

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.; Конік Б. М., канд. мед. наук; Терешкович О. В., 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: 616.25-002-089

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 відеоасистованої парієтальної плевректомії з
декортикацією легені у хворих на хронічний плеврит
запального генезу
(інформаційний лист)**

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб відеоасистованої парієтальної плевректомії з декортикацією легені у хворих на хронічний плеврит запального генезу, 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.

Тривале існування випоту в плевральній порожнині (особливо при наявності інфекційного чинника – туберкульозний або неспецифічний плевральний випіт) без адекватної евакуації ексудату призводить до незворотних морфологічних змін в парієтальній і вісцеральній плеврі, що потребує оперативного лікування. Серед наслідків консервативного лікування випітних плевритів без адекватної евакуації ексудату є хронічний плеврит та емпієма плеври. Останні продовжують залишатися однією з найбільш частих причин розвитку так званого "фіксованого колапсу легені", що призводить до хронізації патологічного процесу в грудній клітині і втрати колабованою легенею частини своїх функцій. Розроблено спосіб відеоасистованої парієтальної плевректомії з декортикацією легені у хворих на хронічний плеврит запального генезу.

Спосіб здійснюється наступним чином. Хворому з хронічним плевритом запального генезу виконують комп'ютерну томографію для визначення вираженості і локалізації запального процесу в плеврі. Перед операцією накладають штучний пневмоторакс об'ємом до 500 мл, після чого виконують багатоосьову рентгеноскопію для оцінки можливості і місця постановки торакопорту. Виконують під загальним знеболенням відеоторакоскопію з постановкою 1 або 2 торакопортів з використанням однолегеневої інтубації контрлатеральної легені. Під час операції здійснюють оцінку стану плевральної порожнини на основі даних комп'ютерної томографії і візуального огляду. Проводять вибір місця мініторакотомії з наступною резекцією фрагменту ребра до 8 см та екстраплевральний пневмоліз.

Виконують парієтальну плевректомію. В кінці операції розкривають плевральний мішок та здійснюють його санацію розчином антисептика. Декортикацію легені здійснюють за допомогою ендоскопічних і звичайних хірургічних інструментів під відеосупроводом. Проводять багатократну санацію порожнини гемітораксу декасаном і 3 % розчином перекису водню. Виконують контроль аеро- і гемостазу та здійснюють дренажування плевральної порожнини 2 дренажами і 2 мікроіригаторами, які встановлюють з надпліччя і на діафрагму. Після операції виконують активну аспірацію вмісту плевральної порожнини, а при відсутності герметизму – пасивну. На активну аспірацію переходять через 2 доби.

Розроблений спосіб дозволяє:

- зменшити інтраопераційну крововтрату на 180,5 мл;
- зменшити необхідність призначення наркотичних анальгетиків більше 3-х днів на 18,6 %;
- скоротити тривалість операції на 1,2 год.;
- скоротити тривалість стаціонарного лікування на 4,8 днів;
- зменшити частоту розвитку респіраторних ускладнень на 4,5 %.

Спосіб, що заявляється, нескладний у виконанні і може бути виконаний в торакальних відділеннях фтизіатричних, фтизіо-пульмонологічних стаціонарів міського, обласного та державного рівнів.