

УДК 616.71-018.46-002-001.1-08

**В.І. Шевчук,
Ю.О. Безмертний,
Л.І. Біліченко,
В.В. Власюк***

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ПІСЛЯТРАВМАТИЧНОГО ОСТЕОМІЄЛІТУ ДОВГИХ ТРУБЧАСТИХ КІСТОК

Український державний НДІ реабілітації інвалідів
м. Вінниця
Вінницька обласна МСЕК*

Ключові слова:

післятравматичний остеомієліт,
лікування, біогальванізація,
біофорез

Key words: post-traumatic
osteomyelitis, treatment,
biogalvanization, biophoresis

Резюме. В статті представлені результати обстеження і лікування 106 больних с хроническим посттравматическим остеомиелитом длинных трубчатых костей путем применения биогальванизации и биофореза. Отмечено их положительное влияние на нормализацию биоэнергетического статуса организма, уменьшение клинических признаков заболевания и быстрое очищение и эпителизацию ран при гнойно-некротических процессах.

Summary. In the article there are presented results of research and treatment of 106 patients with chronic post-traumatic osteomyelitis of the long tubular bones through biogalvanization and biophoresis. There was noted their positive impact on normalization of bioenergetic status of an organism, reduction of clinical symptoms of the disease and fast cleansing and epithelization of wounds in chronic-necrotic process.

Проблема лікування хронічного остеомієліту довгих трубчастих кісток залишається однією з актуальних і складних у сучасній травматології. Наявність гнійно-некротичного процесу призводить до значних місцевих і генералізованих проявів захворювання, що супроводжується руйнуванням кісткової тканини з утворенням значних за обсягом кісткових дефектів та порожнин, розладами в системі згортання крові, порушеннями макро- та мікроциркуляції, імунологічним дисбалансом [1, 4]. Існуючі різноманітні методи консервативного та хірургічного лікування направлені насамперед на усунення гнійного процесу і не враховують стан вегетативної нервової системи та біоенергетичного статусу організму. Все це вимагає пошуку нових малоінвазивних способів лікування даної патології. Перспективним в цьому напрямку є локальне застосування біогальванізації і біофорезу лікарських препаратів, які сприяють ефективному очищенню гнійних ран та швидкій епітелізації [2, 5].

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Під нашим спостереженням знаходилося 106 хворих (основна група А) з хронічним післятравматичним остеомієлітом довгих трубчастих кісток. Чоловіків було 84,9%, жінок - 15,1%. Середній вік хворих становив 39,5 року. Остеомієліт стегнової кістки діагностовано у 23 (21,7%), гомілки - у 77 (72,6%), плеча і передпліччя - у 6 (5,7%) хворих. Загальний стан хворого оцінено як тяжкий у 21 (19,8%), серед-

