

Изобретение относится к области медицины, а именно к способам профилактики и лечения гнойной раневой инфекции.

Известен способ лечения гнойной раневой инфекции, когда наряду с хирургическим лечением (иссечение омертвевших тканей, удаление инородных тел и промывание полости раны растворами антисептиков) и введением антибактериальных препаратов с целью устранения тканевой гипоксии проводится лечение кислородом под повышенным давлением (ГБО) [1].

К недостаткам этого способа следует отнести то, что даже после удаления некротических тканей сохраняются все реакции организма в ответ на рану, а, следовательно, отек и ишемия в области увеличившегося раневого дефекта и, как результат этого, гипоксия и повышение процессов свободно-радикального окисления в окружающих тканях. Кроме того, необходимо введение препаратов, оказывающих модифицирующее действие на состояние иммунитета. Вместе с тем, возникает необходимость использования дорогостоящего оборудования (барокамеры), специально подготовленного персонала. Одновременно с этим требуется профилактика и нейтрализация "токсического" действия кислорода на организм и подавление активизации процессов свободно-радикального окисления. При использовании этого способа сохраняются все реакции организма на травму. Остаются проблемы подбора антибактериальных препаратов. По-прежнему, необходимо проведение иммуномоделирующей медикаментозной терапии.

Задачей изобретения является повышение эффективности профилактики и лечения гнойной раневой инфекции путем предупреждения отека и гипоксии тканей в области раны, а также подавления процессов перекисного окисления липидов.

Указанная задача решается тем, что в подкожную клетчатку в области раны вводят 2,5 - 5,0% фосфатидилхолиновую суспензию (ФС) в солевых растворах (физиологический, Рингер-Локка) или в растворах местных анестетиков в дозе 20 - 25мг/кг массы один раз в сутки в течение 1 - 4 суток.

Сущность предлагаемого способа профилактики и лечения гнойной раневой инфекции и его отличительных от прототипа признаков заключается в применении на фоне традиционной терапии фосфатидилхолиновой суспензии, обладающей широким спектром антиоксидантного и антиоксидантного действия, что позволяет воздействовать на основные патогенетические звенья процесса.

Способ осуществляется следующим образом. При поступлении больного в отделение при необходимости проводится хирургическая обработка раны, назначение курса антибактериальной терапии. В дальнейшем производится обкалывание подкожной клетчатки вокруг раны ФС в растворах местных анестетиков. ФС вводится в рекомендуемых дозах.

Пример. Больная М., 28 лет, масса тела 54кг, поступила в отделение с диагнозом постинъекционный инфильтрат правой ягодичной области. При поступлении жалобы на боль в правой ягодичной области, повышение температуры тела до 38,2°C, слабость, снижение аппетита. При осмотре правая ягодичная область увеличена в размерах, гиперемизована, на ощупь горячая, пальпируется болезненное уплотнение размерами 5 на 8см. При лабораторном обследовании - выраженный лейкоцитоз ($17,8 \times 10^9$) с палочкоядерным сдвигом формулы (П/я лейкоцитов - 21%). Проведено обкалывание инфильтрата раствором ФС на 0,25% растворе новокаина. Доза препарата 1250мг. На следующие сутки боль значительно уменьшилась, температура субфебрильная. При осмотре отечность и гиперемия правой ягодичной области практически отсутствуют. Инфильтрат при пальпации прежних размеров, плотный, умеренно болезненный. Проведено повторное обкалывание инфильтрата раствором ФС в 1% растворе новокаина. Доза препарата - 1080мг. Через двое суток после поступления больная жалоб не предъявляет, сохраняется субфебрильная температура (37,4°C). Отек и гиперемия полностью исчезли, пальпируется малоболезненное уплотнение размерами 2 на 3,5см. При лабораторном обследовании сохраняется умеренный лейкоцитоз ($10,2 \times 10^9$) с нормальной лейкоцитарной формулой. Еще через двое суток жалоб нет, инфильтрат в правой ягодичной области не пальпируется. Выписана домой.