



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 58338

(13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОЇ ЕМПІЄМИ ПЛЕВРИ

1

2

(21) 2002119438

(22) 27 11 2002

(24) 15 07 2003

(46) 15 07 2003, Бюл. № 7, 2003 р.

(72) Шевчук Ігор Михайлович, Андреєв Сергій
Андрійович, Сніжко Сергій Степанович(73) ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА ДЕРЖАВНА МЕДИЧНА
АКАДЕМІЯ, ІНСТИТУТ ХІРУРГІЇ ТА ТРАНСПЛАН-
ТОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування гострої емпієми плеври, що включає торакоскопічне дослідження плевральної порожнини, який відрізняється тим, що в усі виявлені гнійні кишені встановлюють мікроіригатори і налагоджують багатополосне постійне та фракційне промивання плевральної порожнини з експозицією розчину 2 години двічі на день

Винахід відноситься до медицини, а саме до хірургії і може бути використаний для хірургічного лікування гострої емпієми плеври.

Відомі способи лікування гострої емпієми плеври, які включають черезшкірні пункції плевральної порожнини за допомогою шприца [1, 2, 3].

Недоліком цього способу є низька ефективність через неможливість санації всієї ураженої плевральної порожнини.

Найближчим аналогом являється спосіб лікування гострої емпієми плеври, який включає пасивне дренування ураженої плевральної порожнини за допомогою однієї дренажної трубки [4].

Недоліком цього способу також є низька ефективність лікування через неможливість повноцінної санації всіх гнійних кишень ураженої плевральної порожнини.

Задачею винаходу є розробка такого способу лікування гострої емпієми плеври, який за рахунок постановки мікроіригаторів в усі гнійні кишені ураженої плевральної порожнини під контролем торакоскопа і застосування багатополосного постійного та фракційного промивання плевральної порожнини, дозволив би значно скоротити терміни стаціонарного лікування хворих.

Поставлена задача вирішується тим, що в спосіб лікування гострої емпієми плеври, який включає торакоскопічне дослідження ураженої плевральної порожнини, згідно до винаходу, додатково виявляють усі гнійні кишені, встановлюють в усі виявлені гнійні кишені мікроіригатори і налагоджують багатополосне постійне та фракційне промивання плевральної порожнини з експозицією розчину 2 години двічі на день.

Використання торакоскопічного дослідження дозволяє достовірно встановити мікроіригатори в усі гнійні кишені і сприяє їх повноцінному дренуванню. Застосування тільки постійного режиму промивання приводить до швидкого формування каналів по яких розчин стікає тонкою цівкою і не очищує всю площу ураженої плевральної порожнини, а застосування поперемінно постійного і фракційного режиму промивання по 2 години двічі на день забезпечує ефективну санацію плевральної порожнини, що сприяє вкороченню термінів стаціонарного лікування хворих.

Вказане у формулі винаходу числове значення експозиції фракційного промивання плевральної порожнини по 2 години двічі на день обґрунтовані на основі клінічних досліджень 12 хворих. Дані зведені у таблицю.

(13) A

(11) 58338

(19) UA

Таблиця

Хворий, I/X, №	Експозиція розчину в плевральній порожнині (при фракційному проми- ванні)	Терmini ліквідації гнійного процесу в плевральній порожнині (за результа- тами рентгенологічного дослідження ор- ганів грудної клітки, день після операції)	Терmini перебування хво- рого на стаціонарному лікуванні (дні)
1	2	3	4
В, 22667	2 год 2 р/добу	16	20
Д, 8922	2 год 2 р/добу	17	24
А, 6912	2 год 2 р/добу	8	13
Г, 7793	2 год 2 р/добу	12	19
П, 12393	2 год 2 р/добу	7	9
К, 16611	2 год 2 р/добу	6	7
В, 10202	2 год 2 р/добу	13	15
Т, 6917	2 год 2 р/добу	12	15
Г, 7262	2 год 2 р/добу	11	15
В, 10247	2 год 2 р/добу	11	17
К, 13764	2 год 2 р/добу	17	26
С, 17503	2 год 2 р/добу	9	10

Спосіб здійснюють наступним чином. Після проведення оглядової рентгенографії органів грудної клітки визначають найнижчу точку емпієми з боку ураженої плевральної порожнини. В цьому місці проводять місцеву інфільтративну анестезію і пунктують плевральну порожнину голкою та аспірують гнійний вміст. В місці найнижчої точки емпієми в плевральну порожнину вводять тубус торакоскопа. Під контролем торакоскопа визначають межі гнійної порожнини, розташування і кількість злук та гнійних кишень. Після роз'єднання злук, по верхньому краю кожної виявленої гнійної кишені, під контролем торакоскопа, з боку шкіри за допомогою голки з провідником вводять мікроіригатори в кожну гнійну кишень. Всі введені в плевральну порожнину мікроіригатори під'єднують до крапельниць з антисептичним розчином. Після видалення тубуса торакоскопа з найнижчої точки емпієми в плевральну порожнину через той самий отвір вводять товсту дренажну трубку, яку перекривають. Плевральну порожнину через мікроіригатори з усіх полюсів заповнюють антисептичним розчином з антибіотиком на 2 години. Після цього відкривають товсту дренажну трубку і проводять проточне постійне промивання плевральної порожнини через усі мікроіригатори. Режим фракційного промивання, який передбачає заповнення плевральної порожнини через мікроіригатори антисептичним розчином з антибіотиком на 2 години, повторюють двічі на день. Ефективність лікування гострої емпієми контролюють рентгенологічними дослідженнями органів грудної клітки.

