

**Красноярская государственная медицинская академия
Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии КрасГМА
Красноярское МУЗ «Роддом №5»**

ОТЧЕТ

**Применение
КОЛЛАГЕН-ХИТОЗАНОВОГО КОМПЛЕКСА КОЛЛАХИТ
в лечении ран передней брюшной стенки
после операции кесарево сечение и
геля аскорбат-хитозан-метронидазол
при лечении бактериального вагиноза**

Красноярск – 2003

ОГЛАВЛЕНИЕ

<u>1 ЦЕЛЬ РАБОТЫ.....</u>	<u>4</u>
<u>1 ЛЕЧЕНИЕ РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ «КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ» С ПОМОЩЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ «КОЛЛАХИТ».....</u>	<u>4</u>
1.1 Материалы и методы. Распределение больных по группам.....	4
1.2 Общее лечение.....	6
1.3 Местное лечение.....	6
1.4 Лечение больных контрольной группы.....	6
<u>2 ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ПРИМЕНЕНИЮ КОЛЛАХИТА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ «КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ».....</u>	<u>7</u>
<u>3 ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....</u>	<u>8</u>
<u>4 ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА АСКОРБАТ-ХИТОЗАН-МЕТРОНИДАЗОЛОМ.....</u>	<u>9</u>
4.1 Возрастной и диагностический состав пациентов.....	9
4.2 Методика контроля эффективности лечения.....	9
4.3 Состав и технология лечения «экспериментальной» группы.....	9
4.4 Состав и технология лечения контрольной группы.....	10
4.5 Результаты лечения исследуемой группы.....	11
4.6 Результаты лечения контрольной группы.....	12
4.7 Рекомендации.....	12
4.8 Регистрация новизны предложенного метода лечения бактериального вагиноза.....	13

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в нашей стране и ближнем зарубежье отмечается рост частоты выполнения кесарева сечения. По г. Красноярску этот показатель составил 16-20% за 2002 г. Это обусловлено расширением показаний к абдоминальному родоразрешению, прежде всего в интересах плода, с целью снижения перинатальных потерь. Широкому распространению кесарева сечения способствовали высокие технологии в хирургии, анестезиологии, перинатологии, микробиологии, фармакологии.

Акушерские раны – это почти всегда послеоперационные раны брюшной стенки живота после операции кесарево сечение. Каждый случай нагноения и расхождения швов в акушерском стационаре всегда рассматривается как событие чрезвычайное в силу опасности септических осложнений у родильницы и распространения септической инфекции. Другой аспект этой проблемы заключается в том, что оперативное родоразрешение всегда осложняет прогноз последующих беременностей и родов.

Предупреждение нагноений, быстрый перевод раневого процесса в сторону регенерации могут обеспечить успех лечения. В свете вышеизложенного значение местного лечения ран после операции кесарево сечение трудно преувеличить. Какими бы ни были эффективными меры общего воздействия на организм, чтобы локализовать инфекцию, рана диктует необходимость местного, не менее эффективного лечения.

Несмотря на появление новых средств лечения, таких, как ультразвуковая, лазерная или гидровакуумная обработка раны, озонотерапия, актуальным остается поиск новых способов воздействий на рану. Однако в дальнейшем все эти методы наряду с положительными результатами проявили недостатки биологического, технического и экономического характера. Они не обладали универсальным воздействием на раневой процесс, и проблема лечения гнойной инфекции сохраняет свою актуальность, нуждаясь в новых разработках с высокой скоростью и надежностью заживления.

Нами в лечении ран передней брюшной стенки после операции кесарево сечение использовался Коллахит, выпускаемый Железногорским Горно-химическим комбинатом, т.к. он отвечает предъявляемым требованиям: индивидуальная упаковка, при смене повязки нет необходимости усиленно очищать раневую поверхность от препарата (полностью растворяется). Известны такие свойства как дегидратирующая, антимикробная активность, гемостатические свойства, стимуляция роста грануляций, эпителия.

Лечение проведено в г. Красноярске в муниципальном учреждении здравоохранения (МУЗ) родильного дома №5 (послеродовое отделение №1 и №2).

Другой актуальной проблемой современного акушерства является развитие воспалительных осложнений во время беременности, в родах и послеродовом периоде, вызванных вагинальными инфекциями, среди которых одно из ведущих мест принадлежит бактериальному вагинозу (БВ).

