

Винахід відноситься до медицини, а саме до торакальної хірургії, пульмонології, фтизіатрії, терапії, педіатрії і може бути використаний в клінічній практиці при лікуванні ексудативних плевритів різного генезу.

Сучасна медицина характеризується тим, що в останнє десятиріччя відмічено значне зростання рівня ексудативних плевритів різного генезу. При цьому слід також відмітити збільшення кількості випадків ексудативних плевритів, які мають важкий перебіг, тенденцію до хронізації та рецидиву процесу, підвищення рівня інвалідизації та летальності.

Проблема лікування ексудативних плевритів різного генезу далека від остаточного рішення, не дивлячись на те, що існує певна кількість ефективних методів лікування цієї патології. Особливі труднощі при лікуванні виникають при наявності вираженого легеневого компоненту, супутньої кардіогенної патології, поліорганної недостатності, у людей середнього та похилого віку, онкологічних хворих.

Існує спосіб лікування ексудативного плевриту шляхом дренування плевральної порожнини з активною аспірацією та вводом препаратів інтраплеврально (див Чучалин А.Г. Плевра: патофизиологические и клинические аспекты // Пульмонология. - 1999. -Том 9, №1. - С. 17-28).

Основними недоліками даного способу є:

- в значному проценті випадків важко встановити генез випоту (особливо при відсутності легеневого компоненту) і виникають труднощі з вибором лікарських препаратів, що в свою чергу може призводити до збільшення строків лікування та навіть прогресування процесу;
- використання даної методики досить обмежене при наявності поширеного спаєчного процесу, що призводить до фрагментації порожнини і робить дренування малоефективним;
- використання при даному способі широких дренажів призводить до повільного спинення ексудації, збільшення строків лікування та хронізації процесу;
- використання при даному способі традиційних широких дренажів також призводить до вираженого болювого синдрому, який потребує призначення сильних місцевих та загальних анальгетиків.

Відомий спосіб лікування ексудативного плевриту, що включає проведення пункції плевральної порожнини, торакоскопію з послідовним виконанням аспірації плеврального ексудату, пересічення внутрішньоплевральних спайок під візуальним контролем, проведення біопсії змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеври з подальшим цитогістологічним дослідженням отриманих біоптатів, дренування плевральної порожнини з наступним внутрішньоплевральним введенням лікарських препаратів, активну аспірацію та видалення дренажу (див. Парффи Х., Чайлверс Э.Р. Заболевания плевры: диагностика и лечение //Лечащий врач. - 2003. - №1. - С.28-34.).

Але даний спосіб має такі недоліки:

- в ряді випадків дану маніпуляцію виконати неможливо (важкий стан хворого, невеликий розмір плевральної порожнини, або розташування її в міждольовій борозні та зоні "А");
- певну кількість серйозних ускладнень та навіть летальність, що стримує його використання;
- торакоскопія використовується авторами лише з чисто діагностичною метою з тимчасовою евакуацією вмісту плевральної порожнини;
- використання даної методики досить обмежене при наявності поширеного спаєчного процесу в порожнині, що призводить до фрагментації порожнини і робить дренування малоефективним;
- протягом виконання даної методики не використовуються ефективні засоби для швидкої облітерації плевральної порожнини;
- протягом виконання даної методики не використовуються ефективні немедикаментозні засоби ліквідації болювого синдрому в післяопераційному періоді;
- використання при даному способі широких дренажів призводить до неможливості швидкої облітерації порожнини, повільного спинення ексудації, що в свою чергу веде до збільшення строків лікування, формування залишкових порожнин та хронізації процесу;
- використання при даному способі широких дренажів також призводить до вираженого болювого синдрому, який потребує призначення сильних місцевих та загальних анальгетиків.

