



УКРАЇНА

(19) UA (11) 40235 (13) U  
(51) МПК (2009)  
A61K 31/4412МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІОПИС  
ДО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

## (54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ ПЛЕВРИТ

1

2

(21) u200813462

(22) 21.11.2008

(24) 25.03.2009

(46) 25.03.2009, Бюл. № 6, 2009 р.

(72) ДУЖИЙ ІГОР ДМИТРОВИЧ, UA, ЧУМАК СТА-  
НІСЛАВ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA, ГРЕСЬКО ІГОР  
ЯРЕМОВИЧ, UA, ПОНОМАРЕНКО ІГОР ВАСИ-  
ЛЬОВИЧ, UA

(73) СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, UA

(57) Спосіб лікування хворих на туберкульозний  
плеврит шляхом лімфотропного введення проти-  
туберкульозних та патогенетичних препаратів,

який відрізняється тим, що введення протитубер-  
кульозних та патогенетичних препаратів здійсню-  
ють паравертебрально у випрямляючий м'яз спини  
у зоні X-XI мікроребер'їв, не виймаючи голки, з про-  
міжком у 5 хвилин у наступній послідовності: ліда-  
за 64 Од., НО-ШПА - 2,0, гепарин - 5000 Од., ліда-  
коїл 2% -2,0, тубазид 10% - 5,0, стрептоміцин 0,75-  
1,0, розчинений на тубазиді, причому введення  
препаратів проводять щоденно протягом 15 днів із  
перервою на один день у неділю, а далі через  
один день на курс лікування до 60 введень.

Корисна модель відноситься до галузі меди-  
цини, зокрема до фтизіатрії і торакальної фтизіохі-  
рургії, і може бути використана при лікуванні тубе-  
ркульозного плевриту, особливо ексудативного  
характеру.

Епідемія туберкульозу в Україні супроводжу-  
ється виявленням поширених форм легеневих  
сухот. Все частіше зустрічається і туберкульоз  
плеври, який відноситься до дисемінованих про-  
явів туберкульозу внутрішньогрудних лімфатичних  
залоз.

Відомий спосіб лікування туберкульозного ек-  
судативного плевриту при якому з метою санації  
плевральної порожнини застосовують стандартну  
антибактеріальну терапію, а протитуберкульозні  
препарати вводять парентально (1). Санація пле-  
ври продовжується 3-4 місяці у стандартних умо-  
вах. Розсмоктування випоту затримується до 2-х і  
більше місяців, а у 10-12 % випадків процес пере-  
ходить у хронічний, що вимагає оперативного лі-  
кування. Окрім цього, при порушенні режиму ліку-  
вання з боку окремих хворих санація лімфатичних  
вузлів та плеври відбувається у недостатній мірі,  
внаслідок чого у 24-44 % хворих розвивається по-  
ширений легеневий чи інший позалегеновий тубе-  
ркульоз (1, 2).

Відомий спосіб лікування туберкульозного  
плевриту, коли антибактеріальні препарати вво-  
дять безпосередньо у плевральну порожнину (3,  
4). Однак це приводить до рубцювання лімфатич-  
них люків, що розташовуються паравертебрально

на пристінковій плеврі і сприяє затримці розсмок-  
тування випоту та фібротизації плевральних лист-  
ків і таким чином веде до хронізації процесу.

Відомий також спосіб лікування хворих на ту-  
беркульозний плеврит шляхом лімфотропного  
введення антибактеріальних препаратів, при яко-  
му після збудження лімфоутворення послідовно  
вводять антибіотики. Місцем введення препаратів  
є м'язи гомілки (5).

Вищезгаданий спосіб є найбільш близьким по  
технічній суті та результату, який може бути дося-  
гнуто, тому його обрано за прототип.

Основним недоліком прототипу є те, що сану-  
юча дія препаратів на патологічно змінені лімфо-  
вузли при такому способі їх введення суттєво не-  
достатня, оскільки препарати проходять декілька  
груп (4-5) лімфовузлів, внаслідок чого до вузлів  
межистіння досягає незначна частина антибіоти-  
ків.

Завданням запропонованої корисної моделі  
було удосконалення існуючого способу лікування,  
який дозволив би прискорити розсмоктування ек-  
судату, та санування лімфатичних вузлів межис-  
тіння, що сприяло б скороченню термінів лікуван-  
ня і попередження хронізації процесу, підвищуючи  
загалом ефективність лікування хворих на тубер-  
кульозний ексудативний плеврит.

Поставлене завдання вирішується тим, що згі-  
дно з корисною моделлю введення протитуберку-  
льозних препаратів здійснюють паравертебрально  
у випрямляючий м'яз спини у зоні X-XI мікроребер'їв

(13) U

(11) 40235

(19) UA

разом із патогенетичними препаратами після збудження лімфоутворення не виймаючи голки, з проміжком 5 хвилин у наступній послідовності: лідаза 64 Од., НО-ШПА -2,0, гепарин - 5000 Од., лідокоїн 2 % - 2,0, тубазид 10 % - 5,0, стрептомицин 0,75 - 1,0, розчинений на тубазиді; введення препаратів проводять щоденно на протязі 15 днів з перервою на один день у неділю, а далі - через один день. Курс такої терапії продовжується до 60 днів.

Використання даного способу з усіма суттєвими ознаками дає можливість розблокувати природні шляхи лімфовідтоку, прискорити розсмоктування випоту та попередити утворення нашарувань і санувати лімфовузли межистіння, уникнути застосування хірургічних втручань.

Наводимо конкретний клінічний приклад реалізації запропонованого способу. Хворий Б., 37 років, мешканець села поступив до відділення на 27 день маніфестації процесу. Три тижні він лікувався у районній лікарні з приводу «базальної позалікарняної пневмонії». Після обстеження із застосуванням торакоскопії та плевробіопсії був виставлений діагноз туберкульоз плеври. При обстеженні видалено 2450 мл випоту. Розпочата лімфотропна антибактеріальна терапія за запропонованою методикою. Терапія продовжувалась у щоденному режимі 15 днів із перервою на один день у неділю, а далі - через один день за загальною сумою 60 днів. Пункція плевральної порожнини виконана

двічі з аспірацією по 100 мл випоту. Через місяць - легень розправилась. Контури діафрагми добре контуруються. Синуси - вільні. Виписаний на амбулаторне лікування. Через 6 і 12 місяців скарг не було, задишка не турбувала. Рентгенологічно: у плевральних порожнинах випоту немає, синуси вільні. Екскурсія діафрагми - не обмежена.

Даний спосіб лікування туберкульозного плевриту застосований у 37 хворих, що дало можливість скоротити час стаціонарного лікування до 60 днів і досягти хороших рентгенологічних результатів: з відсутністю деформації діафрагми, відсутністю осумкувань і зменшення межистіння, що дає право рекомендувати спосіб до широкого застосування при лікуванні туберкульозу плеври.

Список літератури:

1. Дужий І.Д. Хірургія туберкульозу легень та плеври. - К.: Здоров'я, - 2003. - 358 с.
2. Семенов Ю.Л., Горбулін А.Е. Плеврити. - К.: Здоров'я. - 81 с.
3. Рєпин Ю.М. Хирургия отягощенных форм туберкулёза лёгких. - Л.: Медицина, Ленинградское отд. - 1984. - 232 с.
4. Стрельцов., Скорняков В.В. Плеврэктомиа и декорткация при хроническом плеврите и эмпиеме плевры // Пробл. Туберк. - 2001. - № 9. - с. 37-40.
5. Левин Ю.М. Основы лечебной лимфологии. - М: Медицина, 1986. - 284 с.