

Технологія лімфатичної диссекції при оперативному лікуванні хворих на туберкульоз легень не складна у виконанні, сприяє попередженню багатьох післяопераційних ускладнень, що дозволяє рекомендувати її для широкого впровадження у хірургічну практику.

**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 імені П. Л. Шупика, д-р мед. наук, проф.;

Ліскіна І. В., завідувача лабораторією патоморфології 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. 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, вулиця Миколи Амосова, 10.  
Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.  
E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

Тираж 100 прим.

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

УДК: 616.428–002.5–089

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Вченою радою Національного інституту  
фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського,  
протокол № 7  
від “23” червня 2021 р.

**ТЕХНОЛОГІЯ ЛІМФАТИЧНОЇ ДИСЕКЦІЇ  
ПРИ ОПЕРАТИВНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА  
ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**  
(інформаційний лист)

Київ 2021

*Пропонується для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня технологія лімфатичної диссекції при оперативному лікуванні хворих на туберкульоз легень, яка розроблена і апробована у відділенні торакальної хірургії НІФП НАМНУ, суть якої полягає у проведенні комп'ютерної томографії органів грудної порожнини пацієнтам, яким показано хірургічне лікування, з визначенням денситометричних показників щільності легеневої паренхіми в уражених ділянках та формуванні зварного шва на лімфатичних вузлах, застосовуючи автоматичний режим апаратного зварного комплексу ЕК 300 М1, в залежності від активності специфічного запального процесу. Дана технологія пропонується вперше, аналоги відсутні.*

Важливим етапом оперативного втручання в торакальній хірургії є лімфатична диссекція, об'єм якої має рекомендаційний характер. Об'єктивні критерії визначення ураження, розповсюдження та необхідності видалення лімфатичних вузлів відсутні. Ступінь залучення лімфатичної системи в специфічний процес значно впливає на обсяг та результати оперативного втручання. Казеозно-змінені, збільшені лімфатичні вузли видаляються інтраопераційно, традиційно. Питання залучення лімфатичних колекторів та необхідності втручання на лімфатичні вузли наразі вирішується емпірично хірургом під час оперативного лікування. Тотальне видалення лімфатичних вузлів веде до розширення оперативного втручання, підвищення ризику інтраопераційних ускладнень та тривалості операції і повинно проводитись згідно показів. Залишення уражених лімфатичних вузлів містить ризик реактивації специфічного запального процесу.

Технологія, що пропонується, виконується наступним чином.

Хворим на туберкульоз легень, яким призначено оперативне лікування, проводять комп'ютерну томографію органів грудної клітки з визначенням денситометричних показників щільності в ураженій специфічним запаленням паренхімі легень, яку виражають в умовних одиницях за шкалою Хаунсфільда (НУ).

Дані показники є об'єктивним критерієм оцінки динаміки патологічних змін та дозволяють визначити всі можливі етапи перебігу захворювання. При виявленні показників з мінімальними значеннями щільності легеневої паренхіми в 15 НУ та нижче, при хірургічному втручанні заварюють іпсилатеральні лімфатичні вузли за допомогою зварювального коагулятора в автоматичному режимі апаратного зварного комплексу ЕК 300 М1 у 5 умовних одиниць, що відповідає 25,0 % максимальної потужності комплексу, а збільшені або казеозні лімфатичні вузли видаляють.

При виявленні показників з мінімальними значеннями щільності легеневої паренхіми в 27 НУ, при хірургічному втручанні заварюють лише дольові та сегментарні лімфатичні вузли за допомогою зварювального коагулятора в автоматичному режимі апаратного зварного комплексу ЕК 300 М1 у 5 умовних одиниць, що відповідає 25,0 % максимальної потужності комплексу.

У разі визначення денситометричних показників в уражених ділянках паренхіми легень вище 55 НУ лімфатичної диссекції не проводять.

При застосуванні запропонованої технології досягається:

- збереження еластичних властивостей кореня легені;
- попередження післяопераційних ускладнень, пов'язаних з порушеннями реекспансії легені та зменшення потреби у хірургічних маніпуляціях в післяопераційному періоді;
- зменшення внутрішньо-грудного резервуару специфічної інфекції та ризику виникнення рецидиву;
- зменшення тривалості післяопераційного лікування з 14 до 12 діб;
- скорочення терміну післяопераційного перебування хворих в стаціонарі на 7,2 дні;
- скорочення, в цілому, тривалості перебування хворого в стаціонарі на 15,3 %.