

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.; Купчак І. М., мол. наук. співроб.; Конік Б. М., канд. мед. наук; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Шалагай С. М., мол. наук. співроб.; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; Обремська О. К., 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: 616.11-002-076

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 БІОПСІЇ ТКАНИН
ОРГАНІВ ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ ПРИ НАЯВНОСТІ
ВИПІТНОГО ПЕРИКАРДИТУ**
(інформаційний лист)

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб відеоторакоскопічної біопсії тканин органів грудної порожнини при наявності випітного перикардиту, 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.

Торакальні хірурги часто зустрічаються з одночасним ураженням плеври, внутрішньогрудних лімфатичних вузлів та самої легені, ускладнених перикардитом, що, в свою чергу, обумовлює важкість перебігу захворювання. Такі ознаки можуть бути проявами як одного патологічного процесу, так і різних нозологічних форм. Точна морфологічна верифікація патологічного процесу необхідна для строгої індивідуалізації планів лікування хворих. Існує багато способів біопсії тканин органів грудної порожнини, але жоден не передбачає взяття матеріалу з усіх уражених ділянок з одномоментною фенестрацією перикарда. Це спонукає до розробки нових методів оперативних втручань, які, за мінімальної травматичності, здатні забезпечити ефективність діагностики та лікування. Розроблено спосіб біопсії тканин органів грудної порожнини при наявності випітного перикардиту, який ґрунтується на використанні відеоторакоскопії.

Спосіб здійснюється наступним чином. В день поступлення хворого в стаціонар із патологією органів грудної порожнини, ускладненою випітним перикардитом, виконують спіральну комп'ютерну томографію з внутрішньовенним контрастуванням, електрокардіографію, ехо-кардіографію. Виконують відеоторакоскопію під комбінованим інтубаційним наркозом із застосуванням однолегеневої вентиляції легені протилежної стороні операції. В положенні тіла хворого під час операції на боку з опущеним головним кінцем операційного стола на 30° та поворотом його у дорзальному напрямку на 10° послідовно виконують аспірацію плеврального ексудату, пересічення внутрішньоплевральних спайок під візуальним контролем. Далі

проводять біопсію та фенестрацію перикарда діаметром 1,5–2,0 см, в першу чергу в ділянці вільної від діафрагмального нерва, з розділенням інтраперикардіальних зрощень. Поетапно проводять біопсію змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеври, біопсію легені та внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, при візуальних змінах в останніх, з подальшим цитологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженням отриманих біоптатів. Під відеоконтролем підводять мікроіригатор до отвору в перикарді через один із торакопортів, дренують плевральну порожнину двома дренажами. Потім проводять активну аспірацію до зупинки ексудації плеврального і перикардіального вмісту та видаляють дренажі.

Розроблений спосіб дозволяє:

- покращити серцеву діяльність на початку операції, про що свідчить зменшення амплітуди пульсової хвилі, зменшення частоти серцевих скорочень на 34-48 ударів за хвилину;
- скоротити строки встановлення діагноза на 2–20 днів, а відповідно своєчасно розпочати адекватне лікування;
- скоротити кількість хибнопозитивних результатів з 6,7 % до 0;
- скоротити кількість хибнонегативних результатів з 13,3 % до 0;
- скоротити частоту ускладнень з 13,3 % до 6,3 %;
- підвищити загальну результативність діагностики з 80,0 % до 100 %.

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