



УКРАЇНА

(19) UA (11) 56727 (13) U  
(51) МПК (2011.01)  
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під  
відповідальність  
власника  
патенту

**(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗУ, УСКЛАДНЕНОГО ВИПІТНИМ ПЕРИКАРДИТОМ**

1

2

(21) u201008297

(22) 05.07.2010

(24) 25.01.2011

(46) 25.01.2011, Бюл. № 2, 2011 р.

(72) ФЕЩЕНКО ЮРІЙ ІВАНОВИЧ, МЕЛЬНИК ВАСИЛЬ МИХАЙЛОВИЧ, ОПАНАСЕНКО МИКОЛА СТЕПАНОВИЧ, ВЕРЕМЕЄНКО РУСЛАН АНАТОЛІЙОВИЧ, СТАШЕНКО ОЛЕКСАНДР ДАЛІЄВИЧ, БАБИЧ МАКСИМ ІВАНОВИЧ, ТЕРЕШКОВИЧ ОЛЕКСАНДР ВОЛОДИМИРОВИЧ, БИЧКОВСЬКИЙ ВІКТОР БОРИСОВИЧ, КАЛЕНІЧЕНКО МАКСИМ ІВАНОВИЧ, КОНІК БОГДАН МИКОЛАЙОВИЧ

(73) ДЕРЖАВНА УСТАНОВА "НАЦІОНАЛЬНИЙ ІНСТИТУТ ФТИЗІАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ІМЕНІ Ф.Г. ЯНОВСЬКОГО АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ"

(57) Спосіб лікування плеврального випоту неясного генезу, ускладненого випітним перикардитом, що включає проведення відеоторакоскопії з послідовним виконанням аспірації плеврального ексу-

дату, 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 дренажів, який відрізняється тим, що виконують біопсію перикарду з подальшим цитологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженням біоптатів, проводять часткову перикардектомію, розділяють інтраперикардальні зрощення, під відеоконтролем дренують порожнину перикарду мікроіригатором через окремий розріз на грудній клітці, який встановлюють по всій довжині монопорожнини, після чого вводять лікарські препарати в мікроіригатор до зупинки ексудатії перикардального вмісту

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до пульмонології, торакальної хірургії, фтизіатрії, ревматології, терапії, педіатрії і може бути використана в клінічній практиці при лікуванні плеврального випоту неясного генезу, ускладненого випітним перикардитом.

Характерною рисою сучасної медицини є зростання рівня плевральних випотів різного генезу, особливо туберкульозної і онкологічної етіології, а також при системному враженні сполучної тканини. Необхідно також відмітити зростання рівня випадків плевральних випотів, ускладнених випітним перикардитом, що в свою чергу обумовлює важкість перебігу, тенденцію до хронізації та рецидиву процесу, незадовільність результатів лікування, підвищення рівня інвалідизації та летальності.

Лікування плевральних випотів неясного генезу, ускладнених випітним перикардитом є досить складною задачею, особливо у онкологічних хворих, пацієнтів з вираженою супутньою кардіогенною патологією, поліорганною недостатністю, людей середнього та похилого віку. Не дивлячись на

певну кількість існуючих ефективних методів лікування, проблема далека від остаточного рішення.

Відомий спосіб лікування плеврального випоту неясного генезу, ускладненого випітним перикардитом, шляхом повторних пункцій плевральної порожнини в поєднанні з призначенням як системного (перорально або внутрішньом'язево), так і внутрішньоплеврального введення лікарських препаратів (сумішів), в основному антибіотиків, кортикостероїдів, протитуберкульозних препаратів, сечогінних, цитостатиків (див. Man B. L. Serositis related to systemic lupus erythematosus: prevalence and outcome exudates [Text] /B.L. Man, C.C. Mok //Lupus. - 2005. - Vol. 14, № 10. - P. 822-826).