В основу винаходу поставлена задача удосконалити спосіб лікування ексудативного плевриту, в якому шляхом виконання вище 4-го ребра гідралічної парієтальної плевродиссекції фізіологічним розчином з додаванням циклофосфану, проведення часткового механічного плевродезу всієї порожнини, особливо ретельного і тотального в зоні плевродиссекції та апікальній зоні, інсуфляції сухого тальку в плевральну порожнину за допомогою пульверизатора, проведення мікроірігатору для введення лікарських препаратів та аспірації ексудату, та остаточної ліквідації залишкової плевральної порожнини введенням фібринового клею катсіл, досягається підвищення ефективності лікування за рахунок скорочення строків лікування, попередження виникнення ускладнень, рецидивів та хронізації процесу.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування ексудативного плевриту, який включає проведення пункції плевральної порожнини, торакоскопію з послідовним виконанням аспірації плеврального ексудату, пересічення внутрішньоплевральних спайок під візуальним контролем, проведення біопсії змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеври з подальшим цитогістологічним дослідженням отриманих біоптатів, дренування плевральної порожнини з наступним внутрішньоплевральним введенням лікарських препаратів, активну аспірацію та видалення дренажу, згідно з винаходом, під час торакоскопії виконують вище 4-го ребра гідралічну парієтальну плевродиссекцію фізіологічним розчином з додаванням циклофосфану, проводять частковий механічний плевродез всієї порожнини, особливо ретельний і тотальний в зоні плевродиссекції та апікальній зоні, в плевральну порожнину за допомогою пульверизатора інсуфлюють сухий тальк, проводять мікроірігатор для введення лікарських препаратів та аспірації ексудату, після чого ліквідують залишкову плевральну порожнину шляхом введенням фібринового клею катсіл.

Відомо, що апікальна зона та перші три міждіафрагмальні парієтальної плеври відповідні за утворення плевральної рідини, а медиастино-діафрагмальна поверхня відповідна за її резорбцію, тому ліквідація поверхневого шару апікальної зони парієтальної плеври призводить до різкого зниження накопичення плеврального ексудату. Виконання інструментальної апікальної плеврэктомії під візуальним контролем досить

ефективне, але потребує значного досвіту в наслідок розташування в цій зоні дуже крупних магістральних судин, пошкодження яких може мати фатальні наслідки. Проведення ж гідравлічної парієтальної плевродиссекції фізіологічним розчином дозволяє розшарувати мезотеліальний шар плеври (який саме відповідний за утворення рідини) від інших підлеглих тканин, які містять судини і нерви. Таким чином створюється захисний шар, який дозволяє виконати ефективний механічний плевродез (зруйнування шляхом поверхневого протирання) мезотеліальної оболонки, яка відповідає за вироблення ексудату, і при цьому не поранити судини і нервові стовпи при проведенні навіть ретельного виконання самої маніпуляції. Крім того, дана маніпуляція дуже проста в технічному виконанні, не потребує додаткової апаратури і персоналу.

Відомо використання циклофосфану, який є цитостатиком та імунодепресантом, для пригнічення внутрішньоплевральної та інтрачеревної ексудації при онкологічному враженні серозних оболонок. Препарат легко досягає мезотеліальних клітин шляхом пасивної дифузії при внутрішньоплевральному та інтрачеревному введенні, у великій концентрації накопичується у цитоплазмі та клітинній мембрані, завдаючи своєї основної дії. Але при повторних введеннях цього препарату (які необхідно виконувати кожні 3 доби) можуть проявлятися його побочні значні негативні дії (нудота, блювота, гіпертермія, больовий синдром тощо). Тому використання гідравлічної парієтальної плевродиссекції фізіологічним розчином з додаванням циклофосфану робить абсолютно безпечним проведення механічного плевродезу, а також дозволяє виконати "хімічно-медикаментозний" плевродез, враховуючи вплив циклофосфану саме на ту ділянку плеври, яка відповідає за вироблення плевральної рідини. Крім того, введення циклофосфану сприяє скорішому утворенню внутрішньоплевральних спайок, а його однократне застосування позбавляє від негативної дії препарату. Експериментальним шляхом доведено, що застосування 0,4гр циклофосфану є оптимальним для виконання даної маніпуляції (пригнічення ексудації протягом 48 годин в поєднанні з другими заходами згідно винаходу є достатнім часом для утворення спайок в плевральній порожнині).

