

РНПЦ «Травматология и ортопедия»



Минск, Беларусь

**СОКОЛОВСКИЙ О.А.
БЕЛЕЦКИЙ А.В.**

Возможности корригирующих
остеотомий бедренной кости при
коксартрозе различного генеза

Остеотомия проксимального отдела
бедр а длительное время занимала
лидирующее положение в
профилактике и лечении
коксартроза,
ее популярность достигла пика
после выхода в свет в 1935 г. работ
Pauwels

[Biomechanics of the Normal and Diseased Hip// Springer-Verlag,
New York.- 1935]

**КАКОВО МЕСТО
ОСТЕОТОМИИ
БЕДРА
СЕГОДНЯ?**

Остеотомия может быть использована при **0**, **I** или **II** стадии коксартроза. Выбор типа остеотомии зависит от характера имеющихся отклонений.

Варизирующая остеотомия обычно сочетается с деторсией

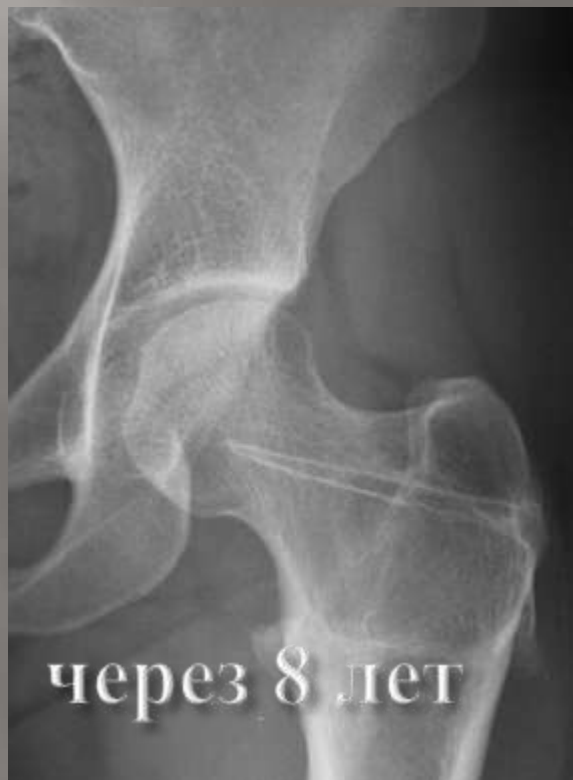


17,1%

Показана при ШДУ более $130-135^{\circ}$.
Вертлужная впадина должна быть развита
удовлетворительно

(угол Виберга не менее 15° , угол Шарпа не более 45°)

Больная Ж., 33 лет. Остаточный подвывих левого бедра



Проблемы варизирующей остеотомии

Укорочение конечности и
высокое положение большого
вертела,
что ведет к хромоте,
болям и нарушению походки

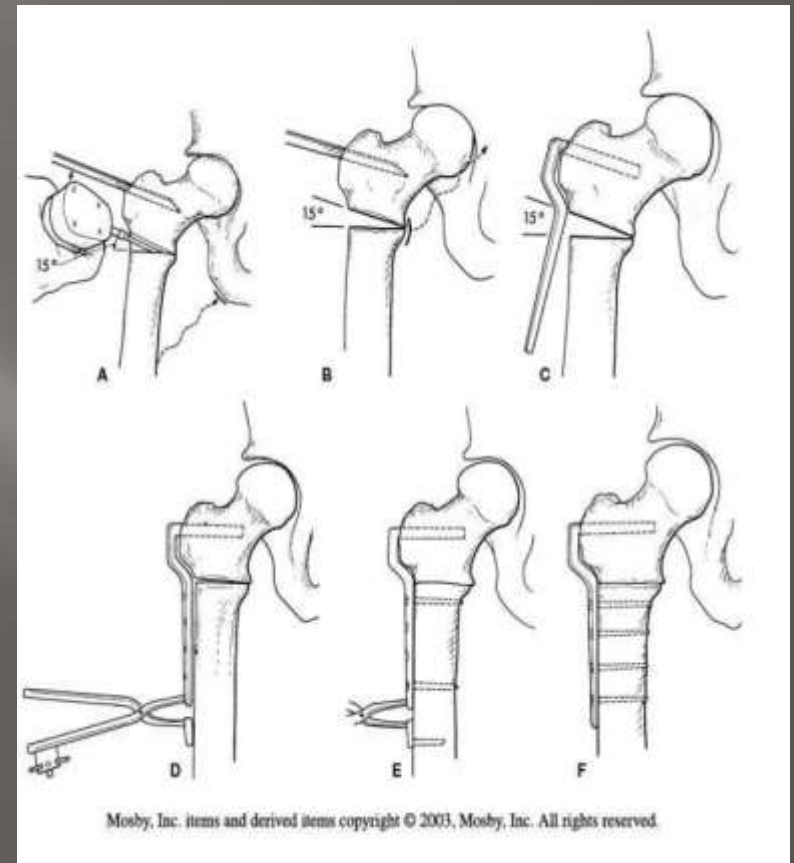
Больная Н., 13 лет.
Остаточный подвывих левого бедра