Проте суттєвими недоліками даного способу є:  
- необхідність виконання болючих багаторазових плевральних пункцій, високий ризик виникнення при повторних пункціях травматичного пневмотораксу і гемотораксу, ліквідація яких має певний рівень ускладнень та може приводити до летальності;

(13) U

(11) 56727

(19) UA

- шляхом плевральних пункції видаляється плевральний ексудат, а перикардіальний випіт розсмоктується лише під впливом консервативної терапії, що може приводити до підвищення тривалості лікування та дуже повільного зникнення явищ серцевої недостатності внаслідок наявності перикардиту;

- низький відсоток вилікування хвороби (до 66,0 %), внаслідок того, що дана лікувальна тактика направлена лише на спонтанне виліковування під впливом медикаментозних препаратів;

- досить велика тривалість ліквідації плеврального та перикардіального випотів (до 2-х місяців);

- в 13,0 % випадків відмічено нагноєння ексудату, в 20,0 % - рецидив процесу, що, в свою чергу, обумовлено недостатнім плевродезом обох листків плеви або наявністю навіть невеликої кількості плевральної рідини внаслідок неефективної протизапальної терапії та плевральних пункцій;

- в значному відсотку випадків (до 40,0 %) дуже важко визначитися з етіологією випоту в плевральну порожнину та порожнину перикарду (відсутня морфологічна верифікація), а також з відповідними препаратами, які є оптимальними для внутрішньоплеврального та системного використання.

Існує спосіб лікування плеврального випоту неясного генезу, ускладненого випітним перикардитом, шляхом застосування закритої біопсії парієтальної плеви з наступним дренажуванням плевральної порожнини з активною аспірацією та вводом препаратів інтраплеврально (див. Iyoda M. A case of refractory uremic pleuropericarditis-successful corticosteroid treatment [Text] /M. Iyoda, Y. Ajiro, K. Sato, A. Kuroki, T. Shibata, K. Kitazawa, T. Sugisaki //Clin. Nephrol. - 2006. - Vol. 65, № 4. - P. 290-293).

Основними недоліками даного способу є:

- внаслідок низької інформативності закритої біопсії парієтальної плеви 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 до прогресування процесу;

- не проводиться морфологічна верифікація патологічного процесу в перикарді, що знижує процент встановлення точного діагнозу;

- використання даного способу досить обмежене при наявності поширеного спаечного процесу в порожнині, що призводить до фрагментації порожнини і робить дренажування малоефективним;

- шляхом плевральних пункцій видаляється плевральний ексудат, а перикардіальний випіт розсмоктується лише під впливом консервативної терапії, що може приводити до підвищення тривалості лікування та дуже повільного зникнення явищ серцевої недостатності внаслідок наявності перикардиту.

Відомий спосіб лікування плеврального випоту неясного генезу, ускладненого випітним перикардитом, що включає проведення відеоторакоскопії з

послідовним виконанням аспірації плеврального ексудату, пересічення внутрішньоплевральних спайок під візуальним контролем, проведення біопсії змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеви з подальшим цитогістологічним дослідженням отриманих біоптатів, дренажування плевральної порожнини з наступним внутрішньоплевральним введенням лікарських препаратів, активну аспірацію та видалення дренажів (див. Cozma G. Our experience in the thoracoscopic surgery of the tuberculous pleural effusions [Text] /G. Cozma, V. Tudorache, O. Burlacu, C. Tunea, V. Voiculescu, D. Vancea, G. Nicodin, E. Memu, A. Muresan, A. Nicodin //Pneumologia. - 2007. - Vol. 56, № 2. - P. 73-76).

Але даний спосіб має такі суттєві недоліки:

- не проводиться морфологічна верифікація патологічного процесу в перикарді, що знижує процент встановлення точного діагнозу;

- при даному способі не створюються умови профілактики рецидиву перикардиту, а також відсутня лікувальна тактика по відношенню саме до перикардиту, особливо при наявності фрагментації порожнини перикарду;

- шляхом дренажування видаляється плевральний ексудат, а перикардіальний випіт розсмоктується лише під впливом консервативної терапії, що може приводити до підвищення тривалості лікування та дуже повільного зникнення явищ серцевої недостатності внаслідок наявності перикардиту.

