

Винахід відноситься до медицини, а саме до акушерства та гінекології. Останнім часом гнійно-септичні ускладнення в акушерсько-гінекологічних стаціонарах мають тенденцію до зростання. Це пояснюється появою високівірulentних антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів, а також зниженням імунітету вагітних жінок і породіль. Гнійно-септичні захворювання виникають у жінок працездатного віку. Низька ефективність профілактики і терапії гнійно-септичних ускладнень в післяпологовому періоді вимагають вивчення цієї проблеми і пошуку нових методів лікування.

Миронова І.М. (Ас. СССР №1768171, кл. А61К31/4 39 31/65) запропонувала використати з протизапальною метою антибіотики кефзол, цефамізін або клафоран (по 1г) для обколювання країв рани під міхурно-матковою складкою для профілактики виникнення ендометриту після кесарева розтину. Але збудники гнійно-септичних захворювань на сьогоднішній день є поліантибіотикорезистентними в переважній своїй більшості і використання нечутливих до флори антибіотиків, крім витрат коштів, приносить організму негативний сенсibilізуючий ефект. Враховуючи, що при однаковому кількісному обсяженні порожнини матки, ендометрит виникає в організмі на фоні зниженого імунітету, ми вибрали спосіб профілактики гнійно-септичних ускладнень після кесарева розтину шляхом застосування імуномодуючого засобу.

В основу винаходу поставлене завдання вдосконалення методу профілактики ендометриту після кесарева розтину шляхом додаткового введення імуномодулятора трекрезану.

Враховуючи, що трекрезан (2-трис-оксиетилортокрезоксациетату) відноситься до класу практично не токсичних речовин, чим вигідно відрізняється від інших відомих імуностимуляторів (Дозвіл фармкомітету від 8 липня 1993 року, протокол №13). Протипоказів до застосування та побічних ефектів у препараті не виявлено. ЛД 50 дня щурів, мишей, кроликів та собак при різних типах введення (підшкірно, внутрішньом'язево та внутрішньовенно) коливається від 1300 до 4500мг/кг, що є нижче, ніж для хлориду натрію. При тривалому введенні (3 місяці) в найвищих дозах патологічних відхилень не виявлено. В літературі препарат називають ще фітогормоном. Поряд з імуномодуючою дією науково підтверджена антиоксидантна, антигіпоксантична, мембранопротекторна, гепатопротекторна та еритропоезстимулююча дія трекрезану. Препарат володіє адаптогенною дією, приводить в режим раціонального функціонування процеси енергоутворення, метаболізму і обміну речовин в клітині, стимулює процеси репаративної регенерації. Такі характеристики препарату в поєднанні з практично відсутньою токсичністю спонукали нас до використання його як імуномодуючого засобу в лікуванні запальних процесів придатків матки.

Поставлена задача відповідно до винаходу вирішується тим, що вагітним групи високого ризику розвитку гнійно-септичних ускладнень в післяпологовому періоді, які йдуть на плановий кесарів розтин, вводили кремнійорганічний імуномодуючий препарат трекрезан перорально по 30мг/кг на протязі 8 - 10 днів.

Приклад. Хвора М., 30 років, поступила в

відділ патології вагітних в терміні вагітності 37 - 38 тижнів, обтяженим акушерським анамнезом (кесарів розтин 2 роки тому), анемією 1 ступеня, ожирінням 1 ступеня, хронічним пієлонефритом. Вагітна отримувала загальноприйнятний комплекс лікування з додатковим застосуванням перорально трекрезану в дозі 30мг/кг протягом 10 днів до планового кесарева розтину. Операція проведена в плановому порядку поперечним розрізом в нижньому сегменті. Хвора з високим ступенем ризику розвитку інфекційних ускладнень в післяопераційному періоді. Крововтрата - 640мл, заміщена. Післяопераційний період протікав гладко. В кінці першої доби температура була 37,4°C, на третю добу був ще один підйом температури до 37,2°C. Шви зняті на 5 добу. Рана загоїлась первинним натягом. Хвора виписана на 10 добу післяопераційного періоду в задовільному стані і задовільних клініко-лабораторних показниках.

Цей метод рекомендується застосовувати у вагітних з високим ризиком розвитку гнійно-септичних захворювань в післяопераційному періоді. Застосування вказаного способу профілактики гострого ендометриту після кесарева розтину дозволило забезпечити благоприємне протікання післяопераційного періоду у 22 жінок. Ендометрит не розвинувся ні в одній з обстежених нами жінок, у яких був застосований розроблений нами комплексний метод профілактики ендометриту. Легкі форми післяопераційної інфекції (субінволюція матки, розходження швів на шкірі) спостерігались лише у 2 жінок. Післяопераційний ліжко-день в цій групі був $10,4 \pm 0,5$ дні, тоді як в контрольній групі цей показник був $12,8 \pm 0,8$ ліжко-дні ($P < 0,05$). Таким чином, розроблений спосіб профілактики ендометриту після кесарева розтину у вагітних групи високого ризику розвитку інфекційних ускладнень дозволяє попередити розвиток запального процесу в матці, забезпечити благоприємний перебіг післяопераційного періоду.