

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.; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Шамрай М. Ю., анестезіолог; Шалагай С. М., канд. мед. наук; Обремська О. К., анестезіолог; Леванда Л. І., анестезіолог (НІФП НАМНУ)

Рецензенти:

О. Д. Ніколаєва, доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти імені 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: 616.24-002.54/.57:616-089.163.002.1

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 10
від “19” листопада 2019 р.

**СПОСІБ ЕТАПНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
З ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ПІСЛЯ
ОПЕРАЦІЙ З ПРИВОДУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ**
(інформаційний лист)

Тираж 80 прим.

Київ 2019

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб етапного хірургічного лікування хворих з гнійно-запальними ускладненнями після операцій з приводу туберкульозу легень, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики НІФП НАМНУ та передбачає використання відеоторакоскопії в поєднанні з бронхоблокацією. Даний спосіб пропонується вперше, аналоги відсутні.

Загальною світовою тенденцією і характерною рисою сучасної фтизіатрії є зростання кількості поширених легеневих деструктивних процесів, які в значному відсотку випадків мають прогресуючий перебіг і супроводжуються великою кількістю ускладнень. Найбільш частим видом післяопераційних гнійно-запальних ускладнень є бронхоплевральна нориця з формуванням залишкової плевральної порожнини та розвитком емпієми плеври.

Спосіб, що пропонується, виконується наступним чином. Хворий з гнійно-запальними ускладненнями після операції з приводу туберкульозу легень, госпіталізований до торакального відділення, проходить необхідні обстеження. В умовах операційної, під однолегеневим інтубаційним наркозом, встановлюють 2 торакопорти у визначених за результатами спіральної комп'ютерної томографії місцях. Виконують відеоасистовану ревізію з санацією залишкової плевральної порожнини і видаленням гнійно-некротичних мас. Проводять пневмоліз в межах розповсюдження емпієми плеври і створення монопорожнини. Операцію закінчують полідренуванням із встановленням дренажів в місця можливої затримки ексудату. Після операції хворому призначають антибактеріальну терапію, проводять щоденну санацію плевральної порожнини розчином антисептику – декасаном через дренажі з активною аспірацією ексудату. На 3-й день здійснюють контроль ефективності першого етапу лікування шляхом виконання спіральної комп'ютерної томографії і, за наявності бронхіальної нориці і/або залишкової плевральної порожнини, проводять внутрішньоплевральне введення суміші метиленового синього з перексидом водню з одночасною лікувально-діагностичною

фібробронхоскопією для візуалізації бронхіальної нориці та виконують імплантацію бронхоблокаційного клапана у визначене місце. Через 7–10 днів проводять контроль ефективності другого етапу лікування шляхом виконання спіральної комп'ютерної томографії. За наявності бронхіальної нориці і/або залишкової плевральної порожнини виконують екстраплевральну торакопластику необхідного об'єму в межах локалізації залишкової плевральної порожнини із застосуванням пневмоперитонеуму одразу після операції. Через 7–10 днів проводять контрольну спіральну комп'ютерну томографію і при ліквідації залишкової плевральної порожнини хворого у відносно задовільному стані виписують зі стаціонару, а бронхоблокаційний клапан видаляють через 3 міс. після ліквідації залишкової плевральної порожнини.

Розроблений спосіб має наступні переваги:

- досягається зменшення травматичності оперативного лікування та зменшення середнього об'єму інтраопераційної крововтрати на $36,2\%$;
- зменшення частоти застосування торакопластики зі $100,0\%$ до $(20,7 \pm 7,5)\%$;
- скорочення середнього терміну стаціонарного лікування з $(57,7 \pm 2,7)$ до $(29,2 \pm 1,8)$ днів;
- зменшення післяопераційної летальності з $(7,7 \pm 5,2)\%$ до $(3,4 \pm 3,4)\%$;
- зменшення кількості випадків неефективного лікування з $(19,2 \pm 7,7)\%$ до $(6,9 \pm 4,7)\%$;
- підвищується загальна ефективність оперативного лікування зазначеної патології з $(73,1 \pm 8,7)\%$ до $(89,7 \pm 5,7)\%$.

Спосіб технічно нескладний, не потребує додаткового обладнання чи інструментарію та може знайти широке використання у хірургічних стаціонарах протитуберкульозних закладів різного рівня.