

## ТОРАКАЛЬНА ХІРУРГІЯ

DOI: [https://doi.org/10.31640/2706-8803-2022-\(5-6\)-03](https://doi.org/10.31640/2706-8803-2022-(5-6)-03)

UDC 616.25-07(075.8)



**І. Д. Дужий**, доктор медичних наук, професор,

ORCID ID: 0000-0002-4995-0096,

Сумський державний університет, <https://sumdu.edu.ua/uk>, Суми, Україна,

Кафедра хірургії, травматології, ортопедії та фізіотерапії,

[gensurgery@med.sumdu.edu.ua](mailto:gensurgery@med.sumdu.edu.ua)

**С. О. Голубничий**, кандидат медичних наук,

ORCID ID: 0000-0002-4965-0114,

Сумський державний університет, <https://sumdu.edu.ua/uk>, Суми, Україна,

Кафедра хірургії, травматології, ортопедії та фізіотерапії, <http://gensurgery.med.sumdu.edu.ua>,

[s.holubnychyi@med.sumdu.edu.ua](mailto:s.holubnychyi@med.sumdu.edu.ua)

**І. Я. Гресько**, кандидат медичних наук,

ORCID ID: 0000-0002-6092-135X,

Сумський державний університет, <https://sumdu.edu.ua/uk>, Суми, Україна,

Кафедра хірургії, травматології, ортопедії та фізіотерапії, <http://gensurgery.med.sumdu.edu.ua>,

[i.gresko@med.sumdu.edu.ua](mailto:i.gresko@med.sumdu.edu.ua)

**М. Г. Кононенко**, доктор медичних наук, професор,

ORCID ID: 0000-0003-3068-1751,

Сумський державний університет, <https://sumdu.edu.ua/uk>, Суми, Україна,

Кафедра хірургії, травматології, ортопедії та фізіотерапії, <http://gensurgery.med.sumdu.edu.ua>,

[m.kononenko@med.sumdu.edu.ua](mailto:m.kononenko@med.sumdu.edu.ua)

**Г. П. Олещенко**, кандидат медичних наук, доцент,

ORCID ID: 0000-0002-9188-490X,

Сумський державний університет, <https://sumdu.edu.ua/uk>, Суми, Україна,

Кафедра хірургії, травматології, ортопедії та фізіотерапії, <http://gensurgery.med.sumdu.edu.ua>,

[g.oleschenko@med.sumdu.edu.ua](mailto:g.oleschenko@med.sumdu.edu.ua)

**О. Л. Ситнік**, кандидат медичних наук, доцент,

ORCID ID: 0000-0001-6855-2467,

Сумський державний університет, <https://sumdu.edu.ua/uk>, Суми, Україна,

доцент кафедри хірургії, травматології, ортопедії та фізіотерапії, <http://gensurgery.med.sumdu.edu.ua>,

[a.sytnik@med.sumdu.edu.ua](mailto:a.sytnik@med.sumdu.edu.ua)

**В. В. Бряник**, аспірант,

ORCID ID: 0000-0002-6134-6609,

Сумський державний університет, <https://sumdu.edu.ua/uk>, Суми, Україна,

Кафедра хірургії, травматології, ортопедії та фізіотерапії, <http://gensurgery.med.sumdu.edu.ua>,

[vladbrai@gmail.com](mailto:vladbrai@gmail.com)

**О. П. Юрченко**, аспірант,

ORCID ID: 0000-0001-5359-6205,

Навчально-науковий медичний інститут Сумського державного університету, <https://med.sumdu.edu.ua>,

Кафедра нейрохірургії та неврології з курсами психіатрії, наркології, медичної психології,

професійних хвороб, <https://neuro.med.sumdu.edu.ua/index.php/uk>, Суми, Україна,

[tyrbik@gmail.com](mailto:tyrbik@gmail.com)

## ХІРУРГІЧНІ ТА ТЕРАПЕВТИЧНІ ДЕФІНІЦІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ ПЛЕВРИ

(роздуми і рекомендації щодо дефініцій)

**Анотація.** Діагностика захворювань плеври не завжди буває своєчасною. Відомо про випадки помилкової діагностики протягом 2–3 тижнів і більше. **Актуальність.** Оперативні втручання на плеврі у більшості випадків затримуються, а виконуються, нерідко проводяться за необґрунтованими діагнозами, що вносить сум'яття у статистику і непорозуміння поміж фахівцями. На нашу думку, в основі цього лежать не чіткі дефініції. **Мета дослідження.** Покращення результатів діагностики і лікування захворювань плеври. **Матеріали і методи.** Своє бачення діагностичних процесів і оперативних втручань при захворюваннях плеври автори виводять, базуючись на аналізі 2011 диференціально-діагностичних хворих і 597 оперативних втручань – плевректомії. **Результати та їх обговорення.** Використання запропонованого алгоритму обстеження і технічних особливостей оперативного втручання дозволили скоротити до мінімуму недоліки діагностики і лікування. **Висновки.** Автори надіються, що втілення запропонованих дефініцій принесе користь нашому народу в умовах епідемії COVID-19 та воєнного стану.

**Ключові слова:** дефініції; захворювання плеври; діагностика; оперативні втручання.

### ВСТУП

Захворювання плеври і легень, які супроводжуються накопиченням плеврального випоту чи пневмотораксом, в останні десятиліття трапляються з постійною частотою (9–12 % і 12–14 % відповідно) поміж пацієнтами торакальних та фтизіохірургічних відділень [2, 12, 13]. Діагностика цих захворювань і наведених синдромів потребують суттєвого вдосконалення, оскільки у переважній кількості випадків вона проводиться несвоєчасно, а іноді – вже на етапі хронізації чи різноманітних ускладнень [5–9, 11, 14].

**Актуальність проблеми** полягає перш за все у відсутності чітких дефініцій при цих захворюваннях. Наприклад, плевральний випіт іменують не синдромом плеврального випоту (СПВ), а плевритом, хоча кількість класифікацій (нозологій) захворювань, які ускладнюються випотом у плевральну порожнину, перевершує 100. Присутність повітря у плевральній порожнині при захворюваннях легень (скажімо, хронічний бронхіт чи бульозна емфізема) називають пневмотораксом, хоча зрозуміло, що пневмоторакс – це ускладнення якогось із захворювань [4, 10, 13].

Несвоєчасна синдромна діагностика, а відтак і нозологічна, у більшості хворих супроводжується різноманітними ускладненнями, частіше з яких трапляються: хронізація плеврального процесу, розвиток гіпертонії малого кола кровообігу, розвиток легеневого серця з відповідними наслідками чи інфікуванням випоту і розвитком емпієми плеври [5, 12]. З огляду на перелічене пацієнт із діагностичного хворого перетворюється на тяжкого хірургічного хворого, що особливо важливо в умовах COVID-19. З іншого боку, нерідко операцію з видалення шматка або більшого за розміром кусеня плеври "величають" плевректомією, що викликає подив. Ми ж не називаємо пневмонектомією видалення сегмента, частки чи атипової резекції легені. Ампутацію нігтьової фаланги не називаємо ампутацією пальця, а клиноподібну резекцію шлунка не іменуємо гастроектомією [2, 4].

