

(19) **KG** (11) **1100** (13) **C1** (46) **29.11.2008**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПАТЕНТНАЯ СЛУЖБА
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ(51) *A61B 17/00* (2006.01)**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ****к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)**

(21) 20080010.1

(22) 25.01.2008

(46) 29.11.2008, Бюл. №11

(71)(73) Абдылдаев Д.К. (KG)

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

(56) Чадаев А.П., Зверев А.А. Современные взгляды на хирургическое лечение острого гнойного лактационного мастита // Трудный пациент. – 2005. №10-11.

(54) Способ лечения солитарного острого гнойного лактационного мастита у женщин

(57) Изобретение относится к области медицины, в частности к способам лечения солитарных острых гнойных лактационных маститов любой локализации. Задача изобретения заключается в разработке способа, позволяющего сократить сроки лечения солитарного мастита с сохранением лактации и эстетичного состояния молочной железы. Задача решается тем, что лечение проводят под ультразвуковым контролем закрытым способом с сохранением лактации и грудного вскармливания младенца, для чего путем ультразвукового исследования уточняют локализацию солитарной гнойной полости, затем после местной анестезии молочной железы осуществляют одним вазоканом чрезкожный, диаметром в 1-2мм, доступ к гнойной полости через ее нижний полюс, методом аспирации эвакуируют гнойное содержимое, мандрен удаляют, катетер фиксируют к коже лейкопластырем и через него под положительным давлением промывают полость охлажденным раствором антисептика или кипяченой холодной водой до прозрачности промывной жидкости, заполняют ее антимикробным раствором, например диоксицином, перекрывают катетер на 3 часа с последующим свободным истечением содержимого полости. Промывание повторяют 1 раз в день в течение 2-4 дней до прекращения экссудации и сближения стенок полости, после чего катетер удаляют и обрабатывают место прокола дезинфицирующим раствором. 1 п. ф., 2 пр.

Изобретение относится к области медицины, в частности к способам лечения солитарных острых гнойных лактационных маститов любой локализации у женщин.

Солитарный острый гнойный лактационный мастит у женщин в общепринятой практике лечат хирургическими методами. Общими номинативными признаками известных способов хирургического лечения солитарного острого гнойного лактационного мастита у женщин являются: предоперационная подготовка (подготовка операционного поля, премедикация анальгетиками, внутривенный наркоз), доступ к сформировавшемуся солитарному абсцессу разрезом или проколом, эвакуация гнойного содержимого (острое иссечение некротических тканей, выскабливание полости, тампонирующее через контрапертуры и т.д.), промывание операционной раны антисептиками, закрытие раны наложением швов (первичные, первично отсроченные, вторичные швы), постоперационное дренирование (с использованием дренажно-промывной системы, через контрапертуры, резиновыми полосками и т.д.), закрытие ушиванием путей доступа при стихании воспалительного процесса. В комплексных схемах применяемых средств, при лечении традиционно рекомендуется использовать достаточно большой объем фармакологических препара-

(19) **KG** (11) **1100** (13) **C1** (46) **29.11.2008**

ратов: антибиотики, препараты и производные задней доли гипофиза, антигистаминные, неспецифические противовоспалительные, седативные средства. Кроме этого – физиотерапевтические процедуры, местную гипотермию (Каншин Н.Н. Закрытое лечение нагноительных процессов методом активного промывного дренирования // Хирургия. – 1980. №11; Зиневич В.П., Иванова Р.М., Гаврилов С.Г. и др. Опыт лечения больных с острым гнойным лактационным маститом // Вестник хирургии. – 1981. №2; Бисенков Л.Н., Зубарев П.Н., Трофимов В.М. и др. Неотложная хирургия груди и живота. Санкт-Петербург: Гиппократ, 2002. – С. 185-202; Горюнов С.В., Ромашов Д.В., Бутивщенко И.А. Гнойная хирургия. Атлас. – Москва: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. – С. 101-106; Чадаев А.П., Зверев А.А. Острый гнойный лактационный мастит. – Москва: Медицина, 2003. – С. 55-69).

