



УКРАЇНА

(19) UA (11) 75803 (13) C2

(51) МПК (2006)
A61M 27/00
A61K 33/14
A61K 31/664
A61K 33/04
A61P 31/00МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ НА ВИНАХІД

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ МІЖДОЛЬОВОГО ЕКСУДАТИВНОГО ПЛЕВРИТУ

1

(21) 20040807028

(22) 25.08.2004

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

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

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

(56) Большая медицинская энциклопедия. Гл. ред. Б.В. Петровский. Изд. третье. т.19. М.: "Советская энциклопедия", 1982 - с. 416-430

Семенов Ю.Л., Горбулин А.Е. Плевриты. - Киев: Здоров'я, 1983. - с. 59-67

SU A1 1517950 30.10.1989

RU C1 2071330 10.01.1997

2

RU C1 2145196 10.02.2000

RU C1 2239437 10.01.2004

US A 5312331 17.05.1994

(57) Спосіб лікування міждольового ексудативного плевриту, що включає проведення плевральної пункції, аспірацію ексудату з подальшим введенням лікарських препаратів, який відрізняється тим, що виконують мікродренування міждольових просторів в горизонтальній та косій міждольових борознах, аспірують весь ексудат, проводять обробку стінок міждольового простору 10% гіпертонічним розчином натрію хлориду, підігрітим до 42 °С з додаванням циклофосфану та виконують плевродез розчином тальку, після чого вводять лікарські препарати в мікроіригатори до зупинки ексудатії плеврального вмісту.

Винахід відноситься до медицини, а саме до торакальної хірургії, пульмонології, онкології, кардіології, фтизіатрії, терапії, педіатрії і може бути використаний в клінічній практиці при лікуванні міждольового ексудативного плевриту.

Характерною рисою сучасної медицини є зростання рівня ексудативних плевритів різного генезу. При чому відмічається значне зростання кількості випадків ексудативних плевритів з важким перебігом, тенденцією до хронізації та рецидиву процесу, підвищенням рівня інвалідизації та летальності.

Лікування ексудативних плевритів різної етіології є досить складною задачею, особливо у онкологічних хворих, пацієнтів з вираженою супутньою кардіогенною та нирковою 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 плев-

риту шляхом проведення пункції плевральної порожнини з послідовним дренуванням плевральної порожнини, внутрішньоплеврального введення лікарських препаратів, активної аспірації плеврального вмісту та видалення дренажу [див. Mathur P.N. Therapeutic local procedures: chest tubes and therapeutic thoracocentesis. // Pleural diseases (European respiratory monograph). 2002. Vol 7 (monograph 22). - P. 297-310].

Основними недоліками даного способу є:

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

- використання даної методики неможливе при невеликих обмежених та міждольових плевритах, внаслідок неможливості виконання або дуже високого ризику поранення легені при проведенні дренування;

- неможливість використання даної методики у термінальних або важко хворих (порушення

(13) C2

(11) 75803

(19) UA

вітальних функцій) пацієнтів;

- неможливість використання даної методики у пацієнтів з коагулопатіями, внаслідок значної травми і високого ризику поранення судин та виникнення неконтрольованої кровотечі;

- дана методика носить пасивний характер внаслідок того, що не ліквідується зона відповідна за утворення рідини, а лише проводиться аспірація плеврального вмісту; що в свою чергу веде до збільшення строків лікування та хронізації процесу;

- використання при даному способі широких дренажів (що неможливо при міждольових плевритах) призводить до повільного припинення ексудації, збільшення строків лікування та хронізації процесу;

- певну кількість серйозних ускладнень (травма легені, кровотеча, газова емболія, підшкіряна емфізема) та навіть летальність;

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

Відомий спосіб лікування міждольового ексудативного плевриту шляхом пункції плевральної порожнини, аспірації рідини і внутрішньоплеврального введення лікарських препаратів (сумішів), в основному антибіотиків, кортикостероїдів, протитуберкульозних препаратів, дімексиду [див. Quigley R.L. Thoracocentesis and chest tube drainage // Crit.Care Clin. - 1995. - Vol. 11, N 2. - P. 111-126].