В основу корисної моделі поставлена задача створення способу лікування плеврального випоту неясного генезу, ускладненого випітним перикардитом, в якому шляхом застосування комплексу лікувальних заходів: біопсії перикарду з подальшим цитологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженням біоптатів, виконання часткової перикардектомії, розділення інтраперикардіальних зрощень, дренажування порожнини перикарду мікроіригатором через окремий розріз на грудній клітці, введення лікарських препаратів в мікроіригатор до зупинки ексудації перикардіального вмісту досягається підвищення ефективності лікування за рахунок скорочення строків лікування, попередження виникнення рецидиву та хронізації процесу.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування плеврального випоту неясного генезу, ускладненого випітним перикардитом, що включає проведення відеоторакоскопії з послідовним виконанням аспірації плеврального ексудату, пересічення внутрішньоплевральних спайок під візуальним контролем, проведення біопсії змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеви з подальшим цитогістологічним дослідженням отриманих біоптатів, дренажування плевральної порожнини з наступним внутрішньоплевральним введенням лікарських препаратів, активну аспірацію та видалення дренажів, згідно корисної моделі, виконують біопсію перикарду з подальшим цитологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженням біоптатів, проводять часткову перикардектомію, розділяють інтраперикардіальні зрощення, під відеоконтролем дренажують порожнину перикарду мікроіригатором через окремий розріз на груд-

ній клітці, який встановлюють по всій довжині моноporожнини, після чого вводять лікарські препарати в мікроіригатор до зупинки ексудації перикардiального вмісту.

Відомо використання біопсії перикарду з подальшим цитологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженням біоптатів для встановлення етіології перикардiального випоту. Проте, таке дослідження виконується лише при виконанні традиційної широкої латеральної торакотомії. В способі-прототипі дане обстеження не виконується, хоча в багатьох випадках патологічним процесом може бути вражений саме перикард, а випіт в плевральну порожнину носити реактивний характер, і виконання біопсії плеври не дозволить встановити точний діагноз. Тому нами застосовується відеоторакоскопічна біопсія перикарду з подальшим цитологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженням біоптатів. Це дозволяє в поєднанні з біопсією парієтальної плеври (як в способі-прототипі) досягти значно вищого проценту встановлення точного діагнозу.

Відомо виконання часткової перикардектомії при перикардитах. Це дозволяє значно покращити серцеву діяльність, дозволяє одночасно евакуювати всю перикардiальну рідину, стає профілактикою виникнення рецидиву перикардиту. Проте, така операція виконується лише при виконанні традиційної широкої латеральної торакотомії. В способі-прототипі даний технічний прийом не використовується, що приводить до дуже повільної нормалізації діяльності серцево-судинної системи, довготривалого розсмоктування перикардiального вмісту, а при цьому зберігається високий ризик рецидиву перикардиту. В запропонованому нами способі поєднується, як виражений лікувальний ефект від проведення часткової перикардектомії, так і переваги відеоторакоскопічної хірургії: не має необхідності виконувати травматичну широку латеральну торакотомію, а застосувати лише 3 відеопорти (кожен довжиною до 1,5-2 см). Таким чином, спостерігається той же виражений клінічний ефект від часткової плевректомії при мінімальній травматизації самого оперативного втручання.

Відомо застосування розділення інтраплевральних зрощень при плевральних випотах неясного генезу. В результаті маніпуляції утворюється моноporожнина, що дозволяє проводити адекватне дренування плевральної порожнини без ризику утворення осумкувань і виникнення емпієми плеври. Тому нами вирішено застосовувати розділення інтраперикардiальних зрощень з такою ж метою, що дозволяє запобігти утворенню осумкувань в порожнині перикарду, що в свою чергу призводить до швидкої нормалізації діяльності серцево-судинної системи, а також стоїть на заваді утворення панцирного серця (значне потовщення і кальцинація перикарду). Крім того, виконання даної маніпуляції за допомогою відеоторакоскопу дозволяє знизити травматизм самого втручання.