Все вышеуказанные способы лечения имеют ряд существенных недостатков: необходимость внутривенной анестезии, высокая травматичность, риск рецидивов вследствие распространения инфекции и невозможности эффективного опорожнения молочной железы; большая фармакологическая нагрузка на организм, появление устойчивости к антибиотикам из-за необходимости их длительного использования, выраженный болевой эффект при проведении санационных мероприятий в течение 2-3 недель, прекращение лактации и необходимость использования дополнительных медикаментозных средств для этих целей, вынужденная необходимость перевода младенца на искусственное вскармливание, потеря трудоспособности на время лечения. Заживление при остром иссечении некротических тканей происходит вторичным натяжением, вследствие чего формируются рубцовые деформации и фиброз тканей молочной железы. Кроме того, к недостаткам относятся большие экономические затраты на лечение и эмоциональный стресс пациентки из-за прекращения лактации и кормления младенца, а также из-за деформации грудной железы.

В качестве прототипа выбран способ хирургического лечения острого гнойного лактационного мастита у женщин (Чадаев А.П., Зверев А.А. Современные взгляды на хирургическое лечение острого гнойного лактационного мастита // Трудный пациент. – 2005. №10-11). Способ предусматривает предоперационную подготовку молочной железы путем ее накожной обработки дезинфицирующими средствами. Для достижения адекватного обезболивающего эффекта проводят премедикацию наркотическими анальгетиками (например, тримепиридином), затем осуществляют внутривенный наркоз анестетиками. В зависимости от локализации гнойного очага доступ к гнойной полости осуществляют полуовальным или дугообразным в 2-3 см разрезом молочной железы хирургическим скальпелем в месте наибольшего размягчения тканей. После вскрытия гнойника проводят его радикальную хирургическую обработку: эвакуируют гнойное содержимое, промывают полость растворами антисептиков, затем иссекают всю нежизнеспособную ткань. При необходимости иссекают частично паренхиму молочной железы, затронутую некрозом. Хирургическую обработку гнойного очага дополняют вакуумированием раны с ее одновременным орошением растворами антисептиков. Для последующего дренирования полости делают дополнительные разрезы для установки дренажно-промывной системы, состоящей из отдельных разнокалиберных полихлорвиниловых трубок. При отсутствии противопоказаний накладывают один ряд узловых швов на подкожную клетчатку и отдельные швы на кожу, образуя таким путем замкнутую полость, сообщаемую с внешним пространством через трубки дренажно-промывной системы. Промывание осуществляется постоянно с перерывами на туалет и принятие пищи. Дренажно-промывную систему удаляют через 5-12 суток и в местах разреза оставляют резиновые полоски еще на 1-2 суток. Обязательным компонентом лекарственной терапии являются антибиотики, десенсибилизирующие препараты, иммунокорректирующая терапия и фармпрепараты, воздействующие на снижение и прерывание лактации. Швы снимаются на 8-9 сутки с общим сроком лечения до 12-14 дней.

Недостатками способа по прототипу являются: сложность осуществления, достаточно высокая травматичность (хирургические разрезы, крепление швами дренажно-промывной системы, необходимость ушивания операционной раны), большая фармакологическая нагрузка за счет используемых медикаментов, риск развития резистентности к антибиотикам, риск лактостаза, необходимость прерывания лактации и перевод младенца на искусственное вскармливание. Кроме того, способ требует специального технического оснащения в виде дренажно-промывной системы.

Задача изобретения заключается в разработке способа, позволяющего сократить сроки лечения солитарного мастита с сохранением лактации и эстетичного состояния молочной железы.

