

РНПЦ травматологии и ортопедии



Минск, Беларусь

Соколовский
Олег
Анатольевич

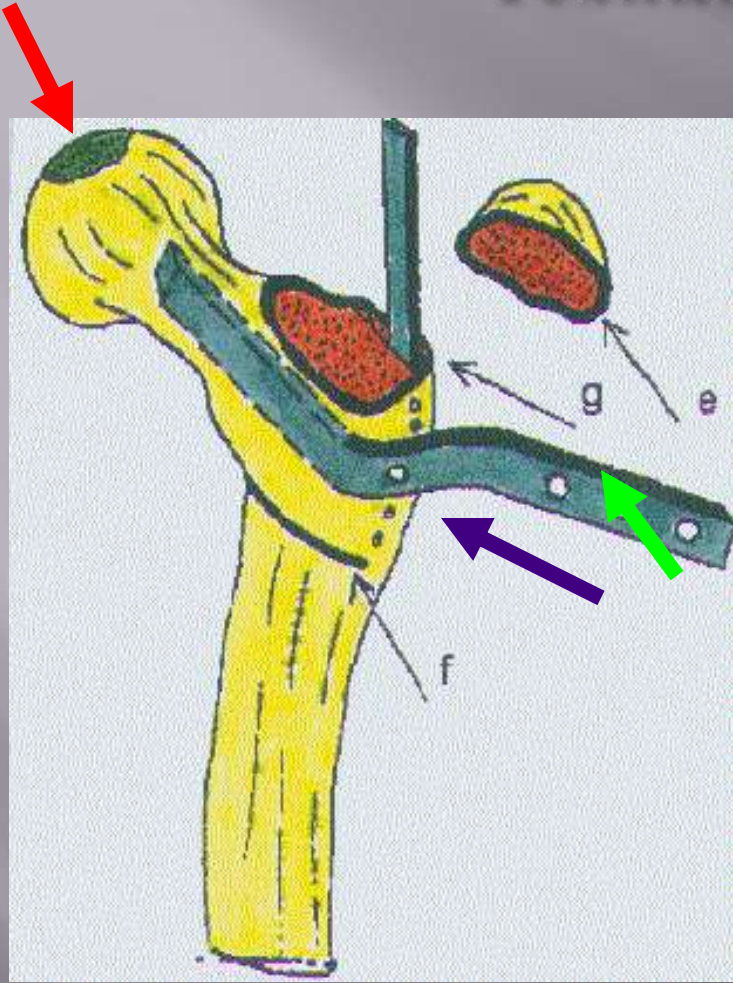
Возможности корригирующих остеотомий
при последствиях АНГБК и другой патологии

**Инконгруэнтность и многоплоскостная
деформация головки и шейки
бедренной кости, а также разрушение
верхнего полюса головки бедра
являются частой патологией**

Традиционные остеотомии бедра не всегда
позволяют восстановить нормальные
соотношения в суставе, поскольку они
изменяют их положение только
в двух плоскостях,
в то время
как ряд деформаций имеет
трехплоскостную природу

**В таких случаях мы используем
заднюю или переднюю
ротационную остеотомию
бедренной кости, предложенную
А.М.Соколовским в 1971 году**

Техника вмешательства



➤ Начальная стадия

e – отсечение большого вертела и внедрение пластины;

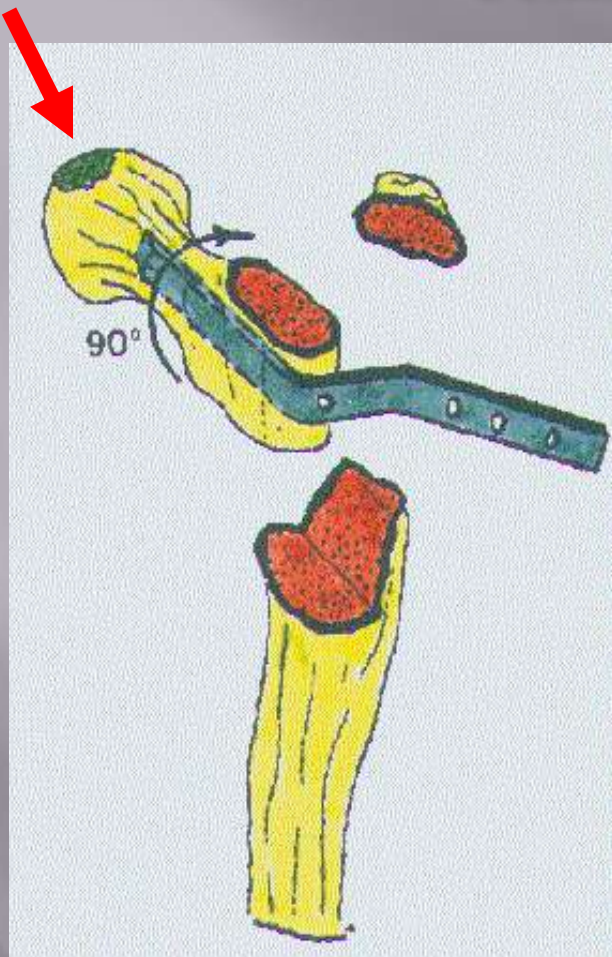
f – неполная межвертельная остеотомия бедра;

