

(19) **KG** (11) **1190** (13) **C1** (46) **31.10.2009**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПАТЕНТНАЯ СЛУЖБА
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ(51) **A61B 17/00** (2009.01)**(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ****к патенту Кыргызской Республики под ответственность заявителя (владельца)**

(21) 20080128.1

(22) 25.12.2008

(46) 31.10.2009, Бюл. №10

(71)(73) Абдылдаев Д.К. (KG)

(72) Абдылдаев Д.К., Бейшебаев Т.К., Узакбаева Б.М., Бебезов Б.Х. (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 многополостного острого гнойного лактационного мастита у женщин**

(57) Изобретение относится к области медицины, в частности к способам лечения многополостных острых гнойных лактационных маститов у женщин. Задачей изобретения является разработка закрытого способа лечения, позволяющего снизить до минимального риск образования соседних гнойных очагов с сохранением лактации и эстетичного состояния молочной железы. Задача решается в способе лечения многополостного острого гнойного лактационного мастита у женщин, где лечение проводят под ультразвуковым контролем закрытым способом, для чего путем ультразвукового исследования уточняют локализацию гнойных полостей, затем, после местной анестезии молочной железы, осуществляют чрезкожный, диаметром в 1 мм, доступ последовательно в течение одной процедуры к каждой гнойной полости через ее нижний полюс отдельным вазоканом, 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 диоксидином, перекрывают катетер на 3 часа, затем аспирацией опорожняют полость. На выходное отверстие катетера герметично надевают эластичную трубку-переходник, другой конец которой так же герметично прикрепляют к конусу шприца, объемом 20-22 мл, шток поршня оттягивают, за счет чего создают форсированный отток экссудата под пролонгированным отрицательным давлением. Лечебный алгоритм повторяют ежедневно в течение 2-5 дней до прекращения экссудации и сближения стенок полости, после чего катетер удаляют и обрабатывают место прокола дезинфицирующим раствором. Лечение проводят амбулаторно, что позволяет полностью сохранить режим грудного вскармливания младенца и ухода за ним. 1 п. ф., 2 пр.

(21) 20080128.1

(22) 25.12.2008

(46) 31.10.2009, Bull. №10

(71)(73) Abdylidaev D.K. (KG)

(72) Abdylidaev D.K., Beishenbaev T.K., Uzakbaeva B.M., Bebezov B.H. (KG)

(56) Chadaev A.P., Zverev A.A. Modern view at surgical treatment of acute purulent lactational mastitis// Difficult patient. - 2005. №10-11

(54) Way of women's multiple cavities acute purulent lactational mastitis treatment

(57) Invention relates to the medicine area, in particular to the ways of treatment of multiple cavities acute purulent lactational women's mastitis. The invention problem is working out of the closed technique of treatment, which permits to minimize the risk of neighboring purulent niduses formation with preservation of lactation ability and aesthetic form of mammary gland. The problem solves by the way of multiple cavities acute purulent lactational women's mastitis treatment, where it is made under the ultrasound control by the closed technique, when the allocation of purulent cavities is determined more exactly. Then after the application of the local anesthetization, the percutaneous approach, with 1 mm in diameter, is being performed successively to the single cavity during the one procedure of treatment. Through the bottom pole of each purulent cavity its purulent contents is evacuated by the separate vasodilator by means of aspiration method. Mandrin is removed, catheter is fixed by the adhesive plaster to skin and cavity is being washed through it (catheter) properly under the positive pressure, with the cooled antimicrobial solution or boiled water to the transparency of washing liquid. Then cavity is filled with the antimicrobic solution, dioxidine, for example, catheter is being blocked for 3 hours and then cavity is drained by aspiration. Elastic tube-adapter is fitted air-tightly on the outlet hole of catheter and another catheter's end is tightly attached to the syringe cone, with the volume of 20-22 ml, a piston rod is pulled back, creating, in such way, the forced exudates outflow under the prolonged negative pressure. Medical algorithm is repeated every day within 2-5 days until the exudation termination and approaching of cavity walls. Upon completion, catheter has been removed and puncture place has been treated up with the disinfectant solution. Treatment is carried out in the outpatient setting, which allows keeping the breast feeding and baby care regimen completely. 1 claim, 2 examples.

