

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.; Конік Б. М., торакальний хірург; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Леванда Л. І., анестезіолог; Обремська О. К., анестезіолог; Клименко В. І., канд. мед. наук, торакальний хірург; Демус Р. С., торакальний хірург; Кононенко В. А., анестезіолог (НІФП НАМН).

Рецензенти:

О. Д. Ніколаєва, доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, канд. мед. наук
М. М. Кужко, завідувач відділенням фтизіопульмонології НІФП НАМН, 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 НАМН)

УДК:

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 8
від “ 24 ” вересня 2013 р.

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

Тираж 80 прим.

Київ 2013

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

В останній час відзначається зростання рівня захворювання на туберкульозний плеврит. Використання відеоторакоскопії дозволяє одночасно проводити як діагностику, так і лікування даної патології.

Запропоновано спосіб лікування випітного плевриту туберкульозного генезу, в основі якого лежить виконання відеоторакоскопії.

Спосіб виконується наступним чином. В день госпіталізації хворого в стаціонар з плевральним випотом проводять передопераційне накладання діагностичного пневмотораксу з наступним виконанням спіральної комп'ютерної томографії органів грудної порожнини. На основі отриманих даних визначають локалізацію залишкових плевральних порожнин, наявність, локалізацію і розповсюдженість плевральних злук в порожнині, а також визначають місце вводу першого торакопорту. Далі, після вводу хворого в боковій позиції в наркоз, в зоні операційного інтересу проводять розтин м'яких тканин довжиною до 2 см на глибину до парієтальної плеври і за допомогою вказівного пальця безпечно проникають в плевральну порожнину, при цьому проводять пальпаторну оцінку стану легені, вісцеральної і парієтальної плеври. При необхідності проводять часткове розділення плевральних злук. Через перший торакопорт вводять відеокамеру з постійним відеозаписом зображення, що дозволяє провести відеоскопічну оцінку стану порожнини і визначити оптимальні місця вводу другого та третього торакопортів, а також, у складних випадках, переглянути хід операції та стан парієтальної плеври на консилиумі лікарів після операції для уточнення діагнозу та корекції лікування. При значних рухах легені, коли підвищується рівень можливого її поранення, застосовують пальцевий контроль

безпеки вводу другого і третього торакопортів. Поетапно аспірують весь ексудат з плевральної порожнини, проводять розсічення внутрішньоплевральних злук шляхом їх перетину або перепалювання, що дозволяє багатокамерну плевральну порожнину перетворити в монокамерну. Поетапно виконують біопсію змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеври з подальшим цитогістологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженнями отриманих біоптатів плеври. Далі проводять діафрагмоліз, виконують лінійну парієтальну плевректомію нижче апікальної зони по всьому гемітораксу, а в апікальній зоні – тотальну. Медіастино-діафрагмальну поверхню плеври очищають від фібринозних нашарувань, проводять санацію плевральної порожнини розчинами антисептиків. Під візуальним контролем дренують плевральну порожнину дренажем "Блейк", а міждольові проміжки, відповідно, мікроіригатором для введення лікарських препаратів та аспірації ексудату. В кінці операції і щодня виконують внутрішньоплевральне введення 10,0 мл 0,2 % розчину місцевого анестетика ропівакаїну та 10,0 мл комбінованого антибактеріального препарату хіксозид. Відразу після завершення операції дренаж і мікроіригатор підключають до активної аспірації. Дренаж і мікроіригатор видаляють після припинення ексудації.

Розроблений спосіб дозволяє:

- підвищити результативність лікування з 78,5 % до 100 % випадків;
- скоротити строки лікування на 2 – 9 днів;
- скоротити строки призначення системних аналгетиків на 5 – 12 днів;
- зменшити частоту ускладнень з 28,5 % до 5,0 % випадків;
- попередити виникнення рецидивів та хронізації хвороби.

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