

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.; Шпак О. І., канд. мед. наук; Бичковський В. Б., мол. наук. співроб.; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Конік Б. М., торакальний хірург; Веремєєнко Р. А., мол. наук. співроб.; Обремська О. К., анестезіолог (НІФП)

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: 616.24-06-084

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 ПРОФІЛАКТИКИ РЕСПІРАТОРНИХ УСКЛАДНЕНЬ
ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ НА ЛЕГЕНЯХ І ПЛЕВРІ**
(інформаційний лист)

Тираж 80 прим.

Київ 2011

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб профілактики респіраторних ускладнень після операції на легенях і плеврі, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фізіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України”.

Рівень респіраторних ускладнень після торакальних оперативних втручань коливається в межах 13,8 – 45,6 %.

Запропоновано спосіб профілактики респіраторних ускладнень після операції на легенях і плеврі, в основі якого лежить адекватне використання санаційної фібробронхоскопії.

Хворим із будь-якою хворобою органів дихання, що підлягають хірургічному лікуванню, проводять оперативне втручання за загальновизнаними правилами оперативної хірургії. Однак, проводять профілактику трьома препаратами: 1,0 гр. амікацину, 1,0 гр. цефтриаксону і 0,8 гр. левофлоксацину протягом 7 діб, які вводять парентерально, при чому першу дозу препаратів вводять в передопераційному періоді. На операційному столі виконують передопераційну санаційну фібробронхоскопію з промиванням трахео-бронхіального дерева розчином авелоксу, а крім того під контролем фібробронхоскопії виконують інтубацію необхідного головного бронху або трахеї. Після торакотомії із будь-якого доступу розкривають плевральну порожнину. При необхідності виконують пневмоліз. Далі поетапно виконують необхідне оперативне втручання з обробкою елементів кореня легені чи долі в залежності від клінічної ситуації. Плевральну порожнину дреновують двома дренажами. В кінці оперативного втручання також виконують санаційну фібробронхоскопію з промиванням трахео-бронхіального дерева розчином авелоксу та проводять знеболення 3-х міжреберних проміжків розчином наропіну: один по лінії розрізу, один вище і один нижче лінії розрізу. Дренажі підключають до аспірації відразу після зведення ребер і проводять поступове роздування легень подвійним об'ємом до закінчення надходження повітря по дренажах. Оперативне втручання закінчують типово: торакотомну рану пошарово зашивають і

накладають на неї асептичну пов'язку. По шлунковому зонду хворому у шлунок вводять ацетилцистеїн.

В післяопераційному періоді протягом перших 3-х днів щодня виконують санаційну фібробронхоскопію з промиванням трахео-бронхіального дерева розчином авелоксу, проводять міжреберну місцеву аналгезію 3-х міжреберних проміжків розчином наропіну, а також призначають панкреатин в максимальній добовій дозі.

Запропонований спосіб дозволяє:

- зменшити загальну кількість респіраторних ускладнень після операцій на легенях і плеврі з 30,4 % до 15,7 % випадків;
- зменшити тривалість післяопераційного періоду з $(34,8 \pm 4,1)$ днів до $(19,3 \pm 3,7)$ днів;
- зменшити термін стаціонарного лікування з $(45,6 \pm 4,4)$ днів до $(28,4 \pm 4,1)$ днів;
- зменшити рівень післяопераційної летальності на 4,3 % випадків;
- підвищити ефективність лікування з 65,3 % до 84,3 % випадків.

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