Вальгизирующая остеотомия

Показана
при ШДУ менее 110-115°

При Impingement
syndrome или AN,
значения ШДУ могут быть
значительно больше



Больная В., 30 лет. Impingement syndrome, AN



Проблемы вальгизирующей остеотомии

Операция может сопровождаться
снижением стабильности сустава,
что требует выполнения
остеотомии таза

Больная Т., 14 лет. Остаточный подвывих правого бедра, коксартроз I-II ст.



	Угол Виберга	Угол Шарпа	Угол вертик. соответствия	ШДУ	АТД
До	13	48	85	120	0,9 см
После	42	18	90	135	2,0 см

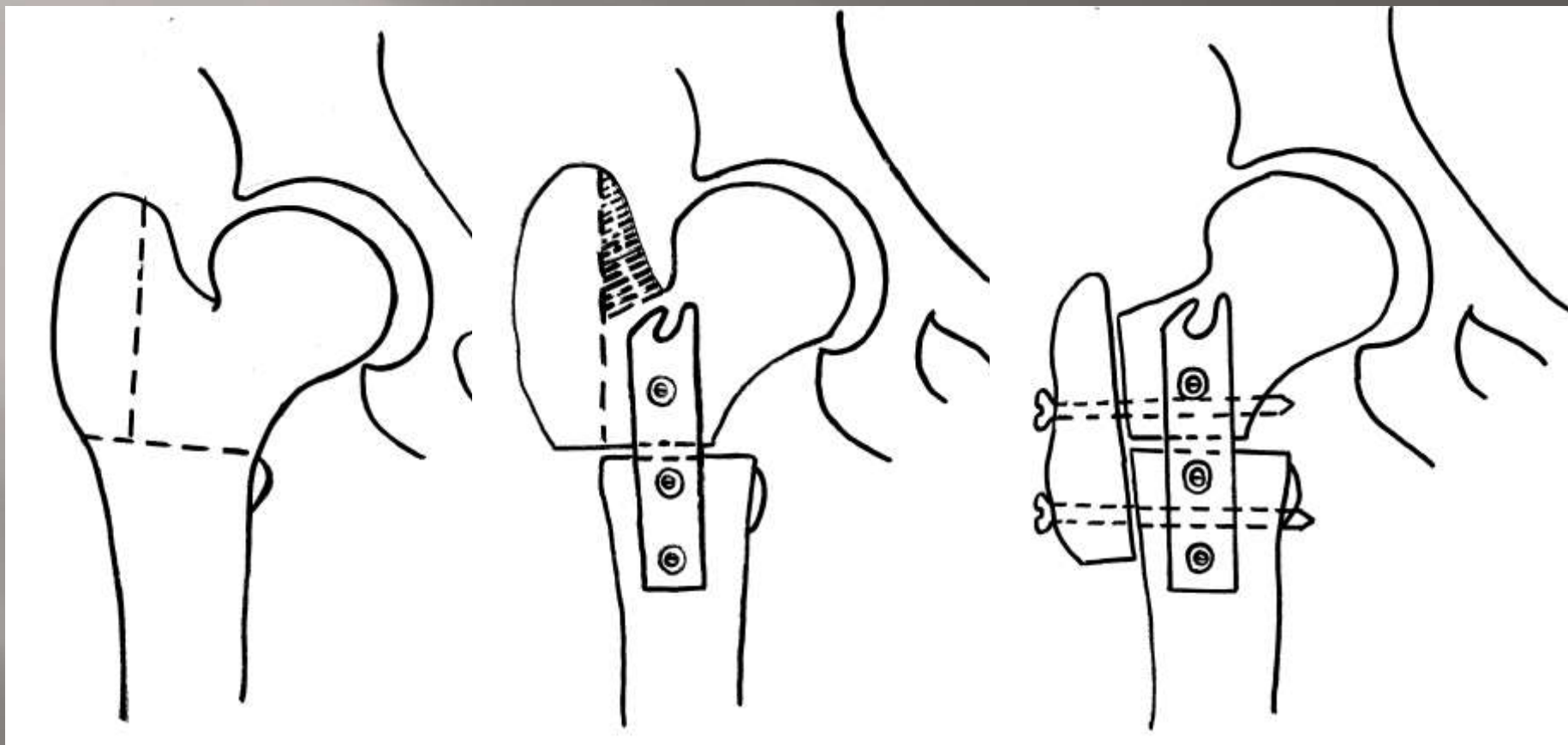
Клинический результат через 10 лет



Двойная остеотомия

используется для
одномоментной коррекции
бедренного и вертельного
компонента дисплазии

Костно-пластическая реконструкция проксимального отдела бедра



Больной Л., 15 лет.

