

С 2006 г. для амбулаторной профилактики назначался Фрагмин в дозе 2500 ЕД и Клексан 0,4. Срок применения препаратов достигал 4-х недель после выписки, всего составляя после операции 6 недель. После эндопротезирования тазобедренного сустава и остеосинтеза проксимального отдела бедра 15 человек получали Клексан, 6 человек — Фрагмин. После эндопротезирования коленного сустава 5 человек получали Клексан, 2 — Фрагмин. К моменту выписки по данным УЗИ тромбоза не обнаружено ни у одного пациента. Клиническую эффективность оценивали по наличию ТЭО (отек, боль, данные УЗИ), геморрагических осложнений, тромбоцитопении.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Применение Клексана в дозе 0,4, Фрагмина в дозе 2500 в течение 4 — 6 недель с момента операции: кровотечение — 0; геморрагический синдром (петехии, снижение ПТИ до 30 %) — 0; тромбоз глубоких и поверхностных вен бедра, голени — 0.

Применение Варфарина: трудность контроля МНО — отметило 80 % пациентов, МНО ниже 2 (показатель неэффективности используемой дозы Варфарина) — 76 %, тромбоз глубоких вен — 6 больных. Желудочно-кишечное кровотечение — 3 больных. Геморрагический синдром (петехии, носовое кровотечение) — 2.

ВЫВОДЫ

1. Больные, которым выполняется замещение крупных суставов или лечение переломов проксимального отдела бедра, являются пациентами с высокой степенью риска развития ТЭО, который сохраняется длительное время и после операции.

2. Применение непрямых антикоагулянтов без тщательнейшего мониторинга не всегда приносит ожидаемые результаты по профилактике ТЭО в послеоперационном периоде на амбулаторном этапе. Нередко это приводит к осложнениям (геморрагический синдром, ТГВ).

3. Амбулаторную профилактику лицам с высокой степенью риска возможно проводить прямыми антикоагулянтами с меньшими затратами на мониторинг эффективности и безопасности.

В.И. Оскретков, В.В. Черненко, Д.А. Пантюков, В.Ф.Сумин

МИОПЛАСТИКА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИННЫХ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ

*ГОУ ВПО «Алтайский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Барнаул)
ГЦГХ ГБ № 3 (г. Барнаул)*

Нами представлен опыт лечения 56 больных с гематогенным и посттравматическим остеомиелитом длинных трубчатых костей с применением миопластики в период с 2001 по 2006 гг.

Было оперировано 11 больных с остеомиелитом бедра, где у 9 пациентов использовалась миопластика четырехглавой мышцы бедра, у двоих — портняжной. У 43 больных с остеомиелитом большеберцовой кости для миопластики трижды использовалась портняжная, и у 40 больных икроножная мышца. У трех больных с остеомиелитом плечевой кости пластика костной полости производилась двуглавой мышцей.

У подавляющего числа больных в зоне патологического процесса имелись грубые рубцы, спаянные с костью, трофические нарушения кожи, гнойные свищи.

Обследование обязательно включало многопозиционное рентгенологическое исследование, томографию, реовазографию, фистулографию, исследование микрофлоры ран.

Техника операции была следующей: выполнялась остеотомия в виде «лодки» с обработкой костной полости фрезами, ультразвуком. Затем образовавшийся дефект в кости заполнялся выкроенной прядью хорошо васкуляризированной прилежащей мышцей, которая фиксировалась к надкостнице, либо к кости трансоссальными швами. После восстановления проходимости костномозгового канала выполнялась интрамедуллярное дренирование перфорированной полихлорвиниловой трубкой с глухим наложением швов и последующей иммобилизацией. В послеоперационном периоде проводилась антибактериальная терапия (Роцефин, 2,0 внутривенно, капельно один раз в сутки, антикоагулянты прямого действия).

Указанные методы хирургического лечения больных с остеомиелитом длинных трубчатых костей позволили добиться существенного сокращения сроков госпитализации (14 — 20 дней, в среднем — 17). Около половины больных (52 %) в период реабилитации получали R-терапию. Рецидивов за пять лет при использовании данной методики лечения больных мы не наблюдали.