



УКРАЇНА

(19) UA (11) 39807 (13) U
(51) МПК (2009)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ВИБОРУ ПОКАЗАНЬ ДО ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПЛЕВРИТ

1

2

(21) u200812565

(22) 27.10.2008

(24) 10.03.2009

(46) 10.03.2009, Бюл.№ 5, 2009 р.

(72) ДУЖИЙ ІГОР ДМИТРОВИЧ, UA, ГРЕСЬКО ІГОР ЯРЕМОВИЧ, UA, ЧУМАК СТАНІСЛАВ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, UA

(73) СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ (СУМДУ), UA

(57) Спосіб вибору показань до оперативного лікування хворих на хронічний плеврит шляхом клінічного та рентгенологічного обстежень грудної клітки, який **відрізняється** тим, що коли при обстеженні грудної клітки у пацієнта знаходять накопичення плеврального випоту без зміщення межистіння, а при плевральній пункції вдається повністю відсмоктати випіт без неприємних відчуттів у пацієнта, констатують першу А стадію захворювання, яка частково є показаною до оперативного лікування із застосуванням плевректомії; якщо ж при плевральній пункції у пацієнта з'являються больові відчуття, а плевральна рідина при її відсмоктуванні змінює свій характер, наближаючись до геморагічної, констатують першу Б стадію захворювання, що є прямим показанням до опера-

тивного лікування шляхом плевректомії; якщо при обстеженні зустрічають зміщення органів межистіння у напрямку патологічного процесу, підйом склепіння діафрагми і звуження міжреберних проміжків при суттєво зменшеному об'ємі гемітораку, констатують другу стадію захворювання, що є показанням до оперативного втручання - плевректомії; якщо геміторакс значно зменшений в об'ємі, напрямок ребер наближається до вертикального, при черепицеподібному їх розташуванні, і має місце залишкова порожнина при збільшенні в об'ємі протилежного гемітораку, констатують третю А стадію захворювання, що є показанням до оперативного лікування при достатніх функціональних резервах пацієнта - плевректомії, а при наявних бронхіальних норицях та значних змінах у легенях - до плевропневмонектомії, при низьких функціональних резервах пацієнта - до корегуючих втручань; якщо має місце западання грудної стінки і опущення плечового пояса при відсутності залишкової порожнини, констатують третю Б стадію захворювання, що також є показанням до оперативного лікування - плевропневмонектомії для пацієнтів з достатньо-функціональними резервами.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до торакальної хірургії і може бути використана як спосіб вибору показань до оперативного лікування хворих на хронічний плеврит. Нагальність у розробці даної корисної моделі пояснюється тим, що у фтизіатрії і пульмонології у 11,5% хворих уже при первинній діагностиці процесу запалення має хронічний характер [1, 2], а в процесі лікування у 10-12% хворих запальний процес приймає хронічний перебіг [3, 4, 5].

Найближчим прототипом способу вибору показань оперативного лікування хворих на хронічний плеврит, що базується на класифікації хронічного плевриту, запропонованої [6] у 1992 році, при якій виділяють три стадії формування хронічного процесу (гнійного плевриту) шляхом клінічного та рентгенологічного обстежень грудної клітки. Визначення власне хронічного плевриту проводять за терміном процесу (більше 2 місяців) та наявніс-

тю у плевральній порожнині гною, а визначення стадій - після дослідження видаленої плеври.

Перший період хронічного плевриту - фібропластичний характеризується набряком плевральних листків та нашаруванням на них фібрину. У другому періоді фіброласти сприяють розвитку сполучної тканини, при цьому рубцева тканина пронизує вісцеральну і парієнтальну плевру. У третьому періоді розвиваються плевроциротичні процеси у легені і грудній стінці. Найбільш сприятливим періодом для операції за авторами є перший період хронізації плевриту [6].

