

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.; Демус Р. С., торакальний хірург; Клименко В. І., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Шалагай С. М., мол. наук. співроб.; Купчак І. М., мол. наук. співроб. (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: 616.27-006-089

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 РЕЗЕКЦІЇ
НОВОУТВОРЕННЯ ГРУДНОЇ СТІНКИ І МЕЖИСТІННЯ**
(інформаційний лист)

Тираж 80 прим.

Київ 2016

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб відеоторакоскопічної резекції новоутворення грудної стінки і межистіння, 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.

Кількість пацієнтів з новоутвореннями грудної стінки і межистіння зростає з року в рік, що обумовлено поширеністю, доступністю та інформативністю нових рентгенологічних методів візуалізації. На сьогоднішній день відеоторакоскопічна резекція новоутворення грудної стінки і межистіння з морфологічним дослідженням отриманого матеріалу є "золотим стандартом" в лікуванні даної патології. В літературі описані різні методи лікування новоутворення грудної стінки і межистіння. Вони значно різняться тривалістю оперативного втручання, тривалістю знаходження хворого в стаціонарі, травматичністю, кількістю інтра- та післяопераційних ускладнень. Але у наш час широке розповсюдження набула методика відеоторакоскопічного втручання для резекції новоутворення грудної стінки і межистіння. Розроблено спосіб резекції новоутворення грудної стінки і межистіння, який ґрунтується на використанні відеоторакоскопії.

Спосіб здійснюється наступним чином. Хворому з новоутворенням грудної стінки або межистіння в передопераційному періоді на стороні оперативного доступу створюють штучний діагностичний пневмоторакс. В подальшому виконують спіральну комп'ютерну томографію. В положенні хворого на здоровому боці з валиком на рівні кута лопатки, проводять поворот операційного столу в дорзальному напрямку на 10° з одночасним підняттям його головного кінця на 30° при локалізації новоутворення у передньому межистінні або поворот операційного столу у вентральному напрямку на 10° при локалізації новоутворення у задньому межистінні. Виконують відеоторакоскопію під загальним знеболенням з роздільною інтубацією головних бронхів двопросвітною інтубаційною трубкою

та штучною вентиляцією контрлатеральної легені, вводять торакопорт для оптики, оглядають плевральну порожнину, вибирають місце встановлення торакопортів для інструментів. Проводять гідравлічне препарування тканин межистіння в зоні резекції шляхом введення 5 % розчину амінокапронової кислоти під медіастінальну плевру. Новоутворення єдиним блоком видаляють та направляють на цитологічне, гістологічне та мікробіологічне дослідження. В ложе видаленого новоутворення закладають матеріал, просочений 3 % розчином перекису водню, після видалення якого, закладають пластину нетканого багатошарового матеріалу з окисленої регенованої целюлози (Серджисел фібриляр), а в кінці оперативного втручання внутрішньоплеврально вводять 10,0 мл 0,2 % розчину ропівакаїну.

Розроблений спосіб дозволяє:

- скоротити середню тривалість операції на 21,1 % (з 1,9 до 1,5 год.);
- зменшити частоту післяопераційної інтраплевральної кровотечі з 17,4 % до 0 % випадків;
- зменшити частоту інтраопераційного пошкодження крупних судин з 4,3 % до 0 % випадків;
- зменшити частоту пошкодження вісцеральної плеври під час встановлення першого торакопорту з 21,7 % до 4,8 % спостережень;
- зменшити виражений больовий синдром в момент просипання з 26,1 % до 4,8 %;
- знизити загальний рівень інтра- та післяопераційних ускладнень з 47,8 % до 9,5 % випадків.

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