

**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.; Конік Б. М., канд. мед. наук; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; Шалагай С. М., мол. наук. співроб.; Леванда Л. І., анестезіолог (НІФП НАМН); Борисова В.І., анестезіолог (КМКЛ № 17)

**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 НАМН, 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: 616.24-076

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Вченою радою Національного інституту  
фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,  
протокол № 8  
від “27” вересня 2016 р.

**СПОСІБ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНОЇ БІОПСІЇ ЛЕГЕНІ ПРИ  
СИНДРОМІ ЛЕГЕНЕВОЇ ДИСЕМІНАЦІЇ НЕЯСНОГО  
ГЕНЕЗУ**  
(інформаційний лист)

Тираж 80 прим.

Київ 2016

*Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб відеоторакоскопічної біопсії легені при синдромі легеневої дисемінації неясного 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.*

Диференційна діагностика при синдромі легеневої дисемінації базується на детальному вивченні анамнезу захворювання, даних рентгенологічних (комп’ютерна томографія органів грудної порожнини), функціональних (спірометрія), імунологічних (імунограма), бактеріологічних (бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження харкотиння) та інструментальних (фібробронхоскопія з комплексом біопсій) методів діагностики. Проте основним методом встановлення етіології даного синдрому залишається гістологічне дослідження біоптату легені. Розроблено спосіб біопсії легені, який базується на використанні відеоторакоскопії.

Спосіб здійснюється наступним чином. В день поступлення хворого в стаціонар із синдромом легеневої дисемінації неясного генезу йому виконують стандартну спіральну комп’ютерну томографію органів грудної порожнини для визначення місця біопсії легені. Далі під однолегеневим інтубаційним наркозом виконують відеоторакоскопію за загально визнаними правилами торакальної хірургії, при цьому перший торакопорт встановлюють в передніх відділах геміторакусу, а другий – в задньо-нижніх. Додатково проводять візуальне та пальпаторне уточнення місця біопсії, після чого розширюють один з торакопортів до 3-х см. В плевральну порожнину через розширений торакопорт вводять зшивальний апарат УС-30. Над місцем майбутньої біопсії встановлюють 3-й торакопорт і через нього з допомогою затискача Кохера підтягують легеню. Здійснюють крайову резекцію легені таким чином, щоб механічний шов не попадав на вогнища дисемінації. Отриманий біоптат легені направляють на мікробіологічне, цитологічне і гістологічне дослідження. Після

цього механічний шов укріплюють медичним альфа-ціанакрилатним клеєм, ушивають лише м’які тканини розширеного торакопорту та здійснюють ендоскопічний контроль аеро- і гемостазу. Операцію закінчують дренажуванням плевральної порожнини.

Розроблений спосіб дозволяє:

- створити технічну можливість проведення біопсії різних відділів легені в 100 % випадках;
- повністю уникнути інтраплевральну кровотечу та емпієму залишкової плевральної порожнини в післяопераційному періоді;
- зменшити частоту запізнілого розправлення легені на 5,9 % випадків;
- зменшити частоту прогресування дихальної недостатності в післяопераційному періоді на 17,7 % випадків;
- скоротити середній термін перебування хворого в стаціонарі після операції на 10,9 дня.

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