Суттєвим недоліком способу є те, що класифікація хронічного плевриту морфологічна і застосувати її у своїй практиці клініцист може лише у звітній документації, тобто лише після оперативного втручання. Більше того, стадію плевриту за цією класифікацією встановлює патологолог, а останній це робить лише після отримання операційного матеріалу (макропрепарату) або під час

UA
(13)

39807
(11)

UA
(19)

розтину. Отже, дана класифікація не може бути способом вибору показань до оперативного лікування хворих на хронічний плеврит. Окрім цього автори говорять про хронічну емпієму плеври. А хронічний плеврит може бути і катаральним, тобто не гнійним.

Завданням запропонованої корисної моделі була розробка способу вибору показань до оперативного лікування хворих на хронічний плеврит, який би базувався на клініко-рентгенологічній класифікації стадій хронічного плевриту, що можна визначити під час фізикального та наступного за ним рентгенологічного досліджень, підвищуючи таким чином точність діагностики.

Поставлене завдання вирішується тим, що в спосіб вибору показань до оперативного лікування хворих на хронічний плеврит шляхом клінічного та рентгенологічного обстежень грудної клітки, згідно з корисною моделлю, при обстеженні грудної клітки діагностують форму захворювання і далі, залежно від форми захворювання, вибирають показання до оперативного лікування, так якщо у пацієнта має місце накопичення плеврального випоту без зменшення межистіння, а при плевральній пункції вдається повністю відсмоктати випіт без неприємних відчуттів з боку пацієнта, констатують першу А стадію захворювання, яка частково є показаною до оперативного лікування із застосуванням плевректомії; якщо ж при плевральній пункції у пацієнта з'являються больові відчуття, а плевральна рідина змінює свій характер, наближаючись до геморагічної, констатують першу Б стадію захворювання, що є прямим показанням до оперативного лікування шляхом плевректомії; якщо має місце зміщення органів міжистіння у напрямку патологічного процесу та підйомі склепіння діафрагми і звуження міжребрових проміжків при суттєво зменшеному об'єму гемітораксу, констатують другу стадію захворювання, що є показанням до оперативного втручання - плевректомії; якщо геміторакс значно зменшений в об'ємі, а на прямок ребер наближається до вертикального, при черепицеподібному їх розташуванні, то має місце залишкова порожнина і збільшення в об'ємі протилежного гемітораксу, констатують третю А стадію захворювання, що є показанням до оперативного лікування, при достатніх функціональних резервах пацієнта - до плевректомії, а при наявних бронхіальних норицях та значних змінах у легенях - до плевропневмонектомії, а при низьких функціональних резервах пацієнта - до корегуючих втручань; якщо має місце западіння грудної стінки і опущення плечового пояса та відсутність залишкової порожнини, констатують третю Б стадію захворювання, що також є показанням до оперативного лікування - до плевропневмонектомії у пацієнтів з достатньо функціональними резервами.

Використання даного способу вибору показань до оперативного лікування хворих на хронічний плеврит дозволить значно підвищити точність діагностики при лікуванні цього захворювання. Пояснюється це наступним.

При першій А стадії суб'єктивні скарги незначні: на рівні слабкості, втомленості, незначних білей і

дискомфорту у грудній порожнині. Об'єктивні ознаки, у тому числі і рентгенологічні, відповідають таким при синдромі плеврального випоту. Накопичення плеврального випоту при гострому плевриті йде без зміщення межистіння. При плевральній пункції вдається відсмоктати повністю увесь випіт без зміни його характеру та без неприємних відчуттів у хворого. При цій стадії при наполегливому лікуванні і використанні регулярних плевральних пункцій та застосуванні фізіотерапевтичних процедур і гормонів вдається досягти повної ремісії запального процесу у 70 % хворих, хоча у значно віддалений період ніж при гострому процесі та з більшими економічними витратами.

При першій Б стадії скарги хворих нагадують попередні, а при плевральній пункції з'являються больові відчуття різного характеру, а плевральна рідина змінює свій характер, наближаючись до геморагічної. Під час виконання плевральної пункції у оператора з'являється відчуття вакууму у плевральній порожнині. При даному рівні хронізації плевриту рентгенологічні зміни нагадують такі при попередній стадії без зміщення органів міжистіння у будь-якому напрямку. Ця стадія - пряме показання до оперативного втручання - плевректомії. Технічні труднощі при операції за цієї стадії процесу є незначними, а крововтрата - мінімальною.

