

Санкт-Петербург, 1997. - С. 46-47.
Яворская Е.С. Болевые и парестетичес-

кие синдромы челюстно-лицевой
области: метод. пособие по нейро-

стоматологии /Яворская Е.С. - К.:
Наукова думка, 2000. - 88 с.: ил.

Барило О. С., Фурман Р. Л., Благун О.Д.

ДИНАМИКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРЕПАРАТА НУКЛЕО ЦМФ ФОРТЕ

Резюме. При переломах тела нижней челюсти встречается травма нижнеальвеолярного нерва в канале. Наряду с неврологическими расстройствами нижнеальвеолярного нерва, наблюдается выраженный болевой синдром. Это в значительной степени ухудшает психоэмоциональное состояние и ухудшает качество жизни пациентов. Проведен анализ клинического использования препарата Нуклео ЦМФ форте, а именно его влияние на болевой синдром и психоэмоциональное состояние пациента.

Ключевые слова: переломы нижней челюсти, нижнеальвеолярный нерв Нуклео ЦМФ форте, ноцицептивные расстройства, боль, аллодиния, ВАШ, NTSS-9.

Barilo A.S., Furman R. L., Blagun O.D.

DYNAMICS OF PAIN SYNDROME IN PATIENTS WITH MANDIBULAR FRACTURES DURING TREATMENT WITH NUCLEO CMF FORTE

Summary. During fractures of the mandibular body injuries of the inferior alveolar nerve in the canal are observed. Along with neurological disorders of the inferior alveolar nerve, there is the significant pain. This makes worse in a board measure the emotional state and impairs the quality of life of patients. The analysis of the clinical use of the drug Nucleo CMF Forte, namely its effect on pain and psycho-emotional state of the patient, was made.

Key words: mandibular fractures, inferior alveolar nerve, Nucleo CMF Forte, nociceptive disorders, pain, allodynia, VAS (visual analogue scale), NTSS-9.

Стаття надійшла до редакції 23.10.2013 р.

Барило Александр Семенович - д.мед.н., доцент кафедры хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 093 272-02-47; alexandrb381@gmail.com;

Фурман Руслан Леонідович - асистент кафедри хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 067 729-51-50; furmanruslan@mail.ru;

Благун Оксана Дмитрівна - ст. викладач кафедри фармації Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; +38 0432 35-44-91.

© Лурін І.А., Гладіщенко О.І., Цема Є.В., Макаров Г.Г.

УДК: 616.381-072.5-089.48:617.553+616-002.31:616.5-006.2:617.559

Лурін І.А., Гладіщенко О.І., Цема Є.В., Макаров Г.Г.

Центральний госпіталь Військово-медичного управління Служби безпеки України (вул. Липська, 11, м. Київ, Україна, 01021)

ДОСВІД ВИКОРИСТАННЯ ПУНКЦІЙНО-ДРЕНАЖНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В ЛІКУВАННІ ПОРОЖНИННИХ УТВОРЕНЬ ОРГАНІВ ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ, ЗАОЧЕРЕВИННОГО ПРОСТОРУ ТА ПІЛОНІДАЛЬНОГО АБСЦЕСУ КРИЖОВО-КУПРИКОВОЇ ДІЛЯНКИ

Резюме. Проаналізовано результати застосування пункційно-дренажного методу лікування під ультразвуковим контролем у 403 пацієнтів. У 24 (6,8%) хворих був діагностований підпечінковий абсцес, у 21 (5,9%) - піддіафрагмальний абсцес, у 36 (10,1%) - абсцес сальникової сумки, у 17 (4,8%) - абсцес малого тазу, у 31 (8,7%) - псевдокіста підшлункової залози, у 42 (11,8%) - кіста або абсцес печінки, у 37 (10,4%) - злоякісні новоутворення печінки, у 147 (41,4%) - гострий пілонідальний абсцес. В статті обговорюються загальні принципи виконання малоінвазивних оперативних втручань, їх переваги та недоліки, наводяться ускладнення та результати пункційного лікування. Використання пункційно-дренажних технологій при лікуванні порожнинних утворень органів черевної порожнини, заочеревинного простору та пілонідальних кіст має наступні переваги: малотравматичність, низький відсоток ускладнень, відсутність необхідності загального знеболення, можливість застосування у хворих похилого віку та при важкій супутній патології.