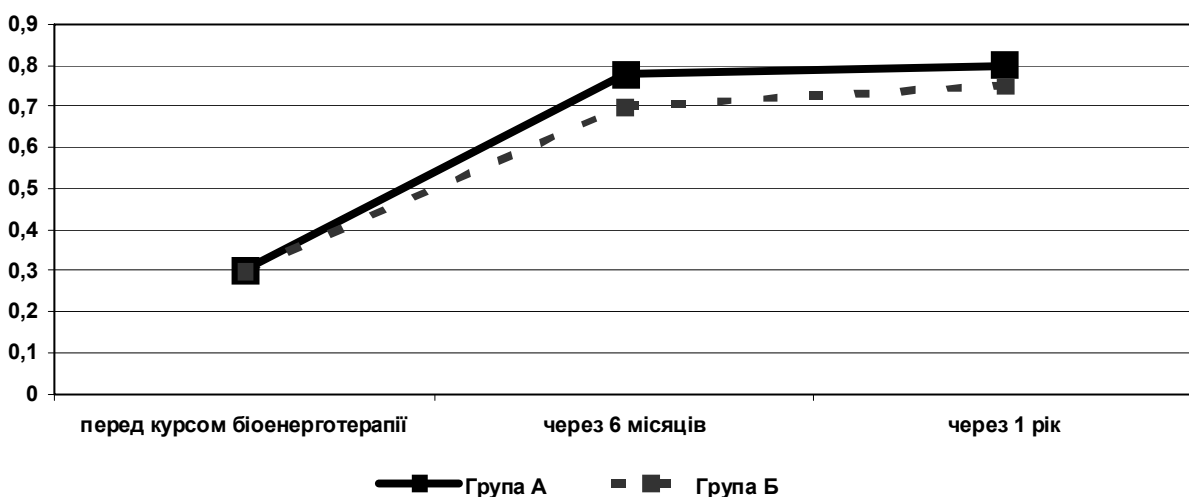
ньої тяжкості - у 81 (76,4%), легкий - у 4 (4,0%) хворих. За перебігом норицеву форму остеомієліту спостерігали у 85 (20,1%), раньову - у 15 (14,2%), закриту - у 6 (5,7%) хворих. При рентгенологічному дослідженні секвестрацію кісток діагностовано у 82 (77,4%), дефекти та порожнини - у 28 (26,4%) осіб. Лікування хворих включало консервативне та хірургічне лікування. Хірургічне лікування передбачало фістуло-секвестрнекректомію, резекцію кісток, м'язову або кісткову аутопластику, усунення дефектів кісток distraкційними регенератами за допомогою позаосередкового компресійно-дистракційного остеосинтезу. Консервативне лікування, крім антибактеріальної, десенсибілізуючої, дезінтоксикаційної, протизапальної терапії, доповнювали біогальванізацією та біофорезом лікарських препаратів (антибіотиків, 0,5% розчину новокаїну, трипсину, солкосерилу, дімексиду, „суміші „ПСА”), які проводили за метамерним типом тривалістю 60 хвилин протягом 14-21 доби (Патенти України № 47693 А і № 57358 А). Оцінку результатів проводили в порівнянні з показниками контрольної групи (50 хворих (група Б)), яким застосовували традиційні загальноприйняті методи лікування. Біоенергодіагностику виконували до та після проведеного лікування згідно з розробленою методикою [3]. Рівень кровопостачання уражених сегментів оцінювали за допомогою реовазографії до початку курсу біоенерготерапії, через 6 міс. та один рік після лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Біоенергодіагностикою обстежено 1272 канали у 106 хворих із хронічним післятравматичним остеомієлітом. В зоні функціонально-енергетичної рівноваги знаходилось 395 (30,8%) каналів, у зоні відхилення 877 (69,2%), з них у стані збудження перебувало 379 (43,2%) каналів, у стані пригнічення - 498 (56,8%). Баланс вегетативної нервової системи спостерігався лише у 6 (5,7%) хворих, як правило, в осіб з легким перебігом захворювання. Дисбаланс функціонально-біоенергетичної рівноваги проявлявся переважною активністю парасимпатичної нервової системи, яка опосередковано впливала на імунний статус організму та пригнічувала його реактивність. Відмічена пряма залежність рівня порушення біоенергетичної рівноваги організму від тяжкості стану хворих, обширності і ступеня активності патологічного процесу. Дослідження показало, що у хворих основної групи на 21-24 добу комплексного лікування вирівнювались показники біоенергетичної рівноваги організму. В межах фізіологічного коридору відновлювались 61,8% каналів, на відміну від 28,0% хворих контрольної групи. На 2-3 добу місцевої біогальванізації з біофорезом спостерігали ознаки загострення запального процесу у вигляді збільшення виділень з ран та нориць, зміни в загальному аналізі крові (прискорення ШОЕ, збільшення лейкоцитозу (активаційна терапія)). У 79 хворих поєднання біофорезу та активного промивання ран і нориць (антисептиками, сор-

бентами, антибіотиками) на 3-4 добу сприяло нормалізації загального стану, значному зменшенню інтоксикаційного синдрому, набряку та болю в ураженому сегменті. Зменшення болювого синдрому, локальної гіперемії та набряку м'яких тканин відбувалося в 2,5 раза швидше в основній групі в порівнянні з групою контролю. Очищення ран від гнійних виділень в основній групі відбувалось вже на 6-9 добу, в контрольній групі - на 12-15 добу. Застосування біогальванізації та біофорезу стимулювало утворення грануляційної тканини та епітелізації ран, які реєструвались, на $6,5 \pm 1,6$ та $11,3 \pm 1,4$ добу відповідно раніше, ніж у хворих контрольної групи.

