









ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНОСБЕРЕГАЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ КОКСАРТРОЗА У ПОДРОСТКОВ

М.М.Камоско

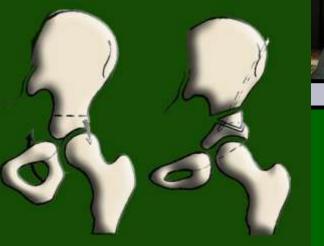


Современные принципы оперативного лечения

- доступы через чрезмышечные промежутки максимально бережное отношение:
 - к хрящевым структурам сустава;
 - капсуле сустава;
 - ростковым зонам;
 - декомпрессия сустава;
 - восстановление максимального хрящевого контакта



R.B.Salter

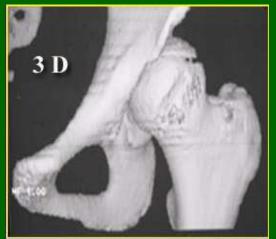


Thomas S., Wedge J., Salter R.
Outcome at forty-five years after open reduction and innominate osteotomy for late-presenting developmental dislocation of the hip. // J.Bone Jt Surg.- 2007.-Vol 89 A.- №11.- P. 2341-2350

2010

Salter R.B. Innominate osteotomy in the treatment of congenital dislocation and subluxation of the hip // J. Bone Jt Surg.- 1961.- Vol.43-B, №3.- P.518-539











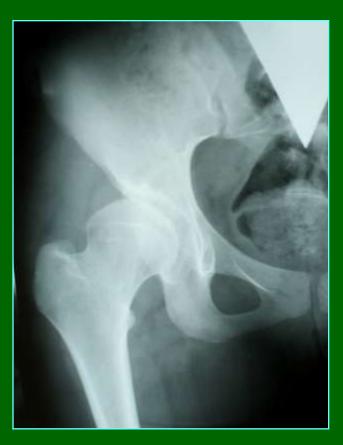




угол переднего покрытия: до операции (-15°) после операции 67°



Результаты изучения состояния сосудистой сети после тройной остеотомии таза



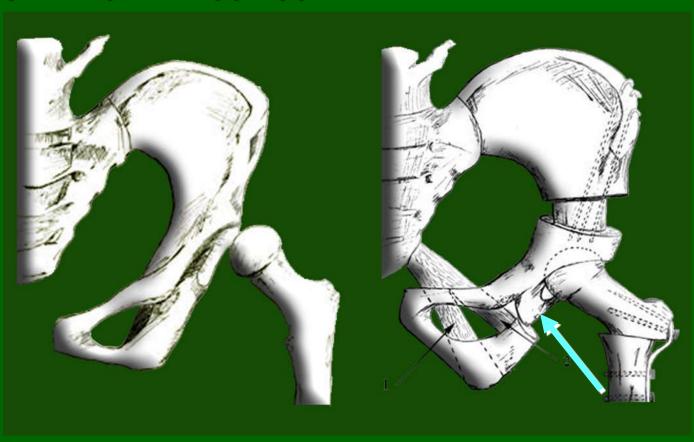


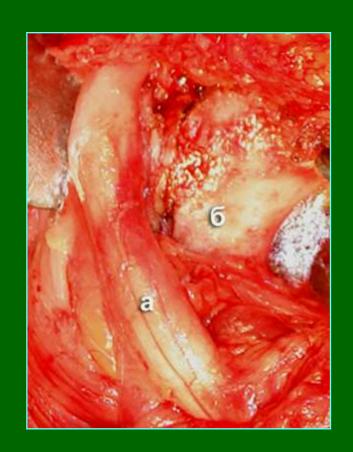


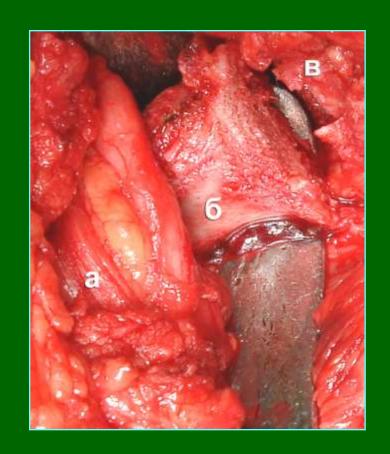
16 лет 20 лет

Транспозиция вертлужной впадины

седалищно-подвздошная остеотомия







а – седалищный нерв, б,в – фрагменты седалищной кости

Стабильная фиксация компрессирующими винтами, катетеризация эпидурального пространства

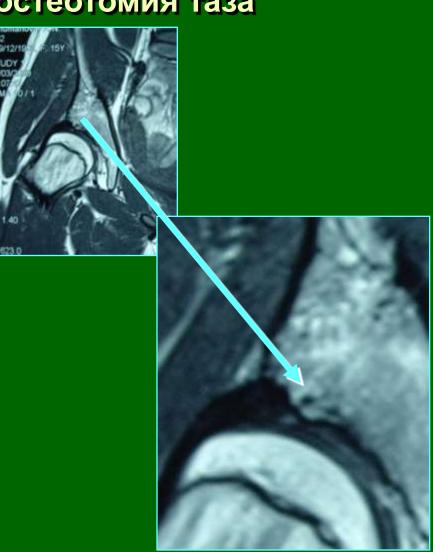






Подвывих правого бедра, диспластический коксартроз IIБ стадии. Корригирующая остеотомия бедра, подвздошноседалищная остеотомия таза





