

– підвищити на 14,5 % загальну ефективність лікування.

Розроблений спосіб нескладний у виконанні і може бути виконаний в торакальних відділеннях фтизіатричних, фтизіо-пульмонологічних стаціонарів міського, обласного та державного рівнів.

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.; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Лисенко В. І., мол. наук. співроб; Мусієнко Н. М., рентгенолог; Конік Б. М., канд. мед. наук; Леванда Л. І., анестезіолог; Шалагай С. М., канд. мед. наук; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Шамрай М. Ю., анестезіолог; Білоконь С. М., торакальний хірург (НІФП НАМНУ)

Рецензенти:

О. Д. Ніколаєва, доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології Національного університету охорони здоров'я України 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. І. А. Калабуха

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: 616.25-002.5-089

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО

Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 8
від “21” ____ 09 ____ 2021 р.

**СПОСІБ ВІДЕОАСИСТОВАНОЇ РЕЗЕКЦІЇ З ПРИВОДУ
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ І ПЛЕВРИ З НАЯВНІСТЮ
ОБЛІТЕРАЦІЇ ПЛЕВРАЛЬНОЇ ПОРОЖНИНИ**
(інформаційний лист)

Тираж 80 прим.

Київ 2021

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб відеоасистованої резекції з приводу туберкульозу легень і плеври з наявністю облітерації плевральної порожнини, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики НІФП НАМНУ та передбачає використання безпечного входу в плевральну порожнину і виконання трансторакальної голкової гідравлічної препаровки парієтальної плеври методом повзучого інфільтрату. Даний спосіб пропонується вперше, аналоги відсутні.

Можливість проведення відеоасистованих оперативних втручань при облітерації плевральної порожнини значно обмежена. Це пов'язано з незадовільною візуалізацією і великим ризиком пошкодження легені та магістральних судин. При туберкульозі легень задача ще більше ускладнюється вираженим фіброзом кореня легені.

Відомий спосіб виконання об'ємних відеоасистованих резекцій легень, який полягає у встановленні в VI міжребер'ї по задньо-пахвовій лінії троакару, виконанні в проекції IV або V ребра піднадокісної резекції IV або V ребра впродовж 10 см, проведенні резекції легені необхідного об'єму, зашиванні заднього листка окістя разом з парієтальною плеврою після дренивання плевральної порожнини. Даний спосіб має наступні недоліки: встановлення першого торакопорту без виявлення локалізації злукового процесу підвищує ризик пошкодження легені та її структур, резекція фрагменту ребра підвищує травматичність операції та збільшує ймовірність розвитку ускладнень, мініторакотомія у проекції IV або V ребер не є оптимальною внаслідок можливої дислокації анатомічних структур легень, відсутні заходи щодо протидії компенсаторному перерозтягненню оперованої легені

Спосіб, що пропонується, виконується наступним чином. Хворому на туберкульоз легень і плеври з наявністю облітерації плевральної порожнини у передопераційному періоді проводять комп'ютерну томографію органів грудної порожнини, спільно з лікарем-рентгенологом оцінюють рентгенологічну картину патологічних змін, вираженість і локалізацію злукового процесу в плевральній порожнині та визначають ділянку безпечного встановлення першого торакопорту. Під наркозом проводять

інтубацію двохпросвітною трубкою окремо правого і лівого головних бронхів з однолегеневою штучною вентиляцією легень, встановлюють перший торакопорт за допомогою пальцевого проникнення в плевральну порожнину, через який здійснюють пальцеву ревізію та локальний пневмоліз. У вільну від злукового процесу ділянку під контролем пальця встановлюють другий торакопорт, здійснюють ревізію плевральної порожнини за допомогою введеного торакоскопу з відеопідтримкою і приймають рішення про можливість виконання відеоасистованого втручання. Проводять інтра- чи екстраплевральний пневмоліз, а в місцях вираженого злукового процесу під відеоконтролем виконують трансторакальну голкову гідравлічну препаровку парієтальної плеври методом повзучого інфільтрату із застосуванням розчину амінокапронової кислоти. Мініторакотомію проводять в локалізації найближчій до кореня видаляємої частки легені, проводять резекцією легені з роздільною обробкою анатомічних структур необхідного об'єму з використанням одноразового зшивального апарату або звичайних інструментів для відкритої торакотомії, після чого на ділянки геморагій плевральної порожнини та кореню резектованої частки легені накладають гемостатичну пластинку на основі регенерованої целюлози сюрджисел-фібриляр. Виконують френікотрипсию, дренивання плевральної порожнини проводять двома дренажами через торакопорти та мікроіригатором із надпліччя, а після поширеного закриття рани накладають штучний пневмоперитонеум об'ємом 1500 мл³.

Оцінка даних комп'ютерної томографії дає змогу вибрати найбільш безпечно і вільне від злук місце для встановлення першого торакопорту. За допомогою пальцевого проникнення в плевральну порожнину зменшується ризик пошкодження легені. Трансторакальна голкова препаровка дає змогу безпечно відділити парієтальну плевру від грудної стінки 1 пластом, уникаючи додаткової геморагії. Виконання мініторакотомії дає свободу маніпуляцій хіруру.

Розроблений спосіб дозволяє:

- зменшити на 14,5 % частоту післяопераційних ускладнень, як тривале недорозправлення легені, залишкова плевральна порожнина, внутрішньоплевральна кровотеча, рецидив туберкульозу;
- скоротити на 5,8 діб термін перебування хворого у стаціонарі;