Суттєвими недоліками даного методу є:

- необхідність виконувати болючі багаторазові плевральні пункції і високий ризик виникнення при повторних пункціях травматичного пневмотораксу і гемотораксу (особливо високий ризик при міждольових плевритах, внаслідок близького розташування крупних судин и великої кількості легеневої тканини), ліквідація яких має певний рівень ускладнень та навіть летальності;

- дана методика носить пасивний характер внаслідок того, що не ліквідується зона відповідна за утворення рідини, а лише проводиться аспірація плеврального вмісту; що в свою чергу веде до збільшення строків лікування та хронізації процесу;

- при даному способі лікування плевриту низький процент вилікування хвороби, бо дана лікувальна тактика малоактивна і направлена на спонтанне ізлікування під впливом лікарських препаратів;

- тривалість лікування досить велика (приблизно 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.

В основу винаходу поставлена задача створення способу лікування міждольового ексудативного плевриту, в якому шляхом застосування комплексу лікувальних заходів: мікродренування

міждольових просторів в горизонтальній та косій міждольовій борознах, аспірації всього ексудату, проведення обробки стінок міждольового простору 10% гіпертонічним розчином натрію хлориду, підігрітим до 42°C з додаванням циклофосфану та наступним плевродезом розчином тальку, введенням лікарських препаратів в мікроіригатори до зупинки ексудації плеврального вмісту, досягається підвищення ефективності лікування за рахунок скорочення строків лікування, попередження виникнення ускладнень, рецидивів та хронізації процесу.

Поставлена задача вирішується тим, що у способі лікування міждольового ексудативного плевриту, який включає проведення плевральної пункції, аспірацію ексудату з послідовним введенням лікарських препаратів, згідно з винаходом, виконують мікродренування міждольових просторів в горизонтальній та косій міждольовій борознах, аспірують весь ексудат, проводять обробку стінок міждольового простору 10% гіпертонічним розчином натрію хлориду, підігрітим до 42°C з додаванням циклофосфану та виконують плевродез розчином тальку, після чого вводять лікарські препарати в мікроіригатори до зупинки ексудації плеврального вмісту.

Проведення повторних плевральних пункцій при міждольовому плевриті (інтрапульмональна локалізація рідини) дуже небезпечно, враховуючи рухи легені при диханні, а також наявність рідини в зоні розташування крупних судин (високий ризик виникнення пневмотораксу та гемотораксу). А ліквідація останніх має певний рівень ускладнень та летальності. При плевральній пункції неможливо тотально аспірувати весь ексудат, а це є основою створення ідеальних умов для облітерації порожнини та ізлікування плевриту. Крім того, дана маніпуляція при її повторному застосуванні і зменшенні кількості рідини дуже технічно складна у виконанні, болюча и важко переноситься хворими.

Проведення мікродренування обох порожнин окремими мікроіригаторами (в горизонтальній і косій міждольових борознах відповідно) дозволяє не тільки виконати тотальну аспірацію всього ексудату, але й провести обробку всіх стінок міждольового простору 10% гіпертонічним розчином натрію хлориду з додаванням циклофосфану та виконати плевродез розчином тальку, вводити лікарські препарати в мікроіригатори до зупинки ексудації плеврального вмісту. Видалення рідини та проведення плевродезу по одному дренажу, який в більшості випадків можна розташувати в нижній порожнині (між середньою та нижньою долями легені - в косій міждольовій борозні), може приводити до фрагментації на 2 порожнини (особливо між верхньою та середньою долями - в горизонтальній міждольовій борозні), внаслідок легкого утворення спайок в місці поєднання порожнин на кордонах долей, що в свою чергу робить дренування одним дренажем малоефективним. Застосування мікроіригаторів для дренування міждольових порожнин 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 мікроіригаторів дуже безпечно в плані поранення легені та судин, враховуючи те, що вона виконується лише один раз і при наявності рідини в проміжках (захисний прошарок), а також призводить до ранньої активізації хворого (в наслідок відсутності больового синдрому).

Відомо використання циклофосфану, який є цитостатиком та імундепресантом, для пригнічення внутрішньоплевральної ексудації при онкологічному враженні серозних оболонок. Препарат легко досягає мезотеліальних клітин шляхом пасивної дифузії при внутрішньоплевральному 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 побічні значні негативні дії (нудота, блювота, гіпертермія, больовий синдром тощо). Тому використання циклофосфану дозволяє виконати "хімічно-медикаментозний" плевродез, враховуючи вплив циклофосфану саме на ту ділянку плеври, яка відповідна 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 0,4 г 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 використання 10% гіпертонічного розчину натрію хлориду як зовнішнього засобу для очищення та підсушування гнійних ран. Завдяки високій осмотичній активності даного розчину спостерігається перехід води із клітини в міжклітинний простір, згущення внутріклітинного середовища до стану некробіозу (неможливість виконувати основні функції клітини, і що для нас особливо важливе - припинення ексудації). Тому використання даного компонента призводить до "осмотичного" плевродезу і сприяє скорішій облітерації міждольових проміжків. Крім того, застосування даного препарату абсолютно безболісне і не шкідливе для організму.

