



УКРАЇНА

(19) UA (11) 11343 (13) U

(51) 7 A61B5/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ  
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ  
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ  
ВЛАСНОСТІ

## ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ  
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під  
відповідальність  
власника  
патенту

(54) СПОСІБ ЛІМФОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ ГОСТРИХ ТА ХРОНІЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРИДАТКІВ МАТКИ

1

2

(21) u200506327

(22) 25 06 2005

(24) 15 12 2005

(46) 15 12 2005, Бюл №12, 2005р

(72) Дужий Ігор Дмитрович, Дужа-Еластал Оксана Ігорівна, Жернова Яна Семенівна, Шевченко Володимир Володимирович

(73) СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

(57) 1 Спосіб лімфотропної терапії гострих та хронічних захворювань придатків матки шляхом введення антибіотиків, який відрізняється тим, що спочатку здійснюють короткочасний масаж підпахвинної ділянки стегна медіально чи латерально від кравецького м'яза з наступним послідовним введенням в нього фармакологічних збудників лімфоутворення, спазмолітиків, реологічних і протитромботичних та знеболювальних препаратів з проміжками у 5 хвилин між кожними наступними введеннями препарату, при цьому останнім вводять добову дозу антибіотика, після чого для пацієнтки застосовують фізичну процедуру у вигляді 15 хвилинної ходьби з наступною гальванізацією ділянки малої миски на стороні вражених придатків

2 Спосіб лімфотропної терапії гострих та хронічних захворювань придатків матки за п 1, який відрізняється тим, що як фармакологічний збудник лімфоутворення використовують препарати лідази, трипсину, хімопсину чи терилену

3 Спосіб лімфотропної терапії гострих та хронічних захворювань придатків матки за п 1, який відрізняється тим, що як спазмолітик використовують но-шпу чи еуфілін

4 Спосіб лімфотропної терапії гострих та хронічних захворювань придатків матки за п 1, який відрізняється тим, що як реологічний та протитромботичний препарат використовують гепарин або нікотинову кислоту

5 Спосіб лімфотропної терапії гострих та хронічних захворювань придатків матки за п 1, який відрізняється тим, що як знеболювальний препарат використовують лідокаїн або новокаїн

6 Спосіб лімфотропної терапії гострих та хронічних захворювань придатків матки за п 1, який відрізняється тим, що як антибіотик використовують ампісульбін чи ампіцилін, гентаміцин чи цефалоспорины

Корисна модель відноситься до медицини, а саме - до гнекології і може використовуватись у оперативній та неоперативній гнекології для антибактеріальної терапії гострих та хронічних захворювань додатків матки та у післяопераційний період для профілактики ускладнень

Відомі способи антибактеріальної терапії гострих та хронічних захворювань додатків матки шляхом внутрішньом'язового введення антибіотиків [Сельський Я П, Саркісян А А, Татарчук Т Ф До лікування гострих запальних захворювань у жінок різного віку // Тези пленуму правління акушерів-гнекологів України - «Гнійно-запальні процеси в сучасній акушерсько-гнекологічній практиці» - Запоріжжя 15-16 вересня, 1995 -С 116, Сметник В П, Тумилович Л Г Неоперативная гинекология Руководство для врачей, - М Медицинское информационное агентство, 1998 -С 374-391, Іванюта ЛІ Сучасні аспекти патогенезу, діагностики та

терапії запальних захворювань придатків матки // Педіатрія, акушерство та гнекологія -1996 -№1 -С 45-49]

Ця методика має суттєві недоліки

- антибіотики, всмоктавшись у кров, створюють максимальну концентрацію через 40-60' і лише тоді проявляється їхня терапевтична дія,

- поступове виведення антибіотика із організму зменшує його терапевтичну дію, у зв'язку з чим у більшості випадків виникає потреба у введенні антибіотика повторно до 2-4 разів на добу,

- циркулюючи у крові, залежно від свого складу, антибіотик діє токсично на інші органи і системи, кожне повторне введення препарату може призвести до кумуляції і підсилення токсичної дії,

- циркулюючи у крові, антибіотик може сенсibilізувати організм, що не виключає алергічної реакції,

(13) U

(11) 11343

(19) UA

- з огляду на високу ціну на антибіотики ціна курсового лікування може перевершити бюджет як пацієнта, так і лікувального закладу.

