



УКРАЇНА

(19) UA (11) 36474 (13) U
(51) МПК (2006)
A61B 17/56МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІОПИС
ДО ПАТЕНТУ
НА КОРИСНУ МОДЕЛЬвидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ РАНОВОЇ ФОРМИ ХРОНІЧНОГО ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ

1

2

(21) u200806995

(22) 20.05.2008

(24) 27.10.2008

(46) 27.10.2008, Бюл.№ 20, 2008 р.

(72) ШЕВЧУК ВІКТОР ІВАНОВИЧ, UA, БЕЗСМЕРТНИЙ ЮРІЙ ОЛЕКСІЙОВИЧ, UA

(73) УКРАЇНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ІНСТИТУТ РЕАБІЛІТАЦІЇ ІНВАЛІДІВ, UA

(57) Спосіб лікування ранової форми хронічного післятравматичного остеомієліту, що включає проведення некректомії, санацію рани із застосуванням антисептиків, медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування, який **відрізняється** тим, що з 3-4 дня після некректомії перев'язки виконують з 4% розчином глютаргіну двічі на день протягом 12-14 днів.

Запропонована корисна модель відноситься до медицини, зокрема, до травматології та хірургії. Він призначений і може бути використаний при лікуванні хворих з хронічним післятравматичним остеомієлітом.

Способи лікування хронічного післятравматичного остеомієліту відомі. До них, наприклад, відноситься двоетапна методика Папіно [див. Вернигора І.П., Гайко Г.В., Грицай М.П. та ін. Посібник з актуальних проблем кістково-гнійної хірургії та методів консервативного лікування. - Київ. - 1998. - С. 49], згідно якої на першому етапі виконують некректомію з наступним щоденним промиванням рани мильним розчином. Другий етап проводять через 5-7 днів - заміщують дефект кістки спонгіозним кістковим аутоаутопластатом, який беруть з крила клубової кістки.

Недоліком запропонованого способу є застосування кісткової аутопластики, яка викликає розвиток штучного блоку для дренажування кісткової рани, підвищуючи ризик нагноєння та некрозу аутоаутопластату.

В основу запропонованого способу поставлена задача прискорення загоєння ран після радикального усунення гнійно-некротичних проявів у хворих на хронічний післятравматичний остеомієліт.

Така задача забезпечується тим, що у хворих з хронічним післятравматичним остеомієлітом, який перебігає у вигляді ранової форми, після проведення некректомії місцеве застосовують 4% розчин глютаргіну.

Застосування глютаргіну сприяє ефективному очищенню, розвитку грануляційної тканини та загоєнню рани шляхом стимулювання крайової епітелізації та репаративної регенерації з її дна.

Застосування способу. Методика застосовується у хворих на хронічний післятравматичний остеомієліт, раньову форму після попередньо проведеної радикальної некректомії або секвестрнекректомії. Починаючи з 3-4 дня після операції, під час перев'язки, після попередньої санації рани антисептиком (хлоргексидин, борна кислота, перекис водню та ін.), на поверхню рани накладають серветки, які змочені 4% розчином глютаргіну. Поверх них накладають суху асептичну пов'язку. Перев'язки виконують двічі на день до появи рожевих грануляцій, які зазвичай покривають все поле рани на 12-14 день. Наступне лікування передбачає застосування мазей з репаративними властивостями (Левомеколь, Левосин, Мірамісин і ін.). При значних дефектах шкіри виконується вільна шкірна аутопластика по Тіршу.

Методика передбачає можливість паралельного проведення судинної терапії та фізіотерапевтичного лікування.

Конкретний приклад застосування. Хворий Ш., 1958 р.н., поступив в клініку інституту зі скаргами на тупий ниючий біль, набряк та наявність рани з гнійним відділяємим в середній третині правої гомілки. Рана розміром 2х5,5см, локалізується по передньо-медіальній поверхні гомілки. Краї рани багрово-синього кольору, вкриті шаром фібрину, дном рани є оголена ділянка великогомілкової кістки, жовто-сірого кольору, розміром 1х1,3см. Рентгенологічне дослідження із застосуванням контрасту діагностувало секвестрацію кортикального шару великогомілкової кістки на рівні середньої третини без ознак розповсюдження контрастної речовини до кістково-мозкового каналу, супутні структурні зміни великогомілкової кістки у вигляді

(13) U

(11) 36474

(19) UA

витончення кортикального шару та локального остеопорозу. Враховуючи термін після розвитку захворювання, особливості його перебігу, дані клінічного та рентгенологічного обстежень встановлено діагноз: Хронічний післятравматичний остеомієліт великогомілкової кістки справа, фаза загострення, раньова форма.

Хворому проведено хірургічне лікування - секвестрнекректомія, яка передбачала видалення в межах здорових тканин некротичне змінених ділянок великогомілкової кістки та оточуючих тканин, дренажування післяопераційної рани. Рана не зашивалась. Після зменшення альтераційно-ексудативних проявів, обумовлених операційною травмою, з 3 дня після операції місцево застосовували 4% розчин глутаргіну. Перев'язки виконувались двічі на день. Додатково хворий отримував

аспекард, пентоксифілін, офлоксацин, вітаміни групи В. З шостого дня призначено перемінне магнітне поле. На п'ятий день місцевого застосування глутаргіну хворий відмітив локальне зменшення болю, набряку, зменшилось відчуття важкості в правій гомілці. Кісткова рана на 2/3 виповнилась рожевими, пружними грануляціями, значно зменшились явища трансудації. На 12 день лікування рана зменшилась вдвічі до 3 см в діаметрі. Дно рани виповнювала зріла грануляційна тканина, що перекривала всю поверхню кістки. Хворому виконано вільну шкірну аутопластику по Тіршу. На 21 день стаціонарного лікування хворий в задовільному стані був виписаний з стаціонару. Контрольний огляд хворого, проведений через 1 рік після проведеного лікування, показав відсутність рецидиву захворювання.