

Винахід стосується хірургії, а саме, лікування гнійно-деструктивних захворювань легенів.

Відомо ряд напрямів у лікуванні велитенських гнійних порожнин в легенях: радикальне хірургічне видалення при наявності ознак гангренізації, дре-нування шляхом пневмоабсцесотомії чи торакоабсцесотомією з наступною обробкою осередків розпаду розчинами антибіотиків, антисептиків, ферментів, ультразвуком, лазерним випромінюванням, катетеризація гнійника через дренируючий бронх (Колесніков І.С. та ін., 1983; Муромський 1986; Гладун М.В., 1994; Потапенков М.А., 1995 та ін.).

Але названі способи не позбавлені деяких недоліків. Так, ранні резекції, виконані на фоні гнійного панбронхіту, поширеної запальної інфільтрації легеневої паренхіми, нерідко ускладнюються неспроможністю бронхіальної куки, важкими пле-вральними нагноєннями, прогресуванням запально-ного процесу. Крім того, їх виконання у значної частини пацієнтів виявляється просто неможливим через виражену інтоксикацію та дихальну недостатність (Вагнер Е.А., 1985; Гладун М.В., 1994).

Ендоскопічна катетеризація легеневого абсцесу через дренируючий бронх не завжди спроможна забезпечити відведення гною, некротичних секвестрів через малопроектні катетери.

Обробка деструктивних порожнин ультразвуком загрожує пошкодженням власних тканин, знижує інтенсивність репаративних процесів. Використання лазерного випромінювання потребує належного устаткування, певного інженерного забезпечення, відносно дороге, може створювати небезпеку ураження легеневої паренхіми (Доценко В.М., "Гнойная рана". - М.: "Медицина", 1985).

Найближчим до запропонованого є спосіб лікування гігантських легневих деструкцій шляхом торакоабсцесотомії за Мональдї з наступною санацією розчинами антибіотиків чи антисептиків (Колесніков І.С., Литкін М.І., Лесницький Л.С. "Гангрена легкого и пневмоторакс". - Л.: "Медицина", 1983, с. 112).

Однак істотним недоліком використання антибіотиків у подібних ситуаціях служить швидкий розвиток до них резистентності з боку мікроорганізмів, низька ефективність в умовах гнійного вогнища. Антисептики змінюють хімізм запальних реакцій, можуть впливати на неушкоджені тканини. До того ж, хіміопрепарати часто виявляють сенсибілізуючу дію на макроорганізми, нездатні сприяти видаленню токсинів, резорбція яких саме при легневих нагноєннях має винятково важливе значення.

В основу винаходу поставлене завдання досягти адекватної елімінації мікробних тіл, токсинів, продуктів тканинного розпаду з порожнин легеневої деструкції, якнайшвидшого їх спадіння та здійснення загальної дезінтоксикаційної дії на організм. Поставлене завдання досягається повторною фракційною обробкою осередків розпаду суспензією полісорбу.

Полісорб - препарат на основі колоїдного дво-окису кремнію. Дозволений для клінічного вживання (протокол № 18 засідання Фармкомітету МОЗ СРСР від 27.12.1989).

Полісорб за хімічною структурою не відповідає жодному з відомих лікарських препаратів, котрі використовуються в лікуванні легневих нагноєнь. Він виявляє нову властивість: адсорбує мікробні тіла, токсини, продукти розпаду на своїй поверхні, що дає змогу здійснювати їх адекватну елімінацію. Обробка деструктивних легневих утворень виконується 3% суспензією препарату у фізіологічній рідині. Будь-які протимікробні речовини при цьому не використовуються.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Виконують черезшкірне дренивання порожнин легеневої деструкції під місцевим знеболенням по встановленій рентгенологічно мітці шляхом торакоабсцесотомії за Мональдї щодня (при потребі кілька разів на добу) виконують багаторазову фракційну обробку абсцесу через встановлений дренаж 3%-ною суспензією полісорбу. Лікування продовжують до повного припинення гнійної ексудації через дренаж, спадіння порожнини розпаду за даними рентгенконтролю.

Спосіб використаний у лікуванні 12 пацієнтів (3 - з гангреною, 5 - з гангренозними абсцесами, 4 - з гострими гнійними абсцесами легень). У 5 з цих хворих деструктивний легневий процес ускладнювався пневмотораксом. В цих випадках плеврова порожнина дренивалась торакоцентезом типово за Бюлау з подальшою її обробкою полісорбом за описаною методикою.

