

Винахід відноситься до галузі медицини, а саме до хірургії, та може бути використаний при лікуванні гнійно-некротичних захворювань нижніх кінцівок.

Гнійно-некротичні захворювання нижніх кінцівок характерні при цукровому діабеті і остеомієліті. Вони дуже тяжко піддаються лікуванню традиційними методами і ускладнюються тяжкими наслідками аж до ампутації кінцівки.

Найбільш близьким до рішення, що заявляється, є спосіб лікування гнійно-некротичних захворювань (Шапошников Ю.Г., Травмотология и ортопедия, «Медицина», т.1, 1997, с.383), що полягає в доступі до нижнечревної артерії, її катетеризації, введенні через катетер антибіотиків та судинних препаратів та наступному видаленні катетера.

Відомий спосіб в певній мірі знижує явище ішемії, але не є надійним в запобіганні її розвитку і як наслідок ампутації кінцівки. Вказані недоліки способу-прототипу не дозволяють вважати його достатньо ефективним.

Задачею цього винаходу є вдосконалення способу лікування гнійно-некротичних захворювань нижніх кінцівок шляхом поєднання хірургічних та терапевтичних прийомів, направлених на всі ланки патології, що виникла, внаслідок чого досягається підвищення ефективності лікування.

Поставлена задача вирішується тим, що в способі лікування гнійно-некротичних захворювань нижніх кінцівок, що полягає в доступі до нижнечревної артерії, її катетеризації, введенні через катетер антибіотиків та судинних препаратів, видаленні катетера згідно з винаходом після катетеризації нижнечревної артерії накладають провізну лігатуру на проксимальну частину артерії, а кінці лігатури виводять через дренажну трубку в нижньому куті рани, потім через катетер протягом 3-4дб вводять препарати, після чого продовжують введення препаратів одноразово на добу до початку епіталізації або припинення гнійних виділень, причому додатково з першої доби лікування проводять 7-денний курс опромінювання артеріальної крові низькоенергетичним лазером (довжина хвилі 238,8нм, діаметр світловоду - 0,4мм, довжина світловоду - 30 см, експозиція - 40хвил.), одночасно з катетеризацією артерії виконують катетеризацію регіонарного лімфатичного вузла в паховій області, видалення токсичної лімфи з наступним введенням в катетер відповідних антибіотиків та імунomodulatorів одноразово в день протягом 7-8 днів, потім після видалення катетера з нижнечревної артерії кінці провізної лігатури затягують.

Як відомо, нижнечревна артерія зручна для катетеризації і пов'язана з магістральною артерією, яка і кровопостачає нижні кінцівки, уражені патологічним процесом.

Введення препаратів направленої дії, таких як антибіотики та судинні препарати безпосередньо в артерію, є найбільш результативним. Вибір препаратів визначається особливостями корекції патологічного процесу, що виник.

Опромінення артеріальної крові низькоенергетичним лазером з встановленими авторами параметрами стимулює окисно-відновні процеси в зоні враження, підсилює лікувальну дію антибіотиків, що вводяться.

Оскільки в лімфатичній системі скупчується велика кількість токсинів, що всмоктується із вогнища інфекції, то дія антибіотиків та імунних препаратів в цій області найбільш доцільно і ефективно, а також сприяє більш повній корекції патологічного процесу.

Винахід, що пропонується, передбачає видалення токсичної лімфи з вогнища гнійно-некротичного процесу протягом 3-4дб, після чого виконують введення медикаментозних засобів, що згадані вище.

Всі часові параметри і хірургічні прийоми способу, що заявляється, вибрані з точки зору досягнення найбільш стійкого лікувального результату.

Винахід пояснюється прикладом конкретного виконання.

Приклад.

Хворий К. надійшов до хірургічного відділення з діагнозом діабетична стопа, ішемія нижньої кінцівки III ступеню, тривала виразка 1 пальця, що не загоювалась.

Лікування було проведено у відповідності до способу, що заявляється.

Після доступу до нижнечревної артерії, її катетеризації, накладання провізної лігатури на проксимальну частину артерії, виведення кінців лігатури через дренажну трубку в нижньому куті рани протягом 4дб безперервно вводили лінкоміцин трентал, реополігюкин, нікотинову кислоту, но-шпу, новокаїн, потім продовжували їх введення протягом 10 днів одноразово на день в загальноприйнятих терапевтичних дозах.

З перших дб захворювання протягом 7 днів і одночасно з введенням вищезгаданих препаратів опромінювали артеріальну кров низькоенергетичним лазером (довжина хвилі 238,8нм, діаметр світловоду - 0,4мм, довжина світловоду - 30 см, експозиція - 40хвил.), за вказаний час лікування рана очистилась, з'явилися островки епіталізації. Одночасно з катетеризацією нижнечревної артерії була виконана катетеризація регіонарного лімфатичного вузла в паховій області в витяганні з нього токсичної лімфи, після чого через катетер вводили одноразово в день протягом 7 днів цефазолін та тимонін.

На 13-ту добу видалили катетер і затягнули лігатуру.

В результаті проведеного лікування рана затягнулась, явища ішемії значно зменшились, хворий в задовільному стані виписаний на амбулаторне лікування.

Для порівняння - курс традиційного медикаментозного лікування більш тривалий і складає не менше 30-40 днів.

Таким чином спосіб, що заявляється, є більш ефективним, оскільки дозволяє в значній мірі знизити явища ендотоксикозу, обмежити рівень деструктивних процесів, тим самим знизити явища ішемії і до мінімуму знизити небезпеку ампутації нижньої кінцівки.

Крім того, при здійсненні запропонованого способу скорочуються терміни лікування та зменшуються дози медикаментозних засобів.