



УКРАЇНА

(19) UA (11) 18019 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/56
A61K 35/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ОСТЕОМІЄЛІТИЧНИХ ПОРОЖНИН КІСТОК КІНЦІВОК

1

(21) u200605063

(22) 06.05.2006

(24) 16.10.2006

(46) 16.10.2006, Бюл. № 10, 2006 р.

(72) Чучварьов Роман В'ячеславович, Рушай Ана-
толій Кирилович, Кривенко Сергій Миколайович,
Бодаченко Костянтин Анатолійович, Колосова Те-
тяна Анатоліївна, Борисов Валерій Юрійович, Ща-
дько Андрій Олександрович

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІ-
ВЕРСИТЕТ ІМ. М.ГОРЬКОГО

2

(57) 1. Спосіб комплексного лікування посттравма-
тичного остеомієліту кісток кінцівок, який включає
хірургічну санацію остеомієлітичного осередку та
медикаментозну терапію, який **відрізняється** тим,
що додатково проводять пластику кісткової поро-
жнини біоімплантатом "Тутопласт" і призначають
низькомолекулярні антикоагулянти.

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що як
препарати низькомолекулярних антикоагулянтів
використовують Фраксипарин 0,3 мл.

Спосіб відноситься до медицини, зокрема тра-
вматології та хірургії, і може бути використаний
при лікуванні гнійно-некротичних пошкоджень кін-
цівок.

Відомі способи лікування посттравматичного
остеомієліту кісток кінцівок засновуються на ком-
плексному підході, які включають до себе хірургіч-
ну санацію остеомієлітичного осередку, прове-
дження раціональної антибактеріальної терапії,
імунокорекції, корекції порушень кровообігу та за-
стосування фізіотерапевтичних засобів [1-5].

Недоліком цього підходу є те, що він не врахо-
вує заповнення кісткових порожнин та вираженість
порушень кровообігу за рахунок порушення мікро-
циркуляції і зниження реологічних властивостей
крові судин кінцівок, уражених гнійним процесом.

У якості найближчого аналога був покладений
спосіб комплексного лікування посттравматичного
остеомієліту довгих кісток кінцівок А.К. Рушай [6].
Сутність його полягає у тому, що поряд з хірургіч-
ною санацією остеомієлітичного осередку, пласти-
кою кісткових дефектів, антибактеріальною терапі-
єю та імунокорекцією, проводять корекцію
гомеостатичних порушень.

Недоліком цього способу є те, що в комплекс-
ному лікуванні не заповнюються кісткові порожни-
ни біоімплантатами „Тутопласт” і не використовую-
ються препарати, які покращують мікроциркуляцію і
реологічну властивість крові судин кінцівок ураже-
них остеомієлітичним процесом.

В основу корисної моделі покладено задачу

створення способу комплексного лікування остео-
мієлітичних порожнин кісток кінцівок, який забез-
печує підвищення ефективності лікування завдяки
проведення хірургічної санації кісткової остео-
мієлітичної порожнини, її пластики та медикаментоз-
ного покращення мікроциркуляції судин для змен-
шення кількості ускладнень, зумовлених її
ушкодженням в ураженому сегменті.

Поставлену задачу вирішують тим, що в спосіб
комплексного лікування посттравматичного остео-
мієліту кісток кінцівок, який включає хірургічну са-
націю остеомієлітичного осередку з медикаментоз-
ною терапією, згідно корисної моделі, додатково
проводять пластику кісткової порожнини „Тутопла-
стом” та призначають низькомолекулярні антикоа-
гулянти, наприклад Фраксипарин.

Спосіб здійснюють таким чином.

При госпіталізації у відділення хворий ретель-
но обстежується: проводиться клінічні, рентгено-
логічні, біомеханічні, біохімічні, імунологічні дослі-
дження, дослідження мікробіологічного пейзажу та
чутливість до антибіотиків.

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

Хірургічну санацію осередку остеомієліту ви-
конують таким чином: у норицю вводять 1% роз-
чин зеленки. Проводять розтин м'яких тканин че-
рез норицю. Після виконання оперативного
доступу до осередку остеомієліту проводиться
ревізія осередку з видаленням нежиттєздатних

(13) U

(11) 18019

(19) UA

кісткових тканин (секвестрнекректомія). Заміщення кісткових дефектів при виконанні сегментарної резекції виконують за методом Ілізарова. При утворенні кісткової порожнини, вона не заповнювалася. Комплекс медикаментозної терапії починають під час проведення оперативного втручання та продовжують у післяопераційному періоді. При наявності відсутності ознак запалення на протязі 7-14 діб після секвестрнекректомії, проводять другий етап хірургічного втручання для заповнення кісткової порожнини. Проводять розтин м'яких тканин через післяопераційний рубець. Після виконання оперативного доступу до кісткової порожнини проводять її санацію. Потім заповнюють порожнину біоімплантатом „Тутопласт”. При проведенні медикаментозної терапії посттравматичного остеомієліту довгих кісток кінцівок додатково проводять терапію низькомолекулярними антикоагулянтами. Проведення терапії низькомолекулярними антикоагулянтами починають на другий день після пластики кісткової порожнини біоімплантатом „Тутопласт”, шляхом підшкірного введення 0,3мл Фраксипарину. В подальшому введення препарату продовжують протягом 5 діб один раз на добу.

Хворий К. 1962р/н і.х. №43625, травма на виробництві 02.08.03. в наслідок падіння вугілля у шахті отримав скалковий злам с/з - н/з великогомілкової кістки зі зміщенням, злам малоомілкової кістки лівої гомілки. Знаходився на лікуванні за містом проживання, де був прооперований: позаосередковий чрезкістковий остеосинтез апаратом зовнішньої фіксації (ПЧКО АЗФ). 20.11.03. - апарат демонтовано. Лікування ускладнилося остеомієлітом с/з лівої великогомілкової кістки. Був направлений у клініку кістково-гнійної хірургії ОКБ М.Донецька. В клініці неодноразово виповнювалися фістулсеквестрнекректомії без пластики кісткової порожнини. При останньому оперативному лікуванні виконано пластика порожнини за запропонованою методикою. Після виписки наступило одужання, загострень запального процесу не було. Працездатність відновлена, 3 група інвалідності

знята.

За названим способом проліковано 17 хворих. Ефект у всіх хворих, після проведення лікування добрий, трофічних порушень не виявлено. Ускладнень не було. Запропонований спосіб легко виконується, не потребує спеціального додаткового обладнання.

Джерела інформації які були прийняті до уваги:

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

2. Грицай Н.П., Коструб А.А., Вернигора І.П., Биденко С.И., 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 международным участием «Инфекция в хирургии - проблема современной медицины» 30 октября - 1 ноября 2002г.- Москва. - ГВКГ им. Н. Н. Бурденко.- 2002г. - С.21-22.

5. Костюченко А.Л., Бельских 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.