При бактериальном вагинозе нарушается микробиоценоз влагалища и возрастает роль условно-патогенной эндогенной флоры, происходит замещение нормальной микрофлоры влагалища (лактобактерий) другими микроорганизмами, в частности бактероидами, пептококками, гарднереллами и микоплазмами. К осложнениям гестационного периода, связанным с различными нарушениями вагинального микробиоценоза, относят: преждевременные роды, хориоамнионит, преждевременной излитие околоплодных вод, рождение детей с малой массой тела, раневая инфекция родовых путей, эндометрит и т.д. Все это увеличивает риск развития акушерской и неонатальной патологии.

На сегодняшний день лечение БВ у беременных женщин остается сложной проблемой, т.к. отмечается опасность повреждающего влияния ряда антимикробных препаратов на плод. Высокая частота повреждений плодного яйца, осложнений во время беременности, родов и послеродового периода у женщин, страдающих БВ, а также известные ранее недостатки многих предлагаемых схем лечения и отсутствие безопасных и альтернативных способов лечения способствовали поиску альтернативных методов лечения докторами нашей кафедры.

Гель аскобат-хитозан-меронидазол использовали в лечении бактериального вагиноза, т.к. он при интравагинальном использовании полностью растворяется в течение 48 часов, не требуя при этом от женщины дополнительных медицинских манипуляций. Снимает раздражение, зуд и отек слизистой оболочки влагалища после 1 процедуры, тем самым улучшая качество жизни женщины.

Лечение проведено в г.Красноярске в муниципальном учреждении здравоохранения (МУЗ) родильного дома №5 (отделение патологии беременности поздних сроков) и ЖК №3.

1 ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Целью №1 настоящей работы явилось изучение результатов лечения рожениц после операции кесарево сечение (КС) с помощью применения раневых покрытий «Коллахит» производства Железногорского Горно-химического комбината в сравнении с другими ранозаживляющими средствами.

Второй целью работы явилось изучение результатов лечения бактериального вагиноза с помощью применения геля аскобат-хитозан-метронидазол.

1 ЛЕЧЕНИЕ РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ «КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ» С ПОМОЩЬЮ ПРИМЕНЕНИЯ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ «КОЛЛАХИТ»

1.1 Материалы и методы. Распределение больных по группам

Первую группу (экспериментальную) составили 20 родильниц, из них

16 (80%) - экстренное кесарево сечение (КС)

4 (20%) – плановое.

Вторую группу (контрольную) составили 15 родильниц, из них

9 (60%) - экстренное КС,

6 (40%) - плановое.

Возраст женщин в обеих группах $28,0 \pm 5,6$ и $26,0 \pm 7,2$ лет.

Первородящие и повторнородящие с перерывом 2,5-3 года после операции кесарево сечение:

В первой группе

Первородящие - 12 (60%); повторнородящие - 8 (40%).

Во второй группе

Первородящие - 10 (67%); повторнородящие - 5 (33%).

Экстрагенитальная патология распределена следующим образом:

гипертоническая болезнь - в первой группе- 3 (15%); во второй - 4 (27%);

пиелонефрит - в первой группе-7 (35%); во второй -3 (20%);

анемия – в первой группе - 4 (20%); во второй - 4-(27%);

урогенитальная инфекция: в первой группе - 6 (30%), во второй - 5 (33%),

прочие: в первой группе - 3 (15%); во второй - 3 (20%).

В исследуемой группе:

у 15 родильниц - инфицированные швы передней брюшной стенки,

у 5 родильниц - несостоятельные швы передней брюшной стенки.

1.2 Общее лечение

Получены положительные результаты при полном заживлении швов на передней брюшной стенке без образования келоидного рубца (75%) и полного очищения гнойной раны с возможностью наложения вторичных швов с последующей ликвидацией инфильтрации и гранулирования раны (у 25%).

1.3 Местное лечение

Местное лечение проводили на 2-е, 5-е и 7-е сутки послеродового периода с предварительной обработкой раны 3%-м раствором перекиси водорода (первичная хирургическая обработка), с последующим наложением раневого покрытия «Коллахит» в виде губки размером 6×10×0,5 см.

Губку фиксировали на ране на 2 суток по общепринятой методике (после первичной хирургической обработки раны). В течение 48 часов губка трансформировалась в гель, остатки которого легко удалялись при смене повязок.

