

Укладачі: Фещенко Ю.І., академік АМН України, д-р мед. наук, проф.; Мельник В.М., д-р мед. наук, проф.; Опанасенко М.С., канд. мед. наук.; Терешкович О.В., мол. наук. співроб.; Калениченко М.І., мол. наук. співроб.; Бичковський В.Б., мол. наук. співроб.; Конік Б.М., торакальний хірург (ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України”).

Рецензенти:

О.Д. Ніколаєва, доцент кафедри туберкульозу Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, канд. мед. наук;

М.М. Кужко, завідувач відділенням фтизіопульмонології ДУ “Національного інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України”, д-р мед. наук, проф.

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та АМН України:
академік АМН 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 імені Ф. Г. Яновського АМН України”, 03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.
Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.
E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державна установа
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
імені Ф.Г. Яновського АМН України”

УДК: 616.24–002.5–089–07

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
імені Ф.Г. Яновського,
протокол № 9
від “13” жовтня 2009 р.

**СПОСІБ ОПТИМІЗАЦІЇ ДОСТУПУ В
ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНІЙ ХІРУРГІЇ**
(інформаційний лист)

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб оптимізації доступу в відеоторакоскопичній хірургії, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики ДУ “Національного інституту фізичної реабілітації і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України” та може бути використаний в лікувальних закладах різного ступеня акредитації.

Широке розповсюдження методики відеоторакоскопичних втручань з діагностичною та лікувальною метою стало можливим як внаслідок вдосконалення ендоскопічної техніки, так і завдяки її беззастережним перевагам перед відкритими операціями. Особливістю методики є істотні обмеження для огляду плевральної порожнини та інструментального доступу внаслідок фіксації відеоторакоскопу і маніпуляторів в місцях розміщення торакопортів.

Запропоновано спосіб оптимізації доступу при виконанні відеоторакоскопії. В день поступлення хворого в стаціонар з патологією, яка вимагає проведення діагностичної або лікувальної відеоторакоскопії, хворому створюють діагностичний пневмоторакс і виконують стандартну спіральну комп'ютерну томографію органів грудної порожнини (товщина зрізу 1 мм), яка не потребує спеціальної підготовки. На основі отриманих даних визначають локалізацію залишкових плевральних порожнин, наявність і розповсюдженість плевральних злук в порожнині, а також визначають місце вводу першого торакопорту. Далі, після вводу хворого в наркоз і обробки операційного поля в положенні хворого на боці в зоні операційного інтересу проводять розтин м'яких тканин довжиною до 2 см на глибину до парієтальної плеври. Після того тупо за допомогою вказівного пальця безпечно проникають в плевральну порожнину, при цьому проводять пальпаторну оцінку стану легені, вісцеральної і парієтальної плеври. При необхідності проводять безпечне часткове розділення плевральних злук, що забезпечує більш вільний оперативний простір. Через перший торакопорт вводять відеокамеру, що дозволяє провести відеоскопічну оцінку стану порожнини і оптимально визначити

місце вводу другого та третього торакопортів. При значних рухах легені, коли підвищується рівень можливого її поранення, застосовують пальцевий контроль безпеки вводу другого і третього торакопортів.

Даний спосіб має наступні переваги:

- покращення візуального контролю зони операції на 20,4 %;
- зменшення рівня технічних ускладнень виконання маніпуляцій на 26,6 % випадків, в т.ч. непропорційних розмахів рухів ззовні на 30,1 % випадків;
- мінімізація оперативної травми, в т.ч. відпадає необхідність у встановленні додаткових торакопортів для виправлення ситуації у 21,9 % випадків та проведенні вимушеної конверсії в торакотомію у 6,3 % випадків;
- зменшення рівня інтра- та післяопераційних ускладнень на 15,5 % випадків;
- скорочення тривалості операції на 19 – 86 хвилин;
- покращення задовільних віддалених результатів операцій на 12,1 % випадків.

Спосіб може знайти широке використання у торакальних хірургічних стаціонарах та в хірургічних відділеннях протитуберкульозних закладів.