

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.; Демус Р. С., торакальний хірург; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Леванда Л. І., анестезіолог; Обремська О. К., анестезіолог; Климець Є. В., анестезіолог; Борисова В. І., анестезіолог (НІФП НАМН)

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 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: 616.25-002.155-085

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 3
від “10” березня 2015 р.

**СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДВОБІЧНОГО ПЛЕВРАЛЬНОГО
ВИПОТУ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗУ**
(інформаційний лист)

Київ 2015

Тираж 80 прим.

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

Характерною рисою сучасної медицини є зростання рівня плевральних випотів неясного генезу. При цьому необхідно відмітити зростання рівня випадків двобічних плевральних випотів, що супроводжуються важким перебігом, тенденцією до хронізації та рецидиву процесу, підвищенням рівня інвалідизації та летальності. Лікування двобічних плевральних випотів неясного генезу є досить складною задачею, особливо у онкологічних хворих, пацієнтів з вираженою супутньою кардіогенною патологією, поліорганною недостатністю, людей середнього та похилого віку. Не дивлячись на певну кількість існуючих ефективних методів лікування, проблема далека від остаточного рішення. Розроблено спосіб лікування двобічного плеврального випоту неясного генезу на основі використання відеоторакоскопії.

Спосіб виконується наступним чином. В день госпіталізації хворого проводять ультразвукове дослідження обох плевральних порожнин, виконують двобічну біопсію плеври з дренажуванням обох плевральних порожнин та евакуйовують ексудат, накладають діагностичний пневмоторакс об'ємом не більше 500 см³ з обох сторін поетапно, проводять багатоосьову рентгеноскопію плевральних порожнин з визначенням місця розташування першого торакопорту, після чого пневмоторакс субтотально розпускають, а наступного дня виконують відеоторакоскопію з біопсією плеври спочатку на стороні більшого ураження, а потім на протилежній стороні. Інтраопераційно здійснюють плевродез тампоном з 30 розчином йоду і введенням 10,0 мл 0,2 % розчину ропівакаїну в кінці операції і щодня до видалення дренажів. Також проводять щоденне введення лікарських препаратів в плевральні порожнини, активну аспірацію до зупинки ексудації плеврального вмісту та видалення дренажів. Для внутрішньоплеврального введення

використовують антибіотики широкого спектру дії (відповідно до результатів посіву рідини та біоптатів) при неспецифічному, кардіогенному та онкологічному плевриті (при останньому використовують також цитостатики), при туберкульозному – туберкулостатики, а при системному ураженні – глюкокортикоїди відповідно.

Розроблений спосіб дозволяє:

- підвищити ефективність лікування з 78,3 % до 93,0 %;
- скоротити строки лікування на 3 – 4 дні;
- зменшити тривалість призначення загальних анальгетиків в післяопераційному періоді з 3,2 до 1,1 днів;
- зменшити частоту рецидивів хвороби з 11,6 % до 3,1 % випадків;
- зменшити частоту хронізації хвороби з 8,7 % до 3,1 % випадків;
- зменшити кількість ускладнень при відеоторакоскопії з 5,8 % до 3,1 % випадків.

Спосіб, що заявляється, досить безпечний, нескладний у виконанні і може бути виконаний в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою відеоторакоскопії.