**Хирургическое лечение гетеротопических оссификатов локтевого сустава**

1Александров Т.И., 1Прохоренко В.М., 1Козлова А.С.

1 ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России, г. Новосибирск, [tymus@inbox.ru](mailto:tymus@inbox.ru)

**Введение:** Локтевой сустав является восприимчивым к различного рода воздействиям, повреждениям и иммобилизации. Данный сустав требует комплекс реабилитационных мероприятий, позволяющий рассчитывать на положительную динамику. Формирование костных образований вокруг локтевого сустава до сих пор не имеет четкой первопричины.

**Цель работы:** формирование комплекса ортопедической помощи при гетеротопических оссификатов в области локтевого сустава.

**Материалы и методы:**

За период с 2010 года по 2016 год под нашим наблюдением находился 41 человек с клинической картиной гетеротопических оссификатов в области локтевого сустава. Возраст больных от 16 до 64 лет, средний возраст составил 38 лет. Основная причина повреждения локтевого сустава явилось переферическое и центральное травматическое воздействие. У всех пациентов в выделенной нами группе отмечалось ограничение движений в локтевом суставе. Среди этих пациентов в 83,3% случаев положение верхней конечности было зафиксировано в вынужденном положении, в диапазоне 0°-60°-100° (по Марксу). 70% пациентов имели клиническую картину контрактуры пораженного сустава с амплитудой движений около 20 градусов. У 30% пациентов движения в локтевом суставе отсутствовали. Клиническую картину периферической нейротрофической патологии имели 17% пациентов.

Обследование перед оперативным вмешательством включало рентгенографию локтевых суставов в 2 проекциях, МСКТ локтевых суставов. Оперативное лечение выполнялось только при 100% рентгенологическом подтверждении стадия зрелого оссификата. Также рентгенологически нами оценивалось наличие и равномерность суставной щели, точная локализация всех очагов гетеротопического оссификата в области локтевого сустава. У 17% пациентов с неврологическими нарушениями верхней конечности проводили электромионейрографию верхних конечностей. Данное исследование показывало функциональную способность пораженной верхней конечности. На основании ЭНМГ с пациентом составлялся разговор о прогнозе и возможном исходе оперативного вмешательства.

Выбор хирургического вмешательства зависел от вовлеченности суставной щели сустава в патологический процесс. Основными ортопедическими методами коррекции служили удаление оссификата, резекционная артропластика или эндопротезирование данного сустава. В данной работе описаны результаты первых двух видов оперативных вмешательств.

Оперативное вмешательство производилось в плановом порядке. Интраоперационно, после проведенного хируругического пособия, у пациентов достигался объем движений в среднем составляющий амплитуду движений 0°-0°-175° (по Марксу). После оперативного вмешательства выполнялись контрольные рентгенологические методы исследования локтевого сустава. На контроле оценивался объем резекции ГО в области сустава, состояние суставной щели между смоделированными во время операции поверхностями.

Пациентам в послеоперационном периоде проводилась ранняя пассивная и аппаратная разработка сустава, ЛФК, физиолечение. При нейротрофических нарушениях требовалось привлечение неврологов и более длительное время реабилитации. Пациентам предлагали оценить качество жизни до и после оперативного вмешательства по системам опросников.

**Результаты:**

В раннем послеоперационном периоде у всех пациентов наблюдалось увеличение амплитуды активных движений (сгибание-разгибание до 30° относительно начального значения, супинация-проницая до 10°). Несоответствие между движениями в локтевом суставе интраоперационно и в раннем послеоперационном периоде связано со сформировавшимся неправильным стереотипом движения верхней конечности, отекоме мягких тканей, подкожной гематомой.

В позднем послеоперационном периоде у пациентов, которым проводилось удаление оссификата, увеличение амплитуды активного сгибания-разгибания составило 70° относительно начального значения. Амплитуда супинации-пронации также увеличилась на 23° относительно начального значения. Увеличение амплитуды активных движений у пациентов, которым была выполнена резекционная артропластика, составило сгибание/разгибание - 49°, пронация/супинация - 9°. У пациентов с неврологическими нарушениями верхней конечности увеличение амплитуды пассивного сгибания-разгибания составило 80° относительно начального значения. Амплитуда супинации-пронации также увеличилась на 23° относительно начального значения. Амплитуда активных движений была мало значимой с точки зрения здорового сустава, однако, для пациентов с подобной ситуацией возможность движения в «утраченной» конечности является стимулом к реабилитационным мероприятия. Пассивная мобильность локтевых суставах, при значительных нейротрофических изменениях является мерой социальной помощи для сторонних лиц, оказывающих помощь в обслуживании и перемещении данной группы пациентов.

Среди опрошенных пациентов большинство (95%) отмечает улучшение качества жизни после оперативного вмешательства. Лишь у 5% пациентов качество жизни не изменилось, что связано с наличием сопутствующей патологии. Ухудшение качества жизни не было отмечено.

**Выводы:**

Оперативное лечение является единственным эффективным способом лечения гетеротипического оссификата локтевого сустава. Для достижения удовлетворительных результатов мобилизации локтевого сустава в послеоперационном периоде необходим комплекс мероприятий с привлечением неврологов, физиотерапевтов и врачей лечебной физкультуры.