g – вертикальная остеотомия межвертельной области с сохранением дорзальной кортикальной пластинки.

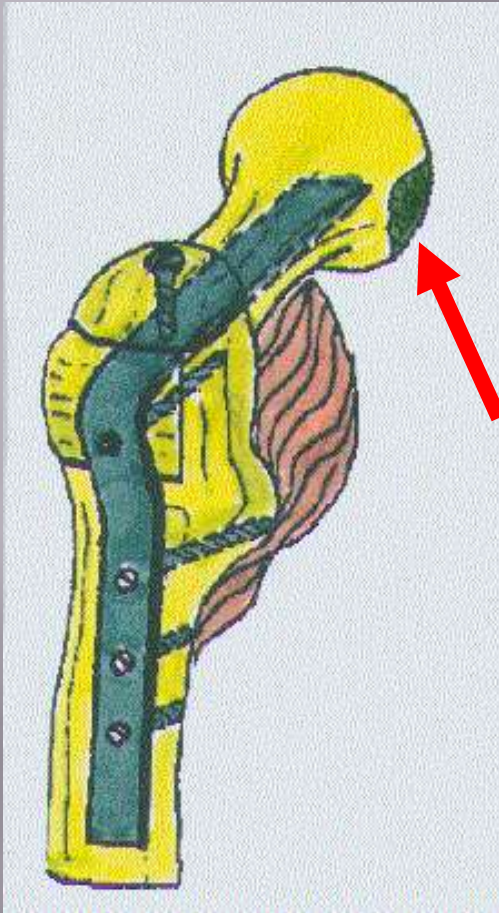
Техника вмешательства

➤ Промежуточная стадия

Проксимальный фрагмент высвобожден и состоит из головки бедра, шейки и вертельной области.



