



УКРАЇНА

(19) UA (11) 13885 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/00
A61K 31/695

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ГНІЙНИХ РАН У ПОРОДІЛЬ

1

(21) u200510582
(22) 09.11.2005
(24) 17.04.2006
(46) 17.04.2006, Бюл. № 4, 2006 р.
(72) Жегулович Володимир Генрихович, Прилуцька Алла Броніславівна, Прилуцький Олександр Іванович
(73) НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

2

(57) Спосіб лікування гнійних ран у породіль, що включає хірургічну обробку рани на фоні антибактеріальної терапії, який **відрізняється** тим, що після проведення часткової хірургічної обробки призначають кремнієорганічний сорбент - гентаксан у вигляді апікацій на ранову поверхню тонким шаром (0,1-0,2 мм) 2-3 рази впродовж 4-16 днів.

Корисна модель, що заявляється, відноситься до медицини, точніше до акушерства, та призначена для лікування гнійних ран у породілей.

На долю інфікування м'яких тканин промежини та передньої черевної стінки після оперативних втручань (епізіо-, перінеотомія, кесаревий розтин) припадає 21,4-35,0% [2].

Гнійна рана в акушерській практиці - це перший етап форми септичної інфекції, з якого вона розповсюджується лімфогенним, гематогенним або міжклітинними шляхами по організму породілей та на кінцевому -четвертому етапі призводить до сепсису [6].

Методи лікування локальної інфекції (гнійні рани, лактаційний мастит, післяпологовий ендометрит) в акушерстві [4] свідчать, що головним напрямком є швидка ліквідація вогнища інфекції.

До основних принципів лікування гнійних ран відносять радикальну хірургічну обробку, дренажування поліхлорвініловим трубчатим дренажем, тривале промивання антисептиками, раннє закриття за допомогою первинних або вторинних швів, загальну та місцеву антибактеріальну терапію, підвищення специфічної та неспецифічної реактивності організму [11].

Тобто лікування гнійних ран повинно включати хірургічні і консервативні методи та засоби, що пов'язано з неспроможністю повного висікання нежиттєздатних тканин при хірургічній обробці гнійної рани [8].

Складність проблеми лікування гнійних ран в акушерській практиці пов'язана з багатьма факторами, які впливають на процес загоєння гнійної

рани. Одне із провідних місць в цьому процесі належить розвитку вторинної імунної недостатності, характер якої треба враховувати при лікуванні акушерських ран [10]. Слід згадати про збільшення резистентності мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів, що є одним із гострих питань в акушерській практиці. Безконтрольне застосування антибактеріальних препаратів, особливо в низьких дозах, призвело до селекції високопатогенних штамів мікробів та до пригнічення імунної системи [9].

Все це обумовлює пошук нових і удосконалення вже відомих методів місцевого лікування гнійно-запальних способів лікування з урахуванням всіх основних ланок патогенезу даного захворювання.

Так відомий спосіб лікування гнійних ран, який полягає у проведенні повної хірургічної обробки рани, місцевому застосуванню 10% розчину хлориду натрію, 1% розчину діоксиду, лініменту Вишневського на тлі парантерального введення антибактеріальних препаратів (цефалоспорины, фторхінолони, іміпеними, аміноглікозиди, напівсинтетичні пеніциліни, похідні нітроїмідазолу) [3]. Провідна роль у комплексному лікуванні гнійних ран належить активній хірургічній обробці [1], яка вилучає гнійно-некротичне вогнище, що обумовлює зниження загальної інтоксикації організму, гідратації та ацидозу, нормалізації метаболізму тканин, але вона неспроможна повністю видалити нежиттєздатних тканин із гнійної рани. Застосовані антисептики володіють бактерицидними властивостями, ступінь яких залежить від концентрації, мікробного навантаження та тривалості дії, але вони

(13) U

(11) 13885

(19) UA

не розповсюджуються вглиб тканин та практично не впливають на мікробну флору [7]. В останні роки виявлена стійкість госпітальних штамів мікроорганізмів до хлоргексидину, діоксидину, риванолу, фурациліну, фурагіну, хлораміну. Негативним моментом при застосуванні антисептиків є швидке висихання пов'язки, тому їх потрібно міняти декілька разів на добу. Механізм дії гіпертонічного розчину хлориду натрію, який обумовлений різницею осмотичного тиску в тканинах та пов'язці, мало тривалий - від 1,5 до 3 годин. Він швидко розчиняється рановим відходом і втрачає свою осмотичну активність [5].

Найближчим аналогом корисної моделі, що заявляється, є спосіб лікування гнійних ран у породілей, що включає хірургічну обробку рани з застосуванням антисептиків та фоні антибактеріальної терапії [3].

