

**Укладачі:** **Бялик Й. Б.**, д-р мед. наук, проф.; **Черенько С. О.**, д-р мед. наук, проф., **Петренко В. М.**, д-р мед. наук, проф., **Циганкова Л. М.**, канд. мед. наук, **Давиденко В. В.**, лікар (ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України”, тел. 275 41 33).

**Рецензенти:**

**М'ясніков В. Г.**, професор кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України, д-р мед. наук, проф.;

**Кужко М. М.**, завідувач відділенням фтизіопульмонології ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України”, д-р мед. наук, проф.

**Голова профільної проблемної комісії МОЗ та АМН України:** акад. 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 “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України”,

03680, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.

Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.

E-mail: [secretar@ifp.kiev.ua](mailto:secretar@ifp.kiev.ua)

АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ  
Державна установа  
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології  
імені Ф. Г. Яновського АМН України”

УДК 616.24-002.54/.57:615.015.8-085.2/3:616.381-003.219

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Вченою радою Національного інституту  
фтизіатрії і пульмонології  
імені Ф. Г. Яновського,  
протокол № 7  
від “ 16 “ червня 2009 р.

**ЗАСТОСУВАННЯ ПНЕВМОПЕРИТОНЕУМУ ПРИ  
ПОЛІХІМІОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА РАНІШ НЕЕФЕКТИВНО  
ЛІКОВАНИЙ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ  
ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ ТА ПРИ ВИСОКОМУ РИЗИКУ  
МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОСТІ**

(інформаційний лист)

Тираж 80 прим.

Київ 2009

*Пропонується для впровадження в практику роботи обласних, міських і районних протитуберкульозних стаціонарів (диспансерів) метод одночасного застосування пневмоперитонеуму і поліхіміотерапії у хворих на раніш неефективно лікований мультирезистентний туберкульоз легень та при деструктивному процесі з високим ризиком мультирезистентності. Комплексне вивчення і розробка цього методу здійснено в ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України”.*

В доантибактеріальну еру основними методами лікування деструктивного туберкульозу легень були штучний пневмоторакс і пневмоперитонеум. Однак, починаючи з 60 – 70-х років минулого століття внаслідок великих успіхів антибактеріальної терапії туберкульозу ці колапсотерапевтичні методи стали застосовуватись все рідше і рідше і в теперішній час застосовуються вкрай рідко. Але труднощі в хіміотерапії мультирезистентного туберкульозу легень і недостатні результати його лікування спонукають застосовувати в сучасних умовах колапсотерапію, в тому числі пневмоперитонеум.

Пневмоперитонеум найбільш показаний хворим із деструктивним, раніш неефективно лікованим, мультирезистентним (або з високим його ризиком) туберкульозом легень, особливо при локалізації каверн у нижніх частках легень і двосторонньому процесі.

Пневмоперитонеум виконується за допомогою пневмотораксного апарату. Інсуфляції (введення повітря в черевну порожнину) починаються в стаціонарних умовах з дози 0,3 – 0,6 л, а через 5 – 8 днів доза збільшується до 0,6 – 0,9 л. У подальшому інтервали між інсуфляціями досягають 7 – 13 днів, а об’єм повітря, що вводиться – 0,9 – 1,2 л. Ці величини залежать від об’єму повітря в черевній порожнині і швидкості його розсмоктування, що контролюється рентгеноскопично або рентгенографічно по величині підйому діафрагми під ураженими легеньми.

Пневмоперитонеум застосовується на фоні поліхіміотерапії, режими якої залежать в першу чергу від чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів I і II ряду, а також від тривалості і характеру попередньої хіміотерапії, переносимості ліків та інших факторів. При відсутності тесту чутливості МБТ до препаратів I ряду призначають стандартні режими хіміотерапії за 4 категорією, які включають етамбутол, піразинамід, фторхінолон, канаміцин або амікацин, етіонамід і (або) ПАСК.

Тривалість застосування пневмоперитонеуму коливається від 4 до 12 і більше місяців та залежить від результатів та переносимості комплексного лікування.

Застосування пневмоперитонеума і поліхіміотерапії із 5 – 6 препаратів I і II ряду у хворих на раніш неефективно лікований мультирезистентний туберкульоз легень або при високому ризику мультирезистентності забезпечує припинення бактеріовиділення в 65 – 67 % випадків, загоєння каверн – в 35 – 37 % і сумарну (часткову і повну) регресію каверн – в 86 – 88 %, що на 15 – 21 % вище, ніж тільки при такій же поліхіміотерапії. Крім того, приєднання пневмоперитонеуму прискорює абацилювання на 1,0 міс і загоєння каверн – на 1,4 міс. Переносимість пневмоперитонеуму, як правило, добра або задовільна. Інколи при перших інсуфляціях відмічаються неприємні відчуття або болі в животі або грудній клітині, що можна корегувати зменшенням дози інсуфляцій або збільшенням інтервалу між ними.