



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **128320** (13) **U**
(51) МПК (2018.01)

A61B 17/00

A61K 31/498 (2006.01)

A61K 31/167 (2006.01)

A61K 31/155 (2006.01)

A61P 31/02 (2006.01)

A61P 31/04 (2006.01)

A61P 29/00

МІНІСТЕРСТВО
ЕКОНОМІЧНОГО
РОЗВИТКУ І ТОРГІВЛІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

<p>(21) Номер заявки: u 2018 03768</p> <p>(22) Дата подання заявки: 06.04.2018</p> <p>(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.09.2018</p> <p>(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.09.2018, Бюл.№ 17</p>	<p>(72) Винахідник(и): Кизименко Олексій Олексійович (UA), Ляховський Віталій Іванович (UA), Городова-Андрєєва Тамара Валер'янівна (UA), Люлька Олександр Миколайович (UA), Ковальов Олександр Павлович (UA)</p> <p>(73) Власник(и): ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ "УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ", вул. Шевченка, 23, м. Полтава, 36011 (UA)</p>
--	--

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ГНІЙНОГО НЕЛАКТАЦІЙНОГО МАСТИТУ З ВИКОРИСТАННЯМ ВАКУУМІНСТИЛЯЦІЙНОЇ ТЕРАПІЇ

(57) Реферат:

Спосіб лікування гострого гнійного нелактичного маститу включає хірургічну інвазію у вигляді одномоментного радіального розрізу над вогнищем деструктивного запалення з евакуацією гнійного вмісту, обробкою антисептиками. При цьому, після проведення хірургічного етапу лікування рана заповнюється серветкою з "Діоксизолем", а на наступну добу у вигляді місцевого лікування застосовується вакуумінстиляційна терапія спеціальним розчином, до складу якого входить трипсин, хлоргексидин та лідокаїн 3 рази на добу протягом 6 днів з подальшим накладанням вторинних швів на рану.

UA 128320 U

Запропонована корисна модель належить до медицини, а саме до хірургії.

Мастит протягом тривалого часу є однією зі значущих хірургічних проблем. Що стосується епідеміологічних показників поширеності маститу, то можна стверджувати про досить стійкі статистичні позиції, які коливаються в межах 20 % поміж інших гнійно-некротичних процесів підшкірно-жирової клітковини. Слід зазначити, що левову долю в цих деструктивних процесах займають саме мастити пов'язані з дітонародженням. На нелактаційні мастити найчастіше хворіють жінки віком від 15 до 65 років. Основними причинами цього є поєднання дисгормонального балансу та наявності агресивного інфекційного агента. Це є "запорукою" швидкого розвитку гнійно-некротичного процесу. На жаль, у наш час зустрічається чимало спроб самолікування нелактаційних маститів "народними методами". Це виливається у вигляді запізнилих госпіталізацій з обширною деструкцією м'яких тканин залози, які у подальшому призводять до значних косметичних дефектів та потребують пластичної хірургічної корекції.

Лікування деструктивних форм маститів у більшості випадків зводиться до екстреного оперативного втручання у вигляді широкого розтину та видалення деструктивно-змінених тканин у межах здорових, з подальшою санацією та дренажуванням порожнини гнійного процесу. При цьому існують деякі модифікації відомих способів із залученням спеціальних ріжучих пристроїв. До таких способів належить спосіб, що включає в себе застосування радіочастотного скальпелю "Електропульс С-350 РЧ" в режимі "різання" для виконання розтину шкіри та підшкірно-жирової клітковини. У подальшому автор рекомендує проводити обробку стінок гнійника в режим монополяра 40 іскрових безконтактних коагуляцій. При цьому автор відмічає одночасно досягнення стійкого гемостазу і вираженого антисептичного ефекту. Автор відзначає, що головною перевагою цього методу є суттєве зменшення часу оперативного втручання (Чернова Н.В., // патент № 83260, опублікований 27.08.2013 року. Бюл. № 16). Слід зазначити, що автор у патенті не вказує числових показників напруги, необхідних для здійснення процесів різання та коагуляції. Також слід зазначити високий ступінь травматизації тканин, який відповідає термічному опіку III ступеню, а це суттєво подовжує час реконвалесценції таких хворих. У подальшому автор не описує особливостей місцевого лікування та не відображає віддалених результатів. Наведений автором позитивний бактерицидний ефект, може бути знівельований порушенням цілісності природного бар'єру ятрогенним опіком.

Найбільш близьким до запропонованого є спосіб лікування, що включає в себе екстрене оперативне втручання з подальшим місцевим застосуванням озono-ультразвукового методу терміном 7 днів. Для цього використовується озонований 0,9 % розчин хлориду натрію та ультразвуковий апарат (УРСК-7Н-22). Тривалість процедури не перевищує 10 хвилин. Протягом цих 7 днів системно проводять динамічні планіметричні заміри площі рани. Автор відмічає швидке зменшення мікробного забруднення та суттєву активацію репаративних процесів (Чернова Н.В., // патент № 83259 27.08.2013 року. Бюл. № 16). Слід зазначити, що дана методика є досить трудомісткою. Також досить складно уникнути гідротермічної деструкції рани, яка значно ускладнює типовий перебіг ранового процесу. Окрім того, запропонована методика не впливає на активацію процесів неоангіогенезу.