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

При многополостном остром гнойном лактационном мастите основной опасностью является быстрое утяжеление процесса за счет формирования соседних очагов воспаления из-за перекрытия лактационных протоков инфильтрационным валом уже сформировавшихся гнойных полостей. Лактостаз, по статистике, практически в 100% случаев является пусковым механизмом развития воспалительного процесса в соседних участках при многополостном остром гнойном лактационном мастите.

В практике лечения многополостного острого гнойного лактационного мастита основополагающим является обширное хирургическое иссечение нежизнеспособных и инфильтрированных тканей очага на базе общепринятого принципа ХОГО (хирургическая обработка гнойного очага). И хотя существует много вариантов по частным вопросам хирургических подходов премедикации, выбора места и формы разреза, видов ХОГО, послеоперационного ведения, тем не менее, все хирургические методы в этой области имеют ряд генерализованных признаков. Таковыми являются премедикация (введение наркотических анальгетиков, холинолитических средств, антигистаминных препаратов), общее обезболивание (внутривенный или ингаляционный наркоз, или оба сразу), подготовка операционного поля, доступ к гнойным очагам (прокол или разрез скальпелем), их санация, расширение разреза для реализации ХОГО (минимальная или радикальная некрэктомия, выскабливание полости), санирование операционной раны (промывание санирующими растворами, виброаспирация содержимого, тампонирование, использование мазей, растворов йодофоров), закрытие раны наложением швов (первичные, первично отсроченные, вторичные швы), послеоперационное дренирование (с использованием дренажно-промывной системы, через контрапертуры, резиновыми полосками, дренирующими сорбентами, растворами протеолитических ферментов и т.д.), закрытие ушиванием путей доступа при стихании воспалительного процесса. При этом в известных способах традиционно рекомендуется использовать достаточно большой объем фармакологических препаратов: наркотические

анальгетики, антибиотики, препараты и производные задней доли гипофиза, антигистаминные, неспецифические противовоспалительные, седативные средства. Кроме этого - физиотерапевтические процедуры, кислородную инсуффляцию, местную гипотермию (Зиневич В.П., Иванова Р.М., Гаврилов С.Г. и др. Опыт лечения больных с острым гнойным лактационным маститом // Вестник хирургии. - 1982. - №2. - С. 50-56; Л.Н. Бисенков, П.Н. Зубарев, В.М. Трофимов и др. Неотложная хирургия груди и живота. Санкт-Петербург: Гиппократ, 2002. - С. 186-202; Чадаев А.П., Зверев А.А. Острый гнойный лактационный мастит. - Москва: Медицина, 2003. - С. 50-76; Горюнов С.В., Ромашов Д.В., Бутивщенко И.А. Гнойная хирургия. Атлас. - Москва: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. - С. 102-106).

Все вышеуказанные способы лечения имеют ряд существенных недостатков: необходимость внутривенной анестезии, высокая травматичность при любом виде ХОГО, высокая потребность в повторных операциях из-за рецидивов вследствие распространения инфекции и невозможности эффективного опорожнения молочной железы; длительное сохранение симптомов интоксикации, риск формирования послеоперационных лактационных свищей; 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. В ряде случаев в послеоперационном периоде для улучшения эстетики молочной железы требуются сложные пластические операции. Кроме того, к недостаткам известных способов относятся длительные сроки лечения, большие экономические затраты 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) как наиболее близкий по шадящей целенаправленности терапии. Способ осуществляют только в условиях госпитализации в хирургический стационар. Осуществляют предоперационную подготовку молочной железы путем ее накожной обработки дезинфицирующими средствами. Для достижения адекватного обезболивающего эффекта проводят премедикацию наркотическими анальгетиками (например, тримеперидином), 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 в месте наибольшего размягчения тканей. После вскрытия гнойников проводят их обработку: эвакуируют гнойное содержимое, промывают полость растворами антисептиков, затем расширяют разрез и проводят обработку методом ХОГО: иссекают всю нежизнеспособную и инфильтрированную ткань до появления капиллярного кровотечения из здоровых тканей. 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 осуществляют постоянно. 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. Поскольку на 4-5 сутки после операции появляется реальная угроза возникновения новых гнойных очагов и