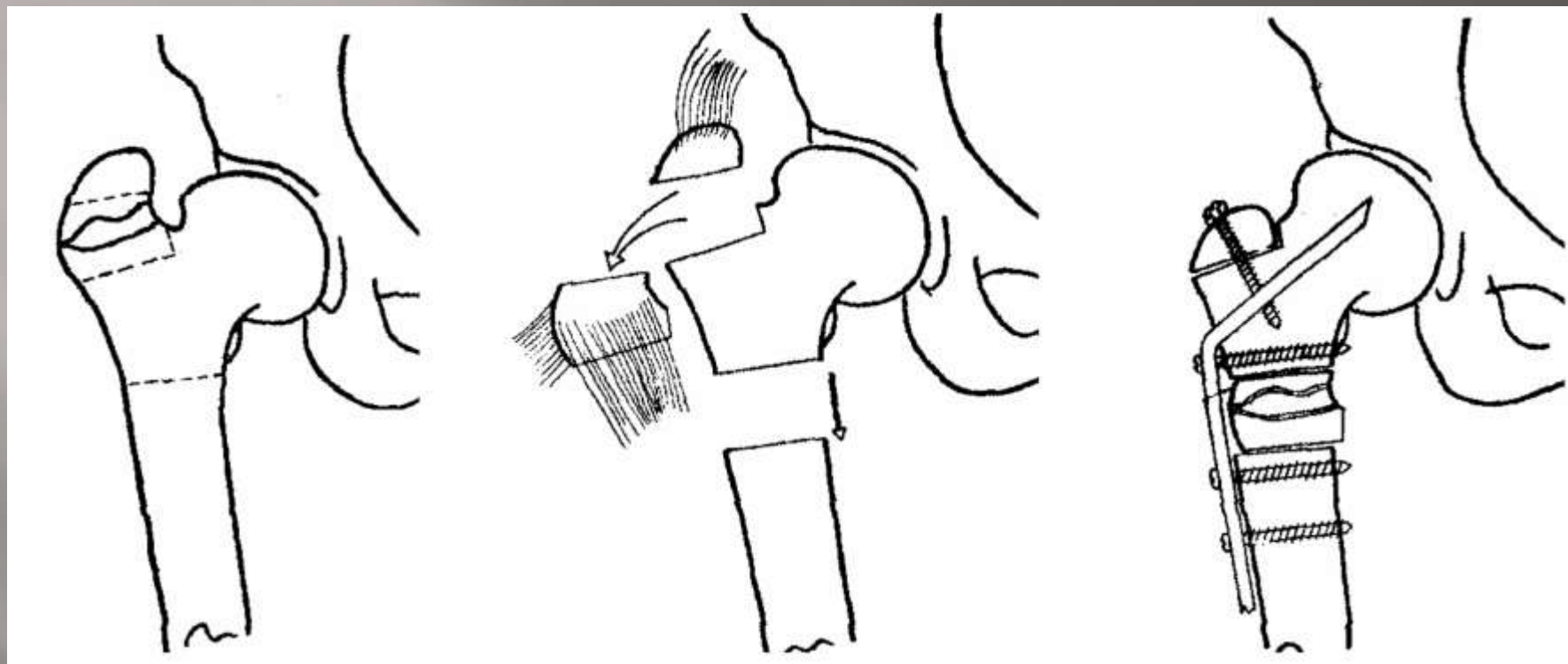


	Угол Виберга	Угол вертик. соотв.	ШДУ	АТД	ЛАТ
До	25	75	137	0,3 см	2,0 см
После	33	90	130	2,8 см	4,4 см

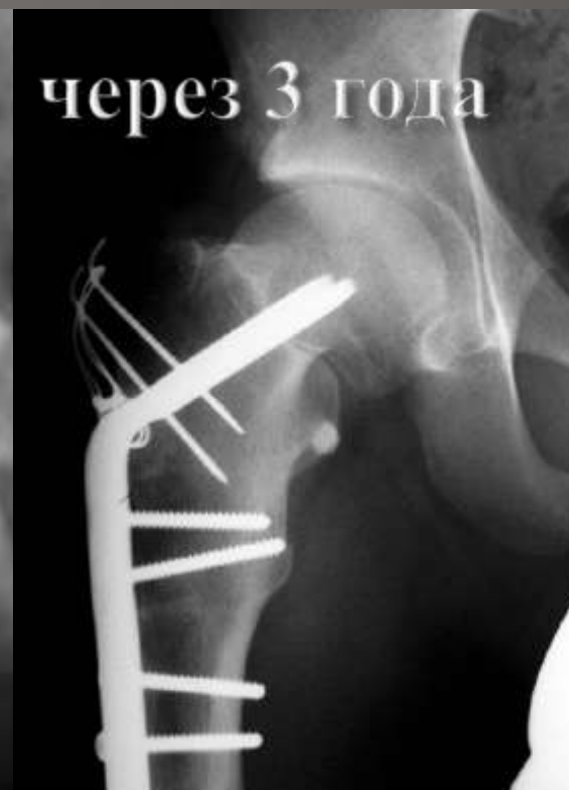
Клинический результат через 7 лет



Способ двойной удлиняющей остеотомии бедренной кости



Большая А., 18 лет



	Угол Виберга	Угол вертик. соотв.	ШДУ	АТД
До	26	100	125	- 1,0 см
После	30	95	125	3,0 см

Клинический результат через 3 года



В целом отличные и хорошие
результаты при традиционных
остеотомиях бедра получены в

