

## ІНФОРМАЦІЯ

про медико-біологічне нововведення,  
яке рекомендоване для впровадження

**КПКВК, ШИФР, № ДЕРЖАВНОЇ РЕЄСТРАЦІЇ, НАЗВА НДР ТА ТЕРМІН ВИКОНАННЯ:**  
6561040 (прикладні наукові та науково-технічні розробки), А.22.08, 0122U000579,  
“Розробити алгоритм застосування клапанної бронхоблокації при лікуванні хворих на  
туберкульоз та неспецифічні захворювання легень з супутньою патологією”, 01.2022–  
12.2024.

**НАЗВА НОВОВВЕДЕННЯ:** Алгоритм застосування клапанної бронхооклюзії у  
хворих на бронхоплевроторакальні ускладнення, в тому числі у військовослужбовців  
ЗСУ та цивільних осіб, постраждалих внаслідок бойових дій в умовах військового  
стану.

### АНОТАЦІЯ.

Емпієма плеври з бронхоплевральним сполученням значно ускладнює лікування  
хворих на туберкульоз та неспецифічні захворювання легень з супутньою патологією і  
погіршує клінічний прогноз захворювання. У таких випадках відсутність герметичності  
плевральної порожнини заважає реекспансії легені, що підтримує запальний процес.  
Летальність при емпіємах плеври досягає 29,0 %. Традиційним лікуванням такої  
патології вважаються травматичні операції від торакастомії до плевректомії з  
декортикацією легені, резекціями легені в умовах гнійно-інфекційного процесу в  
плевральній порожнині. Використання клапанної бронхоблокації є відомим методом  
для вирішення різноманітних клінічних завдань з лікування пацієнтів, яке, однак,  
базується на емпіричному визначенні показань, техніки виконання, етапів лікування та  
критеріїв ефективності.

Суть нововведення, яке пропонується для впровадження, полягає у тому,  
хворому послідовно: виконують комп'ютерну томографію органів грудної клітки з  
визначенням локалізації, об'єму ураження, стану та денситометричних характеристик  
ураженої й не ураженої легеневої паренхіми та плеврального вмісту, локалізації,  
розмірів і конфігурації порожнини емпієми. При низькій щільності плеврального вмісту  
(до 10 НУ (одиниць Хаунсфільда)) та неускладненій конфігурації залишкової  
плевральної порожнини обмежуються адекватним дрениванням плевральної  
порожнини; при ускладненій конфігурації залишкової плевральної порожнини  
проводять відеоторакоскопію, 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, санацію порожнини розчином антисептика, визначення місць оптимального дренивання та постановку дренажів; після дренивання чи оперативного втручання виконують відеофібробронхоскопію з визначенням дрениуючого бронху шляхом контрастування плевральної порожнини барвником з 3,0 % розчином перекису водню і його клапанною оклюзією. Надалі забезпечується цілодобова аспірація плеврального вмісту з плевральної порожнини по дренажах; обов'язково призначають базисну протизапальну, протимікробну та симптоматичну терапію з урахуванням денситометричних параметрів легені: емфізематозний тип паренхіми ( $\leq 800,0$  HU) є показанням для застосування пневмоперитонеуму; наявність патологічних вогнищ у легені з денситометричними ознаками високої активності патологічного процесу ( $\leq 30,0$  HU) є приводом для призначення інтенсивної специфічної (при туберкульозі) або неспецифічної антимікробної терапії. Після повного клініко-рентгенологічного вилікування та відсутності патологічних вогнищ зі щільністю ( $\leq 30,0$  HU) видаляються дренажі та ендобронхіальний клапан.

Застосування алгоритму дає змогу критеріально сформувати персоніфіковане лікування на основі об'єктивних характеристик патологічного процесу щодо ураження, розповсюдження та контролю на етапах лікування, запобігти надлишкових хірургічних втручань, скоротити термін перебування хворих у стаціонарі, в середньому, на 24,6 %, досягти повного вилікування 97,4 % хворих без використання будь-яких додаткових хірургічних втручань.

Апробація запропонованого нововведення проведена у відділенні хірургічного лікування туберкульозу та НЗЛ Державної установи "Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України".

