



УКРАЇНА

(19) UA (11) 65833 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61B 17/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ АБСЦЕСУ СІДНИЧНОЇ ДІЛЯНКИ

1

2

(21) u201109129

(22) 21.07.2011

(24) 12.12.2011

(46) 12.12.2011, Бюл.№ 23, 2011 р.

(72) ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ

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

(57) Спосіб хірургічного лікування абсцесу сідничної ділянки, що передбачає розкриття, ревізію,

санацію та дренивання порожнини абсцесу, який відрізняється тим, що оперативне втручання проводять закритим способом: виконують пункцію абсцесу, евакуацію гнійного ексудату, ревізію порожнини абсцесу за допомогою гудзикового зонда, фракційний лаваж порожнини абсцесу розчином антисептика та інфільтрацію м'яких тканин навколо абсцесу антибіотиком широкого спектра дії.

Корисна модель, що заявляється, належить до медицини, а саме до невідкладної та загальної хірургії, і може бути використана для хірургічного лікування хворих на гострий (постін'єкційний) абсцес сідничної ділянки.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до способу, що заявляється, є спосіб хірургічного лікування гострого абсцесу сідничної ділянки вибраний нами як прототип, що передбачає виконання розкриття, ревізії, санації та дренивання порожнини гнійника [1].

Недоліком способу-прототипу є:

- травматичність доступу для розкриття гнійника та загоювання рани вторинним натягом, що призводить до формування грубого післяопераційного рубця;

- спосіб потребує обов'язкового виконання анестезії (загальної, спинномозкової чи інфільтраційної);

- як правило, необхідна госпіталізація пацієнта до стаціонару;

- оперативне втручання супроводжується кровотечею та крововтратою;

- операція закінчується тампонуванням післяопераційної рани, що потребує проведення повторних болісних перев'язок.

Задачею корисної моделі є розробка такого способу хірургічного лікування абсцесу сідничної ділянки, який дає можливість провести втручання малотравматично, без додаткового знеболення в амбулаторних умовах.

Технічний результат, що досягається від вирішення задачі, полягає в можливості проведення лікування хворого в амбулаторних умовах (або в

умовах денного стаціонару), без анестезії, малотравматично та зменшення строку тимчасової втрати працездатності.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі хірургічного лікування, що передбачає розкриття, ревізію, санацію та дренивання порожнини абсцесу, згідно з корисною моделлю, оперативне втручання проводять закритим способом: виконують пункцію абсцесу, евакуацію гнійного ексудату, ревізію порожнини абсцесу з допомогою гудзикового зонда, фракційний лаваж порожнини абсцесу розчином антисептика та інфільтрацію м'яких тканин навколо абсцесу розчином антибіотика широкого спектра дії.

Суть корисної моделі полягає у тому, що за рахунок виконання втручання закритим (пункційним) способом забезпечується зменшення тривалості тимчасової втрати працездатності, операція виконується малотравматично та без анестезії.

Спосіб виконують наступним чином.

Після обробки операційного поля розчинами антисептиків над місцем найбільшої флуктуації виконується пункція порожнини абсцесу. Для пункції застосовується внутрішньовенний катетер або система для кавакатетеризації. Після потрапляння голки в порожнину гнійника її виймають, а кінець катетера просовують вглиб на 2-4 см та фіксують. Потім до катетера приєднують шприц, виконується евакуація гною та промивання порожнини гнійника розчином антисептика (фракційний лаваж). Пункція гнійника, як правило, не потребує знеболення та відразу призводить до зменшення больового синдрому, обумовленого внутрішньотампонажною гіпертензією в порожнині гнійника. З до-

(19) UA (11) 65833 (13) U

помогою гудзикого зонда через пункційний отвір проводять ревізію гнійника за методикою "блукаючого катетера", при цьому вивчають конфігурацію порожнини гнійника. При виконанні зондування рухи зонда повинні бути дуже обережними з мінімальним тиском на оточуючі тканини, щоб запобігти їх травмуванню. За описаною методикою визначають розміри гнійника, його форму, наявність гнійних кишень, їх глибину. Спираючись на отримані параметри, визначають можливість подальшого ведення гнійника закритим (пункційним) чи відкритим (інцизійним) способом. У випадку закритого способу ведення хворого, в порожнину гнійника вводять 10-50 мл (в залежності від об'єму гнійника) розчину антисептика, а м'які тканини сідничної області навколо гнійника обколюють (інфільтрують) розчином антибіотика широкого спектра дії та місцевого анестетика (0,25-0,5 % розчин новокаїну). У випадку відкритого способу ведення хворого переходять до методики лікування згідно зі способом-аналогом.

