

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.; Конік Б. М., канд. мед. наук; Купчак І. М., мол. наук. співроб.; Обремська О. К., анестезіолог; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Леванда Л. І., анестезіолог; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб. (НІФП НАМН)

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 НАМН, 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”, 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
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”
(НІФП НАМН)

УДК: 616.428-002.5-089

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 8
від “06” жовтня 2015 р.

**СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА
ТУБЕРКУЛЬОЗ ВНУТРІШНЬОГРУДНИХ ЛІМФАТИЧНИХ
ВУЗЛІВ**
(інформаційний лист)

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб хірургічного лікування хворих на туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фізіотерпії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”.

При розвитку первинного туберкульозу в патологічний процес втягаються як периферичні, так і внутрішньогрудні лімфатичні вузли, специфічне ураження яких має назву туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів. Малі форми хвороби характеризуються невеликою гіперплазією лімфатичних вузлів, при виражених бронхоаденітах переважають інфільтративно-запальні або казеозні зміни. При несвоєчасній діагностиці і неадекватному лікуванні даного захворювання процес набуває ознак хронічного запалення і часто ускладнюється такими патологічними станами, як нодуло-бронхіальна або нодуло-стравохідна норія, туберкульоз бронха і стеноз бронха з ретростенотичним нагноєнням, генералізація інфекції тощо. Розроблено спосіб хірургічного лікування хворих на туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів на основі використання відеоторакоскопії.

Спосіб виконується наступним чином. Хворому із синдромом внутрішньогрудної лімфаденопатії виконують відеоторакоскопію зі сторони більшого ураження з постійною відеофіксацією ходу операції. Проводять біопсію зміненого лімфатичного вузла з експрес гістологічним і плановим мікробіологічним дослідженням отриманих біоптатів. При підтвердженні діагнозу туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних вузлів виконують максимальне видалення збільшених і казеознозмінених внутрішньогрудних лімфатичних вузлів і їх конгломератів. Після цього здійснюють санацію плевральної порожнини розчинами антисептиків, ложа видалених лімфатичних вузлів обробляють тампонами з 3 % розчином перекису водню і закладають в ложа пластини нетканного багат шарового матеріалу з окисленої регенованої целюлози. В кінці операції і щодня до видалення дренажів внутрішньоплеврально вводять 10,0 мл

комбінованого препарату хіксозиду та 10 мл 0,2 % розчину ропівакаїну. З першого дня після операції і протягом інтенсивної фази лікування на фоні протитуберкульозної терапії, що визначається в залежності від категорії захворювання, хворому призначають 400 мг моксифлоксацину перорально.

Розроблений спосіб дозволяє:

- повністю уникнути хронізації процесу;
- скоротити середній термін перебування хворого в стаціонарі з 16,8 до 8,3 днів і призначення йому наркотичних анальгетиків з 3,5 до 0,9 днів;
- зменшити частоту післяопераційної кровотечі з 5,4 % до 2,0 % випадків і ускладнень, пов'язаних з компресією лімфатичних вузлів на органи межистіння з 8,9 % до 4,0 % випадків;
- зменшити частоту генералізації процесу з 7,1 % до 2,0 % випадків;
- покращити загальну ефективність лікування даного контингенту хворих з 80,4 % до 94,0 % випадків.

Спосіб, що заявляється, досить безпечний, нескладний у виконанні і може бути виконаний в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою відеоторакоскопічних операцій.