



УКРАЇНА

(19) UA (11) 58082 (13) U
(51) МПК
A61B 17/56 (2011.01)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ ДОВГИХ КІСТОК КІНЦІВОК

1

2

(21) u201012063

(22) 12.10.2010

(24) 25.03.2011

(46) 25.03.2011, Бюл.№ 6, 2011 р.

(72) РУШАЙ АНАТОЛІЙ КИРИЛОВИЧ, БОДАЧЕНКО КОСТЯНТИН АНАТОЛІЙОВИЧ, КОЛОСОВА ТЕТЯНА АНАТОЛІЇВНА, ЧУЧВАРЬОВ РОМАН В'ЯЧЕСЛАВОВИЧ, ТАРАСЕНКО СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, БІЛОЗЕРОВ ОЛЕКСАНДР ОЛЕКСАНДРОВИЧ, СТАЛЕННИЙ СЕРГІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) 1. Спосіб комплексного лікування посттравматичного остеомієліту довгих кісток кінцівок, який

включає хірургічну санацію остеомієлітичного осередку з пластикою кісткових дефектів, медикаментозну терапію, який **відрізняється** тим, що додатково назначають ендотеліопротектори, розчини амінокислот, 5 % розчин глюкози та імунорегуючі препарати.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як ендотеліопротекторний препарат використовують 6 % розчин Рефортану, як препарати для корекції обміну білків використовують Інфезол 100 мл або Аміносол нео 15 %; як донатор енергії використовують 5 % розчин глюкози; як імунорегуючий препарат призначають Лавомакс 125 мг.

Спосіб відноситься до медицини, зокрема травматології та хірургії, і може бути використаний при лікуванні гнійно-некротичних пошкоджень кінцівок.

Відомі способи лікування посттравматичного остеомієліту довгих кісток кінцівок засновуються на комплексному підході, які включають до себе хірургічну санацію остеомієлітичного осередку з пластикою кісткових дефектів, проведення раціональної антибактеріальної терапії, корекції порушень кровообігу та застосування фізіотерапевтичних засобів [1-5].

Недоліком цього підходу є те, що він не враховує наявність та вираженість порушень кровообігу за рахунок порушень у ендотелії судин кінцівок, уражених гнійним процесом; порушень у обміні білків, порушень у стані імунітету.

У якості найближчого аналога був покладений спосіб комплексного лікування посттравматичного остеомієліту довгих кісток кінцівок [6]. Сутність його полягає у тому, що поряд з хірургічною санацією остеомієлітичного осередку, пластикою кісткових дефектів, антибактеріальною терапією, проводять корекцію гомеостатичних порушень,

порушень обміну білку у організмі та імунокорекцію.

Недоліком цього способу є те, що в комплексному лікуванні не використовуються препарати, які захищають ендотелій судин кінцівок уражених остеомієлітичним процесом, використання альбуміну не перекриває необхідних затрат організму, розщеплення альбуміну до пластичного матеріалу (амінокислоти) відбувається протягом 2 тижнів та потребує великих енергозатрат від організму, імунокорекція не завжди використовується чи не зовсім адекватна.

В основу корисної моделі покладено задачу створення способу комплексного лікування посттравматичного остеомієліту довгих кісток кінцівок, який забезпечує підвищення ефективності лікування завдяки проведенню медикаментозного захисту ендотелію судин, покращенню обміну білків та адекватну імунокорекцію для зменшення кількості ускладнень, зумовлених його ушкодженням в ураженому сегменті та організмі в цілому.

Поставлену задачу вирішують тим, що в спосіб комплексного лікування посттравматичного остеомієліту довгих кісток кінцівок, який включає до себе хірургічну санацію остеомієлітичного осередку з

(13) U

(11) 58082

(19) UA

пластикою кісткових дефектів, медикаментозну терапію, згідно корисної моделі, додатково назначають ендотеліопротектори, наприклад 6% розчин Рефортану; розчини амінокислот для корекції білкового обміну, наприклад Інфезол 100 або Аміносол нео 15%. За для кращого освоєння амінокислот як донатор енергії використовують 5% розчин глюкози; корекцію імунітету проводять за рахунок використання Лавомаксу 125 мг.

Спосіб здійснюють таким чином

При госпіталізації у відділення хворих ретельно обстежують: проводять клінічні, рентгенологічні, біомеханічні, біохімічні, імунологічні дослідження, дослідження мікробіологічного пейзажу та чутливості до антибіотиків.

Перед операцією хворому починають проводити антибактеріальну терапію, яку продовжують проводити протягом 7-10 діб.