Техника вмешательства



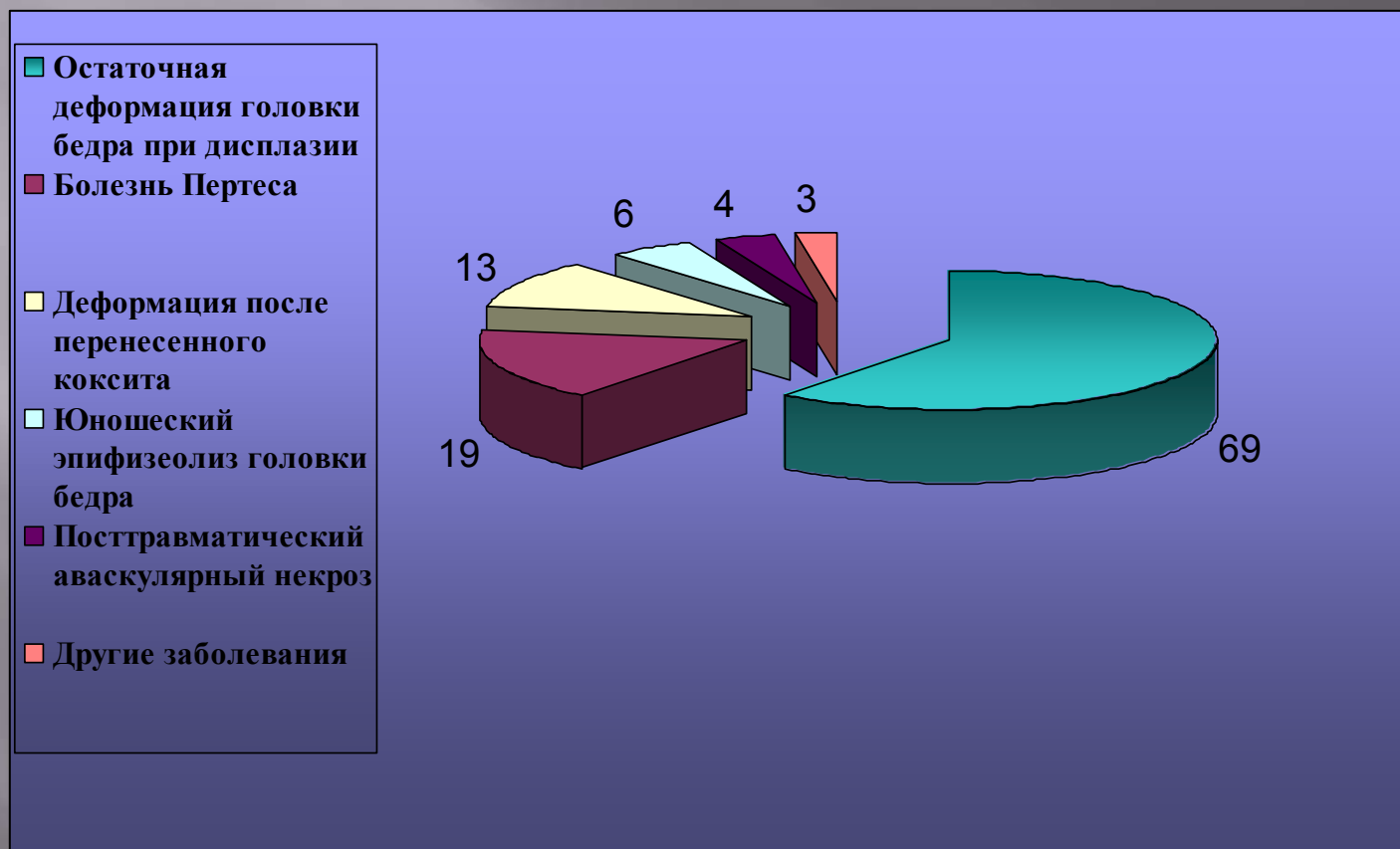
➤ **Финальная стадия**

Вид бедренной кости после разворота проксимального фрагмента на 45-90° кзади и остеосинтеза.

После вращения очаг некроза перемещен из верхнего в задний сегмент и выведен из-под нагрузки.

Ротационная остеотомия выполнена в 114 случаях у 112 пациентов:
задняя - 103; передняя - 11.

Возраст пациентов на момент операции колебался от 2 лет 10 месяцев до 17 лет. Срок наблюдения составил от 3 до 21 года (в среднем - 5 лет и 7 месяцев).