Повязки Коллахит накладывали 3 раза.

Выявлено, что после удаления раневого покрытия «Коллахит» происходит:

- ✓ явно выраженное очищение раны,
- ✓ рост грануляционной ткани,
- ✓ стимуляция краевой и островковой эпителизации.

1.4 Лечение больных контрольной группы

1.4.1 Местное лечение

Местное лечение рожениц контрольной группы проводили путем применения мази «Левомиколь». Послеоперационный шов обрабатывали 3% раствором перекиси водорода, накладывали мазь на 1 сутки и асептическая повязка.

1.4.2 Состав контрольной группы

Контрольную группу составили 15 женщин, причем:

- ✓ у 11 рожениц - инфильтрированные швы передней брюшной стенки,
- ✓ у 4 рожениц - заживление швов вторичным натяжением,

В 4-х случаях после очищения раны были наложены вторичные швы на переднюю брюшную стенку. На 6-е сутки после наложения швов женщины были выписаны домой с заживлением швов путем первичного натяжения под наблюдение врача ЖК.

1.4.3 Динамика лейкоцитарного индекса интоксикации

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) характеризует активность воспалительного процесса и адекватность лечения. При гладком послеоперационном течении его значение в среднем меньше 1,4 усл. ед. Значение ЛИИ рассчитывали по

формуле Я.Я. Кальф-Калиф 1972 г.

Динамика ЛИИ следующая (в усл.ед):

При поступлении: в 1 группе - 3,93; во второй- 3,63;

на 5 день: в 1 группе - 3,7; во второй - 3,6;

накануне выписки: в 1 группе - 3,03 (7-10 сутки); во второй - 3,43 (10-14 сутки).

Нормализация показателя ЛИИ: в 1 группе -23%; во 2 группе- 5,5%.

Таким образом, локальное применение «Коллахита» приводит к нормализации гомеостаза на уровне системных реакций, являющихся высокоинформативным тестом и доказывающих эффективность лечения и необходимость внедрения в практическое акушерство.

1.4.4 Микробиологическая эффективность применения «Коллахита»

Таблица 3.1

Возбудители	Группы лечения и сроки исследования			
	До лечения		После лечения	
	1	2	1	2
Staphylococcus aureus	10 (70,6%)	7 (47%)	6 (30%)	4 (26%)
Staphylococcus epidermidis	2 (6,7%)	3 (20%)	2 (10%)	3 (20%)
E. Coli	3 (8,5%)	2 (13%)	2 (10%)	2 (10%)
P. vulgaris	5 (14,2%)	3 (20%)	3 (15%)	0
Микст-инфекция	0	0	7 (35%)	6 (34%)

Срок пребывания в стационаре составил 7-10 дней. В контрольной группе срок пребывания в стационаре составил 10-14 дней, что указывает на **сокращение сроков лечения на 16%**.

2ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПО ПРИМЕНЕНИЮ КОЛЛАХИТА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ «КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ»

На основании полученных нами результатов исследования мы пришли к

следующему заключению:

- 1 Раневое покрытие «Коллахит» на основе коллаген-хитозанового комплекса **приводит к выраженному ранозаживляющему эффекту**, что проявляется в снижении продолжительности пребывания родильниц в стационаре не менее, чем на 16%.
- 2 Апробированный способ лечения инфильтрированных ран после кесарева сечения, основанный на применении коллаген-содержащих покрытий, подтвердил **высокую эффективность местного лечения раневого процесса** в акушерской практике. Случаев нагноения ран, образования инфильтратов и келоидных рубцов не выявлено.
- 3 Раневое покрытие «Коллахит» производства Железногорского ГХК имеет преимущества перед известными методами и может быть рекомендовано для ускорения заживления швов передней брюшной стенки родильниц после операции кесарево сечение

3 ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Для лечения ран передней брюшной стенки живота после операции кесарево сечение рекомендуется применение **ИМН стерильное «Коллахит» производства Железногорского Горно-Химического комбината** по следующей схеме:

- ✓ со вторых суток послеоперационного периода при перевязке произвести асептическую обработку раны 3% раствором перекиси водорода,
- ✓ просушить стерильным шариком и
- ✓ на 48 часов на шов нанести **ИМН стерильное «Коллахит» производства Железногорского Горно-Химического комбината** размером **6×10×0,5 см.**, после чего
- ✓ накладывается стерильная салфетка.

