

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, проф.; Шалагай С. 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; Демус Р. С., торакальний хірург; Леванда Л. І., анестезіолог (НІФП НАМНУ)

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 НАМНУ, 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”, 03038, 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 НАМНУ)

УДК: 616.24.036-089-06:616-005.1-084

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 2
від «13» лютого 2018 р.

**Спосіб профілактики внутрішньоплевральної кровотечі в
інтраопераційному та ранньому післяопераційному періодах
після парістальної плевректомії з декортикацією легені**
(інформаційний лист)

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб профілактики внутрішньоплевральної кровотечі в інтраопераційному та ранньому післяопераційному періодах після парієтальної плевректомії з декортикацією легені, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”. Дана технологія запропонована вперше, аналоги відсутні.

Одним із найбільш тяжких ускладнень у торакальній хірургії є внутрішньоплевральна кровотеча, об'єм і інтенсивність якої можуть бути різними в залежності від її причини. Небезпечність виникнення даного ускладнення знаходиться в прямій залежності від травматичності оперативного втручання і його тривалості, стану згортувальної та антизгортувальної систем крові. Часто воно виникає після повторних втручань, а також втручань, пов'язаних із вираженим злуковим процесом у плевральній порожнині, особливо після плевректомії з декортикацією легені, коли відкривається обширна, сильно васкуляризована ділянка легені або грудної стінки, що створює реальний ризик кровотечі.

Розроблений спосіб профілактики внутрішньоплевральної кровотечі в інтраопераційному та ранньому післяопераційному періодах після парієтальної плевректомії з декортикацією легені здійснюється наступним чином. Хворим із хронічними запальними захворюваннями плеври, яким виконують парієтальну плевректомію з декортикацією легені, проводять оперативне втручання за загально визнаними правилами оперативної хірургії. Інтраопераційно виконують гемостаз за допомогою електрокоагуляції і тампонування місць геморагії серветками змоченими гарячим розчином амінокапронової кислоти, дефекти паренхіми легені обробляють сульфакрилатним клеєм, плевральну порожнину промивають 3 % розчином перекису водню і 0,02 % розчином декасану та виконують санацію трахео-бронхіального дерева шляхом фібробронхоскопії, в кінці операції внутрішньовенно вводять 1500 мг транексамової кислоти, 10 мг

вітаміну К1, 4 мл 12,5 % розчину етамзілату натрію, при вираженій кровоточивості, за показами, здійснюють інфузію свіжозамороженої плазми, дренажі відразу під'єднують до активної аспірації, а при відсутності герметизму в плевральній порожнині в першу добу після операції, виконують пасивну, з переходом на активну аспірацію починаючи з 2-ї доби, рентгенологічне дослідження органів грудної порожнини виконують відразу в реанімаційному відділенні і на наступну добу після операції, проводять контроль гемоглобіну в ексудаті протягом 3-х діб після операції і, якщо він складає більше половини рівня в крові, здійснюють повторну інфузію свіжозамороженої плазми, транексамової кислоти, вітаміну К1 та етамзілату натрію.

Розроблений спосіб дозволяє:

- зменшити частоту виникнення кровотеч з 11,1 % до 5,0 %;
- зменшити частоту згорнутого гемотораксу з 16,7 % до 0 %;
- знизити кількість реторакотомій з 16,7 % до 5,0 %;
- скоротити термін стаціонарного лікування з $(28,4 \pm 5,6)$ до $(16,5 \pm 5,3)$ днів.

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