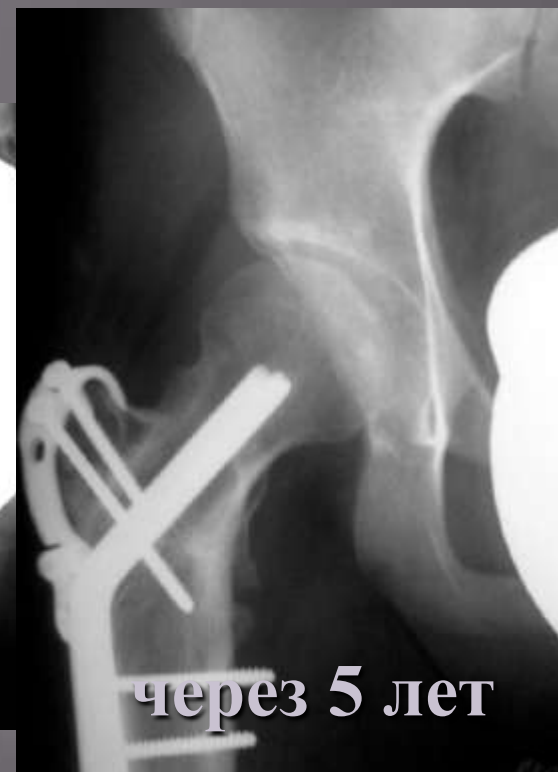


**Больная К., 3 года 1 месяц.
Аваскулярный некроз головки правого бедра**



	Угол вертикального соответствия	Угол Виберга	ШДУ
До	65	-7	130
После	100	24	120

Больная Р., 14 лет. Остаточный подвывих правого бедра



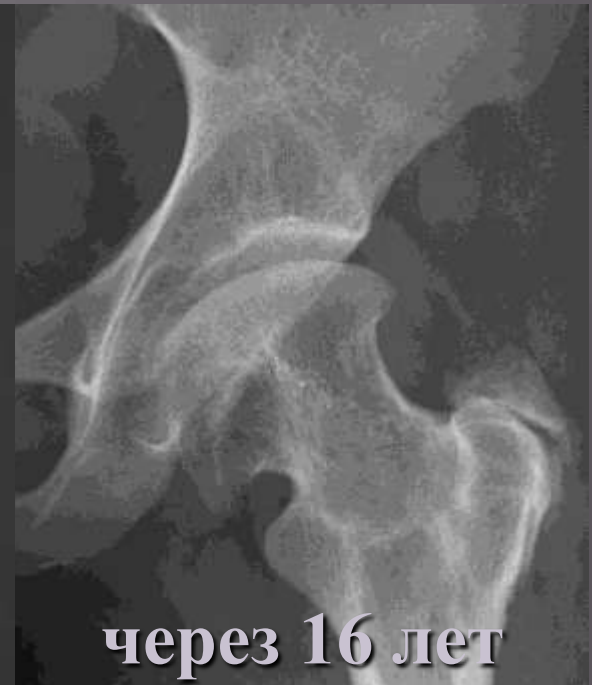
	Эпифизарный коэффициент	Эпифизарно-шеечный коэф.ц.	Угол Виберга	ШДУ	Линия Шентона
До	85	76	15	130	1,2 см
После	96	98	22	130	0 см

Клинический результат через 5 лет



Пациентка А., 11 лет

Многоплоскостная деформация проксимального отдела левого бедра



через 16 лет

		Эпифизарный коэффициент	Эпифизарно-шеечный коэффициент	Угол Виберга	ШДУ	Угол вертикального соответствия	АТД
До опер.		59	49	0	115	115	-0.7
После опер.		77	102	25	135	90	3.5

Пациентка Б., 14 лет

Многоплоскостная деформация проксимального отдела левого бедра



через 16 лет

	Эпифизарный коэффициент	Эпифизарно-шеечный коэф	Угол Виберга	ШДУ	Угол вертикального соответствия	ATD
До	56	46	12	115	110	-0.5
После	87	89	20	127	100	2.2

Пациент С., 14 лет.

Постинфекционная деформация проксимального отдела бедра



	Эпифизарный коэффициент	Эпифизарно-шеечный коэф	Угол Виберга	ШДУ	Угол вертикального соответствия
До	64	86	12	130	55
После	83	85	29	125	90



через 23 года

	Эпифизарный коэффициент	Эпифизарно- шеечный коэффициент	Угол Виберга	ШДУ	Угол вертикального соответствия	АТД
До опер.	42	41	19	120	85	1.6
После опер.	104	100	32	135	85	1.7

Клинический результат через 23 года



"Вреденовские чтения", Санкт-Петербург-2010



	Эпифизарный коэффициент	Эпифизарно-шеечный коэффициент	Угол Виберга	ШДУ	Угол вертикального соответствия
До опер.	65	85	33	145	85
После опер.	120	114	37	130	95



