



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **114553** (13) **U**
(51) МПК (2017.01)

A61K 31/00

A61K 31/167 (2006.01)

A61K 31/196 (2006.01)

A61K 31/727 (2006.01)

A61K 31/7036 (2006.01)

A61P 31/06 (2006.01)

A61P 29/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2016 09784</p> <p>(22) Дата подання заявки: 23.09.2016</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.03.2017</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.03.2017, Бюл.№ 5</p>	<p>(72) Винахідник(и): Дужий Ігор Дмитрович (UA), Олещенко Галина Павлівна (UA), Міщенко Юрій Олександрович (UA), Олещенко Віталій Олександрович (UA), Гресько Ігор Яремович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ, вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007 (UA)</p>
---	--

(54) СПОСІБ ПРИСКОРЕНОГО РОЗСМОКТУВАННЯ ПЛЕВРАЛЬНОГО ВИПОТУ НЕОНКОГЕННОГО ГЕНЕЗУ

(57) Реферат:

Спосіб прискореного розсмоктування плеврального випоту неонкогенного генезу шляхом лімфотропного введення протитуберкульозних та патогенетичних препаратів. Після збудження лімфоутворення і знеболення введенням 64 ОД лідази і 2 мл 2 % лідокаїну хворому здійснюють введення протизапального розсмоктуючого препарату німулід (дексалгін чи диклофенак натрію) в об'ємі 2 мл. Введення протитуберкульозних та патогенетичних препаратів проводять на цьому тлі у такій послідовності: НО-ШПА - 2 мл, гепарин - 5000 ОД, стрептоміцин (канаміцин або капреоміцин) 1,0 на 5 мл 5 % ізоніазиду. Введення усіх препаратів виконують з проміжком у 5 хв. у випрямляючій м'яз спини у паравертебральній зоні на рівні 8-9 міжребер'я щоденно, відступивши зовні від остистих відростків на 2 см, через одну і ту ж голку протягом 7 днів.

UA 114553 U

Корисна модель належить до медицини, а саме - до фтизіатрії, пульмонології, загальної та торакальної фтизіохірургії, і може використовуватись при лікуванні хвороб, ускладнених синдромом плеврального випоту (СПВ): туберкульозного та неспецифічного плевриту, симтоматичним СПВ при різних захворюваннях торакальної та позаторакальної локалізації.

5 Особливістю епідемії туберкульозу в Україні є збільшення частоти позалегенового туберкульозу, у т.ч. і туберкульозного плевриту. Лікування останнього є складним і має такі етапи: розсмоктування плеврального випоту і лікування власне туберкульозу плеври. Затримка у розсмоктуванні випоту патогенетично веде до ряду ускладнень, серед яких - "закриття" паравертебральних лімфатичних люків, блокада лімфовідтоку, фіброзна трансформація плевральних листків, розвиток хронічного плевриту, плеврогенного пневмосклерозу, гіпертонії

10 малого кола кровообігу, хронічного легеневого серця.
Відомий спосіб ліквідації СПВ, запроваджений (Семененков Ю.Л., Гарбулін А.Е. Плеврити. - Київ: Здоров'я, 1983. - 184 с.) та дещо змінений авторами близького і далекого зарубіжжя (Соколов В.А. Плеврити. - Екатеринбург, 1998. - 206 с.), (Bourgos D., Hamm H. Infection pleuraleffusion // Eur. Respir. Mon. - 2002. - Vol. 22, № 2. - P. 204-218).

15 Недоліками даного способу є:

- необхідність частих плевральних пункцій;
- можливості розвитку внаслідок плевральної пункції пневмотораксу чи гемотораксу;
- можливості розвитку спайкового процесу плевральної порожнини, що веде до її

20 багатокамерності;
- можливе нагноєння плевральної порожнини (до 13 %) внаслідок пригнічення імунітету (дія кортикостероїдів) і реактивації на цьому тлі будь-якої хронічної інфекції, частіше умовно патогенної, яка за звичайних умов себе не проявляла чи виявляла субклінічно;

25 - відсоток вилікування не перевершує 66-70 %;
- у 20 % спостерігається рецидив СПВ;
- при застосуванні будь-яких дренажів чи іригаторів створюються умови для підсилення шлакоутворення.

З огляду на наведений вище патогенез накопичення і затримки розсмоктування випоту ми вибрали за прототип спосіб лікування за патентом України на корисну модель № 40235, МПК А61К31/4412, 2009 року, за яким лікування СПВ проводиться шляхом введення протитуберкульозних препаратів та патогенетичних засобів лімфотропно. Поміж основних патогенетичних препаратів були спазмолітини (НО-ШПА) та протитромботичні засоби (гепарин).

Основним недоліком даного способу є відсутність у ньому розсмоктуючих засобів, які здатні у короткий термін ліквідувати випіт у плевральній порожнині, попереджаючи таким чином нашарування фібрину та утворення злук, а у деякої частини хворих запобігши хронізації процесу і навіть нагноєння випоту.