При другій стадії хронічного плевриту скарги нагадують такі при першій Б стадії, але значно більше виражені, особливо при фізичних навантаженнях. Об'єктивні дані аналогічні. Рентгенологічно - об'єм гемітораксу з боку патологічного процесу суттєво зменшений за рахунок зміщення органів міжистіння у напрямку процесу та підйому склепіння діафрагми. Міжреброві проміжки звужені, що визначається як при пальпації, так і при променевому дослідженні. Дана стадія процесу - показання до оперативного втручання: плевректомії. Тривалість операції і крововтрата при цій стадії збільшуються майже удвічі у порівнянні із першою Б стадією.

Наступна стадія - третя - ділиться на дві. При третій А стадії процесу у враженому гемітораксі визначається залишкова плевральна порожнина частіше невеликого розміру, яку легше констатувати шляхом УЗД. Клінічні ознаки: змішана задишка у спокої, яка значно підсилюється при будь-якому навантаженні, спостерігається постійна слабкість. Фізикальні об'єктивні дані відповідають синдрому плеврального випоту. Рентгенологічні ознаки: зменшений в об'ємі геміторакс, на прямок ребер наближається до вертикального при черепицеподібному їх розташуванні; збільшений в об'ємі протилежний геміторакс. Дана стадія хірургічна - показана при достатніх функціональних резервах пацієнта та віку до 60-65 років. При бронхіальних норицях і значних змінах у легені - плевропневмонектомія. При низьких резервах можливі лише корегуючі втручання. Третя Б стадія - плеврогенний пневмофіброторакс. При ній об'єм гемітораксу різко зменшений за рахунок фіброзного переродження легені, плеври та грудної стінки. Провідні скарги: постійна задишка, стискаючий біль у хворому гемітораксі, кашель із значною кількістю мок-

ротиння. Симптоми значно підсилюються навіть при незначному фізичному навантаженні. Рентгенологічні ознаки нагадують такі у попередній стадії, але плевральної порожнини не визначають. Видалення плеври при цьому рівні хронізації у більшості випадків неможливе як і сумнівна реекспансія легень внаслідок декортикації. Отже, при достатніх функціональних резервах хворого при цій стадії процесу доцільна і можлива лише плеврорпневмонектомія.

Спосіб ілюструють наступні приклади використання цього методу.

Приклад 1. Хворий В., 32 років, мешканець міста. Госпіталізований до клініки з діагнозом: правобічний плеврит не встановленої етіології. Скарги на постійний тупий біль у правій половині грудної клітки, задишку при підйомі на 2-й поверх, покашлювання при фізичному навантаженні, періодичне підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. Хворіє 8 тижнів. Лікувався від пневмонії 2,5 тижні, потім «доліковувався» амбулаторно. В останні два тижні підсилюється задишка, біль, з'явилась температура. Після променевого дослідження встановлений випіт у правій плевральній порожнині. При поступленні: справа притуплення від середини лопатки донизу, дихання не прослуховується. При плевральній пункції голка з супротивом провалилась у порожнину. Аспіровано 360мл мутного жовтого випоту. Проба Рівальта - позитивна, білок - 4,6г/л, мікроскопія: лейкоцити - на 2/3 поля зору. Наприкінці маніпуляції хворий відчув стиснення у грудній порожнині. Аспірація зупинена, введено 1,0 пеніциліну. Через добу плевральну пункцію повторено. Аспіровано 300мл геморагічного випоту. Мікроскопічно: лейкоцити - на все поле зору, еритроцити - на % поля зору. Виставлено діагноз: хронічний плеврит 1-6 стадії. Через тиждень виконано операцію - плевректомію. На розрізі плеврального мішка - по задній поверхні нутрощевої плеври просоподібні висипання. Гістологічно: елементи туберкульозної гранулеми. Антибактеріальна терапія проведена у стаціонарі впродовж 3 місяців з наступним амбулаторним лікуванням.

