

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.; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Купчак І. М., мол. наук. співроб.; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Климець Є. В., анестезіолог; Леванда Л. І., анестезіолог; Конік Б. М., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб. (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:

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 7
від “23” червня 2015 р.

**СПОСІБ ВЕДЕННЯ ХВОРИХ З ВИПІТНИМ ПЛЕВРИТОМ
ПРИ НАЯВНОСТІ ПАТОЛОГІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ**
(інформаційний лист)

Тираж 80 прим.

Київ 2015

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб ведення хворих з випітним плевритом при наявності патології сполучної тканини, 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 кількості випітних плевритів. Необхідно також відмітити зростання рівня випадків плевральних випотів з важким перебігом, тенденцією до хронізації та рецидиву процесу, підвищенням рівня інвалідизації та летальності. Також останнім часом зростає кількість складних, в діагностичному аспекті, випадків. У першу чергу це стосується хворих із встановленим захворюванням сполучної тканини чи з підозрою на таке захворювання. Розроблено спосіб ведення хворих з випітним плевритом при наявності патології сполучної тканини, який базується на використанні відео торакоскопії.

Спосіб виконується наступним чином. В день поступлення хворого в стаціонар із встановленим захворюванням сполучної тканини чи з підозрою на таке захворювання (наявність двох великих критеріїв – кардит, поліартрит, хорея, кільцевидна еритема, підшкірноревматичні вузилки, чи одного великого та 2-х малих критеріїв – артралгії, лихоманки та В-гемолітичної стрептокової інфекції в анамнезі), досліджують титр антинуклеарних антитіл крові пацієнта, проводять пункцію плевральної порожнини з накладанням штучного пневмотораксу об’ємом 800 мл, виконують спіральну комп’ютерну томографію, після чого проводять відеоторакоскопію з послідовним виконанням аспірації плеврального ексудату, з біопсією парієтальної плеври, вісцеральної плеври, перикарду та внутрішньогрудних лімфатичних вузлів при візуальних змінах в останніх, з подальшим цитологічним, мікробіологічним та гістологічним дослідженням отриманих біоптатів, проводять інтраопераційну санаційну бронхоскопію, дренажування плевральної порожнини широким дренажем з наступним внутрішньоплевральним введенням антибактеріальних

препаратів та відразу після операції призначають 8 мг дексаметазону внутрішньовенно, а також щоденно вводять у дренаж 8 мг дексаметазону та 1,0 г амікацину з інтервалом між ними у 12 годин.

Розроблений спосіб дозволяє:

- скоротити строки перебування у стаціонарі на 3 – 16 днів;
- скоротити кількість хибно-позитивних результатів з 12,5 % до 4,8 %;
- скоротити кількість хибно-негативних результатів з 18,8 % до 4,8 %;
- скоротити кількість ускладнень з 25,0 % до 9,5 %;
- підвищити загальну результативність діагностики з 68,8 % до 90,1 %;
- підвищити загальну результативність лікування з 75,0 % до 90,1 %.

Розроблений спосіб є безпечним, нескладним у виконанні і може бути виконаний в лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою відеоторакоскопії.