

**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; Купчак І. М., мол. наук. співроб.; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; Калениченко М. І., канд. мед. наук; 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](mailto: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 ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ  
ПІСЛЯ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНОГО ОПЕРАТИВНОГО  
ВТРУЧАННЯ**  
(інформаційний лист)

Тираж 80 прим.

Київ 2015

*Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб профілактики інфекційних ускладнень після відеоторакоскопічного оперативного втручання, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України".*

Малоінвазивні технології на сучасному етапі набувають пріоритетного напрямку в торакальній хірургії. Але, крім позитивних сторін є й недоліки, а саме, відкриваються нові "вхідні ворота" інфекції, оскільки під час даних оперативних втручань передбачається багаторазове введення торакоскопу та торакоскопічних інструментів, які сприяють активному занесенню і адгезії патогенних збудників. Крім того, відеоторакоскопічні операції супроводжуються необхідністю післяопераційного дренивання, що, в умовах ери госпітальної інфекції, імовірно сприяє подальшому розвитку інфекційних процесів. При цьому фінансові витрати на діагностику і лікування цих проблем призводять до значних економічних збитків, тому потребують розробки заходів, що запобігають виникненню даних ускладнень. Розроблено спосіб профілактики інфекційних ускладнень після відеоторакоскопічного оперативного втручання, який виконується наступним чином.

Хворим, які потребують проведення відеоторакоскопічного оперативного втручання, в передопераційному періоді за 1 годину до операції внутрішньовенно вводять 500 мг левофлоксацину. В операційній після обробки операційного поля його покривають антимікробною плівкою «Ioban». Після чого встановлюють перший торакопорт та визначають місце встановлення другого. Далі проводять відеоторакоскопію з дотриманням всіх необхідних інтраопераційних технічних прийомів. При необхідності виконують пневмоліз, проводять повноцінну евакуацію рідини з плевральної порожнини, біопсію або пункцію в місцях безсудинних ділянок утворень, тим самим знижуючи ризик кровотечі, використовують ендоскопічні контейнери для видалення резектованого препарату, знижуючи ризик додаткового інфікування, ретельно механічно

санують плевральну порожнину, здійснюють контроль гемостазу і герметичності легеневої паренхіми методом «водної проби». Потім санують плевральну порожнину розчином декасану в об'ємі 1000 мл, після чого інсталиють в плевральну порожнину 1000 мг амікацину. В кінці оперативного втручання виконують санаційну фібробронхоскопію та ефективно дренують плевральну порожнину трьома дренажами під візуальним контролем, дренажі фіксують і підключають до активної аспірації та проводять поступове роздування легень. Оперативне втручання закінчують накладанням асептичних пов'язок. В післяопераційному періоді проводять: кисневу терапію, призначають 500 мг левофлоксацину двічі на добу внутрішньовенно протягом терміну знаходження дренажів в плевральній порожнині та протягом 2-х днів, включно, після видалення дренажів та необхідну терапію в залежності від етіології основного захворювання та призначають анальгетики. Контроль загального аналізу крові в перші три доби проводять щодня, далі за потребою. Біохімічні показники, показники коагулограми та кислотно-лужного балансу, загального аналізу сечі, ЕКГ–контроль проводять на наступний день після операції, далі 1 раз на 5 днів. При потребі виконують частіше.

Розроблений спосіб дозволяє:

– зменшити частоту виникнення місцевих інфекційних ускладнень з 13,6 % до 2,2 %;

– скоротити термін стаціонарного лікування на 6 – 9 днів.

Розроблений спосіб може знайти широке використання у торакальних хірургічних стаціонарах.