



УКРАЇНА

(19) UA (11) 66029 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 1/267 (2006.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ДВОБІЧНОГО ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗУ

1

(21) u201105547

(22) 04.05.2011

(24) 26.12.2011

(46) 26.12.2011, Бюл.№ 24, 2011 р.

(72) ФЕЩЕНКО ЮРІЙ ІВАНОВИЧ, МЕЛЬНИК ВАСИЛЬ МИХАЙЛОВИЧ, ОПАНАСЕНКО МИКОЛА СТЕПАНОВИЧ, СІРИК ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, БИЧКОВСЬКИЙ ВІКТОР БОРИСОВИЧ, КОНІК БОГДАН МИКОЛАЙОВИЧ, ТЕРЕЩЕНКО ОЛЕКСАНДР ВОЛОДИМИРОВИЧ, КАЛЕНІЧЕНКО МАКСИМ ІВАНОВИЧ, ЛЕВАНДА ЛАРИСА ІВАНІВНА, ОБРЕМСЬКА ОКСАНА КАЗИМИРІВНА

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

(57) Спосіб лікування двобічного плеврального випоту неясного генезу, який включає виконання двобічної біопсії плеври, діагностично-лікувальної

2

фібробронхоскопії, проведення відеоторакоскопії, а також дренування обох плевральних порожнин, який **відрізняється** тим, що в день госпіталізації хворого проводять дренування обох плевральних порожнин дренажами "Блейк" з біопсією плеври, застосовують спіральну комп'ютерну томографію, накладають діагностичний пневмоторакс зі сторони більшого ураження, а наступного дня виконують фібробронхоскопію з біопсією слизової трахеобронхіального дерева та аспірацією патологічного вмісту, як перед проведенням, так і в кінці відеоторакоскопії, що виконують на стороні більшого ураження, під візуальним контролем розташовують дренажі "Блейк" в оптимальній зоні, відразу після завершення операції дренажі підключають до активної аспірації, а в кінці операції і щодня виконують міжреберну блокаду в місці розташування дренажів та внутрішньо плевральне введення місцевого анестетику наропіну.

Корисна модель належить до медицини, а саме до пульмонології, торакальної хірургії, фтизіатрії, онкології, кардіології, терапії, педіатрії і може бути використана в клінічній практиці при лікуванні двобічних плевральних випотів неясного генезу.

Характерною рисою сучасної медицини є зростання рівня плевральних випотів неясного генезу. При цьому необхідно відмітити зростання рівня випадків двобічних плевральних випотів, що супроводжуються важким перебігом, тенденцією до хронізації та рецидиву процесу, підвищенням рівня інвалідизації та летальності.

Лікування двобічних плевральних випотів неясного 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.

Значна кількість авторів використовує для лікування двобічного плеврального випоту неясного генезу двобічне дренування плевральної порож-

нини з активною аспірацією та введенням препаратів інтраплеврально [див. Fukunaga M. Bilateral pleural effusion following cervical abscess drainage: a case report [Text] / M. Fukunaga [et al.] // Kurume Medical Journal. - 2000. - Vol. 47, № 2. - P. 239-241.].

Основними недоліками даного способу є:

в значному проценті випадків важко або неможливо 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 спайкового процесу, що призводить до фрагментації порожнини і робить дренування малоефективним;

в ряді випадків дану маніпуляцію виконати неможливо (невеликий розмір плевральної порожнини, або розташування її в міждольовій борозні та зоні "А");

(13) U

(11) 66029

(19) UA

при виконанні даної методики не використовуються ефективні засоби ліквідації больового синдрому в післяопераційному періоді;

використання звичайних гумових дренажів призводить до повільного спинення ексудації, збільшення строків лікування та хронізації процесу.

Існує спосіб лікування двобічного плеврального випоту неясного ґенезу, що включає виконання двобічної біопсії плеври, через день - діагностично-лікувальної фіброbronхоскопії, а через 5 днів проведення відеоторакоскопії (з однієї сторони з біопсією плеври), а також проведення дренування обох плевральних порожнин [див. Morrone N. Bilateral pleural effusion due to mediastinal fibrosis induced by radiotherapy (Text) / N. Morrone [et al.] // Chest. - 1993. - Vol. 104, № 10. - P. 1276-1278.].

