

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; Конік Б. М., торакальний хірург; Терешкович О. В., мол. наук. співроб.; Калениченко М. І., мол. наук. співроб.; Бичковський В. Б., мол. наук. співроб.; (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 відділенням фтизіопульмонології ДУ “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені 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 “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

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 “20” жовтня 2009 р.

**СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА
ДЕСТРУКТИВНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ ЛЕГЕНЬ**

(інформаційний лист)

Тираж 80 прим.

Київ 2009

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”.

Характерною рисою сучасної фтизіатрії є зростання питомої ваги деструктивних форм туберкульозу легень, які підлягають оперативному лікуванню. У виборі виду оперативного втручання торакальні хірурги все більше уваги приділяють резекційним методам з максимальним збереженням об'єму залишеної легеневої паренхіми і мінімізацією ризиків розвитку післяопераційних ускладнень.

Запропоновано спосіб хірургічного лікування хворих на деструктивний туберкульоз легень. Спочатку виконують резекцію верхньої частки справа або $S_1S_2S_3$ зліва з обов'язковою роздільною обробкою всіх елементів кореня і тотальним розділенням міждольових борозн до кореня легені. Всю куксу бронху додатково ушивають вузловими лігатурами із застосуванням ниток PDS-II; на зріз кукси бронху та лінію механічного шва, що відокремлює справа верхню частку від середньої, а зліва $S_1S_2S_3$ від язичкових сегментів, накладають пластини тахокомбу. Потім виділяють лоскут перикардального жиру на судинній ніжці, проводять цей лоскут в міждольовій борозні, виповнюючи при цьому останню, і підшивають лоскут до кукси бронху та лінії механічного шва. Після роздування легені і визначенням місця підшивання верхівки S_6 до середньої долі справа або до язичкових сегментів зліва формують новий купол легені з допомогою кількох лігатур. Виконують френікотрипсию, після чого дрениують плевральну порожнину двома дренажами та мікроірригатором: два дренажа – традиційно, а мікроірригатор – в міждольовий простір. Відразу після операції створюють пневмоперитонеум в об'ємі 1000 – 1500 см³.

Спосіб, має наступні переваги і дозволяє:

- скоротити строки перебування в хірургічному відділенні на 7 – 364 дня;
- зменшити рівень післяопераційних ускладнень з 14,2 % до 4,3 %;
- зменшити рівень прогресування процесу з 11,9 % до 4,3 %;
- зменшити загальну летальність на 2,3 %;
- підвищити результативність операції з 71,6 % до 91,4 %.

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