Відомо дренування порожнини перикарду мікроіригатором через окремий розріз на грудній клітці. Проте дана маніпуляція виконується всліпу - в місці найбільшого скопичення ексудату. При цьому часто мікроіригатор може перегинатися, давити на

серце, розташовуватися не зовсім вдало, що в свою чергу зменшує ефективність його функціонування. Особливо це стає актуальним при наявності інтраперикардiальних зрощень. При цьому існує дуже високий ризик поранення серця з фатальними наслідками. Для ліквідації цих недоліків нами вирішено застосовувати встановлення мікроіригатора через окремий розріз на грудній клітці під відеоконтролем. Це дозволяє уникнути всіх недоліків сліпого встановлення мікроіригатора, особливо при наявності інтраперикардiальних зрощень: він встановлюється по всій довжині моноporожнини (після попереднього виконання часткової перикардектомії та розділення інтраперикардiальних зрощень), він не перегинається, не давить на серце, дозволяє адекватно дренувати порожнину перикарду, при цьому зменшується до мінімуму ризик поранення серця і магістральних судин.

Відомо введення лікарських препаратів в мікроіригатор до зупинки ексудації перикардiального вмісту. Проте, при сліпому встановленні мікроіригатора дана маніпуляція не в кожному випадку ефективна, внаслідок можливого неадекватного встановлення самого мікроіригатора, що в свою чергу, веде до збільшення строків та зниження ефективності лікування. Дані недоліки введення лікарських препаратів зникають при адекватному встановленні мікроіригатора під відеоконтролем.

Використання всіх цих засобів дозволяє досягти підвищення ефективності лікування за рахунок скорочення терміну лікування, а відповідно й розходу лікарських препаратів, попередження виникнення рецидивів та хронізації процесу.

Спосіб виконують таким чином.

При наявності у хворого плеврального випоту неясного генезу, ускладненого випітним перикардитом виконують відеоторакоскопію під загальним наркозом по стандартній методиці: вводять відеоторакоскоп і аспірують весь ексудат з плевральної порожнини, далі проводять розсічення внутрішньоплевральних спайок під відеоконтролем шляхом їх перетину або перепалювання, що дозволяє багатокамерну плевральну порожнину перетворити в монокамерну, доступну для візуального огляду. Поетапно проводять біопсію змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеври з подальшим цитогістологічним дослідженням отриманих біоптатів плеври. Далі виконують біопсію перикарду з подальшим цитологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженням біоптатів, а також проводять часткову перикардектомію, при цьому розділяють інтраперикардiальні зрощення. Під відеоконтролем стандартно дренують двома дренажами плевральну порожнину, а порожнину перикарду дренують мікроіригатором через окремий розріз на грудній клітці, який встановлюють по всій довжині моноporожнини. Потім проводять введення лікарських препаратів в плевральну порожнину і порожнину перикарду, активну аспірацію до зупинки ексудації плеврального і перикардiального вмісту та видалення дренажів і мікроіригатора.

Для внутрішньопорожнинного введення використовують антибіотики широкого спектру дії (відповідно до результатів посіву рідини та біоптатів) при неспецифічному, кардіогенному та онкологіч-

ному плевриті (при останньому додаючи також цитостатики), при туберкульозному - туберкуло-статиками, а при системному враженні - глюкокортико-їди відповідно.

Наводимо конкретні приклади здійснення спо-соби.

Приклад 1 (за способом-прототипом).

Хворий С, 64 роки, історія хвороби № 457, по-ступив в хірургічну клініку ДУ "Національний інсти-тут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України" з діагнозом "Лівобічного плевраль-ного випоту неясного генезу". До моменту посту-плення в клініку лікувався стаціонарно в лікарні. Отримав більше 20 плевральних пункцій, під час яких аспірували 500-800 серозного ексудату. Встановити етіологію хвороби, використовуючи дані цитологічного обстеження ексудату, не вда-лося. Був направлений до інституту на дообсте-ження.

При рентгенологічному обстеженні у відділенні в лівій плевральній порожнині було виявлено ко-сий рівень рідини по ходу VII ребра, а також наяв-ність шару рідини в порожнині перикарду товщи-ною до 2 см.

