

**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.; Обремська О. К., анестезіолог; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Шамрай М. Ю., анестезіолог; Шалагай С. М., канд. мед. наук; Леванда Л. І., анестезіолог; Лисенко В. І., мол. наук. співроб (НІФП НАМНУ)

**Рецензенти:**

О. Д. Ніколаєва, доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, канд. мед. наук  
О. М. Рекалова, завідувача лабораторії клінічної імунології НІФП НАМНУ, 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”, 03038, 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 НАМНУ)

УДК: 616.24-002.5-089

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Вченою радою Національного інституту  
фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,  
протокол № 7  
від «23» \_червня\_ 2020 р.

**СПОСІБ АНЕСТЕЗІОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
ВІДЕОАСИСТОВАНИХ РЕЗЕКЦІЙ ЛЕГЕНЬ У  
ФТИЗІОХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ**  
(інформаційний лист)

Тираж 80 прим.

Київ 2020

*Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб анестезіологічного забезпечення відеоасистованих резекцій легень у фтизіохірургічних пацієнтів, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики НІФП НАМНУ та передбачає використання двопросвітної інтубаційної трубки і штучного пневмотораксу. Даний спосіб пропонується вперше, аналоги відсутні.*

За останні 30 років в торакальній хірургії і пульмонології відбулися суттєві зміни, які пов'язані з розвитком торакоскопії і обумовлені появою відеотехніки, що поєднались в новий напрямок – відеоендоскопію, яка вагомо збільшила діагностичні і лікувальні можливості ендоскопічних методів. Особливостями відеоасистованих втручань є обмеженість доступу до операційного поля, відсутність прямого візуального і пальпаторного контролю. Саме це визначає високу актуальність відповідного анестезіологічного забезпечення, розробки та удосконалення методів проведення однолегеневої вентиляції легень. Розроблений спосіб анестезіологічного забезпечення відеоасистованих резекцій легень у фтизіохірургічних пацієнтів.

Спосіб, що пропонується, виконується наступним чином. Хворому на туберкульоз легень, якому планується відеоасистоване резекційне втручання в умовах тотальної внутрішньовенної анестезії з міорелаксацією та штучної вентиляції легень, проводять однолегеневу вентиляцію легень шляхом ендобронхіальної інтубації головного бронху контрлатеральної легені за допомогою двопросвітної інтубаційної трубки розміром 37–39 F. Параметри вентиляції обирають наступними: дихальний об'єм 4–6 мл/кг маси тіла, тиск на вдиху до 20 мм рт. ст., позитивний тиск на кінці видиху 5–10 см вод. ст., співвідношення вдих/видих 1:2, концентрація кисню в газовій суміші від 40 % до 100 % в залежності від сатурації. Частота дихання обирається такою, щоб забезпечити підтримку нормального значення  $pCO_2$ . Накладають штучний пневмоторакс безпосередньо на операційному столі об'ємом 500–1500 мл в залежності від стану хворого і показників центральної

гемодинаміки. Змінюють положення операційного столу в залежності від розташування патологічного процесу: поворотом останнього на 10 градусів в дорзальному або вентральному напрямку, підняттям або опусканням головного кінця операційного столу на 30 градусів для кращої візуалізації плевральної порожнини та проводять відеоасистоване резекційне втручання. В кінці операції здійснюють переінтубацію пацієнта однопросвітною інтубаційною трубкою та виконують санаційну бронхоскопію.

Розроблений спосіб дозволяє:

- скоротити термін перебування пацієнтів на стаціонарному лікуванні в середньому на 7 днів;
- скоротити тривалість оперативних втручань в 1,28 рази;
- знизити частоту післяопераційних ускладнень з 25,6 % до 10,1 %;
- досягти менш вираженого косметичного дефекту в порівнянні з таким при відкритих оперативних втручаннях.

Розроблений спосіб нескладний у виконанні та не потребує вартісного обладнання, тому може знайти широке використання у фтизіохірургічних стаціонарах та відділення торакальної хірургії.