

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; Демус Р. С., торакальний хірург; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Борисова В. І., анестезіолог; Стасів Т. М., 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: 616.25-002.155.5-085

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 8
від “06” жовтня 2015 р.

**СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ЕКСУДАТИВНИМ
ПЛЕВРИТОМ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ГЕНЕЗУ**
(інформаційний лист)

Тираж 80 прим.

Київ 2015

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб лікування хворих з ексудативним плевритом туберкульозного генезу, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фізіотрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”.

Скрутна економічна ситуація в Україні призводить до збільшення захворюваності на туберкульоз, зокрема і на ексудативні плеврити туберкульозної етіології. Невчасна діагностика та невдалі попередні спроби лікування створюють передумови для хронізації та рецидиву специфічного процесу, підвищуючи рівень інвалідизації та летальності. Розроблено спосіб лікування хворих на туберкульозний ексудативний плеврит на основі використання відеоторакоскопії.

Спосіб виконується наступним чином. В день госпіталізації хворого в стаціонар з ексудативним плевритом туберкульозного генезу пацієнту проводять передопераційне накладання діагностичного пневмотораксу з наступним виконанням спіральної комп'ютерної томографії органів грудної порожнини (товщина зрізу 1 мм), яка не потребує спеціальної підготовки. На основі отриманих даних визначають локалізацію залишкових плевральних порожнин, наявність, локалізацію і розповсюдженість плевральних злук в порожнині, а також визначають місце вводу першого торакопорту. Далі, в день оперативного втручання, за 1 годину до операції внутрішньовенно крапельно вводять 400 мг моксифлоксацину. В операційній після обробки операційного поля за стандартними методиками, в зоні операційного інтересу проводять розтин м'яких тканин довжиною до 2 см на глибину до парієтальної плеври та проводять пальцеве проникнення в вільній зоні в плевральну порожнину з частковим виконанням розділення плевральних злук, вводять перший торакопорт з відеокамерою та постійною відеофіксацією зображення, визначають місця вводу другого і третього торакопортів під пальпаторним та візуальним контролем, аспірують ексудат з плевральної порожнини, проводять діафрагмоліз, виконують лінійну парієтальну плевректомію нижче

апикальної зони, очищують медіастинодіафрагмальну поверхню плеври від фібринозних нашарувань. Потім проводять поверхневу декортикацію легені, максимально очищуючи її від фіброзних нашарувань. Далі поетапно виконують біопсію змінених ділянок плеври з подальшим цитогістологічним та мікробіологічним дослідженням матеріалу. Після чого, проводять санацію плевральної порожнини розчином антисептиків та внутрішньовенно крапельно вводять 500000 КЮ апротиніну. Далі під візуальним контролем дренують плевральну порожнину дренажем "Блейк", а міждольові проміжки, відповідно, мікроіригатором, які одразу підключають до активної аспірації. В кінці оперативного втручання виконують санаційну фібробронхоскопію з промиванням трахеобронхіального дерева розчином моксифлоксацину. По закінченні операції і щодня виконують внутрішньоплевральне введення 10 мл 0,2 % розчину місцевого анестетика ропівакаїну та 10 мл комбінованого антибактеріального препарату хіксозид. Активну аспірацію та введення препаратів продовжують до зупинки ексудації плеврального вмісту, після чого проводять видалення дренажів. В післяопераційному періоді до основного курсу протитуберкульозної терапії призначають 400 мг моксифлоксацину перорально протягом інтенсивної фази лікування.

Розроблений спосіб дозволяє:

- зменшити частоту виникнення інфекційних ускладнень з 13,8 % до 3,2 %;
- зменшити частоту виникнення мікрогематом з 17,2 % до 4,8 %;
- попередити виникнення рецидивів;
- зменшити частоту хронізації хвороби з 5,1 % до 1,6 %;
- скоротити термін стаціонарного лікування на 4–6 днів.

Спосіб, що заявляється, може знайти широке використання у торакальних стаціонарах та може бути виконаний лікарем, який володіє технікою відеоторакоскопії.