



УКРАЇНА

(19) UA (11) 61675 (13) A

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ЕКСУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТУ

1

2

(21) 2003032626

(22) 26 03 2003

(24) 17 11 2003

(46) 17 11 2003, Бюл. № 11, 2003 р

(72) Фещенко Юрій Іванович, Мельник Василь Михайлович, Опанасенко Микола Степанович

(73) ІНСТИТУТ ФТИЗИАТРІЇ І ПУЛЬМОНОЛОГІЇ ІМ. Ф. Г. ЯНОВСЬКОГО АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

(57) Спосіб лікування ексудативного плевриту, що включає проведення пункції плевральної порожнини, торакаоскопію з послідовним виконанням аспірації плеврального ексудату, пересіченням внутрішньоплевральних спайок під візуальним контролем, проведення біопсії змінених ділянок

парієтальної та вісцеральної плеври з подальшим цитостолопичним дослідженням отриманих біоптатів, дренажування плевральної порожнини з наступним внутрішньоплевральним введенням лікарських препаратів, активну аспірацію та видалення дренажу, який відрізняється тим, що виконують островкову парієтальну плевректомію по всьому гемотораксу, а в апікальній зоні - тотальну, щадячи, при цьому медіастинно-діафрагмальну поверхню, в плевральну порожнину проводять мікроіригатор для введення лікарських препаратів та аспірації ексудату, після чого ліквідують залишкову плевральну порожнину введенням фібринового клею катсил

Винахід відноситься до медицини, а саме до пульмонології, торакальної хірургії, фтизиатрії, терапії, педіатрії і може бути використаний в клінічній практиці при лікуванні ексудативних плевритів. Він також може бути використаний і в ветеринарній практиці для лікування ексудативних плевритів у сільськогосподарських тварин.

Характерною рисою сучасної медицини є зростання рівня ексудативних плевритів різного генезу, особливо туберкульозної і онкологічної етіології. Необхідно також відмітити зростання рівня випадків ексудативних плевритів з важким перебігом, тенденцією до хронізації та рецидиву процесу, підвищенням рівня інвалідизації та летальності.

Лікування ексудативних плевритів різного генезу 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 ексудативного плевриту шляхом ліквідації випоту при повторних пункціях плевральної порожнини (див. А. Штрюмпель. Частная патология и терапия внутренних болезней, т. 1. Перев. с 25-го немецкого издания - М.-Л. Госиздат, 1927 - 625 с., С. 491-492).

Але даний спосіб має такі недоліки

- необхідність виконувати болючі багаторазові плевральні пункції,

- високий ризик виникнення при повторних пункціях травматичного пневмотораксу і гемотораксу, ліквідація яких має певний рівень ускладнень та навіть летальності,

- тривале розсмоктування внутрішньоплеврального вмісту,

- відсутність використання етіопатогенетичних препаратів, що дуже важливо при лікуванні плевритів запального генезу,

- значний процент випадків рецидиву та хронізації процесу. Відомий також спосіб лікування ексудативного плевриту шляхом пункції плевральної порожнини, аспірації рідини і внутрішньоплеврального введення лікарських препаратів (сумішів), в основному антибіотиків, кортикостероїдів, протитуберкульозних препаратів, діметоксиду (див. Семенов Ю. Л., Горбулин А. Е. Плевриты - Київ. Здоров'я, 1983 - 184 с.).

Суттєвими недоліками даного методу є

- необхідність виконувати болючі багаторазові плевральні пункції і високий ризик виникнення при повторних пункціях травматичного пневмотораксу і гемотораксу, ліквідація яких має певний рівень ускладнень та навіть летальності,

- при даному способі лікування плевриту низький процент вилікування хвороби (до 66%), бо дана лікувальна тактика малоактивна і направлена

(13) A

(11) 61675

(19) UA

на спонтанне ізлікування під впливом лікарських препаратів,

- тривалість лікування досить велика (30-40 днів),

- в 13% випадків при даній методиці лікування відмічено нагноєння ексудату, в 20% - рецидив процесу, що в свою чергу зумовлено недостатнім плевродезом обох листків плеври, або наявністю навіть невеликої кількості плевральної рідини внаслідок неефективної протизапальної терапії та плевральних пункцій,

- при даному способі лікування в значному проценті випадків дуже важко визначитися з генезом плеврального випоту і визначитися з препаратами, які є оптимальними для внутрішньо плеврального використання

