



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **70806** (13) **U**
(51) МПК (2012.01)
A61N 1/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки:	u 2011 14621	(72) Винахідник(и):	Ярошенко Жанна Степанівна (UA), Давтян Лена Левонівна (UA), Іскра Наталія Іванівна (UA)
(22) Дата подання заявки:	09.12.2011	(73) Власник(и):	НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ІМЕНІ П.Л.ШУПИКА, вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, 04112 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель:	25.06.2012		
(46) Публікація відомостей про видачу патенту:	25.06.2012, Бюл.№ 12		

(54) СПОСІБ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА КОНТРАКТУРУ ДЮПЮІТРЕНА З ФІБРОЗОМ ПЕЧІНКИ

(57) Реферат:

Спосіб консервативного лікування хворих на контрактуру Дюпюїтрена з фіброзом печінки шляхом, при якому виконують підведення медикаментозного комплексу, який включає 20 мг фуразолідону, 0,1 мл димексиду, 14 ОД ретинолу, 0,2 мл масла та 0,124 мг гідрокортизону апаратом УЗТ - 101 на ділянку кисті протягом 5 хв., на ділянку проекції печінки та сегментарну зону-рівень Th9-Th10, хребців Th7-Th10 наносять електрогель бішофіту та накладають електроди площею 150-250 см², сила струму 10-15-20 мА, густина струму 0,06-0,08 мА/см², тривалість процедури 15-20 хв., курс лікування 10-15 процедур.

UA 70806 U

Корисна модель належить до медицини, а саме до травматології та ортопедії, і може бути використана в клініці для комплексного лікування хворих на контрактуру Дюпюїтрена з фіброзом печінки.

Впровадження в клінічну практику малоінвазивних оперативних втручань на кисті демонструє суттєві переваги порівняно з традиційними радикальними методами, що дозволяє уникнути ускладнень, пов'язаних з тотальним видаленням долонного апоневрозу, адже такий підхід є дуже травматичним. Так, наприклад, у хворих, постраждалих і ліквідаторів аварії на ЧАЕС, прооперованих з приводу контрактури Дюпюїтрена з фіброзом печінки оперативні втручання стають недоцільними у зв'язку з великим ступенем рецидивів. За результатами власних досліджень ступінь рецидивів у визначеній групі пацієнтів складає 85 %.

По-перше, висока захворюваність (до 6 % у структурі захворювань кисті) та розповсюдженість контрактури Дюпюїтрена (J.A.Vale) дорівнює 388 осіб на 100 тис. населення, а щорічний приріст захворюваності становить 25,7 осіб на 100 тис. населення [1, 2], велика частота незадовільних результатів (до 30 %) у ході хірургічного лікування хворих та значний відсоток рецидивів (62 %) визначають актуальність піднятої проблеми.

Відомий існуючий спосіб, який передбачає введення розчину фуразолідону у субстрат контрактури Дюпюїтрена (безпосередньо до анатомічних структур долонної поверхні кисті за допомогою шприцевої голки) [3].

Недоліком існуючого способу є травматичне пошкодження анатомічних структур, яке може стати причиною рецидиву у післяопераційному періоді, а також наявність вираженого больового синдрому під час маніпуляції. Усунення даних недоліків і є задачею нашого рішення. Поставлена задача вирішується шляхом того, що у відомому нам способі консервативного лікування хворих на контрактуру Дюпюїтрена з фіброзом печінки шляхом введення медикаментозного комплексу у субстрат контрактури Дюпюїтрена, згідно з корисною моделлю, виконують підведення медикаментозного комплексу, який включає 20 мг фуразолідону, 0,1 мл димексиду, 14 ОД ретинолу, 0,2 мл масла та 0,124 мг гідрокортизону апаратом УЗТ - 101 на ділянку кисті протягом 5 хв., на ділянку проекції печінки та сегментарну зону-рівень Th9-Th10, хребців Th7-Th10 наносять електрогель бішофіту та накладають електроди площею 150-250 см², сила струму 10-15-20 мА, густина струму 0,06-0,08 мА/см², тривалість процедури 15-20 хв., курс лікування 10-15 процедур.

Спосіб виконують наступним чином: на ділянку долонної поверхні кисті, яка містить субстрат контрактури Дюпюїтрена наносять запропонований медикаментозний комплекс, який містить: 20 мг фуразолідону, 0,1 мл димексиду, 14 ОД ретинолу, 0,2 мл масла та 0,124 мг гідрокортизону. Після цього проводиться фонофорез суміші апаратом УЗТ - 101 (частота 880 кГц), випромінювач площею 4см², інтенсивність 0,6-0,8 Вт/см², тривалість 5 хв., безперервний режим, лабільна методика.

На ділянку проекції печінки та сегментарну зону - рівень Th9-Th10, хребців Th7-Th10 наноситься електрогель бішофіту та накладають електроди площею 150-250 см², сила струму 10-15-20 мА, густина струму 0,06-0,08 мА/см² тривалість 15-20 хв. Положення хворого на спині. Процедури проводяться щодня або через день, курс 10-15 процедур.

Спосіб був апробований в клініці наукового центру радіаційної медицини НАМИ України та Ірпенському військовому госпіталі, можуть бути наведені нижче приклади.