Проте даний спосіб має такі суттєві недоліки:

проведення дренування обох плевральних порожнин лише після відеоторакоскопії не дозволяє радикально зменшити дихальну недостатність у хворого внаслідок наявності двобічного випоту;

не забезпечуються оптимальні умови для проведення відеоторакоскопії;

відеоторакоскопію проводять на тлі існування двобічного плеврального випоту, що може приводити до значної дихальної недостатності як під час операції, так і після неї;

застосування найбільш інформативного методу - відеоторакоскопії - відстрочене у часі, що призводить до збільшення кошторису на лікування;

не застосовується активна аспірація, що може приводити до виникнення фрагментації порожнини, а також сприяти збільшенню терміну припинення ексудації;

протягом виконання даної методики не використовуються ефективні засоби ліквідації больового синдрому в післяопераційному періоді;

використання звичайних гумових дренажів призводить до повільного спинення ексудації, збільшення строків лікування та хронізації процесу.

В основу корисної моделі поставлена задача удосконалити спосіб лікування двобічного плеврального випоту неясного ґенезу, в якому в день госпіталізації хворого проводять дренування обох плевральних порожнин дренажами "Блейк" з біопсією плеври, застосовують спіральну комп'ютерну томографію, накладають діагностичний пневмоторакс зі сторони більшого ураження і наявності спайкового процесу, а наступного дня виконують фіброbronхоскопію з біопсією слизової трахеобронхіального дерева та аспірацією патологічного вмісту, як перед проведенням, так і в кінці відеоторакоскопії, що виконують на стороні більшого ураження, під візуальним контролем розташовують дренажі "Блейк" в оптимальній зоні, відразу після завершення операції дренажі підключають до активної аспірації, а в кінці операції і щодня виконують міжреберну блокаду в місці розташування дренажів та внутрішньоплевральне введення місцевого анестетику наропіну, що дозволяє досягти підвищення ефективності лікування за рахунок скорочення строків лікування, зменшення частоти ускладнень, виникнення рецидивів та хронізації процесу.

Поставлена задача вирішується тим, що у спосіб лікування двобічного плеврального випоту неясного ґенезу, який включає виконання двобічної біопсії плеври, діагностично-лікувальної фіброbronхоскопії, проведення відеоторакоскопії, а також дренування обох плевральних порожнин, згідно з корисною моделлю, в день госпіталізації хворому проводять дренування обох плевральних порожнин дренажами "Блейк" з біопсією плеври, застосовують спіральну комп'ютерну томографію, накладають діагностичний пневмоторакс зі сторони більшого ураження, а наступного дня виконують фіброbronхоскопію з біопсією слизової трахеобронхіального дерева та аспірацією патологічного вмісту, як перед проведенням, так і в кінці відеоторакоскопії, що виконують на стороні більшого ураження, під візуальним контролем розташовують дренажі "Блейк" в оптимальній зоні, відразу після завершення операції дренажі підключають до активної аспірації, а в кінці операції і щодня виконують міжреберну блокаду в місці розташування дренажів та внутрішньоплевральне введення місцевого анестетику наропіну.

Відомо використання дренування для лікування плеврального випоту. У способі-прототипі автори проводять двобічну біопсію парієтальної плеври, і лише на 7-му добу застосовують дренування плевральних порожнин. Нами, навпаки, використовується одномоментне дренування обох плевральних порожнин з біопсією плеври. Застосування двобічного дренування дозволяє зразу знизити прояви дихальної недостатності внаслідок наявності двобічного випоту. Крім того, дана міра в поєднанні з наступною спіральною комп'ютерною томографією дозволяє точніше виявити фрагментацію плевральних порожнин і можливі особливості проведення відеоторакоскопії. Внаслідок дихальної недостатності, проведення відеоторакоскопії при наявності двобічного випоту може бути небезпечним для хворого. Дані недоліки враховані нами у способі, що пропонується, оскільки відеоторакоскопію проводять лише після двобічного дренування і зникнення дихальної недостатності.

Дренування плевральної порожнини звичайним гумовим дренажем малоефективне внаслідок того, що він дуже часто забивається згустками фібрину, які обов'язково виникають при даному виді патології. А це, в свою чергу, веде до виникнення осумкувань, які треба дренувати окремими дренажами, а сам ексудат може нагноюватися, що, в свою чергу, призводить до виникнення емпієми плеври. Тому, для запобігання даних негативних явищ, плевральну порожнину дренують дренажем "Блейк", який має внутрішню дренуючу поверхню в 25 разів більше від традиційного дренажу та має гіпоалергенні властивості, в результаті чого досягається швидке припинення ексудації, попередження виникнення осумкувань і алергічних реакцій.