Відомо, що використання гіпертермічного режиму (42°C) при проведенні внутрішньоплевральної хіміотерапії дозволяє значно покращити можливість проникнення самих препаратів до пухлинних клітин, а також завдяки самій гіпертермічній дії приводить до стану некробіозу або некрозу дані клітини, що в свою чергу призводить до кращих результатів лікування. Тому ми вважаємо за доцільне застосування гіпертермічного режиму при введенні 10% гіпертонічного розчину натрію хлориду та циклофосфану в міждольові простори. Застосування даної методики призводить як до термічного припинення ексудації, так і значно посилює прояви осмотичного впливу 10% гіпертонічного розчину натрію хлориду і хімічно-медикаментозного впливу

циклофосфану на процес ексудації. Таким чином, використання всіх цих засобів повністю ліквідує процес виділення рідини і створює ідеальні умови для проведення плевродезу.

Відомо, що використання талька внутрішньоплеврально призводить до швидкого утворення плевральних спайок. Тальк найдешевший і найефективніший склеротик. Самим ефективним його використанням є інсуфляція препарату пульверизатором під час проведення торакоскопії під візуальним контролем, що дозволяє провести тотальну рівномірну обробку всієї парієтальної плеври. Але в разі міждольового плевриту, коли відсутня можливість проведення торакоскопії (рідина розташована інтралегеново) та візуального контролю обробки стінок порожнини, його застосування внутрішньоплеврально у вигляді розчину призводить також до швидкого і повного контакту склеротику з усіма стінками (враховуючи наявність двох мікроіригаторів, відсутність повітря в порожнинах, не дуже великі розміри порожнин та достатній термін фіксації препарату). Його використання саме після обробки стінок порожнини 10% гіпертонічним розчином натрію хлориду, підігрітим до 42°C з додаванням циклофосфану є дуже своєчасним і ефективним. Це в свою чергу призводить до швидкого тотального плевродезу в обох порожнинах, що сприяє зменшенню кількості ліжко-дню, розходу лікарських препаратів, попередженню виникнення рецидивів та ускладнень хвороби.

Використання всіх цих засобів дозволяє досягти підвищення ефективності лікування за рахунок скорочення 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 міждольового ексудативного плевриту, під рентген-контролем помічають місця пункції обох міждольових просторів по ходу горизонтальної та косої міждольових борозен (як правило, по латеральній поверхні грудної клітини). Пункції 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 почергово виконують пункцію обох міждольових просторів. Отримання ексудату свідчить про правильний вибір місця для пункції. Далі тонку голку видаляють і через знечулені тканини проводять поетапно пункцію товстою голкою обох міждольових проміжків, вводячи при цьому по 4 мл 2% розчину лідокаїну для забезпечення тотального знечулення стінок порожнин. Через внутрішній просвіт голки в проміжки проводять пластмасові провідники. Товсту голку видаляють, а по провідниках в міждольові простори вводять мікроіригатори, після чого аспірують за допомогою електроотсосу весь вміст обох міждольових проміжків. Потім по мікроіригаторам в міждольові простори вводять по 30 мл 10% гіпертонічного розчину натрію хлориду, підігрітого до 42° С з додаванням по 0,2 г циклофосфану в кожний, а також по 15 мл розчину тальку (по 1 г чистої ваги). Мікроіригатори перекривають на 2

години для забезпечення контакту лікарських препаратів зі стінками проміжків, а потім підключають до постійної аспірації. Один раз на добу вводять лікарські препарати в мікроіригатори до зупинки ексудації плеврального вмісту. Потім максимально аспірують його електроотсосом і видаляють мікроіригатори.

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 Б., 62 роки, історія хвороби N 92, поступив в клініку торакальної хірургії Інституту фтизіатрії і пульмонології з діагнозом "Suspicio пухлина правої легені, Suspicio правобічна абсцедуюча пневмонія, ускладнена обмеженим плевритом". До моменту поступлення в клініку лікувався стаціонарно в лікарні, де отримував консервативну антибактеріальну та розсмоктуючу терапію, яка була неефективна - інфільтративні зміни за даними рентгенологічного методу обстеження не зменшувалися. Був направлений до інституту для встановлення заключного діагнозу та лікування.