Ключові слова: пункційно-дренажний метод, ультразвуковий контроль, порожнинне утворення, гострий пілонідальний абсцес.

Вступ

Сучасна хірургія характеризується пошуком та втіленням в клінічну практику ефективних малоінвазивних методів лікування. Пункційно-дренажний метод останнім часом займає суттєве місце в лікуванні

пацієнтів з захворюваннями органів черевної порожнини та м'яких тканин, успішно конкуруючи з іншими малоінвазивними методиками лікування [Тимошин і др., 2003; Loubeyre et al., 2013]. Пункційно-дренажні

технології отримали широке застосування завдяки появі сучасних ультразвукових апаратів та комп'ютерних томографів, що дають можливість здійснювати високоякісний візуальний контроль досліджуваних структур [Lee, Griffith, 2013]. Покази до малоінвазивних втручань постійно розширюються. Головним при цьому є оцінка співвідношення ризику проведення малоінвазивної маніпуляції і її ефективності в порівнянні з іншими методами лікування.

Абсолютними протипоказаннями до застосування малоінвазивних технологій є декомпенсовані коагулопатії та інші захворювання, які супроводжуються порушенням згортальної системи крові, декомпенсація психічних захворювань, що унеможлиблює контакт з пацієнтом. Відносними протипоказаннями являються загальний важкий стан хворого: декомпенсація серцевої діяльності, цукрового діабету, набряк легень, внутрішня кровотеча, коматозний стан [Борсуков, Мамошин, 2007; Davies et al., 2005; Potter et al., 2011; Lee et al., 2013].

Матеріали та методи

Для проведення пункційно-дренажних втручань нами використовувалися ультразвукові апарати B-K Medical Pro Focus 2202 (Данія) та Philips HD 7 (Голландія).

Оперативні втручання виконували з використанням методу "вільної руки" та за допомогою пункційних насадок на ультразвуковий датчик, що направляють траєкторію голки. Застосовували пункційні голки різного діаметру від 14 до 24 G. Для дренивання рідинних утворень використовували дренаж типу "pig tail" діаметром 9 Fr. Пункційно-дренажні втручання проводили під місцевою інфільтраційною анестезією після стандартної премедикації або без додаткового знеболення.

Перед проведенням пункції проводили оцінку локальних умов для проведення малоінвазивного втручання, а саме: достатня візуалізація органу та патологічного вогнища, наявність безпечної траєкторії пункційного каналу (відсутність петель кишечника, магістральних судин тощо).

На протязі 2005-2012 років у відділенні малоінвазивних технологій центрального госпіталю військово-медичного управління Служби безпеки України виконано 403 пункційно-дренажних оперативних втручань під ультрасонографічним контролем (табл. 1).

Результати. Обговорення

Черезшкірне зовнішнє дренивання деструктивних форм гострого панкреатиту розглядалося нами як остаточне оперативне втручання, так і як етап підготовки до відкритої операції у випадку неефективності малоінвазивного лікування. Пункційно-дренажний метод в лікуванні хворих з деструктивним панкреатитом був застосований у 36 пацієнтів. Показом до втручання вважали наявність рідинного утворення об'ємом 50 мл і більше при відсутності перитонеальних симптомів. Метою пункційно-дренажного втручання було видалення патоло-

Таблиця 1. Спектр пункційно-дренажних втручань під ультразвуковим контролем (n=403).