Перевязки следует производить на 2-е, 5-е и 7 сутки.

Таким образом, при достижении цели №1 обеспечивается стерильность раневой поверхности и достигается лечебный эффект в виде

- ✓ явно выраженного очищения раны,

- ✓ роста грануляционной ткани,
- ✓ стимуляции краевой и островковой эпителизации,
- ✓ заживления швов без образования келоидного рубца и
- ✓ сокращения сроков пребывания родильницы в стационаре не менее, чем на 16%.

4. ЛЕЧЕНИЕ БАКТЕРИАЛЬНОГО ВАГИНОЗА АСКОРБАТ-ХИТОЗАН-МЕТРОНИДАЗОЛ

4.1 Возрастной и диагностический состав пациентов

Обследованы и пролечены 51 пациентка в возрасте от 19 до 42 лет. У всех у них на основании типичных клинических признаков и лабораторных тестов диагностирован бактериальный вагиноз.

Длительность заболевания колебалась от 2 мес до 2 лет. Больные предъявляли жалобы на обильные гомогенные выделения из половых путей с неприятным запахом, а также зуд и чувство жжения в области наружных половых органов. При осмотре с помощью зеркала практически у всех пациенток зарегистрировано отсутствие признаков воспаления, кольпоскопическая картина характеризовалась наличием дистрофических изменений слизистой оболочки влагалища. Информативным лабораторным методом диагностики являлось обнаружение в мазках, окрашенных по Граму, ключевых клеток (слущенных клеток эпителия влагалища, покрытых небольшими грамтрицательными палочками). Появление ключевых клеток при БВ можно связать с дистрофическими изменениями в слизистой оболочке влагалища, повышенным слущиванием эпителия и усиленной адгезией грамтрицательных микроорганизмов к этим клеткам. Положительный аминный тест (определение летучих аминов) с 10% раствором гидроксида калия - присутствие специфического запаха «гнилой рыбы» и рН-метрия влагалищного отделяемого более 4,5.

4.2 Методика контроля эффективности лечения

Контроль лечения оценивали по показателю деформируемости эритроцитов (ПДЭ), позволяющему оценить состояние мембранных структур клетки при инфекционно-воспалительных процессах.

Тест использовали с прогностической целью у женщин фертильного возраста при БВ.

Показатель деформируемости эритроцитов оценивали общепринятым методом по Дорманди в модификации Ю.И. Гринштейна.

4.3 Состав и технология лечения «экспериментальной» группы

Предложенным способом было пролечено 27 женщин (составившие первую группу), в течение 7 дней применявшие на слизистую оболочку влагалища 3,5% гель АСКОРБАТ-ХИТОЗАН-МЕТРОНИДАЗОЛ в количестве 20 мл 1 раз в 2 дня с предварительной санацией влагалища водным раствором фурацилина 1:5000.

4.4 Состав и технология лечения контрольной группы

Вторую группу составили 24 женщины, интравагинально использующие «Полижинакс» по 1 капсуле на ночь в течение 12 дней, 1 вагинальная капсула содержит антимикотическое средство нистатин (100 000 МЕ) и два антибиотика - неомидин(35 000 МЕ) и полимиксин В (10 000 МЕ).

Эффективность результатов оценивали по нескольким показателям: жалобы и клиническая картина; бактериологическое исследование влагалищной флоры (бактериоскопия и культуральная диагностика) и ПДЭ.

Характеристика клинических признаков бактериального вагиноза

Таблица 6.1

№ п/п	Признаки заболевания	Лечение гелем				Лечение			
		2д	5д	7д	12д	2д	5д	7д	12д
1	Зуд и жжение	+	-	-	-	++	++	+	-
2	Отделяемое (бели)	+	+	-	-	++	++	+	-
3	Воспаление слизистой оболочки	+	-	-	-	+	+	-	-
4	ПДЭ	10%	9%	8%	4-6%	10%	10%	9%	8%

Примечание: (+ +) - признак выражен,
 (+) - признак выражен незначительно,
 (-) - признак отсутствует

В данной таблице отражены клинические и лабораторные данные местного лечения гелем АСКОРБАТ-ХИТОЗАН-МЕТРОНИДАЗОЛ в сравнении с препаратом «Полижинакс».