Відомо використання комп'ютерної томографії при хворобах органів дихання. На сьогодні спіральна комп'ютерна томографія (СКТ) фактично є золотим стандартом обстеження при різній патології органів грудної порожнини. Окрім того, СКТ має багато беззаперечних переваг - неінвазив-

ність, можливість одночасної візуалізації кісткових і м'якотканинних структур, а також дозволяє визначити положення точки в різних проекціях, що принципово важливо для просторової орієнтації при виборі відеоторакоскопічного доступу. Крім того, застосування СКТ саме в поєднанні з діагностичним пневмотораксом значно підвищує можливість ретельного визначення місця для проникнення в вільній зоні в плевральну порожнину. Особливо це важливо при наявності значної кількості плевральних зрощень в плевральній порожнині, наявності залишкових плевральних порожнин по передній або задній поверхні легені, коли використання традиційної рентгенографії, а також стандартних місць вводу торакопортів приводять до значної кількості випадків поранення легені, виникнення кровотечі і навіть летальних випадків. Таким чином, застосування СКТ в поєднанні з діагностичним пневмотораксом дозволяють в передопераційному періоді максимально врахувати індивідуальні особливості пацієнта і клінічної ситуації, прогнозувати можливі технічні складності шляхом з'ясування об'єму робочого простору і зони оперативного огляду. Крім того, дане діагностичне обстеження виконують в перший день госпіталізації, таким чином не затягуючи процес встановлення діагнозу.

Відомо використання пневмотораксу з лікувальною метою у фтизіатрії для забезпечення оптимальних умов загоєння легеневої деструкції або визначення плевральних злук. При наявності плевральних злук, які стоять на заваді утворення монопорожнини в плевральній порожнині, послідовно виконують їх діатермокоагуляцію. Тому, нами вирішено за доцільне застосовувати дану маніпуляцію для визначення локалізації плевральних злук або їх відсутності в плевральній порожнині. Це дозволяє визначити місце вводу першого торакопорту і зменшити рівень травматизації легені при даній маніпуляції, а також забезпечити подальше безпечне маніпулювання в плевральній порожнині, покращити візуалізацію зони операції (відсутність дзеркального ефекту - плутається права і ліва сторони) і перехресту інструментів в полі зору. При чому нами накладається діагностичний пневмоторакс зі сторони більшого ураження і наявності спайкового процесу, що, в свою чергу, дозволяє виявити особливості фрагментації плевральної порожнини зі сторони більшого проявлення плевральних злук.

Відомо використання фібробронхоскопії з лікувально-діагностичною метою при хворобах органів дихання. Проте проведення фібробронхоскопії на тлі існування двобічного плеврального випоту достатньо важко переноситься хворими внаслідок наявності дихальної недостатності, що, в свою чергу, обмежує проведення бронхоскопії у часі, а також приводить до зниження її діагностичної цінності. Крім того, внаслідок компресії плевральним випотом обох легень, в останніх накопичується патологічне харкотиння, яке збільшує дихальну недостатність, стає основою формування застійних пневмоній, а також стає на заваді безпечного проведення фібробронхоскопії. Тому застосування фібробронхоскопії лише після дренування обох

плевральних порожнин, як перед виконанням, так і в кінці відеоторакоскопії призводить до підвищення лікувально-діагностичної цінності самої фібробронхоскопії, а також забезпечує комфортні умови проведення відеоторакоскопії, як для пацієнта так і для лікаря, і значно зменшує рівень ускладнень в післяопераційному періоді.

Відомо використання відеоторакоскопії для діагностики та лікування плеврального випоту різного ґенезу. Нами відеоторакоскопія застосовується на стороні більшого ураження і наявності плевральних злук. Особливо важливим є той факт, що в кінці відеоторакоскопії під візуальним контролем дренажі "Блейк" розташовують в оптимальній зоні. Дана міра сприяє швидкому припиненню ексудації на стороні більшого ураження, що, в свою чергу, дозволяє досягти швидкого одужання хворого в цілому, попередити виникнення ускладнень і хронізації хвороби. На відміну від способу-прототипу, відеоторакоскопію проводять на другий день госпіталізації, що дозволяє не тільки прискорити діагностику етіології хвороби, але і досягти більш швидкого одужання пацієнта. Відомо, що раннє підключення дренажів до аспірації веде до значного зниження рівня респіраторних ускладнень після операції на легенях і плеврі, бо відомо, що проведення штучної вентиляції легень не забезпечує достатньо швидкого розправлення легень в ранньому післяопераційному періоді. Тому, з метою зменшення рівня респіраторних і гнійно-запальних ускладнень, проводять підключення дренажів до аспірації зразу після завершення операції, що дозволяє швидко досягти розправлення легені і видалити залишки патологічного плеврального вмісту із плевральної порожнини.

