

Результати дослідження

Результати лікування вивчено у 255 пацієнтів. Вивчався стан обмінних процесів хрящової частини суглобу. В медикаментозному лікуванні дегенеративних захворювань широко використовували нестероїдні протизапальні препарати. А саме, нами широко застосовувався препарат мелоксікам (Мовалис®), як у вигляді ін'єкцій, так і у вигляді пігулок та ректальних свічок. З метою знеболюючого ефекту нами використовувався препарат дексетопрофена трометамол (Дексалгін®). Застосовувалися препарати хондропротективної дії – артрон комплекс, мукосат. Відмінний ефект відмічено при внутрішньосуглобовому введенні препарату Nylan G-F 20 (Synvisc). Використовувалися мазі, гелі, креми на підставі нестероїдних протизапальних препаратів. Своєчасним топікальним засобом був Фастум гель®, переважною якістю якого є швидке та глибоке проникнення в глибину тканин, можливість застосовувати при фізіотерапевтичному лікуванні у вигляді фонофорезу. Для покращення проникання Фастум гель® скрізь епідермальний шар використовували Ліотон 1000-гель®.

Відновні заходи починали з перших днів після оперативного лікування у вигляді: ЛФК, масажу, та всього арсеналу фізіотерапевтичних заходів. При лікуванні хворих із множинними перело-

мами кісток кінцівок, у порівнянні з ізольованими переломами, підвищується ризик розвитку контрактур в суглобах кінцівок. Для профілактики та лікування цього ускладнення нами використовувався пристрій для самостійної активної розробки рухів в суглобах верхніх та нижніх кінцівок (Патент України 21435А).

Висновки

Таким чином, застосування в лікуванні дегенеративних ускладнень у хворих із множинною травмою кісток кінцівок комплексу препаратів дозволило в стислі терміни досягти зменшення больового синдрому, хондропротективного ефекту. Особливістю відновного лікування постраждалих із множинними переломами кісток кінцівок було застосування послідовного, індивідуального, поетапного відновлювання рухів в суглобах верхніх та нижніх кінцівок із застосуванням запропонованого нами пристрою для активної розробки пост травматичних контрактур колінного та ліктьового суглобів. Використання усіх видів фізіолікування та механотерапії у відновному періоді лікування стало могутнім стимулом до скорішого повернення до праці хворих із множинною травмою опорно-рухового апарату і дозволило знизити відсоток ускладнень до 6,8%, тобто в 9,7 рази.

УДК 616.717/718-001-018.46-002-036-12-08

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ДЛИННЫХ КОСТЕЙ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Бодаченко К.А., Рушай А.К., Климовицкий В.Г., Прадо К.В., Колосова Т.А., Чучварев Р.В.
Донецкий НИИ травматологии и ортопедии ДонГМУ им. М. Горького
отдел политравмы и костно-гнойной инфекции, Донецк, Украина*

Профилактика и лечение гнойных осложнений открытых переломов длинных костей остается актуальной. В решении данной проблемы необходимо руководствоваться принципами, основанные на современных взглядах.

Цель. Формулирование принципов профилактики и терапии гнойных осложнений открытых переломов с позиций понимания их как первого периода синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) и на этой основе дополнить комплекс лечебных мероприятий.

Материалы и методы

При обследовании 51 пострадавший с открытыми переломами и травматическим остеомие-

литом после них были выявлены изменения уровня цитокинов, позволяющие рассматривать раневой процесс как ССВО. Коррекция терапии была проведена у 112 пострадавших.

Результаты и их обсуждение

На основе анализа собственных наблюдений был предложен комплекс мероприятий для лечения гнойных осложнений при травмах с учетом современных взглядов. Кроме традиционной антибактериальной, десенсибилизирующей, дезинтоксикационной и витаминотерапии проводилась коррекция нарушений и в соответствии с пониманием процесса как системного воспалительного ответа. Обуслов-

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 “Інститут патології хребта та суглобів ім. проф. М.І. Ситенка АМН України”, Харків

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 гидроксилapatит 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 гидроксилapatита 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.