

анальгетиків у середньому на 3,0 доби;
– пришвидшити терміни ранньої мобілізація хворого до 3-х діб у 52,3 % хворих;
– скоротити термін перебування хворих у стаціонарі на 7,2 доби;
– підвищити загальну ефективність лікування на 8,5 %.

Спосіб, що пропонується до впровадження, нескладний у виконанні і може бути застосований в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою відеоторакоскопії.

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.; Лисенко В. І., мол. наук. співроб.; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Шалагай С. М., канд. мед. наук; Білоконь С. М., торакальний хірург; Леванда Л. І., анестезіолог; Шамрай М. Ю., анестезіолог; Обремська О. К., 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. Миколи Амосова, 10.

Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.

E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

Тираж 80 прим.

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державна установа
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”
(НІФП НАМНУ)

УДК: 616.24-002.5.036-089.168.1

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 9
від “20” жовтня 2020 р.

**СПОСІБ ВЕДЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ
ПІСЛЯ ВІДЕОАСИСТОВАНИХ РЕЗЕКЦІЙ У ХВОРИХ НА
ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**
(інформаційний лист)

Київ 2020

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб ведення післяопераційного періоду після відеоасистованих резекцій у хворих на туберкульоз легень, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики НІФП НАМНУ та передбачає після виконання відеоасистованої резекції легені, проведення перед ушиванням мініторакотомії периневральних блоkad розчином Ропівакаїну 0,075 %, введення верхнього дренажу мікроіригатору через передній кут рани до купола гемітораку, проведення через торакопорт заключної відеоторакоскопічної ревізії та встановлення нижнього дренажу, підключення дренажів до активної аспірації, проведення оглядової рентгенографії органів грудної порожнини..

Сучасні хірургічні методики відеоасистованих операцій з виконанням мініторакотомії при лікуванні хворих на туберкульоз легень є важливою та ефективною ланкою у боротьбі з даною патологією. Виконання даного виду оперативних втручань супроводжується незначною крововтратою, кращим косметичним ефектом, забезпечує задовільну оглядовість у порожнині гемотораксу, що дозволяє визначити реальні межі патологічного процесу, проводити комфортні маніпуляції, і, як наслідок, дозволяє проводити типову резекцію легені з роздільною обробкою структурних елементів легені та зменшити ймовірність виникнення післяопераційних ускладнень. Післяопераційний період є надзвичайно важливим етапом хірургічного лікування пацієнтів, оскільки больовий синдром, гемодинамічні і дихальні розлади є основними предикторами ускладнень і летальності. Його правильне ведення забезпечує профілактику залишкових плевральних порожнин, внутрішньоплевральних кровотеч, скорочення застосування наркотичних анальгетиків, ранню мобілізацію хворих, скорочення терміну перебування хворого в стаціонарі.

Відомий спосіб профілактики залишкових плевральних порожнин та емпієм плеври після сегментарних, полісегментарних, комбінованих резекцій, лобектомій у хворих, оперованих з приводу туберкульозу легень та плеври, згідно якого при цих операціях

дренування плевральної порожнини проводять двома дренажами, верхній дренаж доводять до купола плевральної порожнини, підшивають і фіксують одним чи двома кетгутувими швами до м'яких тканин по міжребер'ям та парієтальному листку плеври та видаляють його через 5–9 діб. Спосіб має такі недоліки: не приділено уваги профілактиці больового синдрому, введення верхнього дренажу через окрему апертуру, відсутня відеоасистована ревізія, відсутність активної аспірації дренажів, що сприяє виникненню залишкових плевральних порожнин, відсутні заходи ранньої діагностики недорозправлення легені.

Спосіб, що пропонується, виконується наступним чином. Хворому на туберкульоз, якому проводиться відеоасистована резекція легень, перед ушиванням мініторакотомного доступу та дрениванням гемітораку, проводять периневральні блокади міжребір'я мініторакотомії, міжребір'я вище і нижче операційної рани та міжребір'я встановлення торакопорту 0,075 % розчином ропівакаїну, загальним об'ємом 15 мл. Геміторакс дрениують наступним чином: верхній дренаж – мікроіригатор вводять через передній кут рани зі стійкою фіксацією його проксимального кінця в куполі гемітораку, після ушивання міжреберних проміжків через торакопорт проводять заключну відеоторакоскопічну ревізію порожнини гемітораку та встановлюють нижній дренаж. Після ушивання мініторакотомії дренажі підключають до активної аспірації. Оглядову рентгенографію органів грудної порожнини виконують одразу у відділенні реанімації і при наявності ознак недорозправлення легені чи залишкової плевральної порожнини проводять накладання штучного пневмоперитонеуму об'ємом 1500 мл³.

Застосування запропонованого способу ведення післяопераційного періоду після відеоасистованих резекцій у хворих на туберкульоз легень дозволяє:

– зменшити частоту післяопераційних ускладнень таких як, тривале недорозправлення легені, залишкова плевральна порожнина, внутрішньоплевральна кровотеча на 8,5 %;

– скоротити тривалість застосування наркотичних