При комплексному обстеженні в клініці інституту (із застосуванням комп'ютерної томографії органів грудної порожнини, фібробронхоскопії та іншими) було виявлено у хворого наявність правобічної верхньодольової пневмонії, ускладненої міждольовим плевритом. Під впливом антибактеріальної терапії інфільтративні зміни в легені розсмокталися. Міждольовий плеврит вівся пункційним методом (3,5 тижня) - пункції виконували через день. Кожного разу при пункції отримували до 500 мл прозорого серозного ексудату, вводили антибіотики з гормонами, проте рідина продовжувала накопичуватися. Поступово ексудат з серозного перетворився на мутний серозно-гнійний (розвинулася підгостра емпієма плеври). При пункціях відзначалося ущільнення стінок міждольової порожнини, що ставило під сумнівність можливість ізліковування.

Враховуючи безперспективність подальшого пункційного методу лікування, розвиток емпієми плеври та хронізацію процесу, хворому на 32 добу перебування в стаціонарі була виконана операція: плевректомія і декортикація правої легені з приводу міждольової хронічної емпієми плеври. Післяопераційний період протікав важко, відмічалось негерметизм в плевральній порожнині та нагноєння нижньої третини післяопераційної рани. Всі ускладнення було ліквідовано консервативними заходами.

На 57-му добу від початку лікування хворий був виписаний для продовження лікування у пульмонологів за місцем проживання (реабілітація). Рентгенологічне визначалося наявність значного спаєчного процесу в правому гемітораксі.

Оглянутий через 5 міс. Не працює, отримав II групу інвалідності. Періодично турбують болі в

оперованому гемітораксі, слабкість та задишка при помірному навантаженні. Рентгенологічне визначається наявність значного спаєчного процесу в правому гемітораксі.

Приклад 2 (за способом, що заявляється). Хвора Т., 57 років, історія хвороби N 1239, поступила в клініку торакальної хірургії Інституту фтизіатрії і пульмонології з діагнозом "Правобічного міждольового ексудативного плевриту". До поступлення у відділення знаходилася на стаціонарному лікуванні з діагнозом правобічної нижньодольової плевропневмонії, ускладненої ексудативним плевритом. Під впливом лікування пневмонічна інфільтрація в легені та ексудат в правій плевральній порожнині розсмокталися, проте залишилася значна кількість рідини в міждольових проміжках, яка, не дивлячись на застосування лікування, збільшувалася в об'ємі. Була направлена в інститут для подальшого лікування.

При рентгенологічному обстеженні було виявлено наявність значної кількості рідини в обох міждольових проміжках. На другий день перебування в стаціонарі під рентген-контролем було помічено місця пункції обох міждольових просторів по латеральній поверхні грудної клітини. Пункції виконували в умовах перев'язочної. В наміченому місці тонкою голкою з шприцом зробили анестезію 0,5% розчином новокаїну (40 мл) шкіри, підшкірної клітковини, міжреберних м'язів і почергово виконали пункцію обох міждольових просторів. Отримання ексудату свідчило про правильний вибір місця для пункції. Далі тонку голку видалили і через знечулені тканини провели поетапно пункцію товстою голкою обох міждольових проміжків, вводячи при цьому по 4 мл 2% розчину лідокаїну для забезпечення тотального знечулення стінок порожнин. Через внутрішній просвіт голки в проміжки провели пластмасові провідники. Товсту голку видалили, а по провідниках в міждольові простори ввели мікроіригатори, після чого аспірували за допомогою електроотсосу весь вміст обох міждольових проміжків (550 мл серозного ексудату з помірною кількістю фібрину). Потім по мікроіригаторах в міждольові простори ввели по 30 мл 10% гіпертонічного розчину натрію хлориду, підігрітого до 42°C з додаванням по 0,2 г циклофосфану в кожний, а також по 15 мл розчину тальку (по 1г чистої ваги). Мікроіригатори перекирили на 2 години для забезпечення контакту лікарських препаратів зі стінками проміжків, а потім підключили до постійної аспірації.

