

Спосіб розтину м'яких тканин при виконанні торакотомії, дозволяє забезпечити одночасний розтин тканини і гемостаз, істотно скоротити тривалість операційного доступу та знизити кількість післяопераційних ускладнень з боку торакотомної рани і пов'язаних з ними повторних операцій.

Укладачі:

Калабуха І. А., д-р мед. наук, проф.; Маєтний Є. М., канд. мед. наук;
Волошин Я. М., канд. мед. наук; Іващенко В. Є.; Веремєєнко Р. А.
(НІФП НАМН).

Рецензенти:

Гетьман В. Г., завідувач кафедри торакальної хірургії Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України, д-р мед. наук, проф.;
Ячник А. І., головний науковий співробітник клініко-функціонального відділення НІФП НАМН України, д-р мед. наук, проф.

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: 616.25-089.85:612.74:616-005.1-08

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського,
протокол № 8
від “06” жовтня 2015 р.

**СПОСІБ РОЗТИНУ М'ЯКИХ ТКАНИН ПРИ ВИКОНАННІ
ТОРАКОТОМІЇ**
(інформаційний лист)

Пропонується для впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів з відділеннями торакальної хірургії, спосіб розтину м'яких тканин при виконанні торакотомії, який розроблений у відділенні торакальної хірургії Державної установи "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України".

Міжреберна торакотомія є найбільш поширеним доступом для виконання операцій на легенях. Розтин м'яких тканин, особливо м'язів та клітковини, супроводжується кровотечею, що потребує заходів з гемостазу. За традиційною технікою виконання торакотомії, додатковий гемостаз необхідний у 100 % випадків. Середня частота післяопераційних ускладнень з боку країв рани при цьому складає 3,6 %.

Розроблена нами методика виконується наступним чином. Підготовка до операції відбувається традиційно, як і обробка операційного поля, згідно діючих вимог. Незалежно від вибору доступу торакотомії, розріз шкіри виконують скальпелем на всю довжину майбутньої операційної рани. Шкіра розсікається до підшкірної жирової клітковини. Гемостаз судин шкіри проводять діатермокоагулятором або пінцетом комплексу для зварювання біологічних тканин. Роз'єднання подальших шарів проводять спеціальним інструментом комплексу для зварювання біологічних тканин – зігнутих зажимом. Режим комплексу перед цим виставляють у положення – "РІЗАННЯ", а інтенсивність від 80 у.о. до 95 у.о. (частіше всього 85 у.о. або 90 у.о.), в залежності від конституції пацієнта. Чим тонша грудна стінка, тим менша інтенсивність.

Шляхом затискання тканин між браншами зажиму та натискання на педаль з'єднання електричного ланцюгу, проводять роз'єднання тканин. При цьому, у тканинах між браншами проходить струм відповідної частоти та модуляції, що призводить до проварювання біологічної тканини шляхом коагуляції білку тканини з облітерацією ним кровеносних судин діаметром до 2 мм. Таким чином відбувається надійний гемостаз, що не потребує додаткової коагуляції. Одночасно з цим, струм зумовлює у тканинах, зажатих між браншами процес вапоризації – швидкого

різкого випаровування рідини з живих тканин, що руйнує структуру цих тканин. Таким чином, відбувається власне роз'єднання тканин. Це виглядає як "різання" м'яких тканин тупим зажимом, в процесі якого краї біологічних тканин розходяться під браншами абсолютно безкровно. Дим від роботи такого інструменту відсутній, з-під бранш виділяється лише пара. Краї мають рівний вигляд та дещо блідий відтінок на краю роз'єднання. Коагуляційні струпи також відсутні.

Вказаним способом можна пошарово роз'єднувати підшкірну жирову клітковину, фасції та м'язи – кожний пласт окремо. У пацієнтів із тонкою грудною стінкою та, відповідно, більш тонкими переліченими шарами м'яких тканин, можна виконувати проварювання-роз'єднання одночасно двох або трьох шарів. Після пересічення підшкірної жирової клітковини та м'язів, що лежать на грудній клітці, по всій довжині рани, обережно розсікають міжреберні м'язи, внутрішню грудну фасцію та плевру. Всі шари роз'єднують по довжині, як при звичайній торакотомії. Вказана методика, зазвичай, не потребує додаткового гемостазу. Але, зрідка, при перетині великих судин, особливо, при виборі неправильного показника інтенсивності, кінці судин, що кровоточать, необхідно додатково "проварити" цим же зажимом. Найкращий гемостаз у таких випадках відбувається у режимі "ЗВАРЮВАННЯ".

Техніка виконання даного втручання не потребує набуття додаткових спеціальних навичок, крім досвіду виконання торакотомії, і є цілком доступною для практикуючих торакальних хірургів.

Спосіб розтину м'яких тканин при виконанні торакотомії, має наступні переваги перед традиційною торакотомією із застосуванням діатермокоагуляції: забезпечується одночасний розтин тканини і гемостаз та відсутня необхідність у додатковому гемостазі; відсутні негативні ефекти звичайної електрокоагуляції: струпоутворення, пошкодження оточуючих тканин; досягається істотне скорочення тривалості операційного доступу; досягається зниження числа післяопераційних ускладнень з боку торакотомної рани і пов'язаних з ними повторних операцій.