

**Укладачі:** Фещенко Ю.І., академік АМН України, д-р мед. наук, проф.; Сташенко О.Д., зав. від. торакальної хірургії Херсонського облтубдиспансера; Опанасенко М.С., канд. мед. наук.; Радіонов Б.В., д-р мед. наук, проф.; Терешкович О.В., мол. наук. співроб.; Калабуха І. А., д-р мед. наук, Волошин Я. М., канд. мед. наук, Хмель О.В., канд. мед. наук.; Калениченко М.І., мол. наук. спів (Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України), Бабич М.І. (Херсонський облтубдиспансер).

**Рецензенти:**

О.Д. Ніколаєва, доцент кафедри туберкульозу Київської медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, канд. мед. наук;

М.М. Кужко, завідувач відділенням фтизіопульмонології Інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України, д-р мед. наук.

**Голова профільної проблемної комісії МОЗ та АМН України:**  
академік АМН 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 “Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”, 03680, Київ, вул. М. Амосова, 10,  
тел. 275 – 54 – 88, факс 275 – 21 – 18  
E-mail: [secretar@ifp.kiev.ua](mailto:secretar@ifp.kiev.ua).

АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

Державна установа “Інститут фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф.Г. Яновського АМН України”

УДК: 616.24 – 002.5: 611.233:617.54 – 089.

Випуск із проблеми  
“Фтизіатрія і пульмонологія”

**ЗАТВЕРДЖЕНО**

Вченою радою Державної установи  
“Інститут фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф.Г. Яновського АМН України”

*Протокол № 7  
«19» червня 2007 р.*

**СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА  
ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ  
(інформаційний лист)**

Київ 2007

*Для впровадження в торакальних стаціонарах протитуберкульозних закладів різного рівня пропонується спосіб хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень, що полягає в застосуванні модифікованої схеми торакопластики та екстраплеврального пневмолізу, який розроблений у відділенні торакальної хірургії й інвазивних методів діагностики Державної установи “Інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського АМН України”.*

Актуальною проблемою сучасної фтизіатрії на фоні зростання кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз легень є впровадження колапсохірургічних методик, направлених на підвищення ефективності і безпечності операції, що дозволяє досягти виліковування або стабілізації процесу у хворих із тривалою неефективною консервативною терапією.

Розроблена методика полягає в наступному. У положенні хворого в напівбоковій позиції ( $\approx 45^0$ ) проводять розтин м'яких тканин лише уздовж внутрішнього краю лопатки, досягнувши реберної поверхні грудної клітини піднадкістнично видаляють задньо-боковий фрагмент 7 ребра, поетапно піднадкістнично видаляють (застосовуючи при цьому гідравлічну препаративку тканин і лише пальцево-тампонаторне виділення) тотально 6, 5, 4, 3, 2, 1 ребра, які перетинають на 1 – 2 см від головки ребра, потім тотально видаляють фрагмент 7 і 8 ребра, виконують екстраплевральний апіколіз та пневмоліз легені, поетапно проводять ушивання з інвагінацією в бік середостіння відповідних міжреберних м'язево-плевральних проміжків, а також зшивання їх між собою у вигляді

драбини, підшивання підлопаточних м'язів та передньої грудної стінки до середостіння та довгого м'яза спини протягом усієї декостованої поверхні.

Запропонований спосіб має наступні переваги:

- забезпечуються анатомічні умови для екстраплеврального циркулярного апіколізу та зменшення гемітораксу протягом усього відповідного геміторакса;
- виконується мобілізація плеври й легені протягом усього відповідного геміторакса;
- забезпечується зменшення гемітораксу незалежно від виразності фіброзно-злукового процесу;
- забезпечується достатня пластичність декостованої поверхні для формування коригованого гемітораксу;
- зменшується загальний травматизм операції, об'єм крововтрати (на 120 – 840 мл крові) та необхідність переливати еритроцитарну масу та плазму;
- зменшується рівень інтраопераційних та післяопераційних ускладнень;
- зменшується вираженість косметичного дефекту;
- відсутні рецидиви захворювання у віддаленому періоді за умови дотримання режиму протитуберкульозної хіміотерапії.

Застосування рекомендованого способу дозволило підвищити результативність операції з 90,8 % випадків до 100 %; скоротити терміни перебування в хірургічному відділенні на 1 – 29 днів, а відповідно й витрати лікарських препаратів; скоротити терміни призначення наркотичних аналгетиків на 1 – 8 днів; попередити виникнення ускладнень, рецидивів та хронізацію хвороби.