Задача решается тем, что лечение проводят под ультразвуковым контролем закрытым способом с сохранением лактации и грудного вскармливания младенца, для чего путем ультразвукового исследования уточняют локализацию солитарной гнойной полости, затем после местной анестезии молочной железы осуществляют одним вазоканом чрезкожный, диаметром в 1-2 мм, доступ к гнойной полости через ее нижний полюс, методом аспирации эвакуируют гнойное содержимое, мандрен удаляют, катетер фиксируют к коже лейкопластырем и через него под положительным давлением промывают полость охлажденным раствором антисептика или кипяченой холодной водой до прозрачности промывной жидкости, заполняют ее антимикробным раствором, например диоксидином, перекрывают катетер на 3 часа с последующим свободным истечением содержимого полости. Промывание повторяют 1 раз в день в течение 2-4 дней до прекращения экссудации и сближения стенок полости, после чего катетер удаляют и обрабатывают место прокола дезинфицирующим раствором.

Нижеприводимые примеры конкретного выполнения позволяют продемонстрировать клиническую эффективность предложенного метода лечения солитарных острых гнойных маститов у женщин при различной локализации очага.

Пример 1. Больная С., 23 года, амбулаторная карта № 1246. Обратилась в Маммологический центр на 10 день послеродового периода с жалобами на повышение температуры до 38.4°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 верхне-наружном квадранте правой молочной железы определяется единичное эхопозитивное образование размером 32×36 мм, на глубине 13 мм с гомогенным жидкостным содержимым. Заключение: солитарный интрамаммарный гнойный мастит справа.

Диагноз: солитарный острый гнойный интрамаммарный лактационный мастит правой молочной железы.

Лечение проводилось амбулаторно, при продолжении лактации и кормления младенца. Молочная железа обработана раствором спирта. В намеченной точке прокола проведена внутрикожная анестезия новокаином 0.5-1.0% с использованием инсулинового шприца. Под УЗИ-контролем в нижний полюс гнойной полости сделан чрезкожный прокол размером 1 мм при помощи вазокана (канюля для внутривенных инфузий с тefлоновым катетером 160×51 мм).

Методом аспирации эвакуировано гнойное содержимое в количестве 30 мл. Мандрен удален, катетер зафиксирован лейкопластырем на коже, после чего полость под положительным давлением промыли стерильным охлажденным раствором фурацилина до чистых вод. В полость ввели 25 мл диоксидина, катетер закрыли пробкой. Через 3 часа пробку открыли, обеспечив тем самым свободное истечение жидкости из катетера. Для удобства пациентки и для контроля количества истекаемой жидкости к концу катетера прикрепили облегченный сборник для жидкости (медицинский презерватив). Аналогичные лечебные мероприятия проводились 1 раз в день в течение 3 последующих суток. На 3-е сутки – отделяемое скудное. При УЗИ полость сократилась до 7×8 мм. Катетер удален. Место прокола обработано спиртом и заклеено бактерицидным лейкопластырем. На 4-е сутки при контрольном ультразвуковом исследовании зафиксировано уменьшение полости до 5 мм. Рекомендовано явиться через 1 месяц.

Катамнез наблюдения составил 12 месяцев: через 1 месяц при УЗИ полость отсутствует; через 6 месяцев на УЗИ патологии в молочной железе не обнаружено; полноценное грудное вскармливание младенца продолжалось 9 месяцев, после чего лактация была прекращена безмедикаментозно. Через 12 месяцев при ультразвуковом исследовании молочной железы патологии в ней не обнаружено. Внешне молочная железа эстетична, без рубцовых изменений, место прокола незаметно.