При использовании геля АСКОРБАТ-ХИТОЗАН-МЕТРОНИДАЗОЛ зуд и жжение и воспаление слизистой оболочки проходят после однократного использования, бели - после двукратного применения, что подтверждает эффект от лечения на уровне системных реакций.

В случае применения «Полижинакс» зуд, жжение, бели и воспаление остаются после 5-7 дней применения, а ПДЭ - даже после окончания лечения показывает изменения воспалительного характера в виде системных реакций.

4.5 Результаты лечения исследуемой группы

При проведении лечения в первой группе жалобы на зуд и жжение во влагалище исчезали уже к концу вторых суток.

При контрольном гинекологическом осмотре:

- ✓ на пятые сутки у 88% женщин отсутствовали жалобы на зуд и жжение слизистой оболочки;
- ✓ на 7 сутки лечения пациентки в 94% жалобы не предъявляли, количество влагалищных выделений существенно сократилось.

При осмотре в зеркалах отсутствовали воспалительные изменения слизистой оболочки влагалища, выделения соответствовали физиологической норме.

Показатель деформируемости эритроцитов

- ✓ до лечения составил - 10% (при норме 1-6%),
- ✓ на 7 сутки - 8%,
- ✓ после лечения - 4-6%,

что указывает на снижение степени воспалительного процесса и на эффективность лечения.

У 3-х женщин на фоне терапии предложенным способом исчезли симптомы эндоцервицита, что подчеркивает высокие репаративные возможности геля АСКОРБАТ-ХИТОЗАН-МЕТРОНИДАЗОЛ по восстановлению слизистой оболочки нижнего отдела генитального тракта. Данные культуральной диагностики подтвердили, что гель АСКОРБАТ-ХИТОЗАН-МЕТРОНИДАЗОЛ не влияет на жизнеспособность лактобацилл и не снижает их функциональной активности.

В течение 3-х месяцев по поводу развития рецидивов заболевания обратилось 12% женщин (результаты из литературных источников других авторов – 45-60%), что доказывает эффективность проведенной терапии БВ.

4.6 Результаты лечения контрольной группы

При проведении лечения во второй группе у каждой 4-й пациентки лечение осложнилось кандидозным вульвовагинитом (25%), что указывает на низкую эффективность антибиотиков при хронических рецидивирующих процессах.

Кроме того, отмечалось усиление зуда, развитие аллергических реакций на средства лечения у 2 женщин.

Признаки воспалительного процесса при осмотре в зеркалах отмечались и на 7 день лечения, лечение было продолжено до срока 12 дней.

Показатель деформируемости эритроцитов до лечения 10%, во время 8-9% и после лечения 6-7%, что свидетельствует о наличии инфекционно-воспалительного процесса на мембранных структурах. В динамике наблюдений (в течение 3-х мес), рецидивы заболевания составили 45%, (подтверждение результатов литературных источников от 25 до 60%) и требовали принятия дополнительных терапевтических мероприятий.

4.7 Рекомендации

Для лечения бактериального вагиноза у женщин необходимо в течение 7 дней применять интравагинально (на слизистую оболочку влагалища) 3,5% гель АСКОРБАТ-ХИТОЗАН-МЕТРОНИДАЗОЛ в количестве 20 мл 1 раз в 2 дня с предварительной санацией влагалища водным раствором фурацилина 1:5000. После проведенного лечения отмечается клиническое и лабораторно подтвержденное выздоровление женщины, а также показательная стойкая ремиссия, что отвечает требованиям предъявляемым препаратам нового поколения используемым при БВ.

Гель Аскорбат хитозан-метронидазола является альтернативным методом

местного лечения БВ и рекомендуется для внедрения в практическое акушерство с целью быстрого и эффективного лечения и снижения частоты возникновения рецидива БВ

4.8 Регистрация новизны предложенного метода лечения бактериального вагиноза

На метод применения при лечении вагинозов - геля Аскорбат хитозан-метронидазола составлена и отправлена 21 мая 2003 г «Заявка на изобретение».

Гл. врач МУЗ «Род. дом №5»
Срасноярска

Е.К. Фадеева

Е.К. Фадеева

Профессор, д.м.н.

И.И. Большаков

И.И. Большаков

Доцент кафедры перинатологии,
акушерства и гинекологии лечебного ф-та
КрасГМа, к.м.н.



В.Т. Полянская

В.Т. Полянская

Студентка 5 курса КрасГМА

Н.В. Копеутова

Н.В. Копеутова