

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; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; Шалагай С. М., мол. наук. співроб.; Купчак І. М., мол. наук. співроб.; 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”, 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 НАМНУ)

УДК: 616.24:616.25-089

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 4
від “28” березня 2017 р.

**СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ РЕЛАКСАЦІЇ
ДІАФРАГМИ**
(інформаційний лист)

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб хірургічного лікування релаксації діафрагми, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”. Дана технологія запропонована вперше, аналоги відсутні.

Тривалий час релаксацію діафрагми розглядали як малосимптомне або навіть безсимптомне захворювання, і, на противагу діафрагмальній грижі, вважали за патологію, яка не представляє загрози для життя хворого. Однак, поряд з безсимптомним перебігом, зустрічаються форми, які клінічно проявляються порушенням функції травної, дихальної, серцево-судинної та ряду інших систем. В таких випадках лікарі вдаються до різних методів пластики діафрагми. Розроблено спосіб пластики діафрагми, який базується на поєднанні відеоторакоскопії і відкритої торакотомії.

Спосіб здійснюється наступним чином. Хворим, яким планується виконання пластики діафрагми з приводу її релаксації, в день операції створюють пневмоперітонеум, після чого пацієнт подається в операційну. Під загальним знеболенням із застосуванням штучної вентиляції легень з однолегеневою інтубацією виконують відеоторакоскопічну ревізію плевральної порожнини з визначенням оптимального місця для торакотомії. Проводять торакотомію у визначеному міжребір'ї, виконують пневмоліз легені і діафрагмоліз. Після інтраопераційної оцінки стану релаксованої діафрагми обирають місце для діафрагмотомії, яку виконують під візуальним контролем. Наступним етапом проводять ревізію і діафрагмоліз піддіафрагмального простору для забезпечення більшої рухливості діафрагми перед пластикою та дренажуванням піддіафрагмального простору. Виконують пластику діафрагми під візуальним контролем шляхом гофрування її релаксованої частини або створення триплікатури. Після розправлення колабованої частини легені проводять санаційну фібробронхоскопію з аспірацією вмісту трахеобронхіального дерева

та виконують дренажування плевральної порожнини двома дренажами з наступним введенням розчину ропівакаїну в кожен дренаж щоденно протягом післяопераційного періоду до видалення дренажів.

Розроблений спосіб дозволяє:

- досягти зміщення діафрагми каудально на два і більше ребер у 100 % випадків, що на 25,0 % більше в порівнянні з прототипом;
- зменшити частоту розвитку післяопераційного ателектазу легені з $(16,7 \pm 7,6) \%$ до 0 %;
- зменшити частоту розвитку післяопераційної пневмонії з $(25,0 \pm 8,8) \%$ до $(10,0 \pm 6,7) \%$;
- зменшити частоту поранення органів черевної порожнини з $(8,3 \pm 5,6) \%$ до 0 %;
- скоротити середню тривалість призначення наркотичних анальгетиків з 6,2 днів до 3,1 днів;
- зменшити середню тривалість оксигенотерапії з 5,8 днів до 2,9 днів;
- скоротити середню тривалість перебування хворого у відділенні реанімації з 7,9 до 3,8 днів;
- зменшити середню тривалість післяопераційного лікування з 24,1 дня до 17,7 днів.

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