Недоліком способу є значне місцеве подразнення, низька протизапальна дія та наявність ускладнень під час лікування.

Задача, яку вирішує корисна модель, що заявляється, полягає в підвищенні ефективності лікування гнійних ран у породілей за рахунок пригнічення патогенної мікрофлори рани, зниження гематологічних показників ендотоксикації, відновлення місцевого імунітету, прискорення репаративних процесів у рані, що зумовлює скорочення терміну загоєння та накладання вторинних швів. Тому запропонований спосіб лікування є більш патогенетичне обґрунтованим при лікуванні гнійних ран у породілей.

Технічний результат від впровадження корисної моделі буде полягати в більш ефективному лікуванні даної патології, що зумовлює скорочення терміну загоєння рани та накладання вторинних швів на $4,3 \pm 0,6$ добу.

Поставлена задача вирішується тим, що у відомому способі лікування гнійних ран, що включає проведення повної хірургічної обробки рани з застосуванням антисептиків, згідно з корисною моделлю, після проведення часткової хірургічної обробки призначали кремнієорганічний сорбент - гентаксан, у вигляді апікацій на ранову поверхню тонким шаром (0,1-0,2мм) 2-3 рази на добу впродовж 4-16 днів.

Відмінною особливістю способу лікування гнійних ран, що заявляється є проведення часткової хірургічної обробки рани та використання комплексного препарату гентаксану, який складається із ксерогелю поліметилсилоксану та іммобілізованого на ньому гентаміцину сульфату і цинку триптофану. Тому препарат має пролонговану антимікробну дію, забезпечує місцеву детоксикацію рани, активно сорбує мікробні клітини, метаболіти бактерій і токсичні ранові метаболіти, справляє дегідратаційну дію на тканини, підвищує рН ранового середовища, потенціює специфічну дію антибіотика. Вміст у препараті цинку обумовлює його антиоксидантні й імуномодулювальні властивості. Тому застосування цього препарату для лікування гнійних ран в акушерській практиці і вивчення його дії ми вважаємо перспективним, за відомими літературними даними такий спосіб лікування гнійних ран не відомий.

Запропонований спосіб здійснюється наступ-

ним чином. Лікування хворих із гнійними ранами було комплексним на фоні антибактеріальної терапії. Перед нанесенням гентаксану хірургічна обробка носила частковий характер. Після обробки раї і 3% розчином перекису водню, розкривали кармани, витинали некротизовану тканину. Кремнієорганічний сорбент - гентаксан використовували у вигляді апікацій на ранову поверхню тонким шаром (0,1-0,2мм) 2-3 рази на добу.

Конкретні приклади втілення.

Історія пологів №500. Породілля Ластовна І.П., 1984 року народження.

Роди 10.04.01. 21год. 30 хвилин.

Діагноз: Роди І своєчасні, патологічні, тазове передлежання. Дородове злиття навколоплідних вод. Преєклампсія легкого ступеню тяжкості. Анемія вагітних ІІ ступеню. Трихомонадний кольпіт. Гіперплазія цитоподібної залози. Кесарів розтин в нижньому матковому сегменті.

Післяродовий період ускладнився лохіометрою та частковим розходженням швів післяопераційного рани.

Спостерігалось розходження країв рани з ознаками нагноєння, про що свідчили наявність гнійно-серозного ексудату у тканинах рани та запальні місцеві прояви. Поверхня та стінки рани мали сірий відтінок за рахунок розвитку фіброзно-гнійних нальотів.

Ранніми симптомами розвитку ранової інфекції були погіршення загального самопочуття, скарги на біль у ділянці рани, підвищення температури тіла. Розходження післяопераційної рани відбувалося на 7 добу. Відмічалось підвищення температури до $38,6^{\circ}\text{C}$. Місцеві прояви інфікування рани характеризувалися класичними ознаками: гіперемія шкіри, набряк та інфільтрація тканин, біль у ділянці рани при пальпації.

Для оцінки запального процесу у тканинах та загальної реакції організму обстежених породілей ми вивчили динаміку деяких показників периферичної крові та вираховували індекс інфільтрації за Кальф-Каліфом (ЛІІ), які було порівняно із ідентичними показниками здорових породілей, без ускладнень у пологах та післяпологовий період. У породіллі відмічено зміни морфологічного складу крові: підвищення лейкоцитів на $55,6\%$ ($10,2 \times 10^9/\text{л}$), прискорення ШОЕ на $95,1\%$ (63мм/г); підвищення ЛІІ за Кальф-Каліфом у 3 рази (2,1од.), що свідчило про наявність і прогресування запального процесу, утворення інфільтратів у тканинах рани обстеженої жінки.