В основу корисної моделі було поставлено задачу покращити результати лікування у жінок з гнійними нелактаційними маститами шляхом систематизації місцевого лікування, що включає в себе здійснення одномоментного широкого розрізу, який йде від ареоли в радіальному напрямку на всю довжину гнійника, після чого, починаючи з 2 доби для місцевого лікування активно застосовується вакуумінстиляційна терапія з використанням розчину, що містить трипсин, хлоргексидин та лідокаїн.

Спосіб виконують наступним чином. Під внутрішньовенним знеболенням в положенні на спині для розтину гнійника виконують один радіальний розріз, який починається від ареоли, далі його продовжують назовні в радіальному напрямку по всій довжині гнійника. Після широкого розкриття виконують некректомію в межах здорових тканин з попереднім забором мазків на визначення бактеріального забруднення. Обов'язковим є забір цитологічного матеріалу з подальшим прицільним визначенням можливої наявності атипичних клітин. Рану промивають 3 % розчином перекису водню та 0,05 % розчином хлоргексидину біглюконату та встановлюють на 1 добу серветки з "Діоксизолем". На наступну добу після промивання антисептиками в рану встановлюють поліуританову губку з діаметром пор 400 мкм. Перед укладанням губку також змочують спеціальним розчином, який готується наступним чином: на 400 мл 0,05 % розчину хлоргексидину біглюконату додають 10 ампул 2 % лідокаїну (2 мл/мл) та 10 ампул кристалічного трипсину (10 мг в 1 ампулі). Для герметизації рани зверху накладається самоклеюча ультратонка поліпропіленова плівка Hydrofilm 10 см × 15 см. При цьому плівка повинна виходити за межі країв рани щонайменше на 2 сантиметри. При необхідності можна використовувати плівку інших

розмірів. Попередньо в центрі цієї плівки ножицями прорізають отвір діаметром до 2,5 сантиметрів. Попередньо в цей отвір перед постановкою заводять присоску, що з'єднується через полівінілхлоридну жорстку трубку з апаратом негативного тиску HEACO NP32. Вакуумну терапію проводять використовуючи постійний режим з показниками - 105 мм. рт. ст. Тривалість процедури 3 доби, після чого виконують заміну розхідних матеріалів та продовжують терапію ще на 3 доби. Одночасно проводять інстиляційну терапію, яку виконують таким чином: кожні 8 годин на відстані 8 сантиметрів від рани полівінілхлоридну трубку перетискають затискачем, від'єднують її від апарату негативного тиску та вводять у її просвіт до 35 мл вищезгаданого розчину. Заливки виконуються до кінця вакуумної терапії. Після проведеної інстиляційної терапії на 7 добу накладають вторинні шви на рану. Одночасно пацієнту проводять протизапальну, дезінтоксикаційну, антибактеріальну та симптоматичну терапію.

Приклад

Хвора К, 54 роки, історія хвороби № 3216, госпіталізована в ургентному порядку до хірургічного відділення № 1 2-ї міської клінічної лікарні міста Полтави 06.06.2017 року з діагнозом: Гострий гнійний нелактаційний мастит справа. Процес локалізується в верхньому зовнішньому квадранті з підтвердженням вогнищем деструкції за даними ультрасонографічного методу обстеження. Хвора в ургентному порядку взята в операційну, де під внутрішньовенним знеболенням виконано одномоментний радіальний розріз над вогнищем гнійника довжиною до 10 сантиметрів. При розкритті виконаний забір на мікрофлору та цитологічний забір на вміст атипичних клітин, які в подальшому виявлені не були. Виконана ревізія рани та некректомія в межах здорових тканин, гемостаз за допомогою електрокоагулятора. Рана промита розчинами антисептиків з подальшим встановленням в рану серветки з "Діоксизолем". На 2 добу у хворої була застосована вищезгадана методика, яка тривала 6 днів. Раз на 3 доби виконували контрольні посіви та вимірювали площу рани з допомогою онлайн сервісу "Lesionmeter". На 7 добу знімали вакуумну систему, промивали рану антисептиками та накладали вторинні шви на рану. У подальшому спостерігався типовий післяопераційний перебіг і шви були зняті на 7 добу. Виписана з відділення 20.06.2017 року.

Із застосуванням даного способу в хірургічному відділенні №1 2-ої міської клінічної лікарні міста Полтави було проліковано 9 пацієнтів.

При застосуванні даної методики спостерігається значно швидше очищення рани, значно прискорюється мікробна деконтамінація та активізуються процеси неоангіогенезу, які дозволяють уникнути великих післяопераційних деформацій залози.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб лікування гострого гнійного нелактаційного маститу, що включає хірургічну інвазію у вигляді одномоментного радіального розрізу над вогнищем деструктивного запалення з евакуацією гнійного вмісту, обробкою антисептиками, який **відрізняється** тим, що після проведення хірургічного етапу лікування рана заповнюється серветкою з "Діоксизолем", а на наступну добу у вигляді місцевого лікування застосовується вакуумінстиляційна терапія спеціальним розчином, до складу якого входить трипсин, хлоргексидин та лідокаїн 3 рази на добу протягом 6 днів з подальшим накладанням вторинних швів на рану.

Комп'ютерна верстка С. Чулій

Міністерство економічного розвитку і торгівлі України, вул. М. Грушевського, 12/2, м. Київ, 01008, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601