88% случаев

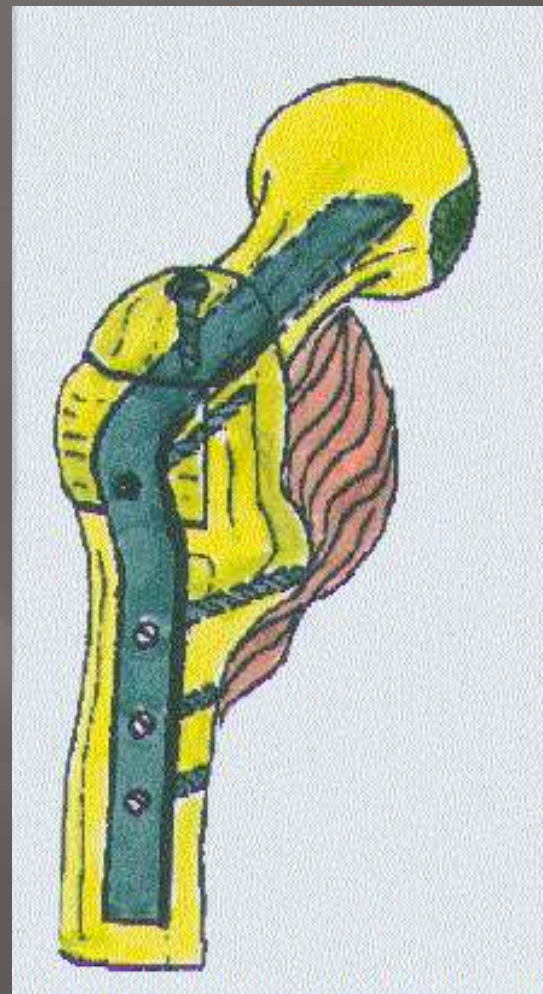
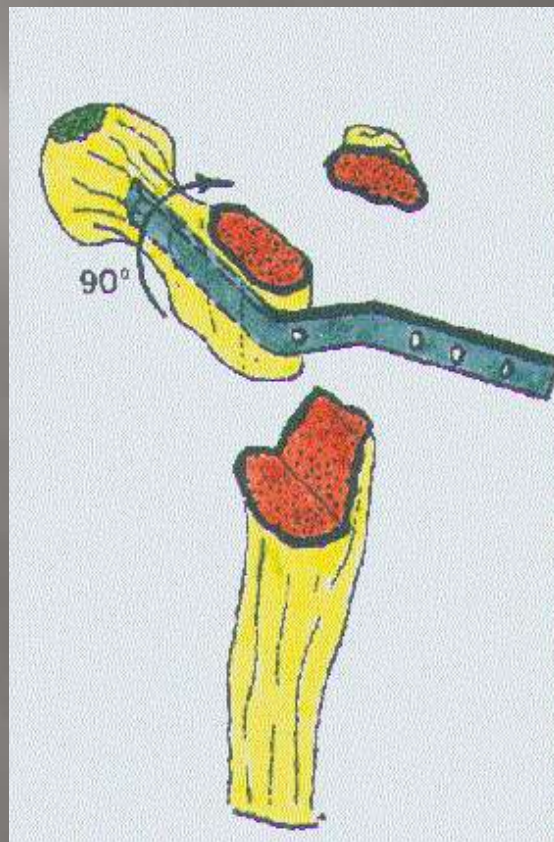
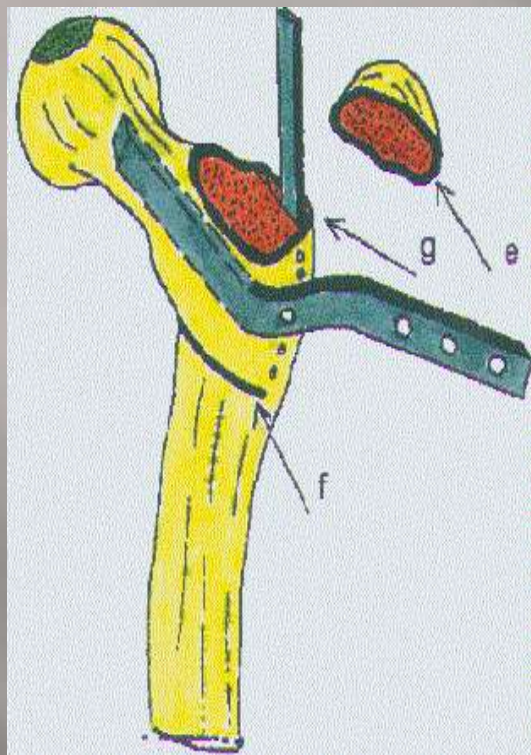
Осложнения имели место в