Виконання оперативного втручання, згідно з корисною моделлю, має наступні переваги:

- методика є малотравматичною, що дозволяє отримати добрий косметичний результат, без утворення грубого післяопераційного рубця;
- не потребує виконання додаткової анестезії, оскільки після пункції та евакуації гною хворий відмічає значне зменшення больового синдрому, обумовленого внутрішньотканинною гіпертензією;
- спосіб не супроводжується кровотечею та крововтратою;
- спосіб дає можливість вибрати диференційовану тактику подальшого ведення хворого: відкрити (розкриття, пальцева ревізія, санація абсцесу) або закрити (пункція, фракційний лаваж); це дозволяє проводити радикальне лікування хворого амбулаторно, уникаючи необхідності тампонування рани та повторних болісних перев'язок.

Приклад: хворий В., звернувся до приймального відділення 07.04.2010 року зі скаргами на лихоманку, біль, припухлість, почервоніння в ділянці лівої сідниці, протягом останнього тижня отримувал внутрішньом'язові ін'єкції. Встановлено діагноз гострий постін'єкційний абсцес лівої сідничної ділянки. В екстреному порядку хворому виконано оперативне втручання, згідно з корисною моделлю. При зондуванні порожнини гнійника виявлено, що вона має сферичну форму, розмірами до 6 см та не має додаткових гнійних кишень. Відразу після евакуації гною пацієнт відмітив значне полегшення больового синдрому, пункція абсцесу проводилася без додаткового знеболення. Хворому в амбулаторному порядку проводили парентеральну антибактеріальну терапію (6 днів), виконували повторний лаваж порожнини гнійника розчином

антисептика протягом 5 днів. Температура тіла нормалізувалася на наступний день після пункції абсцесу, відмічена позитивна динаміка місцевого статусу (зменшилися гіперемія, набряк, болісність при пальпації). Тривалість амбулаторного лікування складала 7 днів.

Запропонований спосіб застосовувався при лікуванні 7 пацієнтів з гострим постін'єкційним абсцесом сідничної ділянки. В усіх пацієнтів втручання проводилося без анестезії. Пункція абсцесу та евакуація гною в усіх випадках призводила до значного полегшення больового синдрому, обумовленого внутрішньотканинною гіпертензією. Втручання у всіх пацієнтів виконувалося практично безкровно. Після ревізії порожнини абсцесу у 2 пацієнтів перейшли до відкритої тактики ведення хворого: розкриття, пальцева ревізія, санація, дренивання абсцесу. Показами до відкритої лікувальної тактики були: великі розміри абсцесу та наявність глибоких гнійних кишень, адекватне дренивання яких через пункційні отвори визнавалося сумнівним. У 5 пацієнтів вибрана закрита лікувальна тактика: через додатковий пункційний отвір проводився фракційний лаваж порожнини абсцесу розчинами антисептиків та інфільтрація м'яких тканин навколо абсцесу розчином антибіотика широкого спектра дії з додаванням місцевого анестетика (0,25-0,5 % новокаїну). Показаннями до закритої лікувальної тактики були абсцеси невеликих розмірів, сферичної конфігурації, без гнійних кишень, або з обмеженими, не глибокими гнійними кишнями, які не заважали адекватному їх дрениванню. Хворі за закритою методикою лікувалися амбулаторно. В усіх хворих хірургічне лікування виявилось адекватним.

За способом-прототипом прооперовано 48 пацієнтів з гострим постін'єкційним абсцесом сідничної ділянки. Операція у 9 пацієнтів виконувалася під загальним знеболенням, у 15 - під спинномозковою анестезією, у 24 - під місцевою інфільтраційною анестезією. 37 хворих лікувалися стаціонарно. У всіх пацієнтів втручання супроводжувалося кровотечею та потребувало тампонування післяопераційної рани, повторних перев'язок.

Спосіб, що заявляється апробований на базі кафедри хірургії № 4 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця МОЗ України, Головного військово-медичного клінічного центру МО України та хірургічного відділення військово-медичного управління СБ України. Отримані позитивні результати дають підстави рекомендувати цей спосіб в широку медичну практику.

Література:

1. Шаповал С.Д. Гнійно-септична хірургія: навч. посібник / С.Д. Шаповал. - Запоріжжя: Вид-во "Орбіта-Юг", 2007. - 191 с.