

лено это как стадийностью процесса, так и ограниченными медикаментозными возможностями. Наиболее часто процесс удавалось стабилизировать в 1 – 2 стадиях. Пострадавшим с открытыми переломами длинных костей и травматическим остеомиелитом вводились белковые препараты, раствор глюкозы с инсулином, пентоксифилин, витамин Е и С до 1 – 2 граммов в сутки и, ингибиторы протеаз, проводилась иммуннокоррекция полибиолоном, во

время оперативных вмешательств и перевязок использовали интерферон.

Выводы

Предложенный комплекс мероприятий для профилактики и лечения гнойных осложнений при открытых переломах и травматическом остеомиелите с учетом современных взглядов на патогенез ССВО позволил снизить уровень гнойных осложнений и длительность пребывания в стационаре, улучшить исходы лечения.

УДК: 616.718.42:616-021.4-002.4-089

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Мезенцев В.А., Олиниченко Г.Д.

ДУ “Институт патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка АМН України”, Харьков

Асептический некроз головки бедренной кости – инвалидизирующее заболевание, наиболее часто поражающее работоспособных мужчин в возрасте 30-40 лет. Несмотря на то, что данной проблеме посвящено множество научных исследований и существует целый ряд теорий патогенеза асептического некроза головки бедренной кости (АНГБК), и сегодня этот вопрос до конца неясен. Тем не менее, неуклонное прогрессирующее течение заболевания становится показанием к применению хирургического метода лечения.

Имеющиеся в арсенале современного хирурга методики операций при АНГБК можно разделить на две группы. В первую входят реконструктивно-восстановительные операции, направленные на сокращение и продление функций тазобедренного сустава пациента. Вторую группу составляют различные варианты эндопротезирования. Артродезирующие при АНГБК операции на современном этапе развития ортопедической хирургии становятся анахронизмом.

Совершенствование технологий эндопротезирования ведет к постепенному вытеснению реконструктивных методик, которые стали применяться только на первых стадиях (0, I, II по международной классификации) АНГБК. Но даже у этих пациентов все чаще предпочтение отдается эндопротезированию.

Мы не отрицаем точку зрения специалистов, считающих эндопротезирование операцией выбора даже на ранних стадиях АНГБК. Однако мы считаем необходимым подробнее объяснить

все преимущества и недостатки этих двух вариантов лечения с тем, чтобы сам пациент мог сделать обоснованный и взвешенный выбор.

Основным недостатком реконструктивно-восстановительных методик является то, что для восстановления механических свойств головки бедренной кости требуется до 9-10 месяцев и все это время пациент должен пользоваться дополнительной опорой при ходьбе. В тех случаях, когда больной не соблюдает рекомендаций по ограничению нагрузки на конечность в период восстановления костной структуры головки бедренной кости, развивается деформация головки и результат операции отрицательный.

Внедрение искусственных костнопластических материалов, таких как гидроксиллапатит и бифазная керамика на его основе, привело к значительному прогрессу реконструктивно-восстановительных операций, в том числе и при АНГБК. Использование устойчивых к механической компрессии гранул гидроксиллапатита для пластики полостного дефекта после туннелизации проксимального отдела бедренной кости и удаления некротических масс, позволяет существенно сократить сроки реабилитации пациентов. Бифазная керамика не способна переносить значительных компрессионных усилий, однако в сочетании с костными аутооттрансплантатами обеспечивает достаточно быстрое формирование костно-керамического блока, способного нести нагрузку, что также позволяет ускорить восстановление больных.