



Республика Таджикистан

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ПАТЕНТНОЕ

(19) **TJ** (11) **775**
(51) **МПК А 61В 8/00**

(12) **Описание изобретения**

К МАЛОМУ ПАТЕНТУ

(21) 1500946

(22) 30.04.2015

(46) Бюл. 119, 2016

(71) Махмадов Ф.И.(ТJ); Гафуров Ф.Б.(ТJ);
Рахмонов Ш.Дж.(ТJ); Халимов Дж.С.(ТJ);
Собиров А.Дж. (ТJ).

(72) Махмадов Ф.И.(ТJ); Гафуров Ф.Б.(ТJ);
Рахмонов Ш.Дж.(ТJ); Халимов Дж.С.(ТJ);
Собиров А.Дж. (ТJ).

(73) Махмадов Ф.И.(ТJ); Гафуров Ф.Б.(ТJ);
Рахмонов Ш.Дж.(ТJ); Халимов Дж.С.(ТJ);
Собиров А.Дж. (ТJ).

(54) **СПОСОБ МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
АППЕНДИКУЛЯРНОГО АБСЦЕССА**

(56) 1. Беляева О.А. Чрезкожные навигационные
вмешательства у детей с абцессами брюшной по-

лости /О.А. Беляева, В.М. Розинов, А.В. Золотаре-
ва // Украинский журнал хирургии.-2012.-№4(19).-
с.10-23

(57) Изобретение относится к медицине, а точнее
к абдоминальной хирургии, и может быть исполь-
зовано для миниинвазивного лечения аппендику-
лярного абсцесса.

Дренирование аппендикулярного абсцесса под
УЗ-контролем, с последующим промыванием по-
лости антисептическим раствором декасана, поз-
воляет под местной анестезией с малой травматич-
ностью дренировать аппендикулярный абсцесс и,
тем самым улучшить результаты хирургического
лечения тяжелого контингента больных.

Изобретение относится к медицине, а точнее к абдоминальной хирургии, и может быть использовано для миниинвазивного лечения аппендикулярного абсцесса.

Прототипом является способ миниинвазивного лечения абсцессов брюшной полости под УЗ-контролем. К нежелательным эффектам относят послеоперационные осложнения и долгое стояние дренажных трубок в полости абсцесса [1].

Цель изобретения – Миниинвазивное перкутанное дренирование аппендикулярного абсцесса.

Поставленная цель достигается проведением пункции аппендикулярного абсцесса под УЗ-контролем.

Способ осуществляется следующим образом: При выявлении больных с аппендикулярным абсцессом, ставили показания к миниинвазивному методу лечения, т.е. выполнение одноэтапных транскутанных чрескожных вмешательств под контролем ультрасонографии, с параллельным промыванием полости абсцесса раствором декасана, которая позволяет избежать тяжелых послеоперационных осложнений, и тем самым улучшить качества жизни тяжелого контингента больных. Операцию проводили под местной анестезией 0,25% раствором новокаина. Ультразвуковую визуализацию зоны операции осуществляли аппаратом «Acuson-CV 70», фирмы Siemens (Германия), с косвенными и линейными мультимодальными датчиками. Для дренирования полости абсцесса использовали одноразовые дренажные системы фирмы Cook-Hiusman, DUAN, Malecot (Дания) с диаметром катетеров 8–14 Fr.

Исследование полости малого таза проводилось с заполненным мочевым пузырем. При поисковом исследовании описывали состояние ретровезикального пространства. Оценивали контуры и форму мочевого пузыря. При выявлении объемного патологического образования определяли его локализацию, наличие капсулы, размеры и объем, оценивали эхографическую структуру, характер содержимого, наличие нитей и слепков фибрина, газа.

Прокол иглы проведен через точку между средней линии ниже пупка и *spina iliaca anterior superior*, а при локализации аппендикулярного абсцесса в забрюшинном пространстве паравертебральным доступом справа. После введения и визуализации кончика иглы в просвете абсцесса, удаляли стилет. Правильность положения иглы контролировали ультрасонографом по вытеканию гноя или ее аспирации шприцем. Затем через просвет иглы в полость абсцесса заводили ангиографический проводник с J-образным концом диаметром 0,038" или проводник с аналогичным концом и подвижной сердцевинкой (диаметр 0,9 мм). Проводник под контролем ультрасонографии заводили как можно дальше таким образом, чтобы его конец лежал у дна абсцесса. После заведения проводника пункционную иглу извлекали. По проводнику последовательно вводили дилататоры калибром 8 – 14 Fr, в зависимости от диаметра абсцесса, кото-

рыми бужировали отверстие в передней стенке абсцесса. По проводнику до уровня обструкции заводили полиэтиленовую дренажную трубку диаметром 8-14 Fr, после чего проводник удаляли, проводя аспирацию максимально возможного количества гноя, с последующим промыванием антисептическим раствором декасана.

