

полиморфные фокальные припадки; 7 (11,3%) пациентов страдали генерализованными эпилептическими приступами. У 15 (24,2%) пациентов были вторично-генерализованные приступы, из них у 3 (4,8%) развился эпилептический статус. Таким образом, в нашей выборке преобладали пациенты с фокальными приступами (88,7%).

Установлено, что у пациентов более молодого возраста (от 44 до 55 лет) чаще наблюдались ПП (67,3%; $p=0,02$). При этом для пациентов старшей возрастной группы (>75 лет) более характерно развитие РП (59,8%; $p=0,03$).

Выводы.

1. У пациентов с ГИ значительно чаще развивались РП.
2. У обследуемых пациентов чаще всего развивались фокальные судорожные припадки.
3. ПП чаще наблюдались у пациентов более молодого возраста, а РП у пациентов старшей возрастной группы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьева, О.В. Общие церебральные механизмы развития пароксизмальных эпилептических и неэпилептических расстройств : дис. докт. мед. наук / О. В. Воробьева. – М., 2001. – 221л.
2. Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy and the International Bureau for Epilepsy / R.S. Fisher // *Epilepsia*. – 2005. – V.46, №4. – P. 470-472.
3. Prediction of risk of seizure recurrence after a single seizure and early epilepsy: further results from the MESS trial / G.K. Lois // *The Lancet Neurology*. – 2006. – Vol. 5, №4. – P. 317–322.
4. Predictive factors of early seizures after acute cerebrovascular disease / A. Arboix [et al.] // *Stroke*. – 1997. – Vol. 28, №8. – P. 1590–1594.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С COVID-19 ИНДУЦИРОВАННЫМИ АСЕПТИЧЕСКИМИ НЕКРОЗАМИ ГОЛОВКИ БЕДРА

Ретин И. А., Сёмуха Н. Д.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный руководитель: Чешик С. Л.

Актуальность. Аваскулярный некроз головки бедренной кости (АНГБ) обычно поражает взрослых моложе 50 лет и является актуальной проблемой современного мира, обусловлен в первую очередь нарушением кровоснабжения проксимального отдела бедренной кости [2, 3]. Вторичный асептический некроз

головки и формирование декомпрессионного туннеля по спице полым сверлом диаметром 5мм. Технология СХДГБ с АКПА первоначально предполагала этап туннелизации указанный выше, только с использованием полого сверла диаметром 10 мм. на глубину поражения головки бедра в фокальных зонах остеонекроза с секторальной импрессией. Следующим этапом выполнялся забор костных аутотрансплантатов из крыла подвздошной кости на стороне вмешательства из отдельного доступа тем же полым сверлом диаметром 10 мм. Аутотрансплантаты забирались костными столбиками из губчатого вещества размерами 10x20 мм. в количестве 4-5 штук. Затем выполнялась трансплантация взятых аутотрансплантатов в зону декомпрессии по типу армирования сформированных полостей, но с обязательным условием устранения импрессии головки бедра за счет дозированного лифтинга под динамическим ЭОП контролем в On-line режиме. В послеоперационном периоде пациентам с СХДГБ разрешалась дозированная нагрузка на костылях с постепенным увеличением опоры и с переходом к 1,5-2 месяцам после операции на полную нагрузку. В случае АКПА пациенту запрещалась до 1,5 месяцев осевая нагрузка на конечность. Обязательный рентгенконтроль всем пациентам через 1,5 месяца с момента операции и решения вопроса о возможности увеличения нагрузки, затем рентгенконтроль через 2 месяца и по показаниям в течение года. Обязательным условием комплексного лечения у всех пациентов было проведение этиопатогенетической фармакотерапии АНБК на фоне COVID-19 перенесенной инфекции путем назначения антикоагулянтов сроком до 3-х месяцев, курсовое назначение сосудорегулирующей терапии, препаратов для лечения остеопороза, витаминотерапия, в т.ч. в лечебных дозах вит. Д. А также с целью хондромоделирующего действия и улучшения трофики сустава применялась аутоплазматерапия, внутрисуставное введение плазмы, обогащенной тромбоцитами и внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты.

