

Опыт хирургического лечения гнойных заболеваний кисти с применением препарата «КоллапАн»

М.С. Алексеев, д.м.н., профессор ГОУ ВПО РГМУ РосЗДРАВА, ГКБ №4, г. Москва

Заполнение костных дефектов и диастазов после некрсеквестрэктомии при гнойных заболеваниях пальцев и кисти препаратом «КоллапАн» является перспективным направлением и в определенных ситуациях может служить методом выбора.

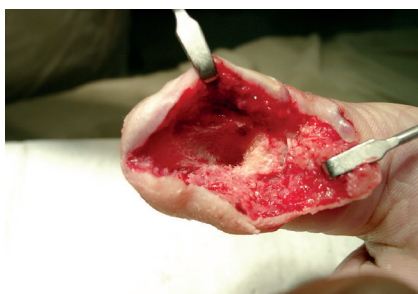


Рис. 1. Секвестрэктомия при костном панариции

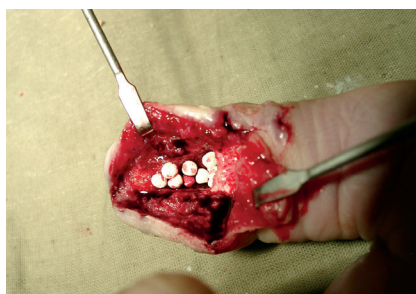


Рис. 2. К кости ногтевой фаланги подведен КоллапАн



Рис. 3. Остеомиелит пястной кости

Проблема восстановления костных дефектов на пальцах и кисти встает перед травматологами и хирургами постоянно, так как образовавшиеся после травмы или вследствие гнойного процесса они либо не могут закрыться без дополнительных вмешательств и в дальнейшем приведут к потере органа, либо могут быть доведены до заживления, но со значительными деформациями или явным ущербом для кисти. В то же время, гнойная хирургическая инфекция в значительной мере ограничивает возможности применения для этой цели биоактивных материалов. Несмотря на это, в ряде случаев подострого и хронического воспаления введение их в зону выполненной радикальной секвестрэктомии можно считать методом выбора. Выраженные свойства активизации репаративного остеогенеза в сочетании с антибактериальным действием включенного в состав препарата антибиотика определяют его эффективность при гнойной патологии.

В процессе лечения гнойной костной патологии пальцев и кисти с 2005 г. на кафедре общей хирургии педиатрического факультета РГМУ на базе специализированного отделения гнойных заболеваний кисти ГКБ № 4 г. Москвы у 92 пациентов была выполнена имплантация остеозамещающего препарата «Коллапан». По поводу костного панариция и посттравматического остеомиелита фаланг пальцев оперированы 49 пациентов (рис. 1, 2), пандактилита – 19, посттравматического остеомиелита пястной кости (рис. 3–6) – 11, остеогенной кисти, осложненной нагноением – 8 больных, остеомиелита кистевого сустава – 5 больных. Кроме того, в 4 случаях мы применили «КоллапАн» для заполнения костных дефектов на большеберцовой кости, которые оставались после забора костных ауто трансплантатов для костной пластики (рис. 7, 8). Мужчин было 63 (68,5%), женщин 29 (31,5%). Возраст больных от 18 до 74 лет.

Подготовка к имплантации биокомпозиционного материала включала в себя антибактериальную и противовоспалительную терапию, некрсеквестрэктомию, санацию и дренирование гнойного очага. При наличии ранее установленных металлических фиксаторов, расположенных непосредственно в гнойном очаге, они удалялись. Все вмешательства с биокомпозиционным материалом выполняли под местной анестезией на фоне купированных острых воспалительных явлений. Образовавшиеся костные дефекты и диастазы у 83 пациентов, а у 9 больных – бескостные фаланги сразу же были выполнены гранулами «КоллапАна», содержащими один из антибактериальных препаратов (гентамицин, линкомицин или диоксидин). Все операции были завершены наложением первичных швов. Кроме того, у 4 больных, которым был выполнен забор костных трансплантатов из кортикального слоя большеберцовых костей для костной пластики, образовавшиеся дефекты были заполнены пластинами «КоллапАна», после чего были наглухо ушиты надкостница и кожа голени.

Послеоперационный период протекал без осложнений, несмотря на воспалительный генез патологии. Лишь в трех случаях отмечено поступление из ран КоллапАна на протяжении 3–7 суток раннего послеоперационного периода по причине избыточного введения препарата и завершившееся в итоге заживлением. Больные получали антибактериальную и противовоспалительную терапию, физиолечение и обезболивание. Раны во всех случаях зажили первичным натяжением. На момент выписки у всех пациентов был констатирован хороший функциональный и эстетический результат. На контрольных рентгенограммах, выполненных при выписке больных, отмечалось отсутствие прогрессирования костной деструкции, тень имплантированного «КоллапАна» равномерно заполняла костный дефект. Сроки лечения составили в среднем $14,0 \pm 2,3$ суток.

