



(19) KG (11) 1009 (13) C1 (46) 31.01.2008

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПАТЕНТНАЯ СЛУЖБА  
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

(51) A61B 17/00 (2006.01)

**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ**

к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)

(19) KG (11) 1009 (13) C1 (46) 31.01.2008

(21) 20070059.1

(22) 25.04.2007

(46) 31.01.2008, Бюл. №1

(71)(73) Абдылдаев Д.К. (KG)

(72) Абдылдаев Д.К., Бейшебаев Т.К., Узакбаева Б.М. (KG)

(56) Чадаев А.П., Зверев А.А. Острый гнойный лактационный мастит. – М.: Медицина, 2003. – С. 55-69

**(54) Способ лечения острого гноиного лактационного мастита у женщин**

(57) Изобретение относится к области медицины, в частности к способам лечения острых гноиных лактационных маститов любой локализации и любой степени распространенности. Задачей изобретения является снижение травматичности и фармакологической нагрузки на организм при лечении, а также сохранение лактационной функции и эстетического состояния молочной железы. Задача решается тем, что лечение проводят закрытым способом с сохранением лактации, для чего под контролем ультразвукового исследования уточняют локализацию гнойной полости, затем после местной анестезии молочной железы осуществляют с двух полюсов чрезкожный доступ к гнойной полости двумя вазоканами (канюли для внутривенных инфузий с тefлоновым катетером 16G×51 мм) – приводящим и отводящим, мандрены удаляют, катетеры фиксируют к коже лейкопластырем и через них активным промыванием эвакуируют гноиное содержимое полости, затем ее санируют охлажденным раствором антисептика. После этого, и далее ежедневно, полость заполняют антимикробным раствором, например диоксидином, перекрывают катетеры на 3 ч, затем 3-4 раза в день проводят активное промывное дренирование полости раствором антисептика до появления прозрачности промывной жидкости. При спадении полости под ультразвуковым контролем и устойчивом уменьшении экссудата катетеры удаляют на 3-7-й день и обрабатывают места прокола дезинфицирующим раствором, например спиртом, и заклеивают бактерицидным лейкопластырем. 2 пр.

Изобретение относится к области медицины, в частности к способам лечения острых гноиных лактационных маститов любой локализации и любой степени распространенности.

При лечении острых гноиных лактационных маститов у женщин общепринятым является хирургическое вскрытие гноиника с иссечением некротических тканей молочной железы, промыванием очага поражения дезинфицирующими растворами и дренированием (Кузин М.И. Хирургические болезни. – М.: Медицина, 1995. – С. 44-46; Бисенков Л.Н., Зубарев П.Н., Трофимов В.М. и др. Неотложная хирургия груди и живота. – С.-Пб.: Гиппократ, 2002. – С. 185-202; Чадаев А.П., Зверев А.А. Острый гноиный лактационный мастит. – М.: Медицина, 2003.– С. 55-69; Горюнов С.В., Ромашов Д.В., Бутивщенко И.А. Гноиная хирургия: Атлас. – М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. – С. 101-106). Различия в разных способах хирургического лечения заключаются в выборе мест разреза, методах эвакуации гноиного содержимого (острое иссечение некротиче-

ских тканей, кюретаж гнойной полости, дренирование полости через контрапертуры и т.д.), а также в методах закрытия хирургического доступа (первичные швы, вторичные швы).

Все известные способы хирургического лечения острого гнойного лактационного мастита предусматривают анестезиологическое обеспечение (внутривенный наркоз), хирургический разрез, удаление некротических тканей. Кроме того, эти способы лечения острого гнойного лактационного мастита имеют ряд существенных недостатков: необходимость внутривенной анестезии, высокая травматичность, риск рецидивов вследствие распространения инфекции и невозможности эффективного опорожнения молочной железы; рубцовые деформации и фиброз тканей молочной железы, формирующиеся при вторичном заживлении ран, появление устойчивости микроорганизмов к антибиотикам из-за необходимости их длительного использования, выраженный болевой эффект при проведении санационных мероприятий в течение 2-3-х недель, прекращение лактации и необходимость использования дополнительных медикаментозных средств для этих целей, вынужденная необходимость перевода младенца на искусственное вскармливание, потеря трудоспособности на время лечения. К недостаткам известных способов относятся также большие экономические затраты на лечение и эмоциональный стресс пациентки из-за прекращения лактации и деформации грудной железы.