Більш ефективним є введення антибіотичних препаратів внутрішньовенним шляхом [Савельєв Г.М., Антонов М.В. Острые воспалительные заболевания внутренних половых органов женщин. Москва: Медицина, 1987.-С.108-113; Стрижаков А.Н., Подзолкова Н.М. Гнойные воспалительные заболевания придатков матки. Москва: Медицина, 1996.-С.120-153], але йому притаманні зазначені вище недоліки, окрім яких є й такі:

- не завжди вени пацієнтки можуть бути використані для внутрішньосудинного введення антибіотиків;

- введення антибіотиків нерідко закінчується флебітами, тромбофлебітами чи флеботромбозами, лікування яких потребує додаткових зусиль і часу;

- можливі токсичні реакції внаслідок введення великих концентрацій антибіотиків.

Головний недолік обох методик полягає в тому, що за будь-якого гострого чи хронічного процесу додатків матки завжди в процес втягуються регіонарні і більш віддалені від них лімфатичні вузли, що лежать на шляху відтоку лімфи з органів тазу, при цьому внаслідок запалення останніх розвивається порушення кровотоку у лімфовузлі та порушує відтік лімфи, а це означає, що поки лімфовузли запалені, у них утримується підвищений тиск, що стимулює процес ерадикації інфекції завдяки ретроградному току лімфи із регіонарних лімфовузлів до додатків та до тіла матки.

Спосіб, направлений на санацію регіонарного лімфатичного апарату органів тазу є методика лімфотропної терапії, при якій після збудження лімфоутворення антибіотик вводять у м'язи задньої групи гомілки [Левин Ю.М. Основы лечебной лимфологии. -М.: Медицина, 1986.-С.145-146].

Недоліками способу є наступне:

- на своєму шляху до регіонарного лімфатичного апарату додатків матки, яким є, головним чином, під'яєшникове сплетення та інші тазові, лімфовузли, антибіотик долає підколінні, стегнові, клубові, крижові, поперекові, ілеоцекальні, пре- та параортальні лімфовузли, де частина антибіотика осідає, а це означає, що терапевтична його доза для наступної групи вузлів зменшується.

Найбільш близьким по технічній суті запропонованому способу є спосіб лімфотропної терапії шляхом введення антибіотика у клітковину круглої зв'язки матки [Гуркін Ю.А. Гинекология подростков. Руководство для врачей.- С.-Петербург: Фолиант, 2000.-С.273-274].

Недоліками прототипу є:

- складність введення препарату, яке повинен виконувати лише лікар;

- відсутність можливості стимулювати лімфоутворення фізичними прийомми (різними видами масажу), бо це може призвести до загострення запалення або й до ускладнення;

- недостатність при цьому медикаментозної стимуляції лімфоутворення і одночасної патогенетичної терапії лімфатичного апарату;

- першою регіонарною групою лімфовузлів при цьому є пахвинні, де більша частина антибіотика осідає, а у регіонарні лімфовузли додатків матки, якщо і досягають, то лише в залишкових кількостях.

У зв'язку з перерахованим досягти швидкої та надійної санації регіонарного лімфатичного апарату за цієї методики також неможливо. Завданням нашої корисної моделі є:

- створити терапевтичну концентрацію антибіотиків у регіонарних та наступних за ними лімфовузлах;

- санувати регіонарні та наступні за ними лімфатичні вузли, що сприяє активному відтоку лімфи від додатків та від матки;

- створити терапевтичну концентрацію антибіотиків у хворих додатках та матці;

- зменшити частоту введення антибіотиків протягом доби;

- зменшити економічні витрати на лікування;

- скоротити термін лікування гострих та хронічних хвороб додатків;

- зменшити можливість рецидивів після лікування гострих та хронічних захворювань додатків.