Результаты и их обсуждение. Оценка результатов лечения проводилась через 1,5 месяца, 3,5 месяца и 6 мес. с момента операции по модифицированной шкале Харриса и рентгенографическому контролю. Суммарный счет по шкале Харриса до операции составлял $40 \pm 15,4$ балла, через 1,5 месяца после начала комплексного лечения $83 \pm 12,5$ балла. У пациентов с 2 стадией АНГБК до лечения уровень боли колебался в пределах 20-30 баллов и у пациентов с 3А и 3В стадией уровень боли был в пределах 10-20 баллов. Через 1,5 месяца после комплексного лечения уровень боли при 2 ст. во всех случаях колебался в пределах 40-44 баллов, при 3А и 3В ст. – в 75% случаях 30-40 баллов, в 25% случаев – 20-30 баллов. Следует отметить что хороший функциональный результат достигнутый за 1,5 месяца с момента начала комплексного лечения смог закрепиться и сохраниться на протяжении 6 месяцев, без отрицательной динамики. Хромота до операции присутствовала у всех пациентов, в 40% случаев – сильная и в 40% – умеренная, в 20% – легкая. Через 6 месяцев после начала лечения в 80% случаев хромоты не отмечалось, в 10% хромота была умеренная и в 10%-легкая. Рентгенографические исследования в динамике

также показали значимый положительный результат. У всех пациентов, которым выполнялось СХДГБ с АКПА через 1,5 месяца после операции отмечается выраженная перестройка костных аутоотрансплантатов в головке бедра с их уплотнением, без признаков остеолизиса, а также отсутствием четких границ между аутоотрансплантатами и костной тканью головки. Рентгенография в динамике до 6 месяцев также подтверждает положительный прогресс остеоинтеграции и отсутствие потери коррекции после интродооперационной репозиции при импрессионных переломах головки бедра. Результат лечения также субъективно оценен самими пациентами: в 60% случаев отмечен как отличный, в 20% – хороший, в 10%- удовлетворительный.

Выводы. Профессиональное понимание этиопатогенеза АНГБК после перенесенной COVID-19 инфекции, практическое применение классификации ARCO позволяет выбрать правильную тактику лечения. Органосохраняющие хирургические вмешательства позволяют снять внутрикостное давление в головке бедра, остановить патологический процесс, стимулировать остерегенерацию кости в зонах некроза, а в случае импрессионных переломов выполнить репозицию с воссозданием конгруэнтности суставной фасетки. Этиопатогенетически обоснованная фармакотерапия в послеоперационном периоде позволяет улучшить остерегенерацию и добиться хорошего функционального результата. Комплексный подход в лечении пациентов с COVID-19 индуцированными АНГБК должен быть основополагающим, позволяющим остановить патологический процесс, избежать или отсрочить операцию эндопротезирования т/бедренного сустава, сохранить функцию конечности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клеточные технологии в лечении некроза головки бедренной кости / А.Э.Мурзич, О.Л.Эйсмонт, Я.И.Исайкина, Д.В.Букач, Р.С.Сироткин // Известия Национальной академии наук Беларуси. Серия медицинских наук. – 2018. – № 15(4). – С. 429–441.
2. Лечение асептического некроза головки бедренной кости. Клинические рекомендации / А.Н.Торгашин, С.С.Родионова, А.А.Шумский, М.А.Макаров, А.В.Торгашина, И.Ф.Ахтямов, А.Н.Коваленко, Н.В.Загородний, С.П.Миронов // Научно-практическая ревматология. – 2020. – № 58(6). – С. 637–645.
3. Cohen-Rosenblum A, Cui Q. Osteonecrosis of the Femoral Head. Orthop Clin North Am. 2019;50(2):139–49.
4. Aggressive presentation and rapid progression of osteonecrosis of the femoral head after COVID-19. Dhanasekararaja P, Soundarrajan D, Kumar KS, Pushpa BT, Rajkumar N, Rajasekaran S. Indian J Orthop. 2022;56:1259–1267.
5. Kingma TJ, Hoch V, Johnson C, Chaudhry B. Avascular necrosis of the hip: a post COVID-19 sequela. Cureus. 2022;14(10):e29976. doi: 10.7759/cureus.29976.