

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.; Конік Б. М., канд. мед. наук; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Демус Р. С., торакальний хірург; Кшановський О. Э., мол. наук. співроб.; Леванда Л. І., анестезіолог; Обремська О. К., анестезіолог; Кононенко В. А., анестезіолог (НІФП НАМН); Стащенко О. Д., канд. мед. наук (Херсонський облтубдиспансер)

Рецензенти:

О. Д. Ніколаєва, доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, канд. мед. наук
О. М. Рекалова, завідувач лабораторії клінічної імунології ДУ "Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України", 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", 03680, 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 НАМН)

УДК: 616.24-006.04-07

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 4
від "11" березня 2014 р.

**СПОСІБ ВІДЕОАСИСТОВАНОЇ ГОЛКОВОЇ БІОПСІЇ
ПЕРИФЕРИЧНОГО НОВОУТВОРЕННЯ ЛЕГЕНІ**
(інформаційний лист)

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб відеоасистованої голкової біопсії периферичного новоутворення легені, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фізіотерпії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”.

Периферичні новоутворення легень складають питому частку в структурі легеневої патології у всьому світі. Лікувально-діагностичний алгоритм при даній нозології передбачає гістологічну верифікацію діагнозу, встановлення поширеності та операбельності процесу і безпосереднє виконання радикального хірургічного втручання. Біоптати для гістологічного дослідження при периферичних новоутвореннях легені найчастіше отримують за допомогою трансторакальної голкової біопсії під рентгенологічним контролем.

Спосіб виконується наступним чином. В день надходження хворого в стаціонар з діагнозом периферичного новоутворення легені йому накладають діагностичний пневмоторакс з досягненням колапсу легені на 1/3 і виконують стандартну спіральну комп'ютерну томографію органів грудної порожнини (товщина зрізу 1 мм), яка не потребує спеціальної підготовки. На основі отриманих даних визначають локалізацію новоутворення в легені, стан плевральної порожнини і наявність в ній злук, місця постановки торакопортів для відеоконтролю і введення біопсійної голки. Далі, в боковій позиції під однолегеневим інтубаційним наркозом, після обробки операційного поля по стандартних методиках, в зоні операційного інтересу встановлюють торакопорт для відеоконтролю. Після ревізії плевральної порожнини визначають локалізацію новоутворення в легені і встановлюють другий торакопорт в проекції неопроцесу. З допомогою голки для трепанаційної біопсії під відеоконтролем проводять множинну біопсію периферичного новоутворення, матеріал відправляють на цитологічне і гістологічне дослідження. Після цього місця проколів вісцеральної плеври обробляють 3 % розчином перекису водню і здійснюють їх діатермокоагуляцію. Для визначення поширеності та

операбельності процесу виконують детальну ревізію плевральної порожнини з оцінкою стану кореня легені, наявності збільшених лімфатичних вузлів, проростання пухлини в магістральні судини і нервові стовбури. В кінці операції після переходу на трахеальний наркоз проводять поступове роздування легені з оцінкою аеро- і гемостазу; при необхідності здійснюють додаткову діатермокоагуляцію місць біопсії. Операцію закінчують дренажуванням плевральної порожнини.

Розроблений спосіб дозволяє:

- зменшити рівень інтра- та післяопераційних ускладнень на 13,8 % випадків;
- визначити поширеність та операбельність процесу в 100 % випадків;
- підвищити інформативність біопсії новоутворень легень на 36,1 % випадків;
- покращити задовільні результати лікування хворих з периферичними новоутвореннями легень на 13,6 % випадків.

Спосіб досить безпечний, нескладний у виконанні і може бути виконаний в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою відеоторакоскопії.