

гіпсову іммобілізацію знімають, залишаючи її тільки на час сну і розпочинають активну лікувальну фізкультуру з поступово наростаючою амплітудою і кількістю рухів, а для попередження гіпотрофії м'язів застосовують міостимуляцію, імпульсну гімнастику.

Якщо хворим з I стадією або II стадією захворювання проведено комплексне лікування не дало ефекту, явища гострого або під гострого артриту не зменшувались, тоді рекомендували лікувально-профілактичну операцію – синовектомію з наступним раннім відновним лікуванням.

У 2 фазі II стадії виконують синовкапсулектомію та синовкапсулхейлектомію, які передбачають видалення паталогічного зміненої синовіальної оболонки, усунення контрактур, відновлення паталогічно зміненої синовіальної оболонки, усунення контрактур, відновлення функції ураженого суглоба. При 3 фазі II стадії, у зв'язку із руйнуванням суглобового хряща і деструкцією суглобової поверхні, виконують тотальне ендопротезування.

Поряд з хірургічними методами лікування в II стадії захворювання, при наявності невеликих обмежень амплітуди рухів в уражених суглобах і відсутністю високої активності паталогічного процесу, застосовують метод редресації під наркозом та редресації за допомогою етапних гіпсових пов'язок. Крім того, для відновлення функції суглобів, а також з метою зменшення тяжкості або усунення контрактур в перед, або післяопераційних періодах застосовують функціональні дистракційні апарати Волкова-Оганесяна.

В III стадії захворювання – при фіброзному або кістковому анкілозі рекомендували тільки реконструктивно-відновну операцію – тотальне ендопротезування або артрорез у функціональні вигідному положенні. Артрорезуючі операції застосовують, як правило, при деформаціях стоп. Для зменшення остеопорозу хворим призначають остеогенон по 2 т 2 рази в день та кальцій Д-3 нікомед по 1 т в день.

Послідовність оперативних втручань на суглобах нижніх кінцівок в залежності від функціональної значимості суглобів і тяжкості деформації, а також з урахуванням статико-біомеханічного стану кінцівки в цілому.

Так, наприклад, коли є ураження декількох суглобів кінцівки, а саме кульшового, колінного та інших, реконструктивно-відновні операції розпочинають з кульшового суглоба, що є ніби біомеханічним „ключем” всієї кінцівки, а вже потім проводять втручання на колінному та інших суглобах.

При іншому варіанті, коли відсутні, або є незначні обмеження амплітуди рухів у кульшовому суглобі, і в той же час уражений колінний та інші суглоби кінцівки, реконструктивно-відновні операції розпочинають з колінного суглоба або над виросткової остеотомії, а потім вже переходять на гомілково-ступеневий суглоб та стопу при її ураженні та деформації.

При варіанті, коли є тільки ураження гомілково-ступеневого суглоба та стопи реконструктивно-відновні операції виконують при її деформаціях та порушеннях функції.

Таким чином, правильно спланована тактика і ортопедичне лікування хворих на РА з урахуванням стадії та характеру перебігу захворювання, функціональної недостатності суглобів і кінцівок в цілому є наданим засобом профілактики високої інвалідності.

Комплексне лікування і реабілітація тяжких інвалідів дозволяють спростити і зробити не таким дорогим їх утримання в домашніх умовах або спеціальних закладах, а багатьох з них повернути до активної суспільно-корисної праці.

УДК: 616-007.415:616-001.52] - 089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕТЕРОТОПИЧЕСКОЙ ОССИФИКАЦИИ

*Воронович И.Р., Воронович А.И., Дулуб О.И., Худницкий С.И.
РНПЦ травматологии и ортопедии, Республика Беларусь*

Гетеротопическая оссификация является одним из наиболее тяжелых и достаточно частых ортопедических осложнений травматических повреждений ЦНС и сегментов конечностей.

Материал и методы

РНПЦ травматологии и ортопедии располагает наблюдениями более чем за 120 пациентами с клинически значимыми проявлениями гетеротопической оссификации. 23 из них (22 мужчи-

ны и 1 женщина) выполнено 30 корригирующих оперативных вмешательств. Для оценки распространенности и зрелости оссификата осуществлялись динамический рентгенологический, в том числе КТ – контроль, остеосцинтиграфия, МРТ – ангиография, определение уровня щелочной фосфатазы крови.

