

Корисна модель відноситься до медицини, зокрема до хірургії та колопроктології і може бути використана для місцевого лікування гнійних ран у хворих на гострий парапроктит в гнійно-некротичній фазі ранового процесу, а також у хворих на гнійно-запальні захворювання м'яких тканин інших локалізацій.

Найпоширенішим захворюванням в невідкладній колопроктології є гострий парапроктит, який зустрічається приблизно у 20% проктологічних і більш ніж у 1% хірургічних хворих [Лечение больных острым парапроктитом методом латексной лигатуры / Д.К. Камаева, А.М. Коплатадзе, С.Д. Ким, Э.Э. Болквадзе, М.А. Егоркин, Н.Ю. Кузнецов / Хирургия. - 2000. - №10. - С.31-34].

Проблема лікування і загоєння ран після оперативних втручань на промежині і анальному каналі і дотепер залишається актуальною. Регенераторні процеси в тканинах параректальної зони при гнійних процесах сповільнені, в ряді випадків запальний процес приймає хронічний характер [Лечение ран анального канала и промежности /В.М. Проценко, Б.Х. Мурадов, Л.В. Максимова, А.Ю. Титов, Н.Н. Полетов / Хирургия. - 1998. - №8. - С.20-22].

Відомий спосіб місцевого лікування гнійних ран в першій фазі ранового процесу мазями на сучасній гідрофільній основі - Нітаци-Дарниця, Стрептонітол-Дарниця [Сучасне медикаментозне лікування ран (Відомча інструкція) / Шалімов О.О. та ін. - Київ, 2002. - 36с.]. Проте, при анаеробній неклостридіальній інфекції спостерігається різке зниження показників неспецифічної резистентності в рані, стравляється пошкоджуючий вплив на систему фагоцитів, в зв'язку з чим виникає необхідність розробки додаткових методів впливу на перебіг ранового процесу [Теория и практика местного лечения гнойных ран (проблемы лекарственной терапии) /Безуглая Е.П., Белов С.Г., Гунько В.Г. и др. /Ред. Даценко Б.М. - Киев: Здоров'я, 1995. - 384 с].

Відомо, що речовини амфипатної природи, зокрема, хлорпромазин, взаємодіючи з ліпідним бішаром клітинних мембран, змінюють їх структурно-функціональні особливості [Шпакова Н.М., Бондаренко В.А. Механизм криогемолиза эритроцитов, индуцированного катионными амфипатами: синергизм индукции перехода «дискоцит-стоматоцит III» при действии хлорпромазина и тоничности среды / Украинский биохимический журнал. - 1991. - №6. - С.83-88].

В основу корисної моделі "Спосіб місцевого лікування гнійних ран у хворих на гострий парапроктит в гнійно-некротичній фазі ранового процесу" поставлене завдання покращити ефективність лікування хворих на гострий парапроктит, цим самим скоротити терміни загоєння ран та перебування хворих у стаціонарі.

Це досягається способом, в якому, згідно з корисною моделлю, хворим, прооперованим з приводу гострого парапроктиту, місцеве лікування гнійних ран в гнійно-некротичній фазі ранового процесу мазевими препаратами на сучасній гідрофільній основі (Нітацид-Дарниця або Стрептонітол-Дарниця) проводиться після п'ятихвилинних аплікацій хлорпромазину.

Хлорпромазин (син. аміназину 2,5% розчин) - нейролептичний, антипсихотичний, седативний, міорелаксуючий, протиблювотний засіб. Володіє вираженими антигістамінною та м-холінолітичною активностями. Помірно знижує вираженість запальної реакції, зменшує проникність судин, систолічний та діастолічний артеріальний тиск, викликає тахікардію. Побічна дія: при потрапленні на шкіру та слизові - подразнення тканин.

Спосіб здійснюється таким чином: після обробки ран промежини та анального каналу 3% розчином перекису водню та 0,02% розчином декаметоксину у вигляді препарату Декасан, на серветку наносять хлорпромазин у вигляді 2,5% розчину аміназину і прикладають на рану з експозицією 5 хвилин. Після експозиції серветку видаляють і накладають пов'язку з маззю Нітацид-Дарниця (якщо немає значної ексудації та вираженого набряку тканин - мазь Стрептонітол-Дарниця).

