



ГБУЗ ГKB им.С.П.Боткина

Докладчик: к.м.н.Блоков М.Ю.

Соавторы: проф. Слияков Л.Ю.

к.м.н. Донченко С.В.

Городянский А.А.

Терехин С.В.

Корригирующая подмышечелковая osteotomia в комплексном лечении гонартроза.

Москва 2016г.

Актуальность проблемы

Каждый хирург занимающийся лечением патологии коленных суставов у взрослых пациентов сталкивается с проблемой артроза.

В арсенале методов лечения, у врача травматолога-ортопеда, имеется возможность как консервативного так и оперативного лечения.

Консервативные методы:

1. медикаментозные препараты: НПВС, хондропротекторы, внутрисуставные инъекции кортикостероидов, препаратов гиалуроновой кислоты, PRP-терапия.

2. Методы разгрузки и шинирования:

-ортопедические изделия: ортезы, наколенники, ортопедические стельки, костыли, трость, ходунки.

3. ЛФК, ФТЛ, массаж, рефлесотерапия.

Хирургические методы:

1.Санационная артроскопия с возможностью применения различных видов хондропластики.

2. Эндопротезирование.



Зачастую врач травматолог-ортопед встречается с недостаточным эффектом от проведенной артроскопии коленного сустава, хотя и было выполнено максимум манипуляций из доступного арсенала: санация, синовэктомия, или хондропластика, а ожидаемый лечебный эффект не наступил.

Так почему же не наступил должный эффект? Изучив эти случаи мы выявили закономерность, что чаще всего дефект хрящевой поверхности располагается на стороне с измененной нагрузочной осью. Данные были получены по результатам серий рентгенограмм и КТ с нагрузочными осями.

Таким образом при лечении гонартроза всегда следует учитывать расположение нагрузочной оси конечности.

Понимание этой биомеханической закономерности и использование остеотомии дает возможность травматологу-ортопеду расширить спектр хирургических возможностей для более эффективного лечения артроза.

У врача появляется альтернатива в выборе метода лечения, а у пациента перспектива отсрочки протезирования сустава.

Исторический очерк.

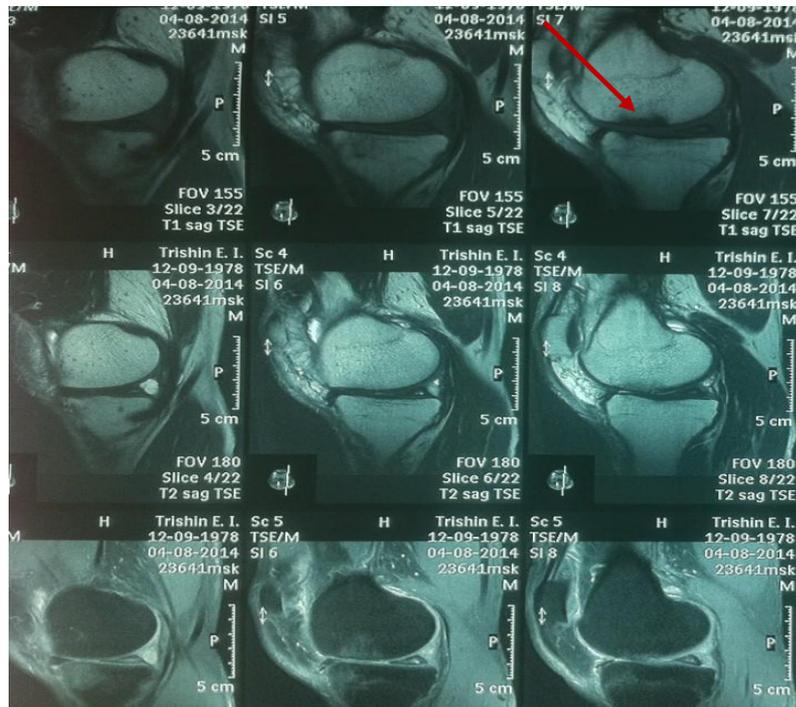
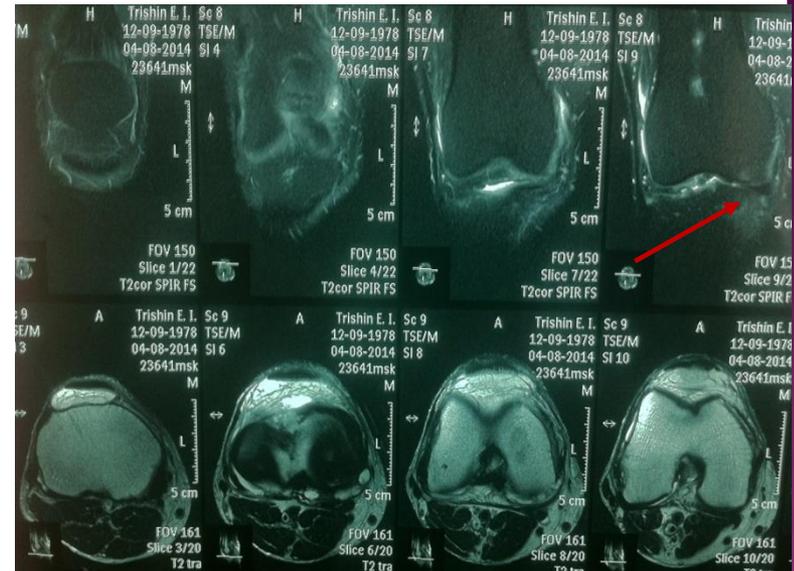
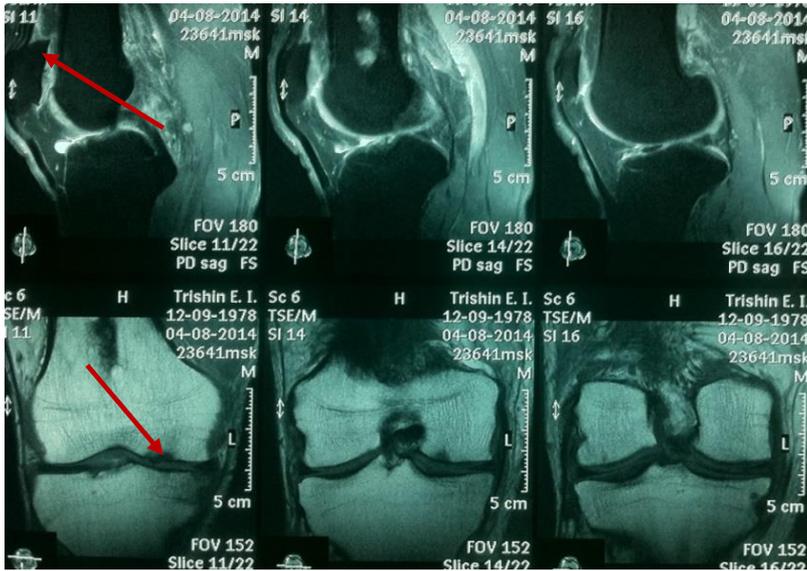
Первое упоминание об остеотомии было около полувека назад. В 1958 году J.P. Jackson применил околосуставную высокую остеотомию большеберцовой кости с целью лечения гонартроза при выраженных нарушениях биомеханики нагружаемых суставных поверхностей. Суть операции заключалась в центрирующей метаэпифизарной остеотомии большеберцовой кости. Автор получил обнадеживающие положительные результаты лечения с выраженным анальгетическим эффектом.

