



УКРАЇНА

(19) UA (11) 58470 (13) U
(51) МПК
A61B 17/56 (2006.01)

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 ДОВГИХ КІСТОК КІНЦІВОК

1

2

(21) u201012065

(22) 12.10.2010

(24) 11.04.2011

(46) 11.04.2011, Бюл.№ 7, 2011 р.

(72) РУШАЙ АНАТОЛІЙ КИРИЛОВИЧ, БОДАЧЕНКО КОСТЯНТИН АНАТОЛІЙОВИЧ, КОЛОСОВА ТЕТЯНА АНАТОЛІЙВНА, ЧУЧВАРЬОВ РОМАН В'ЯЧЕСЛАВОВИЧ, ТАРАСЕНКО СЕРГІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ, СТАЛЕННИЙ СЕРГІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ

(73) ДОНЕЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМ. М. ГОРЬКОГО

(57) Спосіб комплексного лікування остеомієлітичних порожнин довгих кісток кінцівок, який включає хірургічну санацію остеомієлітичного осередку з пластикою кісткових дефектів, проведення раціональної антибактеріальної терапії, імункорекції, корекції порушень кровообігу та застосування фізіотерапевтичних засобів, який **відрізняється** тим, що додатково проводять пластику кісткової порожнини гідроксіапатитом "Коллапан", а як препарат для корекції гомеостатичних порушень використовують препарат "Цибор 2500".

Спосіб відноситься до медицини, зокрема травматології та хірургії, і може бути використаний при лікуванні гнійно-некротичних пошкоджень кінцівок.

Відомі способи лікування посттравматичного остеомієліту довгих кісток кінцівок засновані на комплексному підході, які включають до себе хірургічну санацію остеомієлітичного осередку з пластикою кісткових дефектів, проведення раціональної антибактеріальної терапії, імункорекції, корекції порушень кровообігу та застосування фізіотерапевтичних засобів [1 - 5].

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

У якості найближчого аналога був покладений спосіб комплексного лікування посттравматичного остеомієліту довгих кісток кінцівок [6]. Сутність його полягає у тому, що поряд з хірургічною санацією остеомієлітичного осередку, пластикою кісткових дефектів, антибактеріальною терапією та імункорекцією, проводять корекцію гомеостатичних порушень.

Недоліком цього способу є те, що в комплексному лікуванні не заповнюються кісткові порожнини штучним гідроксіапатитом "Коллапан" і не використовуються препарати, які покращують мікроциркуляцію і реологічну властивість крові судин кінцівок уражених остеомієлітичним процесом.

В основу корисної моделі покладено задачу створення способу комплексного лікування остеомієлітичних порожнин довгих кісток кінцівок, який забезпечує підвищення ефективності лікування завдяки проведенню хірургічної санації кісткової остеомієлітичної порожнини та медикаментозного покращення мікроциркуляції судин для зменшення кількості ускладнень, зумовлених її ушкодженням в ураженому сегменті.

Поставлену задачу вирішують тим, що в спосіб комплексного лікування посттравматичного остеомієліту довгих кісток кінцівок, який включає до себе хірургічну санацію остеомієлітичного осередку з медикаментозною терапією, згідно корисної моделі, що додатково проводять пластику кісткової порожнини гідроксіапатитом "Коллапан", а в якості препарату для корекції гомеостатичних порушень використовували препарат "Цибор 2500".

Спосіб здійснюють таким чином

При госпіталізації у відділення хворий ретельно обстежують: проводять клінічні, рентгенологічні, біомеханічні, біохімічні, імунологічні дослідження, дослідження мікробіологічного пейзажу та чутливість до антибіотиків.