Приклад 2. Хворий Н., 45 років, мешканець районного центру. Поступив до клініки через 4 місяці після лікування пневмонії, а потім - плевриту, який рецидивував. Останнє послужило приводом для направлення хворого до клініки. Скаргився на слабкість, кашель сухого характеру, задишку, серцебиття. Під час променевого обстеження у плевральній порожнині встановлена наявність випоту за У типом. Об'єм гемітораку зменшений за рахунок зміщення межистинна вправо; склепіння діафрагми не визначається; склепіння плеври затемнене. Під час виконання плевральної пункції отримано 600мл мутного випоту. Парієтальна плевра щільна, що потребує значних зусиль при її проходженні. Встановлений хронічний плеврит II стадії. Впродовж 2 тижнів продовжували специфічну антибактеріальну терапію, дезінтоксикаційну терапію, промивання плевральної порожнини. Виконана операція - плевректомія. Гістологічно - туберкульозний плеврит. Наступна

антибактеріальна терапія проводилась у стаціонарі до 4-х місяців, а далі - амбулаторно.

Приклад 3. Хворий П., 55 років, мешканець міста. Госпіталізований до клініки з діагнозом: хронічний туберкульозний плеврит. В анамнезі: інфільтративний туберкульоз верхньої частки правої легені, з приводу чого штучний пневмоторакс впродовж 3 років, який ускладнився плевритом, пізніше - емпіємою плеври, з приводу чого більше 15 разів щомісячно пунктувався з введенням антибіотиків. Останнім часом з'явилися ознаки гнійної інтоксикації, почала збільшуватись задишка. При обстеженні: правий геміторахс зменшений в об'ємі за рахунок опущеного плечового пояса, черепицеподібного розташування ребер, западання ребрової дуги; лівий геміторахс бочкоподібно розширений; хворий стоїть і ходить напівбоком. Спирографічно: дихальна недостатність II ступеня. ЕКГ - ознаки гіпертрофії правого серця. Встановлено діагноз: хронічний плеврит 3-а стадії з ознаками нагноєння, легеневе серце, дихальна недостатність II стадії. Після проведення дезінтоксикаційної терапії та санації плевральної порожнини виконана плевректомія. Післяопераційний період - без особливостей. Легеня розправилась повністю. Через 3 місяці після операції повернувся до фахової діяльності.

Втілюючи дану систему вибору показань до оперативного лікування хворих на хронічний плеврит, що базується на запропонованій класифікації, у практику клініки, ми виконали близько 60 оперативних втручань - плевректомій - із хорошим безпосереднім і віддаленим результатами. Летальність не мала місця. Працездатність була відтворена навіть після 30 літнього плевриту 3-а стадії.

Викладене дає право рекомендувати систему вибору показань до оперативного лікування хворих на хронічний плеврит шляхом встановлення стадій хронічного процесу на підставі запропонованої класифікації.

Список літератури:

1. Семенов Ю.Л., Горбулин А.Е. Плевриты [Текст]. - К.: Здоров'я, 1983. - 181с.
2. Горелов Ф.И., Ходько Е.И. Непосредственные отдаленные результаты лечения больных с хронической эмпиемой плевры после пульмонэктомии [Текст] // Вестник хирургии. - 1983. - №9. - С.19-24.
3. Соколов В.А., Савельев А.В., Красноборова С.Ю. [и др.] Дифференциальная диагностика плевральных выпотов [Текст] // Променева диагностика и променева терапия. - 2001. - №3. - С.24-28.
4. Дужий І.Д. Хірургія туберкульозу легень і плеври [Текст] / І.Д.Дужий. - К: Здоров'я, 2003. - 358с.
5. Наумов В.Н., Стрельцов В.П. Состояние и перспективы фтизиохирургии в СССР / В.Н. Наумов, В.П. Стрельцов // Матер. XI съезда врачей-фтизиатров (17-19 июня 1992г.). - Санкт-Петербург, 1992. - С.17.
6. Стрельцов В.П. Плеврэктомия и декортикация при хроническом плеврите и эмпиеме плевры [Текст] / В.П. Стрельцов, В.В. Скорняков // Пробл. туберк. - 2001. - №9. - С.37-40.