Протягом 5 днів 1 раз на добу в мікроіригатори вводили антибіотик широкого спектру дії (1 г цефотаксіму розчиненого в 3,0 мл 0,5% новокаїну). Останню добу по мікроіригаторах виділилося до 2 мл ексудату, що свідчило про зупинку ексудації в плевральну порожнину. На 6-ту добу за допомогою електроотсосу аспіровано 2,0 мл ексудату і мікроіригатори було видалено. При рентгенологічному обстеженні даних за наявність рідини в міждольових проміжках не виявлено, легеня повністю розправлена, потовщена міждольова плевра. На 8-у добу від початку лікування хвора була виписана під нагляд пульмолога за місцем проживання.

Оглянута через 6 міс. Скарг не виказує, працює за фахом. Рентгенологічне визначається лише потовщення міждольової плеври.

Приклад 3 (за способом, що заявляється). Хворий С., 46 років, історія хвороби N 839, поступив в клініку торакальної хірургії Інституту фтизіатрії і пульмонології з діагнозом "Вогнищевий туберкульоз верхньої долі правої легені, ускладнений правобічним міждольовим ексудативним плевритом, БК (-)". До поступлення у відділення знаходився на стаціонарному лікуванні з діагнозом правобічного тотального плевриту. Було проведено дренування правої плевральної порожнини, після чого було виявлено ознаки специфічного ураження легеневої тканини верхньої доли. Також було відзначено наявність рідини в обох міждольових проміжках, яка не аспірувалася через дренаж в плевральній порожнині. Ексудація в плевральну порожнину припинилася, дренаж було видалено. Проте в міждольових проміжках кількість рідини не зменшувалася. Був направлений в інститут для продовження лікування.

При рентгенологічному обстеженні було виявлено наявність значної кількості рідини в обох міждольових проміжках, а також специфічні вогнищеві зміни верхньої долі правої легені. На другий день перебування в стаціонарі під рентген-контролем було помічено місця пункції обох міждольових просторів по латеральній поверхні грудної клітини. Пункції виконували в умовах перев'язочної. В наміченому місці тонкою голкою з шприцом зробили анестезію 0,5% розчином новокаїну (35 мл) шкіри, підшкірної клітковини, міжреберних м'язів і почергово виконали пункції обох міждольових просторів. Отримання ексудату свідчило про правильний вибір місця для пункції. Далі тонку голку видалили і через знечулені тканини провели поетапно пункцію товстою голкою обох міждольових проміжків, вводячи при цьому по 4 мл 2% розчину лідокаїну для забезпечення тотального знечулення стінок порожнин. Через внутрішній просвіт голки в проміжки провели пластмасові провідники. Товсту голку видалили, а по провідниках в міждольові простори ввели мікроірігатори, після чого аспірували за допомогою електроотсосу весь вміст обох міждольових проміжків (430 мл серозного ексудату з великою кількістю фібрину). Потім по мікроірігаторах в міждольові простори ввели по 30 мл 10% гіпертонічного розчину натрію хлориду, підігрітого до 42°C з додаванням по 0,2 г циклофосфану в кожний, а також по 15 мл розчину тальку (по 1г чистої ваги). Мікроірігатори перекрили на 2 години для забезпечення контакту лікарських препаратів зі стінками проміжків, а потім підключили до постійної аспірації.

Протягом 4-х днів 1 раз на добу в мікроірігатори вводили антибіотик-туберкулостатик (1 г канаміцину розчиненого в 3,0 мл 0,5% новокаїну). Також призначили 4 протитуберкульозних препарати. Останню добу по мікроірігаторах виділилося до 3 мл ексудату, що свідчило про зупинку ексудації в плевральну порожнину. На 5-ту добу за допомогою електроотсосу аспіровано 2,0 мл ексудату і мікроірігатори було видалено. При рентгенологічному обстеженні даних за наявність

рідини в міждольових проміжках не виявлено, легеня повністю розправлена, потовщена міждольова плевра. На 7-у добу від початку лікування хворий був переведений в терапевтичне відділення для продовження основного курсу поліхіміотерапії з приводу туберкульозу.

Оглянутий через 7 міс. Скарг не виказує, працює за фахом. Рентгенологічне визначається лише потовщення міждольової плеври та кілька щільних вогнищ на верхівці правої легені.

