

ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОЗА ГОЛОВКИ БЕДРА

Савчук А.В.¹, Даниленко О.А., Макаревич Е.Р., Белецкий А.В.³, Чирак В.Э.²

¹ УЗ «6-я городская клиническая больница», Минск, Беларусь

² УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
Минск, Беларусь

³ УЗ «Минская центральная районная клиническая больница», Минск, Беларусь

Введение. Одной из проблем современной ортопедии, требующей дальнейшего изучения, является разработка перспективных методов лечения пациентов с асептическим некрозом головки бедра. Молодой возраст большинства пациентов с асептическим некрозом является стоп-фактором для эндопротезирования, поэтому на сегодняшний день одним из перспективных направлений в лечении аваскулярного некроза является поиск возможностей сохранить головку бедренной кости пациента, используя для этих целей аутотрансплантант, замещающий костный дефект.

Анализ описанных в научной литературе органосохраняющих хирургических методик лечения больных с асептическим некрозом головки бедра позволил спрогнозировать перспективы их дальнейшего развития. Оперативные вмешательства становятся все менее травматичными, однако требуют применения специального инструментария, обязательного интраоперационного рентгенологического контроля. Во-вторых, в настоящее время усилия специалистов направлены на поиск новых технологий, позволяющих добиться полного излечения асептического некроза на ранних

стадиях заболевания, или как минимум улучшить существующие результаты лечения, снизить количество послеоперационных осложнений.

Цель исследования. Произвести оценку клинических результатов лечения декомпрессии головки бедренной кости с замещением участка асептического некроза аутопластическими материалами (контрольная группа Core-пластика), а также с применением аутоплазменной терапии (группа Core-пластика+ АОТП) при лечении пациентов с асептическим некрозом головки бедра.

Материалы и методы. Изучены результаты лечения 34 пациента с асептическим некрозом головки бедра в УЗ 6 ГКБ за период с 2017г. по 2022 г. Мужчин было n=30 (88,2%), женщин n=4(11,8%). Средний возраст составил $41,0 \pm 5,3$ лет. 34 пациентам была выполнена 68 операций. В исследование были включены пациенты только с двусторонним асептическим некрозом головки, имеющие II ст. асептического некроза по классификации Arlet-Ficat.

Хирургическая техника в группе группа Core-пластика подразумевала забор костного трансплантата из межвертельной зоны бедра и осуществление декомпрессии, и аутопластику губчатым веществом зоны дефекта. В группа пациентов Core-пластика+PRP, дополнительно использовались стандартные преднаполненные сепарирующим гелем пробирки для изготовления плазмы обогащённой тромбоцитами. Применение плазмы, обогащенной тромбоцитами осуществлялось через 2-4 дня после операции. Под ультразвуковым контролем в тазобедренный сустав вводилось не менее 4 мл. АОТП.

Первичный послеоперационный период включал в себя разгрузку сустава в виде ходьбы с помощью костылей с дозированной нагрузкой на оперированную конечность (до 10-15% веса тела) до 8 недель, физиотерапевтическое и медикаментозное лечение, лечебная физкультура. Период восстановления трудоспособности составлял до восьми недель. Запрещались бег и прыжки. Оперативные вмешательства, включающие декомпрессию, пластику участка остеонекроза существенно снизили объём хирургической агрессии. Среди преимуществ способа лечения следует отметить минимальный хирургический доступ (до 2 см), сохранение источников кровоснабжения проксимального отдела бедренной кости, минимальную кровопотерю, что позволяет снизить количество потенциальных осложнений в послеоперационном периоде. Пациенты не требуют длительной предоперационной подготовки, проведения гемотрансфузии. Период госпитализации не превышал 7–10 суток.

Результаты. Оценка результатов производилась при помощи шкалы ВАШ и опросника Харрис до и после операции. Оперативные вмешательства, включающие декомпрессию, пластику участка остеонекроза и введение плазмы, обогащённой тромбоцитами внутрисуставно под УЗИ-контролем позволили осуществить стойкое длительное купирование болевого синдрома (снижение уровня болевого синдрома по шкале ВАШ с 59 баллов до 7), улучшение функции тазобедренного сустава (по опроснику Харрис с 63 до 85 баллов. Контрольный срок наблюдения составил не менее 12 месяцев. Наиболее лучшие ближайшие отдалённые результаты были получены в клинической группе с

послеоперационным применением АОТП, при оценке по шкале Харрис было получено 90,9% положительных результатов в срок наблюдения не менее 12 месяцев, в группе Core-пластика 73,9%. Гнойно-воспалительных осложнений, случаев отторжения костного аутотрансплантата в раннем и позднем послеоперационном периоде зарегистрировано не было.

Выводы. Малоинвазивная методика декомпрессии с аутопластикой участка остеонекроза аутотрансплантатом позволяет добиться положительных результатов при II ст. асептического некроза по классификации Arlet-Ficat.

Применение малоинвазивных способов лечения минимизирует риск потенциальных гнойно-воспалительных осложнений у пациентов после вмешательства на тазобедренном суставе.