Значна кількість авторів використовує для лікування ексудативних плевритів дренажування плевральної порожнини з активною аспирацією та вводом препаратів інтраплеврально (див Maitre B, Atassi K, Housset B. *Diagnosis and treatment of pleural effusion // La revue du praticien*, -1997 - Vol 47, N 7 - P 1298-1303)

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 до прогресування процесу,

- використання даної методики досить обмежене при наявності поширеного спаєчного процесу в порожнині, що призводить до фрагментації порожнини і робить дренажування малоефективним,

- використання при даному способі широких дренажів призводить до повільного спинення ексудату, збільшення строків лікування та хронізації процесу,

- використання при даному способі традиційних широких дренажів також призводить до вираженого больового синдрому, який потребує призначення сильних місцевих та загальних анагетиків

Відомий спосіб лікування ексудативного плевриту, що включає проведення пункції плевральної порожнини, торакоскопію з послідовним виконанням аспирації плеврального ексудату, пересіченням внутрішньо плевральних спайок під візуальним контролем, проведення

біопсії змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеври з подальшим цитопатологічним дослідженням отриманих біоптатів, дренажування плевральної порожнини з наступним внутрішньо плевральним введенням лікарських препаратів, активну аспирацію та видалення дренажу (див Дифференціальна діагностика плевральних выпотів /В А Соколов, А В Савельев, С Ю Красноторова и др // Проблемы туберкулеза - 1998 - N3 - С 50-55) 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 дренажування малоефективним,

- використання при даному способі широких дренажів призводить до неможливості швидкої облітерації порожнини, повільного спинення ексудату, 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 больового синдрому, який потребує призначення сильних місцевих та загальних анагетиків,

- при видаленні дренажа не використовуються ефективні і швидкі методи заключної ліквідації залишкової плевральної порожнини, що в свою чергу веде до збільшення можливості рецидиву процесу, його хронізації та виникненню ускладнень

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу лікування ексудативного плевриту, в якому шляхом застосування додаткового комплексу лікувально-діагностичних заходів виконують островкову парієтальну плевректомію по всьому гемтораксу, а в апікальній зоні - тотальну, щадячи при цьому медіастино-діафрагмальну поверхню, в плевральну порожнину проводять мікроіригатор для введення лікарських препаратів та аспирації ексудату, після чого ліквідують залишкову плевральну порожнину введенням фібринового клею катетр, 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 аспирації плеврального ексудату, пересіченням внутрішньо плевральних спайок під візуальним контролем, проведення біопсії змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеври з подальшим цитопатологічним дослідженням отриманих біоптатів, дренажування плевральної порожнини з наступним внутрішньо плевральним введенням лікарських препаратів, активну аспирацію та видалення дренажу, згідно з винаходом, виконують островкову парієтальну плевректомію по всьому гемтораксу, а в апікальній зоні - тотальну, щадячи при цьому медіастино-діафрагмальну поверхню, в плевральну порожнину проводять мікроіригатор для введення лікарських препаратів та аспирації ексудату, після чого ліквідують залишкову плевральну порожнину введенням фібринового клею катетр

Відомо, що апікальна зона парієтальної плеври відповідає за утворення плевральної рідини, а медіастино-діафрагмальна поверхня відповідає за її резорбцію, тому після проведення біопсії патологічно змінених ділянок парієтальної та вісцеральної плеври ми вважаємо за доцільне проведення під контролем ока островкової парієтальної

плевректомії по всьому гемітораку, а в апікальній зоні - тотальної, щадячи при цьому медіастино-діафрагмальну поверхню. Все це призводить до різкого зменшення виділення плеврального випоту та прискорення резорбції лікарських препаратів і патологічного ексудату з плевральної порожнини, а також сприяє максимально скорішій облітерації плевральної порожнини.

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 аналгетиків. Виражений 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, апрогенною речовиною, яка не має тканетоксичної 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, скорочення строків призначення аналгетиків та терміну лікування (а відповідно й розходу лікарських препаратів), зниження кількості рецидивів, зменшення числа ускладнень протягом лікування.