В качестве прототипа выбран способ хирургического лечения острого гнойного лактационного мастита у женщин (Чадаев А.П., Зверев А.А. Острый гнойный лактационный мастит. – М.: Медицина, 2003. – С. 55-69). Способ по прототипу предусматривает предоперационную подготовку операционного поля путем его накожной обработки дезинфицирующими средствами. Для достижения адекватного обезболивающего эффекта проводят премедикацию наркотическими анальгетиками (например, тримепиридином), затем осуществляют внутривенный наркоз анестетиками. Доступ к гнойной полости осуществляют разрезом молочной железы скальпелем в месте наибольшего размягчения тканей, эвакуации её содержимого. Затем острым путём иссекают некротические ткани с промыванием раневой полости дезинфицирующими растворами. При необходимости иссекают частично паренхиму молочной железы, затронутую некрозом. Для последующего дренирования полости делают дополнительные проколы, через которые проводят дренажную полихлорвиниловую трубку с отверстиями на боковых поверхностях. Концы трубки фиксируются к коже отдельными швами. Рану ушивают первичными швами и через дренажную трубку эвакуируют раневой экссудат в течение 5-7-ми дней, после чего дренажную трубку убирают. Лечение проводят на фоне массированного назначения антибиотиков широкого спектра действия по схеме.

Недостатками способа по прототипу являются высокая травматичность, большая фармакологическая нагрузка за счет используемых до, при и после операции медикаментов, риск развития резистентности к антибиотикам, опасность рецидивов, а также грубые послеоперационные рубцы и нарушения структуры молочной железы. К серьезным недостаткам прототипа относятся необходимость прерывания лактации и перевод младенца на искусственное вскармливание.

Задачей изобретения является снижение травматичности и фармакологической нагрузки на организм при лечении, а также сохранение лактационной функции и эстетического состояния молочной железы.

Задача решается тем, что лечение проводят закрытым способом с сохранением лактации, для чего под контролем ультразвукового исследования уточняют локализацию гнойной полости, затем после местной анестезии молочной железы осуществляют с двух полюсов чрезкожный доступ к гнойной полости двумя вазоканами (канюли для внутривенных инфузий с тефлоновым катетером 16G×51 мм) – приводящим и отводящим, мандрены удаляют, катетеры фиксируют к коже лейкопластырем и через них активным промыванием эвакуируют гнойное содержимое полости, затем ее санируют охлажденным раствором антисептика. После этого, и далее ежедневно, полость заполняют antimикробным раствором, например диоксидином, перекрывают катетеры на 3 ч, затем 3-4 раза в день проводят активное промывное дренирование полости раствором антисептика до появления прозрачности промывной жидкости. При спадении полости под ультразвуковым контролем и устойчивом уменьшении экссудата катетеры удаляют на 3-7-й день и обрабатывают места прокола дезинфицирующим раствором, например спиртом, и заклеивают бактерицидным лейкопластырем.

Нижеприводимые примеры конкретного выполнения позволяют продемонстрировать клиническую эффективность предложенного метода лечения при различной локализации и распространенности процесса острого гнойного лактационного мастита у женщин.

Пример 1. Больная К., 27 лет, амбулаторная карта №2315. Обратилась в Маммологический центр на 7-й день послеродового периода с жалобами на повышение температуры до 38°C, слабость, боль в области правой молочной железы, затруднения при кормлении ребёнка из-за выраженного болевого синдрома. При осмотре: имеется значительное увеличение правой молочной железы за счёт выраженной инфильтрации в области верхнего наружного квадранта. Отмечается гиперемия, размягчение тканей, резкая болезненность молочной железы при пальпации. Региональные лимфатические узлы не увеличены. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) молочной железы: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется эхопозитивное образование размером 43 на 54 мм на глубине 21 мм с гомогенным жидкостным содержимым. Заключение: интрамаммарный гнойный мастит справа.

Диагноз: острый гнойный интрамаммарный лактационный мастит правой молочной железы.

Лечение проводилось амбулаторно при продолжении лактации и кормления младенца. Молочная железа обработана раствором спирта. В намечаемых точках прокола проведена внутрикожная анестезия 0.5-1.0%-ным новокаином с использованием инсулинового шприца. С двух полюсов сделаны два прокола при помощи двух вазоканов (канюля для внутривенных инфузий с тефлоновым катетером 16G×51 мм). Эвакуировано гнойное содержимое в количестве 30 мл. Мандрены удалены, катетеры зафиксированы лейкопластирем к коже, после чего полость промыли стерильным охлаждённым раствором фурацилина до чистых вод. В полость ввели 20 мл диоксицина, катетеры закрыли пробками на 3 ч. Через 3 ч пробки открыли, обеспечив тем самым свободное истечение жидкости из катетеров. Затем через каждые 3-4 ч полость активно промывали раствором антисептика до появления прозрачности промывной жидкости. Аналогичные мероприятия были проведены в течение 3-х сут. На 3-и сут – отделяемое скучное. При УЗИ полость сократилась до 7×8 мм. Катетеры удалены, места проколов обработаны спиртом и заклеены бактерицидным лейкопластирем. На 4-е сут при контрольном ультразвуковом исследовании зафиксировано уменьшение полости до 5-ти мм. Рекомендовано явиться через 1 месяц.