Приклад 4 (за способом, що заявляється). Хвора К., 64 років, історія хвороби N 1106, поступила в клініку торакальної хірургії Інституту фтизіатрії і пульмонології з діагнозом "Стан після лівобічної мастектомії з приводу пухлини (4 роки назад), правобічного метастатичного ексудативного плевриту, рецидиву ракового плевриту в міждольові борозни". З анамнезу було відомо, що 3 міс назад хвора знаходилася на лікуванні з приводу правобічного метастатичного ексудативного плевриту. Проведено дренування і талькаж правої плевральної порожнини, які були ефективними. Виписана без ознак наявності рідини в правій плевральній порожнині. Проте при контрольному рентгенологічному обстеженні було виявлено наявність рідини в міждольових проміжках справа. Направлена в інститут для лікування.

При рентгенологічному обстеженні було виявлено наявність значної кількості рідини в обох міждольових проміжках, а також плевральні нашарування в нижніх відділах правої плевральної порожнини. В перший день перебування в стаціонарі під рентген-контролем було помічено місця пункції обох міждольових просторів по латеральній поверхні грудної клітини. Пункції виконували в умовах перев'язочної. В наміченому місці тонкою голкою з шприцом зробили анестезію 0,5% розчином новокаїну (40 мл) шкіри, підшкірної клітковини, міжреберних м'язів і почергово виконали пункції обох міждольових просторів. Отримання ексудату свідчило про правильний вибір місця для пункції. Далі тонку голку видалили і через знечулені тканини провели поетапно пункцію товстою голкою обох міждольових проміжків, вводячи при цьому по 4 мл 2% розчину лідокаїну для забезпечення тотального знечулення стінок порожнин. Через внутрішній просвіт голки в проміжки провели пластмасові провідники. Товсту голку видалили, а по провідниках в міждольові простори ввели мікроірігатори, після чого аспірували за допомогою електроотсосу весь вміст обох міждольових проміжків (700 мл серозно-геморагічного ексудату). Потім по мікроірігаторах в міждольові простори ввели по 30 мл 10% гіпертонічного розчину натрію хлориду, підігрітого до 42°C з додаванням по 0,2 г циклофосфану в кожний, а також по 15 мл розчину тальку (по 1г чистої ваги). Мікроірігатори перекрили на 2 години для забезпечення контакту лікарських препаратів зі стінками проміжків, а потім підключили до постійної аспірації.

Протягом 6-ти днів 1 раз на добу в мікроірігатори вводили антибіотик широкого спектру дії (1 г цефотаксіму розчиненого в 3,0 мл 0,5% новокаїну), а також 0,2 г циклофосфану. Останню добу по мікроірігаторах виділилося до 2 мл ексудату, що свідчило про зупинку ексудації в плев-

ральну порожнину. На 7-ту добу за допомогою електроотсосу аспіровано 2,5 мл ексудату і мікроіригатори було видалено. При рентгенологічному обстеженні даних за наявність рідини в міждольових проміжках не виявлено, легень повністю розправлена, потовщена міждольова і костальна плевра. На 9-у добу від початку лікування хвора була виписана для продовження лікування у онколога за місцем проживання.

Оглянута через 2 міс. Не дивлячись на прогресування загального онкологічного процесу, даних за рецидив плевриту не отримано. Рентгенологічне визначаються плевральні нашарування та потовщення міждольової плеври.

Запропонований спосіб лікування міждольового ексудативного плевриту був використаний у 9 хворих, контрольну групу склали 14

хворих, які лікувалися за способом-прототипом. Результати наведено в таблиці.

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

- підвищити результативність лікування з 78,5% до 100% (способом лікування, що заявляється, вилікувані всі хворі);

- скоротити строки лікування на 7-50 днів, а відповідно й розхід лікарських препаратів;

- попередити виникнення ускладнень, рецидивів та хронізації хвороби.

Спосіб лікування, що заявляється, простий, економічно дешевий, достатньо безпечний, не вимагає значного технічного забезпечення і може бути виконаний в будь-якому лікувальному закладі лікарем, який володіє технікою плевральної пункції та мікродренування.

Таблиця

Зрівняльна оцінка ефективності лікування міждольового ексудативного плевриту

No.	Клінічні показники	Спосіб лікування	
		Спосіб, що заявляється (9 хворих)	Прототип (14 хворих)
1	Строки лікування (в днях)	7-12	19-57
2	Рецидив плевриту	0	3 (21,4%)
3	Ускладнення лікування (нагноєння ексудату, пневмоторакс, гемоторакс)	0	4 (28,5%)
4	Кількість вилікуваних хворих	9 (100%)	11 (78,5%)