Після проведеного дообстеження хворому бу-ла виконана відеоторакоскопія зліва під загальним наркозом по стандартній методиці: ввели відео-торакоскоп і аспірували 500 мл серозного ексудату. Під час проведення відеоторакоскопії термокауте-ром проведено перепалювання широких стрічко-видних множинних спайок, які фіксували легеню до парієтальної плеври в латеральних та задніх відділах геміторака, що дозволило багатокамерну плевральну порожнину перетворити в монокамер-ну, доступну для візуального огляду. Візуально виявлялося деяке помутніння та огрубіння пле-вральних листків, а також наявність множинних "просовидних" висипань, місцями нашарування фібрину. Виконано біопсію змінених ділянок, при цитогістологічному дослідженні біоптатів виявлено прямі ознаки туберкульозного процесу.

Процедуру закінчено стандартним встанов-ленням 2-х дренажів для внутрішньоплеврального введення туберкуло-статиків. Дренажі підключено до активної аспірації.

В ранньому післяопераційному періоді відзна-чалася значна ексудація (200-300 мл за добу), не дивлячись на те, що двічі на добу через дренаж вводили антибіотик (канаміцин 0,5 гр), а також призначили 3 пероральних протитуберкульозних препарати. Внутрішньоплевральні введення пре-парату проводили двічі на добу протягом 23-х днів. Крім того, протягом цього терміну хворому двічі виконували перикардальні пункції, які хворий пе-реносив дуже болісно. При цьому було аспіровано 350 та 270 мл серозного ексудату відповідно.

Аналгетики призначали протягом 4-х днів. Останні дві доби ексудація зменшилася до 5,0 мл/добу, що свідчило про зупинку ексудації в пле-вральну порожнину. Однак, при УЗД було отрима-но дані про наявність рідини в порожнині перикар-ду, а також про значне потовщення стінки перикарду.

На 24-у добу за допомогою електроотсосу ас-піровано 5,0 мл ексудату і дренажі видалено. Че-

рез 7 днів при рентгенологічному контролі було виявлено ознаки осумкування плевральної рідини по задньо-латеральній поверхні геміторакасу. Це, в свою чергу, потребувало проведення 2-х плевра-льних пункцій, а також наступного мікродренуван-ня залишкової плевральної порожнини з внутріш-ньоплевральним введенням препаратів та активною аспірацією, яке проводилося протягом 9 діб. При наступному рентгенологічному контролі (36-й день госпіталізації) даних за наявність рідини в порожнині не виявлено, легеня Повністю розп-равлена, навколо неї виражений спаєчний процес. Однак, при УЗД було отримано дані про наявність рідини в порожнині перикарду, а також про значне потовщення стінки перикарду.

На 37-му добу від початку лікування хворий був виписаний для продовження лікування у кар-діохірурга - виявлялися ознаки здавлюючого пере-кардиту. Через 10 днів хворому була виконана операція - часткова перикардектомія зліва з при-воду туберкульозного враження перикарду. Після-операційний період протікав важко, посилюлися явища серцевої недостатності, які потребували інтенсивної терапії у відділенні реанімації протя-гом 10 днів. На 18 добу хворий був виписаний із стаціонару під нагляд фтизіатра і кардіолога за місцем проживання.

Оглянутий через 6 міс. Скарги на задишку при фізичному навантаженні, періодичні болі в лівому оперованому геміторакасі, не працює. Рентгеноло-гічно визначається плеврогенний цироз нижньої долі лівої легені.

Приклад 2 (за способом, що заявляється).

Хворий Б., 71 рік, історія хвороби № 639, пос-тупив в хірургічну клініку ДУ "Національний інсти-тут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України" з діагнозом "Правобічного плевра-льного випоту неясного генезу, ускладненого випі-тним перикардитом". До моменту поступлення в клініку лікувався стаціонарно і амбулаторно - отримувал антибактеріальну терапію, дезінтокси-каційну терапію. Було проведено 2 плевральні пункції, під час яких евакуйовувалося 1200 та 1800 мл серозного ексудату. Встановити етіологію хво-роби не вдалося, у зв'язку з чим був направлений до інституту на дообстеження.

При рентгенологічному обстеженні у відділенні в правій плевральній порожнині було виявлено косий рівень рідини по ходу V ребра, а також ная-вність шару рідини в порожнині перикарду товщи-ною до 1,8 см.

