



УКРАЇНА

(19) UA (11) 14550 (13) U
(51) МПК (2006)
A61K 47/08

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ІНФЕКЦІЇ НИРОК У ВАГІТНИХ ЖІНОК ТА ПОРОДІЛЬ

1

2

(21) u200511468

(22) 02.12.2005

(24) 15.05.2006

(46) 15.05.2006, Бюл. № 5, 2006 р.

(72) Прилуцький Олександр Сергійович, Талалаєн-
ко Юлія Олександрівна(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб лікування інфекції нирок у вагітних жінок та породіль, що включає застосування антибактеріальних препаратів та імуностимуляцію з детоксикацією організму, який **відрізняється** тим, що як антибактеріальний та імуностимулюючий засіб внутрішньовенно вводять озонований фізіологічний розчин, а детоксикацію організму проводять шляхом ентеросорбції.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме - до акушерства і нефрології, і може бути використана у комплексній терапії пієлонефриту та бессимптомної бактеріурії у вагітних жінок та породіль.

Відомим є спосіб комплексного лікування пієлонефриту роділь, що включає антибактеріальну, діуретичну, десенсибілізуючу, імунomodуючу і детоксикаційну терапію, який обраний нами, як найближчий аналог [1].

Як імунomodulatory застосовують препарат спіруліни у дозі 3-5г на добу, курсом 4-6 місяців з перервами 10 днів після кожних 20 прийомів, разово внутрим'язово вводять одну дозу людського імунoglobulinu. Детоксикаційну терапію здійснюють за допомогою безперервного мембранного плазмаферезу, що складається з 2-3 сеансів з інтервалами між ними в 4-5 днів.

Однак запропонований авторами спосіб має ряд недоліків. Препарат спіруліни необхідно застосовувати довгостроково, на протязі декількох тижнів. Людський імунoglobulin є препаратом крові, що цілком не виключає ризик передачі гемотрансмісивних інфекцій, а також пріонових захворювань, до того ж часто відзначається підвищена чутливість до препарату, який є білком [2]. Застосування плазмаферезу як методу детоксикації організму потребує відповідного обладнання. багато часу та коштів, до того ж має ряд протипоказань [3].

В основу корисної моделі покладено завдання створення способу лікування інфекції нирок у вагітних та породіль, який дозволяє досягти підвищення ефективності та безпеки, а також скорочення термінів лікування.

Поставлене завдання вирішується тим, що способом лікування інфекції нирок у вагітних та породіль, що включає застосування антибактеріальних препаратів та імуностимуляції з детоксикацією організму, відповідно до корисної моделі, як антибактеріальний та імуностимулюючий засіб внутрішньовенно вводять озонований фізіологічний розчин, а детоксикацію організму проводять шляхом ентеросорбції.

Спосіб здійснюється таким чином.

Внутрішньовенно вводять 400мл озонованого фізіологічного розчину. Озонування роблять за допомогою апарату «Озон УМ-80», концентрація озону в газовій суміші складає 0,5-1,5мг/л, швидкість потоку 0,5л/хв. час барботації - 10-15хв. Озонотерапію проводять у кількості 5-10 сеансів.

На фоні проведеного лікування здійснюють ентеросорбцію таблетками «Белосорб» у дозуванні 6-10 таблеток на добу чи порошком «Ентеросгель» 50-120г гелю на добу протягом 10 днів. Для підвищення ефективності ентеросорбції додатково створюють лікувальну діарею шляхом перорального застосування 30% розчину магнію сульфату з розрахунку 10 мл на 1кг маси тіла пацієнти.

Будучи нешкідливим для людського організму, озон у терапевтичних дозах здійснює імунomodulatory, протизапальну, бактерицидну, вірусолітичну, фунгіцидну, антистресову та анальгезуючу дію, що особливо важливо для крігування септичного процесу в нирках вагітної і поліпшення стану внутрішньоутробного плоду [4].

Лікувальні ефекти, які виникають при внутрішньовенному введенні озонованого фізіологічного розчину, побудовані на відомих механізмах біоло-

(19) UA (11) 14550 (13) U

гічної дії озону. Високий окисний потенціал озону забезпечує бактерицидний, фунгіцидний, вірицидний ефекти у відношенні найважливіших видів грампозитивних і грамнегативних бактерій, вірусів, патогенних грибів і найпростіших. А імуномодуюча дія озону заснована на його здатності активувати фагоцитоз за рахунок пероксидів і стимуляції вироблення цитокінів лімфоцитами і моноцитами [5].

