

**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.; Борисова В. І., анестезіолог; Конік Б. М., канд. мед. наук; Кшановський О. Е., мол. наук. співроб.; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Леванда Л. І., анестезіолог; Климець Є. В., анестезіолог; Стасів Т. М., 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, 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](mailto: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: 616.26-089

Випуск із проблеми  
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО  
Вченою радою Національного інституту  
фтизіатрії і пульмонології  
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,  
протокол № 9  
від «27» жовтня 2015 р.

**СПОСІБ ВЕДЕННЯ ХВОРОГО ПРИ ПЛАСТИЦІ ДІАФРАГМИ  
З ПРИВОДУ ЇЇ РЕЛАКСАЦІЇ**  
(інформаційний лист)

*Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб ведення хворого при пластиці діафрагми з приводу її релаксації, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики Державної установи “Національний інститут фізичної та пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”.*

В основі патогенезу релаксації діафрагми лежить неповноцінність м'язових елементів останньої і порушення її іннервації. В сучасних наукових розробках достатньо широко висвітлені питання самої хірургії діафрагми, але відсутні дані про підготовку хворих з релаксацією діафрагми до її пластики та ведення післяопераційного періоду. В доступній вітчизняній і зарубіжній літературі є лише поодинокі публікації, що стосуються патогенезу симптомів і можливих ускладнень захворювання. Розроблено спосіб ведення хворого при пластиці діафрагми, який ґрунтується на використанні засобів профілактики основних післяопераційних ускладнень.

Спосіб виконується наступним чином. Хворим, яким планується виконання пластики діафрагми з приводу її релаксації за 14 днів до операції призначають діету, яка включає 4–5 кратне вживання їжі невеликими порціями, з виключенням жирних страв та легкозасвоюваних вуглеводів. До і після оперативного втручання проводять лікувальну фізкультуру та дихальну гімнастику. Впродовж 3 днів до операції виконують очищення кишечника осмотичним проносним засобом, згідно з інструкцією. Протягом 5 днів перед операцією та впродовж 7 днів після операції підшкірно у передньолатеральну стінку живота вводять розчин надропарину кальцію дозою 0,3 мл 1 раз на добу. За 2 години до операції, а також після оперативного втручання протягом 10 днів проводять антибіотикопротекцію з використанням цефтриаксону внутрішньовенно дозою 1 гр 2 рази на добу, амікацину 1 гр внутрішньом'язово 1 раз на добу та амоксициліну внутрішньовенно дозою 1,2 гр 3 рази на добу. Під час оперативного втручання та протягом 3–5 днів післяопераційного періоду проводять санаційні фібробронхоскопії. Дієтотерапію продовжують і в

післяопераційному періоді. Проводять також інфузійну терапію в об'ємі 1400–1800 мл на добу впродовж перших 36–48 годин після операції з використанням розчину Рінгера, 0,9 % розчину хлориду натрію та 5 % розчину Глюкози. У перші 2 дні після оперативного втручання виконують очисні клізми та додатково проводять медикаментозну терапію в наступному об'ємі: метоклопрамід внутрішньовенно дозою 10 мг 3 рази на добу, симетикон перорально дозою 80 мг 3 рази на добу протягом 7–10 днів, домперидон перорально дозою 10 мг 3 рази на добу протягом 7 днів, ензимні препарати перорально по 10000 ОД 3 рази на добу протягом 14 днів та 3 % розчин сорбітолу дозою 200,0 мл внутрішньовенно краплинно зі швидкістю 40–60 крапель за хвилину протягом перших 5 днів.

Розроблений спосіб дозволяє:

- зменшити частоту виникнення парезу кишечника з 10,5 % до 0 %;
- зменшити частоту розвитку ателектазу легені з 26,3 % до 13,3 %;
- зменшити частоту розвитку післяопераційної пневмонії з 31,6 % до 6,6 %;
- зменшити частоту виникнення тромбоемболії гілок легеневої артерії з 15,7 % до 0 %;
- скоротити середню тривалість післяопераційного лікування з 28,1 до 17,7 днів.

Спосіб, що пропонується, досить безпечний, нескладний і може бути виконаний у будь-якому лікувальному закладі лікарем-анестезіологом.