

**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; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; Шалагай С. М., мол. наук. співроб.; Купчак І. М., мол. наук. співроб.; Леванда Л. І., анестезіолог (НІФП НАМНУ)

**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 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: 616.25-076+616-006-07

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Вченою радою Національного інституту  
фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,  
протокол № 2  
від «13» лютого 2018 р.

**Спосіб відеоторакоскопічного виконання біопсії плеври та  
новоутворення  
межистіння під місцевим знеболенням  
(інформаційний лист)**

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб відеоторакоскопічного виконання біопсії плеври та новоутворення межистіння під місцевим знеболенням, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”. Дана технологія запропонована вперше, аналоги відсутні.

Розвиток ендоскопічних технологій дає можливість проводити швидко і точну морфологічну діагностику таких патологічних станів, як плевральні випоти, доброякісні і злоякісні новоутворення межистіння, центральні пухлини кореня легені з перибронхіальним ростом тощо. В теперішній час все частіше торакальні хірурги використовують відеоторакоскопію для малоінвазивної ендоскопічної біопсії плеври і новоутворення межистіння, біопсії легені, резекційних втручань на останній тощо. Найчастіше відеоторакоскопія з діагностичною метою застосовується при плевральних випотах різної етіології і новоутвореннях межистіння.

Розроблений спосіб відеоторакоскопічного виконання біопсії плеври та новоутворення межистіння під місцевим знеболенням здійснюється наступним чином. В день госпіталізації хворого в стаціонар із наявністю плеврального випоту та/або новоутворення межистіння йому виконують стандартну спіральну комп'ютерну томографію органів грудної порожнини для визначення місця біопсії легені. Після необхідного дообстеження пацієнт подається в операційну. На операційному столі в положенні хворого лежачи на боці під контролем показників гемодинаміки створюють штучний пневмоторакс на стороні запланованої біопсії. Виконують інфільтративну анестезію розчином ропівакаїну запланованих місць встановлення торакопортів, вводять в плевральну порожнину торакопорти і проводять відеоторакоскопію на спонтанному диханні пацієнта під місцевою анестезією. Виконують відеоторакоскопічну ревізію і візуальне уточнення місця біопсії. Наступним етапом довгою голкою виконують транскутанну

інфільтративну анестезію розчином ропівакаїну місця запланованої біопсії і проводять біопсію плеври та/або новоутворення межистіння під візуальним контролем. Далі виконують ендоскопічний контроль аеро- і гемостазу. Операцію закінчують дренажуванням плевральної порожнини. Отриманий біоптат направляють на мікробіологічне, цитологічне і патоморфологічне дослідження. По закінченню операції щоденно вводять в дренажі 10 мл 0,2 % ропівакаїну до видалення останніх.

Розроблений спосіб дозволяє:

- збільшити інформативність біопсії з 86,2 % до 97,1 %;
- підвищити специфічність біопсії з 82,1 % до 89,3 %;
- підвищити точність біопсії з 84,3 % до 91,6 %;
- зменшити частоту пошкодження легені на 11,1 % випадків;
- зменшити частоту інтраплевральної кровотечі при виконанні біопсії на 7,4 %;
- зменшити частоту запізненого розправлення легені на 7,7 % випадків.

Спосіб, що заявляється не складний у виконанні та не потребує вартісного обладнання, тому може знайти широке використання у фтизіохірургічних стаціонарах.