Пример 2. Больная А., 24 года, амбулаторная карта № 2346. Обратилась в Маммологический центр на 14 сутки послеродового периода с жалобами на повышение температуры до 38.7°C, слабость, боль в области левой молочной железы, затруднения при грудном кормлении ребёнка из-за выраженного болевого синдрома. При осмотре: имеется незначительное увеличение левой молочной железы за счёт выраженной инфильтрации в области нижнее - наружного квадранта молочной железы. Отмечается гиперемия, размягчение тканей, резкая болезненность молочной железы при пальпации. Региональные лимфатические узлы увеличены до 9 мм, болезненны. При УЗИ молочной железы: в нижнее-наружном квадранте левой молочной железы определяется еди-

ничное образование размером 28×35 мм с разнородной эхогенной плотностью на глубине 36 мм. В подмышечной области слева лимфатические узлы размером до 7 мм. Заключение: солитарный ретромаммарный гнойный мастит слева.

Диагноз: солитарный острый гнойный ретромаммарный лактационный мастит левой молочной железы.

Лечение проводилось амбулаторно, при продолжении лактации и грудного вскармливания младенца. Молочная железа обработана раствором спирта. В намеченной точке прокола проведена внутривенная анестезия новокаином 0.5-1.0% с использованием инсулинового шприца. Под УЗИ-контролем в нижний полюс гнойной полости сделан чрезкожный прокол размером 1 мм при помощи вазокана (канюля для внутривенных инфузий с тefлоновым катетером 160×51 мм).

Методом аспирации эвакуировано гнойное содержимое в количестве 20 мл. Мандрен удален, катетер зафиксирован лейкопластырем на коже, после чего полость под положительным давлением промыли стерильным охлажденным раствором фурацилина до чистых вод. В полость ввели 10 мл диоксида, катетер закрыли пробкой на 3 часа. Через 3 часа пробку открыли, обеспечив тем самым свободное истечение жидкости из катетера. Для удобства пациентки и для контроля количества истекаемой жидкости к концу катетера прикрепили облегченный сборник для жидкости (медицинский презерватив). Аналогичные лечебные мероприятия в указанном алгоритме проводились 1 раз в день в течение 2-х последующих суток. На 2-е сутки – отделяемое скудное. При УЗИ полость сократилась до 5×6 мм. Катетер удален. Место прокола обработано спиртом и заклеено бактерицидным лейкопластырем. На 4 сутки при контрольном ультразвуковом исследовании зафиксировано уменьшение полости до 3 мм. Рекомендовано явиться через 1 мес.

Катамнез наблюдения составил 12 месяцев: 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; полноценное грудное вскармливание младенца продолжалось 8 месяцев, лактация прекращена через 8 месяцев. Через 12 месяцев при ультразвуковом исследовании молочной железы патологии в ней не обнаружено. Молочная железа сохранила свою форму, эстетична, рубцовых изменений нет, место прокола незаметно.

Как показали результаты экспериментальной апробации изобретения в течение 12 месяцев на базе Маммологического центра при Национальном центре онкологии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, при лечении женщин с солитарным острым гнойным лактационным маститом способ позволяет сократить сроки лечения, свести до минимума травматичность хирургического вмешательства в условиях назначения местно минимального объема безопасных фармакологических средств. Кроме того, изобретение дает возможность сохранения лактации и грудного вскармливания младенца, устраняет опасность грубых рубцовых изменений молочной железы, сохраняет эстетичный вид женской груди. Способ прост по выполнению, не требует специально технического оснащения и доступен специализированным медицинским учреждениям любого уровня.

Формула изобретения

Способ лечения солитарного 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 одним вазоканом чрезкожный доступ к гнойной полости через ее нижний полюс, методом аспирации эвакуируют гнойное содержимое, мандрен удаляют, катетер фиксируют к коже лейкопластырем и через него под положительным давлением промывают полость охлажденным раствором антисептика или кипяченой водой до прозрачности промывной жидкости, заполняют ее антимикробным раствором, например диоксидом, перекрывают катетер на 3 часа с последующим свободным истечением содержимого полости; лечебный алгоритм повторяют ежедневно в течение 2-4 дней до прекращения экссудации и сближения стенок полости, после чего катетер удаляют и обрабатывают место 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) 68 08 19, 68 16 41; факс: (312) 68 17 03