7% случаев

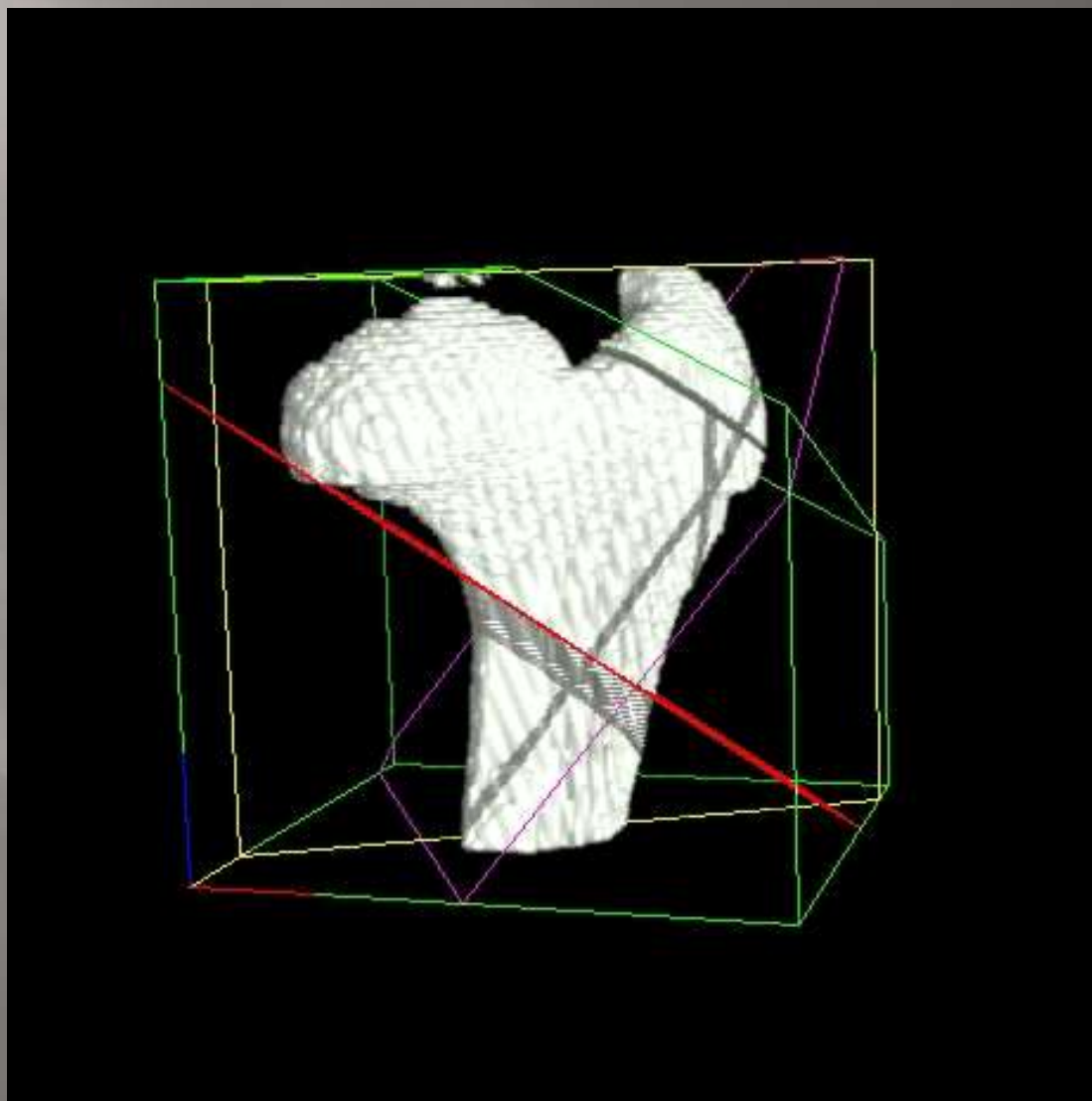
Ротационная остеотомия

используется для реориентации
проксимального отдела бедра в
трех плоскостях

Техника вмешательства

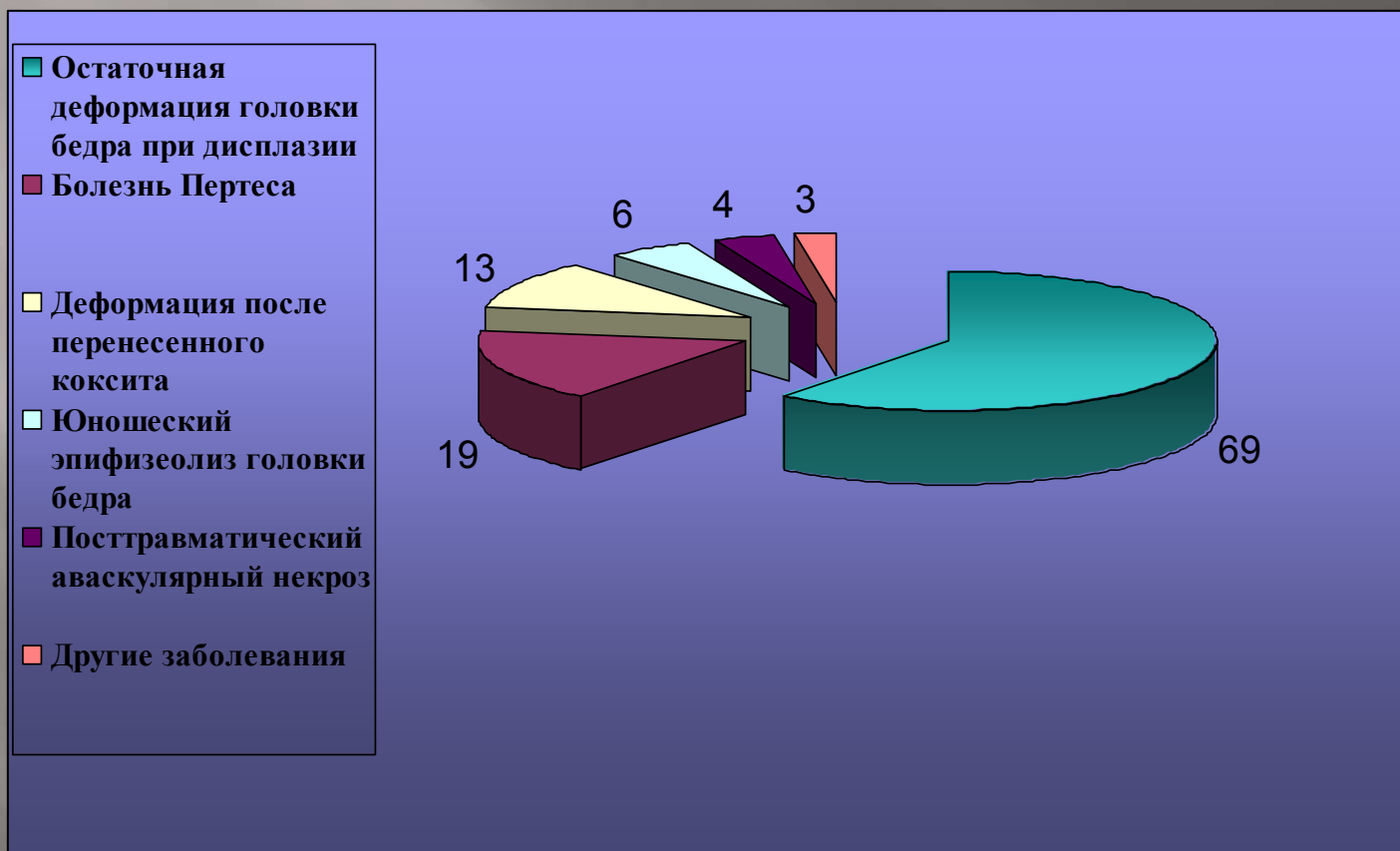


3-D компьютерное планирование



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 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., 18 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 А., 18 лет. Болезнь Пертеса, стадия исхода