Перелічене підкреслює актуальність проблеми і нагальну потребу визначитися з деякими дефініціями у торакальній хірургії, плеврології та фтизіопульмонології [1, 11, 14, 15].

## МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Вдосконалення результатів діагностики та лікування захворювань плеври.

## МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Праця базується на диференціальній діагностиці понад 20 000 хворих та понад 500 оперативних втручань – плевректомії.

**Обговорення окремих складових плеврології.** Діагностика захворювань плеври складна і не завжди вдячна справа, що зумовлено декількома чинниками, поміж яких найбільш важливими є больовий синдром і синдром накопичення плеврального випоту. Усі інші ознаки доєднуються до наведених, що, власне, і перетворює біль та накопичення випоту у плевральній порожнині на синдром плеврального випоту. Безумовно, біль є найбільш частою ознакою захворювання, враховуючи особливості іннервації плевральної і грудної порожнин, які фактично повторюють обриси одна одної. Парієтальна плевра, покриваючи внутрішню поверхню грудної порожнини, з ребрової її поверхні переходить на діафрагму, а з неї на середостіння, утворюючи при цьому два заглиблення (синуси), а саме – косто-діафрагмальне та кардіо-діафрагмальне. Із межистінної поверхні плевральний листок переходить на легеневу поверхню, покриваючи її повністю, після чого знову у ділянці кореня легені переходить на медіастинальну поверхню, а далі – знову таки раз перекидається на костальну поверхню грудної порожнини. У ділянці грудної стінки плевра носить назву парієтальної (пристінкової), на діафрагмі – діафрагмальної, на середостінні – середостінної, на легеневій поверхні – вісцеральної або нутрощевої. Таким чином, легеня знаходиться (лежить) на медіальній поверхні вісцеральної плеври, а власне плевральна порожнина знаходиться між вісцеральним листком плеври і парієтальним.

Грудна порожнина знаходиться між грудною стінкою, покритою парієтальним листком плеври, між діафрагмою, покритою тим же листком плеври, та між середостінням, покритим парієтальним листком плеври і медіальною поверхнею легені, покритої вісцеральним листком плеври. Середостінна плевра досить інтимно прилягає до серцевої сорочки справа і зліва та відносно пухко до середостінної клітковини в усіх відділах середостіння. У склепінні плевральної порожнини парієтальна плевра прикриває верхню грудну апертуру (верхній грудний отвір), де дотичність до клітковини також пухка, а в ній проходять магістральні судини та плечове нервово сплетення, які розташовані у задніх відділах медіальної порції, та граничний симпатичний стовбур із зірчастим вузлом, прилягаючи до бокової поверхні хребта, що потрібно мати на увазі і враховувати при оперативних втручаннях, які виконуються у цій зоні як інтраплеврально, так і екстраплеврально [3, 4].

При екстраплевральному виділенні верхівки легені у цій зоні, що частіше трапляється при туберкульозних процесах, оскільки враження верхівок легень у більшості хворих бувають "прерогативою" туберкульозу, чи при плевректомії, коли при хронічному плевриті склепіння плеври іноді глибоко вдається у верхній грудний отвір, переходячи його горизонтальну площину і контактуючи при цьому з підключичними артеріями і венами та нервовими утворами. Поміж останніх треба мати на увазі складові плечового сплетення чи й саме сплетення, а нерідко – і зірчастий вузол, що у післяопераційний період може призвести до розвитку синдрому Горнера та вегетативних розладів на шкірі обличчя, шиї і грудної клітки, яка проявляється рясним потінням на стороні операції при сухості на протилежній, або навпаки, що залежить від превалюючого травмування симпатичних чи парасимпатичних гілочок зірчатого вузла.

Подібні клінічні прояви можливі і при травмуванні плечового сплетення, у складі якого бувають гілочки діафрагмального нерва. При неврахуванні розташування у цій зоні перелічених вище судин, можлива кровотеча, з якою справитись буває дуже важко. Пошкодження хребтової артерії чи її гілочок у задньо-медіальному відділах сплетіння – майже завжди трагедія. З огляду на наведене маніпуляції у цій зоні мають бути дуже делікатними, а всі рухи тампонатором спрямовані у напрямку до цих утворів (судин та нервових елементів), стараючись з ними не контактувати.

Видаляючи плевральний мішок зліва, треба бути особливо обережним, маніпулюючи у верхньомедіальних відділах грудної порожнини, а саме: за ключицею у зоні підключичної артерії і за нею, де можна пошкодити грудну лімфатичну протоку, що виявити відразу не просто, але може призвести до значної втрати лімфи, враховуючи те, що кількість останньої, яка проходить через протоку за добу, залежно від типу харчування, може становити 1500–2000 мл. Тут же, працюючи в зоні дуги аорти, при екстраплевральному виділенні легені чи при плевректомії, а справа – при маніпуляціях у медіастинальному відділі, зоні підключичної артерії, можливе пошкодження нижнього гортанного нерва (*n. laryngeus inferior*), що веде до парезу чи паралічу голосових зв'язок, і може ускладнитися у перші години після операції аспірацією та афонією, яка поступово компенсується за рахунок "адаптації" голосових зв'язок, але у першу добу спричиняє значну морально-психологічну напругу.

Особливо потрібно бути уважним при виділенні плевального мішка у задніх відділах кореня легені, куди може бути зміщений із латеральних відділів стравоходу блукаючий нерв. Подразнення останнього, особливо за типом "потягування" відразу викличуть брадикардію, яка може перейти у зупинку серця, відновити роботу якого може бути проблематичним. З огляду на це під час цього етапу операції потрібно постійно спілкуватися з анестезіологом. Уникнути цього ускладнення можливо за рахунок уваги до зони операції і "сигналів" анестезіолога шляхом зміни "маніпуляційних рухів". Потрібно пам'ятати, що блукаючий нерв витримує тиснення, але "не переносить" потягування. З огляду на це такі (подібні) маніпуляції з коренем легені та плевральним мішком – не допустимі.

З перикардом і діафрагмою після запальних захворювань плевральний листок зрощується інтимно і при невиконанні відповідних запобіжних заходів іноді призводить до травм, що збільшує тривалість оперативного втручання і може стати небезпечним з огляду пошкодження діафрагмального нерва на передній поверхні перикарда, що супроводжується паралічем діафрагми і дихальними розладами, які важко відрізнити від тромбозу та ателектазу легені.