Інфекція нирок у вагітних та породіль супроводжується синдромом ендогенної інтоксикації організму різного ступеня важкості. При цьому в організмі накопичуються речовини, які здатні виступати в ролі ендотоксинів (сечовина, креатинін, білірубін, трансамінази, калій, аміак, молочна, піровіноградна кислоти, фібриноген, лизосомальні та індикаторні ферменти, медіатори запалення, продукти вільно-радикального, перекисного і гідроперекисного окислювання, бактеріальні екзо- і ендотоксини) [6].

Шлунково-кишковий тракт і, зокрема, кишечник проводить екскрецію та елімінацію ендогенних токсинів з організму вагітної, і тому його можна віднести до могутніх систем біологічної детоксикації організму [7]. Фактори, які визначені причинними у виникненні та загостренні інфекції нирок у вагітних та породіль (а саме: зниження тонуусу сечових шляхів і зміна уродинаміки внаслідок гормональних впливів плаценти), приводять до зниження тонуусу кишечника й ослабленню його детоксикаційної функції. Тому проведення ентеросорбції у загальні з медикаментозною діареєю патогенетичне виправдано у випадку наявності при синдромі ендогенної інтоксикації, який неминуче виникає внаслідок інфекції нирок у вагітних та породіль.

Наводимо конкретні приклади використання способу в клініці.

1. Вагітна С., 34 років надійшла в пологове відділення зі скаргами на періодичне підвищення температури тіла до 37,1°C-37,3°C. Обстежена: у загальному аналізі крові виявлений лейкоцитоз до 14,8т/л, палочкоядерні зрушення до 13%; у загальному аналізі сечі - лейкоцити 1-2 у полі зору, білок - 0,03г/л; багато бактерій (до цілого поля зору). Бактеріологічний посів сечі - *E. Coli* 10⁶ КОО/мл. При кардіотокографії плоду виявлене зниження адаптаційних і компенсаторних можливостей плоду, при ультразвуковому дослідженні (УЗД) нирок - помірна пієлокалікоектазія. Діагноз: Вагітність 1, 30-31 тиждень, бессимптомна бактеріурія, фетоплацентарна недостатність, хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плоду. Призначено терапію, що включає нітроксолін 0,1г 4 рази в добу, таблетки «Белосорб» 6 таблеток на добу, 30% розчин сульфату магнію для внутрішнього застосування 60 мл щодня, озонотерапія (10 сеансів щодня). Курс лікування склав 10 днів. На 11 добу був узятий загальний аналіз сечі: без патологічних зрушень. Бактеріологічний посів сечі - флора не виділена. Пацієнтка виписана із стаціонару та в подальшому народила здорового немовля.

2. Вагітна Б., 24 років, надійшла в пологове відділення зі скаргами на болі в поперековій області, підвищення температури тіла до 38,4°C, посилене ворухіння плоду. Діагноз при надходженні: Вагітність 1. 29-30 тижнів, гестаційний пієлонеф-

рит, фетоплацентарна недостатність, хронічна внутрішньоутробна гіпоксія плоду. Обстежена: у загальному аналізі крові виявлений лейкоцитоз до 12,6т/л, палочкоядерні зрушення до 10%, зниження показників гемоглобіну до 96г/л; у загальному аналізі сечі - лейкоцити до 1/2 поля зору, білок - 0,1г/л; при кардіотокографії плоду виявлене зниження адаптаційних і компенсаторних можливостей плоду, при ультразвуковому дослідженні (УЗД) нирок - помірна пієлокалікоектазія, УЗД плоду - гіпертрофія плаценти, що дозволило підтвердити діагноз. Призначено терапію, що включає ампіцілін 0,5г 4 рази на добу, нітроксолін 0,1г 4 рази в добу, таблетки «Белосорб» 6 таблеток на добу, 30% розчин сульфату магнію для внутрішнього застосування 60мл щодня, озонотерапія (7 сеансів щодня). Курс лікування склав 10 днів. Загальний стан вагітної покращився на 3 добу, нормалізувалася температура тіла, зникли болі в поперековій області. На 5 добу відбулося зниження лейкоцитозу крові до 7,2т/л, палочкоядерного зрушення до 4%. лейкоцитів в загальному аналізі сечі до 4 у полі зору. До 10 доби цілком нормалізувалися показники гемоглобіну крові - 110г/л. Лейкоцити - 5,6т/л, лейкоцитарної формули крові: загальний аналіз сечі - без патологічних змін; кардіотокографія плоду - адаптаційні і компенсаторні можливості плоду задовільні, реактивний нестресовий тест. Це дозволило виписати пацієнтку з вагітністю, що розвивається, зі стаціонару на 41 добу під нагляд лікаря жіночої консультації за місцем проживання. У подальшому у вагітної не було загострення запального процесу в нирках, і вона народила живого, доношеного немовля без ознак внутрішньоутробного інфікування масою 3400г (оцінка за шкалою Апгар 7-8 балів), яке було прикладене до грудей у родильному залі і надалі знаходилося на спільному перебуванні з матір'ю до моменту виписки зі стаціонару, що говорить про його задовільний стан. Породілля була виписана з пологового будинку на 4 добу, у післяпологовому періоді загострень хронічного пієлонефриту не було.