Оперативні втручання	Кіл-ть	%
Дренивання підпечінкового абсцесу	24	6,8%
Дренивання піддіафрагмального абсцесу	21	5,9%
Дренивання парапанкреатичного абсцесу сальникової сумки	36	10,1%
Дренивання абсцесу малого тазу	17	4,8%
Лікування псевдокісти підшлункової залози	31	8,7%
Лікування порожнинних утворень печінки (кіста, абсцес)	42	11,8%
Біопсія злоякісного новоутворення печінки	37	10,4%
Пункційна санація гострого пілонідаального абсцесу	147	41,4%
Всього	403	100,0%

Таблиця 2. Локалізація псевдокіст підшлункової залози (n = 31).

Локалізація псевдокісти	Кількість хворих	%
Головка pancreas	8	25,8%
Тіло pancreas	17	54,8%
Хвіст pancreas	6	19,4%
Всього	31	100,0%

гічного випоту, що сприяє зменшенню больового синдрому зарахунок зняття напруження в сальниковій сумці, попереджує прорив патологічного вмісту до вільної черевної порожнини, призводить до зниження рівня ферментної аутоінтоксикації. При тяжкому перебігу захворювання пункція сальникової сумки виконувалася з діагностичною метою для ранньої діагностики інфікування парапанкреатичного накопичення рідини. У досліджуваних хворих виконували пункцію рідинного утворення з евакуацією ексудату. При цьому у 27 (75,0%) пацієнтів виконання пункції було достатнім для ліквідації процесу. У 9 (25,0%) хворих відмічено прогресуюче накопичення ексудату після пункції, тому цим хворим проводилося дренивання сальникової сумки під ультразвуковим контролем.

Слід відмітити, що перевагу надавали саме пункційним методам лікування, оскільки наявність дренажу в сальниковій сумці сприяє інфікуванню парапанкреатичної рідини. Дренивання здійснювали до припинення виділень по дренажу за умови клінічного покращення. Терміни дренивання становили від 4 до 7 діб. У 3 (8,3%) пацієнтів незважаючи на проведене малоінвазивне втручання було відмічено прогресування процесу. В цих хворих було виконано лапаротомію з приводу розвитку перитоніту. Усі досліджувані пацієнти з деструктивними формами панкреатиту після проведення малоінвазивного втручання одужали, ускладнень пункційно-дренажних оперативних втручань ми не спостерігали.

Під нашим спостереженням знаходився 31 (5,0%) пацієнт з псевдокістою підшлункової залози. Розподіл досліджуваних хворих за локалізацією псевдокісти на-

ведений в таблиці 2.

Пункційний метод (без дренивання псевдокісти) був застосований у 8 (25,8%) хворих. Показом до його застосування були розміри псевдокісти від 3,5 до 5,0 см в діаметрі. У 23 (74,2%) хворих пункцію доповнювали дрениванням порожнини псевдокісти. Показом до дренивання був діаметр псевдокісти більший за 5,0 см та неефективність пункційного методу лікування. Найбільший діаметр псевдокісти, який ми дренивали становив 10,4 см. Об'єм псевдокісти при цьому склав 1050 мл (рис. 1).

При виконанні черезшкірного зовнішнього дренивання псевдокісти підшлункової залози у 6 (19,4%) хворих виникли ускладнення лікування: у 3 (9,7%) пацієнтів розвинувся гострий панкреатит; у 2 (6,5%) хворих мало місце передчасне відходження дренажу, що потребувало редренивання псевдокісти; у 1 (3,2%) пацієнта виникла зовнішня парадренажна норичця, яка після підтягування дренажу закрилась самостійно; у 2 (6,5%) хворих виникла кровотеча в порожнину кісти, яка зупинена консервативними заходами.

За період спостереження за хворими протягом 6 місяців рецидив псевдокісти підшлункової залози виник у 6 (19,4%) пацієнтів: 2 (6,5%) хворих були прооперовані, а 4 (12,9%) пацієнти знаходилися під динамічним спостереженням, оскільки розмір кісти не досягнув попереднього (до 3,0 см в діаметрі). Таким пацієнтам проводили склеротерапію 96% розчином етилового спирту, перед чим обов'язково виключали наявність зв'язку порожнини псевдокісти з протоковою системою підшлункової залози. Так, зв'язок псевдокісти з вірсунговою протокою виявлений у 5 (16,1%) хворих, тому в них склеротерапію не проводили. Середня тривалість дренивання псевдокісти підшлункової залози склала $15,3 \pm 2,6$ днів (від 6 до 28 днів) в залежності від розмірів псевдокісти та характеру її вмісту.