**ПОКАЗАННЯ ДО ЗАСТОСУВАННЯ:** хворі на емпієму плеври з бронхоплевральним сполученням.

**ПЕРЕЛІК НЕОБХІДНОГО ОБЛАДНАННЯ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ НОВОВВЕДЕННЯ:** мультискановий комп'ютерний томограф, відеоторакоскопічний комплекс, відеофібробронхоскопічний комплекс, ендобронхіальний бронхооклюдер, приліжковий плевроаспіратор.

**ПОСЛУГИ РОЗРОБНИКІВ ДЛЯ ОВОЛОДІННЯ НОВОВВЕДЕННЯМ:**

Алгоритм застосування клапанної бронхооклюзії у хворих на бронхоплевроторакальні ускладнення, в тому числі у військовослужбовців ЗСУ та цивільних осіб, постраждалих внаслідок бойових дій в умовах військового стану : методичний посібник для лікарів / І. А. Калабуха та ін., ННЦ ФПА НАМНУ. Київ, 2024.

25 с., публікації у фахових наукових виданнях, доповідь на науково-практичній конференції.

**УСТАНОВА РОЗРОБНИК, АДРЕСА І РЕКВІЗИТИ:** Державна установа «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України», 10, вул. М. Амосова, м. Київ, 03038, тел. 275-04-02, факс (044) 275-21-18.

**ПРИЗВИЩЕ, ІМ'Я ТА ПО-БАТЬКОВІ АВТОРІВ-РОЗРОБНИКІВ:** Калабуха І. А., Іващенко В.Є., Волошин Я.М., Веремеєнко Р.А., Бичковський В. Б. Сафонов В. Є., Маєтний Є. М.

**КОНТАКТНИЙ ТЕЛЕФОН:** (044) 275-27-28.

**ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВПРОВАДЖЕННЯ:** Калабуха Ігор Анатолійович.

**ВИСНОВОК ВЧЕНОЇ РАДИ ІНСТИТУТУ.**

Нововведення, що стосується лікування хворих на емпієму плеври з бронхоплевральним сполученням, є актуальним і має практичне значення.

Новизна розробки полягає у використанні алгоритму застосування клапанної бронхооклюзії у хворих на бронхоплевроторакальні ускладнення, який включає комплекс заходів обстеження з обов'язковим проведенням комп'ютерної томографії органів грудної клітки та денситометричною оцінкою отриманих даних персоніфіковано. Залежно від даних комп'ютерної томографії виконують дренажування або відеоторакоскопічну санацію порожнини емпієми з візуально контрольованим дренажуванням, визначають локалізацію й обсяг бронхоплеврального сполучення, виконують клапанну оклюзію дренажуючого бронху, забезпечують постійну аспірацію плеврального вмісту через дренажі, проводять базисну протизапальну, антимікробну, симптоматичну терапію, засновану на клініко-лабораторних та денситометричних даних, здійснюють клінічну та денситометричну оцінку ефективності на етапах лікування.

Застосування алгоритму дає змогу критеріально сформулювати персоніфіковане лікування на основі об'єктивних характеристик патологічного процесу щодо ураження, розповсюдження та контролю на етапах лікування, запобігти надлишкових хірургічних втручань, скоротити термін перебування хворих у стаціонарі, в середньому, на 24,6 %, досягти повноговилікування 97,4 % хворих без використання будь-яких додаткових хірургічних втручань.

Нововведення може бути впроваджено шляхом знайомства з ним на курсах інформації і стажування, доповідей на конференціях, з'їздах, публікацій у фахових наукових виданнях.

Нововведення рекомендовано для впровадження у торакальних відділеннях лікувально-профілактичних закладів України.

**ДАНА РОЗРОБКА ГРИФУ СЕКРЕТНОСТІ НЕ МАЄ.**

Генеральний директор

Державної установи «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України», академік НАМН України,  
д-р мед. наук, професор

Юрій ФЕЩЕНКО

Керівник теми:

Завідувач відділенням торакальної хірургії,  
д-р мед. наук, професор

Ігор КАЛАБУХА