Поставлене завдання вирішується тим, що при лімфотропній терапії гострих та хронічних захворювань додатків матки шляхом застосування антибіотиків, згідно з корисною моделлю, спочатку здійснюють короткочасний масаж підпахвинної ділянки стегна медіальне від кравецького м'яза і перед введенням антибіотиків здійснюють наступне послідовне введення у кравцевий м'яз фармакологічних збудників лімфоутворення, спазмолітиків, реологічних і протитромботичних та знеболюючих препаратів з проміжками у 5 хвилин між кожними переліченими препаратами, включаючи антибіотики, при чому добову дозу препарату вводять одноразово. Потім для пацієнтки застосовують фізичну процедуру у вигляді 10-15 хвилинної ходьби з послідуючою гальванізацією ділянки малого тазу на стороні вражених додатків.

В якості фармакологічних збудників лімфоутворення використовують препарати лідази, трипсину, хімопсину або терилену; в якості спазмолітиків - препарат но-шпа; в якості реологічних та протитромботичних препаратів - гепарин; в якості знеболюючих препаратів - лідокаїн чи новокаїн; в якості антибіотиків - ампісульбін, ампіцилін, рідше гентаміцин чи цефалоспорици.

Запропонований спосіб у сукупності з усіма суттєвими ознаками створює максимально сприятливі умови для лімфоутворення шляхом механічної та фармакологічної стимуляції у підпахвинній ділянці стегна медіальніше кравецького (m.sartorius) м'яза, яка є найближчою до регіонарних лімфатичних вузлів додатків матки, через які відтікає лімфа.

Зазначене створює у цих лімфовузлах високу концентрацію антибіотиків, які поступово надходять у лімфатичні вузли наступних порядків, залишаючись у всіх зазначених лімфатичних вузлах до 48-72 год., сприяючи їхній санації. Разом з тим, із регіональних лімфовузлів антибіотики разом із лімфою ретроградно "закидаються" у запалені

органи (додатки), що і санає останні, поліпшуючи ефективність лікування.

Показаннями до лімфотропної терапії є гострі та хронічні запалення додатків матки.

Наводимо приклади застосування способу.

