

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; Купчак І. М., мол. наук. співроб.; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Климець Є. В., анестезіолог; Леванда Л. І., 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: 616.25-089:616.428

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 УКЛАДКИ ХВОРОГО НА ОПЕРАЦІЙНОМУ СТОЛІ
ПРИ ВІДЕОТОРАКОСКОПІЧНІЙ БІОПСІЇ
ВНУТРІШНЬОГРУДНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ**
(інформаційний лист)

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб укладки хворого на операційному столі при відеоторакоскопічній біопсії внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фізіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”.

Кількість пацієнтів з синдромом внутрішньогрудної лімфаденопатії зростає з року в рік, що обумовлено поширеністю, доступністю та інформативністю нових рентгенологічних методів візуалізації. На сьогоднішній день біопсія внутрішньогрудних лімфатичних вузлів з морфологічним дослідженням отриманих біоптатів є "золотим стандартом" у діагностиці даної патології. В літературі описані різні методи верифікації синдрому внутрішньогрудної 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 внутрішньогрудної лімфаденопатії. Однією з основних умов успішного виконання відеоторакоскопічної біопсії внутрішньогрудних лімфатичних вузлів є задовільна інтраопераційна візуалізація тих відділів межистіння, де планується проведення хірургічних маніпуляцій. Розроблено спосіб укладки хворого на операційному столі при відеоторакоскопічній біопсії внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, який базується на особливостях синтопії органів грудної порожнини.

Спосіб здійснюється наступним чином. Виконують відеоторакоскопічну біопсію внутрішньогрудних лімфатичних вузлів в положенні хворого на здоровому боці з валиком на рівні кута лопатки за загальноновизнаними правилами торакальної хірургії. При ураженні лімфатичних вузлів верхнього межистіння здійснюють поворот операційного стола дозад на 10° і підняття його головного кінця на 30° . При ураженні лімфатичних вузлів

нижнього межистіння операційний стіл повертають дозад на 10° і піднімають нижній його кінець на 20° . При біопсії бронхопультмональних лімфатичних вузлів виконують поворот операційного стола дозад на 10° і одночасне опускання його головного і нижнього кінців на 20° .

Розроблений спосіб дозволяє:

- збільшити рівень задовільної візуалізації межистіння з 68,4 % до 92,1 % випадків;
- скоротити середню тривалість операції на 43,8 % (з 1,3 до 0,7 год);
- зменшити рівень інтраопераційних ускладнень з 10,5 % до 3,2 % випадків;
- підвищити інформативність біопсії з 93,0 % до 100 % випадків.

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