

**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.; Леванда Л. І., анестезіолог; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Демус Р. С., торакальний хірург; Клименко В. І., канд. мед. наук; Кононенко В. А., анестезіолог; Обремська О. К., анестезіолог (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, завідувач лабораторії клінічної імунології ДУ "Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського НАМН України", 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: 616.24-002.5+616:379-008.64.152.112-084

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Вченою радою Національного інституту  
фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,  
протокол № 4  
від "11" березня 2014 р.

**СПОСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ДІАБЕТИЧНОГО  
КЕТОАЦИДОЗУ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ НА ЛЕГЕНЯХ І ПЛЕВРІ  
У ХВОРИХ З ПОЄДНАНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ЦУКРОВОГО  
ДІАБЕТУ І ТУБЕРКУЛЬОЗУ ОРГАНІВ ДИХАННЯ**  
(інформаційний лист)

Київ 2014

Тираж 80 прим.

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб профілактики діабетичного кетоацидозу після операції на легенях і плеврі у хворих з поєднаною патологією цукрового діабету і туберкульозу органів дихання, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України".

Однією з актуальних проблем у фтизіохірургії є кетоацидоз в післяопераційному періоді.

Спосіб виконується наступним чином. Після закінчення оперативного втручання хворого переводять у відділення інтенсивної терапії, де на фоні проведення кисневої терапії, шляхом інсуфляції O<sub>2</sub> з FiO<sub>2</sub> 0,4 – 0,5 через носовий катетер, одразу, через один з венозних доступів, розпочинають введення протитуберкульозних антибактеріальних препаратів, згідно рекомендацій фтизіатра, та через дискофікс або інший венозний доступ проводять профілактику виникнення діабетичного кетоацидозу, а саме: вводять 5 % розчин глюкози з середньою швидкістю 100 мл/год 4 рази на добу в звичні години прийому їжі та внутрішньовенно розчин Ксилату в дозі 4 – 6 мл/кг на добу зі швидкістю 40 крап/хв, розподілений на 2 введення протягом доби, до відновлення самостійного харчування та відсутності клінічних ознак кетозу, після чого припиняють внутрішньовенну інфузію цих розчинів. 1,5 % розчин реамберину вводять внутрішньовенно в дозі 200 мл зі швидкістю 40 крап/хв, при цьому тривалість введення залежить від стану пацієнта. 4,2 % розчин Тівортіну вводять також внутрішньовенно в дозі 100 мл зі швидкістю 30 крап/хв протягом 5-7 діб з подальшим переходом на пероральний прийом по 5 мл 4 рази на добу протягом 2-х тижнів. 1,2 % розчин альфа-ліпоевої кислоти вводять внутрішньовенно в дозі 50 мл зі швидкістю 30 – 40 крап/хв протягом 5 – 10 діб з подальшим переходом на пероральний прийом в дозі 600 мг 1 раз на добу протягом 2 – 4 тижнів, а розчин Мільгамма в дозі 2,0 мл на добу вводять внутрішньом'язово глибоко протягом 5 діб з подальшим переходом на пероральний прийом

драже "Мільгамма" 3 рази на добу протягом 2 тижнів, далі 1 раз на добу тривалий час. Визначення рівня глікемії до моменту самостійного прийому їжі проводять кожні 4 год., а при потребі кожні 1 – 2 год. Інсулінотерапію при цьому проводять шляхом підшкірного введення інсуліну короткої дії, згідно з визначеним рівнем глікемії. Після відновлення самостійного харчування хворого протягом 1 – 2 діб переводять на передопераційний режим інсулінотерапії з контролем рівня глікемії кожні 4 год. Якщо досягнуто рівня нормоеуглікемії протягом 2 діб, то контроль рівня глікемії проводять щодня кожні 6 год до відновлення звичного палатного режиму. Після чого контроль рівня глікемії проводять 1 раз на 3 дні. У разі погіршення стану хворого з будь-яких причин, визначення рівня глікемії є обов'язковим. Наявність кетонурії визначають 1 раз на добу. У разі позитивного результату, визначення кетонурії проводять двічі на добу. Контроль показників кислотно-лужного стану здійснюють 1 – 2 рази на добу, а в разі необхідності частіше. Контроль біохімічних показників та показників коагулограми, загальний аналіз крові та сечі проводять 1 раз на добу. При потребі виконують частіше. ЕКГ-контроль проводять 1 раз на добу. При виникненні аритмій здійснюють добовий ЕКГ-моніторинг.

Розроблений спосіб дозволяє:

- скоротити термін нормалізації показників глікемії на 2 – 4 дні;
- зменшити кетонурію з 25,0 % до 7,1 %;
- скоротити термін відновлення передопераційного режиму інсулінотерапії на 2 – 3 дні;
- знизити частоту виникнення гепатотоксичних реакцій з 41,7 % до 7,1 %;
- зменшити тривалість перебування у ВРІТ на 2 – 8 днів.

Спосіб лікування безпечний, нескладний у виконанні і може бути виконаний в лікувальному закладі фтизіохірургічного профілю лікарем-анестезіологом.