Внаслідок травматичності відеоторакоскопії, особливо при фрагментації плевральної порожнини, і наявності дренажів з обох сторін, у хворого виникає виражений больовий синдром, який може викликати значну дихальну недостатність і вимагати призначення сильних місцевих та загальних анальгетиків. Виражений больовий синдром заважає ранній активізації хворого, що призводить до погіршення результатів лікування. А враховуючи той факт, що плевра має дуже гарну іннервацію, в багатьох випадках саме дренаж, а не операційна рана, викликає виражений больовий синдром. Тому, з метою профілактики больового синдрому в кінці операції і щодня застосовують міжреберну блокаду в місці розташування дренажу та внутрішньоплевральне введення місцевого анестетика наропіну.

Відомо використання анестетиків (новокаїну, тримекаїну, лідокаїну, бупівікаїну та наропіну) з метою місцевої анестезії. Особливе значення має той факт, що останні 2 препарати мають пролонговану дію і їх достатньо використовувати 1 раз на день. Проте наропін приблизно на 40 % менш кардіотоксичний і на 30 % менш нейротоксичний ніж бупівікаїн. При чому 10-кратне збільшення його концентрації суттєво не посилює кардіотоксичний ефект. Крім того, при використанні наропіну в низькій концентрації - від 0,2 % і нижче - він в більшій мірі блокує сенсорні, ніж моторні нервові волокна, в т. ч. забезпечує анальгезію без обмеження рух-

ливої активності пацієнта, тому нами використовується саме наркопін. В способі, що заявляється, використовують лише місцеве і внутрішньоплевральне введення наркопіну, що забезпечує виражений місцевий знеболюючий ефект, при відсутності системної дії препарату на весь організм.

Спосіб виконують таким чином.

В день поступлення хворого в стаціонар з двобічним плевральним випотом неясного ґенезу виконують дренування обох плевральних порожнин дренажами "Блейк" з біопсією плеври, далі застосовують спіральну комп'ютерну томографію, визначаючи при цьому сторону більшого ураження і наявність спайкового процесу, на якій накладають діагностичний пневмоторакс. Наступного дня застосовують відеоторакоскопію, але перед її початком і в кінці останньої виконують фібробронхоскопію з біопсією слизової трахеобронхіального дерева та аспірацією патологічного вмісту. Під візуальним контролем розташовують дренажі "Блейк" в оптимальній зоні, відразу після завершення відеоторакоскопії дренажі підключають до активної аспірації, а в кінці операції і щодня виконують міжреберну блокаду в місці розташування дренажів та внутрішньоплевральне введення місцевого анестетику наркопіну.

Також проводять щоденне введення лікарських препаратів в плевральні порожнини, активну аспірацію до зупинки ексудації плевального вмісту та видалення дренажів.

Для внутрішньопорожнинного введення використовують антибіотики широкого спектра дії (відповідно до результатів посіву рідини та біоптатів) при неспецифічному, кардіогенному та онкологічному плевриті (при останньому додаючи також цитостатики), при туберкульозному - туберкулостатики, а при системному враженні - глюкокортикостероїди відповідно.

Наводимо конкретні приклади здійснення способу.

Приклад 1 (за способом, що заявляється).

Хворий Л., 29 років, історія хвороби № 1590, був прийнятий у хірургічне відділення Херсонського обласного протитуберкульозного диспансеру з діагнозом "Двобічний плевральний випіт неясного ґенезу, дихальна недостатність II ступеня". Лікувався 3 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 V ребра, в правій плевральній порожнині - наявність рідини над діафрагмою у невеликій кількості.

В день прийняття хворого в стаціонар йому було виконано дренування обох плевральних порожнин дренажами "Блейк" з біопсією плеври. При цьому з лівої плевральної порожнини виділилося 1800 мл мутнуватої серозної ексудату, а з правої - 270 мл відповідно. Цитологічне дослідження біоптатів не дозволяло встановити конкретний діагноз. Через одну годину після дренування обох плевральних порожнин явища дихальної недостатності зникли, хворого турбував лише помірний біль в області розташування дренажів.