3. Породілля Т., 32 років, знаходилась в післяпологовому відділенні. На 3 добу поскаржилася на підвищення температури тіла до 39,1°C, болі в правій поперековій області протягом 3-х днів. Вагітність 4, пологи 2. В анамнезі - пологи 1, 2 самовільних абортів в термін 7 і 12 тижнів, хронічний калькульозний правобічний пієлонефрит протягом 7 років. Дана вагітність ускладнювалася загостренням хронічного пієлонефриту в термінах 12-13 і 27-28 тижнів, коли призначалась традиційна антибіотикотерапія. Виявлені характерні зміни в клінічних аналізах крові і сечі. Призначено терапію, що включає цефазолін 1г 2 рази на добу, нітроксолін 0,1г 4 рази в добу, таблетки «Белосорб» 6 таблеток на добу, 30% розчин сульфату магнію для внутрішнього застосування 60мл щодня, озонотерапія (7 сеансів щодня). Курс лікування склав 7 днів. Загальний стан вагітної покращився на 3 добу, нормалізувалася температура тіла, зникли болі в поперековій області. На 7 добу відбулося зниження лейкоцитозу крові до 5,2т/л, палочкоядерного зрушення до 3%, лейкоцитів в загальному аналізі сечі до 2 у полі зору, жінка у задовільному стані була виписана із стаціонару.

За допомогою запропонованого способу було проведено лікування 152 вагітних та породіль, які знаходилися в пологових відділеннях Донецького обласного клінічного територіального медичного об'єднання та Донецького регіонального центру охорони материнства та дитинства.

Джерела інформації:

1. UA. Пат. 36679A. МПК⁷ А61М 01/38. А61К 35/80. Спосіб комплексного лікування гострого пієлонефриту роділь / Чайка В.К., Яковлева Е.Б., Геєв Ю.В., Ткаченко С.В., Чермних С.В. (UA). - №2000010409: Заявлено 25.01.00: Опубл. 16.04.01. Бюл. №3.

2. Жибурт Е.Б., Баранова О.В., Богданова И.П. Прионы - новый класс гемотрансмиссивных инфекций: Обзор.// Вестник службы крови России. - 1999.-№2.- С. 58-60.

3. Черний В.И., Костенко В.С., Кабанько Т.П., Шраменко Е.К., Талалаенко Ю.А. Эфферентная

терапия. Фильтрационный плазмаферез. Київ: Здоров'я, 2003.-336с.

4. Побединский Н.М. Озонотерапия в акушерстве и гинекологии. Инфекционный контроль.- 2001.-№1.-С.25-27.

5. Талалаенко Ю.А., Малеев О.В., Мумрова Е.И., Кабанько Т.П., Костенко В.С. Спалек А.А. Озонотерапия в комплексной профилактике внутриутробного инфицирования у плода у беременных с пиелонефритом. Международный медицинский журнал - 2003. (приложение)-С.76-78.

6. Ветров В.В. Синдром эндогенной интоксикации в акушерско-гинекологической практике. Эфферентная терапия.-2001.-Т.7.-№1.-С.4-9.

7. Малахова М.Я. Эндогенная интоксикация как отражение компенсаторной перестройки обменных процессов в организме. Эфферентная терапия.-2000.-Т.6.№4.-С. 3-15.