

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

Відомі способи лікування злоякісних пухлинних поразок діяфіза плечової кістки, що містять ампутації і екзартикуляції плеча (1), міжлопаточно-грудні ампутації і резекції (2), ендопротезування за допомогою ауто- і ксеноматеріалів (3), різні види остеосинтезу (4), як спосіб паліативного лікування патологічної перелому, і ін.

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

Відомий спосіб, узятий нами як прототипу (5). Його здійснюють у такий спосіб: у випадку поразки пухлинним процесом діяфіза плечової кістки, коли границі поширення вогнища важко установити, прибігають до тотальної видалення плечової кістки. Після видалення плечової кістки необхідно заповнити дефект ендонротезом. 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 ендопротезу м'язовим шаром; існує високий ризик вивиху ендопротеза в плечовому і ліктьовому суглобах; великий період іммобілізації після операції, а отже - продовження термінів відбудовної лікування.

В основу винаходу поставлена задача удосконалення способу заміщення діяфізарних дефектів плечової кістки після видалення злоякісних пухлин, 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 заміщення діяфізарних дефектів плечової кістки після видалення злоякісних пухлин, 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 металонолімерний ендопротез, який являє собою циліндр із метилетакрилату, діаметр і довжина якого відповідають розмірам резектован ділянки кістки. із вмонтованим в нього металевим стрижнем, що виступає за межі пластмасового циліндра на 3-4см по обидва боки. фіксацію котрого до ділянок плечової кістки, що залишилися, виконують за допомогою двох пластин АО.

Сутність способу, що заявляється, пояснюється ілюстраціями:

Фіг.1 - резекція ураженої ділянки плечової кістки.

Фіг.2 - фіксація ендопротеза до проксимального і дистального фрагментів плечової кістки.

Спосіб здійснюють таким чином:

завчасно, шляхом заливання гіпсових (норм. виготовляють індивідуальний мегалонолімерний ендопротез, що являє собою циліндр із мегілетакрилату. діаметр і довжина якого відповідають розмірам резецируемой ділянки кістки, із вмонтованим у нього металевим стрижнем, що виступає за межі пластмасового циліндра на 3-4 см по обидва боки.

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);

заміщають дефект кістки, що утворився, виготовленим ендонротезом. таким чином, щоб кінці металевих стрижня впровадилися в кістково-мозковий канал:

за допомогою пластин АО фіксують ендопротез щодо ділянок плечової кістки, що залишилися, (фіг.2);

рану пошарово ушивають;

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

Наводимо клінічний приклад здійснення способу.

Приклад 1. Хвора Ю., 50 років, історія хвороби №4031, не працює, надійшла в ВКО ДНДІТО 05.01.03. Вважає себе хворою протягом 2 місяців. По способі, що заявляється, 12.01.03. зроблено операцію. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Приступила до відбудовного лікування через 2 тижні після операції. Приступила до повсякденної роботи в побуті 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 до уваги.

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.Л. Вильямина, 1914, кн.1.

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

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

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

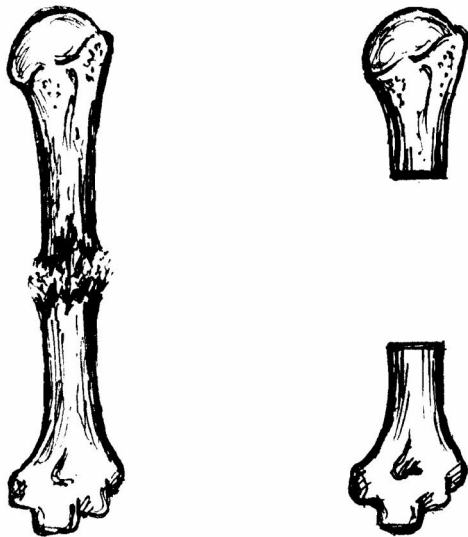


Fig 1.

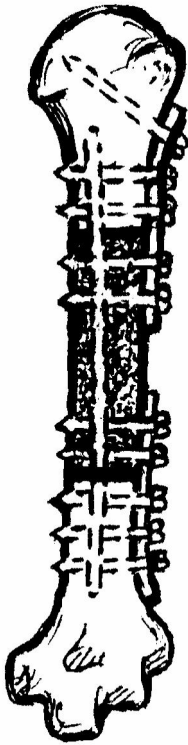


Fig 2.