Відомо, що використання талька внутрішньоплеврально призводить до швидкого утворення плевральних спайок. Але його застосування внутрішньоплеврально у вигляді розчину може призводити, враховуючи рухи легені, до неповного контакту з усією парієтальною плеврою. Внаслідок чого можуть виникати обмежені плевральні порожнини, в яких буде накопичуватися ексудат. Крім того, його внутрішньоплевральне введення супроводжується сильним больовим синдромом. Використання ж інсуфляції талька пульверизатором під час проведення торакоскопії під візуальним контролем дозволяє провести тотальну рівномірну обробку всієї парієтальної плеври, а також призводить до відсутності больового синдрому. Це в свою чергу призводить до швидкого тотального плевродезу, що сприяє зменшенню кількості ліжко-дню, розходу лікарських препаратів, рецидивів та ускладнень хвороби.

Використання широких дренажів для дренування плевральної порожнини призводить до неможливості швидкої облітерації порожнини в наслідок того, що відсутня можливість утворення плевральних спайок між плевральними листками, в результаті чого відмічається повільне спинення ексудації, що в свою чергу веде до збільшення строків лікування, формування залишкових порожнин та хронізації процесу. Крім того, використання широких дренажів призводить до вираженого больового синдрому, а в деяких випадках і гіпертермії. Це в свою чергу вимагає призначення сильних місцевих та загальних анагетиків. Виразений больовий синдром заважає ранній активізації хворого, що призводить до погіршення результатів лікування. В наслідок всіх цих недоліків, застосування мікроіригатору для дренування плевральної порожнини і активної аспірації плеврального ексудату веде до створення оптимальних умов для скорішого утворення плевральних спайок між плевральними листками, зупинки ексудації плеврального вмісту, є ефективною профілактикою формування залишкових порожнин та хронізації процесу. Крім того, використання мікроіригатору призводить до ранньої активізації хворого (в наслідок відсутності больового синдрому).

Відомо, що хірургічний клей катсіл є біологічно сумісною, асептичною, апірогенною речовиною, яка не має канцерогенної дії, не викликає алергічних реакцій, володіє гемостатичною дією. Полімеризація клею відбувається протягом 10 секунд, а розсмоктування протягом 30 діб. Даний вид клею має високі фіксуючі властивості, що дозволяють міцно фіксувати рани довжиною не менше 50 см. Все це дозволяє вводити клей катсіл внутрішньоплеврально (перед видаленням дренажа), що в свою чергу веде до міцного миттєвого склеювання плевральних листків. Застосування клею дозволяє остаточно ліквідувати остаточно плевральну порожнину, попередити рецидиви хвороби.

Використання всіх цих засобів дозволяє досягти підвищення ефективності лікування за рахунок скорочення строків призначення анагетиків та терміну лікування (а відповідно й розходу лікарських препаратів), попередження виникнення рецидивів, ускладнень протягом лікування та хронізації процесу.

Спосіб виконують таким чином.

При підозрі на наявність у хворого ексудативного плевриту, під рентген-контролем помічають місце пункції плевральної порожнини. Останню проводять в умовах перев'язочної. В наміченому місці тонкою голкою з шприцом анестезують 0,5% розчином новокаїну (20-40мл) шкіру, підшкірну клітковину, міжреберні м'язи і виконують пункцію порожнини. Аспірують з неї 20-30мл вмісту і відправляють на цитологічне дослідження. Це свідчить також про правильний вибір місця для пункції. Для проведення торакоскопії голку видаляють і через знечужені тканини проводять троакар в плевральну порожнину. Видаляють стилет троакару, через гільзу аспірують вміст плевральної порожнини, що в свою чергу дозволяє краще роздивитися останню. Після цього через гільзу троакару вводять торакоскоп і проводять пересічення внутрішньоплевральних спайок шляхом їх перетину або перепалювання, що дозволяє багатокамерну плевральну порожнину перетворити в монокамерну доступну для візуального огляду і відповідно поточити діагноз шляхом біопсії всіх патологічно змінених ділянок з подальшим цитогістологічним дослідженням біоптатів. Потім під контролем ока за допомогою довгої голки для внутрішньосерцевих введень та 20-мл шприця виконують вище 4-го ребра (апикальна зона та перші 3 міжреберні проміжки) гідравлічну парієтальну плевродиссекцію фізіологічним розчином з додаванням циклофосфану (200мл фізіологічного розчину та 0,4гр циклофосфану). Після чого під візуальним контролем сухим невеликим марлевим тампоном на довгому зажимі проводять частковий механічний плевродез всієї порожнини, особливо ретельний і тотальний в зоні плевродиссекції та апикальній зоні. Все це призводить до зменшення виділення плеврального