Після проведеного дообстеження хворому бу-ла виконана відеоторакоскопія справа під загаль-ним наркозом по стандартній методиці: ввели ві-деоторакоскоп і аспірували 1000 мл серозного ексудату. Під час відеоторакоскопії термокаутером проведено перепалювання множинних білісуватих щільних спайок, які фіксували легеню до паріє-тальної плеври, що дозволило візуально обстежити всю плевральну порожнину. Візуально виявлялися гіперемія, деяке помутніння та огрубіння плевра-льних листків, значна кількість фібрину. Проведе-но біопсію змінених ділянок. При цитогістологічно-му обстеженні біоптатів плеври виявлено ознаки неспецифічного процесу.

Далі виконали біопсію перикарду з подальшим цитологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженням біоптатів. Отримано результат - системне враження сполучної тканини по типу васкуліта. Поетапно провели часткову перикардектомію, при цьому виділилося 600 мл геморагічного ексудату. Внаслідок наявності перикардіальних зрощень, було виконано їх розділення, що дозволило утворити монопорожнину в перикарді. Під відеоконтролем стандартно дренивали двома дренажами плевральну порожнину, а також дренивали порожнину перикарду мікроіригатором через окремий розріз на грудній клітці, який встановили по всій довжині монопорожнини. При цьому переконалися, що мікроіригатор розташований в порожнині перикарду адекватно.

Процедуру закінчено стандартно, дренажі та мікроіригатор підключено до активної аспірації.

Протягом 4-х діб через мікроіригатор двічі на добу вводили антибіотик (цефотаксім 0,5 гр), а також глюкокортикоїд (30 мг преднізолону). В плевральні дренажі вводили протягом 3-х діб антибіотик (по 0,5 гр амікацину). Анальгетики призначали протягом лише 2-х діб. Крім того, згідно консультації ревматолога, системно призначили глюкокортикоїди за схемою.

Останню добу ексудація зменшилася до 3,0 мл/добу, що свідчило про зупинку ексудації як в плевральну порожнину, так і в порожнину перикарду. На 4-ту добу дренажі з плевральної порожнини було видалено. На 5-ту добу за допомогою електроотсосу аспіровано 1,0 мл ексудату, і перикардіальний мікроіригатор був видалений. При рентгенологічному обстеженні і УЗД даних за наявність рідини в плевральній порожнині та порожнині перикарду не виявлено, легень повністю розправлена, патологічних змін в легенях не виявлено, в нижніх відділах порожнини плевральні нашарування. На 8-у добу від початку лікування хворий був переведений у ревматологічне відділення за місцем проживання для продовження терапії (денний стаціонар).

Оглянутий через 6 міс. Скарг не виказує, працює за фахом. Рентгенологічно визначаються лише незначні плевральні нашарування в нижніх відділах геміторакса.

Приклад 3 (за способом, що заявляється).

Хворий Ш., 48 років, історія хвороби № 1107, поступив в хірургічну клініку ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського АМН України" з діагнозом "Лівобічного плеврального випоту неясного генезу, ускладненого випінитом перикардитом".

3 роки назад хворому була виконана лівобічна нефректомія з приводу пухлини нирки. Лікувався 1 місяць в терапевтичному відділенні за місцем проживання, де виконувалися плевральні пункції, при яких отримували серозно-геморагічний ексудат від 1500 до 3000 мл. Цитологічне обстеження плевральної рідини не дозволяло встановити заключний діагноз. Клінічного ефекту від лікування не було - рідина продовжувала накопичуватися, а загальний стан погіршувався.

При рентгенологічному обстеженні у відділенні в лівій плевральній порожнині визначалася вільна

рідина, яка субтотально наповнювала геміторакс. Крім того, було виявлено наявність шару рідини в порожнині перикарду товщиною до 2,5 см.

