



УКРАЇНА

(19) UA (11) 45675 (13) A

(51) B A61K35/50, A61B17/00, A61P3/10

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС

ДО ДЕКЛАРАЦІЙНОГО ПАТЕНТУ
НА ВИНАХІДВидається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

1

2

(21) 2001053701

(22) 31 05 2001

(24) 15 04 2002

(46) 15 04 2002, Бюл. № 4, 2002 р.

(72) Берчун Володимир Валерійович, Бобирьова
Людмила Єгорівна, Бобирьов Віктор Миколайович,
Берчун Наталія Вікторівна(73) Берчун Володимир Валерійович, Бобирьова
Людмила Єгорівна, Бобирьов Віктор Миколайович,
Берчун Наталія Вікторівна(57) Спосіб комплексного лікування синдрому
діабетичної стопи, що включає лікування гнійно-
некротичних уражень на фоні традиційної терапії,
який відрізняється тим, що додатково проводять
гетеротопічну трансплантацію кріоконсервованої
фетоплацентарної тканини в ділянці сідниці

Запропонований винахід відноситься до галузі
медицини, а саме, до хірургії та ендокринології.

Діабетична стопа - це специфічне ускладнення
цукрового діабету у вигляді комплексу функціона-
льних і анатомічних ушкоджень стопи, що включає
ураження соматичних і автономних нервів, пору-
шення магістрального і мікроциркуляторного кро-
вотоку, дистрофічні зміни кісток, на фоні чого в
області стопи й гомілки розвиваються трофічні
виразки і гнійно-некротичні процеси.

Відомий спосіб лікування синдрому діабетич-
ної стопи (Подпрятков С. Є., Бондар О. В., Солови-
цький О. В. та ін. Ефективність хірургічного ліку-
вання діабетичної стопи - Клінічна хірургія - 1996
- № 9 - С 26), що включає широке розкриття та
дренування гнійників, ампутації медіальних або
латеральних пальців стоп, метатарзальні ампута-
ції переднього відділу стопи шляхом резекції кіст-
ки, а не екзартикуляції суглоба, які направлені на
ліквідацію гнійно-некротичних уражень.

Найбільш близьким до запропонованого спо-
собу є спосіб комплексного лікування синдрому
діабетичної стопи (Светухин А. М., Прокудина М.
В. Комплексное хирургическое лечение больных с
синдромом диабетической стопы - Хирургия -
1998 - №10 - С 64), що включає оперативне ліку-
вання гнійно-некротичних уражень на фоні тради-
ційної інсулінотерапії (переважно інсуліни короткої
дії), антибактеріальної (фторхінолони і β-лактами, в
залежності від збудників та їх чутливості до анти-
біотиків), антикоагулянтної (гепарин, аспирин) те-
рапії. Однак, відомий спосіб недостатньо ефектив-
ний тому, що не дозволяє досягти стійкої

компенсації основного захворювання, помітного
зменшення частоти і строків стаціонарного ліку-
вання таких хворих, знизити кількість ампутацій
кінцівок у хворих з синдромом діабетичної стопи.

В основу винаходу поставлена задача створи-
ти спосіб комплексного лікування синдрому діабе-
тичної стопи, шляхом удосконалення відомого
способу, досягти стійкої компенсації вуглеводного
обміну та забезпечити підвищення ефективності
лікування.

Поставлену задачу вирішують шляхом ство-
рення способу комплексного лікування синдрому
діабетичної стопи, що включає хірургічне лікуван-
ня гнійно-некротичних ускладнень на фоні тради-
ційної консервативної терапії, в якому, згідно вина-
ходу, додатково проводять гетеротопічну
трансплантацію кріоконсервованої фетоплацента-
рної тканини в ділянку сідниці.