Прикриваючи середостіння з двох сторін, плевра відносно пухко прилягає до його вмісту – магістральних судин (аорта, верхня і нижня порожнисті вени, плечоголова артерія, грудна лімфатична протока) та до стравоходу у верхніх задніх відділах грудної порожнини і блукаючого нерва, розташованого на його передньообоківій поверхні стравоходу справа та у нижніх відділах середостіння зліва. Маніпулюючи у цих зонах потрібно враховувати наведене, "зсуваючи" прилягаючу клітковину у напрямку цих утворів, а не навпаки, що попередить травмування та пошкодження дрібних судин і нервових утворів, які мають до них відношення.

Особливості іннервації грудної і плевральної порожнини суттєво впливають на клінічні прояви захворювань, які мають до них відношення, і, відповідно, на особливості його перебігу та діагностики. Наведене стосується больового синдрому з огляду на іннервацію одним і тим же нервовим утвором декількох суміжних, а інколи і досить віддалених органів чи порожнин. До таких відносимо особливості іннервації нижніх відділів плевральної порожнини, яка здійснюється нижніми шістьма парами міжребрових нервів, які мають комунікативні зв'язки з нервовими утворами протилежної половини тіла (протилежного гемітораку) і навіть значно від-

даленими нервовими утворами, наприклад, з сідничним нервом чи ренальним сплетінням і, зрозуміло, з відповідними маніфестуючими ознаками [3, 5]. Паралельно із цим зазначені нерви забезпечують чутливу іннервацію очеревини, брижів, м'язів черевної стінки і шкіри аж до лонного з'єднання. Відповідно до цього патологічні процеси, які перебігають у нижніх відділах будь-якого гемітораку можуть супроводжуватися болями у черевній порожнині, які імітують гострі захворювання (апендицит, холецистит, перфоративна виразка дванадцятипалої кишки чи шлунка, перфорації інших порожнистих органів, гострі захворювання додатків), які нерідко вимагають застосування невідкладних заходів, аж до оперативних втручань [4, 10]. Ми спостерігали хворого, якого оперували двічі: з приводу "апендициту", а через 3 дні – з приводу гострої кишкової непрохідності. Остання була підтверджена променевим дослідженням, яке констатувало присутність у кишківнику чаш Клойбера. Лише після підвищення температури до 39,5 °С на третю добу після лапаротомії виконане променеве дослідження грудної клітки виявило присутність випоту у лівій плевральній порожнині. Дообстеження із застосуванням плевроскопії і плевробіопсії з наступним патоморфологічним дослідженням дозволило верифікувати туберкульоз плеври. Потрібно підкреслити, що за рахунок комунікативних зв'язків нервових утворів правої і лівої половин тіла захворювання плеври зліва у даного хворого проявилось больовим синдромом у протилежній, правій половині черевної порожнини (апендицит!).

Подібні казуси нами описані іще у другій половині минулого століття, але подібні випадки як траплялися, так і продовжують періодично траплятися [8]. Зауважимо, що подібні (замінні, ерзац) синдроми трапляються не лише при випотах у плевральній порожнині, а й при синдромі спонтанного пневмотораксу (ССП), хоча, не виключено, що можливі і при травматичному.

Отже, після уточнення скарг та деталізації анамнезу потрібно вирішити питання щодо синдромного діагнозу, який має визначитися як синдром плеврального випоту чи синдром пневмотораксу (спонтанного чи травматичного).

Тому, орієнтуючись на провідну скаргу хворих (біль), лікар, частіше первинної ланки надання допомоги – сімейний лікар, дільничний лікар, а у ряді випадків і вторинної ланки, має застосувати наступний етап обстеження – фізикальні обстеження. При візуальному огляді хворого вдається побачити відставання при диханні відповідної половини грудної клітки, хоча воно може мати місце і при апендициті та холециститі. Для цього потрібно витратити не більше 30–40 с часу... Та більшість хірургів до цього "не опускається". Порівняльна пальпація дозволяє встановити відсутність чи послаблення голосового тремтіння, яке буває при обох синдромах (синдром плеврального випоту, синдром спонтанного пневмотораксу), а перкусія відразу дозволить уточнити присутність СПВ (при притупленні перкуторного звуку), або пневмотораксу (при коробковому його відтінку). Лише після цього діагностичного етапу потрібно вдатися до променевого обстеження. Першим потрібно застосовувати ультразвукове дослідження (УЗД), а при сумнівах у верифікації синдрому – традиційне рентгенологічне обстеження. Підкреслимо: традиційне променеве обстеження необхідно виконувати обов'язково у двох проекціях. Оглядова рентгенографія виконується для уточнення враженого геміторака, після чого виконується відповідний боковий рентгенівський знімок. Незалежно від упевненості променевого діагноста у своєму баченні внутрішньогрудного процесу, боковий знімок має бути виконаний обов'язково. Враховуючи скелетотопію легень і діафрагми бокове променеве дослідження у більшості випадків буває більш достовірним, а у поєднанні з оглядовим – більш результативним. Вітчизняні рентгенологи про це свідчать, а ми підтвердили, базуючись на дослідженні більше 20 тис. хворих із підозрою на плевральний випіт. Нами було встановлено існування 11 рентгеноморфологічних синдромів плеврального

випоту, у більшості яких потрібно проводити диференціальну діагностику пневмонії [3, 5]. Проте анамнез захворювання і клінічна картина, про що йшлося вище, базуючись на даних променевого дослідження, дозволяють безпомилково констатувати присутність випоту у плевральній порожнині. Разом з тим мусимо додатково підкреслити, що при підозрі на випіт променеве дослідження в усіх випадках потрібно розпочинати із ультрасоноскопії, а вже після дообстеження, про що мова йтиме далі, і після проведення відповідних лікувально-діагностичних дій (аспірація випоту, торакоскопія, плевробіопсія, дронування плевральної порожнини) вдаватися до традиційного рентгенологічного обстеження, а можливо і до лінійної чи спіральної томографій у тих випадках, коли ендоскопічне обстеження та гістологічне дослідження біоптату не дало підстави поставити крапку над "і". Не можна забувати застереження наших попередників, що будь-яке обстеження має бути щадним для хворого. А томографічні дослідження це все ж таки "маленький Чорнобиль".

Вважаємо за доцільне підкреслити, що у більшості навчальних і практичних посібників рентгеноморфологічна картина при синдромі плеврального випоту описується як затемнення у тому чи іншому гемітораксі із існуванням чіткої лінії, розташованої над затемненням, яку іменують лінією Соколова-Дамуазо. Підкреслимо, що ця лінія трапляється лише у 45–48 % хворих. Описав цю ознаку випоту Дамуазо іще на початку ХХ ст. Отже: лінія Дамуазо.

Після променевого підтвердження СПВ чи ССП хворий має бути направлений до торакального хірурга, краще – до фтизіохірурга, оскільки СПВ носить специфічний (туберкульозний) ґенез у 65–67 % хворих, а ССП – у 45–55 %.

