

Укладачі: Укладачі: Фещенко Ю. І., академік АМН України, д-р мед. наук, проф.; Мельник В. М., д-р мед. наук, проф.; Опанасенко М. С., д-р мед. наук.; Сташенко О. Д., зав. від. торакальної хірургії Херсонського облтубдиспансера; Терешкович О. В., мол. наук. співроб.; Калениченко М. І. канд. мед. наук; Бичковський В. Б. мол. наук. співроб.; Конік Б. М. торакальний хірург; Веремеєнко Р. А. мол. наук. співроб. (НІФП); Сірик О. О. (Херсонський облтубдиспансер)

Рецензенти:

О. Д. Ніколаєва, доцент кафедри туберкульозу Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, канд. мед. наук;
М. М. Кужко, завідувач відділенням фтизіопульмонології НІФП, 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 “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

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

УДК: 616.24–002.5–089

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
імені Ф. Г. Яновського,
протокол № 9
від “12” жовтня 2010 р.

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

Тираж 80 прим.

Київ 2010

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України”.

На фоні епідемії туберкульозу в Україні все частіше лікарі вдаються до хірургічного лікування даної патології, так як консервативна терапія часто є неспроможною досягти бажаного результату. Лише резекційні операції не вирішують проблему, адже існує великий контингент фтизіатричних пацієнтів із поширеними деструктивними двобічними процесами в легенях, до яких все частіше застосовуються різні види первинної торакопластики.

Пропонується спосіб хірургічного лікування хворих на туберкульоз легень, який полягає у тому, що в положенні хворого в напівбоковій позиції ($\approx 45^0$) проводять розтин м'яких тканин лише уздовж внутрішнього краю лопатки до реберної поверхні грудної клітки. Поетапно підокістно тотально видаляють 4, 3, 2, 1 ребра, застосовуючи при цьому гідравлічну препаровку тканин і лише пальцево-тампонаторне виділення. 5 і 6 ребра видаляють субтотально. Після видалення кісткового каркасу виконують екстраплевральний апіколіз верхівки та медіастинальний пневмоліз легені. Поетапно виділяють і видаляють нижню половину лопатки; зшивають між собою, із застосуванням інвагінації, підлопатковий та надлопатковий м'язи в ділянці резекції лопатки. Поетапно проводять ушивання, з інвагінацією в напрямку середостіння, відповідних міжреберних м'язево-плевральних проміжків, а також зшивання їх між собою у вигляді драбини. В підлопаточний простір вставляють дренаж для аспірації вмісту та вводу антибактеріальних препаратів. Проводять підшивання підлопаткових м'язів та м'язів передньої грудної стінки до середостіння та довгого м'яза спини вздовж всієї декостованої поверхні. Екстраплевральну порожнину дренують двома дренажами. Наприкінці оперативного втручання виконують санаційну фібробронхоскопію. У післяопераційному періоді протягом перших 3 днів проводять санаційні

фібробронхоскопію з уведенням всередину бронхіального дерева муколітиків, антибіотиків і гормонів, а на 4-й день після операції створюють пневмоперитонеум в об'ємі 1000 – 1500 см³.

Дренажі видаляють після припинення ексудації, шкірні шви знімають на 11 – 12 добу після операції. Для введення в дренажі (1 раз на добу) використовують антибіотики широкого спектру дії і туберкулостатики.

Запропонований спосіб має наступні переваги:

- зменшується загальний травматизм операції, об'єм крововтрати (на 40 – 480 мл крові) та необхідність переливання еритроцитарної маси та плазми (на 10,7 %);
- зменшується частота виникнення вираженої (II – III ступеня) дихальної недостатності в післяопераційному періоді на 10,7 %;
- зменшується необхідність у повторних оперативних втручаннях на 7,1 % випадків;
- скорочується термін перебування в хірургічному відділенні на 2 – 125 днів, а відповідно і витрати лікарських препаратів;
- зменшується термін призначення наркотичних анальгетиків на 2 – 3 дні;
- зменшується виразність косметичного дефекту;
- зменшується частота рецидивів процесу в післяопераційному періоді на 5,4 %;
- підвищується результативність операції з 85,8 % випадків до 91,2 %.

Спосіб простий у виконанні, не вимагає спеціальної підготовки, високоефективний, не потребує складного додаткового обладнання, може застосовуватись в протитуберкульозних закладах різного рівня.