



УКРАЇНА

(19) UA (11) 13972 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ОБМЕЖЕНИХ ГНІЙНИХ ПОРОЖНИН

1

2

(21) u200511293

(22) 29.11.2005

(24) 17.04.2006

(46) 17.04.2006, Бюл. № 4, 2006 р.

(72) Мішалов Володимир Григорович, Храпач Василь Васильович, Федоров Олександр Володимирович, Бик Павло Леонідович, Унукович Дмитро Валерійович

(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

(57) Спосіб хірургічного лікування обмежених гнійних порожнин, що включає проведення пункції і

постановки дренажу в гнійну порожнину, санації її антибактеріальними препаратами, який **відрізняється** тим, що через пункційний отвір вводять поліхлорвініловий дренаж, через який аспірують вміст порожнини, з наступною трьохкратною санацією антисептичним розчином, після чого вводять об'ємозаповнюючу масу, перекривають дренаж, залишають його на одну добу, потім виймають його і накладають шов на пункційний отвір.

Корисна модель, що заявляється, стосується медицини, а саме, хірургії і такого її розділу, як гнійна хірургія, і призначена для створення найбільш оптимальних умов для ліквідації гнійного процесу.

В гнійній хірургії питання про лікування обмежених гнійних процесів залишається, на даний час, актуальним, в зв'язку з ускладненнями, пов'язаними як з лікуванням, так і самим процесом, підходами лікування, так еталоном лікування обмежених гнійних процесів є розкриття і вивільнення порожнини, інші сучасні підходи, такі, як лаважна санація порожнини, пункційний метод лікування, а також застосування нових складних апаратних методів, не довели свою незаперечну значну перевагу. Також лікування гнійного процесу вимагає тривалого часу, від трьох тижнів до декількох місяців, що призводить до виснаження організму і погіршення якості життя пацієнта [1, 2].

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб лікування гнійних порожнин шляхом їх активного дренирування пацієнта [3]. Основною вимогою, що забезпечує успіх втручання, є облітерація гнійної порожнини шляхом більш тісного притиснення стінок порожнини. Методика активного дренирування включає в себе введення в гнійну порожнину дренажа з наступним підключенням аспіраційної системи, що забезпечує разряження до 75-100% мм рт.ст.

Спосіб – найближчий аналог має наступні недоліки. По-перше, технічно важко досягти герме-

тичне прикріплення дренажу до гнійної порожнини (це є необхідною умовою для ефективного дренирування), а також технічно складно підібрати аспіраційну систему, що відповідала б усім вимогам. По-друге, активне дренирування не дає повного спадання всіх стінок і кишеней для досягнення повної ліквідації гнійної порожнини. По-третє, при використанні активного дренирування гнійної порожнини можливе рецидивне нагноєння в залишившійся неповністю облітерованій порожнині.

Задача, яка вирішується способом, що заявляється, полягає у підвищенні ефективності облітерації порожнини за рахунок спеціально підібраної і збалансованої антибактеріальної маси, в залежності від конкретного випадку, але на універсальній протизапальній, антимікробній та репаративній, гіпоалергенній основі.

Технічний результат, що досягається, буде полягати у значному зменшенні травмування тканин, порівняно з загально прийнятими методиками, частоти післяопераційних ускладнень та зменшення часу лікування і реабілітації.

Відмінностями заявленого способу є доступ шляхом пункції і постановки дренажу, через який аспірується вміст гнійної порожнини, промивання антисептичними розчинами та заповнення порожнини об'ємозаповнюючою масою, яка складається з антибактеріального препарату (що має широкий спектр дії), протизапальної речовини, речовини, що підвищує регенерацію тканин та основи, яка має властивості такі, як: 1 - програмована за ча-

(13) U
(11) 13972
(19) UA

сом розсмоктується, 2 - має протизапальні, протимікробні, репаративні, гіпоалергенні властивості. Завдяки цьому зменшується травматичність операції, відсутність значних післяопераційних ускладнень, зменшення часу лікування, а також покращання якості життя пацієнта під час лікування та реабілітації. За доступними літературними даними такий спосіб лікування гнійних обмежених процесів невідомий.

Поставлена задача досягається тим, що у відомому способі лікування гнійних порожнин, що включає проведення пункції і постановки дренажу, через який аспірується вміст гнійної порожнини, шляхом підключення до дренажу аспіраційної системи, згідно корисної моделі, через пункційний отвір вводять поліхлорвініловий дренаж, через який аспірують вміст порожнини, з наступною трьохкратною санацією антисептичним розчином, після чого вводять об'ємозаповнюючу масу, перекривають дренаж і залишають його на одну добу. Потім виймають його і накладають шов на пункційний отвір.

Запропонований спосіб лікування гнійних обмежених процесів здійснюють наступним чином. Роблять:

Операцію починають з трьохкратної обробки операційного поля 3% розчином йодонату. Проводять місцеву анестезію 0,5% розчином новокаїну за загально прийнятою методикою. Пунктують гнійну порожнину над її центром. Вводять поліхлорвініловий дренаж через пункційний отвір. Аспірують вміст порожнини з наступною її трьохкратною санацією антисептичним розчином. Вводять об'ємозаповнюючу масу з лікувальними властивостями. Дренаж перекривають і залишають на одну добу. Через добу дренаж виймають, накладають шов на пункційний отвір для герметизації порожнини. Подальше ведення хворого місцево з використанням ліків в комбінації з загальною антибак-

теріальною та загальноукріплюючою терапією.

Конкретний приклад застосування

Щур №33, самка 12 місяців 228 грам.

Протокол операції №33 від 6.11.2005р. Премедикація - атропін (0,1% 0,05ml) димедрол (1% 0,1ml) - внутрішньом'язово. Анестезія: кетаміну гідрохлорид (5% 0,45ml) внутрішньом'язово. Гоління грудної клітки.

Після обробки операційного поля було виконано пункцію підшкірного абсцесу правої задньої лапи пункційною голкою. Через пункційну голку було введено поліхлорвініловий дренаж довжиною 4см і в діаметрі 1мм. Через дренаж виконана аспірація вмісту порожнини. Виконали трьохкратну санацію порожнини 0,01% розчином мірамістину. Порожнину заповнили об'ємозаповнюючою масою (озоновану піну). Дренаж видалено.

Антибіотикопрофілактика - внутрішньом'язове введення Біциліну-3 (36000ОД).

Післяопераційний період проходив без ускладнень.

На п'яту добу після операції фізикальні данні за підшкірний абсцес правої задньої лапи відсутні.

За період з вересня по листопад 2005 року прооперовано 138 щурів. За час проведення роботи суттєвих ускладнень виявлено не було. Видуало із прооперованих щурів 117 (64%) (ознаки за підшкірні абсцеси та інфільтрати були відсутні), у 3 (2%) щурів абсцес перейшов у підшкірну флегмону, у 10 (7%) щурів на місці абсцесу залишився інфільтрат, 8 (6%) щурів вмерли від пневмонії.

Література:

1. Хирургическая инфекция. Гостищев В.К. Л. 1991.
2. Оперативная гнойная хирургия. Гостищев В.К. М. 1996.
3. Дренирование в хирургии. Поляков Н.Г. К. Здоров'я 1978.