

(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.