

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

«УТВЕРЖДАЮ»

Первый заместитель Министра

Д.Л. Пиневиц

12 2015 г.

Регистрационный № 112-1015



МЕТОД ОРГАНОСОХРАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ
ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЁГКИХ

Инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЯ – РАЗРАБОТЧИКИ:

ГУ «Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии»

АВТОРЫ:

Д.м.н. Лаптев А.Н., к.м.н. Лаптева И.М., Харевич О.Н.

Минск 2015

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневич
01.12.2015
Регистрационный № 112-2015

**МЕТОД ОРГАНОСОХРАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПАЦИЕНТОВ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ
ДЕСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: ГУ «Республиканский научно-практический центр
пульмонологии и фтизиатрии»

АВТОРЫ: д-р мед. наук А.Н. Лаптев, канд. мед. наук И.М. Лаптева, О.Н. Харевич

Минск 2015

В настоящей инструкции по применению (далее — инструкция) представлен метод органосохранного хирургического лечения пациентов с распространенными хроническими деструктивными поражениями легких — хроническими абсцессами, буллезно-дистрофическими поражениями легких, с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких.

Инструкция предназначена для врачей-торакальных хирургов, врачей-пульмонологов и иных врачей-специалистов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь пациентам с деструктивными заболеваниями легких.

Применение метода позволяет устранить полость у большего числа пациентов с хроническими абсцессами без ухудшения показателей внешнего дыхания, достигнуть абациллирования у пациентов с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, а также улучшить функциональные показатели и уровень оксигенации крови у пациентов с буллезно-дистрофическими поражениями легких.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

1. Хронические деструктивные легочные процессы с формирующимися полостями распада легочной ткани:

- хронические абсцессы легких в фазе ремиссии;
- буллезно-дистрофические поражения легких;
- фиброзно-кавернозный туберкулез легких.

2. Неэффективность медикаментозной терапии и сохранение полости распада легочной ткани.

3. Невозможность применить операции резекционного типа в связи с распространенностью процесса.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Дыхательная недостаточность III ст.

2. Воспалительные заболевания легких в фазе обострения.

3. Сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания в фазе декомпенсации.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Методика интраплевральной кавернотомии/абсцессотомии включает следующие этапы: торакотомия, пневмолиз, интраплевральное вскрытие полостного образования с иссечением наружной стенки полости, аэростаз с помощью ушивания бронхов, дренирующая полость, удаление париетальной плевры, герметизацию легкого, расправление легкого на операционном столе удалением воздуха из плевральной полости через межреберные дренажи.

Оперативное вмешательство осуществляется в один этап и включает следующие приемы:

1. Торакотомия под интубационным наркозом.

2. Щадящее выделение легкого из плевральных сращений, разделение междолевых борозд. Сохранение герметичности легкого в процессе выделения из сращений очень важное условие, т.к. после операции легкое должно быть расправлено на операционном столе.

3. Вскрытие полости и иссечение ее периферических стенок. Периферические фиброзно измененные стенки иссекаются только в пределах рубцово измененных участков, чтобы избежать повреждения функционирующих альвеол и не допустить нарушения герметичности легкого. Необходимо обратить внимание на сохранение герметизма внутренней фиброзной стенки полости, т. к. после операции она будет выполнять роль висцеральной плевры.

4. Ушивание бронхов, дренирующих полость, утопленным швом для создания абсолютной герметизации и аэростаза.

5. Удаление париетальной плевры с целью создания условий для быстрой облитерации плевральной полости.

6. Дренаживание плевральной полости и ушивание операционной раны по общепринятой методике. Легкое расправляется посредством удаления воздуха через межреберные дренажи сразу после окончания операции, на операционном столе.

Лигатура, перекрывающая бронх, должна проходить непосредственно вокруг стенки бронха на глубине 0,4–0,5 см. от его устья. Каждый дренирующий полость бронх должен ушиваться отдельно.

Направление хода дренирующего бронха определяется тупым зондом. Бронх ушивается из 4 точек, симметрично расположенных вокруг устья бронха на расстоянии 0,5 см. Используются атравматичные иглы. Игла вводится в первой точке на глубину 0,5 см от поверхности внутренней стенки полости, выводится — во второй точке с подтягиванием лигатуры. Затем эти же действия производятся в каждой последующей точке. Заключительный этап — введение иглы в четвертой точке с выведением через первую точку и подтягиванием лигатуры. Таким образом обеспечивается ситуация, когда оба конца лигатуры будут выходить из первой точки, а шов окажется погружным или т. н. «кисетным». Лигатура завязывается тройным узлом, узел уходит в глубину тканей и не будет виден на поверхности. Лигатура тесно прилегает к стенке бронха, надежно перекрывает дренирующий бронх, впоследствии не расслабляется и реканализации бронха не возникает.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ИЛИ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

Органосохранные хирургические вмешательства должны выполняться после предшествующего курса противовоспалительного лечения с целью устранения воспалительной инфильтрации в стенках полостного образования и в легких.

Во время операции герметизм легкого должен быть сохранен, что является необходимым условием для расправления легкого на операционном столе после ушивания операционной раны.