Приклад 1. Хворий С., 38 р., історія хвороби № 3-1939. Поступив в клініку 20.04.1995 з діагнозом: Гангрена правої легені, Кахексія. Гнійна інтоксикація II-III. ДН-III. Токсична міокардіодистрофія. Виконано дренивання гігантської порожнини розпаду в Д₂, катетеризовано трахею з метою постійної санації бронхів, призначено звичайну протимікробну, дезінтоксикаційну терапію. Порожнина легеневої деструкції протягом 3 тижнів санувалась 3% суспензією полісорбу. За час полісорботерапії спостерігалось значне зниження рівня інтоксикації (динаміка ЛПІ з 4,8 до 0,5), повна облітерація гнійної порожнини з наслідком в малопомітний на рентгенограмі локальний фіброз, зникнення фізикальної симптоматики.

Приклад 2. Хворий У., 54 р., історія хвороби № 3-5222. Знаходився на стаціонарі з 31.10.1995 по 22.11.1995. Діагноз: Гангрена нижньої частки лівої легені. Флегмона грудної стінки. Гнійна інтоксикація - II. ДН-III. Кровохаркання. Хронічний обструктивний бронхіт. Гігантський гнійник у С₆ дрениваний за Мональдї, в подальшому санувався за розробленою методикою. Через відсутність препаратів у відділенні та коштів у пацієнта забезпечити адекватну медикаментозну терапію не вдалось (приймав кефзол в сумарній дозі 12 гр., виконано 7 в/в вливань димексиду). Дезінтоксикаційна терапія - лише за рахунок інфузій сольових розчинів та трьох вливань гемодезу). Розкриття флегмони м'яких тканин як звичайно, санація дихальних шляхів повторними бронхоскопіями та через трахеальний катетер. За 19 днів вдалось досягнути значного покращення (ЛПІ знижувався з 7,5 до 2,1, рентгенологічно наслідок у залишкову інфільтрацію без видимих деструктивних змін).

Приклад 3. Хворий Б., 36 р., історія хвороби № 3-567. Лікувався в клініці з 30.01.1996 по

23.02.1996. Діагноз: Гангренозний абсцес нижньої частки лівої легені. Лівосторонній напружений піопневмоторакс. Гнійна інтоксикація - II. ДН-III. Плевральна порожнина негайно дренована за Бюлау, подальша санація проводилась суспензією полісорбу. В решті лікування не відрізнялось від загальноприйнятого. В результаті - швидка позитивна рентгенологічна динаміка (через 13 діб лише залишкові явища у вигляді зарощення латерального синуса), зникнення бронхоплеврального сполучення, помітний дезінтоксикаційний ефект (ЛІІ знизився з 5,2 до 2,0, рівень середньомолекулярних пептидів - з 0,320 до 0,185).

Загалом для регіонарної полісорботерапії характерним виявилось забезпечення швидкого очищення та спадіння деструктивних легеневих осередків. По завершенні лікування в 5 реконвалесцентів рентгенологічно виявився лише слабпомітний локальний рубець чи обмежене потовщення плеври. У 7 пацієнтів залишкові явища налягали у формуванні фіброзу, та тілі якого 3 рази (25%) виявлялись "сухі" порожнини в легені чи плеврі. Натомість, традиційна терапія з прототипним веденням трансторакально дренованих гнійників за тих же строків завершувалась залишенням "сухих" порожнин у 7 випадках з 11 (63,6%).

Крім вираженого сприятливого впливу на динаміку місцевих змін, регіонарна полісорботерапія виявляла помітний дезінтоксикаційний ефект. Об'єктивним підтвердженням цьому служить швидке зниження рівня середньомолекулярних пептидів сироватки крові з $0,260 \pm 0,046$ до $0,105 \pm 0,021$ од., а лейкоцитарного індексу інтоксикації - з $6,7 \pm 1,27$ до $2,1 \pm 0,42$ (для порівняння, динаміка цього показника в групі контролю: $5,7 \pm 1,42$ до $3,5 \pm 0,31$ після лікування).

Таким чином, одержані дані підтверджують доцільність використання полісорбу для лікування легеневих деструкцій.

Використання запропонованого технічного рішення порівняно з існуючими забезпечує наступні переваги:

1. Забезпечується швидке очищення, спадіння та облітерація порожнин легеневого розпаду навіть при їх гігантських вихідних розмірах.
2. Відчутно знижується рівень інтоксикації, імовірно, за рахунок адсорбції полісорбом мікробних токсинів та продуктів тканинного розпаду.
3. При виникненні плевральних гнійних ускладнень настає швидка облітерація емпіємної порожнини навіть у випадку існування бронхоплевральних сполучень.
4. Покращуються результати лікування за рахунок зменшення частки наслідків у залишення "сухих" порожнин та хронізації процесу.