Враховуючи зазначене, верифікація діагнозу і подальше лікування будуть своєчасними і обґрунтованими. Більше того, такі хворі не будуть якийсь час "не при ділі". І насамкінець, хворі на туберкульозний плеврит бувають бацилярними, отже, перебування їх у загальних відділеннях, хоча і нетривалий час, за вимогами інфекційного контролю є небезпечним, що б з цього приводу не говорили ті, кого "призначили" керувати (навчати інших).

У разі значної задишки і тахікардії, що частіше буває ознакою серцевої недостатності, доцільно виконати розвантажувальну пункцію у об'ємі 200–400 мл. Ця цифра цілком орієнтовна. Об'єм аспірату має визначатися станом хворого: зменшення задишки, тахікардії, аритмії. При синдромі спонтанного пневмотораксу, за різними показаннями виконується дронування плевральної порожнини. Завідувач кафедри хірургії Харківського університету у 1884 році М. С. Субботін (пізніше професор медико-хірургічної академії Санкт-Петербургу) запропонував дронування плевральної порожнини, яке пізніше зробив Бюлау. Оскільки світовий інформативний простір у ті часи був обмежений, на Заході операція отримала назву: дронування за Бюлау. Це цілком зрозуміло, оскільки мешканцям будь-якої країни хочеться бачити авторами своїх земляків... Ми ж мусимо це оперативне втручання називати операцією Субботіна – Бюлау. Це з повагою до іноземних колег, а не з огляду до космополітизму. Не будемо повторювати зневагу до І. Пулюя.

Залежно від можливостей відділення виконується відеоторакоскопія чи традиційна торакоскопія [7, 8, 10, 15]. Візуально при торакоскопії можна відразу визначитися з трьома діагнозами. При туберкульозі плеври парієтальний листок плеври воскоподібно набряклий, а паравертебрально на ньому визначаються висипання від 2 до 5 мм у діаметрі, завжди однакового розміру і правильної форми. При онкологічних процесах висипання різних розмірів і неправильної форми на фоні ненабряклої, помірно "ін'єкованої" судинами плеври. При СПВ кардіального ґенезу на тлі незміненої плеври чітко проявляються набухлі міжреброві судини, розташовані по нижньому краю верхніх ребер.

Біопсія завжди виконується у 4–5 місцях підозрілих ділянок плеври. У разі наявності додат-

кових утворів біоптат береться на межі утвору з неушкодженою плеврою. Подальша верифікація діагноза визначається спільно з патоморфологом і цитологом.

Онкологічні захворювання мають лікувати онкологи, частіше хіміотерапевти. Але це тема для спеціальної розмови. Кардіальні випоти лікують кардіологи. Туберкульозні плеврити лікують фтизіатри під постійним наглядом фтизіохірурга. Вдається консервативно вилікувати до 80 % хворих. У інших хворих на туберкульозний процес відбувається хронізація запалення із розвитком хронічного плевриту. На жаль існує думка, якій близько 100 років, що хронічний плеврит розвивається через 2 місяці перебігу захворювання, що абсолютно не вірно. Хронізація процесу може розвинутиися тоді, коли розвинеться. Можливий перебіг захворювання зі схильністю до хронізації від самої маніфестації процесу. Це дуже важливо, оскільки вилікувати хронічний плеврит можливо лише оперативно, а оперувати хворих бажано під час I–II стадій хронізації процесу. Лікарі ж у більшості випадків "чекають" 2–3–6 місяців, коли можна буде констатувати хронізацію хвороби [8, 15]. Але ця тема для іншої розмови.

Нами запропонована клініко-рентгеноморфологічна класифікація хронічного плевриту, яка визначає покази до оперативного втручання, оскільки наслідком хронічного плевриту є фіброзна трансформація грудної стінки і діафрагми (фіброторакс) та розвиток плеврогенного пневмосклерозу із обов'язково супутньою гіпертонією малого кола кровообігу і поступовим розвитком легеневого серця. Наводимо стисло основні критерії хронічного плевриту.

При першій стадії хронічного плевриту (ригідний плеврит) хворий скаржитися на стиснення, або незначне розпирання у відповідному гемітораксі чи відчуття чогось неприємного. Покашлювання і задишка при деяких фізичних навантаженнях. Фізикальні дані нагадують такі при СПВ взагалі: відсутність чи значне послаблення голосового тремтіння, тупість при перкусії і відсутність чи послаблення дихальних шумів. Ультрасоноскопічно визначається більша чи менша кількість плеврального випоту, що використовується для позначення місця плевральної пункції. Рентгенологічна картина нагадує таку при виявленні синдрому плеврального випоту і може включати пристінкове затемнення, яке поширюється від склепіння плеври або дещо нижче до костодіафрагмального синуса, затемнення цього чи кардіодіафрагмального синуса, затемнення над діафрагмою, затемнення частини чи всього геміторакса від I до III ребра. Але, на противагу гострому процесу, коли завжди має місце зміщення середостіння у протилежному напрямку, при хронічному плевриті цього не буває. При плевральній пункції голка "провалюється" у плевральну порожнину, що чітко відчуває маніпулюючий (лікар) і навіть хворий. У процесі пункції за відсутності нориці поступово створюється вакуум, а аспірат приймає кров'янисте забарвлення. Такого не потрібно допускати. Ця стадія хронізації плевриту є межею консервативного лікування і показом до застосування хірургічних методик. На цій стадії хронічного плевриту при виконанні плевректомії трапляються відносні труднощі, а крововтрата досягає 400–600 мл.

Друга стадія хронічного плевриту – панцирний плеврит. Фізична активність хворих значно знижена. Типовою скаргою є стиснення в грудях, яке утруднює глибокий вдих, при якому визивається покашлювання. Тупий грудний біль посилюється при коливаннях атмосферного тиску. Задишка виникає при підніманні сходами. Фізикальні дані і показання до пункції нагадують такі, що запропоновані при діагностиці при першій стадії хронізації процесу. Променеве дослідження фіксує зменшення об'єму ураженого геміторакса, зміщення середостіння в бік патологічного процесу, підйом передніх відділів склепіння діафрагми, звуження міжребрових проміжків і зміна напрямку розташування ребер.

Підкреслюємо, що допускати до цієї стадії перебіг процесу – майже злочин, оскільки оперативне втручання за цієї стадії дуже травматичне. Крововтрата, яка супроводжує

операцію, сягає від 600 мл до 1200 мл і більше. Автори, які "виконують плевректомію" відеоторакоскопічно, розуміють, як виходити з такого положення?

Третя стадія хронічного плевриту – плеврогенний фіброторакс – характеризується задишкою навіть у спокої, тиснучим болем у грудній клітці та ірадіацією у різні відділи тіла. Плечовий пояс опущений, ребровий каркас хворого геміторакса запалий. Рентгенологічно об'єм геміторакса зменшений, середостіння зміщене у бік патологічного процесу, діафрагма підтягнута уверх, ребра приймають майже вертикальне положення. Протилежний геміторакс збільшений в об'ємі, реброва дуга виступає вперед, що змінює ходу хворого, за якої він ходить напівбоком, ніби "виходить на танок".