Хірургічну санацію осередку остеомієліту виконують таким чином: у норицю вводять 1% розчин зеленки. Проводять розтин м'яких тканин через норицю. Після виконання оперативного доступу до осередку остеомієліту проводиться ревізія осередку з видаленням нежиттєздатних кісткових тканин (пристіньова резекція, сегментарна резекція). Заміщення кісткових дефектів при виконанні сегментарної резекції виконують за методом Єлізарова. Комплекс медикаментозної терапії починають під час проведення оперативного втручання та продовжують у післяопераційному періоді. При проведенні медикаментозної терапії посттравматичного остеомієліту довгих кісток кінцівок додатково проводять медикаментозний захист ендотелію судин, покращення обміну білків та адекватну імунокорекцію. Проведення ендотеліопротекторної терапії починають у операційній, шляхом внутрішньовенного введення 500,0 мл 6% розчину Рефортану. В подальшому введення препарату продовжують протягом 10 діб один раз на добу. Розчини амінокислот для корекції білкового обміну (Інфезол 100 - 500,0 мл або Аміносол нео 15% 500,0 мл) вводять внутрішньовенно протягом 10 діб після операції. За для кращого засвоєння амінокислот як донатор енергії використовують 5% розчин глюкози, який вводять внутрішньовенно у післяопераційному періоді 200,0 протягом 10 діб; корекцію імунітету проводять Лавомаксом 125 мг, який використовують за схемою (1, 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18 доби лікування)

Приклад 1

Хворий Ш. 28 років (студент) і.х. №69457, прибув у клініку з приводу хронічного посттравматичного остеомієліту, незарослого перелому правого стегна. У відділенні хворому виконане оперативне втручання: санація осередку остеомієліту, зіставлення уламків та фіксація правого стегна АПФ. Під час операції та проведення постопераційної консервативної терапії (антибактеріальної, корекції порушень кровообігу та застосування фізіотерапевтичних засобів) згідно заявленому способу, додатково проводили ендотеліопротекторну терапію, корекцію білкового обміну та імунокорекцію заявленим способом. Післяопераційний період протікав без ускладнень. В післяопераційному періоді не відмічені набряки, ціаноз кінцівки. Загострень

остеомиєлітичного процесу не було. Перелом зрісся. АПФ був демонтований через 6 місяців. Загострень протягом року не було. Через рік при огляді МСЕК група інвалідності знята. Повернувся до основної професії.

Хворий С. 48 років (шахтар) і.х. №39511, прибув у клініку з приводу хронічного посттравматичного остеомієліту, незарослого перелому правої гомілки, масивної інфікованої рани гомілки. У відділенні хворому виконане оперативне втручання: санація осередку остеомієліту за типом сегментарної резекції, фіксація уламків правої великогомілкової кістки у нейтральному положенні АПФ. Дефект склав 12 см. Остеотомія н/з правої великогомілкової кістки через 14 діб. Через 7 днів після остеотомії хворий почав заміщення кісткового дефекту. Через 4 місяці виконано відкрите зіставлення уламків. Під час операції та проведення післяопераційної консервативної терапії (антибактеріальної, корекції порушень кровообігу та застосування фізіотерапевтичних засобів) згідно заявленому способу, додатково проводили ендотеліопротекторну терапію, корекцію білкового обміну та імунокорекцію заявленим способом. Післяопераційний період протікав без ускладнень. Перелом зрісся, кістковий регенерат перестроївся. АПФ демонтований. В післяопераційному періоді не відмічені набряки, ціаноз кінцівки. Загострень остеомієлітичного процесу не було. Перелом зрісся. АПФ був демонтований через 9 місяців. Загострень протягом року не було. Через рік при огляді МСЕК група інвалідності змінена з II на III. Працює.

За названим способом проліковано 125 хворих. Післяопераційний період протікав без ускладнень. В післяопераційному періоді не відмічені набряки, ціаноз кінцівки, що свідчить про покращення кровообігу в ураженій остеомієлітом кінцівці, покращення тканинного дихання, краще постачання пластичного матеріалу в осередок запалення для зрощення переломів та зігрівання кісткового регенерату. Ефект у всіх хворих, після проведення лікування добрий, трофічних порушень у подальшому не виявлено. Запропонований спосіб легко виконується, не потребує спеціального додаткового обладнання.

Джерела інформації:

1. Вернигора І.П., Гайко Г.В., Грицай М.П. та співавт. Посібник з актуальних проблем кісткової хірургії та методів консервативного лікування. - Видання 2. - Київ, 1999. - 440с.

2. Грицай Н.П., Коструб А.А., Вернигора І.П., Биденко С.І., Дехтяренко Н.А. Современные принципы лечения больных посттравматическим остеомиелитом длинных костей // Ортопедия, травматология и протезирование. - 1994. - №3. - С.22-28.

3. Грицай Н.П. Комплексное лечение больных с посттравматическим остеомиелитом длинных костей. Автореферат дис. ... д.м.н. - Киев, 1992. - 39с.

4. Кисляков В. А., Берицкий С. Я., Баранович С. Ю. Некоторые аспекты комплексного лечения хронического посттравматического остеомиелита трубчатых костей // Сборник тезисов 3-й Всеармейской научно-практической конференции с ме-

ждународным участием "Инфекция в хирургии - проблема современной медицины" 30 октября - 1 ноября 2002 г. Москва: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко. - 2002. - С.21-22.

5. Костюченко А.Л., Вельских А.Н., Тулупов А.Н. Интенсивная терапия послеоперационной раневой инфекции и сепсиса. - СПб: Фолиант, 2000. - 448с.

6. Рушай А.К. Лечебно-профилактические и реабилитационно-восстановительные вмешательства в комплексном лечении больных с травматическим остеомиелитом после открытых переломов длинных костей. Автореферат дис. д.м.н. - Киев. - 1996. - 27с.