випоту та прискорення резорбції лікарських препаратів і патологічного ексудату з плевральної порожнини, а також сприяє максимально скорішій облітерації плевральної порожнини. Далі в плевральну порожнину за допомогою пульверизатора через гільзу троакару інсуфлюють сухий тальк, досягаючи під візуальним контролем рівномірної обробки всієї парієтальної плеври, в кінці маніпуляції в плевральну порожнину проводять мікроіригатор і гільзу троакару видаляють. Через мікроіригатор 2 рази на добу вводять лікарські препарати до зупинки ексудації плеврального вмісту, потім максимально аспірують його електроотсосом до повного розправлення легені, вводять фібриновий клей катсіл (0,15мл), який призводить до міцного миттєвого склеювання плевральних листків і видаляють мікроіригатор.

Для внутрішньоплеврального введення використовують антибіотики широкого спектру дії (відповідно результатів посіву рідини) при неспецифічному, кардіогенному та онкологічному плевриті (при останньому додаючи також цитостатики), а при туберкульозному - відповідно туберкулостатики.

Наводимо конкретні приклади здійснення способу.

Приклад 1 (за способом-прототипом). Хворий К., 29 роки, історія хвороби №681, поступив в клініку торакальної хірургії Інституту фізіатрії і пульмонології з діагнозом "Лівобічного ексудативного плевриту неясного генезу". До моменту поступлення в клініку лікувався стаціонарно в лікарні, де отримував консервативну антибактеріальну та розсмоктуючу терапію, яка була неефективна - кількість рідини за даними рентгенологічного методу обстеження не зменшувалася. Встановити етіологію хвороби використовуючи дані цитологічного обстеження ексудату не вдалося. Був направлений до інституту.

При рентгенологічному обстеженні у відділенні в лівій плевральній порожнині було виявлено косий рівень рідини по ходу V ребра. В той же день була проведена торакоскопія, при якій було аспіровано 1300мл серозного ексудату. Під час проведення торакоскопії термокаутером проведено перепалювання широких лентовидних поодиноких спайок, які фіксували легеню до парієтальної плеври в латеральних та задніх відділах геміторака. Візуально виявлялося наявність множинних "просовидних" висипань, місцями нашарування фібрину, а також деяке змунтнення та огрубіння плевральних листків. Виконано біопсію змінених ділянок, при цитогістологічному дослідженні біоптатів виявлено прямі ознаки туберкульозного процесу. Плевральна порожнина промита розчином антисептику і процедуру закінчено встановленням широкого гумового дренажу (фіксований до шкіри одним швом) для внутрішньоплеврального введення туберкулоstaticів. Дренаж підключено до активної аспірації.

Протягом 4 днів через дренаж двічі на добу вводили антибіотик-туберкулоstatic (канаміцин 0,5гр), таким чином було проведено 8 внутрішньоплевральних введень. Також хворому призначили 3 пероральних протитуберкульозних препарати. Аналгетики призначали протягом всіх 4 днів. Останні дві доби ексудації зменшилася до 5,0мл/добу, що свідчило про зупинку ексудації. На 5-у добу за допомогою електроотсоса аспіровано 5,0мл ексудату і дренаж видалено. Через 3 доби при рентгенологічному контролі було виявлено ознаки осумкування плевральної рідини по задньо-латеральній поверхні в середніх відділах геміторака. Це в свою чергу потребувало проведення 10-ти плевральних пункцій з аспірацією ексудату та внутрішньоплевральним введенням препаратів, які проводилися протягом наступних 20 днів. При наступному рентгенологічному контролі (25-й день госпіталізації) даних за наявність рідини в порожнині не виявлено, легеня повністю розправлена, навколо неї спаяний процес. На 26-ту добу від початку лікування хворий виписаний для продовження лікування у фізіатра за місцем проживання (денний стаціонар).