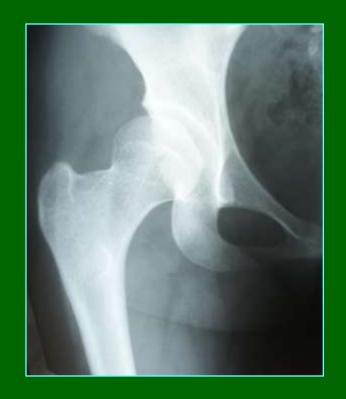
Подвывих правого бедра, диспластический коксартроз IIБ стадии. Корригирующая остеотомия бедра, подвздошноседалищная остеотомия таза







14 лет 18 лет



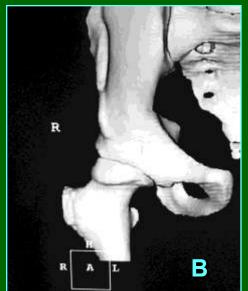




14 лет 20 лет











Результаты лечения пациентки М. с диагнозом: дисплазия правого тазобедренного сустава, варусная деформация проксимального отдела правого бедра:

А – до операции (в возрасте 11 лет);
 Б – непосредственно после операции;
 В-Д – через 5 лет после операции.

Данные	Средние значения показателей		
рентгенометрии	норма	до лечения	в отдаленные сроки
Угол Sharp	30-40°	51-61°	15-37°
Угол Viberg	17-25°	$(-5) - 0^{\circ}$	27-42°
Угол «переднего покрытия»	12-20°	(-8) - (-14)	25-45°
Степень костного покрытия во фронтальной плоскости	85-100%	47-62%	89-100%
Степень костного покрытия в сагиттальной плоскости	70-80%	45-57%	98-115%
Величина латерального смещения головки бедренной кости	0 мм	0-5 мм	0 мм
Данные компьютерной томографии			
УПП	58-64°	47-54°	76-89°
УЗП	100-107°	85-89°	115-118°
УСП	155-172°	132-136°	189-192°

Подвздошно-седалищная остеотомия таза

- 1. Доступ к подвздошной, и седалищной костям, а при необходимости и бедренной кости, осуществляется из одного разреза; достаточный угол операционного действия обеспечивает четкую их визуализацию после поднадкостничного выделения;
- 2. Исключается необходимость изменения положения тела пациента во время операции;
- 3. Нарушение целостности тазового полукольца производится в местах исключающих повреждения сосудистого пучка (бедренных артерии и вены, запирательной артерии);
- 4. Сечение седалищной кости производится краниальнее места прикрепления lig. sacrospinosum и sacrotuberosum; что устраняет их иммобилизирующеее воздействие.

Степень ротации (транспозиции) вертлужной впадины после подвздошно-седалищной остеотомии таза практически не отличаясь от степени ротации после тройной остеотомии таза, достигается использованием значительно менее травматичных и опасных манипуляций, что позволяет рекомендовать подвздошноседалищную остеотомию таза для применения в повседневной деятельности ортопедических стационаров.

Концепция «единственного» эндопротезирования при диспластическом коксартрозе



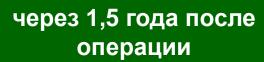
По естественным причинам необходимость реэндопротезирования не возникает





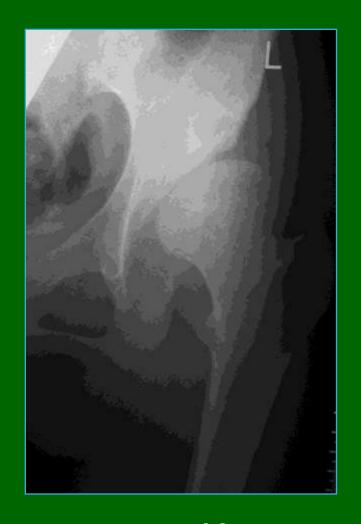
«зрелая» костная киста







через 7 лет

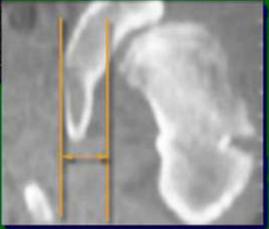




16 лет

















23 года







до лечения

через 7 лет после оперативного лечения







16 лет





до операции







через 2,5 года





Восстановление структуры костей таза, закрытие костной кисты

Комбинация аллопластики суставных поверхностей с реконструктивными вмешательствами на тазовом компоненте сустава



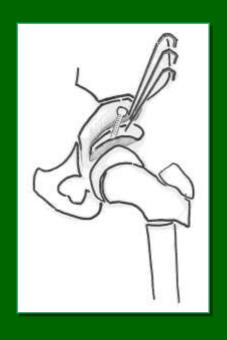




Использование неоартроза для замещения деградированного хрящевого покрова истинной вертлужной впадины после ее углубления













