину дренажем "Блейк", а міждольові проміжки відповідно мікроіригатором. В кінці операції і щодня виконують міжреберну блокаду в місці розташування дренажу та внутрішньоплевральне введення місцевого анестетику наропіну. Після завершення операції дренаж і мікроіригатор підключають до активної аспірації та застосовують пневмоперитонеум в об'ємі 1000 – 2000 см³. Проводять щоденне введення лікарських препаратів в плевральну порожнину, активну аспірацію до зупинки ексудації плеврального вмісту та видалення дренажу.

Для внутрішньопорожнинного введення використовують антибіотики широкого спектру дії (відповідно до результатів посіву рідини та біоптатів). При онкологічному плевриті обов'язково використовують цитостатики, при туберкульозному – туберкулостатики, а при системному ураженні – глюкокортикоїди.

Розроблений спосіб дозволяє:

- підвищити результативність лікування з 78,5 % до 100 % випадків
- скоротити строки лікування на 2 – 9 днів, а відповідно й витрати лікарських препаратів;
- зменшити частоту ускладнень з 28,5 % до 5,0 % випадків.

Розроблений спосіб лікування досить безпечний, нескладний у виконанні і може застосовуватись торакальними хірургами, які володіють технікою відеоторакоскопії.