

Спосіб, що пропонується до впровадження, нескладний у виконанні і може бути застосований в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою відеоторакоскопії.

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.; Шалагай С. М., канд. мед. наук; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Калениченко М. І. канд. мед. наук; Лисенко В. І., мол. наук. співроб.; Білоконь С. М., торакальний хірург; Леванда Л. І., анестезіолог; Шамрай М. Ю., анестезіолог; Обремська О. К., анестезіолог (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. Миколи Амосова, 10.
Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.
E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

Тираж 80 прим.

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державна установа
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”
(НІФП НАМНУ)

УДК: 616.24-002.5-07

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 2
від “16” лютого 2021 р.

**СПОСІБ БІОПСІЇ ЛЕГЕНІ ПРИ СИНДРОМІ ЛЕГЕНЕВОЇ
ДИСЕМІНАЦІЇ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗУ**
(інформаційний лист)

Київ 2021

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб біопсії легені при синдромі легеневої дисемінації неясного генезу, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики НІФП НАМНУ та передбачає виконання ендотрахеальної інтубації з керуванням тимчасовим апное, проведення мініторакомії з візуальним і пальпаторним дослідженням ділянки легені з патологічними змінами, здійсненням крайової резекції ураженого відділу легені багаторазовим зшивальним апаратом УС–20 під час апное, ушивання мініторакомічної рани з контролем гемостазу з неї через торакопорти, додаткове дренивання плевральної порожнини підведенням мікроіригатора до місця біопсії.

Наявність синдрому легеневої дисемінації є одним із проявів багатьох захворювань, що відрізняються етіологією, клінічними проявами, методами діагностики, лікування та прогнозом. Діагностика етіології синдрому легеневої дисемінації є досить складною задачею, особливо у хворих із супутньою системною патологією та онкологічними хворих. Використання відеотехнології у медицині дозволяє значно поліпшити діагностику багатьох патологій із найменшою травмою для пацієнтів. Такими мініінвазивними втручаннями є відеоасистовані (VATS) біопсії легень.

Відомий спосіб біопсії легені при синдромі легеневої дисемінації неясного генезу, згідно якого:

- проводять відеоторакоскопію;
- після встановлення першого торакопорту здійснюють візуальне визначення місця біопсії;
- встановлюють другий торакопорт;
- виконують крайову резекцію ураженого відділу легені за допомогою одноразового ендоскопічного зшивального апарату.

Але даний спосіб має ряд недоліків:

- одноразові ендоскопічні апарати дорогі;
- лише відеоторакоскопічний доступ суттєво обмежує можливість пальпаторної оцінки змінених ділянок легені та вибору найбільш безпечного та інформативного місця біопсії;

– при вираженому дисемінованому процесі в легені механічний шов після біопсії має більшу ймовірність часткової неспроможності, тому стандартне дренивання плевральної порожнини може виявитися недостатньо ефективним для попередження таких ускладнень як неповне розправлення легені і утворення залишкової плевральної порожнини.

Тому нами був розроблений новий спосіб біопсії легені, який позбавлений вищевказаних недоліків, рекомендується при синдромі легеневої дисемінації неясного генезу та виконується наступним чином:

- проводять відеоторакоскопію на стороні більшого ураження з ендотрахеальною інтубацією і керуванням тимчасовим апное;
- встановлюють перший торакопорт та візуально визначають ділянку легені з патологічними змінами;
- встановлюють другий торакопорт через який фіксують і підтягують змінену легеневу паренхіму;
- виконують мініторакомію, візуально та пальпаторно визначають ділянку легені з патологічними змінами;
- виконують крайову резекцію ураженого відділу легені за допомогою багаторазового зшивального апарату УС–20 під час апное;
- проводять ушивання мініторакомічної рани, здійснюють контроль гемостазу з неї через торакопорти;
- плевральну порожнину дрениють стандартним способом та додатково – підведенням мікроіригатора до місця біопсії;
- отриманий біоптат відправляють на мікробіологічне, цитологічне і гістологічне дослідження.

Застосування запропонованого способу біопсії легені при синдромі легеневої дисемінації неясного генезу дозволяє:

- зменшити тривалість лікування хворих в хірургічному відділенні на 5 днів;
- підвищити інформативність біопсії на 7,1 %;
- зменшити частоту післяопераційних ускладнень на 6,6 %.