Катамнез наблюдения составил 12 месяцев: при полноценном кормлении младенца через 1 месяц на УЗИ полость отсутствует; через 6 месяцев на УЗИ патологии в молочной железе не обнаружено; лактация прекращена через 9 месяцев; через 12 месяцев при ультразвуковом исследовании молочной железы патологии в ней не обнаружено. Внешне молочная железа эстетична, без рубцовых изменений, места проколов незаметны.

Пример 2. Больная Г., 33 года, амбулаторная карта № 1214. Обратилась в Маммологический центр на 20-е сутки послеродового периода с жалобами на повышение температуры до 38.8°C, слабость, боль в области левой молочной железы, затруднения при кормлении ребёнка из-за выраженного болевого синдрома. При осмотре: имеется незначительное увеличение левой молочной железы за счёт выраженной инфильтрации в области верхнего наружного квадранта молочной железы. Отмечается гиперемия, размягчение тканей, резкая болезненность молочной железы при пальпации. Региональные лимфатические узлы увеличены до 15-ти мм, болезненны. При УЗИ молочной железы: за ареолой левой молочной железы определяется образование размером 62 на 51 мм с разнородной эхогенной плотностью на глубине 30-ти мм. В подмышечной области слева лимфатические узлы размером до 13-ти мм. Заключение: ретромаммарный гнойный мастит слева.

Диагноз: острый гнойный ретромаммарный лактационный мастит левой молочной железы.

Лечение проводилось амбулаторно при продолжении лактации и кормления младенца. Молочная железа обработана раствором спирта. В намечаемых точках прокола проведена внутрикожная анестезия 0.5-1.0%-ным новокаином с использованием инсулинового шприца. С двух полюсов сделаны два чрезкожных прокола при помощи двух вазоканов для внутривенных инфузий с тефлоновым катетером 16G×51 мм. Эвакуировано гнойное содержимое в количестве 65-ти мл. Мандрены удалены, катетеры зафиксированы лейкопластирем к коже, после чего полость промыта стерильным охлаждённым раствором фурацилина до чистых вод. Затем в полость ввели 40 мл диоксицина, катетеры закрыли пробками на 3 ч. Через 3 ч пробки открыли, обеспечив тем самым свободное истечение жидкости из катетеров. Затем через каждые 3-4 ч в течение дня полость активно промывали раствором антисептика до появления прозрачности промывной жидкости. Аналогичные мероприятия проводились в течение 5-ти сут. На 5-е сут – отделяемое скучное. При УЗИ полость сократилась до 12x9 мм. Катетеры удалены. Места проколов обработаны спиртом и заклеены бактерицидным лейкопластирем. На 6-е сут при контрольном ультразвуковом ис-

следовании зафиксировано уменьшение полости до 5-ти мм. Рекомендовано явиться через 1 месяц.

Катамнез наблюдения составил 12 месяцев: при полноценном кормлении младенца через 1 месяц на УЗИ полость отсутствует, подмышечные лимфатические узлы слева не визуализируются; через 6 месяцев при ультразвуковом исследовании патологии в молочной железе не обнаружено; лактация прекращена через 10 месяцев; через 12 месяцев при ультразвуковом исследовании молочной железы патологии в ней не обнаружено. Молочная железа сохранила свою форму, эстетична, рубцовых изменений нет, места прокола незаметны.

Способ позволяет значительно снизить травматичность хирургического вмешательства в условиях использования минимального объема фармакологических безопасных средств. Кроме того, изобретение дает возможность сохранения лактации и кормления младенца, устраниет опасность грубых рубцовых изменений молочной железы, сохраняет эстетичный вид женской груди.

### **Формула изобретения**

Способ лечения острого гнойного лактационного мастита у женщин, заключающийся в предоперационной подготовке молочной железы, доступе к гнойной полости, эвакуации ее содержимого, промывании полости санирующими растворами с последующим дренированием и закрытием путей доступа, отличающийся тем, что лечение проводят под ультразвуковым контролем закрытым способом с сохранением лактации, для чего после местной анестезии осуществляют с двух полюсов чрезкожный доступ к гнойной полости двумя вазоканами – приводящим и отводящим, мандрины удаляют, катетеры фиксируют к коже лейкопластырем и через них активным промыванием под положительным давлением эвакуируют гнойное содержимое полости, затем после санации, ежедневно полость заполняют антимикробным раствором, например диоксидином, перекрывают катетеры на 3 ч, затем 3-4 раза в день проводят активное промывное дренирование полости раствором антисептика до прозрачности промывной жидкости; при спадении полости и устойчивом уменьшении экссудата катетеры удаляют на 3-7-й день и обрабатывают места прокола дезинфицирующим раствором.

Составитель описания

Нургазиева А.С.

Ответственный за выпуск

Чекиров А.Ч.

---

Государственная патентная служба КР, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 680819, 681641; факс: (312) 68 17 03