

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.; Леванда Л. І., анестезіолог; Климець Є. В., анестезіолог; Конік Б. М., канд. мед. наук; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Клименко В. І., канд. мед. наук; Демус Р. С., торакальний хірург; Обремська О. К., 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: 616.24-002.5+616.25-002.5-089-005.1-084

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 ПРОФІЛАКТИКИ ВНУТРІШНЬОПЛЕВРАЛЬНОЇ
КРОВОТЕЧІ В ІНТРАОПЕРАЦІЙНОМУ ТА РАННЬОМУ
ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДАХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ З
ПРИВОДУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ І ПЛЕВРИ**
(інформаційний лист)

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб профілактики внутрішньоплевральної кровотечі в інтраопераційному та ранньому післяопераційному періодах після операції з приводу туберкульозу легень і плеври, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”.

Одним з найбільш тяжких ускладнень у фтизіохірургії є внутрішньоплевральна кровотеча, об'єм і інтенсивність якої можуть бути різними залежно від її причини. Небезпечність виникнення даного ускладнення знаходиться в прямій залежності від травматичності оперативного втручання і його тривалості, стану згортувальної та антизгортувальної систем крові. Розроблено спосіб профілактики внутрішньоплевральної кровотечі в інтраопераційному та ранньому післяопераційному періодах після операції з приводу туберкульозу легень і плеври, який виконується наступним чином.

Хворим із туберкульозом органів дихання, що підлягають хірургічному лікуванню, проводять оперативне втручання за загально визнаними правилами оперативної хірургії. Виконавши торакотомію із будь-якого доступу, розкривають плевральну порожнину. При необхідності виконують пневмоліз. Далі поетапно виконують необхідне оперативне втручання, причому елементи кореня легень чи долі обробляють в залежності від клінічної ситуації. Однак, інтраопераційно проводять ретельний гемостаз електрокоагуляцією і тампонадою марлевими серветками, змоченими гарячим ізотонічним розчином, та вводять внутрішньовенно 500000 КЮ апротиніну і обкладають марлевими серветками, змоченими розчином апротиніну проблемні ділянки легень і грудної стінки, в післяопераційному періоді в першу добу призначають внутрішньовенно апротинін по 200000 КЮ кожні 6 год., по 200000 КЮ тричі – на другу добу, по 60 200000 КЮ двічі – на третю добу, а при наявності масивних інтраопераційних дифузних геморагій внутрішньовенно переливають однокрупну

свіжозаморожену плазму в дозі 5 – 10 мл/кг протягом 30 хв, в післяопераційному періоді через 8 год. при рівні гемоглобіну в ексудаті більше половини рівня гемоглобіну крові повторно переливають однокрупну свіжозаморожену плазму в дозі 5 мл/кг, а в кінці оперативного втручання виконують санаційну фібробронхоскопію, дренажі підключають до аспірації одразу після зведення ребер та проводять поступове роздування легень. Оперативне втручання закінчують типово: торакотомну рану пошарово зашивають і накладають на неї асептичну пов'язку. В післяопераційному періоді проводять: кисневу терапію, призначають протитуберкульозні препарати і антибіотики широкого спектра дії, анальгетики. Контроль згортання крові проводять 4 рази на добу, рентгенографію органів грудної клітки, показники коагулограми, гемоглобіну, гематокриту, рівень еритроцитів і тромбоцитів крові, рівень гемоглобіну ексудату визначають 1 – 2 рази на добу, а при потребі частіше. У разі погіршення стану хворого з будь-яких причин необхідно повторно обов'язково проводити вищеперераховані дослідження. Контроль біохімічних показників та показників кислотно-лужного балансу, загальний аналіз крові та сечі проводять 1 раз на добу. При потребі виконують частіше. ЕКГ-контроль проводять 1 раз на добу. При виникненні аритмій здійснюють добовий ЕКГ-моніторинг.

Розроблений спосіб дозволяє:

- зменшити частоту виникнення кровотеч з 7,5 % до 1,2 %;
- знизити кількість реторакотомій в 5 разів;
- стабілізувати показники згортальної системи крові на 2 – 3 дні швидше;
- скоротити тривалість перебування хворого у відділенні реанімації і інтенсивної терапії на 3 – 7 днів;
- скоротити термін стаціонарного лікування з 28,4 до 16,5 днів.

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