Однак, через 2 місяці у хворого виник рецидив хвороби (осумкування по передньо-нижній поверхні геміторака). Це в свою чергу привело до необхідності виконання мікродренування осумкування та 3-х плевральних пункцій, які привели до ліквідації хвороби.

Оглянутий через 5 міс. Скарг не виказує, працює за фахом. Рентгенологічне визначаються значні плевральні нашарування в нижніх відділах порожнини.

Приклад 2 (за способом, що заявляється). Хворий П., 66 років, історія хвороби №782, поступив в клініку торакальної хірургії Інституту фізіатрії і пульмонології з діагнозом "Лівобічного тотального ексудативного плевриту неясного генезу". Вважає себе хворим протягом 6 місяців, коли вперше відчув задишку і слабкість, які поступово з часом прогресували. При рентгенологічному обстеженні виявлено тотальне гомогенне затемнення лівого геміторака. При пункції було виявлено геморагічний ексудат. Хворий був направлений до інституту для встановлення генезу випоту та лікування.

При рентгенологічному обстеженні у відділенні в лівій плевральній порожнині було виявлено косий рівень рідини по ходу I ребра. В той же день була проведена плевральна пункція, під час якої було аспіровано 2000мл геморагічного ексудату, цитологічне дослідження якого не дозволило встановити заключний діагноз. На другий день була проведена торакоскопія, при якій було аспіровано 1800мл геморагічного ексудату. Спайки в плевральній порожнині визначалися по передньо-латеральній поверхні легені. Термокаутером було проведено перепалювання всіх спайок, які фіксували легеню до парієтальної плеври, що дозволило краще візуально обстежити всю плевральну порожнину. Візуально виявлялося наявність білісуватих утворень діаметром 3-5 мм по всій поверхні парієтальної плеври, які місцями приймали зливний характер. Крім того визначалася гіперемія плевральних листків, на яких місцями був фібрин. При цитогістологічному обстеженні біоптатів плеври було виявлено ознаки злоякісної пухлини (метастатичне ураження).

Потім під контролем ока за допомогою довгої голки для внутрішньосерцевих введень та 20-мл шприця виконали вище 4-го ребра (апикальна зона та перші 3 міжреберні проміжки) підравлічну парієтальну плевродиссекцію фізіологічним розчином з додаванням циклофосфану (200мл фізіологічного розчину та 0,4гр циклофосфану). Після чого під візуальним контролем сухим невеликим марлевым тампоном на довгому зажимі провели частковий механічний плевродез всієї порожнини, особливо ретельний і тотальний в зоні плевродиссекції та апикальній зоні. Далі в плевральну порожнину за допомогою пульверизатора через гільзу троакару інсуфлювали сухий тальк, досягаючи під візуальним контролем рівномірної обробки всієї парієтальної плеври. Все це призвело до зменшення виділення плеврального випоту та прискорення резорбції лікарських препаратів і патологічного ексудату з плевральної порожнини, а також сприяло максимально скорішій облітерації плевральної порожнини. В кінці маніпуляції в плевральну порожнину провели мікроіригатор і гільзу троакару видалили.

Мікроірігатор фіксували до шкіри одним швом. Протягом 6-ти діб через мікроірігатор двічі на добу вводили антибіотик широкого спектру дії (цефазолін 1гр) та цитостатик (5,0мл фторурацил), таким чином було проведено 12 внутрішньоплевральних введень. Аналгетики призначали протягом 3 днів. Останні дві доби ексудація зменшилася до 5,0мл/добу, що свідчило про зупинку ексудації в плевральну порожнину. На 7-му добу за допомогою електроотсосу аспіровано 3,0мл ексудату, через мікроірігатор в порожнину введено 0,15мл фібринового клею катсіл і мікроірігатор видалено. При рентгенологічному обстеженні даних за наявність рідини в порожнині не виявлено, легеня повністю розправлена, патологічних змін в легенях не виявлено, в нижніх відділах порожнини плевральні нашарування. На 9-у добу від початку лікування, після консультації пацієнта в інституті онкології та радіології, хворий виписаний для продовження лікування у онколога за місцем проживання.

Оглянутий через 3 міс. Не дивлячись на прогресування загального онкологічного процесу, даних за рецидив плевриту не отримано. Рентгенологічно визначаються плевральні нашарування.

