

рой. С возникновением асептического артрозо-артрита течение заболевания утяжеляется, могут появляться кратковременные признаки воспаления, сопровождающиеся приступами резких болей, ограничивающих движения. После подобных приступов развивается вторичный деформирующий артроз.

Окончательный диагноз ставится по *Рентгенологической картине*, для которой характерно: резкое сужение суставной щели, костные разрастания, наличие кистовидных просветлений в субхондральной кости, выявляющихся результатом микропереломов костных пластинок, очагов асептического некроза и последующего остеолита.

Дифференциальный диагноз следует проводить с деформирующим артрозом, артритами инфекционной этиологии.

Консервативное лечение сходно с таковым при деформирующем артрозе. Особенность — тепловые процедуры на сустав противопоказаны.

Хирургическое лечение: в случаях вторичного деформирующего артроза и дисплазии показаны различные виды остеотомии. (межвертебральная, чрезвертельные, коррегирующие), артропластика, тотальное эндопротезирование. Применяют операции, направленные на реваскуляризацию губчатой кости (см. ниже).

#### 4. АСЕПТИЧЕСКИЙ ОСТЕОНЕКРОЗ.

Наиболее часто и наиболее тяжело протекает асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК).

**Этиология.** Возникновение болезни объясняется врожденными или приобретенными дефектами кровеносных сосудов, питающих тазобедренный сустав (отсутствие некоторых из них, сужение диаметра и т.п.) в сочетании с воздействием неблагоприятных факторов (травма, алкоголь, повышенное атмосферного давления и др.).

**Патогенез.** В силу указанных причин развивается ишемия головки бедренной кости. Возникают патологические процессы, ведущий из них вызывает нарушение венозного оттока из проксимального отдела бедра, повышается внутрикостное давление, что в конечном итоге обуславливает некроз костной ткани.

**Клиника.** Ранним проявлением АНГБК являются боли, атрофия мышц бедра и голени, ограничение движений в тазобедренном суставе (особенно внутренняя ротация, отведение), нарушение походки. В дальнейшем развивается контрактура тазобедренного сустава, компенсаторные деформации таза и позвоночника. Болевой синдром имеет свои особенности: вначале боли кратковременные, могут иррадиировать в коленный сустав, голень, стопу, проходят после отдыха. Во время приступов признаков воспаления нет.

седних сегментов обычно используют комбинацию нескольких методов стабилизированного остеосинтеза. Например, при переломе бедра и большеберцовой кости на одной конечности проводят интрамедулярный остеосинтез бедра массивным штифтом и наложение компрессионно-дистракционного аппарата на голень.

**3 период — реабилитационный.** В этом периоде после прекращения лечебной иммобилизации необходимо настойчиво добиваться восстановления функции суставов путем проведения ЛФК, физиотерапевтического и санаторно-курортного лечения. А так же проводят лечение осложнений, связанных с полitraвмой.

#### Контрольные вопросы:

1. Определение полitraвмы. Сочетанные и комбинированные поражения: определение, оценка тяжести, лечебная тактика.
2. Травматическая болезнь: определение, периоды.
3. Принципы диагностики травматической болезни.
4. Объем реабилитационного пособия в машине скорой медицинской помощи.
5. Периоды лечения больного с полitraвмой на госпитальном этапе.
6. Как распределяются больные с полitraвмой по степени срочности и выбору объема хирургических вмешательств.

