

Укладачі: Фещенко Ю. І., академік НАМН України, д-р мед. наук, проф.; Мельник В. М., д-р мед. наук, проф.; Опанасенко М. С., д-р мед. наук, проф.; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Леванда Л. І., анестезіолог (НІФП НАМНУ)

Рецензенти:

О. Д. Ніколаєва, доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, канд. мед. наук

О. М. Рекалова, завідувача лабораторії клінічної імунології НІФП НАМНУ, д-р мед. наук

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН України: академік НАМН 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 ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”, 03038, 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
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”
(НІФП НАМНУ)

УДК: 616.24-002.5:615.015.8-089

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 9
від “25” вересня_2018 р.

**СПОСІБ ПІДГОТОВКИ ХВОРОГО ДО ХІРУРГІЧНОГО
ЛІКУВАННЯ З ПРИВОДУ МУЛЬТИРЕЗИСТЕНТНОГО
ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ**
(інформаційний лист)

Тираж 80 прим.

Київ 2018

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб підготовки хворого до хірургічного лікування з приводу мультирезистентного туберкульозу легень, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики НІФП НАМНУ та передбачає використання колапсотерапевтичних методик і лімфотропного введення протитуберкульозних препаратів. Дана технологія запропонована вперше, аналоги відсутні.

Туберкульоз залишається складною медико-біологічною та соціальною проблемою як міжнародного, так і національного значення для багатьох країн світу. Епідемія туберкульозу в Україні була проголошена з 1995 році і з того часу, не зважаючи на чималі зусилля, залишається неподоланою. Основною проблемою в лікуванні хворих на туберкульоз легень є широке поширення медикаментозної резистентності *Micobacterium tuberculosis*. Серед різних видів медикаментозної резистентності мікобактерій туберкульозу основне клінічне значення має різновид полірезистентності до комбінації основних протитуберкульозних препаратів I ряду – ізоніазиду і рифампіцину, який за міжнародною класифікацією виділений в окрему форму туберкульозу – мультирезистентний туберкульоз (*multidrug resistant tuberculosis*).

Спосіб, що пропонується, виконується наступним чином. Хворому з мультирезистентним туберкульозом легень призначають комплексну протитуберкульозну хіміотерапію протягом 2 місяців виключно на основі даних про чутливість мікобактерії до хіміопрепаратів. Проводять санацію бронхіального дерева, корекцію дискоагуляційних порушень, ліквідацію неспецифічних запальних явищ та дезінтоксикаційну терапію, компенсацію серцево-судинних та дихальних порушень, а також досягають ремісії перебігу супутньої патології. При наявності туберкульозу бронхів в зоні запланованої резекції, проводять лікувальні фібробронхоскопії та небулайзерну терапію із використанням туберкулоцидів і муколітиків. При відсутності туберкульозу бронхів застосовують лише небулайзерну терапію. Одночасно використовують колапсотерапевтичні методи – пневмоперітонеум і/або штучний

лікувальний пневмоторакс на стороні більшого ураження з наступним рентгенконтролем і проводять лімфотропну ретростернальну терапію шляхом щоденного ін'єкційного введення туберкулоцидів в ретростернальну клітковину надстернальним чи ретроксифоїдальним доступом.

Розроблений спосіб дозволяє:

- скоротити строки регресії туберкульозних змін у бронхах в середньому на 30,4 днів;
- скоротити термін передопераційної підготовки в середньому на 34,3 дні;
- скоротити термін стаціонарного лікування в середньому на 33,1 дні;
- збільшити відсоток пацієнтів, які підлягають оперативному лікуванню, після курсу передопераційної підготовки з 76,9 % до 91,9 %;
- зменшити кількість післяопераційних ускладнень з 10,3 % до 5,8 %.

Спосіб технічно нескладний, не потребує додаткового обладнання чи інструментарію та може знайти широке використання у хірургічних стаціонарах протитуберкульозних закладів різного рівня.