В той же день хворому була виконана спіральна комп'ютерна томографія, завдяки якій було визначено, що в лівій плевральній порожнині є явища фрагментації порожнини з наявністю великої кількості фібринових перетинок. Залишкова плевральна порожнина справа після проведення дренування не визначалася, даних за наявність плевральних злук не отримано. Таким чином, після отримання даних спіральної комп'ютерної томографії, було встановлено, що ліва плевральна порожнина є стороною більшого ураження і наявності спайкового процесу. Зліва було накладено діагностичний пневмоторакс і визначені місця встановлення торакопортів.

Наступного дня хворому була проведена відеоторакоскопія. Але перед її початком була виконана фібробронхоскопія з біопсією слизової трахеобронхіального дерева та аспірацією патологічного вмісту. Було аспіровано велику кількість серозно-гнійного харкотиння, після якого на слизовій визначалися пігментні плями, які є непрямими ознаками специфічного процесу. При проведенні відеоторакоскопії було виявлено велику кількість фібринозних спайок, які ділили плевральну порожнину на велику кількість дрібних порожнин, що містили мутнуватої серозний ексудат з тенденцією до нагноєння. Було проведено руйнування цих перетинок і видалення фібринозних мас з ексудатом. При цьому на парієтальній плеврі визначалася просовидна дисемінація, яка передбачала специфічне туберкульозне враження. При цитогістологічному дослідженні плевральних біоптатів було отримано висновок - туберкульоз плеври. Після утворення монопорожнини під візуальним контролем розташували дренажі "Блейк" в оптимальній зоні. В кінці відеоторакоскопії провели повторну фібробронхоскопію, при якій аспірували залишки бронхіального харкотиння, яке з'явилося внаслідок маніпуляції з легенею. Відразу після завершення відеоторакоскопії дренажі підключили до активної аспірації. При цьому було відмічено повний герметизм в плевральній порожнині, а в кінці операції виконали міжреберну блокаду в місці розташування дренажів та внутрішньоплевральне введення місцевого анестетику наркопіну.

Протягом 5-ти діб через дренажі двічі на добу вводили антибіотик-туберкулостатик (канаміцин в дозі 0,5 гр), таким чином було проведено 10 внутрішньоплевральних введенень. Також щодня виконували міжреберну блокаду в місці розташування дренажів та внутрішньоплевральне введення місцевого анестетику наркопіну. Системні анальгетики взагалі не призначали. Останні дві доби ексудація зменшилася до 15,0 мл/добу, що свідчило про зупинку ексудації в плевральні порожнини. На 6-ту добу за допомогою електровідсмоктувача аспіровано 20,0 мл ексудату і дренажі було видалено. При рентгенологічному обстеженні даних за наявність рідини в плевральних порожнинах не виявлено, легені повністю розправлені, патологічних змін в легенях не виявлено, в нижніх відділах лівої плевральної порожнини плевральні нашарування. На 7-у 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 визначаються лише незначні плевральні нашарування зліва.

Приклад 2 (за способом, що заявляється).

Хвора Ю., 38 років, історія хвороби № 2104, була прийнята у хірургічне відділення Херсонського обласного протитуберкульозного диспансеру з діагнозом "Двобічний плевральний випіт неясного ґенезу, дихальна недостатність II ступеня". Лікувалася 3,5 місяці в терапевтичному відділенні за місцем проживання без значного клінічного ефекту. При рентгенологічному обстеженні у відділенні в лівій плевральній порожнині було виявлено рівень рідини по ходу II ребра, в правій плевральній порожнині - косий рівень рідини по ходу VII ребра.

В день прийняття хворої в стаціонар було виконано дренування обох плевральних порожнин дренажами "Блейк" з біопсією плеври. При цьому з лівої плевральної порожнини виділилося 2500 мл серозно-геморагічного ексудату, а з правої – 450 мл відповідно. Цитологічне дослідження біоптатів не дозволяло встановити конкретний діагноз. Через дві години після дренування обох плевральних порожнин явища дихальної недостатності зникли, хвору турбував лише помірний біль в області розташування дренажів.

В той же день хворій була виконана спіральна комп'ютерна томографія, завдяки якій було визначено, що в лівій плевральній порожнині намічаються явища фрагментації порожнини з наявністю невеликої кількості фібринових перетинок; права плевральна порожнина - даних за наявність рідини не отримано, сама порожнина без ознак фрагментації. Таким чином, після отримання даних спіральної комп'ютерної томографії, було встановлено, що ліва плевральна порожнина є стороною більшого ураження і наявності спайкового процесу. Зліва було накладено діагностичний пневмоторакс і визначені місця встановлення торакопортів.

