

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 (Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського).

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 Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського, 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

Тираж 80 прим.

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
ПОШИРЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ
ЛЕГЕНЬ**
(інформаційний лист)

Київ 2009

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб хірургічного лікування хворих на поширений деструктивний туберкульоз легень, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Національного інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф. Г. Яновського

Характерною рисою сучасної фтизіатрії є зростання питомої ваги поширених деструктивних форм туберкульозу легень серед вперше діагностованих випадків захворювання, первинна і вторинна стійкість мікобактерій туберкульозу до антибактеріальних препаратів, високий рівень супутньої патології, що суттєво знижує ефективність стандартних схем хіміотерапії, подовжує терміни лікування та підвищує економічні витрати на його проведення. Обмежені можливості консервативної поліхіміотерапії, особливо у випадках первинної або вторинної поліхіміорезистентності, а також неможливість застосування лише резекційної хірургії змушують фтизіохірургів застосовувати резекційні операції в поєднанні з торакопластиком.

Запропоновано спосіб хірургічного лікування хворих на поширений деструктивний туберкульоз легень. В положенні хворого в напівбоковій позиції ($\approx 45^\circ$) проводять розтин м'яких тканин лише уздовж внутрішнього краю лопатки до реберної поверхні грудної клітки. Підокістно тотально видаляють 4 і 3 ребра, застосовуючи при цьому гідравлічну препаративку тканин і лише пальцево-тампонаторне виділення. Ребра перетинають на 1 – 2 см від головки ребра, проводять торакотомію по 4-му міжребер'ю. Зліва виконують резекцію лише S₁, S₂, S₃, S₆, а справа – резекцію верхньої частки та S₆, проводять тотальне розділення міждольових борозн до кореня легені, тотально видаляють 2 і 1 ребра, виконують екстраплевральний апіколіз та медіастинальний пневмоліз декостованої парієтальної плеври. Після цього підшивають купол плеври та декостовану парієтальну плевру до середостіння, формуючи при цьому новий купол плеври. Базальні сегменти фіксують до нового куполу плеври і формують новий купол легені.

Потім виконують френікотрипсию, дренують плевральну порожнину двома, а підлопатковий простір одним дренажами “Блейк”, зшивають розсічений міжреберний проміжок, підшивають підлопаткові м'язи та передню грудну стінку до довгого м'яза спини впродовж всієї декостованої поверхні. В кінці оперативного втручання виконують санаційну фібробронхоскопію з уведенням у бронхіальне дерево муколітиків, антибіотиків і гормонів, а відразу після операції створюють пневмоперитонеум в об'ємі 1500 – 2000 см³ і призначають ацетилцистеїн.

Спосіб, має наступні переваги і дозволяє:

- скоротити терміни перебування в хірургічному відділенні на 7 – 122 дні;
- зменшити рівень післяопераційних ускладнень з 25,0 % до 14,2 %;
- зменшити рівень прогресування процесу з 20,8 % до 7,1 %;
- зменшити загальну летальність на 4,1 %;
- підвищити результативність операцій з 50,1 % до 78,7 %.

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