

Технічне рішення, що заявляється, відноситься до медицини, а саме до травматології й ортопедії, і може бути використане для лікування злоякісних пухлинних поразок діяфізу плечової кістки первинного і метастатичного характеру.

Відомі способи лікування злоякісних пухлинних поразок діяфізу плечової кістки, що мість ампутації й екзартікуляції плеча(1), міжлопаточно-грудні ампутації і резекції (2), ендопроіезування за допомогою ауто- і ксеноматеріалов (3), різні види остеосинтеза (4), як спосіб паліативного лікування патологічного перелому, і т.п.

Недоліки відомих способів полягають у тому, що вони високотравматичні, супроводжуються значною післяопераційною летальністю, значно погіршують якість життя хворого, а органосохранні операції приводять до ранньої розвитку рецидивів і продовженого росту пухлини і зменшенню термінів виживаності

Відомий спосіб, узятий нами як прототип (5). Його здійснюють таким чином: у випадку поразки пухлинним процесом діяфізу плечової кістки, коли границі поширення вогнища важко установити, прибігають до тотального видалення плечової кістки. Після видалення плечової кістки необхідно заповнити дефект ендопротезом. Звичайно він виготовляється кваліфікованим токарем індивідуально з урахуванням розмірів плечової кістки, що видаляється. Матеріалом служить поліамід-12. Спосіб має наступні недоліки: травматичність; променевий нерв, щоб уникнути його травмування, повинний бути відділений від ендопротеза м'язовим шаром; існує високий ризик вивиху ендопротеза в плечовому і ліктьовому суглобах; великий період іммобілізації після операції, а отже - подовження термінів відбудовного лікування.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу лікування злоякісних пухлинних поразок діяфізу плечової кістки первинного і метастатичної о характеру, у якому забезпечується зниження травматичності операції, зменшення термінів відбудовного лікування, поліпшення якості життя хворих у післяопераційному періоді, зниження відсотка рецидивів і зменшення числа післяопераційних ускладнень.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування злоякісних пухлинних поразок діяфізу плечової кістки первинного і метастатичного характеру, який містить видалення пухлинного вогнища в межах здорових тканин, заміщення дефекту кістки, що утворився, ксенотрансплантатом, відповідно до винаходу виконують сегментарну резекцію плечової кістки, а як трансплантат використовують металополімерний ендопротез, який стабільно фіксують до ділянок плечової кістки, що залишилися.

Сутність способу, що заявляється, пояснюється ілюстраціями:

Фіг.1 - резекція ураженої ділянки плечової кістки.

Фіг.2 - фіксація ендопротеза до проксимального фрагмента плечової кістки.

Фіг.3 - фіксація ендопротеза до дистального фрагмента плечової кістки.

Спосіб здійснюють таким чином:

- завчасно, шляхом заливання гіпсових форм, виготовляють індивідуальний металополімерний ендопротез, що являє собою порожній циліндр із метилетакрилата з зовнішнім діаметром, що відповідає діаметрові резецируємої ділянки кістки, із вмонтованим у нього з однієї сторони фіксатором Шестірні.

- розсікають шкіру і підшкірну жирову клітковину зовнішнім розрізом над вогнищем поразки;

- пухлинне вогнище виділяють абластично разом із прилягаючим м'язовим шаром;

- за допомогою пилки Джиглі роблять перетинання плечової кістки в межах здорових тканин, відступив від пухлини на 5-6см у проксимальному і дистальному напрямках (фіг.1);

- у проксимальний фрагмент плечової кістки уводять фіксатор Шестірні ендопротеза шляхом укручення його в канал;

- за допомогою викрутки, введеної у канал ендопротеза, обертають гвинт, розклинюючий лопати фіксатора (фіг.2);

- дистальний фрагмент плечової кістки зіставляють з дистальним кінцем ендопротеза і фіксують їхній друг щодо друга за допомогою металевої пластини АО;

- рану пошарове ушивають;

- кінцівку фіксують гіпсовою пов'язкою Турнера на 2 тижні, після чого приступають до відбудовного лікування.

Наводимо клінічний приклад здійснення способу.

Приклад 1.

Хворий Л., 56 років, історія хвороби №3698. службовець, надійшов в ВКО ДНДІТО 09.09.02. Вважає себе хворим протягом 5 місяців. По способі, що заявляється, 15.09.02. зроблено операцію. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Приступив до відбудовного лікування через 2 тижні після операції. Приступив до колишньої роботи через 3 місяці після операції.

Переваги способу, що заявляється, полягають у тому, що він малотравматичен. простий у виконанні, запобігає розвитку великої кількості ускладнень, значно поліпшує якість життя хворого.

Джерела інформації, прийняті в увагу.

1. Махсон Н.Е., Махсон А.Н. Адекватная хирургия при опухолях плечевого и тазового пояса. М.: РПО «Гелла-Принт», 1998.

2. Тихов П. И. Случай межлопаточно-грудной резекции. Хир. архив Н.А. Вильямипова, 1914, кн.1.

3. Зацепил С.Т., Махсон А.Н. Удаление целой плечевой кости с эндопротезированием дефекта у онкологических больных. Материалы пленума Всесоюзного общества травматологов и ортопедов. М., 1980.

4. Махсон А.Н., Махсон Н.Е. Хирургия при метастатических опухолях костей. М., «Реальное время », 2002. стр. 7.

5. Махсон А.Н., Махсон Н.Е. Хирургия при метастатических опухолях костей. М., «Реальное время », 2002. стр. 61

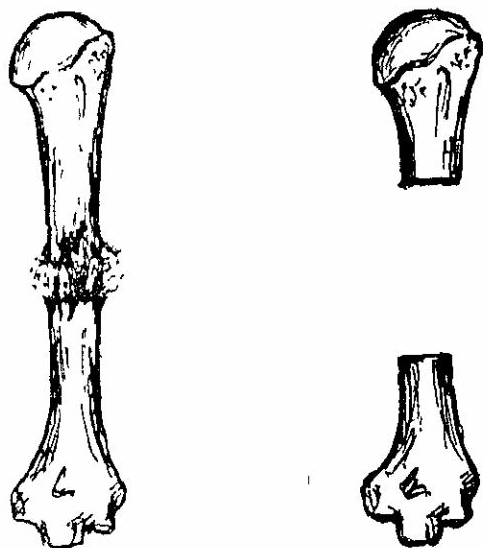


Fig 1.



Fig 2.

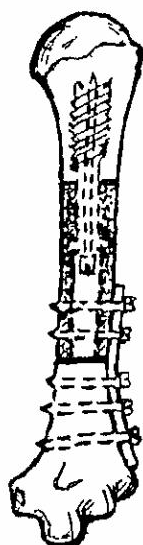


Fig 3.