Приклад 1. Хворий Ч., 51 рік, історія хвороби № 25844, спостерігається у клініці наукового центру радіаційної медицини НАМИ України з періодичним проходженням стаціонарного лікування з 1986 р., через 2 роки після появи контрактури Дюпюїтрена звернувся за допомогою. Після обстеження хворому встановлено діагноз: фіброз печінки F2, контрактура Дюпюїтрена II ступеня. В анамнезі лікування з приводу контрактури Дюпюїтрена з місцевим використанням лідази за місцем проживання. Хворому проведено консервативне лікування - 3 курси з 02.06.2009 по 07.07.2010 рр., яке передбачало наступне малоінвазивне хірургічне втручання. На початку лікування на поверхню шкіри долонної поверхні кисті, що містила субстрат контрактури Дюпюїтрена наноситься: запропонований медикаментозний комплекс та проводиться фонофорез суміші апаратом УЗТ -101 (частота 880 кГц), випромінювач площею 4см², інтенсивність 0,6-0,8 Вт/см², тривалість 5 хв., безперервний режим, лабільна методика.

На ділянку проекції печінки та сегментарну зону - рівень (D9-D10) хребців (Th7-Th10 сегменти, що забезпечують симпатичну інервацію печінки і жовчного міхура) наноситься електрогель бішофіту та накладають електроди площею 150-250 см², сила струму 10-15-20 мА, густина струму 0,06-0,08 мА/см² тривалість 15-20 хв. Тривалість кожного курсу консервативного лікування складала 21 добу. Під час консервативного лікування сторонніх ефектів не спостерігалось, ускладнень виявлено не було. Хворий оперативного лікування з приводу

вказаної патології після проходження консервативного лікування не потребував у зв'язку з повним зворотнім розвитком.

Приклад 2. Хворий Р., 55 років, історія хвороби № 26304, госпіталізований до Ірпінського військового госпіталю 14.10.09 із діагнозом: контрактура Дюпюїтрена III ступеня, фіброз печінки F2-F3 ступеня. Хворий був прийнятий з клінікою контрактура Дюпюїтрена III ступеня. У анамнезі - хворіє протягом 7 років, за допомогою звернувся вперше. Виконано обстеження: фібро-тест, біопсія печінки - виявлено фіброз печінки F2-F3 ступеню. Хворому виконано малоінвазивне оперативне втручання. У до- та післяопераційному періодах двома курсами тривалістю 21 доба у клініці наукового центру радіаційної медицини НАМН України проведено консервативне лікування з підведенням за запропонованою методикою вказаного вище медикаментозного комплексу на долонну поверхню кисті та бішофіту на печінкову ділянку.

Дана методика дає змогу підведення патогенетично обумовленого медикаментозного комплексу, не травмуючи анатомічні структури на етапах підведення.

Післяопераційний період перебігав без ускладнень. Післяопераційна рана загоїлась *per prima*. Хворий виписаний на 7 день післяопераційного періоду у задовільному стані. Відновлення працездатності спостерігалось вже на 39 добу лікування.

Таким чином експериментально-клінічна апробація заявленого способу дозволяє забезпечити широке впровадження малоінвазивного підходу оперативного лікування, так як зберігає переваги малоінвазивної хірургії, що є дуже суттєвим для хворого, а запропонований спосіб підведення патогномонічно обґрунтованого медикаментозного комплексу є більш пріоритетним у зв'язку з відсутністю травматизації анатомічних структур і больового синдрому.

Технічним результатом, який досягається цим рішенням, є поліпшення результатів хірургічного лікування, максимальне зменшення кількості рецидивів, та зменшення кількості ускладнень у ранньому післяопераційному періоді.

Джерела інформації:

1. Boyce DE, Tonkin MA. Dorsal Dupuytren's disease causing a swan-neck deformity. // J Hand Surg Br. 2004 Dec; 29(6):636-7.

2. Adamietz B., Keilholz L. Grunert J., Sauer R. Radiotherapy of early stage Dupuytren disease. Long-term results after a median follow-up period of 10 years // Strahlenther Onkol. 2001.-№177(11).-р. 604-61.

3. Скляренко Е.Т., Перилова Т.И. - Киевский НИИ ортопедии травматологи. - Справка № 2953356/13, решение Горскомизобретений от 16.04.1981г.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

Спосіб консервативного лікування хворих на контрактуру Дюпюїтрена з фіброзом печінки шляхом введення медикаментозного комплексу у субстрат контрактури Дюпюїтрена, який **відрізняється** тим, що виконують підведення медикаментозного комплексу, який включає 20 мг фуразолідону, 0,1 мл димексиду, 14 ОД ретинолу, 0,2 мл масла та 0,124 мг гідрокортизону апаратом УЗТ - 101 на ділянку кисті протягом 5 хв., на ділянку проекції печінки та сегментарну зону-рівень Th9-Th10, хребців Th7-Th10 наносять електрогель бішофіту та накладають електроди площею 150-250 см², сила струму 10-15-20 мА, густина струму 0,06-0,08 мА/см², тривалість процедури 15-20 хв., курс лікування 10-15 процедур.

Комп'ютерна верстка Л. Купенко

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Урицького, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут промислової власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601