В основу запропонованої корисної моделі поставлена задача удосконалити існуючий спосіб лікування плеврального випоту, в якому шляхом застосування потужних неспецифічних препаратів типу німоліду (диклофенаку натрію, дексалгіну) на тлі протитуберкульозних та патогенетичних засобів суттєво зменшується набряк власне парієнтального листка у паравертебральній зоні, що "відкриває" лімфатичні люки Люшка і сприяє зменшенню набряку лімфовузлів межистіння. Наведене збільшує пропускну здатність лімфатичного колектора, наслідком чого є збільшений відтік рідини із плевральної порожнини та її санація.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування шляхом лімфотропного введення протитуберкульозних та патогенетичних препаратів, згідно із корисною моделлю, після збудження лімфоутворення і знеболення введенням 64 Од лідази і 2 мл 2 % лідокаїну, хворому здійснюють введення протизапального розсмоктуючого препарату німоліду (дексалгіну чи диклофенаку натрію) в об'ємі 2 мл, а введення протитуберкульозних та патогенетичних препаратів проводять на цьому тлі у такій послідовності: НО-ШПА - 2 мл, гепарин - 5000 Од, стрептоміцин, канаміцин, капреоміцин на 5,0-5 % ізоніазиду, причому введення усіх препаратів виконують з проміжком у 5 хвилин у випрямляючий м'яз спини у паравертебральній зоні на рівні 8-9 міжребер'я щоденно, відступивши зовні від остистих відростків на 2 см, через одну голку протягом 7 днів.

Використання даного способу, з усіма його суттєвими ознаками, дає можливість розблокувати природні шляхи лімфовідтоку, значно скорочуючи термін розсмоктування плеврального випоту, а разом з цим і час лікування хворого, попередивши хронізацію захворювання, виникнення рецидивів та можливість "переходу" катарального запалення у гнійне, зменшити частоту ускладнень за рахунок попередження втрати організмом білків. Перераховане значно скорочує фінансові витрати як хворого, так і лікувального закладу, що підтверджує ефективність даного способу лікування СПВ.

Спосіб здійснюють таким чином. У положенні хворого на здоровому боці у зоні 8-9 міжребер'їв паравертебрально у випрямляючий м'яз спини вводять 64 ОД лідази, що стимулює активне лімфо утворення. Після цього вводять 2 мл - 2 % лідокаїну, німулід 2 мл (диклофенаку натрію чи дексалгіну), НО-ШПА 2 мл, 5000 ОД гепарину. Маніпуляцію закінчують ін'єкцією

5 специфічних протитуберкульозних препаратів (стрептоміцину 1,0, канаміцину чи капреоміцину на 5 мл 5 % ізоніазиду). Введення усіх препаратів виконують через одну голку, не виймаючи її із м'яза, з проміжками у 5 хвилин, щоденно, протягом 7 днів. Спосіб застосований у 11 хворих, що дозволило ліквідувати СПВ через 4-7 днів. Кількість сеансів для досягнення мети становила 3-5.

Наводимо клінічний приклад.

10 Хворий К. 32 років був госпіталізований у відділення зі скаргами на значну задишку, слабкість, пітливість. Хворим себе вважає протягом двох тижнів. Захворювання розпочалося із незначної задишки, яка поступово підсилювалася. Через декілька днів підвищилася температура. Об'єктивно: над правою половиною грудної клітки голосове дихання не проводиться. При перкусії - тупість, аускультативно - дихання не прослуховується. УЗД -

15 наявність випоту у правій плевральній порожнині зі значним зміщенням межистіння вліво. Клінічні дослідження крові: еритроцити - $3,3 \times 10^{12}$, лейкоцити $8,9 \times 10^9$: паличкоядерні - 12 %, сегментоядерні - 86 %, ю - 2 %; ШОЕ - 48 мм/год. Біохімічні дослідження без особливостей. Виконана пункція плевральної порожнини, аспіровано 1200 мл випоту серозного характеру. Вміст випоту нейтрофілів - 88 %, лімфоцитів - 12 %. Виконана торакаскопія з плевробіопсією.

20 Встановлено діагноз - туберкульоз плеври. Відразу розпочато курс лімфотропної терапії, за запропонованою схемою у паравертебральному відділі на рівні 8 міжребер'я, із застосуванням таких препаратів: лізада - 64 ОД; лідокаїн 2 % - 2 мл, німулід - 2 мл, НО-ШПА - 2 мл, гепарин - 5000 ОД, стрептоміцин на 5 мл 5 % ізоніазиду. Між введенням кожного препарату - 5 хвилин. Сеанси введення усіх препаратів повторювали щоденно. На третю добу з'явився шум тертя плеври у зоні перебування плеврального випоту. На шостий день дихання прослуховувалося без ознак тертя плеври. На контрольній рентгенограмі справа і зліва легеня розправлена, синуси вільні. Після цього німулід вводимо 2 мл через день. Антибактеріальна протитуберкульозна терапія продовжувалася даним методом до місяця; у подальшому -

25 ентральним шляхом. Отримані результати дозволяють рекомендувати застосування способу прискореного розсмоктування випоту неонкогенного генезу і попередження емпієми плеври для широкого використання у хворих за наявності синдрому плеврального випоту. Це дозволяє уникнути багаторазових плевральних пункцій з метою аспірації плеврального випоту, а в цілому сприяє ефективності лікування.

35 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб прискореного розсмоктування плеврального випоту неонкогенного генезу шляхом лімфотропного введення протитуберкульозних та патогенетичних препаратів, який

40 **відрізняється** тим, що після збудження лімфоутворення і знеболення введенням 64 ОД лідази і 2 мл 2 % лідокаїну хворому здійснюють введення протизапального розсмоктуючого препарату німуліду (дексалгіну чи диклофенаку натрію) в об'ємі 2 мл, а введення протитуберкульозних та патогенетичних препаратів проводять на цьому тлі у такій послідовності: НО-ШПА - 2 мл, гепарин - 5000 ОД, стрептоміцин (канаміцин або капреоміцин) 1,0 на 5 мл 5 % ізоніазиду,

45 введення усіх препаратів виконують з проміжком у 5 хвилин у випрямляючий м'яз спини у паравертебральній зоні на рівні 8-9 міжребер'я щоденно, відступивши зовні від остистих відростків на 2 см, через одну і ту ж голку протягом 7 днів.

Комп'ютерна верстка Л. Бурлак

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601