Такий "Спосіб місцевого лікування гнійних ран у хворих на гострий парапроктит в гнійно-некротичній фазі ранового процесу" апробовано у Вінницькій обласній клінічній лікарні ім. М.І. Пирогова з 2004 року і його успішно використано у 28 хворих, прооперованих з приводу гострого парапроктиту.

Приклад

Хвора Л., медична карта стаціонарного хворого №13406, 25 років, госпіталізована 27.07.2004 року зі скаргами на біль в ділянці заднього проходу пульсуючого характеру, загальну слабкість, підвищення температури до 37,8°C. Захворіла 5 днів тому, коли вперше з'явилися наведені скарги. При місцевому огляді шкіра перианальної ділянки не змінена. При пальцевому ректальному дослідженні на лівій стінці на висоті пальця виявлений болючий інфільтрат, м'яко-еластичної консистенції, не спаяний з навколишніми тканинами, розмірами 5x4см, з флюктуацією. Результати лабораторного обстеження: лейкоцити - $8,5 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 30мм/год, лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) - 3,4, гематологічний показник інтоксикації (ГПІ) - 4,8, сорбційна здатність еритроцитів (СЗЕ) - 39,8. Температура в прямій кишці - 37,6°C. На основі даних анамнезу, об'єктивного та лабораторного обстежень було поставлено попередній діагноз: Гострий ішиоректальний парапроктит.

В цей же день хворій під спинномозковим знеболенням була виконана операція. Внутрішній отвір гнійника локалізувався в лівій боковій крипті, виявлений за допомогою пункції гнійника та введення розчину барвника в його порожнину. Після розкриття гнійника в перианальній ділянці в рану введений гудзикуватий зонд, який вийшов також в ліву бокову крипту. Гнійний хід проходив транссфінктерно із захватом поверхневої порції зовнішнього анального сфінктеру, що дозволило виконати операцію висічення гнійного ходу в просвіт прямої кишки за Габріелем. Рана промита 3% розчином перекису водню та декасаном, осушена насуху. На рану на 5 хвилин накладена серветка, змочена хлорпромазином, після чого накладена асептична пов'язка з маззю Нітацид-Дарниця.

Післяопераційний діагноз: Гострий лівобічний ішиоректальний транссфінктерний парапроктит.

Результат патологістологічного дослідження (№31934 від 30.07.04): гнійно-продуктивне запалення.

Тампон з анального каналу був видалений наступної доби після операції під час перев'язки. На другу добу зникли набряк та гіперемія в ділянці післяопераційної рани, через 3 доби після операції відмічена поява грануляційної тканини, через 4 доби - початок крайової епітелізації. На 3-тю добу після операції кількість лейкоцитів була $7,3 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 50мм/год, ЛІІ - 2,5, ГПІ - 5,2, СЗЕ - 38,3. На 6-ту добу після операції кількість лейкоцитів була $5,5 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 17мм/год, ЛІІ - 1,8, ГПІ - 2,0, СЗЕ - 38,1. Через 3 доби після операції відзначений запально-регенераторний тип цитограми, через 6 діб - регенераторно-запальний.

Температура в паховій ямці нормалізувалась через 3 доби після операції, в прямій кишці - на 7-му добу. Перев'язки виконувались щоденно після дефекації. Виконували промивання рани розчинами антисептиків, місцеві 5-хвилинні аплікації хлорпромазину та накладання мазі Нітацид-Дарниця.

На 9-ту добу після операції хвора виписана зі стаціонару. Рана очистилась, виповнилась грануляціями. Оглянута через 1 місяць після операції. Рана загоїлась еластичним рубцем без рубцевого стенозу ануса, функція утримання анального сфінктера не порушена: тонус збережений, вольове скорочення задовільне. Рецидиву не спостерігалось.

Запропонована корисна модель "Спосіб місцевого лікування гнійних ран у хворих на гострий парапроктит в гнійно-некротичній фазі ранового процесу", завдяки призначенню хлорпромазину, дає можливість скоротити терміни очищення ран від гнійно-некротичного вмісту з $5,2 \pm 0,2$ до $3,8 \pm 0,1$ доби, появи грануляцій з $5,5 \pm 0,3$ до $4,3 \pm 0,2$ доби, початку крайової епітелізації з $7,6 \pm 0,3$ до $6,4 \pm 0,3$ доби, а термін госпіталізації цих хворих з $10,7 \pm 1,0$ до $7,1 \pm 0,7$ доби ($P \leq 0,01$).