Після проведеного дообстеження хворому була виконана відеоторакоскопія зліва під загальним наркозом по стандартній методиці: ввели відеоторакоскоп і аспірували 2500 мл серозно-геморагічного ексудату. Під час відеоторакоскопії термокаутером було проведено перепалювання широких щільних стрічковидних спайок, які фіксували легень до парієтальної плеври в межах верхньої долі. Візуально було встановлено наявність великої кількості різнокольорових білісувато-червоних висипань по всій парієтальній плеврі і перикарду. Особливо багато останніх було на діафрагмі і в синусах плевральної порожнини. Візуальна картина відповідала канцероматозу плеври, що й було підтверджено цитогістологічним дослідженням плевральних біоптатів - метастази аденокарциноми.

Далі виконали біопсію перикарду з подальшим цитологічним, гістологічним та мікробіологічним дослідженням біоптатів. Отримано результат - метастатичне враження аденокарциномою. Поетапно провели часткову перикардектомію, при цьому виділилося 720 мл геморагічного ексудату. Внаслідок наявності незначної кількості перикардіальних зрощень, було виконано їх розділення, що дозволило утворити монопорожнину в перикарді. Під відеоконтролем стандартно дренивали двома дренажами плевральну порожнину, а також дренивали порожнину перикарду мікроіригатором через окремий розріз на грудній клітці, який встановили по всій довжині монопорожнини. При цьому переконалися, що мікроіригатор розташований в порожнині перикарду адекватно.

Процедуру закінчено стандартно, дренажі та мікроіригатор підключено до активної аспірації.

Протягом 7 діб через мікроіригатор двічі на добу вводили антибіотик широкого спектру дії (цефазолін 0,5 гр) та цитостатик (циклофосфан 0,1 гр). В плевральні дренажі вводили протягом 8-ми діб антибіотик (по 0,5 гр амікацину). Анальгетики призначали протягом лише 3-х діб.

Останні дві доби ексудація зменшилася до 5,0 мл/добу, що свідчило про зупинку ексудації в плевральну порожнину та порожнину перикарду. На 8-ту добу за допомогою електроотсосу аспіровано 2,0 мл ексудату і перикардіальний мікроіригатор видалено. На 9-ту добу за допомогою електроотсосу аспіровано 10,0 мл ексудату і плевральні дренажі видалено. При рентгенологічному обстеженні даних за наявність рідини в порожнині не виявлено, легень повністю розправлена, патологічних змін в легенях не виявлено, в нижніх відділах порожнини значні плевральні нашарування за рахунок метастатичного ураження. На 12-у добу від початку лікування, після консультації пацієнта в Інституті онкології та радіології, він був виписаний для отримання симптоматичної терапії під наглядом онколога за місцем проживання.

Оглянутий через 2 міс. Не дивлячись на зростання ознак прогресування загального онкологічного процесу, даних за редицив плевриту та пери-

кардиту не отримано. Рентгенологічно визначаються плевральні нашарування.

Запропонований спосіб лікування плеврального випоту неясного генезу, ускладненого випітним

перикардитом був використаний у 15 хворих, контрольну групу склали 12 хворих, які лікувалися за способом-прототипом. Результати наведено в таблиці.

Таблиця

Зрівняльна оцінка ефективності 2-х способів лікування плевального випоту неясного генезу, ускладненого випітним перикардитом.

№№ п/п	Клінічні показники	Спосіб лікування	
		Спосіб, що заявляється (15 хворих)	Прототип (12 хворих)
1.	Строки лікування (в днях)	12,4 ± 3,7	26,3 ± 6,2
2.	Рецидив плевриту і перикардиту	0	2 (16,6 %)
3.	Хронізація процесу	0	1 (8,3 %)
4.	Ускладнення лікування (нагноєння ексудату)	1 (6,6 %)	0
5.	Ефективність лікування	14 (93,3 %)	9 (75,0 %)

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

- підвищити ефективність лікування з 75,0 % до 93,3 %;
- скоротити строки лікування з (26,3 ± 6,2) днів до (12,4 ± 3,7) днів, а відповідно й розход лікарських препаратів;

- попередити виникнення рецидиву та хронізації хвороби.

Спосіб лікування, що заявляється, достатньо простий, економічно дешевий, достатньо безпечний і може бути виконаний в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою відеоторакоскопії.