

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.; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Демус Р. С., торакальний хірург; Конік Б. М., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; Леванда Л. І., анестезіолог; Обремська О. К., анестезіолог; Борисова В. І., анестезіолог (НІФП НАМН)

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: 616.428-076

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 3
від “10” березня 2015 р.

**СПОСІБ БІОПСІЇ ВНУТРІШНЬОГРУДНИХ ЛІМФАТИЧНИХ
ВУЗЛІВ**
(інформаційний лист)

Київ 2015

Тираж 80 прим.

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб біопсії внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”.

За останній час зросла кількість захворювань, які супроводжуються збільшенням внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Збільшення розмірів внутрішньогрудних лімфатичних вузлів є одним із симптомів багатьох захворювань, що різняться причиною, клінічними проявами, методами лікування та прогнозом. Найбільш інформативною залишається морфологічна верифікація діагнозу, що передбачає отримання біопсійного матеріалу з уражених внутрішньогрудних лімфатичних вузлів тим чи іншим способом. Був розроблений спосіб біопсії внутрішньогрудних лімфатичних вузлів на основі використання відеоторакоскопії.

Спосіб виконується наступним чином. В день госпіталізації хворого в стаціонар з діагнозом внутрішньогрудна лімфаденопатія неясного генезу йому створюють діагностичний штучний пневмоторакс з досягненням колапсу легені на 1/3 її об'єму і виконують спіральну комп'ютерну томографію органів грудної порожнини (товщина зрізу 1 мм), яка не потребує спеціальної підготовки. На основі отриманих даних визначають локалізацію збільшених лімфатичних вузлів, стан плевральної порожнини і наявність в ній злук, місця постановки торакопортів для відеоконтролю і введення біопсійних інструментів. Далі в боковій позиції під однолегеневим інтубаційним наркозом, після обробки операційного поля по стандартним методикам, в зоні операційного інтересу встановлюють торакопорт для відеоконтролю. Відеоторакоскопію проводять з постійною відеофіксацією ходу операції. Після ревізії плевральної порожнини визначають локалізацію процесу і встановлюють другий торакопорт в проекції процесу. Під відеоконтролем надсікають медіастинальну плевру, за допомогою біопсійних інструментів проводять множинну біопсію

декількох цілих внутрішньогрудних лімфатичних вузлів або конгломерату лімфатичних вузлів середостіння і/або кореня легені єдиним блоком, матеріал відправляють на цитологічне, гістологічне і мікробіологічне дослідження. Після цього ложе видалених вузлів обробляють тампоном з 3 % розчином перекису водню, закладають пластину нетканого багат шарового матеріалу з окисленої регенованої целюлози (Серджисел фібриляр). Операцію завершують внутрішньоплевральним введенням 10,0 мл 0,2 % розчину ропівакаїну, а в кінці операції, після переходу на трахеальний наркоз, проводять поступове роздування легені з візуальною оцінкою зони біопсії, аеро- і гемостазу.

Розроблений спосіб дозволяє:

- зменшити частоту післяопераційної інтраплевральної кровотечі з 13,0 % до 0 % випадків;
- зменшити частоту пошкодження вісцеральної плеври під час встановлення першого торакопорту з 21,8 % до 3,8 % спостережень;
- знизити необхідність виконання повторної біопсії з 4,3 % до 0 % випадків;
- зменшити тривалість призначення наркотичних анальгетиків в післяопераційному періоді з 3 до 1 дня;
- знизити загальний рівень інтра- та постопераційних ускладнень з 34,8 % до 3,8 % випадків.

Спосіб, що заявляється, нескладний у виконанні, безпечний, не потребує додаткового обладнання і може бути виконаний в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою відеоторакоскопічних операцій.