через 7 лет

До опер.	41	50	35	110	105	-0.3	
После опер.	100	97	30	135	85	2.3	

Клинический результат через 7 лет

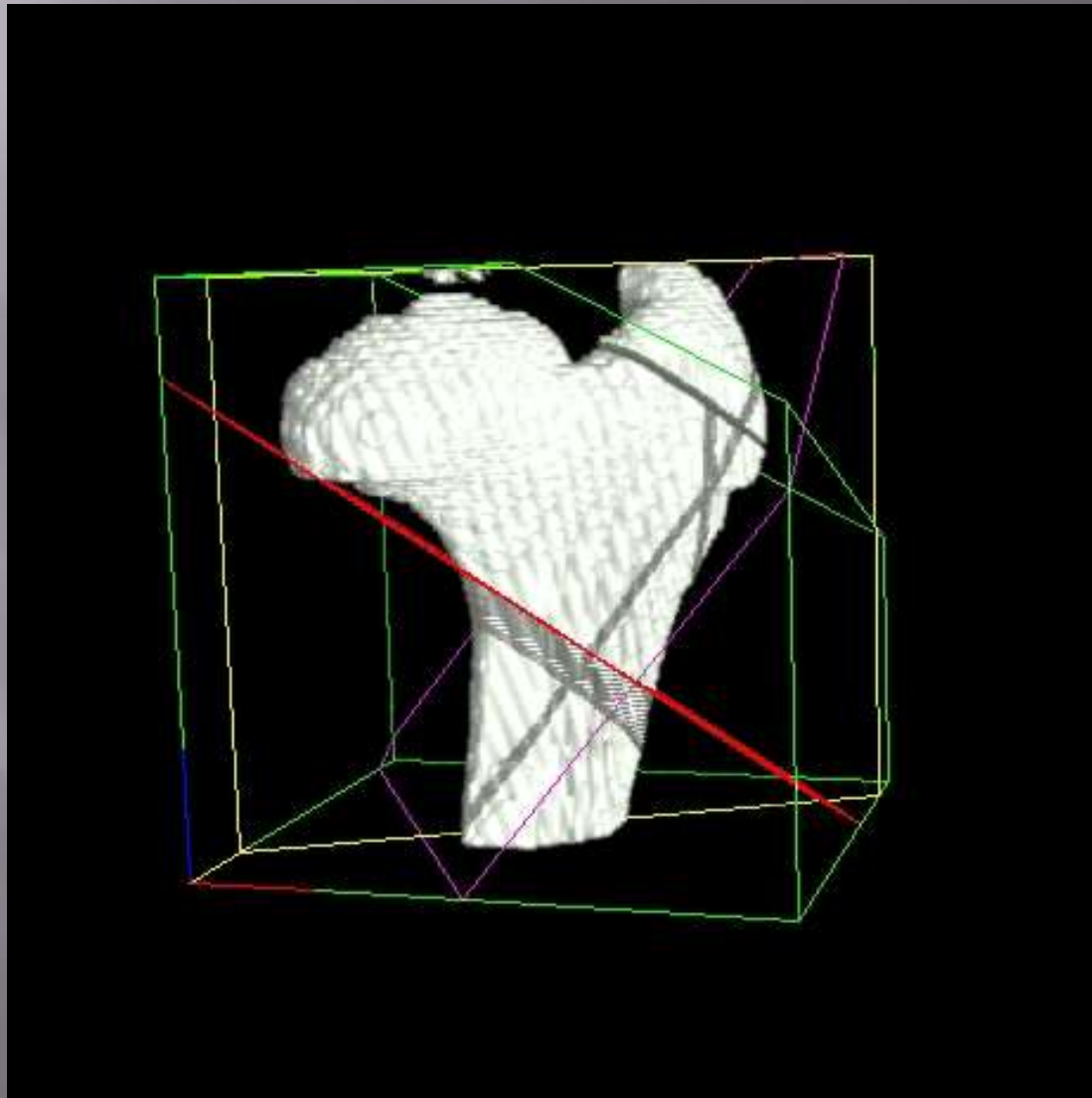


"Вреденовские чтения", Санкт-Петербург-2010

Больная Т., 12 лет, остаточный подвывих левого бедра



3-D компьютерное планирование



"Вреденовские чтения", Санкт-Петербург-2010

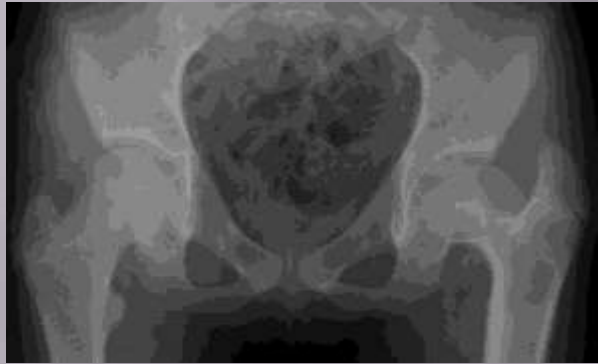
Больная Т., 12 лет, остаточный подвывих левого бедра



