

Укладачі: Калабуха І. А., д-р мед. наук, проф., зав. відділенням торакальної хірургії; Маєтний Є. М., канд. мед. наук, старш. наук. співроб. (НІФП НАМНУ).

Рецензенти:

Гетьман В. Г., завідувач кафедри торакальної хірургії Національного університету охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика МОЗ України, д-р мед. наук, проф.;
Ячник А. І., провідний науковий співробітник клініко-функціонального відділення НІФП НАМНУ, 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. І. А. Калабуха

Відповідальний за випуск: Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук 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 Національної академії медичних наук України”
(НІФП НАМНУ)

УДК: 616.24-002.5-089

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського,
протокол № 6
від “18” __05__ 2021 р.

**СПОСІБ РОЗДІЛЕННЯ МІЖДОЛЬОВОЇ ЩІЛИНИ
ПРИ ВИКОНАННІ РЕЗЕКЦІЇ ЛЕГЕНІ У ХВОРИХ НА
ТУБЕРКУЛЬОЗ**
(інформаційний лист)

Пропонується для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня спосіб розділення міждольової щілини при виконанні резекції легені у хворих на туберкульоз, який розроблений і апробований у відділенні торакальної хірургії НІФП НАМНУ, суть якого полягає у формуванні двох паралельних зварних шви з обох боків від міждольової щілини, застосовуючи автоматичний режим апаратного зварного комплексу ЕК 300 М1 у 15 умовних одиниць, що відповідає 75,0 % максимальної потужності комплексу. Даний спосіб пропонується вперше, аналоги відсутні.

Одним із основних етапів виконання резекції легені є розділення міждольової щілини. Це необхідний компонент будь-якої резекції долі та типової чи атипової резекції сегмента легені.

Ефективність резекції, у тому числі, розділення міждольової щілини, в першу чергу, залежить від надійності швів на прооперованій легені. Нерідко після хірургічного втручання на легені виникають післяопераційні ускладнення: недостатня герметичність механічного шва, кровотечі, гематоми у ділянці шва, залишкова порожнина плеври, емпієма плеври з бронхіальною норницею. Частіше такі ускладнення виникають після операцій на легенях з приводу бульозних змін, бульозної емфіземи, туберкульозної природи захворювання.

Особливості дії електрозварювання на живу тканину забезпечує коагулювання білку біологічної тканини при температурі до 55,0 °С з автоматично керованою, за принципом зворотнього зв'язку, зміною параметрів струму відповідно даних моніторингу електричних параметрів робочої зони для руйнування міжклітинних перегородок – коагуляції внутрішньоклітинного білку. Завдяки цьому не відбувається утворення струпу, досягається склеювання поверхонь високої міцності, утворений шов у подальшому фізіологічним шляхом заміщується рубцевою тканиною без стадії продуктивного запалення. Відомо, що зварювальний шов максимальної потужності призводив до розривів легеневої паренхіми, а при

низько енергетичному шві мінімальної потужності спостерігались негерметичні ділянки.

Спосіб, що пропонується, виконується наступним чином.

Хворим на туберкульоз, яким показана резекція легені, проводять хірургічне втручання за загальноновизнаними правилами оперативної хірургії, одним з основних етапів виконання якого є розділення міждольової щілини. Визначають лінію розділення міждольової щілини. Послідовно, з обох боків від міждольової щілини, формують два паралельні зварні шви із застосуванням автоматичного режиму апаратного зварного комплексу ЕК 300 М1 у 15 умовних одиниць, що відповідає 75,0 % максимальної потужності комплексу. Паренхіму легені розсікають між сформованими зварними швами.

Спосіб розділення міждольової щілини при виконанні резекції легені у хворих на туберкульоз має наступні переваги:

- майже вдвічі (з 15,5 хв. до 8,5 хв.) скорочується тривалість етапу розділення міждольової щілини;
- відсутня необхідність додаткових швів для забезпечення гемостазу або герметичності шва легені;
- шви не прорізуються при склерозі чи дегенеративно-дистрофічних змінах паренхіми;
- зберігається міцність швів згідно традиційних стандартів;
- не порушуються еластичні властивості тканини у зоні швів;
- попереджаються післяопераційні ускладнення, пов'язані з порушеннями реекспансії легені та потреба у хірургічних маніпуляціях в післяопераційному періоді;
- утворення швів проходить без стадії продуктивного запалення;
- майже на чверть (з 20,7 діб до 14,5 діб) скорочується термін післяопераційного перебування хворих в стаціонарі.

Спосіб не складний у виконанні, сприяє попередженню багатьох післяопераційних ускладнень, що дозволяє рекомендувати його для широкого впровадження у хірургічну практику.