За рахунок плеврогенного пневмофіброзу можливе виникнення бронхоектазів, які виявляються за допомогою комп'ютерної томографії (КТ). КТ для таких хворих обов'язкова. Саме вона й визначає обсяг оперативного втручання. За наявності бронхоектазів чи цирозу верхньої частки справа чи середньої доцільне симультанне (поєднане) оперативне втручання (плевректомія та лоботомія). При поширених бронхоектазах чи цирозі нижньої долі справа або верхньої долі зліва виконується плевропневмонектомія. Інколи після плевректомії вдається розправити легеню і досягти бажаного функціонального відновлення. Підкреслимо, що передбачити таку можливість можливо після КТ-обстеження, а остаточно визначитися – в процесі оперативного втручання. Виконавши плевректомію, пробують роздути легеню і, якщо це вдається, вважають запрограмоване здійсненим.

Підкреслимо, що характер випоту не має визначального впливу на хронізацію плеврального процесу, оскільки хронічний плеврит може виникати під час I–II чи III стадії розвитку як катарального, так і гнійного (емпієма) плевриту. Отже, лікар має орієнтуватися не на характер випоту, а на стадію хронізації запального процесу, що, зокрема, може визначити покази та протипокази до відео- чи торакоскопічного втручання [4, 5]

Виконуючи плевректомію, потрібно брати до уваги наступне. Загальна площа плевральних листків сягає близько 1,5 м<sup>2</sup>. Отже, для їхнього видалення потрібний належний розмір доступу, як для маніпуляцій з власне видалення плеврального мішка (плевректомії), так і для візуального огляду ранової поверхні з метою виявлення можливої кровотечі та її зупинки. Найбільш вразливими зонами для цього, про що йшла мова раніше, є склепіння плевральної порожнини, середостіння та діафрагмальна поверхня, особливо кардіафрагмальні і костодіафрагмальні заглиблення (синуси). У переважної більшості хворих "плаче" (кровить) практично вся поверхня грудної стінки, оскільки відділення фіброзно переродженої порції плеврального мішка, якою є парієтальна складова, що інтимно зростається з ендоторакальною фасцією та разом з нею утворює сполучнотканинний рубець, у якому знайти будь-які клітинні елементи, окрім сполучної тканини, неможливо. У свою чергу цей рубець інтимно зростається з грудною стінкою, проростаючи у її тканини. Проростання у ребра настільки інтимні, що відділення від них плеврального мішка відбувається разом із періостом. Це добре видно при візуальному вивченні макропрепарату. З огляду на особливості травмування грудної стінки при проведенні плевректомії (а саме – тупе відділення плеврального мішка), значно травмуються усі тканини грудної стінки. Це супроводжується викидом у кров'яне русло і місцево тромбoplastичних субстанцій, які ведуть до перетворення протромбіну у тромбін. Тромбін, в свою чергу, ініціює роботу згортаючої системи крові. Як наслідок, активуються, з одного боку, фактори згортання крові (тромбоцити – фібриноген), а з іншого – фібринолітична система, яка на цьому етапі є саногенною реакцією на тромбоутворення внаслідок тупої травми. Залежно від рівня інтенсивності активації згортаючої системи крові саногенна реакція фібринолітичної системи трапляється завжди. Проте у деяких хворих вона може перевершити біологічно-



фізіологічну доцільність і перетворитися на патологічну, яка може закінчитися кровотечею. Але це, як зазначено раніше, є полюсним патологічним проявом згортаючої-протизгортаючої системи на операційну травму. Завданням хірургічної бригади і, зокрема, оперуючого хірурга – не допустити розвитку такого порушення. Проте це тема окремої праці.

Доступ для виконання плевректомії має бути лише заднім, оскільки для маніпуляцій на діафрагмі і в склепінні плевральної порожнини з інших доступів (переднього і бокового) дістати-ся з можливістю зручних візуальних маніпуляцій неможливо. З іншого боку, торакотомія і "входження" в екстаплевральний простір (в екстраплевральну щілину), що є базисним при цьому втручанні, можливе, знову ж таки, лише при цьому, задньому підході. Найбільш пухко парієтальний листок плеври, прилягає до середостіння, особливо у паравертебральному відділі. Найбільш щільно плевральний мішок "зростається" з грудною стінкою по ребровій поверхні. Для того, щоб увійти у екстаплевральну щілину, яка утворюється зовнішнім відділом плеврального мішка, який представлений парієтальною плеврою, потрібно знайти місце, де зовнішній відділ мішка (він же пристінковий) найбільш пухко прилягає до відповідних відділів грудної стінки. Таким відділом якраз і є паравертебральна зона. Після висічення паравертебральних сегментів ребер (двох – трьох) довжиною 6–8 см розсікаємо вибране міжребер'я по його середині, а при дуже вузьких проміжках, що буває при давньому хронічному плевриті (II–III ступеня) – розсікаємо по краю нижче розташованого ребра, попередньо створюючи пальцем чи тампонатором хід від висічених ребер, що полегшує розсічення міжребер'я і попереджає небажане пошкодження судин та плеври. Розсікаємо міжребер'я максимально далеко вперед, аж до передньої пахвової зони, де парієтальний листок має найменшу товщину і міцність зрощення з грудною стінкою. У цій зоні тупо відшаровуємо плевру по можливості в усіх відділах, після чого, "розвернувшись" до зони розсіченого міжребер'я, повертаємося до хребтового відділу. Зону відшарованого плеврального мішка (екстраплевральну) тампонуємо великими серветками. Цей прийом дозволяє, не пошкодивши міжреброві судини, піднятися до склепіння і опуститися до діафрагми. Паралельно із цим плевральний мішок відшаровується від середостіння за принципом: іти там, де йдеться, не створюючи каналів. Коли ж зазначеним методом міжреброві судини не відшаровуються у паравертебральній зоні, вони коагулюються. На практиці нам доводилося перев'язувати ці судини лише у поодиноких випадках, чим і зобов'язані практиці саме означених маніпуляцій.

З діафрагми плевральний мішок починаємо знімати з кардіодіафрагмального кута, зсуваючи власне діафрагму з мішка. Основною умовою при цьому є достатня видимість. Ретельно виконаний діафрагмоліз – запорука функціонального відновлення діафрагми і зовнішнього дихання.

У випадку значних труднощів при виділенні плеврального мішка потрібно додатково розсікати ще одне (нижнє) ребро. У разі складнощів у зоні склепіння грудної порожнини додатково розсікається верхнє (над зоною розтину) ребро.

