



УКРАЇНА

(19) UA

(11) 3858

(13) U

(51) 7 A61B17/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту(54) СПОСІБ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ЛІКУВАННЯ ВАЖКИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
М'ЯКИХ ТКАНИН

1

(21) 2004032334

(22) 30.03.2004

(24) 15.12.2004

(46) 15.12.2004, Бюл. № 12, 2004 р.

(72) Шаповал Сергій Дмитрович, Якунич Андрій
Миколайович, Максимова Ольга Віталіївна, Сазанов
Максим Вікторович(73) ЗАПОРІЗЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ, Шаповал Сергій

2

Дмитрович, Якунич Андрій Миколайович, Макси-
мова Ольга Віталіївна, Сазанов Максим
Вікторович(57) Спосіб післяопераційного лікування важких
гнійно-запальних захворювань м'яких тканин, що
включає призначення комплексної терапії та вве-
дення стимуляторів, який **відрізняється** тим, що
як стимулятор перорально призначають антраль.

Корисна модель відноситься до медицини, а
саме - до гнійної хірургії.

В структурі хірургічних стаціонарів хворі з гній-
но-септичними ускладненнями складають 32-35% і
їх кількість має тенденцію до зростання. Незадові-
льні результати лікування цієї категорії хворих та
достатньо високий відсоток летальності диктують
необхідність розробки нових способів лікування.

Відомий спосіб лікування гнійно-септичних за-
хворювань м'яких тканин, який полягає у прове-
денні в післяопераційному періоді медикаментоз-
ної та інфузійної терапії, введенні стимуляторів,
які діють на ту чи іншу ланку гомеостазу [Капущий
В.Е., Абаев Ю.К., Семенова Г.Н., Коваленко Е.И.
Эволюция гнойно-воспалительных заболеваний
мягких тканей и разработка методов лечения //
Матер. междунар. конф. "Раны и раневая инфек-
ция". М.:1998.-С.256-258].

Загальною істотною ознакою аналогу та заяв-
ляемого способу є така:

- призначення комплексної терапії;
- введення стимуляторів.

Але при використанні цього способу передба-
чається введення стимуляторів у вигляді ін'єкцій,
що не бажано з погляду додаткового травмування
м'яких тканин. Окрім цього, застосування у якості
стимуляторів ретаболілу та нероболу може спри-
чинити до небажаної дії на нейроендокринну сис-
тему, яка і без цього пошкоджується при цих за-
хворюваннях. Ці недоліки не забезпечують ефек-
тивного післяопераційного лікування важких гній-
но-запальних захворювань м'яких тканин.

Найбільш близьким по технічній суті та отри-
маному результату до заявленого є спосіб, який
полягає у проведенні комплексної терапії (меди-

каментозної, інфузійної, детоксикаційної) та вве-
денні стимуляторів (стероїдних /ретаболіл, неро-
бол/ та нестероїдних /оротат калію, метилурацил/
препаратів) [Морозов В.Г., Измайлов Г.А. Лечение
сепсиса // Хирургия. - 1984. -№4.-С.15].

Загальною суттєвою ознакою прототипу та за-
являемого способу є така:

- проведення комплексної терапії;
- введення стимуляторів.

В способі-прототипі передбачається внутрі-
шньом'язове введення стимуляторів (окрім орота-
ту калію та метилурацилу), що приводить до дода-
ткової травматизації м'яких тканин, уряді випадків,
до виникнення післяін'єкційних інфільтратів чи
навіть абсцесів. Стимуляція анаболічних процесів
досягається застосуванням як стероїдних (рета-
боліл, неробол), так і нестероїдних (оротат калію,
метилурацил) препаратів, що в умовах важкого
гнійного запалення, особливо при сепсисі, не бай-
дує для існуючих порушень нейроендокринної
системи. Окрім цього, стероїдні препарати вироб-
ляються за кордоном, що потребує додаткових
матеріальних витрат у комплексі лікування. Всі ці
недоліки не забезпечують достатнього ефективно-
го лікування важких гнійно-запальних захворювань
м'яких тканин.

Метою корисної моделі є удосконалення спо-
сібів післяопераційного лікування гнійно-запальних
захворювань м'яких тканин шляхом заміни у сис-
темі комплексного лікування стимуляторів (стерої-
дних та нестероїдних) на вітчизняний стимулятор
"Антраль", що забезпечить підвищення ефектив-
ності лікування, зниження проценту ускладнень та
летальності.

(13) U

(11) 3858

(19) UA

Поставлена мета вирішується тим, що у собі, який включає проведення комплексної терапії та введені стимуляторів, новим є те, що у якості стимулятора хворим перорально призначають антраль.

Причино-наслідковий зв'язок між сукупністю заявляємих ознак та досягаємих результатів полягає у наступному.

Антраль призначається хворим перорально у вигляді таблеток, що дозволяє запобігти зайвої травматизації м'яких тканин та можливих ускладнень.

Застосування антраля дозволить, у деякій мірі, запобігти поліпрагмазії, так як замінюються чотири препарати, які використовуються у способі-прототипі у якості стимуляторів (неробол, ретаболіл, оротат калію, метилурацил).

