

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.; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Шалагай С. М., мол. наук. співроб.; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Купчак І. М., мол. наук. співроб.; Демус Р. С., торакальний хірург (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: 616.24-007.63-089-06-084

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 ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ
УСКЛАДНЕНЬ ПРИ РЕЗЕКЦІЙНОМУ ВТРУЧАННІ З
ПРИВОДУ БУЛЬОЗНОЇ ЕМФІЗЕМИ**
(інформаційний лист)

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб профілактики післяопераційних ускладнень при резекційному втручанні з приводу бульозної емфіземи, 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.

Бульозна хвороба легень є досить поширеним захворюванням, яке може бути виявлене випадково або при виникненні ускладнень. В основі захворювання лежить вроджена аномалія легеневої паренхіми, при якій частина легені (частіше частина верхніх долей обох легень) представлена у вигляді тонкостінних субплевральних повітряних кіст. Найчастіше захворювання протікає безсимптомно, проте при спонтанному розриві повітряних кіст виникає пневмоторакс, який супроводжується різного ступеня дихальними розладами. Основний вид лікування – хірургічний – видалення бульозно-зміненої ділянки. Після резекційних втручань досить часто виникають післяопераційні ускладнення такі як: тривалий скид повітря з лінії механічного шва і локальна гематома. Розроблено спосіб профілактики післяопераційних ускладнень при резекційному втручанні з приводу бульозної емфіземи, який базується на використанні альфа-ціанокрилатного клею.

Спосіб здійснюється наступним чином. Хворому із бульозною емфіземою виконують стандартне відеоасистоване втручання, визначають ділянку легені з бульозними змінами, пересікають злуки у випадку їх наявності. Після мобілізації легені накладають зшивальний апарат на бульозну ділянку на межі зі здоровою паренхімою, прошивають та відсікають її. На лінію механічного шва наносять тонким шаром медичний альфа-ціанокрилатний клей, особливу увагу приділяючи місцям початку та закінчення шва, оскільки з них найчастіше відбувається скид повітря. Утворена клейова плівка на поверхні шва полімеризується протягом 120 секунд. В цей час очікують та утримують легеневу

паренхіму в області шва двома марлевими тампонами, запобігаючи таким чином стіканню клею, підклеювання до грудної стінки чи іншої ділянки паренхіми. Після цього зону шва присипають порошком антибіотика широкого спектру дії. Операцію закінчують проведенням термо-хімічного плевродезу.

Розроблений спосіб дозволяє:

- повністю уникнути таких ускладнень, як інфікування плевральної порожнини та внутрішньоплевральна гематома;
- зменшити частоту тривалого недорозправлення легені з 16,7 % до 4,2 % випадків;
- досягти надійний аеро- та гемостаз в післяопераційному періоді, завдяки чому зменшити частоту тривалого скиду повітря по дренажах з плевральної порожнини з 20,8 % до 8,3 %.

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