

*Евсеев Г.М.*

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АНКИЛОЗА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

*Научные руководители: канд. мед. наук., доц. Волошенко А. Н.,*

*канд. мед. наук., доц. Мартинович А.В.*

*Кафедра травматологии и ортопедии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** Хирургическое лечение анкилозов тазобедренного сустава является не просто сложным оперативным вмешательством, но и всегда эксклюзивным.

При анкилозированном тазобедренном суставе нарушаются ходьба, сидение, самообслуживание и выполнение трудовой деятельности. Длительность анкилоза более 10 лет приводит к появлению признаков декомпенсации в поясничном отделе позвоночника, в коленных и противоположном тазобедренном суставах.

**Цель:** подбор оптимального хирургического лечения лиц с анкилозом тазобедренных суставов.

**Материалы и методы.** Под наблюдением находились 33 пациента с анкилозами тазобедренных суставов, которым в период с 2007 по 2016 г. было выполнено 43 оперативных вмешательства.

Результаты обследования и лечения оценивали по шкале Харрис, проводили общеклинические, рентгенологические, лабораторные исследования.

**Результаты и их обсуждение.** Первую группу составили пациенты, у которых при двустороннем процессе на одной стороне после анкилозирующей операции сформировался костный анкилоз в порочном положении (сроки от 20 лет и более), а в контрлатеральном суставе развился коксартроз III степени, требующий выполнения тотального эндопротезирования. Первым этапом проводилась коррекция в анкилозированном суставе – коррегирующая остеотомия бедра с установкой конечности в функционально выгодном положении, а затем, после консолидации (12-18 мес), выполняли тотальное эндопротезирование контрлатерального сустава.

Вторую группу составили пациенты с фиброзными анкилозами, сформированными на фоне коксартрозов различной этиологии в течение длительного срока (7–10 лет).

При эндопротезировании предпочтение отдавали бесцементному способу фиксации вертлужного компонента, так как при этом удавалось достичь стабильной фиксации путем его вкручивания или заклинивания по периферии вертлужной впадины. Причем в последние годы использовали, как правило, чашку DM эллипсоидной формы.

Наиболее сложную группу составили пациенты с истинным костным анкилозом. При эндопротезировании удаление головки бедренной кости не выполняли, а подготовку костного ложа под ацетобулярный компонент эндопротеза осуществляли путем фрезерования фиксированной головки, после чего устанавливали чашку при помощи бесцементного способа фиксации. Особое внимание следует уделять подбору пациентов, ведь без усилий с их стороны в послеоперационном периоде тяжело достигнуть положительного результата в восстановлении функции сустава.

**Выводы.** Тяжесть анатомо-функциональных состояний у пациентов с анкилозами тазобедренных суставов обусловлено, как правило, порочным положением нижней конечности и ее укорочением, а также выраженными нарушениями ее статики, кинематики и динамической функции.

Оперативное лечение при анкилозе предполагает тщательное планирование с учетом состояния контрлатерального тазобедренного сустава, позвоночника и коленных суставов пациента.