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 (20-40 мл) шкіру, підшкірну клітковину, міжреберні м'язи і виконують пункцію порожнини. Аспірують з неї 20-30 мл вмісту і відправляють на цитологічне дослідження. Це свідчить також про правильний вибір місця для пункції. Для проведення торакоскопії голку видаляють і

через знечуженні тканини проводять троакар в плевральну порожнину. Видаляють стилет троакара, через гільзу аспірують вміст плевральної порожнини, що в свою чергу дозволяє краще розділитися останню. Після цього через гільзу троакара вводять торакоскоп і проводять розсічення внутрішньо плевральних 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 патологічних змінених ділянок. Потім під контролем ока електроножом проводять островкову парієтальну плевректомію по всьому гемітораку, а в апікальній зоні, по можливості, тотальну, щадячи при цьому медіастино-діафрагмальну поверхню. 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. Після чого, в плевральну порожнину проводять мікроіригатор і гільзу троакара видаляють. Через мікроіригатор 2-3 рази на добу вводять лікарські препарати до зупинки ексудації плеврального вмісту, потім максимально аспірують його електроотсосом до повного розправлення легень, вводять фібриновий клей катсіл (0,15 мл), який призводить до міцного миттєвого склеювання плевральних листків і видаляють мікроіригатор.

Для внутрішньо плеврального 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 Д., 44 роки, історія хвороби №235, поступив в клініку торакальної хірургії Інституту фтизіатрії і пульмонології з діагнозом "Лівобічного ексудативного плевриту неясного генезу". До моменту поступлення 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 вдалося. Був направлений до інституту.

При рентгенологічному обстеженні у відділенні в лівій плевральній порожнині було виявлено косий рівень рідини по ходу VII ребра. В той же день була проведена торакоскопія, при якій було аспіровано 500 мл серозного ексудату. Під час проведення торакоскопії термокаутером проведено перепалювання широких лентовидних множинних спайок, які фіксували легень до парієтальної плеври в латеральних та задніх відділах геміторака. Візуально виявлялося деяке змунтнення та огрубіння плевральних листків, а також, наявність множинних "просовидних" висипань, місцями нашарування фібрину. Виконано біопсію змінених ділянок, при цитопатологічному дослідженні біоптатів виявлено прямі ознаки туберкульозного процесу. Плевральна порожнина промита 5% роз-

чином бетадину і процедуру закінчено встановленням широкого гумового дренажу (фіксований до шкіри одним швом) для внутрішньоплеврального введення туберкулопостатиків. Дренаж підключено до активної аспірації.

В ранньому післяопераційному періоді відзначалася значна ексудація (200-300мл за добу), не дивлячись на те, що двічі на добу через дренаж вводили антибіотик (канаміцин 0,5гр), а також призначили 3 пероральних протитуберкульозних препарати. Внутрішньоплевральні введення препаратів проводили двічі на добу протягом 23-х днів. Анагетика призначали протягом 8 днів. Останні дві доби ексудація зменшилася до 5,0мл/добу, що свідчило про зупинку ексудації в плевральну порожнину. На 24-у добу за допомогою електроотсосу аспіровано 5,0мл ексудату і дренаж видалено. Через 7 днів при рентгенологічному контролі було виявлено ознаки осумкування плевральної рідини по задньо-латеральній поверхні гемитораксу. Це в свою чергу потребувало проведення 2-х плевральних пункцій, а також наступного мікродренування залишкової плевральної порожнини з внутрішньоплевральним 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 розправлена, навколо неї виражений спаєчний процес. На 37-му добу від початку лікування хворий виписаний для продовження лікування у фтизіатра за місцем проживання (денний стаціонар).

Оглянутий через 6 міс. Скарг не виказує, працює за фахом. Рентгенологічно визначається плеврогенний цироз нижньої долі лівої легені.

Приклад 2 (за способом, що заявляється). Хворий Ю., 34 роки, історія хвороби № 37, поступив в клініку торакальної хірургії Інституту фтизіатрії і пульмонології з діагнозом "Правобічного ексудативного плеврит неясного генезу". До моменту поступлення в клініку лікувався стаціонарно і амбулаторно - було проведено більше 20 плевральних пункцій, під час яких евакуйовувалося від 100 до 2000мл. 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 V ребра. В той же день була проведена торакоскопія, при якій було аспіровано 700 мл серозного ексудату. Візуально виявлялося деяке змутнення та огрубіння плевральних листків. Останні були без патологічних висипань. При цитологічному обстеженні біоптатів плеври атипічних клітин та ознак специфічного туберкульозного процесу не виявлено, бактерії туберкульозу та вторинна флора при посіві не визначалися.