В последующие 60-е годы прошлого столетия метод получил широкое распространение в ортопедической практике.

Предлагались различные модификации видов остеотомий как самостоятельных - клиновидной, поперечной, куполообразной, дугообразной так и в комбинации с вентрализацией бугристости большеберцовой кости. Совершенствование средств фиксации привело к тому, что наряду с гипсовой повязкой получили широкое применение различные фиксаторы остеотомированных фрагментов: скобы, пластинки, шурупы.

Клиника гонартроза:

1. Боль длительного характера усиливающаяся при нагрузке. Скованность движений, хромота, стартовые боли.
2. Во время осмотра оси конечностей изменены Х-образные либо О-образные.
3. При пальпации отмечается резкая болезненность с внутренней или наружной стороны по ходу межсуставной щели.
4. Пассивные и активные движения в коленном суставе резко болезненны, ограничены.
5. Рентгенологически отмечается: сужение суставной щели, субхондральный склероз, краевые остеофиты, асептический некроз костной кости.
6. По данным МРТ выявляется: пателлофemorальный артроз, хондропатия хрящевых поверхностей мыщелков бедра и голени, дегенеративные изменения мягкотканых структур (связок, менисков).



Показания для корригирующей
вальгизирующей подмышцелковой
остеотомии:

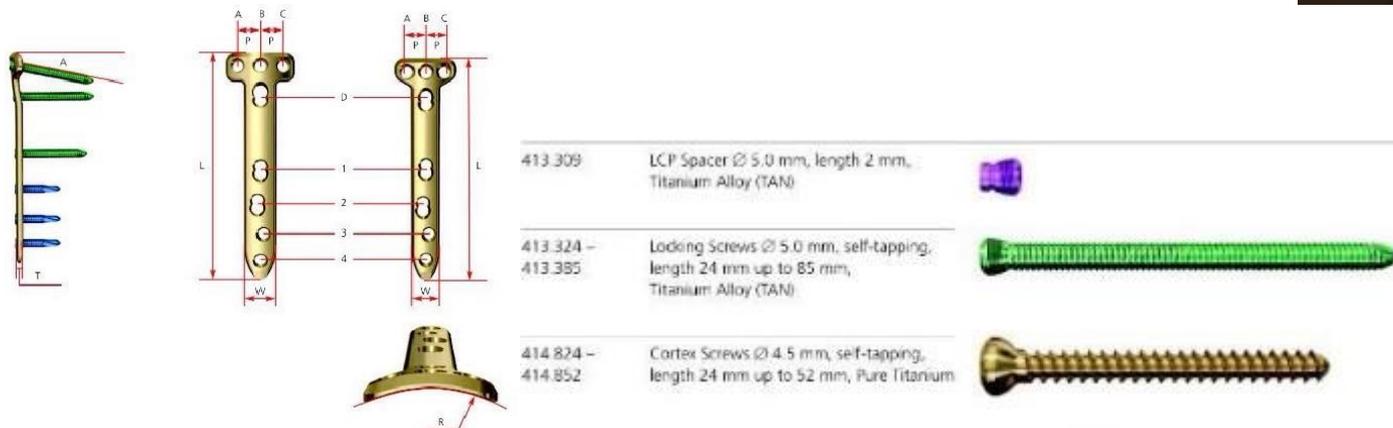
Гонартроз II-III стадии или
асептический некроз мыщелка,
хондропатия III-IV степени.