У 12 оперированных пациентов формирование гетеротопической оссификации произошло на фоне травматической болезни спинного мозга

(ТБСМ), у 8 сочетанной тяжелой черепно-спинно-мозговой или черепно-мозговой травмы и у 3 последствий повреждений тазобедренного сустава и бедренной кости. У всех пациентов с ТБСМ имелась картина полного или частичного значительного повреждения спинного мозга, при этом повреждение шейного отдела имелось у 7, грудного у 5 и каудальных отделов спинного мозга у 3 пострадавших.

У 5 пациентов с развитием гнойного артрита и остеомиелита на фоне выраженной гетеротопической оссификации выполнена резекция проксимального отдела бедренной кости и гетеротопического оссификата, у 2 – остеосинтез перелома и резекция гетеротопического оссификата. В зависимости от характера анкилоза сустава или наличия контрактуры выполнялись резекционная остеотомия бедренной кости либо артролиз и резекция оссификатов.

Результаты и их обсуждение

Тяжелое общее состояние, развитие нейротрофических осложнений, сепсиса, а также первичное тяжелое повреждение сегмента конечности определяли агрессивный вариант течения гетеротопической оссификации. Длительно сохранялся потенциал прогрессирования, формирование оссификата сопровождалось развитием локального остеопороза с риском возникновения патологического перелома.

Выполнение остеосцинтиграфии скелета позволяло уточнить не только характер и актив-

ность патологического процесса, но и выявить дополнительные очаги гетеротопической оссификации.

Развитие двустороннего анкилоза или выраженных контрактур тазобедренных суставов, сохранение при этом частичной двигательной активности мышц, невозможность передвижения в коляске, практически полная обездвиженность в лежачем положении послужили показаниями к выполнению корригирующих оперативных вмешательств на тазобедренном суставе и верхней трети бедра (резекция оссификатов, артролиз или корригирующая остеотомия).

В зависимости от характера основного заболевания или травмы отмечено возникновение различных вариантов оссификации, потребовавшее дифференцированного выбора доступа и объема резекции. С учетом характера неврологического дефицита и возможности активизации пациентов с параплегией разработаны методики создания опорной конечности путем частичной резекции оссификатов, а также создания условий для формирования тугого ложного сустава после корригирующей остеотомии. Ввиду развития контрактур смежных суставов из-за вынужденного положения, выраженного спастико-болевого синдрома 3 пациентам дополнительно выполнены миотомии. У всех оперированных пациентов достигнуто частичное или полное восстановление пассивных или активных движений в пораженных суставах, значительно выросла мобильность пострадавших.

УДК: 616.71-089.843:615.464:666.51

РЕКОНСТРУКТИВНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ КОКСАРТРОЗЕ

Танькут В.А., Филиппенко В.А.

ДУ “Институт патології хребта та суглобів ім. проф. М.І.Ситенка АМНУ”, Харків, Україна

В институте им. проф. М.И.Ситенко накоплен многолетний опыт (более 50 лет) хирургического лечения больных с различными формами коксартроза. На основе комплексного научного подхода, включающего углублённое изучение формы, стадии и активности коксартроза, разработана система подбора реконструктивно-восстановительных операций (РВО). При диспластическом коксартрозе II-III стадии разработаны операции, основная цель которых направлена на коррекцию шеечно-диафизарного угла, угла торсии. При наличии кистозных образований в головке бедренной кости и вертлужной впадине применяем межвертельную корригирующую остеотомию (МКО) и костную пластику (КП) кист.

При коксартрозах вследствие артритов опера-

ции включают МКО и КП, криообработку суставных поверхностей параами жидкого азота при $t=-196\text{ }^{\circ}\text{C}$, а также медикаментозную и физиотерапию для коррекции иммунологического и биохимического статуса пациента. При артрозах вследствие асептического некроза бедренной кости применяем по показаниям окончатую или фликсионно-вальгизирующую остеотомию, удаление очага некроза с костно-керамической пластикой дефектов.

Анализ отдалённых результатов реконструктивно-восстановительных операций при коксартрозах II-III стадии (выполнено около 4000 операций) показал, что эти операции являются эффективными, они позволяют в 78-82% на протяжении 10-12 лет и более восстановить утраченную функцию сустава.