Открытое вправление корригирующая укорачивающая остеотомия правого бедра и транспозиция вертлужной впадины









16 лет

Эндопротезирование у «молодых взрослых»

- трение искусственных нерегенерирующих материалов
- высокая активность высокое трение высокий износ
- срок «жизни» эндопротеза уменьшается до 10-12 лет
- необходимость 3-4 операций реэндопротезирования

Реконструкция вертлужной впадины:

- 🥯 кольца Мюллера
- аутопластика впадины резецированной головкой бедренной кости или аутотрансплантатом из крыла подвздошной кости
- 🕏 котилопластика (Dunn, Hess)
- 🥯 протрузия медиальной стенки впадины (Неверов В.А.)
- применение костного цемента

Реконструктивных операций у детей старшего возраста и подростков являются «временной альтернативной» эндопротезированию и решают задачи:

«продление жизни» сустава за счет восстановления стабильности и улучшение условий функционирования мышц

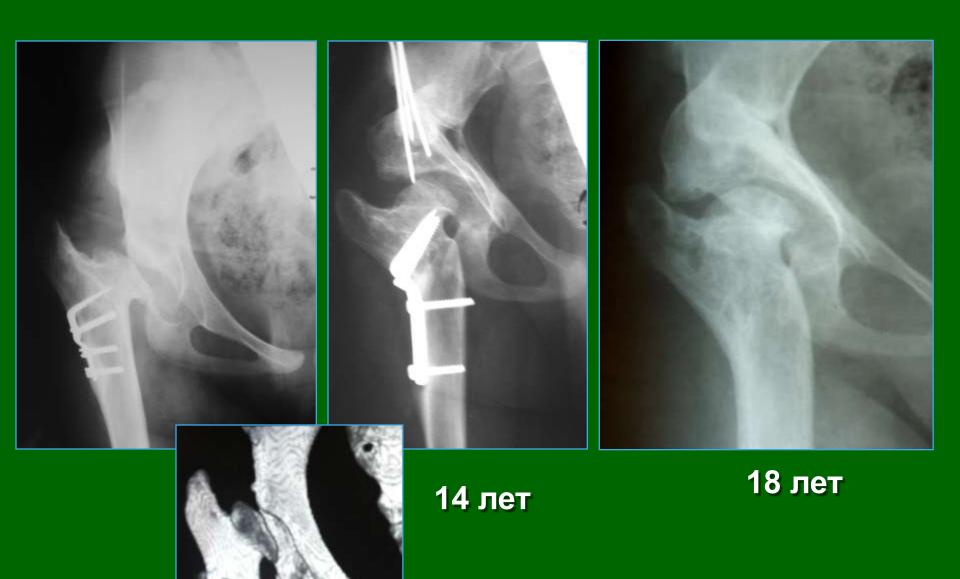
«подготовка» костной основы для имплантации эндопротеза

«Продление жизни» сустава

- 1.Уменьшение боли, улучшение локомоции;
- 2.Позволяет сохранить и увеличить объем нативной костной ткани;
- 3. Улучшение условий функционирования мышц;
- 4. Уменьшает «кратность» эндпротезирования.

«Подготовка» костной основы для имплантации эндопротеза

- 1.Отпадает необходимость в применении костной пластики, колец Мюллера и т.д.
- 2.Сохраняетсяпроксимальный отдел бедра:
 - нагрузка;
 - сохранение костно-мозгового канала;
 - увеличение объема нативной костной ткани.



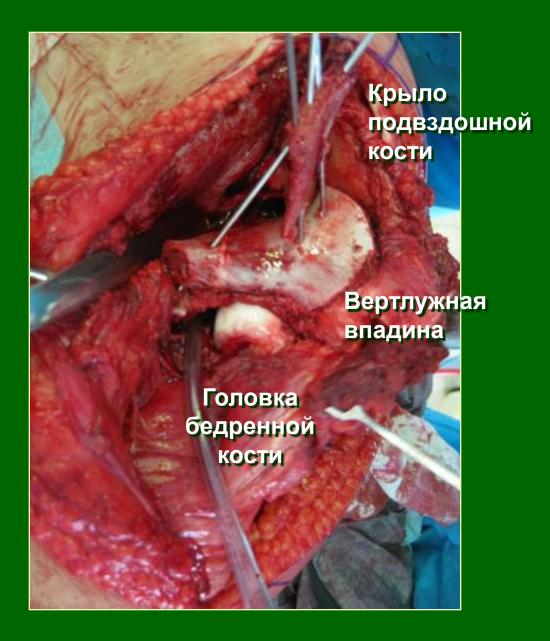




12 лет



















Радикальная реконструкция тазобедренного сустава являясь органосохраняющей операцией:

На ранних стадиях коксартроза вызывает регресс проявлений или задержку их прогрессирования может являться альтернативой эндопротезированию

При нестабильности сустава (вывих, маргинальный вывих) позволяет отдалить сроки первичного эндопротезирования, снизить его кратность, создает благоприятные условия для имплантации протеза