В якості матеріалу для трансплантації ми ви-
користовували плаценту або дитяче місце. Цей
провізорний поліфункціональний орган секретує
практично всі гормони, що містяться в організмі
людини, понад 40 фетальних імуномодуляторів,
гемопоеитивів, інших біологічно активних речовин,
зокрема, тих, що підвищують стійкість тканин до
іпооксії, і, що дуже важливо, стимулюють процеси
репарації. Такий підхід до лікування синдрому діабетичної стопи дозволяє не тільки досягти ком-
пенсації вуглеводного обміну, а й прискорити репа-
ративні процеси і, таким чином, знизити рівень
ранньої інвалідизації і летальності хворих на цук-
ровий діабет.

Заявлений спосіб лікування синдрому діабетичної стопи здійснюється таким чином: поряд із

(13) A

(11) 45675

(19) UA

традиційною терапією (інсулінотерапія, антибіотикотерапія, антикоагулянтна терапія, антиоксидантна терапія) проводиться гетеротопічна трансплантація кріоконсервованої фетоплацентарної тканини (в ділянці верхнього зовнішнього квадранту сідниці, під місцевим знеболюванням в підшкірній клітковині формується карман розміром до 2,0 x 0,5 см, в який підшивається доза кріоконсервованої фетоплацентарної тканини). Операція здійснюється в умовах операційної.

Приклад хвора С, 60 років, діагноз синдром діабетичної стопи, змішана форма. Остеомієліт III пальця лівої стопи, секвестральна форма. Цукровий діабет, II тип, середньої тяжкості, вторинноінсулінзалежний, в стадії субкомпенсації вуглеводного обміну. Діабетична ангіопатія нижніх кінцівок II ст, ХАН I ст. діабетична полінейропатія. При прибутті в стаціонар 5.06.2000 року хвора скаржилась на загальну слабкість, сухість в роті, рану III пальця лівої стопи, болю в рані, набряк і почервоніння лівої стопи, підвищення температури тіла до 37,5 - 37,8°C. При огляді ліва стопа набрякла, гіперемована, гаряча на дотик, III палець лівої стопи збільшений в об'ємі за рахунок набряку, різко гіперемований, при пальпації різко болючий, на дорзальній поверхні, на рівні середньої фаланги нориця 0,3 x 0,4 см, при натисканні з нориці надходить незначна кількість гною з неприємним запахом. Пульсація на периферійних артеріях лівої стопи послаблена. На рентгенограмі лівої стопи: остеомієліт III паль-

ця лівої стопи, секвестральна форма. Хворій проведена секвестректомія і поряд з традиційним лікуванням гетеротопічна трансплантація кріоконсервованої фетоплацентарної тканини.

В динаміці, через тиждень відмічається покращення самопочуття, зникли сухість в роті, загальна слабкість, болю в області рани, гіперемія і набряк стопи, нормалізувалась температура тіла і показники вуглеводного обміну, рана чиста, пов'язка суха. На контрольні рентгенограми лівої стопи в 2-х проекціях даних за деструкцію кісток не виявлено. Добова доза інсуліну 36ОД знижена до 16ОД інсуліну Б на добу. При огляді через 2 місяці стан хворої без змін, скарг немає, рана повністю загоїлась, добова доза інсуліну Б 16ОД. Через 6 місяців стан хворої без змін, скарг немає, добова доза інсуліну Б 16ОД. Через 12 місяців стан хворої задовільний, скарг немає, добова доза інсуліну Б 22ОД.

Таким чином, при лікуванні синдрому діабетичної стопи заявленим способом вдається досягти не тільки компенсації вуглеводного обміну, що є головним постулатом в лікуванні ускладнень цукрового діабету, а і зменшити частоту гнійно-некротичних ускладнень, і, таким чином, - кількість ампутацій, частоту і тривалість перебування хворих на стаціонарному лікуванні на 5 - 7 днів, а також домогтися прискорення репаративних процесів в рані.

ДП «Український інститут промислової власності» (Укрпатент)

вул. Сім'ї Хохлових, 15, м. Київ, 04119, Україна

(044) 456 – 20 – 90

ТОВ «Міжнародний науковий комітет»

вул. Артема, 77, м. Київ, 04050, Україна

(044) 216 – 32 – 71