Встановлено, що протягом першого місяця після операції (фістулосеквестрнекректомії, компресійно-дистракційного остеосинтезу) кровопостачання uszkodженої кінцівки погіршувалось у порівнянні з вихідними даними. Ці зрушення зумовлені додатковою травматизацією тканин під час оперативного втручання. Через два тижні лише у хворих основної групи відмічали помірну позитивну динаміку реохвилі, яка, на нашу думку, зумовлена швидким регресом клінічних проявів захворювання та поступовим відновленням локального кровообігу. Через шість місяців від початку лікування реографічні показники зростали в обох групах, при цьому найбільш суттєво – у хворих основної групи (рис.)



Динаміка реографічного індексу ушкодженої кінцівки у хворих основної та контрольної груп до лікування, через 6 міс. та 1 рік після проведеного лікування

ВИСНОВКИ

1. Біогальванізація і біофорез є ефективними методами лікування хронічного післятравматичного остеомиєліту.

2. Біогальванізація сприяє швидкому відновленню біоенергетичної рівноваги організму на фоні гнійно-некротичного процесу шляхом підвищення його реактивності.

3. Біофорез лікарських препаратів є фізіологічним методом лікування, який не потребує додаткових джерел електропостачання, швидко усуває ознаки запалення, покращує локальний кровообіг, прискорює очищення ран та їх епітелізацію.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальні проблеми кістково-гнійної хірургії та методи консервативного лікування / Вернигора І.П., Гайко Г.В., Грицай М.П. та ін. – К., 1999. – С.390-392.

2. Біліченко Л.І. Застосування поверхнево-активної суміші для місцевого лікування гнійно-запального ураження при хронічному травматичному остеомиєліті // Вісник Вінницького державного медичного університету. - 1998. - №2. - С. 372-373.

3. Макац В.Г. Функціональна біоенергодіагностика стійкості вегетативної нервової системи і її біоактиваційна корекція (по Макацу) – Вінниця: Універсум-Вінниця, 1997. - 98с.

4. Рушай А.К. Физиотерапия в комплексном лечении посттравматического остеомиелита // Матеріали XIII з'їзду ортопедів-травматологів України. – Донецьк, 2001. - С. 400 - 403.

5. Шевчук В.І., Біліченко Л.І., Островський І.Я. Сучасні погляди на роль біоенерготерапії в лікуванні хворих з хронічним травматичним остеомиєлітом // Матеріали Всеукраїнської конференції завідуючих кафедрами загальної хірургії медичних вузів України. – Вінниця, 1998. - С. 145-146.



УДК 616.718-089.873-036.83

**В.І. Шевчук,
Ю.О. Безсмертний,
Л.І. Біліченко,
М.І. Слободянюк***

ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ У ХВОРИХ З АМПУТАЦІЙНИМИ КУКСАМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Український державний НДІ реабілітації інвалідів
м. Вінниця
Вінницька обласна травматологічна МСЕК*

Ключові слова: реабілітація, ампутація, первинне протезування, види та захворювання куок
Key words: rehabilitation, amputation, initial prosthetics, types and diseases of stumps

Резюме. В статтє рассмотрены вопросы оптимизации реабилитационного процесса у больных с ампутационными культями нижних конечностей. Проанализированы причины и виды пороков и заболеваний ампутационных культей, даны обоснованные рекомендации их профилактики и лечения на всех этапах медицинской реабилитации.

Summary. In the article questions of rehabilitation process optimization in patients with amputation stumps of lower extremities are considered. Causes and types of defects and diseases of amputation stumps were analysed; justified recommendations on their prophylaxis and treatment at all stages of medical rehabilitation are given.

Ефективність реабілітації інвалідів з ампутаційними куками нижніх кінцівок залежить не тільки від причини, яка призвела до ампутації, але й від рівня і якості проведеної операції, особливостей передопераційної підготовки і післяопераційного ведення хворих, раціональ-

ного і функціонального протезування. Незважаючи на значні успіхи в удосконаленні способів формування ампутаційних куок, визначення рівня ампутації, критеріїв застосування м'язової або кісткової пластики, відсоток вад і хвороб куок при первинних ампутаціях залишається високим,