Приклад 3 (за способом, що заявляється). Хвора С., 22 років, історія хвороби №764, поступила в клініку торакальної хірургії Інституту фтизіатрії і пульмонології з діагнозом "Лівобічний ексудативний плеврит неясного генезу". Лікувалася 1,5 місяці в терапевтичному відділенні за місцем проживання без значного клінічного ефекту. При рентгенологічному обстеженні у відділенні в лівій плевральній порожнині було виявлено косий рівень рідини по ходу III ребра. У зв'язку з тим, що не вдалося верифікувати діагноз клініко-рентгенологічними та лабораторними дослідженнями, хворій була виконана на другий день перебування в стаціонарі торакоскопія. Аспіровано 800мл серозного ексудату. Під час проведення торакоскопії термокаутером проведено перепалювання поодиноких широких лентовидних спайок, які фіксували верхню долю та шостий сегмент до парієтальної плеври, що дозволило краще візуально обстежити всю плевральну порожнину, в якій виявлялася гіперемія вісцерального та парієтального плевральних листків, наявність множинних дрібних білісуватих висипань, а також місцями нашарування фібрину. Виконано біопсію змінених ділянок, при цитогістологічному дослідженні яких виявлено прямі ознаки туберкульозного процесу.

Поетапно під контролем ока за допомогою довгої голки для внутрішньосерцевих введень та 20-мл шприця виконали вище 4-го ребра (апикальна зона та перші 3 міжреберні проміжки) гідравлічну парієтальну плевродиссекцію фізіологічним розчином з додаванням циклофосфану (200мл фізіологічного розчину та 0,4гр циклофосфану). Після чого під візуальним контролем сухим невеликим марлевым тампоном на довгому зажимі провели частковий механічний плевродез всієї порожнини, особливо ретельний і тотальний в зоні плевродиссекції та апікальній зоні. Далі в плевральну порожнину за допомогою пульверизатора через гільзу троакару інсуфлювали сухий тальк, досягаючи під візуальним контролем рівномірної обробки всієї парієтальної плеври. Все це призвело до зменшення виділення плеврального випоту та прискорення резорбції лікарських препаратів і патологічного ексудату з плевральної порожнини, а також сприяло максимально скорішій облітерації плевральної порожнини. В кінці маніпуляції в плевральну порожнину провели мікроірігатор і гільзу троакару видалили.

Мікроірігатор фіксували до шкіри одним швом. Протягом дев'яти діб через мікроірігатор двічі на добу вводили антибіотик-туберкулостатик (канаміцин 0,5гр), а також призначили 3 пероральних протитуберкульозних препарати. Таким чином було проведено 18 внутрішньоплевральних введень. Аналгетики призначали протягом 3 днів. Останні дві доби ексудація зменшилася до 3,0мл/добу, що свідчило про зупинку ексудації в плевральну порожнину. На 10-ту добу за допомогою електроотсосу аспіровано 2,0мл ексудату, через мікроірігатор в порожнину введено 0,15мл фібринового клею катсіл і мікроірігатор видалено. При рентгенологічному обстеженні даних за наявність рідини в порожнині не виявлено, легеня повністю розправлена, патологічних змін в легенях не виявлено, в нижніх відділах порожнини плевральні нашарування. На 11-у добу від початку лікування хвора виписана для продовження лікування у фтизіатра за місцем проживання (денний стаціонар).

Оглянута через 6 міс. Скарг не виказує, працює за фахом. Рентгенологічне визначаються лише плевральні нашарування.

Приклад 4 (за способом, що заявляється). Хворий Т., 18 років, історія хвороби №335, поступив в клініку торакальної хірургії Інституту фтизіатрії і пульмонології з діагнозом "Правобічний ексудативний плеврит неясного генезу". До моменту поступлення в клініку лікувався амбулаторно і стаціонарно. В лікарні було проведено 5 плевральних пункцій, під час яких евакуйовувалося від 300 до 700мл серозного ексудату. Встановити етіологію хвороби не вдалося, у зв'язку з чим був направлений до інституту.