прогрессирования воспалительного процесса из-за лактостаза, то обязательно назначают в течение 12-15 дней небезопасные для здоровья препараты (Dostinex, Parlodel) для снижения и прерывания лактации. Швы снимают на 8-9 сутки с общим сроком лечения до 12-22 суток.

Недостатками способа являются: сложность осуществления, высокая травматичность (хирургические разрезы, крепление швами дренажно-промывной системы, необходимость ушивания операционной раны), большая фармакологическая нагрузка за счет используемых до, при и после операции 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.

Задачей изобретения является разработка закрытого способа лечения, позволяющего снизить до минимального риск образования соседних гнойных очагов с сохранением лактации и эстетичного состояния молочной железы.

Задача решается в способе лечения многополостного острого гнойного лактационного мастита у женщин, где лечение проводят под ультразвуковым контролем закрытым способом, для чего путем ультразвукового исследования уточняют локализацию гнойных полостей, затем, после местной анестезии молочной железы, осуществляют чрезкожный, диаметром в 1мм, доступ последовательно в течение одной процедуры к каждой гнойной полости через ее нижний полюс отдельным вазоканом, 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 диоксидином, перекрывают катетер на 3 часа, затем аспирацией опорожняют полость. На выходное отверстие катетера герметично надевают эластичную трубку-переходник, другой конец которой так же герметично прикрепляют к конусу шприца, объемом 20-22 мл, шток поршня оттягивают, за счет чего создают форсированный отток экссудата под пролонгированным отрицательным давлением. Лечебный алгоритм повторяют ежедневно в течение 2-5 дней до прекращения экссудации и сближения стенок полости, после чего катетер удаляют и обрабатывают место прокола дезинфицирующим раствором. Лечение проводят амбулаторно, что позволяет полностью сохранить режим грудного вскармливания младенца и ухода за ним.

Пример 1. Больная А., 25 лет, амбулаторная карта №376. Обратилась в Маммологический центр на 18 день послеродового периода с жалобами на повышение температуры до 38.6°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 эхопозитивное образование размером 24x28 мм на глубине 13 мм с гомогенным жидкостным содержимым, и в центре верхних квадрантов - образование размером до 21x26 мм на глубине 16 мм. *Заключение:* многополостной интрамаммарный гнойный мастит справа. *Диагноз:* острый гнойный многополостной интрамаммарный лактационный мастит правой молочной железы.

Лечение проводилось амбулаторно при продолжении лактации и кормления младенца.

После обработки молочной железы спиртом, в намеченной точке прокола каждой полости проведена внутрикожная анестезия 0.5-1.0%-ным раствором новокаина. В нижний полюс гнойной полости в верхне-наружном квадранте правой молочной железы сделан прокол размером в 1 мм при помощи вазокана (канюля для внутривенных инфузий с тefлоновым катетером 16Gx51 мм). Эвакуировано гнойное содержимое в количестве 22 мл. Мандрен удалили, катетер зафиксировали лейкопластырем к коже, после чего полость под положительным давлением промыли стерильным охлаждённым раствором фурацилина до чистых вод. В полость ввели 15 мл диоксидина, катетер закрыли пробкой на 3 часа. В нижний полюс гнойной полости, находящейся в центре верхних квадрантов, после обработки кожи и