Клинический результат больной Т. через 4 года с момента операции



Больная Т., 10 лет, остаточный подвывих левого бедра



	Эпифизарный коэффициент	Эпиф.-шеечный коэф.	Угол Виберга	ШДУ	Угол верт. соответствия	АТД
До	73	83	15	110	105	0,7
После 1 опер.	86	93	10	135	80	2,7
После 2 опер.	86	93	45	135	90	2,3

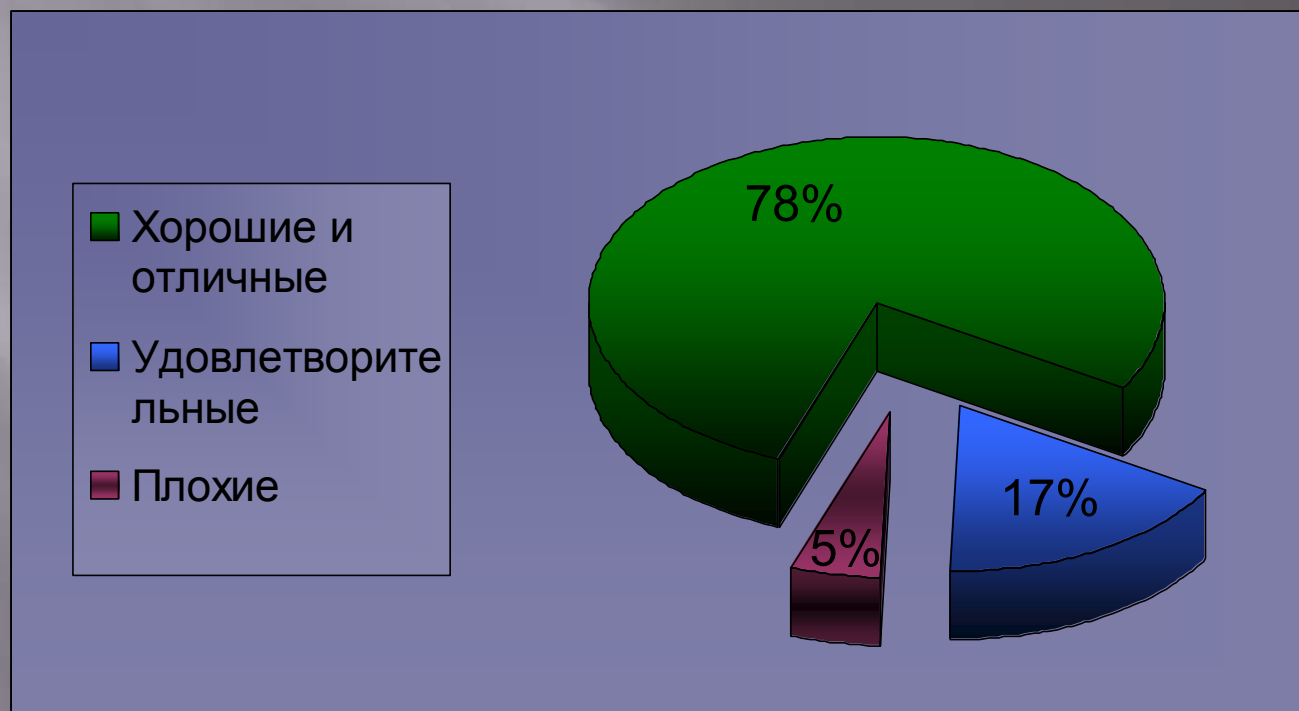


"Вреденовские чтения", Санкт-Петербург-2010

Результаты

лечения деформаций при дисплазии – 69 случаев

Клинические результаты оценивались по McKay
Рентгенологические – по Severin в модификации
Zionts and MacEwen.



Больной Г., 48 лет, АНГБК слева



Преимущества вмешательства:

- Реориентация головки бедра в трех плоскостях
- Отсутствие негативного влияния на зону роста головки бедра, более того, положительное влияние на нее в результате нормализации положения
- Отсутствие послеоперационных угловых деформаций бедра
- Удлинение шейки бедра и конечности в целом

**Таким образом,
ротационная остеотомия
обеспечивает элегантное решение
ряда сложных проблем,
хирургическое лечение которых на
первый взгляд выглядит
бесперспективным**

**СПАСИБО
ЗА ВНИМАНИЕ!**