Оцінюючи місцевий лікувальний ефект, ми визначили, переважальний терапевтичний ефект комплексного лікування з гентаксаном, який характеризувався прискоренням перебігу ранового процесу на 4 дні раніше порівняно з традиційними методами лікування, та швидкими відновленням гематологічних показників ендотоксикації до норми. Зазначено, що при використанні гентаксану у другій фазі ранового процесу з'являлися здорові грануляції, дрібнозернистого характеру, рожевого кольору. При застосуванні традиційних методів терапії лікування приймало затяжний характер, грануляції були млявими, повільно виповнювали порожнину рани, втрачали зернисту структуру.

У жінки спостерігалось часткове розходження

країв рани, тому вона загоювалась вторинним натягненням. Загоєння рани у пацієнтки відбувалося на 16 добу лікування, а при традиційних методах лікування на 21,5±1,4 добу.

Комплексне лікування з гентаксаном мало перевагу над комплексним лікуванням з традиційними методами лікування за рахунок додаткового очищення рани від мертвих та нежиттєздатних тканин, створення умов для відтоку ранового відходу, прискорення репаративних процесів у рані, про що свідчило відновлення гематологічних показників ендотоксикації до норми, скорочення строку загоєння ран.

Спосіб був апробований на базі кафедри акушерства та гінекології №1, що дозволяє його рекомендувати для використання в практичній медицині.

Джерела інформації:

1. Борис А.И. Раны и их осложнения // Здравоохранение / МЗ Беларусь. - 1995. - №1. - С.51-57. 1

2. Кремінський Я.М. Ефективність імунокоректорів у лікуванні гнійно-запальних ускладнень у породілей на фоні патологічної крововтрати у пологах // Педіатрія, акушерство та гінекологія. - 1995. - №5. - С.41-43.

3. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. - М.: Медицина, 1990. - 591с.

4. Леуш С.С. Теорія і практика застосування імуномодуляторів при деяких видах акушерсько-гінекологічної патології // Ліки. - 1996. - №1. - С.26-27.

5. Лукашевич Г.А., Герасимович Г.И. Травмы промежности и послеродовые септические заболевания // Тез. докл. «Репродукция, планирование семьи и экстрагенитальная патология». - Минск, 1993. - С.187-190.

6. Неотложные состояния в акушерстве и ги-

некологии / Г.К. Степанковская, Л.В. Тимошенко, И.Р. Барилляк, Б.М. Венцовский, Л.Б. Гутман, В.Е. Дашкевич, А.А. Зелинский, Я.П. Сельский, Е.Г. Сулима, Л.П. Чепкий, Е.А. Чернуха, В.И. Медведь, И.М. Меллина, Н.И. Солонец, В.А. Товстановская, В.Ф. Бандик, А.Н. Борода, Я.М. Витовский, Г. Д. Гордеева, Л.П. Даниленко, В.Г. Жегулович, А.И. Кожан, А.П. Мельник, Р.А. Ткаченко, Л.Е. Туманова, А.А. Ходак, А.П. Яковенко, С.Н. Янюта / Под ред. Г.К. Степанковской, Б.М. Венцовского. - К.: Здоров'я, 2000. - 669с.

7. Теория и практика местного лечения гнойных ран / Е.П. Безуглая, С.Г. Белов, В.Г. Гунько, Б.М. Даценко, Д.И. Дмитриевский, М.И. Козлов, В.Ф. Куликовский, Н.А. Ляпунов, М.И. Михайловская, Н.А. Мохорт, И.М. Перцев, А.К. Пулатов, Т.И. Тамм, В.В. Тимофеев, А.Я. Цыганенко, А.В. Чефранов / Под ред. Б.М. Даценко. - К.: Здоров'я, 1995. - 383с. 9.

8. Трутяк І.Р. Інфекційні ускладнення ран. - Львів: Інтелект плюс, 1999. - 125с.

9. Уманский В.Я., Иваницкая Н.Ф., Сергеева Л.А. Комплексное влияние неблагоприятных экологических факторов на организм беременных женщин и детей // Медико-соц. пробл. семьи. - 1997. - Т.2, №1. - С.37-40.

10. Факторы клеточного и гуморального иммунитета у больных холангитом / К.О. Ганстрем, Н.А. Постреляв, Е.И. Дрогомирская, Л.В. Гайковая // Тез. докл. 13 Рос. науч. конф. "Факторы клеточного и гуморального иммунитета при различных физиологических и патологических состояниях." - Челябинск, 1997. - С.38-39.

11. Цвелев Ю.В., Кочеровец В.И., Кира Е.Ф. Достижения и перспективы в изучении неклостридиальной анаэробной инфекции женских половых органов // Вести. Рос. АМН. - 1996. - №2. - С.34-37.