Під час торакокопії термокаутером проведено перепалювання поодиноких спайок, які фіксували шостий сегмент до парієтальної плеври, що дозволило краще візуально обстежити всю плевральну порожнину і виконати термокаутером тотальну парієтальну плевректомію в апікальній зоні та в двадцяти місцях по латеральним стінкам гемиторакса, щадячи при цьому медиастино-діафрагмальну

поверхню. Проведення даної маніпуляції призвело до зменшення виділення плеврального випоту та прискорення резорбції лікарських препаратів і патологічного ексудату з плевральної порожнини, а крім того в даних місцях утворюються спайки, які сприяють максимально скорішій облітерації плевральної порожнини, що попереджує виникнення рецидиву хвороби.

Плевральна порожнина промита 5% розчином бетадину і в неї через трубку троакару встановлено мікроіригатор, який фіксований до шкіри одним швом. Протягом семи діб через мікроіригатор двічі на добу вводили антибіотик широкого спектру дії (амоксиклав 0,6гр), таким чином було проведено 14 внутрішньоплевральних введень. Анагетика призначали протягом 2 днів. Останні дві доби ексудація зменшилася до 5,0мл/добу, що свідчило про зупинку ексудації в плевральну порожнину. На 8-му добу за допомогою електроотсосу аспіровано 3,0мл ексудату, через мікроіригатор в порожнину введено 0,15мл фібринового клею катіол і мікроіригатор 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 10-у добу від початку лікування хворий виписаний для амбулаторного нагляду.

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

Приклад 3 (за способом, що заявляється). Хворий А., 38 років, історія хвороби №1058, поступив в клініку торакальної хірургії Інституту фтизіатрії і пульмонології з діагнозом "Лівобічний ексудативний плеврит неясного генезу". Лікувався 4 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 VI ребра. У зв'язку з тим, що не вдалося верифікувати діагноз клініко-рентгенологічними та лабораторними дослідженнями, хворому була виконана на другий день перебування в стаціонарі торакоскопія. Аспіровано 1300мл серозного ексудату. Під час проведення торакокопії термокаутером проведено перепалювання широких лентовидних множинних спайок, які фіксували легеню до парієтальної плеври, що дозволило краще візуально обстежити всю плевральну порожнину, в якій виявлялася гіперемія вісцерального та парієтального плевральних листків, наявність множинних "просовидних" висипань, а також місцями нашарування фібрину. Виконано біопсію змінених ділянок, а також за допомогою термокаутера - тотальну парієтальну плевректомію в апікальній зоні та в двадцяти місцях по латеральним стінкам гемиторакса, щадячи при цьому медиастино-діафрагмальну поверхню. Проведення даної маніпуляції призвело до зменшення виділення плеврального випоту та прискорення резорбції лікарських препаратів і патологічного ексудату з плевральної порожнини, а крім того в даних місцях утворюються спайки, які сприяють максимально скорішій облітерації плевральної порожнини, що попереджує виникнення рецидиву

хвороби. При цитогістологічному дослідженні біоптатів виявлено прямі ознаки туберкульозного процесу.

Плевральна порожнина промита 5% розчином бетадіну і в неї через трубку троакару встановлено мікроіригатор, який фіксований до шкіри одним швом. Протягом десяти діб через мікроіригатор двічі на добу вводили антибіотик-туберкулостатик (канаміцин 0,5гр), таким чином було проведено 20 внутрішньо плевральних введень. Аналгетики призначали протягом 2 днів. Останні дві доби ексудація зменшилася до 3,0мл/добу, що свідчило про зупинку ексудації в плевральну порожнину. На 10-ту добу за допомогою електроотсоса аспіровано 2,0мл ексудату, через мікроіригатор в порожнину введено 0,15мл фібринового клею катсіл і мікроіригатор видалено. При рентгенологічному обстеженні даних за наявність рідини в порожнині не виявлено, легеня повністю розправлені, патологічних змін в легенях не виявлено, в нижніх відділах порожнини плевральні нашарування. На 12-у добу від початку лікування хворий виписаний для продовження лікування у фтизіатра за місцем проживання (денний стаціонар).

Оглянутий через 7 міс. Скарг не вказує, працює за фахом. Рентгенологічно визначаються лише плевральні нашарування.

