

**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.; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; Шалагай С. М., мол. наук. співроб.; Купчак І. М., мол. наук. співроб.; 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”, 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 НАМНУ)

УДК: 616.712-089.844

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Вченою радою Національного інституту  
фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,  
протокол № 4  
від “28” березня 2017 р.

**СПОСІБ ВИЗНАЧЕННЯ МІСЦЯ ПРОВЕДЕННЯ  
ТОРАКОТОМІЇ ПРИ ПЛАСТИЦІ ДІАФРАГМИ**  
(інформаційний лист)

*Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб визначення місця проведення торакотомії при пластиці діафрагми, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”. Дана технологія запропонована вперше, аналоги відсутні.*

Пластика діафрагми, як вид оперативного втручання, застосовується при набутій та вродженій релаксації діафрагми. Для релаксації діафрагми характерне прогресивне зниження її скорочувальної здатності з подальшим розвитком атрофії. Традиційним доступом при пластиці діафрагми залишається торакотомія з пластикою різними алломатеріалами або шляхом утворення дуплікатури. Визначення місця проведення торакотомії при пластиці діафрагми має вирішальне значення для зручності роботи хірургічної бригади, що, в свою чергу, впливає на тривалість операції, кількість інтра- та післяопераційних ускладнень, тривалість перебування хворого у стаціонарі в післяопераційному періоді. Розроблено спосіб визначення місця проведення торакотомії при пластиці діафрагми, який базується на використанні відеоторакоскопії.

Спосіб здійснюється наступним чином. При поступленні хворого з релаксацією діафрагми у стаціонар йому проводять увесь комплекс необхідних обстежень. За добу до оперативного втручання виконується очистка кишківника з використанням препарату фортранс. Напередодні операції хворому створюють штучний пневмоторакс об'ємом до 800,0 см<sup>3</sup> на стороні операції, проводять багатоосьову рентгеноскопію, під час якої визначають наявність спайкового процесу в плевральній порожнині, висоту стояння купола діафрагми та оптимальне місце для встановлення першого торакопорту. Під однолегеневим інтубаційним наркозом встановлюють торакопорт у вільну від спайкового процесу ділянку плевральної порожнини ближче до 5-го міжребір'я по середній аксілярній лінії у положенні хворого на здоровому боці. При наявності спайок шляхом діатермокоагуляції проводять їх

відеоторакоскопічну руйнацію та візуально оцінюють висоту стояння купола діафрагми в положенні хворого горизонтально, а потім визначають міжребір'я для проведення торакотомії таким чином, щоб передній кут торакотомної рани знаходився на одному рівні з переднім реберно-діафрагмальним синусом. Натискаючи пальцем на м'які тканини ззовні і знаходячи це місце візуально зі сторони грудної порожнини, проводять торакотомію по визначеному міжребір'ю.

Розроблений спосіб дозволяє:

- зменшити середню інтраопераційну крововтрату з  $240 \pm 90,0$  до  $145,0 \pm 55,0$  мл;
- зменшити частоту розвитку післяопераційного ателектазу легені з 4 (18,2 %) до 0 %;
- зменшити частоту розвитку післяопераційної пневмонії з 6 (27,3 %) до 2 (8,7 %);
- зменшити частоту поранення органів черевної порожнини з 2 (9,1 %) до 0 %;
- скоротити середню тривалість операції з  $(3,25 \pm 0,75)$  до  $(2,5 \pm 0,5)$  годин;
- скоротити середню тривалість післяопераційного лікування з 24,1 дня до 17,7 днів.

Спосіб, що заявляється, безпечний, нескладний і може знайти широке застосування у торакальних стаціонарах.