Положительными сторонами предложенного способа являются:

1. Безопасность и отсутствие побочных действий.
2. Метод позволяет под местной анестезией миниинвазивно или малой травматизацией дренировать аппендикулярный абсцесс.
3. Сокращает пребывание больных на стационаре.
4. Улучшает качества жизни больных.

Изложенное выше находит подтверждение в следующем клиническом наблюдении.

Больной С., 36 лет поступил в хирургическое отделение Городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Душанбе через 5 суток от момента заболевания с жалобами на незначительные боли и тяжесть в правой подвздошной области, повышение температуры тела, недомогание и общую слабость. Со слов больного, боли начинались в область эпигастрии, и в последующем переходили в правую подвздошную область. Была тошнота и двукратная рвота. За медицинскую помощь не обратился, дома занимался самолечением. Употреблял антибиотики, спазмолитики и обезболивающие препараты. По ухудшению состояния на 5 сутки больного доставили в приемное отделение ГКБ скорой медицинской помощи, где на УЗИ выявлено аппендикулярный абсцесс размерами 6,0х5,0 см. Ввиду того после госпитализации, проведения комплексных клинко-лабораторных методов исследования, решено миниинвазивно под УЗ-контролем произвести дренирование абсцесса.

После УЗ-исследования полости малого таза с заполненным мочевым пузырем оценивали состояние ретровезикального пространства, контуры и форму мочевого пузыря. После выявления объемного патологического образования определяли его локализацию, наличие капсулы, размеры и объем, оценивали эхографическую структуру, характер содержимого, наличие нитей и слепков фибрина, газа. Далее под местной анестезией 25,0 мл 0,25% раствора новокаина под контролем ультразвуковой визуализации зоны операции аппаратом «Acuson-CV 70», фирмы Siemens (Германия), с косвенными и линейными мультимодальными датчиками, ввели иглу в просвет аппендикулярного абсцесса. После визуализации кончика иглы в просвете абсцесса удаляли стилет. Правильность положения иглы контролировали ультрасонографом по вытеканию гноя или ее аспирации шприцем. Затем через просвет иглы в полость абсцесса заводили ангиографический проводник с J-образным концом диаметром 0,038" или проводник с аналогичным концом и подвижной сердцевинкой (диаметр 0,9 мм).

Проводник под контролем ультрасонографии заводили как можно дальше таким образом, чтобы его конец лежал у дна абсцесса. После заведения проводника пункционную иглу извлекали. По проводнику последовательно вводили дилататоры калибром 8 - 14 Fr, в зависимости от диаметра абсцесса, которыми бужировали отверстие в передней стенке абсцесса. По проводнику до уровня обструкции заводили полиэтиленовую дренажную трубку диаметром 8-14 Fr, после чего проводник удаляли, проводя аспирацию максимально возможного количества гноя, с последующим промыванием

антисептическим раствором декасана. Гной была направлена на чувствительность к антибиотикам.

Послеоперационный период протекал гладко. Больной выписан на 5 сутки в удовлетворительном состоянии с рекомендацией планового оперативного вмешательства через 3 месяца.

Таким образом, применение миниинвазивных вмешательств под УЗ-контролем у больных с аппендикулярным абсцессом, позволяет под местной анестезией малой травматизацией дренировать полость абсцесса, тем самым улучшить качества жизни тяжелого контингента больных.

Формула изобретения

Способ миниинвазивного лечения аппендикулярного абсцесса, включающий в себя дренирование полости абсцесса под УЗ-контролем отличающийся тем, что доступом является точка между средней линии ниже пупка и spina iliaca anterior

superior или паравертебральная справа, а также полость абсцесса промывают антисептическим раствором декасана, с одномоментным ее дренированием.

Компьютерный набор: Фатхуллаева М.С.

Заказ

Тираж

Подписное

Национальный патентно-информационный центр РТ
734042, г. Душанбе, ул. Айни, 14а