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

Хірургічну санацію осередку остеомієліту виконують таким чином: у нориці вводять 1% розчин зеленки. Проводять розтин м'яких тканин через норицю. Після виконання оперативного

(13) U

(11) 58470

(19) UA

доступу до осередку остеомієліту проводиться ревізія осередку з видаленням нежиттєздатних кісткових тканин (секвестрекректомія). Заміщення кісткових дефектів при виконанні сегментарної резекції виконують за методом Ілізарова. При утворенні кісткової порожнини, її не заповнюють. 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 секвестрекректомії, 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 гідроксиапатитом "Коллапан". При проведенні медикаментозної терапії посттравматичного остеомієліту довгих кісток кінцівок додатково проводять ангіопротекторну терапію. Проведення корекції гомеостатичних порушень починають на другий день після пластики кісткової порожнини гідроксиапатитом "Коллапан", шляхом підшкірного введення "Цибор 2500". В подальшому введення препарату продовжують протягом 7 діб один раз на добу. Експериментальним шляхом нами доведено, що використання "Цибор 2500" менш 7 діб не дає очікуваного ефекту, а використання більше 7 діб вірогідно не відрізняється від запропонованого нами.

Приклад 1

Хворий Г. 48 років (шахтар) і.х. № 31911, прибув у клініку з приводу хронічного посттравматичного остеомієліту, незростлого перелому правого стегна. У відділенні хворому виконане оперативне втручання: санація осередку остеомієліту, зіставлення уламків та фіксація правого стегна апаратом поза вогнищевої фіксації (АПФ). Під час операції та проведення постопераційної консервативної терапії (антибактеріальної, імунореґуючої терапії, корекції порушень кровообігу та застосування фізіотерапевтичних засобів) згідно корисної моделі, додатково проводили корекцію гомеостатичних порушень заявленим способом. Післяопераційний період протікав без ускладнень. В післяопераційному періоді не відмічені набряки, ціаноз кінцівок. Загострень остеомієлітичного процесу не було. Перелом зрісся. АПФ був демонтований через 6 місяців. Загострень протягом року не було. Через рік при огляді МСЕК група інвалідності знята. Повернувся до основної професії.

Приклад 2

Хворий С. 40 років і. х. № 39511, прибув у клініку з приводу хронічного посттравматичного остеомієліту, незростлого перелому правої гомілки, масивної інфікованої рани гомілки. У відділенні хворому виконане оперативне втручання: санація осередку остеомієліту за типом сегментарної резекції, фіксація уламків правої великогомілкової кістки у нейтральному положенні АПФ. Дефект склав 12 см. Остеотомія 1/3 правої великогомілкової кістки через 14 діб. Через 7 днів після остеотомії хворий почав заміщення кісткового дефекту. Через 4 місяці виконано відкрите зіставлення уламків. Під час операцій та проведення післяопера-

ційної консервативної терапії (антибактеріальної, імунореґуючої терапії, корекції порушень кровообігу та застосування фізіотерапевтичних засобів) згідно корисної моделі, додатково проводили корекцію гомеостатичних порушень заявленим способом.

Перелом зрісся, кістковий регенерат перестроївся. АПФ демонтований. Під час оперативного втручання та проведення консервативної терапії (антибактеріальної, імунореґуючої терапії, корекції порушень кровообігу та застосування фізіотерапевтичних засобів) згідно корисної моделі, додатково проводили ендотеліопротекторну терапію заявленим способом. Післяопераційні періоди протікали без ускладнень. В післяопераційному періоді не відмічені набряки, ціаноз кінцівки. Загострень остеомієлітичного процесу не було. Перелом зрісся. АПФ був демонтований через 7 місяців. Загострень протягом року не було. Через рік при огляді МСЕК група інвалідності змінена з II на III. Працює.

За названим способом проліковано 35 хворих. Ефект у всіх хворих, після проведення лікування добрий, трофічних порушень не виявлено. Використання у післяопераційному періоді препарату для корекції гомеостатичних порушень "Цибору 2500", покращувало мікроциркуляцію в ураженому сегменті та у організму в цілому, що сприяло більш ефективному кровопостачанню, покращенню тканинного дихання. Ускладнень не було. Запропонований спосіб легко виконується, не потребує спеціального додаткового обладнання.

Джерела інформації:

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.- 440 с
2. Грицай Н. П., Коструб А. А., Вернигора І. П., Бідненко С. І., 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. - 39 с.
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 2002 г.- Москва. - ГВК им. Н. Н. Бурденко.- 2002 г.-С.21 -22.
5. Костюченко А. Л., Бельских А. Н., Тулупов А. Н. Интенсивная терапия послеоперационной раневой инфекции и сепсиса. -СПб: Фолиант, 2000.- 448 с.).
6. Рушай А. К. Лечение-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.

