

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.; Леванда Л. І., анестезіолог; Терешкович О. В., канд. мед. наук; Конік Б. М., канд. мед. наук; Калениченко М. І., канд. мед. наук; Шалагай С. М., канд. мед. наук; Шамрай М. Ю., анестезіолог (НІФП НАМНУ); Поташев С. В., лікар кардіолог (Державна установа «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова Національної Академії медичних наук України»)

Рецензенти:

О. Д. Ніколаєва, доцент кафедри фтизіатрії і пульмонології Національної медичної академії післядипломної освіти імені 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: 616-089.163: 616-089.168.1.002.1

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,
протокол № 5
від “ 16 ” квітня 2019 р.

**СПОСІБ ВЕДЕННЯ РАНЬОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО
ПЕРІОДУ У ХВОРИХ СЕРЕДНЬОГО ТА ВИСОКОГО
СТУПЕНЯ ПЕРИОПЕРАЦІЙНОГО РИЗИКУ, ЩО
ОПЕРОВАНІ З ПРИВОДУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ЛЕГЕНЬ**
(інформаційний лист)

Київ 2019

Тираж 80 прим.

Для впровадження у торакальних стаціонарах медичних закладів різного рівня пропонується спосіб ведення раннього післяопераційного періоду у хворих середнього та високого ступеня периопераційного ризику, що оперовані з приводу туберкульозу легень, який розроблений у відділенні торакальної хірургії і інвазивних методів діагностики НІФП НАМНУ та передбачає призначення комплексної терапії після операції та моніторинг основних життєвих показників. Даний спосіб пропонується вперше, аналоги відсутні.

Післяопераційний період – це завершальний етап хірургічного лікування пацієнтів будь-якого профілю. Не винятком є і фтизіохірургія. В медичній літературі в основному описані методики післяопераційного ведення торакальних хворих, які не враховують специфіку оперованої патології, а саме туберкульоз легень. На сьогодні є доведеним факт, що ефективність хірургічного лікування туберкульозу легень залежить не тільки від адекватної передопераційної підготовки, правильного вибору об'єму оперативного втручання, а й від належного ведення післяопераційного періоду, особливо раннього, так як гемодинамічні та дихальні розлади є основними предикторами ускладнень і летальності, а несвоєчасне призначення протитуберкульозної хіміотерапії створює умови для рецидиву специфічного процесу, тим самим підвищуючи рівень інвалідизації та летальності.

Спосіб, що пропонується, виконується наступним чином. Після закінчення оперативного втручання проводять екстубацію пацієнта та забезпечують йому напівсидяче положення з піднятим головним кінцем ліжка $> 30^\circ$ вже в операційній. Далі хворого переводять у відділення реанімації, де розпочинають оксигенотерапію шляхом інгаляції кисневої суміші з FiO₂ 40 – 50 %. Здійснюють моніторинг електрокардіограми та гемодинаміки шляхом вимірювання артеріального і центрального венозного тиску, діурезу. Виконують лікування больового синдрому, рентгенографію органів грудної порожнини. Одразу призначають комбінований антибактеріальний препарат, що містить 1 г цефоперазону натрієвої

солі та 1 г сульбактаму натрієвої солі двічі на добу внутрішньовенно та продовжують його введення протягом 10 днів. В день операції призначають парентерально протитуберкульозні препарати, згідно встановленої чутливості мікобактерій туберкульозу (МБТ) пацієнта протягом 5 днів з подальшим переходом на пероральний прийом та пантопразол 40 мг внутрішньовенно двічі на добу в перший день, а починаючи з 2 дня перорально по 20 мг двічі на добу протягом 10 днів. При відсутності ознак кровотечі через 12 год. вводять еноксапарин 0,4 мл підшкірно, а в подальшому 1 раз на добу протягом ще 10 днів та для контролю гемодинаміки проводять ехокардіографію в передопераційному періоді та в перші 2 доби після операції щодня, далі за потребою.

Розроблений спосіб дозволяє:

- зменшити частоту виникнення інфекційних ускладнень з 28,6 % до 5,2 %;
- зменшити частоту виникнення тромбоемболічних ускладнень з 22,7 % до 2,6 %;
- зменшити частоту виникнення набряку легень з 8,6 % до 2,6 %;
- зменшити частоту виникнення аритмій з 20,0 % до 7,8 %;
- зменшити частоту виникнення шлунково-кишкових кровотеч з 17,1 % до 2,6 %;
- попередити виникнення рецидивів;
- зменшити летальність з 5,1 % до 1,6 %;
- скоротити термін стаціонарного лікування на 6 – 14 днів.

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