Наступного дня хворій була проведена відеоторакоскопія. Але перед її початком була виконана фіброbronхоскопія з біопсією слизової трахеобронхіального дерева та аспірацією патологічного вмісту. Було аспіровано значну кількість серозного харкотиння, наявність якого було обумовлено попередньою компресією легеневої тканини плевральним випотом. Ендоскопічна картина відповідала дифузному ендобронхіту I ступеня. При проведенні відеоторакоскопії було виявлено помірну кількість фібринозних спайок, які ділили плевральну порожнину на кілька кишень, що вміщували сероз-

но-геморагічний ексудат. Було проведено руйнування цих перетинок і видалення фібринозних мас з ексудатом. При цьому на парієтальній плеврі визначалося збільшення кількості судин та явища затухаючого запалення. При цитогістологічному дослідженні плевральних біоптатів було отримано висновок - системне враження сполучної тканини, колагеноз. Після утворення монопорожнини під візуальним контролем розташували дренажі "Блейк" в оптимальній зоні. В кінці відеоторакоскопії провели повторну фіброbronхоскопію, при якій аспірували залишки бронхіального харкотиння, яке появилось внаслідок маніпуляції з легенею. Відразу після завершення відеоторакоскопії дренажі підключили до активної аспірації. При цьому було відмічено повний герметизм в плевральній порожнині, а в кінці операції виконали міжреберну блокаду в місці розташування дренажів та внутрішньоплевральне введення місцевого анестетику наропіну.

Протягом 4-х діб через дренажі двічі на добу вводили антибіотик широкого спектра дії (цефазолін 0,5 гр) та гормон-кортикостероїд (преднізолон 30 мг), таким чином було проведено 8 внутрішньоплевральних введенень. Також щодня виконували міжреберну блокаду в місці розташування дренажів та внутрішньоплевральне введення місцевого анестетику наропіну. Системні анальгетики взагалі не призначали. Останні дві доби ексудація зменшилася до 20,0 мл/добу, що свідчило про зупинку ексудації в плевральні порожнини. На 5-ту добу за допомогою електровідсмоктувача аспіровано 10,0 мл ексудату і дренажі було видалено. При рентгенологічному обстеженні даних за наявність рідини в плевральних порожнинах не виявлено, легені повністю розправлені, патологічних змін в легенях не виявлено, в нижніх відділах лівої плевральної порожнини незначні плевральні нашарування. На 6-у добу від початку лікування хвора виписана для продовження лікування у ревматолога за місцем проживання.

Оглянута через 4 міс. Продовжує курс підтримуючої гормонотерапії. Скарг не виказує, працює за фахом. Рентгенологічно визначаються лише незначні плевральні нашарування зліва.

Запропонований спосіб лікування двобічного плеврального випоту неясного ґенезу був використаний у 23 хворих, контрольну групу склали 11 хворих, які лікувалися за способом-прототипом (літературні дані). Результати наведено в таблиці.

Таблиця

Зрівняльна оцінка ефективності 2-х способів лікування двобічного плеврального випоту неясного ґенезу

№№ п/п	Клінічні показники	Спосіб лікування	
		Спосіб, що заявляється (23 хворих)	Прототип (11 хворих)
1.	Строки лікування (в днях)	6-23	12-47
2.	Необхідність призначати системні анальгетики (в днях)	0-2	4-23
3.	Рецидив плевриту	1 (4,3 %)	3 (27,2 %)
4.	Ускладнення	1 (4,3 %)	4 (36,3 %)
5.	Хронізація хвороби	1 (4,3 %)	2(18,1%)
6.	Кількість вилікуваних хворих	21 (91,3 %)	6 (54,5 %)

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

підвищити ефективність лікування з 54,5 % до 91,3 %;

скоротити строки лікування на 6-24 дні, а відповідно й витрата лікарських препаратів;

скоротити строки призначення системних анальгетиків на 4-21 день;

зменшити частоту ускладнень з 36,3 % до 4,3 %;

зменшити частоту рецидивів хвороби з 27,2 % до 4,3 %;

зменшити частоту хронізації хвороби з 18,1 % до 4,3 %.

Спосіб лікування, що заявляється, досить безпечний, нескладний у виконанні і може бути виконаний в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою відеоторакоскопії.