Пункційно-дренажний метод лікування був застосований у 28 хворих із захворюваннями печінки (табл. 3).

Як видно з представлених даних, пункційні технології носили як діагностичний, так і лікувальний характер. Показом до діагностичної пункції вважали наявність патологічного утворення в тканині печінки, природу якого на основі клінічних, лабораторних та візуальних методів дослідження неможливо було встановити. Пункційно-дренажним методом було проліковано 27 хворих на справжню кісту печінки, з них у 24 (88,9%) випадках діагностовано одиночну справжню кісту печінки, а у 3 (11,1%) пацієнтів виявлений полікістоз печінки.

Показом до втручання у пацієнтів з одиночними кістами печінки були великі їх розміри, що супроводжувались скаргами хворих на відчуття важкості в правому підребер'ї чи їх збільшення в процесі динамічного спостереження. При діаметрі кіст до 5 см виконана пункційна аспірація (8, або 29,6% хворих). При діаметрі кіст більше 5 см пункцію порожнини кісти доповнювали їх зовнішнім черезшкірним дрениванням (16, 29,3%

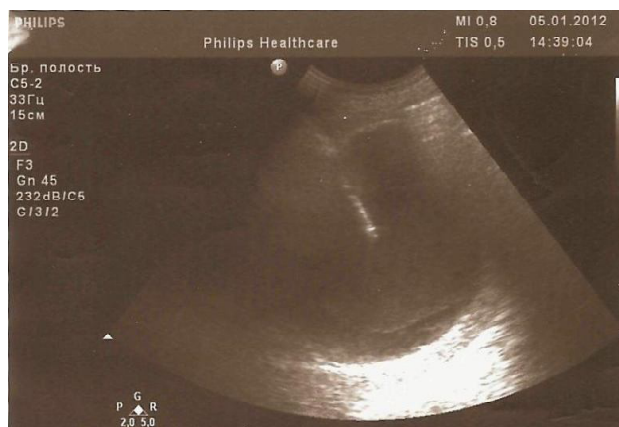


Рис. 1. Пацієнт С., 47 років. Діагноз: псевдокіста головки підшлункової залози великих розмірів. Дренивання порожнини кісти під ультрасонографічним контролем.

Таблиця 3. Структура пацієнтів із захворюваннями печінки, яким проводилося малоінвазивне лікування (n = 112).

Захворювання печінки	Кількість хворих	%
Справжня кіста	27	24,1%
Абсцес	15	13,4%
Первинний рак	24	21,4%
Метастатичний рак	13	11,6%
Цироз печінки	18	16,1%
Хронічний гепатит	15	13,4%
Всього	112	100,0%

хворих). При полікістозі печінки виконували пункцію тих кіст, які характеризувалися швидким ростом (3, 11,1% пацієнтів). У 1 (3,7%) хворого після дренивання кісти печінки виникла зовнішня кровотеча по дренажу, яка зупинена консервативними заходами.

Серед хворих з абсцесами печінки у 11 (73,3%) хворих абсцес носив холангіогенний характер, тоді як у 4 (26,7%) пацієнтів абсцес був наслідком нагноєння посттравматичної гематоми. В усіх хворих з абсцесом печінки проводилося зовнішнє черезшкірне дренивання порожнини гнійника. Термін дренивання склав $12,4 \pm 2,6$ днів. У 14 (93,3%) пацієнтів дренивання виявилось ефективним, ускладнень малоінвазивного лікування не було (рис. 2). У 1 (6,7%) пацієнта через технічні труднощі пункційні методи лікування абсцесу печінки виявилися неефективними, що потребувало проведення лапароскопічного оперативного втручання. При проведенні пункції новоутворень печінки у 1 (2,7%) хворого з метастатичним раком печінки виникла кровотеча в піддіафрагмальний простір. Кровотеча була зупинена консервативно з застосуванням гемостатичних препаратів, а гематома була ліквідована шляхом повторної пункції.

