

**Укладачі:** Фещенко Ю.І., академік АМН України, д-р мед. наук, проф.; Мельник В.М., д-р мед. наук, проф.; Опанасенко М.С., канд. мед. наук.; Терешкович О.В., мол. наук. співроб.; Калениченко М.І., мол. наук. співроб.; Бичковський В.Б., мол. наук. співроб.; Конік Б.М., торакальний хірург (ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України”).

**Рецензенти:**

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

М.М. Кужко, завідувач відділення фтизіопульмонології ДУ “Національного інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України”, д-р мед. наук, проф.

**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](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/.57–089

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Вченою радою Національного інституту  
фтизіатрії і пульмонології  
імені Ф.Г. Яновського,  
протокол № 9  
від “13” жовтня 2009 р.

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

*Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського АМН України” та може бути використаний в лікувальних закладах різного ступеня акредитації.*

Характерною рисою сучасної фтизіатрії є зростання рівня легеневих деструктивних двобічних процесів, які часто мають прогресуючий перебіг і велику кількість фатальних ускладнень. Обмежені можливості консервативної поліхіміотерапії, особливо у випадках первинної або вторинної поліхіміорезистентності, а також неможливість застосування лише резекційної хірургії вимушують фтизіохірургів застосовувати колапсохірургічні оперативні втручання, серед яких домінує торакопластика.

Запропоновано спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень. В положенні хворого в напівбоковій позиції ( $\approx 45^\circ$ ) проводять розтин м'яких тканин лише уздовж внутрішнього краю лопатки. Досягнувши реберної поверхні грудної клітини підокістно тотально видаляють 4 і 3 ребра, застосовуючи при цьому гідравлічну препаровку тканин і лише пальцево-тампонаторне виділення. Ребра перетинають на 1 – 2 см від їх головок, проводять торакотомію по 4-му міжребер'ю, виконують резекцію легені визначеного об'єму, тотально видаляють 2 і 1 ребра, виконують френікотріпсію, проводять екстраплевральний апіколіз та медіастинальний пневмоліз декостованої парієтальної плеври. Після цього підшивають купол плеври та декостовану парієтальну плевру до межистіння, дрениують плевральну порожнину двома дренажами, зшивають розсічений міжреберний проміжок, формуючи при цьому новий купол плеври. Підшивають підлопаточні м'язи та передню грудну стінку до довгого м'яза спини на протязі всієї декостованої поверхні, дрениують підлопаточний простір одним дренажем. Відразу після операції створюють пневмоперитонеум в об'ємі 1200 см<sup>3</sup>.

Запропонований спосіб має наступні переваги:

- забезпечуються анатомічні умови для екстраплевального циркулярного апіколізу, мобілізації плеври та зменшення гемітораксу;
- зменшується загальний травматизм операції, об'єм крововтрати (на 240 – 530 мл крові) та необхідність переливання еритроцитарної маси та плазми (на 21,7 %);
- скорочується термін перебування в хірургічному відділенні на 8 – 16 днів, а відповідно й витрати лікарських препаратів;
- скорочується тривалість операції на 0,7 – 1,6 години;
- зменшується термін призначення наркотичних анагетиків на 5 – 7 днів;
- відсутнє прогресування захворювання у віддаленому періоді за умови дотримання режиму протитуберкульозної хіміотерапії (у способі-прототипі рецидиви відзначено в 3,1 %);
- відсутня летальність (у способі-прототипі загальна летальність склала 6,3 % випадків);
- підвищується результативність операції з 90,6 % випадків до 100 %.

Спосіб може знайти широке використання у торакальних хірургічних стаціонарах та в хірургічних відділеннях протитуберкульозних закладів.