

При застосуванні запропонованої методики лікування хворих досягається: персоніфіковане планування та лікування на основі об'єктивних даних; запобігання надлишковим хірургічним втручанням чи маніпуляціям; скорочення терміну перебування у стаціонарі, в середньому, на 45,2 % та повне вилікування 98,9 % хворих без використання будь-яких додаткових хірургічних втручань.

Застосування запропонованої методики є ефективним, не складним у виконанні, вона може бути рекомендована до впровадження у практику лікувально-профілактичних закладів різних рівнів.

Укладачі: Калабуха І. А., д-р мед. наук, проф., зав. відділенням торакальної хірургії; Маєтний Є. М., канд. мед. наук, старш. наук. співроб.; Волошин Я. М., канд. мед. наук, старш. наук. співроб.; Іващенко В. Є., канд. мед. наук, наук. співроб.; Веремеєнко Р. А., мол. наук. співроб.; Бичковський В. Б., лікар-бронхолог, канд. мед. наук; Мельник О. Л., мол. наук. співроб. (НІФП НАМНУ).

Рецензенти:

Гетьман В. Г., завідувач кафедри торакальної хірургії Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, д-р мед. наук, проф.;

Ліскіна І. В., завідувача лабораторією патоморфології 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. І. А. Калабуха

Відповідальний за випуск: Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України”, 03038, м. Київ, вулиця Миколи Амосова, 10. Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18. E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

Тираж 80 прим.

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
Державна установа
“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України”
(НІФП НАМНУ)

УДК: 616.25-002.3-089.834

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО
Вченою радою Національного інституту
фтизіатрії і пульмонології
ім. Ф. Г. Яновського,
протокол № 7
від "19" вересня 2023 р.

**ВИЗНАЧЕННЯ ОПТИМАЛЬНИХ ЕТАПІВ ТА ОБ'ЄМІВ
ВИКОНАННЯ ДІАГНОСТИЧНИХ І ЛІКУВАЛЬНИХ
ЗАХОДІВ У ХВОРИХ З БРОНХО-ПЛЕВРАЛЬНИМИ Й
БРОНХОПЛЕВРОТОРАКАЛЬНИМИ СКЛАДНЕННЯМИ,
ВКЛЮЧАЮЧИ ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦІВ ЗСУ ТА
ЦИВІЛЬНИХ ОСІБ, ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК
БОЙОВИХ ДІЙ**

(інформаційний лист)

Київ 2023

Пропонується для впровадження у практику лікувально-профілактичних закладів різних рівнів методика визначення оптимальних етапів та об'ємів виконання діагностичних і лікувальних заходів у хворих з бронхо-плевральними й бронхоплевроторакальними ускладненнями, включаючи військово-службовців ЗСУ та цивільних осіб, постраждалих внаслідок бойових дій, яка розроблена у відділенні торакальної хірургії НІФП НАМНУ та містить комплекс заходів обстеження, спостереження і лікування хворих та постраждалих унаслідок бойових дій на етапах надання медичної допомоги з визначенням контингентів з наявністю ознак чи високого ризику виникнення бронхоплеврального сполучення, тактики лікування на кожному етапі надання допомоги з рекомендованими критеріями направлення на наступні етапи діагностичних та лікувальних заходів.

Дана методика пропонується вперше, аналоги відсутні.

Основною проблемою у зазначеного контингенту є формування емпієми плеври, курабельність і прогноз якої прогресивно погіршується з часом від виникнення ускладнення. Використання розробленої тактики при бронхоплевральних ураженнях дає змогу критеріально сформулювати персоніфіковану діагностику та терапію на основі об'єктивних характеристик патологічного процесу щодо ураження, розповсюдження та контролю на етапах лікування.

Методика, що пропонується, застосовується наступним чином.

На першому етапі:

- визначаються контингенти з наявністю бронхоплеврального сполучення (травма з порушенням цілісності легені, бронхоплевральне сполучення в результаті ускладнення захворювання легені); виконується дренування плевральної порожнини з налагодженням активної (механічної) чи напівпасивної (по Бюлау, іншими засобами клапанного підключення плеврального дренажа) аспірації;

- визначаються контингенти із ризиком виникнення бронхоплеврального сполучення (поширені інфільтративно-запальні процеси внаслідок травми або захворювання, внутрішньолегонева деструкція) які лікуються згідно діючих протоколів та здійснюється моніторинг щодо виникнення бронхоплеврального сполучення, у випадку якого проводяться заходи згідно попереднього пункту;

- за першої змоги зазначені контингенти направляються на наступний етап надання медичної допомоги.

На другому етапі:

- проводиться лікування згідно протоколів щодо пневмонії та гострої емпієми плеври;

- принципово не рекомендується застосування резекції легені або закриття дефектів легеневої паренхіми хірургічними засобами;

- при неефективності лікування протягом не більше 10-14 діб, хворий направляється на наступний етап надання медичної допомоги.

На третьому етапі:

- виконується комп'ютерна томографія органів грудної клітки з визначенням локалізації, об'єму ураження, стану та денситометричних характеристик ураженої й неуразеної легеневої паренхіми та плеврального вмісту, локалізації, розмірів і конфігурації порожнини емпієми;

- при ускладненій конфігурації залишкової плевральної порожнини проводиться відеоторакоскопія, під час якої виконують розтин внутрішньоплевральних осумкувань, видалення випоту та гнійних мас, фібринозних тіл, плевральних злук, гіпертрофованої плеври із забором проб для гістологічного та мікробіологічного дослідження, здійснюють санацію порожнини розчином антисептика, визначення місць оптимального дренування та постановку дренажів;

- після дренування чи оперативного втручання виконується відеофібробронхоскопія з визначенням дренуючого бронху шляхом контрастування плевральної порожнини барвником з 3,0 % розчином перекису водню і його клапанною оклюзією;

- надалі забезпечується цілодобова аспірація з плевральної порожнини по дренажах;

- призначається базисна протизапальна, протимікробна та симптоматична терапія з урахуванням денситометричних параметрів легені: емфізематозний тип паренхіми ($\leq 800,0$ одиниць Хаунсфілда (НУ)) є показанням для застосування пневмоперитонеуму; наявність патологічних вогнищ у легені з денситометричними ознаками високої активності патологічного процесу ($\leq 30,0$ НУ) є приводом для призначення інтенсивної специфічної (при туберкульозі) або неспецифічної антимікробної терапії відповідно до наявної патогенної мікробної флори;

- після зникнення клінічних та рентгенологічних проявів захворювання видаляються дренажі;

- видаляється ендобронхіальний клапан після повного клініко-рентгенологічного вилікування та відсутності патологічних вогнищ зі щільністю ($\leq 30,0$ НУ).