При рентгенологічному обстеженні у відділенні в правій плевральній порожнині було виявлено косий рівень рідини по ходу VII ребра. В той же день була проведена торакоскопія, при якій було аспіровано 700мл серозного ексудату. Візуально виявлялася гіперемія, деяке змунтнення та огрубіння плевральних листків, наявність спаєчного процесу біля діафрагми. Термокаутером проведено перепалювання всіх спайок, які фіксували нижню долю до діафрагми, що дозволило краще візуально обстежити всю плевральну порожнину. Проведено біопсію плевральних листків в різних місцях. При цитогістологічному обстеженні біоптатів плеври атипічних клітин та ознак специфічного туберкульозного процесу не виявлено, мікобактерії туберкульозу та вторинна флора при посіві не визначалися.

Поетапно під контролем ока за допомогою довгої голки для внутрішньосерцевих введень та 20-мл шприця виконали вище 4-го ребра (апикальна зона та перші 3 міжреберні проміжки) гідравлічну парієтальну плевродиссекцію фізіологічним розчином з додаванням циклофосфану (200мл фізіологічного розчину та 0,4гр циклофосфану). Після чого під візуальним контролем сухим невеликим марлевым тампоном на довгому зажимі провели частковий механічний плевродез всієї порожнини, особливо ретельний і тотальний в зоні плевродиссекції та апікальній зоні. Далі в плевральну порожнину за допомогою пульверизатора через гільзу троакару інсуфлювали сухий тальк, досягаючи під візуальним контролем рівномірної обробки всієї парієтальної плеври. Все це призвело до зменшення виділення плеврального випоту та прискорення резорбції лікарських препаратів і патологічного ексудату з плевральної порожнини, а також сприяло максимально скорішій облітерації плевральної порожнини. В кінці маніпуляції в плевральну порожнину провели мікроірігатор і гільзу троакару видалили.

Мікроірігатор фіксували до шкіри одним швом. Протягом 8 діб через мікроірігатор двічі на добу вводили

антибіотик широкого спектру дії (цефазолін 0,5гр). Таким чином за цей термін було проведено 16 внутрішньоплевральних введень.

Анальгетики призначали протягом 2 днів. Останні дві доби ексудація зменшилася до 5,0мл/добу, що свідчило про зупинку ексудації в плевральну порожнину. На 10-ту добу за допомогою електроотсосу аспіровано 2,0мл ексудату і мікроірігатор видалено. При рентгенологічному обстеженні даних за наявність рідини в порожнині не виявлено, легеня повністю розправлена, патологічних змін в легенях не виявлено, в нижніх відділах порожнини помірні плевральні нашарування. На 11-у добу від початку лікування він був виписаний для проведення реабілітації під наглядом пульмонолога за місцем проживання.

Оглянутий через 5 міс. Скарг не виказує, працює за фахом. Рентгенологічне визначаються лише незначні плевральні нашарування.

Запропонований спосіб лікування ексудативного плевриту був використаний у 9 хворих, контрольну групу склали 15 хворих, які лікувалися за способом-прототипом. Результати наведено в таблиці.

Таблица

Зрівняльна оцінка ефективності лікування ексудативного плевриту

N п/п	Клінічні показники	Спосіб лікування	
		Спосіб, що заявляється (9 хворих)	Прототип (15 хворих)
1	Строки лікування (в днях)	6-14	25-36
2	Необхідність призначати анальгетики (в днях)	2-3	4-10
3	Рецидив плевриту	0	4 (26,6%)
4	Ускладнення лікування (нагноєння ексудату)	0	2 (13,3%)
5	Кількість вилікуваних хворих	9(100%)	11 (73,3%)

Таким чином, у порівнянні із прототипом, спосіб, що заявляється, дозволяє:

- підвищити результативність лікування з 73,3% до 100% (способом лікування, що заявляється, вилікувані всі хворі);
- скоротити строки лікування на 11-30 днів, а відповідно й розход лікарських препаратів;
- скоротити строки призначення анальгетиків на 1-8 днів;
- попередити виникнення ускладнень, рецидивів та хронізації хвороби.

Спосіб лікування, що заявляється, дуже простий в виконанні, безпечний, не потребує значного технічного забезпечення і може бути виконаний в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою торакоскопії.