Приклад 4 (за способом, що заявляється). Хвора Т., 42 років, історія хвороби № 838, поступила в відділення торакальної хірургії Інституту фтизіатрії і пульмонології з діагнозом "Правобічний ексудативний плеврит неясного генезу". Лікувалася 3,5 місяці в терапевтичному відділенні за місцем проживання, де виконувалися плевральні пункції, при яких отримували серозно-геморагічний ексудат від 500 до 1500мл. Цитологічне обстеження плевальної 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 правій плевральній порожнині визначалася вільна рідина в нижніх відділах правого гемиторакса. У зв'язку з неінформативністю та неефективністю пункційного методу хворий була виконана на другий день перебування в стаціонарі торакоскопія, під час якої було аспіровано 1650мл серозно-геморагічного ексудату. Під час проведення торакоскопії термокаутером було виконано перепалювання єдиної широкої лентовидної спайки, яка фіксувала легеню до парієтальної плеври по задньо-латеральній поверхні гемиторакса. Візуально було встановлено, що парієтальна плевра потовщена на всьому протязі,

бугриста, сірового кольору. На парієтальному та висцеральному плевральних листках нальоти фібрину, ін'єксовані судини. Виконано біопсію обох плевральних листків, а також за допомогою термокаутера - тотальну парієтальну плевректомію в апікальній зоні та в двадцяти місцях по латеральним стінкам гемиторакса, щадячи при цьому медіастино-діафрагмальну поверхню. Проведення даної маніпуляції призвело до зменшення виділення плевального випоту та прискорення резорбції лікарських препаратів і патологічного ексудату з плевальної порожнини, а крім того в даних місцях утворюються спайки, які сприяють максимально скорішій облітерації плевальної порожнини, що попереджує виникнення рецидиву хвороби. При цитогістологічному дослідженні біоптатів виявлено елементи епітеліоїдної мезотеліоми.

Плевральна порожнина промита 5% розчином бетадіну і в неї через трубку троакару встановлено мікроіригатор, який фіксований до шкіри одним швом. Протягом восьми діб через мікроіригатор двічі на добу вводили антибіотик широкого спектру дії (цефазолін 0,5гр) та цитостатик (циклофосфан 0,2гр), таким чином за цей термін було проведено 16 внутрішньо плевральних введень. Аналгетики призначали протягом 3 днів. Останні дві доби ексудація зменшилася до 5,0мл/добу, що свідчило про зупинку ексудації в плевральну порожнину. На 9-ту добу за допомогою електроотсоса аспіровано 3,0мл ексудату, через мікроіригатор в порожнину введено 0,15мл фібринового клею катсіл і мікроіригатор видалено. При рентгенологічному обстеженні даних за наявність рідини в порожнині не виявлено, легеня повністю розправлені, патологічних змін в легенях не виявлено, в нижніх відділах порожнини плевральні нашарування. На 11-у добу від початку лікування, після консультації пацієнтки в інституті онкології та радіології, вона була виписана для отримання симптоматичної терапії під наглядом онколога за місцем проживання.

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

Запропонований спосіб лікування ексудативного плевриту був використаний у 10 хворих, контрольну групу склали 15 хворих, які лікувалися за способом-прототипом. Результати наведено в таблиці.

Зрівняльна оцінка ефективності лікування ексудативного плевриту

№ п/п	Клінічні показники	Спосіб лікування	
		Спосіб, що заявляється (10 хворих)	Прототип (15 хворих)
1	Строки лікування (в днях)	7-11	25-36
2	Необхідність призначати аналгетики (в днях)	2-3	5-10
3	Рецидив плевриту	0	4 (26,6 %)
4	Ускладнення лікування (нагноєння ексудату)	0	2 (13,3%)
5	Кількість вилікуваних хворих	10 (100%)	11 (73,3%)

Таким чином, в порівнянні із прототипом, спосіб, що заявляється, дозволяє

11

61675

12

- підвищити результативність лікування з 73,3% до 100% (способом лікування, що заявляється, випікувані всі хворі),
- скоротити строки лікування на 18-25 днів, а відповідно й розход лікарських препаратів,
- скоротити строки призначення аналгетиків на 3-7 днів,

- попередити виникнення ускладнень, рецидивів та хронізації хвороби

Спосіб лікування, що заявляється, простий і може бути виконаний в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою торакоскопії