Предоперационное планирование:

КТ нижних конечностей

(для вычисления нагрузочной оси и ее коррекции)

Для открытоугольной подмышечковой остеотомии нужно подобрать качественный имплантат (мы используем пластину с угловой стабильностью Tomofix Medial High Tibial Plate).



Положение больного на спине, с фиксацией бедра под жгутом и свободным положением голени.

ТЕХНИКА ВЫПОЛНЕНИЯ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ВАЛЬГИЗИРУЮЩЕЙ ПОДМЫШЦЕЛКОВОЙ ОСТЕОТОМИИ.

- Доступ с медиальной поверхности большеберцовой кости.
- Косой разрез от внутренней суставной щели коленного сустава на 7 см в дистальном направлении. (кожа, подкожная фасция, надкостница).

Выполняем остеотомию бугристости для защиты собственной связки надколенника.

- Под ЭОП контролем заводим две параллельные спицы в плоскости остеотомии, остеотомом по спицам выполняем остеотомию.



При помощи долот бережно расклиниваем перелом, временно область диастаза фиксируем костным дистрактором с необходимым углом коррекции.



Важно при остеотомии не нарушить противоположный кортикальный слой, во избежание повреждения кровоснабжения надкостницы.

Фиксируем расклиненные кортикалы костных фрагментов пластиной с угловой стабильностью и винтами, гемостаз, ушивание.

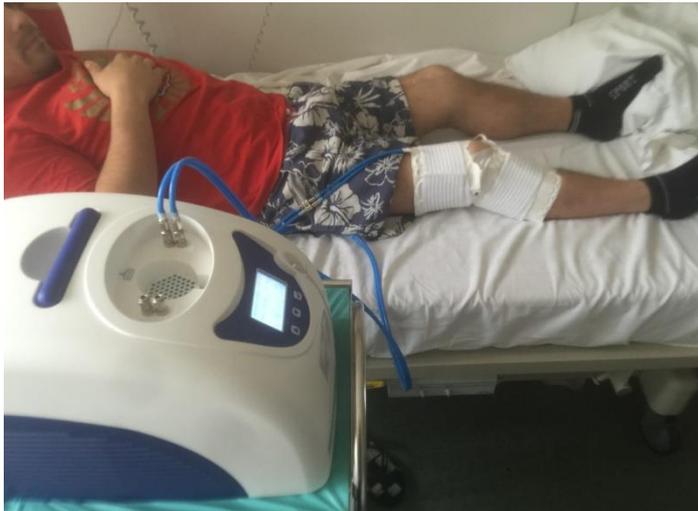


В зависимости от величины образовавшегося костного дефекта после остеотомии возможно выполнение костной пластики аутотрансплантат из гребня подвздошной кости.

Дефект кортикала > 1 см - выполняем костную пластику.
Дефект кортикала < 1 см - без костной пластики.

РАННИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.(1-6 СУТКИ)

Хорошо себя зарекомендовало использование контролируемой гипотермии с первых часов после операции в течение недели (HILOTHERM).



ЭФФЕКТЫ ОТ КОНТРОЛИРУЕМОЙ ГИПОТЕРМИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АППАРАТА HILOTHERM:

1. Значительное уменьшение отека и гематом;
2. Снижение интенсивности боли, уменьшение доз и длительности приема анальгетиков;
3. Сокращение времени пребывания больных в стационаре и реабилитации;
4. Комфортная реабилитация.



Рекомендации на момент выписки:

- Ходьба при помощи костылей с дозированной нагрузкой на прооперированную конечность на 8 недель.
- Курс ФТЛ, ЛФК (СРМ терапия).
- НПВС - при болях.
- Антиагреганты.
- Ограничение физ. нагрузки на 12 недель.
- Рентгеконтроль в динамике через 8 недель.



Резюме.

- 1.Остеотомия эффективна!
- 2.Расширяет возможности хирурга в выборе метода хирургического лечения артроза.
- 3.Дает пациенту перспективу отсрочки эндопротезирования сустава.
- 4.Наиболее эффективна в сочетании с артроскопией.
- 5.Рекомендовано использование МРТ и КТ для планирования этапов хирургического вмешательства.
- 6.Рекомендовано использование контролируемой гипотермии с первых часов после операции.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!