

Спосіб закриття нориці кукси бронху після пневмонектомії дозволяє досягати вилікування у пацієнтів з постпневмонектомічною норицею кукси головного бронху без застосування повторних хірургічних втручань і, відповідно, з меншим ризиком для життя хворих.

Укладачі: Калабуха І. А., д-р мед. наук, проф.; Іващенко В. Є., мол. наук. співроб. (НІФП НАМН).

Рецензенти:

Гетьман В. Г., завідувач кафедри торакальної хірургії Національної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України, д-р мед. наук, проф.;

Ячник А. І., провідний науковий співробітник клініко-функціонального відділення НІФП НАМН, д-р мед. наук, проф.

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: 616.233/.24-002.5+616.25-002-089:615.832.96.001.5

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського,
протокол № 9
від “23” вересня 2014 р.

**СПОСІБ ЗАКРИТТЯ НОРИЦІ КУКСИ
ГОЛОВНОГО БРОНХУ ПІСЛЯ
ПНЕВМОНЕКТОМІЇ
(інформаційний лист)**

Тираж 100 прим.

Київ 2014

Для впровадження пропонується спосіб закриття нориці кукси головного бронху після пневмонектомії, у хворих, які мають післяопераційне ускладнення у вигляді неспроможності кукси головного бронху з бронхоплевральною норицею великого розміру (від половини до повного діаметру бронху) та емпіємою плеври. Спосіб полягає в тому, що нориця кукси головного бронху обтурується модифікованим клапаном-бронхоблокатором під час одночасного проведення торакоскопії та фібробронхоскопії.

Методика виконується наступним чином. Напередодні операції, хворому виконують мультисканову комп'ютерну томограму органів грудної клітки з подальшим вимірюванням довжини та діаметру кукси бронху, та розрахуванням розміру клапану. Хворому, що за 3 години до маніпуляції прийняв протикашльовий засіб, проводять місцеву анестезію кореня язика та слизової верхніх дихальних шляхів розчином лідокаїну 2 %. Через ніс проводять катетер у головний бронх здорової легені для високочастотної вентиляції легені. Виконують фібробронхоскопію для додаткової анестезії голосової щілини, біфуркації трахеї та кукси бронха, санації трахеобронхіального дерева від слизу, а також, для контролю місцезнаходження дихального катетера у головному бронху здорової легені. Через велику норицю виконують ревізію плевральної порожнини та обирають місце для проведення торакоцентезу. Хворому виконують загальну анестезію. Виконують торакоцентез, через який, затискачем проводять кінець стерильної нитки до місця нориці головного бронху. Через канал фібробронхоскопа проводять щипці, якими перехоплюють кінець нитки, який виймають за допомогою фібробронхоскопа через рот. Другий кінець цієї нитки, виведений через торакоцентез, при цьому, залишають ззовні. Кінець нитки виведений через рот підшивають до клапана «Medlung» з перев'язаними «наглухо» пелюстками клапану для ліквідації його внутрішнього каналу. Кінець нитки, виведений через торакопорт підтягують, що призводить до просування клапану, підшитого до протилежного кінця нитки через рот далі, дихальними шляхами

під контролем фібробронхоскопу до кукси бронха, у якій клапан і фіксується завдяки своїм радіальним пелюсткам. За допомогою фібробронхоскопу проводять візуальний контроль герметизму встановлення клапану. Протилежний кінець нитки, після закриття торакоцентезу, фіксують до шкіри за допомогою петлі на короткій гумовій трубці, що обмежує довжину нитки у плевральній порожнині. Завдяки такій фіксації унеможлиблюється зсув або випадіння клапану з кукси головного бронху та попереджається його міграція в трахею або бронх єдиної легені. Після візуального підтвердження, за допомогою фібробронхоскопа, правильного положення клапану у куксі, хворого виводять з наркозу і надійність фіксації та герметизму клапану контролюють при покашлюванні хворого. Плевральну порожнину дрениують дренажною трубкою, до якої підключають плевроаспіратор, за допомогою якого створюють розрідження у плевральній порожнині. У подальшому, ведення плевральної порожнини відбувається згідно правил ведення емпієми без бронхоплевральної нориці.

Спосіб закриття нориці кукси головного бронху після пневмонектомії має наступні переваги:

- відсутня необхідність проведення повторного торакотомного оперативного втручання;
- відсутні ризики травматичних ускладнень, обумовлених оперативним втручанням на облітерованих та склерозованих структурах кореня легені;
- відсутня значна операційна травма та пов'язані із цим порушення соматичного стану пацієнта;
- відсутність потреби в післяопераційному періоді у тривалому знаходженні у відділенні реанімації та інтенсивної терапії, призначенні наркотичних анальгетиків та антибіотиків;
- рання активізація пацієнтів, відсутність порушень функції зовнішнього дихання, скорочення строків госпіталізації.