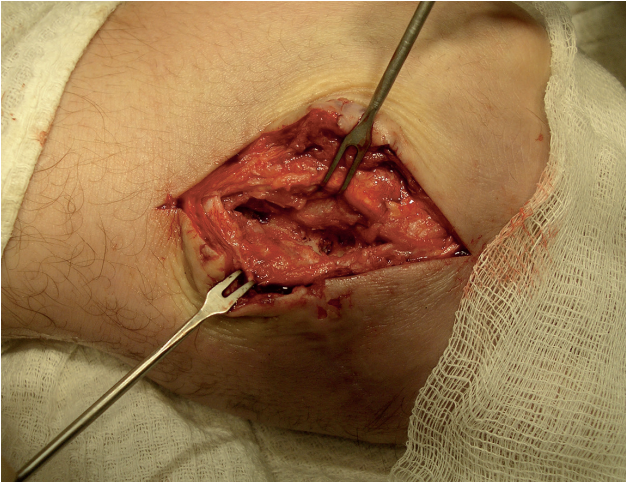


Рис. 4. Выполнена секвестрэктомия

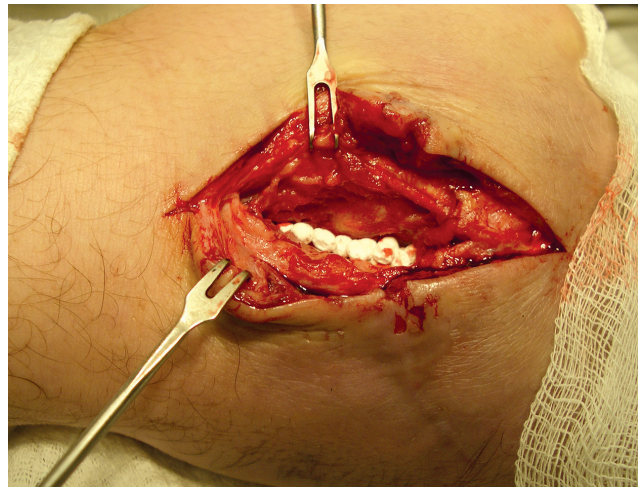


Рис. 5. В секвестральную полость уложены гранулы КоллапАна



Рис. 6. Наложены первичные швы

Контрольные осмотры больных в сроки от 2 мес. до 1 года после оперативных вмешательств позволили констатировать формирование эластичных подвижных тонких рубцов. В ряде наблюдений было выявлено снижение функциональных показателей, однако это



Рис. 7. Коллапан имплантирован в большеберцовую кость



Рис. 8. Рентгенограмма голени через 10 месяцев

было обусловлено тяжестью перенесенного гнойного процесса, а не последствиями применения препарата «КоллапАн». На контрольных рентгенограммах дефекты, заполненные «КоллапАном», практически не отличались от окружающей костной ткани.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что заполнение костных дефектов и диастазов после некрсеквестрэктомии при гнойных заболеваниях пальцев и кисти препаратом «КоллапАн» является перспективным направлением и в определенных ситуациях может служить методом выбора. Это относится преимущественно к клиническим случаям с дистальной локализацией костно-суставных процессов и остеомиелиту фаланг и пястных костей без вовлечения суставных поверхностей. Остеоиндуктивные и остеокондуктивные свойства гидроксиапатитсодержащего имплантата обеспечивают репаративные процессы в костной ткани, что с позиций доказательной медицины доказано клинически и рентгенологически. Наконец, применение остеозамещающей технологии на основе гранул «КоллапАна» является значительно менее травматичным вмешательством, чем костная пластика, и в ряде случаев позволяет получить хорошие функциональные и эстетические результаты лечения.

Литература

1. Алексеев М.С., Гармаев А.Ш., Камболов А.А. Использование «КоллапАна» в гнойной хирургии кисти. // Материалы V международной конференции «Современные подходы к разработке и клиническому применению эффективных перевязочных средств, шовных материалов и полимерных имплантатов». Москва, 24-25 января 2006 г., с. 96-97.
2. Алексеев М.С., Гармаев А.Ш., Камболов А.А. Замещение костных дефектов при гнойной патологии кисти препаратом «КоллапАн». // Тезисы I съезда общества кистевых хирургов России 20-22 апреля 2006 г., Ярославль, с. 21.
3. Алексеев М.С., Гармаев А.Ш., Камболов А.А. Применение остеозамещающего препарата КоллапАн при гнойной патологии кисти. // В сборнике научно-практических работ «Актуальные вопросы хирургии», посвященном 90-летию кафедры общей хирургии РостГМУ. Ростов-на-Дону, 2006, с. 152-153.
4. Алексеев М.С., Гармаев А.Ш., Хасбулатов З.Х. Использование остеозамещающего препарата КоллапАн в хирургии гнойных заболеваний кисти. // Тезисы докладов I международного конгресса «Современные технологии диагностики, лечения и реабилитации при повреждениях и заболеваниях верхней конечности». М.: 2007. – С. 399.



ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ!

РАВНОМЕРНО ВЫДЕЛЯЕТ
НАНОДИСПЕРСНОЕ СЕРЕБРО.

ОБЛАДАЕТ АНТИОКСИДАНТНЫМ
И ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ
ДЕЙСТВИЕМ.

ВОЗДЕЙСТВУЕТ НА ПАТОГЕННУЮ
МИКРОФЛОРУ (МИКРОБЫ,
ВИРУСЫ, ГРИБЫ).



 **ИНТЕРМЕДАПАТИТ**

117587, Россия, г. Москва,
Варшавское шоссе, 125, оф. 1403
тел: +7 (495) 781-79-77,
факс: +7 (495) 319-79-27
E-mail: info@collapan.ru
www.collapan.ru