

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.; Конік Б. М., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Павлюк І. М., мол. наук. співроб.; Леванда Л. І., анестезіолог; Борисова В. І., анестезіолог; Обремська О. К., анестезіолог; Климець Є. В., 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: 616.25-089-007.288

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 3
від “10” березня 2015 р.

**СПОСІБ ДОСЯГНЕННЯ КОЛАПСУ ЛЕГЕНІ ПРИ
ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНОМУ ВТРУЧАННІ НА ОРГАНАХ
ГРУДНОЇ ПОРОЖНИНИ**
(інформаційний лист)

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб досягнення колапсу легені при відеоторакоскопічному втручанні на органах грудної порожнини, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”.

Стрімкий розвиток ендоскопічних технологій дав можливість проводити швидко і точну морфологічну діагностику таких патологічних станів, як внутрішньогрудна лімфаденопатія, доброякісні і злоякісні новоутворення межистіння, центральні пухлини кореня легені з перибронхіальним ростом тощо. Також в теперішній час все частіше торакальні хірурги використовують відеоторакоскопію для малоінвазивного видалення новоутворень межистіння, біопсії легені, резекційних втручань на останній тощо.

Надійне проведення вищезгаданих операцій можливе лише при значному інтраопераційному колапсі легені на стороні втручання, що забезпечує достатню оглядовість зони хірургічного інтересу та дозволяє вільно маніпулювати в проекції межистіння без ризику пошкодження судинно-нервових структур останнього. На основі власного досвіду було встановлено, що оптимальні умови для відеоторакоскопічного втручання на органах межистіння створюються при колапсі легені більше, ніж на 3/4 її об'єму. Тому був розроблений спосіб досягнення колапсу легені при відеоторакоскопічному втручанні на органах грудної порожнини на основі використання штучного пневмотораксу.

Спосіб виконується наступним чином. В положенні хворого на спині проводять загальну анестезію з інтубацією трахеї. Після цього хворого повертають на здоровий бік і встановлюють голку з мандреном в плевральну порожнину в 6-му міжребер'ї по лопатковій лінії. Після виймання мандрена в канюлю голки заливають декілька крапель фізіологічного розчину, при цьому фіксують засмоктування фізіологічного розчину в плевральну порожнину і підключають до голки апарат для штучного пневмотораксу. Якщо засмоктування крапель фізіологічного

розчину не відбулося, то голку встановлюють в інших місцях до появи засмоктування. Штучний пневмоторакс накладають з періодичним від'єднанням апарата штучної вентиляції легень від інтубаційної трубки до створення позитивного тиску в плевральній порожнині в межах 13 – 16 см. вод. ст. Після цього повертають хворого на спину, здійснюють інтубацію головного бронху протилежної легені, і знову повертають хворого на здоровий бік з валиком на рівні кута лопатки. Проводять плевральні пункції до отримання повітря і встановлюють в цьому місці перший торакопорт.

Розроблений спосіб дозволяє:

- збільшити рівень досягнення достатнього колапсу легені з 58,6 % до 90,0 % випадків;
- зменшити частоту пошкодження паренхіми легені при встановленні першого торакопорта з 3,4 % до 2,0 % випадків;
- зменшити частоту виникнення підшкірної емфіземи з 6,9 % до 2,0 % випадків;
- скоротити середню тривалість операції на 33,3 % (з 1,2 до 0,8 год.);
- повністю уникнути таких ускладнень, як повітряна емболія і вегетативні реакції.

Спосіб, що заявляється, безпечний, технічно обґрунтований і може бути виконаний в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою відеоторакоскопічних операцій.