Плевректомія спрямована на санацію хворого шляхом:

- 1) призупинки щодобової втрати білків;
- 2) звільнення легені, діафрагми та грудної стінки від фіброзного панциру для сприяння відновлення функції зовнішнього дихання та призупинки подальшого розвитку фібротораксу і плеврогенного цирозу легень;
- 3) відновлення нормального співвідношення між перфузією і вентиляцією у малому колі кровообігу, що запобігає гіпоксемії – гіпоксії та розвитку хронічного легеневого серця;
- 4) зменшення явищ бронхо- та артеріоспазму у малому колі кровообігу, що запобігає дихальної недостатності;

5) покращення повернення крові до серця із великого кола кровообігу, що відтворює фізіологічні взаємини між серцем і серцево-судинною системою та об'ємом (масою) внутрішньосудинної крові.

Після повного виділення парієтальної частки мішка приступають до його виділення з легені, що означає звільнення легені від вісцеральної порції плеври. Цей етап операції потрібно розпочинати з кореневої зони, розсікши перед цим дублікатуру плеври під коренем, а потім – за ним, що сприяє виходу на його елементи. Знову підкреслимо, що всі рухи тампонатора чи пальців мають бути спрямовані на легеню. Повне звільнення легені від плеврального мішка (плевректомія) може закінчитися у будь-якій її зоні. Частіше це буває на верхівці легені. Лише повністю знявши мішок з легені ми стверджуємо про завершення оперативного втручання, яке лише в такій формі може отримати визначення – плевректомія.

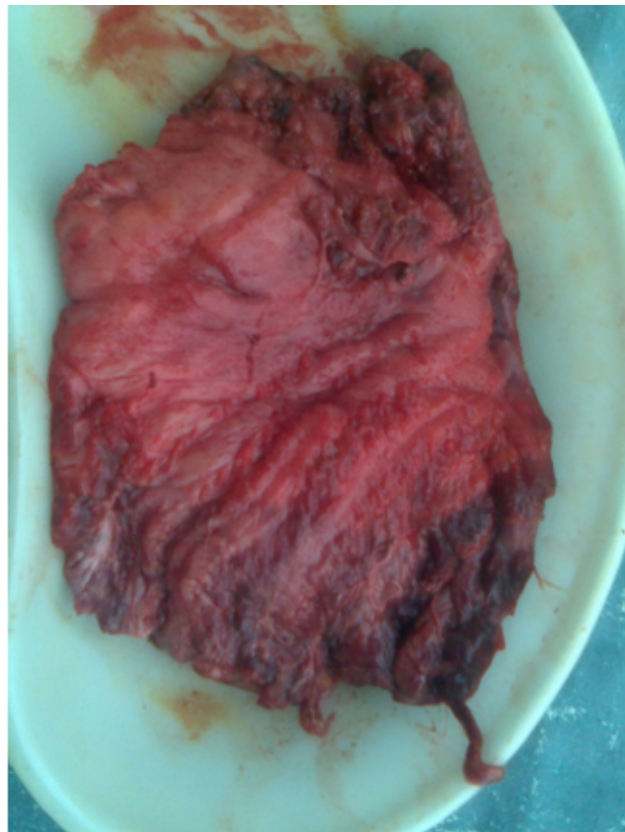
Проте крапкою при цьому втручанні має бути розділення міжчасткових щілин. Таке оперативне втручання є потужним реконструктивним засобом, який відновлює наповнення повітрям легені, а хворий, прокинувшись після втручання, відразу підтвердить це за своїми відчуттями. Через деякий час, залежно від стадії хронізації плевриту і тривалості захворювання, може відновитися і рухливість грудної стінки (через 4–5 місяців). Відновлення циркуляції крові у звільненій легені нормалізує тиск у малому колі кровообігу, чим зупиняє подальший розвиток легеневого серця і його подальшу декомпенсацію з поступовим функціональним відновленням. Залежно від стадії хронізації плевриту товщина парієтального листка плеврального мішка може досягати 25–35 мм. Ножицями далеко не завжди вдається розсікти цей відділ. Таку маніпуляцію можна виконати лише скальпелем. При інших оперативних доступах виконати якісно це втручання неможливо. То ж повідомлення деяких хірургів, головним чином російського регіону, про виконання плевректомії шляхом відеоторакоскопічного доступу потрібно вважати некоректним. Так, відеоторакоскопічно можливе очищення плевральної порожнини від фібринних та фіброзних нашарувань, від згортків крові, більшою чи меншою мірою видалення з легені гнійних утворів, фібрину... Назвати таку операцію декортикацією можна, але це лише слова, точніше – словоблудство, оскільки виконати плевректомію в анатомічному розумінні цього слова при такому доступі неможливо (рис. 1, 2).

До того ж, при торакаскопії чи відеоторакоскопії (що відповідає визначенню), маніпулятор знаходиться не екстраплеврально (як при проведенні плевректомії), а у плевральній порожнині, що не дає змоги "зняти з себе цей мішок". Тому видалення фібрину чи будь-якого іншого вмісту плевральної порожнини має називатися "очищенням плевральної порожнини від фібринних нашарувань", чи "...від згортків крові" тощо. Або ж визначатися як кюретаж плевральної порожнини і кортикального відділу легені. Видалити кортикальний шар легені, в основі якого лежить вісцеральна плевра, при відкритій торакотомії може віртуозний хірург, а зробити це при відеоторакоскопії неможливо ні за яких обставин.

Отже, втручання має іменуватися так, яким воно є: кюретаж легені і плевральної порожнини (парієтальної плеври – краще), або – видалення фібринних і фіброзних нашарувань плевральної порожнини і легені (кортикального відділу легені). Але це не декортикація. Скажімо, при *abrasio* виконується кюретаж матки, але це не видалення матки. Очищення легені і плевральної порожнини шляхом торакаскопії і кюретажу – складне втручання, яке вимагає значних зусиль, досвіду і фізичних затрат. І ніхто не може применшувати значення торакаскопії в оздоровленні хворого. Проте все має називатися за анатоμο-морфологічними і анатоμο-фізіологічними ознаками чи втручаннями. Запропонована нами класифікація хронічного плевриту (їй близько 40 років) спрямована на своєчасне виконання малотравматичних втручань, яким є відеоторакоскопія.