Приклад 1

Хвора Т., 35р., поступила в гінекологічне відділення клінічної міської лікарні № 1 із скаргами на сильні болі ниючого характеру в нижніх відділах живота, особливо під час фізичного навантаження та статевих актів, що ірадіюють до зовнішніх статевих органів та внутрішню поверхню правого стегна, часте безболісне сечовипускання, нудоту, спрагу та сухість у роті, загальну слабкість, субфебрилітет, безсоння, дратівливість. Хворіє близько 8 років. Останні 2 роки стаціонарне лікування до 3-4 разів на рік. Відмічає появу алергічного дерматиту та ріносинуситу на миючі засоби, деякі продукти харчування (шоколад, морква), домашній пил. В анамнезі апендектомія. Останнє погіршення стану пов'язує з перенесеною «на ногах» гострою респіраторною вірусною інфекцією. При об'єктивному обстеженні: температура 37,6°C, шкіряні покрови та видимі слизові оболонки чисті, блідо рожевого кольору, язик чистий, підсушений, живіт м'який, ознак подразнення очеревини немає, при глибокій пальпації підсилення болю в нижніх відділах епігастральної ділянки та над лоном. ЧСС 84уд. за 1хв., АТ 100/60мм рт.ст. При дзеркальному обстеженні: шийка матки родившої, циліндричної форми, епітелій цілий, виділення у великій кількості, сіро-білого кольору, пінисті, з неприємним запахом, слизова піхви гіперемована. Бімануально: тіло матки в положенні anteflexio, звичайних розмірів, щільне, зміщене вліво, додатки зліва пальпуються по ребру матки, збільшені, нерухомі, болісні, справа - в ділянці маткової труби пальпується веретеноподібне утворення 5х3,5см, щільно-еластичної консистенції, болісне при пальпації, яєчник чітко не визначається; склепіння зліва вкорочене, чутливе при пальпації, справа глибоке, безболісне, передня стінка клубової кістки та зміщення шийки матки болісні. Результати УЗД органів малого тазу: лівий яєчник розташований біля матково-трубною кута, його розміри 4,5х4,0х3,1см, лівий - типово, 3,9х3,4х2,8см, в обох яєчниках ехоструктура неоднорідна, ехогенність знижена, капсула потовщена, справа візуалізується маткова труба на протязі 37мм, з розширенням просвіту до 6мм, в задньому склепінні ехонегативна полоска 18х9мм. Після клініко-лабораторного, імунологічного та бактеріологічного обстежень запропонована лімфотропна схема лікування за наступною методикою. У проксимальному відділі лівого стегна впродовж 4-5хв здійснювали масаж м'яких тканин медіальніше від кравецького м'яза, після чого в цю ділянку внутрішньом'язовою голкою вводили 620Д лідази, знімали з голки шприц, а через 5хв через цю ж голку вводили 2мл но-шпа, через наступні 5хв - 50000ОД гепарину, іще через 5 хв вводили 2,0 ампіциліну, розведеного на 1-2% лідокаїні (2-4мл). Після введення антибіотика просили хвору ходити 10-15хв, після чого проводили електрофорез в абдомінально-крижовій ділянці впродовж 40 хвилин. Отже, добова доза препарату

(2млн.ОД) вводились одноразово. Черговий сеанс терапії повторювали на наступну добу, але в праві стегно. Кількість сеансів складала 8-10.

Після першого сеансу ніч спала, на наступний день покращився настрій, після третього сеансу зникли дизуричні прояви, нормалізувалась температура тіла, виділення із статевих шляхів у перші два дні збільшились, а потім - зникли, на 5 день лікування біль ледь відчутний. Виписана на 12-й ліжко-день без скарг, із значним покращенням загального та емоційного самопочуття, зі зменшенням розмірів та покращанням рухливості яєчників з обох сторін, нормальною їхньою ехоструктурою та ехогенністю (за даними УЗД). Впродовж 4 років спостерігається стійка ремісія, нормалізувався психологічний статус, налагодилося сімейне та статеве життя, алергічні прояви зникли.

Приклад 2

Хвора С., 26р. 3 19 років на диспансерному обліку з приводу генітального інфантилізму 1-2ст., альгодисменореї та обтяженого акушерсько-гінекологічного анамнезу (позаматкова вагітність у 23р, безпліддя. У весняний та осінній періоди і після переохолоджень з'явилися тупі болі внизу живота, що віддавали (при зміні положення тіла, або його струсах) в поперекову та клубові ділянки. В такі періоди підсилювались виділення із статевих шляхів, з'явився субфебрилітет, лабільність настрою, зниження апетиту (за останні 9-10міс схудла на 8кг), загальна слабкість, неприємні відчуття в ділянці серця. Лікувалась амбулаторно та в стаціонарі. Останній раз 4 місяці тому отримувала комплексну антибактеріальну, протизапальну, десенсибілізуючу, вітаміно-, фізіо- та імунотерапію. Під час обстеження: загальний стан задовільний, шкіряні покриви бліді, вологі, на верхівці серця систолічний шум, живіт м'який, симптоми подразнення очеревини відсутні, біль у нижніх відділах живота, спазмована сигмоподібна кишка. При дзеркальному огляді: шийка матки не рожавшої, бочкоподібної форми, епітелій цілий, виділення - сиркові, білого кольору, без запаху, помірні, слизова піхви з гіперемією. Бімануально: тіло матки зменшене у розмірах, щільне, обмежене у рухливості, положення - у ретроверсії, зміщення шийки матки та пальпація додатків з обох сторін різко болісні, останні збільшені в розмірах, склепіння глибокі, чутливі при пальпації. Ультрасонографічне дослідження органів малого тазу проведено на 24 день менструального циклу: матка в ретрофлексії, 44х33х40мм, контур рівний, структура однорідна, довжина шийки матки 30мм, правий яєчник по ребру матки 40х35х21мм, лівий - нижнім полюсом у задньому склепінні, 38х30х27мм, неоднорідної ехоструктури, зниженої ехогенності, з потовщеною неоднорідною капсулою, слабо вираженим фолікулярним апаратом, заднє склепіння вільне. Після клініко-лабораторного, імунологічного та бактеріологічного обстеження застосована лімфотропна схема лікування у послідовності, описаній у першому прикладі.