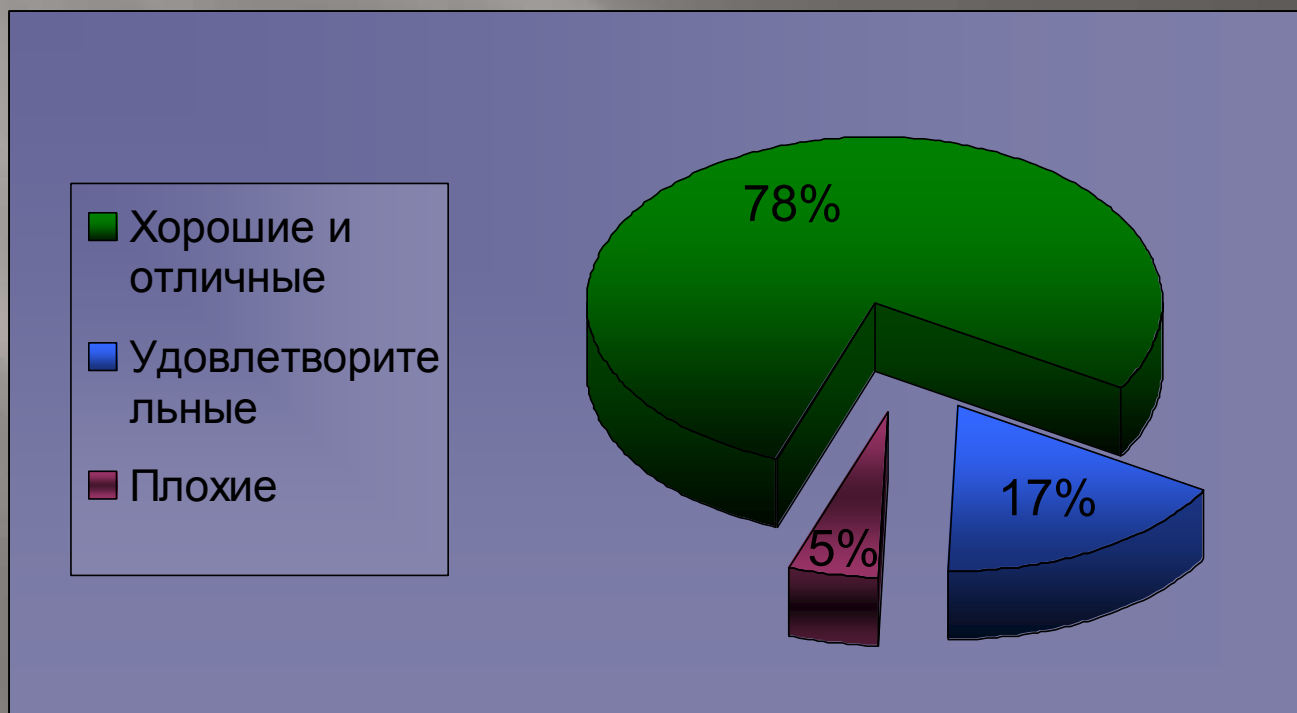


Эпифизарный коэффициент		Эпифизарно-шеечный коэффициент	Угол Виберга	ШДУ	Угол вертикального соответствия	АТД
До	43	58	16	110	100	0
После 1 оп	92	86	18	135	90	2.5
После 2 оп	92	86	40	135	90	2.5

Результаты

лечения деформаций при дисплазии – 69 случаев

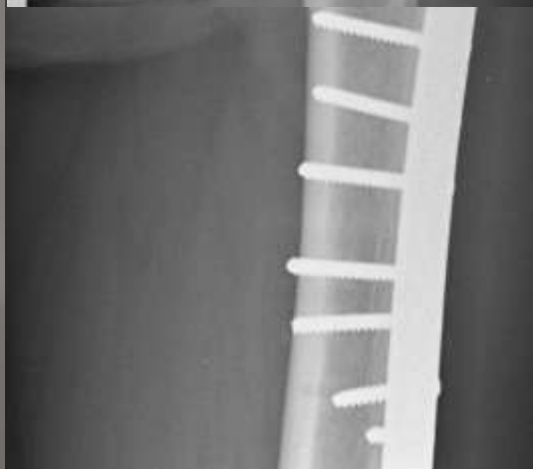
Клинические результаты оценивались по McKay
Рентгенологические – по Severin в модификации
Zionts and MacEwen.



Больной Г., 48 лет, АНГБК слева



Больной К., 28 лет, АНГБК слева



По мнению **Tonnis**

[Triple Pelvic Osteotomy - J Ped Orthop.-1994.- № 3.-Р. 54-67.],

остеотомия бедра, как самостоятельное вмешательство, является «абсолютно бесперспективным и в дальнейшем не будет использоваться вовсе».

Мы не можем полностью согласиться с этим мнением, однако считаем, что остеотомия бедра должна иметь строго ограниченное применение.

Остеотомия бедра должна:

- сохранять правильную механической оси конечности;
- восстанавливать центрацию головки бедра;
- сохранять или восстанавливать конгруэнтность суставных поверхностей;
- повышать стабильность сустава;
- Не создавать проблем для возможного последующего эндопротезирования.

Спасибо
за внимание!