

Рекомендації, що пропонуються, є ефективними, не складними у виконанні, і можуть бути рекомендовані до впровадження у практику лікувально-профілактичних закладів різних рівнів.

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

Рецензенти:

Гріцова Н. А., Доцентка кафедри респіраторної медицини та фтизіопульмонології Національного університету охорони здоров'я України ім. П. Л. Шупика МОЗ України, канд. мед. наук.; Ліскіна І. В., завідувача лабораторією патоморфології ННЦ ФПА 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 науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України», 03038, м. Київ, вул. М. 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 науковий центр фтизіатрії, пульмонології
та алергології імені Ф. Г. Яновського
Національної академії медичних наук України”
(ННЦ ФПА НАМНУ)

УДК 616.24/.25-089.8(045)

Випуск із проблеми
"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО

Вченою радою Державної установи
«Національний науковий центр фтизіатрії,
пульмонології та алергології
імені Ф. Г. Яновського НАМН України»,
протокол № 7
від «23» вересня 2026 р.

**РЕКОМЕНДАЦІЇ ІЗ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ
ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ЛЕГЕНЕВО-
ПЛЕВРАЛЬНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ІЗ УРАХУВАННЯМ
ВИДУ, ПОШИРЕНOSTІ, ПЕРЕБІГУ ОСНОВНОЇ ТА
СУПУТНЬОЇ ПАТОЛОГІЇ**

(інформаційний лист)

Київ 2026

Пропонуються для впровадження у практику лікувально-профілактичних закладів різних рівнів рекомендації із застосування засобів хірургічного лікування пацієнтів з легенево-плевральними ускладненнями із урахуванням виду, поширеності, перебігу основної та супутньої патології, включаючи військовослужбовців ЗСУ та цивільних осіб, постраждалих внаслідок бойових дій, що розроблені у відділенні торакальної хірургії ННЦ ФПА НАМНУ та містять комплекс заходів: визначення контингентів з наявністю ознак чи високого ризику виникнення бронхо-плевральних й бронхоплевроторакальних ускладнень, обстеження, спостереження, визначення тактики лікування на кожному етапі надання допомоги з рекомендаціями щодо направлення на наступні етапи діагностичних та лікувальних заходів.

Дані рекомендації пропонуються вперше, аналоги відсутні.

Головною проблемою у даного контингенту є розвиток ускладнень у вигляді абсцесів легень, пневмотораксів, гідротораксів, бронхо-плевральних нориць, емпієми плеври, плевроторакальної нориці, курабельність і прогноз яких прогресивно погіршується з часом від виникнення захворювання. Використання розробленої тактики допомагає критеріально сформулювати персоніфіковану діагностику та терапію на основі об'єктивних характеристик патологічного процесу щодо ураження, розповсюдження та контролю на етапах лікування.

Суть рекомендацій полягає у наступному. На першому етапі:

- визначаються контингенти з наявністю пневмонії, що може бути отримана в результаті травми: контузії, за-броньової травми, забою легені; проводиться лікування згідно загальноприйнятої методики лікування пневмонії з застосуванням антибіотику згідно чутливості виділеного збудника або обґрунтованого емпіричного рішення, та призначенням відхаркувальних препаратів, інгаляцій та препаратів терапії супроводу;

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

- при наявності плеврального випоту або пневмотораксу хворий одразу направляється на наступний етап надання медичної допомоги.

На другому етапі (високоспеціалізованої медичної допомоги):

- виконується комп'ютерна томографія органів грудної клітки для визначення точної локалізації, розмірів ураження, стану ураженої й неуразеної легеневої паренхіми, наявності, конфігурації та об'єму плеврального вмісту, локалізації, розмірів і конфігурації порожнини емпієми, ймовірного розташування нориці;

- у випадку наявності інфільтрації та консолідації паренхіми, продовжується консервативна протизапальна терапія з урахуванням чутливості патогенної флори, за необхідності проводиться фібробронхоскопічна санація трахеобронхіального дерева;

- при наявності порожнини деструкції в паренхімі, застосовуються колапсхірургічні методики. В залежності від місцерозташування, розмірів, товщини стінок порожнини та наявних патологічних змін в оточуючій паренхімі, виконуються або штучний пневмоперитонеум, або ендоскопічна оклюзія дренажного бронха ендобронхіальним клапаном;

- при виявленні гідротораксу, залишкової плевральної порожнини, емпієми плеври, проводиться відеоторакоскопія. При цьому виконують видалення випоту та гнійних мас, фібринозних мас, плевральних злук, гіпертрофованої плеври, та, таким чином, досягають з'єднання внутрішньоплевральних осумкувань в одну монопорожнину, проводять відбір проб для цитологічного гістологічного та мікробіологічного дослідження, здійснюють санацію порожнини розчином антисептика, визначають місця оптимального дреноування та встановлюють дренажі адекватного розміру та кількості;

- при констатації існування бронхоплеврального сполучення, виконується відеофібробронхоскопія з визначенням дренажного 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 у сполученні з базисною протизапальною, протимікробною та симптоматичною терапією з урахуванням наявної патогенної мікробної флори;

- після нормалізації клінічних та рентгенологічних проявів захворювання видаляються дренажі. Також видаляється ендобронхіальний клапан після клініко-рентгенологічного вилікування та відсутності патологічних вогнищ;

- при неефективності оклюзії, рекомендується розглянути варіанти відкритого хірургічного лікування, але лише за умов повної санації трахеобронхіального дерева.

Застосування запропонованих рекомендацій забезпечує вчасне виявлення груп ризику даного контингенту хворих, що дозволяє запобігти виникненню важких гнійних легенево-плевральних ускладнень. Це скорочує терміни перебування хворих у стаціонарі на 32,3 %, зменшує інвалідизацію на 18,4 % та забезпечує повне вилікування 92,5 % пацієнтів.