З використанням пункційних технологій було проліковано 62 хворих з абсцесами різної локалізації: піддіафрагмальний абсцес - 21 (33,9%) пацієнт; підпечіноковий абсцес - 24 (38,7%) хворих; абсцес малого тазу - 17 (27,4%) пацієнтів. Зазначеним хворим проводилося

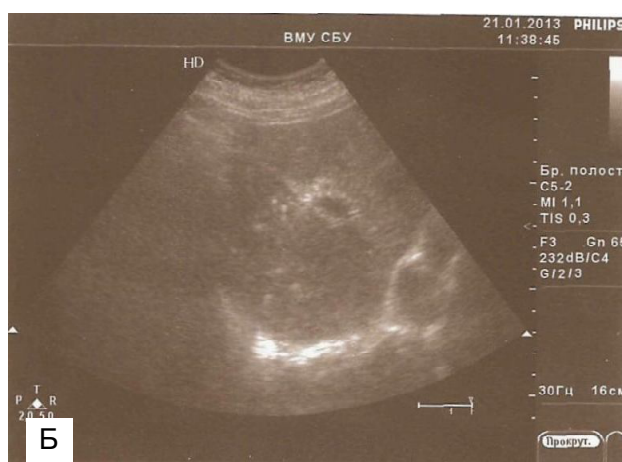


Рис. 2. Хвора Н., 78 років. Діагноз: два холангіогенні абсцеси печінки. А - ультрасонограма до малоінвазивного лікування. Визначаються 2 холангіогенні абсцеси печінки; Б - ультрасонограма через 1 місяць після дренування абсцесів. Порожнина абсцесу не визначається.

дренування абсцесу черевної порожнини з санацією порожнини абсцесу, об'єм евакуйованого ексудату становив від 20 до 550 мл. Терміни дренування склали від 4 до 13 діб і залежали від об'єму гнійника та характеру вмісту абсцесу. Ускладнень у цих хворих у вигляді пошкоджень внутрішніх органів, кровотеч не було.

За нашими даними найбільші технічні труднощі при малоінвазивному лікуванні абсцесів черевної порожнини виникали у хворих на абсцес малого тазу, що пов'язано зі щільним розташуванням порожнинних структур та інтерпозицією кишечних петель. Так, у 8 (47,1%) хворих спроби пункційної санації порожнини абсцесу малого тазу виявилися неефективними у зв'язку із зазначеними технічними труднощами. У цих хворих виконане оперативне втручання (лапаротомія та дренування абсцесу через пряму кишку). Тоді як, у 9 (52,9%) пацієнтів вдалося досягти одужання хворих з використанням лише пункційно-дренажних технологій.

Простежені результати пункційного лікування 147 хворих з гострим пілонідалим абсцесом. Показами до можливого пункційного лікування гострого абсцесу пілонідальної кістки було наявність гіпоехогенного вмісту порожнини гнійника. Тоді як, при наявності гіперехогенних включень перевагу віддавали іншим методам санації гострого пілонідаального абсцесу.

Пункцію пілонідаального абсцесу проводили без додаткового знеболення під ультразвуковим контролем лінійним датчиком методом "вільної руки". Після евакуації гнійного ексудату проводили промивання порожнини абсцесу розчином антисептику. При необхідності більш детального вивчення конфігурації пілонідаального гнійника з діагностичною метою проводили пункційну абсцесографію з використанням водорозчинного контрасту. У 21 (14,3%) хворого з використанням пункційних технологій через в'язкий вміст пілонідаального абсцесу не вдалося провести адекватну евакуацію гнійного ексудату. В таких випадках переходили на інцизійну санацію пілонідаального абсцесу або проводили

ультразвукову санацію порожнини гнійника через мінідо-ступ з використанням низькочастотного ультразвуку (апарат Sonoca 190, Suring, Німеччина).