**Рис. 1.** Заключний етап плевректомії  
(фото авторів)



**Рис. 2.** Парієтальна поверхня видаленого плеврального мішка із залишками періосту (фото авторів)

## ВИСНОВОК

Надіємося, що запропоновані дефініції підкреслять важливість і значимість праці торакальних і фтизіоторакальних хірургів, пульмонологів та фтизіопульмонологів у цій царині, а також піднімуть рівень вітчизняної хірургічної плеврології на належний рівень.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ ТА ДЖЕРЕЛ

1. Boyko V. V., Makarov V. V., Groma V. G. Treatment tactics in patients with multi-camera empyema pleura. *Bulletin of Urgent and Recovery Medicine*. 2012. Vol. 13. No. 3. P. 327–330. [Russian].
2. Duzhyi I. D., Grehsko I. Ya., Myshchenko Y. O. Questions of epidemiology of the pleurisy epidemiology. *Ukrainian Pulmonology Journal*. 2016. No. 3. P. 60–63. [Ukrainian].
3. Duzhyi I. D. *Klinichna plevrolohiiia*. Kyiv : Zdorovia, 2000. 384 p. [Ukrainian].
4. Duzhyi I. D., Oleshchenko H. P. *Deiaki definityi klinichnykh syndromiv u razi zakhvoriuvan plevry (Kompendium)*. Sumy : Sumskyi derzhavnyi universytet, 2022. 54 p. [Ukrainian].
5. Duzhyi I. D. *Osoblyvosti diahnostryky khvorob plevry*. 2. Sumy : Sumskyi derzhavnyi universytet, 2021. 716 p. [Ukrainian].
6. Koshak Yu. F. Analysis of results of surgical treatment of patients with tuberculous pleural empyema. *Achievements of Clinical and Experimental Medicine*. 2020. No. 1. P. 106–114. [Ukrainian]. <http://dx.doi.org/10.11603/1811-2471.2020.v.i1.11077>
7. Koshak Yu. F. Features of diagnosis and treatment of tuberculous pleural empyema. *Infectious diseases*. 2021. No. 3. P. 80–89. [Ukrainian]. <https://doi.org/10.11603/1681-2727.2021.3.12499>

8. Lee S. J., Kim H. S., Lee S. H., Lee T. W., Lee H. R., Cho Yu. J. et al. Factors influencing pleural adenosine deaminase level in patients with tuberculous pleurisy. *Amercian Journal of the Medical Sciences*. 2014. Vol. 348. No. 5. P. 362–365. <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000260>
9. Opanasenko M. S., Kalenychnenko M. I., Tereshkovych A. V., Konik B. M., Demus R. S., Sirik O. O., et al. Experience of various parietal pleurectomy with decorticationlungs in pleural defeat. *Klinichna khirurgiia*. 2013. No. 8. P. 48–53 [Ukrainian].
10. Opanasenko M. S., Shalagay S. M., Klymets E. V., Tereshkovych O. V., Konik B. M., Levanda L. I. Endoscopic methods of treatment of subacute and chronic inflammatory pleural diseases. *Klinichna khirurgiia*. 2017. No. 18. P. 39–42. [Ukrainian].
11. Pertsov V. I., Telushko J. V., Savchenko S. I. Experience in treating patients with acute nonspecific empiema pleural with the use of thoracoscopic interventions. *Zaporizhzhia Medical Journal*. 2017. Vol. 19. No. 2. P. 175–180. [Ukrainian]. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2017.2.96025>
12. Tronina E. Yu., Shipulin P. P., Baydan V. V., Severgin V. E., Nikitenko R. P. Ways of improvement of the treatment results for an acute pleural empyema. *Klinichna khirurgiia*. 2018. Vol. 85. No. 2. P. 26–28. [Russian]. <https://doi.org/10.26779/2522-1396.2018.02.26>
13. Tronina O. Yu. Modern approaches to the acute pleural empyema treatment (literature review). *Shpytalna khirurgiia. Zhurnal imeni L. Ya. Kovalchuka*. 2017. No. 4. P. 102–108. [Ukrainian]. <https://doi.org/10.11603/2414-4533.2017.4.8153>
14. Udwadia Z. F., Sen T. Pleural tuberculosis: an update. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*. 2010. Vol. 16. No. 4. P. 399–406. <http://dx.doi.org/10.1097/MCP.0b013e328339cf6e>
15. WHO. Global tuberculosis report 2018. Geneva: WHO, 2018. 243 p.

## REFERENCES

- Boyko, V. V., Makarov, V. V., & Groma, V. G. (2012). Treatment tactics in patients with multi-camera empyema pleura. *Bulletin of Urgent and Recovery Medicine*, 13(3), 327–330. [Russian].
- Duzhyi, I. D., Grehsko, I. Ya., & Myshchenko, Y. O. (2016). Questions of epidemiology of the pleurisy epidemiology. *Ukrainian Pulmonology Journal*, 3, 60–63. [Ukrainian].
- Duzhyi, I. D. (2000). *Klinichna plevrolohiiia*. Kyiv : Zdorovia, 2000. 384 p. [Ukrainian].
- Duzhyi, I. D., & Oleshchenko, H. P. (2022). *Deiaki definititsii klinichnykh syndromiv u razi zakhvoriuvan plevry (Kompendium)*. Sumy : Sumskiy derzhavnyi universytet, 2022. 54 p. [Ukrainian].
- Duzhyi, I. D. (2021). *Osoblyvosti diahnostyky khvorob plevry. 2*. Sumy : Sumskiy derzhavnyi universytet, 2021. 716 p. [Ukrainian].
- Koshak, Yu. F. (2020). Analysis of results of surgical treatment of patients with tuberculous pleural empyema. *Achievements of Clinical and Experimental Medicine*, (1), 106–114. [Ukrainian]. <http://dx.doi.org/10.11603/1811-2471.2020.v.i1.11077>
- Koshak, Yu. F. (2021). Features of diagnosis and treatment of tuberculous pleural empyema. *Infectious diseases*, (3), 80–89. [Ukrainian]. <https://doi.org/10.11603/1681-2727.2021.3.12499>
- Lee, S. J., Kim, H. S., Lee, S. H., Lee, T. W., Lee, H. R., Cho, Yu. J., et al. (2014). Factors influencing pleural adenosine deaminase level in patients with tuberculous pleurisy. *Amercian Journal of the Medical Sciences*, 348(5), 362–365. <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000260>
- Opanasenko, M. S., Kalenychnenko, M. I., Tereshkovych, A. V., Konik, B. M., Demus, R. S., Sirik, O. O., et al. (2013). Experience of various parietal pleurectomy with decorticationlungs in pleural defeat. *Klinichna khirurgiia*, (8), 48–53 [Ukrainian].
- Opanasenko, M. S., Shalagay, S. M., Klymets, E. V., Tereshkovych, O. V., Konik, B. M., & Levanda, L. I. (2017). Endoscopic methods of treatment of subacute and chronic inflammatory pleural diseases. *Klinichna khirurgiia*, (18), 39–42. [Ukrainian].