Приклад 1. Хворий С, 1957 року народження, карта стаціонарного хворого № 17503, поступив у відділення торакальної хірургії обласної клінічної лікарні 03.10.00 р. При проведенні оглядової рентгенографії органів грудної клітки визначено гостру правобічну емпієму плеври. Згідно до запропонованого способу лікування у хворого після оглядової рентгенографії органів грудної клітки визначено найнижчу точку емпієми з боку ураженої плевральної порожнини. В цьому місці проведено місцеву інфільтративну анестезію 0,5% розчином

новокаїну і пункцію плевральної порожнини голкою та аспіровано 1 л гнійного вмісту. В місці найнижчої точки емпієми в плевральну порожнину введено тубус торакоскопа. Під контролем торакоскопа визначено межі гнійної порожнини, розташування і кількість злук та 4 гнійних кишень. Після роз'єднання злук, по верхньому краю кожної гнійної кишені, під контролем торакоскопа, з боку шкіри, за допомогою голки з провідником введено 4 мікроіригатори. Всі мікроіригатори під'єднано до крапельниць з антисептичним розчином. Після видалення тубуса торакоскопа з найнижчої точки емпієми в плевральну порожнину через той самий отвір введено товсту дренажну поліхлорвінілову трубку, яку перекрито затискачем. Плевральну порожнину через мікроіригатори з усіх полюсів заповнено антисептичним розчином з 3 000 000 ОД G-пеніциліну на 2 години. Після цього відкрито дренажну трубку і проведено проточне постійне промивання плевральної порожнини через усі мікроіригатори. Режим фракційного промивання повторено двічі на день. Лікування за вказаним способом проведено протягом 5 днів. На 6 день гнійних виділень з плевральної порожнини не було. На 7 день проведено рентгенологічне дослідження органів грудної клітки, яке підтвердило ліквідацію гнійного процесу в плевральній порожнині.

Приклад 2. Хворий К, 1940 року народження, карта стаціонарного хворого № 13764, поступив у відділення торакальної хірургії обласної клінічної лікарні 07.09.99 р. При проведенні оглядової рентгенографії органів грудної клітки визначено гостру лівобічну емпієму плеври. Згідно до запропонованого способу лікування у хворого після оглядової рентгенографії органів грудної клітки визначено найнижчу точку емпієми зліва. В цьому місці проведено місцеву інфільтративну анестезію 0,5% розчином новокаїну і пункцію плевральної порожнини голкою та аспіровано 2,5 л гнійного вмісту. В місці найнижчої точки емпієми в плевральну порожнину введено тубус торакоскопа. Під контролем торакоскопа визначено межі гнійної порожни-

ни, розташування і кількість злук та 7 гнійних кишень. Після роз'єднання злук, по верхньому краю кожної гнійної кишки, під контролем торакоскопа, з боку шкіри за допомогою голки з провідником введено 7 мікроіригаторів. Всі мікроіригатори під'єднано до крапельниць з антисептичним розчином. Після видалення тубуса торакоскопа з найнижчої точки емпієми в плевральну порожнину через той самий отвір введено товсту дренажну поліхлорвінілову трубку, яку перекрито затискачем. Плевральну порожнину через мікроіригатори з усіх полюсів заповнено антисептичним розчином з 3 000 000 ОД G-пеніциліну на 2 години. Після цього відкрито дренажну трубку і проведено проточне постійне промивання плевральної порожнини через усі мікроіригатори. Режим фракційного промивання повторено двічі на день. Лікування за вказаним способом проведено протягом 7 днів. На 9 день гнійних виділень з плевральної порожнини не було. На 11 день проведено рентгенологічне дослідження органів грудної клітки, яке підтвердило ліквідацію гнійного процесу в плевральній порожнині.

За таким способом гостру емпієму плеври проліковано у 12 хворих, термін ліквідації гнійного процесу в плевральній порожнині становив в середньому $11,58 \pm 1,07$ дня, що було підтверджено наступними клінічними та інструментальними дослідженнями, терміни перебування хворого в стаціонарі становили в середньому $15,83 \pm 1,67$ дня.

в той час, як із 12 хворих, які були проліковані за аналогом, термін ліквідації гнійного процесу в плевральній порожнині становив в середньому $21,84 \pm 1,48$ дня, терміни перебування хворого в стаціонарі становили в середньому $28,31 \pm 2,37$ дня.

Таким чином, порівняння з аналогом показує, що застосування запропонованого способу лікування гострої емпієми плеври дозволяє покращити ефективність лікування за рахунок скорочення термінів ліквідації гнійного процесу в плевральній порожнині і перебування хворого в стаціонарі.

Джерела інформації

1 Опанасенко М.С., Пристайко Я.Й., Карнах Р.І. Вплив антибіотикотерапії на імунний статус хворих з неспецифічними захворюваннями легень, ускладнених емпіємою плеври // Лікарська справа, -1999 - № 1 - С 85-88

2 Пристайко Я.Й., Фещенко Ю.І. Обґрунтування використання ендолімфатичної терапії в лікуванні гнійних захворювань легень, ускладнених емпіємою плеври // Клінічна хірургія -1997 - № 5-6 - С 24-25

3 Цеймах Е.А., Лікування гострих емпієм плеври та піопневмотораксу // Грудна та серцево-судинна хірургія -1999 - № 1 -С 51-54

4 Шойхет Я.Н. Корекція прокоагулянтної та протеолітичної активності фагоцитів у вогнищі запалення // Грудна та серцево-судинна хірургія - 1994 - № 6 - С 68-71 - найближчий аналог