

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.; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Конік Б. М., торакальний хірург; Бичковський В. Б., лікар ендоскопіст; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Обремська О. К., анестезіолог; Леванда Л. І., анестезіолог (НІФП НАМН); Сірик О. О., 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 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: 616.25-008.8-089.85

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 9
від “ 21 ” вересня 2012 р.

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

Тираж 80 прим.

Київ 2012

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”.

Лікування ексудативного плевриту різного генезу є складною медичною проблемою. В останній час відзначається як збільшення рівня даного захворювання, так і збільшення частки двобічних плевральних випотів.

Запропоновано спосіб лікування двобічного випітного плевриту неясного генезу, в основі якого лежить виконання адекватного дренирування плевральних порожнин з гістологічною верифікацією захворювання і використанням місцевої етіотрапної терапії.

В день поступлення хворого в стаціонар з двобічним плевральним випотом неясного генезу проводять трансторакальну біопсію плеври з дренируванням обох плевральних порожнин дренажами “Блейк”. Після дренирування виконують спіральну комп'ютерну томографію, визначають при цьому сторону більшого ураження і наявність злукового процесу в плевральних порожнинах. Створюють діагностичний пневмоторакс на стороні більшого ураження. Наступного дня застосовують відеоторакоскопію, але перед її початком і в кінці останньої виконують фібробронхоскопію з біопсією слизової трахеобронхіального дерева та аспірацією патологічного вмісту. Під час відеоторакоскопії під візуальним контролем розташовують дренажі “Блейк” в оптимальному положенні. Відразу після завершення відеоторакоскопії дренажі підключають до активної аспірації, а в кінці операції і щодня в післяопераційному періоді виконують міжреберну блокаду в місці розташування дренажів та внутрішньоплевральне введення місцевого анестетику наропіну.

Проводять щоденне введення лікарських препаратів в плевральну порожнину, активну аспірацію до зупинки ексудації плеврального вмісту та видалення дренажів.

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 ефективність лікування з 54,5 % до 91,3 %;
- скоротити строки лікування на 6 – 24 дні, а відповідно й витрати на лікарські препарати;
- скоротити строки призначення системних анагетиків на 4 – 21 день;
- зменшити частоту ускладнень з 36,3 % до 4,3 %;
- зменшити частоту рецидивів хвороби з 27,2 % до 4,3 %;
- зменшити частоту хронізації хвороби з 18,1 % до 4,3 %.

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