- Pertsov, V. I., Telushko, J. V., & Savchenko, S. I. (2017). Experience in treating patients with acute nonspecific empiema pleural with the use of thoracoscopic interventions. *Zaporizhzhia Medical Journal*, 19(2), 175–180. [Ukrainian]. <https://doi.org/10.14739/2310-1210.2017.2.96025>
- Tronina, E. Yu., Shipulin, P. P., Baydan, V. V., Severgin, V. E., & Nikitenko, R. P. (2018). Ways of improvement of the treatment results for an acute pleural empyema. *Klinichna khirurgiia*, 85(2), 26–28. [Russian]. <https://doi.org/10.26779/2522-1396.2018.02.26>
- Tronina, O. Yu. (2017). Modern approaches to the acute pleural empyema treatment (literature review). *Shpytalna khirurgiia. Zhurnal imeni L. Ya. Kovalchuka*, (4), 102–108. [Ukrainian]. <https://doi.org/10.11603/2414-4533.2017.4.8153>
- Udwadia, Z. F., & Sen, T. (2010). Pleural tuberculosis: an update. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 16(4), 399–406. <http://dx.doi.org/10.1097/MCP.0b013e328339cf6e>
- WHO (2018). Global tuberculosis report 2018. Geneva: WHO, 2018. 243 p.

Отримано/Received 22.08.2022

## SURGICAL AND THERAPEUTIC DEFINITIONS IN DISEASES OF THE PLEURA (reflections and recommendations on definitions)

**I. D. Duzhyi**, Doctor of Medical Sciences, Professor,

ORCID ID: 0000-0002-4995-0096,

Sumy State University, <https://int.sumdu.edu.ua/en>, Sumy, Ukraine,

Department of Surgery, Traumatology, Orthopedics and Phthisiology, <https://gensurgery.med.sumdu.edu.ua/en>,  
[gensurgery@med.sumdu.edu.ua](mailto:gensurgery@med.sumdu.edu.ua)

**S. O. Holubnychiy**, PhD in Medical Sciences, Assistant,

ORCID ID: 0000-0002-4965-0114,

Sumy State University, <https://int.sumdu.edu.ua/en>, Sumy, Ukraine,

Department of Surgery, Traumatology, Orthopedics and Phthisiology, <https://gensurgery.med.sumdu.edu.ua/en>,  
[s.holubnychiy@med.sumdu.edu.ua](mailto:s.holubnychiy@med.sumdu.edu.ua)

**I. Ya. Hresko**, PhD in Medical Sciences, Senior Lecturer,

ORCID ID: 0000-0002-6092-135X,

Sumy State University, <https://int.sumdu.edu.ua/en>, Sumy, Ukraine,

Department of Surgery, Traumatology, Orthopedics and Phthisiology, <https://gensurgery.med.sumdu.edu.ua/en>,  
[i.gresko@med.sumdu.edu.ua](mailto:i.gresko@med.sumdu.edu.ua)

**M. G. Kononenko**, Doctor of Medical Sciences, Professor,

ORCID ID: 0000-0003-3068-1751,

Sumy State University, <https://int.sumdu.edu.ua/en>, Sumy, Ukraine,

Department of Surgery, Traumatology, Orthopedics and Phthisiology, <https://gensurgery.med.sumdu.edu.ua/en>,  
[m.kononenko@med.sumdu.edu.ua](mailto:m.kononenko@med.sumdu.edu.ua)

**H. P. Oleshchenko**, PhD in Medical Sciences, Associate Professor,

ORCID ID: 0000-0002-9188-490X,

Sumy State University, <https://int.sumdu.edu.ua/en>, Sumy, Ukraine,

Department of Surgery, Traumatology, Orthopedics and Phthisiology, <https://gensurgery.med.sumdu.edu.ua/en>,  
[g.oleschenko@med.sumdu.edu.ua](mailto:g.oleschenko@med.sumdu.edu.ua)

**O. L. Sytnik**, PhD in Medical Sciences, Associate Professor,

ORCID ID: 0000-0001-6855-2467,

Sumy State University, <https://int.sumdu.edu.ua/en>, Sumy, Ukraine,

Department of Surgery, Traumatology, Orthopedics and Phthisiology, <https://gensurgery.med.sumdu.edu.ua/en>,  
[a.sytnik@med.sumdu.edu.ua](mailto:a.sytnik@med.sumdu.edu.ua)



**V. V. Brianyk**, Postgraduate Student,

ORCID ID: 0000-0002-6134-6609,

Sumy State University, <https://int.sumdu.edu.ua/en>, Sumy, Ukraine,

Department of Surgery, Traumatology, Orthopedics and Phthisiology, <https://gensurgery.med.sumdu.edu.ua/en>,  
[vladbrai@gmail.com](mailto:vladbrai@gmail.com)

**O. P. Yurchenko**, Postgraduate Student,

ORCID ID: 0000-0001-5359-6205,

Academic and Research Medical Institute of Sumy State University, <https://med.sumdu.edu.ua>,

Department of Neurosurgery and Neurology with courses of psychiatry, narcology, medical psychology,

Occupational diseases, <https://neuro.med.sumdu.edu.ua/index.php/uk>, Sumy, Ukraine,

[tyrbik@gmail.com](mailto:tyrbik@gmail.com)

**Abstract.** Diagnosis of the pleura diseases sometimes is not timely. Cases of false diagnosis up to 2–3 weeks or more are known. Operative interventions on the pleura are delayed in most cases, and are often performed based on unsubstantiated diagnoses, which causes confusion in statistics and misunderstandings between specialists. In our opinion, this is based on unclear definitions. **Aim.** To improve the results of pleural diseases diagnosis and treatment. **Materials and methods.** The authors justify their vision of diagnostic processes and operative interventions for pleural diseases using the analysis of 2011 diagnostic case reports and 597 operative interventions – pleurectomies. **Conclusions.** The authors hope that the implementation of the offered definitions will benefit our people in the conditions of COVID-19 and martial law.

**Keywords:** definitions; diseases of the pleura; diagnosis; operative interventions.

#### УЧАСТЬ АВТОРІВ

І. Д. Дужий – концепція, дизайн дослідження, редагування;

С. О. Голубничий, М. Г. Кононенко, І. Я. Гресько – аналіз отриманих даних;

Г. П. Олещенко, О. Л. Ситнік – збір матеріалу, написання і редагування тексту;

В. В. Бряник, О. П. Юрченко – збір матеріалу і обробка.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

The authors declare no conflict of interest.

#### Цитування (ДСТУ):

Дужий І. Д., Голубничий С. О., Гресько І. Я., Кононенко М. Г., Олещенко Г. П. та ін. Хірургічні та терапевтичні дефініції захворювань плеври (роздуми і рекомендації щодо дефініцій). *Лікарська справа*. 2022. (5-6), 25–38. [https://doi.org/10.31640/2706-8803-2022-\(5-6\)-03](https://doi.org/10.31640/2706-8803-2022-(5-6)-03)

#### Citation (APA):

Duzhyi, I. D., Holubnychy, S. O., Hresko, I. Ya., Kononenko, M. G., Oleshchenko, H. P., et al. (2022). Surgical and therapeutic definitions in diseases of the pleura (reflections and recommendations on definitions). *Likars'ka Sprava*, (5-6), 25–38. [Ukrainian]. [https://doi.org/10.31640/2706-8803-2022-\(5-6\)-03](https://doi.org/10.31640/2706-8803-2022-(5-6)-03)