анестезии сделан прокол размером 1 мм при помощи вазокана. Эвакуировано 17 мл гнойного содержимого. Мандрен удалили, катетер зафиксировали лейкопластырем на коже, после чего полость под положительным давлением промыли стерильным раствором фурацилина до чистых вод. В полость ввели 10 мл диоксида, катетер закрыли пробкой на 3 часа. Через 3 часа пробки катетеров открыли и эвакуировали содержимое из полостей: из первой - 15 мл, из второй - 12 мл. Затем на выходное отверстие каждого катетера герметично натянули полихлорвиниловую трубку, длиной 30-40 см от одноразовой системы для переливания крови. Второй конец трубки так же герметично надели на конус 20-граммового шприца. Шток поршня оттянули до упора, обеспечив тем самым отрицательное давление в каждой из полостей. Аналогичные манипуляции проводились ежедневно в течение 4 последующих суток. На 4 сутки экссудация прекратилась. При УЗИ: полости сократились до 7х6 мм и 5х6 мм соответственно. Катетеры удалили. Место прокола каждой полости обработали спиртом и заклеили бактерицидным лейкопластырем. На 5 сутки при контрольном ультразвуковом исследовании зафиксировано уменьшение полостей до 3х2 мм. Рекомендовано явиться через 1 мес. Во время и после лечения никаких дополнительных препаратов не назначалось.

Катамнез наблюдения составил 10 месяцев: при полноценном кормлении младенца через 1 месяц на УЗИ полости отсутствуют; через 6 месяцев на УЗИ патологии в молочной железе не обнаружено. Лактация прекращена естественным путем через 11 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 П., 21 год, амбулаторная карта №138. Обратилась в Маммологический центр на 20 сутки послеродового периода с жалобами на повышение температуры до 38,7°C, слабость, боль в области левой молочной железы, затруднения при кормлении ребёнка из-за выраженного болевого синдрома. При осмотре: увеличение левой молочной железы за счёт выраженной инфильтрации в области нижне-наружного квадранта, в верхне-наружном квадранте и в центре наружных квадрантов молочной железы. Отмечается гиперемия, размягчение тканей, резкая болезненность молочной железы при пальпации. Региональные лимфатические узлы увеличены до 7 мм, болезненны. При УЗИ молочной железы: в нижне-наружном квадранте левой молочной железы определяется эхопозитивное образование размером 21х28 мм с разнородной эхогенной плотностью на глубине 23 мм; в верхне-наружном квадранте - образование размером 18х22 мм с разнородной эхогенной плотностью на глубине 12 мм, и в центре наружных квадрантов - образование размером 12х18 мм с разнородной эхогенной плотностью на глубине 14 мм. В подмышечной области слева лимфатические узлы размером до 7 мм. *Заключение:* многополостной интра- и ретромаммарный гнойный мастит слева. *Диагноз:* острый гнойный многополостной интра- и ретромаммарный лактационный мастит левой молочной железы.

Лечение проводилось амбулаторно при продолжении лактации и кормления младенца.

После обработки молочной железы спиртом, в намеченной точке прокола каждой полости проведена внутрикожная анестезия 0.5-1.0%-ным раствором новокаина. В нижний полюс гнойной полости, расположенной в нижне-наружном квадранте, сделан прокол размером 1 мм при помощи вазокана. Эвакуировано гнойное содержимое в количестве 18 мл. Мандрен удалили, катетер зафиксировали лейкопластырем на коже, после чего полость под положительным давлением промыли стерильным охлаждённым раствором фурацилина до чистых вод. В полость ввели 10 мл диоксида, катетер закрыли пробкой на 3 часа. В нижний полюс гнойной полости, расположенной в верхне-наружном квадранте, сделали прокол размером 1 мм при помощи вазокана. Эвакуировано гнойное содержимое в количестве 15 мл. Мандрен удалили, катетер зафиксировали лейкопластырем на коже, после чего полость под положительным давлением промыли раствором фурацилина до чистых вод. В полость ввели 8 мл диоксида, катетер закрыли пробкой на 3 часа. В нижний полюс гнойной полости, расположенной в центре наружных квадрантов, сделали прокол размером 1 мм вазоканом. Эвакуировано гнойное содержимое в количестве 12 мл. Мандрен удалили, катетер зафиксировали лейкопластырем на коже, после чего полость под положительным давлением промыли раствором фурацилина до чистых вод. В полость ввели 7 мл диоксида, катетер закрыли пробкой на 3 часа.

