



УКРАЇНА

(19) UA (11) 65834 (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 РЕВІЗІЇ ПОРОЖНИНИ АБСЦЕСУ М'ЯКИХ ТКАНИН

1

2

(21) u201109130

(22) 21.07.2011

(24) 12.12.2011

(46) 12.12.2011, Бюл.№ 23, 2011 р.

(72) ЦЕМА ЄВГЕН ВОЛОДИМИРОВИЧ, МІШАЛОВ
ВОЛОДИМИР ГРИГОРОВИЧ, ЮРКІВ ОЛЕГ ЄВГЕ-
НОВИЧ

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

(57) Спосіб ревізії порожнини абсцесу м'яких тка-
нин, що передбачає визначення його розмірів,
конфігурації та наявності гнійних кишень, який **ві-
дрізняється** тим, що ревізію порожнини абсцесу
проводять закритим способом, після його пункції
та евакуації гнійного ексудату, за допомогою гу-
дзикового зонда, який вводять через пункційний
отвір.

Корисна модель належить до медицини, а са-
ме загальної, невідкладної та амбулаторної хірур-
гії, і може бути використана при лікуванні абсцесів
м'яких тканин будь-якої локалізації.

Найбільш близьким за суттєвими ознаками до
способу, що заявляється, є спосіб відкритої ревізії
абсцесу вибраний нами як прототип, що передба-
чає виконання розкриття абсцесу над місцем най-
більшої флуктуації та визначення з допомогою
пальцевої ревізії форму, розміри абсцесу та наяв-
ність гнійних кишень [1].

Недоліками способу-прототипу є:

- травматичність втручання, після якого зали-
шається грубий післяопераційний рубець;
- спосіб потребує виконання анестезії (загаль-
ної, спинномозкової чи інфільтраційної);
- використання способу-аналогу, як правило,
потребує госпіталізації хворого до стаціонару;
- відкрита ревізія може супроводжуватися кро-
вотечею та крововтратою;
- після виконання відкритої ревізії порожнини
абсцесу, як правило, виникає необхідність тампо-
нування післяопераційної рани та повторних болі-
сних перев'язок.

Задачею корисної моделі є розробка такого
способу ревізії порожнини абсцесу м'яких тканин,
який дозволяє виконати цю процедуру малотрав-
матично, з мінімальними больовими відчуттями,
не супроводжувався кровотечею та не потребував
додаткової анестезії.

Технічний результат, що досягається від вирі-
шення задачі, полягає в можливості виконання
ревізії порожнини абсцесу без широкого розсічен-

ня тканин в амбулаторних умовах і не потребує
додаткового знеболення.

Поставлена задача вирішується тим, що у ві-
домому способі ревізії порожнини абсцесу, що
передбачає розкриття та відкрити пальцеву реві-
зію порожнини абсцесу, згідно з корисною модел-
лю, ревізію порожнини абсцесу проводять після
його пункції та евакуації гнійного ексудату закри-
тим способом за допомогою гудзикового зонда,
який вводять через пункційний отвір.

Суть корисної моделі полягає у тому, що за
рахунок використання пункційних технологій ство-
рюється можливість для ревізії порожнини абсцесу
м'яких тканин малотравматично - через пункційний
отвір.

Спосіб виконують наступним чином:

Після пункції абсцесу та евакуації гнійного ек-
судату через пункційний отвір вводять гудзиковий
зонд. З допомогою зонда за методикою подібною
до "блукаючого катетера" вивчають конфігурацію
порожнини гнійника, при цьому рухи зонда повинні
бути дуже обережними, з мінімальним тиском на
оточуючі тканини, щоб запобігти їх травмуванню.
За описаною методикою визначають розміри гній-
ника, його форму, наявність гнійних кишень, їх
глибину. Спираючись на отримані параметри, ви-
значають можливість подальшого ведення гнійни-
ка закритим (пункційним) чи відкритим (інцизійним)
способом.

Спосіб має наступні переваги:

- методика є малоінвазивною, що дозволяє
отримати добрий косметичний результат, без
утворення грубого післяопераційного рубця;

(13) U
(11) 65834
(19) UA

- 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: відкриту (розкриття, пальцева ревізія, санація абсцесу) або закриту (пункція, проточно-промивне чи фракційне дренирування) - це в низці випадків дозволяє проводити радикальне лікування хворого амбулаторно, уникаючи необхідності тампонування рани та повторних болісних перев'язок.

Приклад: хворий К., звернувся до приймально-го відділення 18.08.2010 року зі скаргами на гіпертермію, біль, припухлість, почервоніння в місці внутрішньом'язової ін'єкції. Встановлено діагноз: постін'єкційний абсцес правої сідничної ділянки. В екстреному порядку хворому було виконано пункцію абсцесу, евакуйовано гній, через пункційний отвір проведено зондову ревізію порожнини абсцесу, згідно з корисною моделлю, виконано фракційний лаваж розчинами антисептиків. Враховуючи невеликий розмір порожнини абсцесу (25×35 мм) та відсутність гнійних кишень, вибрана закрита лікувальна тактика (повторні пункції, фракційний лаваж, інфільтрація м'яких тканин розчином антибіотика). Хворий лікувався амбулаторно, лікувальні маніпуляції не потребували додаткового знеболення. Пацієнт відновив працездатність через 7 днів після операції.

Запропонований спосіб застосовувався при лікуванні 13 пацієнтів з абсцесами м'яких тканин різної локалізації: 7 хворих з постін'єкційним абсцесом сідничної ділянки; 4 пацієнти з абсцесом пахової ділянки, в наслідок гнійного гідраденіту; 2 хворих з абсцесами крижово-куприкової ділянки, внаслідок гострого нагноєння епітеліально-куприкового ходу. В усіх пацієнтів втручання проводилося без анестезії. Пункція абсцесу та евакуація гною в усіх випадках призводила до значного полегшення больового синдрому, обумовленого внутрішньотканинною гіпертензією. Ревізія порожнини гнійника тривала в середньому 3,6±0,8 хвилини та не супроводжувалася вираженим больовим синдромом, який потребував би додаткового

знеболення. Втручання у всіх пацієнтів виконувалося практично безкровно. Після ревізії порожнини абсцесу у 6 пацієнтів перейшли до відкритої тактики ведення хворого: розкриття, пальцева ревізія, санація, дренирування абсцесу. Показаннями до відкритої лікувальної тактики були: великі розміри абсцесу та наявність глибоких гнійних кишень, адекватне дренирування яких через пункційні отвори визнавалося сумнівним. Пацієнти, в яких вибрана відкрита лікувальна тактика лікувалися стаціонарно. У 7 пацієнтів вибрана закрити лікувальна тактика: через додатковий пункційний отвір проводився лаваж (проточно-промивне дренирування або фракційний лаваж) порожнини абсцесу розчинами антисептиків та інфільтрація перифокальних тканин 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 дренируванню. Хворі за закритою методикою лікувалися амбулаторно.

За способом-прототипом прооперовано 54 пацієнти з абсцесами м'яких тканин різної локалізації. Операція у 11 пацієнтів виконувалася під загальним знеболенням, у 15 - під спинномозковою анестезією, у 28 - під місцевою інфільтраційною анестезією. Середня тривалість пальцевої ревізії порожнини гнійника склала 1,4±0,31 хвилини. 42 пацієнти потребували госпіталізації до стаціонару. 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.

Джерела інформації:

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