Після першої пункції проводили щоденний ультразвуковий контроль динаміки змін в м'яких тканинах крижово-куприкової ділянки. При наявності залишків гнійного ексудату в залишковій порожнині проводили повторні пункції гнійника. Пункції порожнини абсцесу проводили до зникнення запальних змін в крижово-куприкової ділянки. У 47 (24,3%) хворих було достатньо проведення однієї пункції, тоді як у 92 (62,6%) пацієнтів було необхідно виконання двох пункцій, а у 8 (5,4%) хворих - трьох-чотирьох пункцій.

Пункційну санацію гострого пілонідаального абсцесу проводили в амбулаторних умовах. Відразу після першої пункції розпочинали емпіричну антибіотикотерапію таблетованим препаратом широкого спектру дії (ципрофлоксацин 500 мг двічі на добу) з наступною корекцією в залежності від динаміки місцевих змін та результатів бактеріологічного дослідження гнійного ексудату. Пункційна санація гострого пілонідаального абсцесу розглядалася нами як паліативний екстрений етап, який дозволяв підготувати пацієнта до відстроченого радикального оперативного лікування. Ускладнень пункційного лікування гострого пілонідаального абсцесу (до проведення радикального оперативного втручання) не було.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Пункційно-дренажні методи лікування характеризуються наступними перевагами: малотравматичність, низький відсоток ускладнень, відсутність необхідності загального знеболення, можливість застосування у хворих похилого віку та при важкій супутній патології.

2. Пункційно-дренажний метод дозволив провести лікування без відкритого оперативного втручання у

87,1% хворих при абсцесах черевної порожнини, у 86,5% пацієнтів при псевдокістах підшлункової залози і гострому накопиченні рідини при гострому панкреатиті та в 97,3% випадках при абсцесах та кістах печінки.

3. Пункційна санація гострого пілонідального абсцесу є ефективним методом підготовки хворого до відстроченого радикального оперативного лікування

пілонідальної кісти.

Залишається немало спірних питань, що стосуються показів та протипоказань до застосування цього методу при різних гострих та хронічних захворюваннях органів черевної порожнини, вибору оптимальних дренажних матеріалів, переваг та недоліків різних методів візуального контролю.

Список літератури

- Борсуков А.В. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем при заболеваниях желчного пузыря и поджелудочной железы / А.В.Борсуков, А.В.Мамошин. - М.: Медпрактика-М, 2007. - 121 с.
- Тимошин А.Д. Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии /А.Д.Тимошин, А.Л.Шестаков, А.В.Юрасов. - М.: Триада-Х, 2003. - 215 с.
- Concordance between core needle biopsy and surgical excision specimens for tumour hormone receptor profiling according to the 2011 st. gallen classification, in clinical practice /P.Loubeyre, A.Bodmer, J.C.Tille [et al.] //Breast J. - 2013. - Vol.19, №6. - P. 605-610.
- CT-guided bone biopsy with a battery-powered drill system: preliminary results / R.K. Lee, J.F.Griffith //Am. J. Roentgenol. - 2013. - Vol. 201, №5. - P. 1093-1095.
- Experience of ultrasonography-guided percutaneous core biopsy for renal masses /S.W.Lee, M.H.Lee, H.J.Yang [et al.] //Korean J. Urol. - 2013. - Vol.54, №10. - P. 660-665.
- Percutaneous cystogastrostomy with a new catheter for drainage of pancreatic pseudocysts and fluid collections / R.P.Davies, M.R.Cox, T.G.Wilson [et al.] //Cardiovasc. Intervent. Radiol. - 2005. - Vol.19, №2. - P. 128-131.
- Safety of pediatric percutaneous liver biopsy performed by interventional radiologists /C.Potter, M.J.Hogan, K.Henry-Kendjorsky [et al.] //J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. - 2011.- Vol.53, №2.- P. 202-206.