При застосуванні антраля поліпшується загальне почуття, зменшуються астеновегетативні порушення, активуються репаративні процеси не тільки в гепатоцитах але й в місцевому осередку, підвищується ефективність дії антиоксидантного захисту за рахунок надмірно активованих продуктів пероксидації.

Антраль є вітчизняним препаратом, що робить лікування дешевшим, підвищення ефективності лікування завдяки антралю у кінцевому результаті приводить до скорочення строків перебування хворих у стаціонарі.

Спосіб здійснюється таким чином.

Після хірургічного лікування осередку запалення хворому призначають комплексну терапію (антибіотики, інфузійна та дезінтоксикаційна терапія, антикоагулянти, пентоксифілін, антигістамінні препарати). Окрім цього, у якості стимулятора хворому призначають антраль.

1 таблетку антраля (0,2г) приймають після їди тричі на день. Тривалість курсу залежить від важкості перебігу хвороби. Середній курс лікування становить 3-4 тижні. У хворих тяжким сепсисом курс лікування повторюється після 3-4 тижневої перерви.

Приклад 1: хворий М., 23 років, потрапив зі скаргами на слабкість, підвищення температури тіла до 38,4°C, біль в правій пахвинній області, обмеження активних рухів правої нижньої кінцівки. Вважає себе хворим протягом 10 діб, коли неодноразово самотійно робив собі ін'єкції саморобних розчинів з соломки маку.

Об'єктивно: стан ближчий до тяжкого. Астенічний. Активні руки в кінцівки обмежені, болючі. В правій пахвинній області інфільтрат 10х8см, з набряком, нерухомий, різко болючий при пальпації.

Еритроцити $2,8 \times 10^9/\text{л}$, Нв – $87 \text{ г}/\text{л}$. Аналіз сечі - без особливостей, глюкоза у крові - $4,4 \text{ ммоль}/\text{л}$. Білірубін - $42,4 \text{ ммоль}/\text{л}$.

Діагноз: Післяін'єкційна гематома правої пахвинної області, що нагноїлася. Арозія стегнової

артерії? Токсичний гепатит. Наркоманія сурогатами опію.

20.10.2003р. операція (С.Д.Шаповал) - розтин та ліквідування гематоми, що нагноїлася, перев'язка стегнових артерії та вени.

Антибактеріальна, дезінтоксикаційна, заміщуюча терапія, що проводилася, була недостатньо ефективною. Призначено антраль по 0,2г після їди тричі на день.

На 7 добу післяопераційного періоду зменшились астеновегетативні порушення, поліпшився сон та апетит, підвищилась активність каталази та зменшились показники первинних та вторинних продуктів пероксидації. Через два тижня - ер. $3,2 \times 10^9/\text{л}$ Нв - $104 \text{ г}/\text{л}$, білірубін - $21,47 \text{ ммоль}/\text{л}$, загальний білок - $64 \text{ г}/\text{л}$. Рана стала охайною, з'явилися свіжі грануляції. Кінцівка тепла на дотик, об'єм рухів у останній майже у повній мірі. При виписці (10.11.2003р.): ер - $3,6 \times 10^9/\text{л}$, Нв - $112 \text{ г}/\text{л}$, білірубін - $18,4 \text{ ммоль}/\text{л}$, загальний білок - $68 \text{ г}/\text{л}$, показники малонового діальдегіду та каталази - близькі до норми.

Приклад 2: хвора Б., 68 років. Потрапила до стаціонару 03.11.2003р. зі скаргами на болі у правій підлопаточній області, слабкість, страху, підвищення температури тіла до 38°C. Вважає себе хворою протягом п'яти днів. Лікувалась амбулаторно, стан погіршився.

Об'єктивно: стан тяжкий. У правій підлопаточній області інфільтрат 8х8см з множинними некротичними стрижнями, болючий при пальпації. Лейкоцитоз - $14,6 \times 10^9/\text{л}$ з різким зсувом вліво, рівень цукру у крові - $16,8 \text{ ммоль}/\text{л}$. Креатинін - $158 \text{ ммоль}/\text{л}$.

Діагноз: Карбункул спини. Цукровий діабет, тяжкий перебіг, стадія декомпенсації.

03.11.2004р. операція (С.Д.Шаповал) - висічення карбункулу, гемостаз. Призначена дезінтоксикаційна терапія, антибіотики, простий інсулін чотири рази на добу. Недивлячись на призначену терапію, післяопераційний період протікав тяжко.

На 5 добу призначено антраль по зазначеній вище схемі. Через 2 тижня - загальний стан хворої задовільний. Глюкоза крові - $8,5 \text{ ммоль}/\text{л}$. Рана стала охайною, з'явилися свіжі грануляції, що дало можливість на 18 добу виконати аутодерматопластику. Медикаментозна терапія на момент шкірної пластики включала тільки антраль та прості ін'єкції інсуліну. В задовільному стані хвора виписана із стаціонару на 8 добу після аутодерматопластики.

Таким чином, застосування антраля у комплексі із іншими лікувальними засобами поліпшує загальне самопочуття, значно скоріше відновлює рівень антиоксидантного захисту, що дає змогу у більш раніший час виконувати аутодерматопластику, чи накладати вторинні шви, тим самим зменшувати середню ліжко-добу. Ускладнень від застосування зазначеної терапії не відмічалось.