

**Укладачі:** Калабуха І. А., д-р мед. наук, проф.; Іващенко В. Є., мол. наук. співроб., канд. мед. наук; Хмель О. В., канд. мед. наук, старш. наук. співроб.; Маєтний Є. М., канд. мед. наук; Волошин Я. М., канд. мед. наук; Веремєєнко Р. А., мол. наук. співроб. (НІФП НАМНУ).

**Рецензенти:**

Зайков С. В., професор кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України, д-р мед. наук, проф.;

Дзюблик Я. О., провідний науковий співробітник клініко-функціонального відділення 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: 616.24-002.5:615.015.8-089

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Вченою радою Національного інституту  
фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського,  
протокол № 4  
від “27” березня 2018 р.

**СПОСІБ АТИПОВОЇ РЕЗЕКЦІЇ ЛЕГЕНІ У  
ХВОРИХ НА ОБМЕЖЕНІ ФОРМИ  
ХІМІОРЕЗИСТЕНТНОГО ТУБЕРКУЛЬОЗУ**  
(інформаційний лист)

*Для впровадження пропонується спосіб атипової резекції легені у хворих на обмежені форми хіміорезистентного туберкульозу, який розроблений у відділенні торакальної хірургії НІФП НАМНУ та полягає в тому, що шляхом зварювання паренхіми легені біполярним затискачем, підключеним до комплексу біологічного зварювання ЕК 300 М1 в режимі “зварювання”, формується шов легеневої паренхіми, по периферії якого відтинається частка легені, що підлягає видаленню.*

Атипова резекція легені є найбільш поширеним видом резекції при проведенні операцій на легенях, в тому числі й з приводу туберкульозу легень. Усі види атипових резекцій передбачають застосування зшиваючого апарату. Зшиваючим апаратом прошивають паренхіму легені в межах здорових тканин, а відтинання патологічно зміненої ділянки легені після прошивання проводять скальпелем. Апарат прошиває судинні структури та бронх лише по краю ділянки патологічно змінених тканин і, таким чином, зберігає незмінні (здорові) частини сегмента легені, які б підлягали видаленню при типовій резекції. Найбільш поширеним є механічний металевий (танталовий) двохрядний шов, який забезпечує швидкий і адекватний герметизм та гемостаз при розділенні тканини паренхіми легені. Але зважаючи на різномірну структуру та індивідуальні особливості механічних властивостей частини легені, що прошивається, гемостаз та герметизм при такому способі ушивання забезпечуються не завжди достатньо. Відповідно, пошук оптимального варіанту прошивання тканини легені перед відсіченням із досягненням адекватного гемостазу та герметизму в процесі виконання атипової резекції легені є актуальним питанням.

Методика застосовується наступним чином.

Виконують торакотомію за однією із загальноновизнаних методик. Відповідно до звичайної для атипової резекції

послідовності дій визначають обсяг і межі ділянки легені, що підлягає видаленню. У визначених межах здійснюють заведення та накладання біполярного затискача, підключеного до комплексу біологічного зварювання ЕК 300 М1 в режимі “зварювання”, в межах здорових тканин. При цьому виходять із загальних принципів виконання економної резекції та загальних застережень для електрокоагуляції щодо попередження пошкодження оточуючих тканин. Виконують зварювання паренхіми легені до повного формування адекватного шва легені з наступним відтинанням патологічно зміненої ділянки легені ріжучим інструментом.

Спосіб атипової резекції легені у хворих на обмежені форми хіміорезистентного туберкульозу має наступні переваги:

- одночасно забезпечується герметизм і гемостаз при мінімальному електротермічному пошкодженні тканин та відсутності необхідності у додатковому гемостазі;
- відсутні негативні ефекти ручного прошивання паренхіми легені шовним матеріалом із залишенням чужорідного матеріалу;
- досягається істотне скорочення тривалості атипової резекції легені (з 27,5 хв.  $\pm$  3,7 хв. до 9,2 хв.  $\pm$  3,0 хв.);
- досягається зниження числа післяопераційних легенево-плевральних ускладнень на 96,4 % та обумовлених ними повторних операцій на 99,1 %;
- скорочується термін післяопераційного стаціонарного етапу лікування з 20,7 діб  $\pm$  3,5 діб до 14,5 діб  $\pm$  3,2 діб.

Спосіб атипової резекції легені у хворих на обмежені форми хіміорезистентного туберкульозу може бути використаний у торакальних відділеннях протитуберкульозних закладів міського, обласного та державного рівнів.