

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.; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; Конік Б. М., канд. мед. наук; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Демус Р.С., торакальний хірург; Обремська О. К., анестезіолог; Леванда Л. І., 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: 616.428-076

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 БІОПСІЇ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ ПРИ
ВНУТРІШНЬОГРУДИННІЙ ЛІМФАДЕНОПАТІЇ З
ВИКОРИСТАННЯМ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЇ**
(інформаційний лист)

Тираж 80 прим.

Київ 2015

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб біопсії лімфатичних вузлів при внутрішньогрудинній лімфаденопатії з використанням відеоторакоскопії, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України".

Кількість пацієнтів з синдромом внутрішньогрудинної лімфаденопатії зростає з року в рік, що обумовлено поширеністю, доступністю та інформативністю нових рентгенологічних методів візуалізації. На сьогоднішній день біопсія внутрішньогрудинних лімфатичних вузлів з морфологічним дослідженням є "золотим стандартом" у діагностиці даної патології. В літературі описані різні методи верифікації синдрому внутрішньогрудинної лімфаденопатії. Вони значно різняться своєю інформативністю, кількістю інтра- та післяопераційних ускладнень, тривалістю оперативного втручання, тривалістю знаходження хворого в стаціонарі, а отже і терміном постановки морфологічного діагнозу. У наш час широке розповсюдження набула методика відеоторакоскопічного втручання для діагностики синдрому внутрішньогрудинної лімфаденопатії. При цьому отримуються декілька внутрішньогрудинних лімфатичних вузлів, чого цілком достатньо для морфологічної верифікації діагнозу. Розроблено спосіб біопсії внутрішньогрудних лімфатичних вузлів на основі використання відеоторакоскопії.

Спосіб виконується наступним чином. Хворому з внутрішньогрудинною лімфаденопатією в передопераційному періоді на стороні ураження створюють штучний діагностичний пневмоторакс. В подальшому виконують спіральну комп'ютерну томографію. Проводять відеоторакоскопію у положенні хворого на здоровому боці під загальним знеболенням з роздільною інтубацією головних бронхів двоприсвітною інтубаційною трубкою та штучною вентиляцією контрлатеральної легені. Паралельно здійснюють відеозапис ходу оперативного втручання. Проводять гідравлічне препарування тканин середостіння в зоні біопсії шляхом введення 5 % розчину амінокапронової кислоти під медіастінальну

плевру. Змінені лімфатичні вузли середостіння або конгломерат лімфатичних вузлів єдиним блоком видаляють біопсійними щипцями та направляють на цитологічне, гістологічне та мікробіологічне дослідження. В ложе видалених лімфовузлів закладають гемостатичну губку. В кінці оперативного втручання внутрішньоплеврально вводять 10,0 мл 0,2 % розчину ропівакаїну.

Розроблений спосіб дозволяє:

- зменшити частоту післяопераційної інтраплевральної кровотечі з 13,0 % до 0 % випадків;
- зменшити частоту інтраопераційного пошкодження крупних судин з 4,3 % до 0 % випадків;
- зменшити частоту пошкодження вісцеральної плеври під час встановлення першого торакопорту з 17,4 % до 5,3 % спостережень;
- зменшити наявність вираженого больового синдрому в момент просипання з 21,7 % до 5,3 %;
- зменшити необхідність виконання повторної біопсії з 4,3 % до 0 % випадків;
- знизити загальний рівень інтра- та післяопераційних ускладнень з 60,9 % до 10,5 % випадків.

Спосіб, що заявляється, нескладний у виконанні, безпечний, не потребує додаткового обладнання і може бути виконаний в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою торакальних операцій.