

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; Шалагай С. М., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Лисенко В. І., мол. наук. співроб; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Леванда Л. І., анестезіолог; Шамрай М. Ю., анестезіолог; Обремська О. К., анестезіолог; Білоконь С. М., торакальний хірург (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: 616.24-002.5-089:615.015.8

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 11
від “ 15 ” грудня 2020 р.

**СПОСІБ ВІДЕОАСИСТОВАНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ЛЕГЕНІ У
ХВОРИХ НА МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ**
(інформаційний лист)

Київ 2020

Тираж 80 прим.

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб відеоасистованої резекції легені у хворих на мультирезистентний туберкульоз, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики НІФП НАМНУ та передбачає використання штучного пневмотораксу і пневмоперитонеуму, однолегеневої вентиляції легень, одноразового зшивального апарату, апікальної плевректомії і френікотрипсії для зменшення рівня операційних ускладнень. Даний спосіб пропонується вперше, аналоги відсутні.

Хірургічний етап є важливою ланкою у лікуванні хворих на туберкульоз легень. На даний час широка торакотомія залишається найбільш частим доступом при хірургічних втручаннях на органах грудної порожнини, але методики, які використовуються при цьому, продовжують вдосконалюватись. Сучасний розвиток хірургії характеризується наданням переваги мініінвазивним оперативним втручанням. Використання відеотехнології у медицині дозволяє значно поліпшити діагностику і лікування багатьох захворювань із найменшою травмою для пацієнтів, а також зменшити тривалість їх лікування в стаціонарі. Такими мініінвазивними втручаннями є відеоасистована резекція легені.

Існуючі способи відеоасистованої резекції легені у хворих на мультирезистентний туберкульоз мають наступні недоліки:

- встановлення першого торакопорту без попереднього накладання штучного пневмотораксу та проведення рентгеноскопії для виявлення спайкового процесу в плевральній порожнині підвищує ризик пошкодження легені;

- проведення мініторакотомії у 4-6 міжребер'ї по передній аксиллярній лінії без візуального вибору цього місця не завжди є оптимальним, що може ускладнювати маніпуляції хірурга в рані, а це, в свою чергу, збільшує тривалість операції та може призводити до інтраопераційних ускладнень;

- закінчення операції традиційно дренажуванням та поширеним ушиванням рани без виконання апікальної плевректомії підвищує частоту виникнення залишкових плевральних порожнин та недорозправлення легені;

- відсутність заходів, що протидіють компенсаторному перерозтягненню легені, може сприяти реактивації туберкульозного процесу в оперованій легені

Спосіб, що пропонується, виконується наступним чином. Хворому на мультирезистентний туберкульоз легень перед операцією накладають штучний пневмоторакс та виконують рентгеноскопію грудної клітки для виявлення спайкового процесу. Під наркозом з роздільною інтубацією головних бронхів і однолегеневою вентиляцією легені встановлюють два торакопорти у вільних від спайкового процесу ділянках. Визначають місце проведення мініторакотомії. Виконують запланований об'єм резекції з використанням одноразового зшивального апарату. Інтраопераційно виконують апікальну плевректомію методом повзучого інфільтрату і френікотрипсію з наступним дренажуванням плевральної порожнини та ушиванням рани. Одразу після операції накладають штучний пневмоперитонеум.

Спосіб, що пропонується дозволяє:

- зменшити частоту післяопераційних ускладнень, таких як тривале недорозправлення легені, внутрішньоплевральна кровотеча, рецидив туберкульозу на 6,6 %;

- скоротити термін перебування хворого у стаціонарі на 5,6 днів;

- підвищити загальну ефективність лікування на 6,6 %.

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