Лурин И.А., Гладышенко А.И., Цема Е.В., Макаров Г.Г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ПОЛОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА И ПИЛОНИДАЛЬНОГО АБСЦЕССА КРЕСТЦОВО-КОПЧИКОВОЙ ОБЛАСТИ

Резюме. Проанализированы результаты применения пункционно-дренажного метода лечения под ультразвуковым контролем у 403 больных. У 24 (6,8%) пациентов был диагностирован подпеченочный абсцесс, у 21 (5,9%) - поддиафрагмальный абсцесс, у 36 (10,1%) - абсцесс сальниковой сумки, у 17 (4,8%) - абсцесс малого таза, у 31 (8,7%) - псевдокиста поджелудочной железы, у 42 (11,8%) - киста или абсцесс печени, у 37 (10,4%) - злокачественные новообразования печени, у 147 (41,4%) - острый пилонидальный абсцесс. В статье обговорены общие принципы выполнения малоинвазивных оперативных вмешательств, их преимущества и недостатки, приведены осложнения и результаты пункционного лечения. Использование пункционно-дренажных технологий при лечении полостных образований брюшной полости, забрюшинного пространства и пилонидальных кист имеет следующие преимущества: малотравматичность, низкий процент осложнений, отсутствие необходимости общего обезболивания, возможность использования у больных пожилого возраста и при тяжелой сопутствующей патологии.

Ключевые слова: пункционно-дренажный метод, ультразвуковой контроль, полостные образования, острый пилонидальный абсцесс.

Lurin I.A., Gladysheiko O.I., Tsema Y.V., Makarov H.H.

EXPERIENCE OF APPLICATION OF PUNCTURE AND DRAINAGE TECHNOLOGY IN THE TREATMENT OF CAVITARY FORMATION OF THE ABDOMINAL CAVITY ORGANS AND RETROPERITONEAL SPACE AND OF THE PILONIDAL ABSCESSSES IN SACROCCYGEAL AREA

Summary. The results of application of puncture and drainage methods of treatment under echography control in 403 patients are analysed. 24 (6,8%) patients were diagnosed with subhepatic abscess, 21 (5,9%) - had subdiaphragmatic abscess, 36 (10,1%) - had omental abscess, 17 (4,8%) - had pelvic abscess, 31 (8,7%) - had pancreatic pseudocyst, 42 (11,8%) - had liver abscesses and cysts, 37 (10,4%) - had liver malformations, and 147 (41,4%) - had acute pilonidal abscesses. In the article the general principals of the performing of small invasive operations their benefits and risks, given the complications and results of the paracentetic treatment are discussed. The usage of the puncture and drainage technologies at the treatment of the cavitary formation of the abdominal cavity organs abdominal cavity, retroperitoneal space and pilonidal cysts has the following advantages: minimally invasive procedure, low complication rate, no need in general anaesthesia, can be used in elderly and in patients with significant co-morbidities.

Key words: puncture and drainage, echography control, cavitary formations, acute pilonidal abscess.

Стаття надійшла до редакції 25.10.2013 р.

Лурін Ігор Анатолійович - д.мед.н., професор, начальник військово-медичного управління Служби безпеки України; +38 044 253-94-27; vmu@ssu.gov.ua;

Гладышенко Олександр Ігорович - к.мед.н. старший лікар відділення малоінвазивних технологій центрального госпіталю військово-медичного управління Служби безпеки України; +38 044 281-50-73; Gladishenko@mail.ru;

Цема Євгеній Володимирович - к.мед.н., старший лікар відділення малоінвазивних технологій центрального госпіталю військово-медичного управління Служби безпеки України; +38 044 281-50-73; Hemorrhoid@ukr.net;

Макаров Георгій Георгійович - головний хірург військово-медичного управління Служби безпеки України, начальник відділення малоінвазивних технологій центрального госпіталю військово-медичного управління Служби безпеки України; +38 044 281-50-73.