Після другого сеансу покращилось самопочуття, нормалізувалась температура, з'явився апетит. Біль внизу живота зник на 4 день лікування, але при глибокій пальпації залишалась ледь помітна

чутливість В стаціонарі провела 11 ліжко-днів При динамічному спостереженні менструації регулярні, безболісні, помірні, статеві акти без дискомфорту, за 5 місяців відновила вагу, через 7,5міс наступила маткова вагітність, що протікала без ускладнень, пологи своєчасні, через природні статеві шляхи, дитина вагою 2,900кг, 49см Впродовж 2-х років після пологів у пацієнтки рецидивів не було

Всього лімфотропна терапія застосована у 11 пацієнток із гострим запаленням і у 33 - із хронічним запаленням додатків матки (сальпінгоофорит) Таким чином, ці хворі склали основну (44) групу, а контрольну - 47 пацієнток

В основній групі при гострому процесі тривалість лікування склала 8 днів, при хронічному - 11 У контрольній групі при гострому процесі тривалість лікування склала 13 днів, при хронічному - 15 У основній групі лікування проводилось лише одним антибіотиком, у контрольній - двома, трьома Вартість курсу лікування при лімфотропному застосуванні антибіотиків була меншою у 2-3 рази

Усі хворі основної групи (при гострому і хронічному процесі) виписані до роботи Показники червоної і білої крові у них наблизились до нормальних цифр Показники гуморального імунітету (Ig A і Ig M) зросли майже удвічі, що ілюструє покращання запального процесу за рахунок гострої фази

У хворих контрольної групи мало зменшення ШОЕ на 12-15 мм/год та зменшення кількості лейкоцитів на  $1-1,5 \times 10^9/l$  Змін показників гуморального імунітету не спостерігали

Впродовж спостереження від 12 місяців до 48 рецидивів процесу серед пацієнток основної групи не було Серед пацієнток контрольної групи з гострим процесом (19) рецидив спостерігався у 5 (26,3%), із хронічним процесом (28) - у 11 (39,3%)

Пізніше хворим із рецидивом процесу, які, зрозуміло, перейшли у групу пацієнток із хронічними сальпінгоофоритами була проведена лімфотропна терапія за запропонованим способом із позитивним результатом

Серед хворих основної групи одна пацієнтка, окрім суб'єктивного видужання, завагітніла (при відсутності бажаного впродовж 4-х років попереднього лікування) і народила здорову дитину (ще одна пацієнтка після рецидиву процесу у контрольній групі і проведеної у основній групі лімфотропної терапії запропонованим способом завагітніла через 1,5 місяця після лікування

Викладене дає право рекомендувати запропонований спосіб лімфотропної терапії гострих та хронічних захворювань додатків для широкого застосування Додатковим показанням до цього є відсутність вагітності на тлі хронічного чи рецидивного запального процесу додатків матки