Через 3 часа пробки катетеров открыли и эвакуировали содержимое из полостей: из первой - 14 мл, из второй - 10 мл и из третьей - 8 мл. Затем на выходное отверстие каждого катетера герметично натянули полихлорвиниловую трубку длиной 30 см. Второй конец трубки так же герметично надели на конус 20-граммового шприца. Шток поршня оттянули до упора, обеспечив тем самым отрицательное давление в каждой из полостей. Ежедневно в течение 3-х последующих суток проводились аналогичные мероприятия с каждой из полостей. На 3-е сутки экссудация прекратилась. При УЗИ: полости сократилась до 5х6 мм, 4х5 мм и до 3х4 мм соответственно. Катетеры удалили. Места прокола каждой полости обработали спиртом и заклеили лейкопластырем. На 4-е сутки при контрольном ультразвуковом исследовании зафиксировано уменьшение полостей до 3х2 мм. Никаких дополнительных препаратов, кроме указанных выше, ни во время, ни после лечения не назначалось.

Катамнез наблюдения составил 12 месяцев: при полноценном кормлении младенца через 1 месяц на УЗИ полость отсутствует, подмышечные лимфатические узлы слева на УЗИ не визуализируются. Через 6 месяцев при УЗИ патологии в молочной железе не обнаружено. Лактация прекращена естественным путем через 8 месяцев. Через 12 месяцев при УЗИ патологии не обнаружено. Молочная железа сохранила свою форму, эстетична, рубцовых изменений нет, места прокола незаметны.

Как показали результаты экспериментальной апробации способа в течение 10 месяцев на базе Маммологического центра при Национальном центре онкологии Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, способ позволяет быстро снять сдавливание лактационных протоков, за счет чего снижается риск развития лактостаза и образования новых гнойных очагов в соседних участках молочной железы.

Кроме этого, значительно сокращаются сроки лечения, сводится до минимума травматичность хирургического вмешательства в условиях назначения только местно минимального объема безопасных фармакологических средств. В совокупности признаков способ дает возможность сохранения лактации, устраняет опасность рубцовых изменений молочной железы, сохраняет эстетичный вид женской груди. Лечение проводится амбулаторно, что позволяет сохранить привычный режим для матери и ребенка. Способ прост по выполнению, не требует специально технического оснащения и доступен медицинским учреждениям любого уровня.

Формула изобретения

Способ лечения многополостного острого гнойного лактационного мастита у женщин, заключающийся в предоперационной подготовке молочной железы, доступе к гнойной полости, эвакуации ее содержимого, промывании полости дезинфицирующими растворами с последующим дренированием и закрытием путей доступа, отличающийся тем, что лечение проводят под ультразвуковым контролем закрытым способом с сохранением лактации и грудного вскармливания младенца, для чего после местной анестезии молочной железы осуществляют чрезкожный доступ последовательно в течение одной процедуры к каждой гнойной полости через ее нижний полюс отдельным вазоканом, методом аспирации эвакуируют гнойное содержимое, затем 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 диоксидином, перекрывают катетер на 3 часа, затем аспирацией опорожняют полость и через эластичную трубку-переходник, один конец которой герметично надевают на выходное отверстие катетера, а второй - на конус медицинского шприца, создают форсированный отток экссудата под пролонгированным отрицательным давлением, оттянув шток поршня; лечебный алгоритм повторяют ежедневно в течение 2-5 дней до прекращения экссудации и сближения стенок полости, после чего катетер удаляют и обрабатывают место прокола дезинфицирующим раствором.

Составитель описания
Ответственный за выпуск

Нургазиева А.С.
Чекиров А.Ч.

Государственная патентная служба КР, 720021, г. Бишкек, ул. Московская, 62, тел.: (312) 680819, 68 16 41; факс: (312) 681703