

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДХРОПАТИИ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

Д.А.Симонян, С.Г.Карапетян, Г.Б.Саакян, Г.С.Карапетян,
Г.А.Галстян

*/Ереванский государственный медицинский университет им. М. Гераци,
кафедра детской хирургии/
375025 Ереван, ул. Корюна, 2*

Ключевые слова: транспервикальная туннелизация, разгрузка

Повышенный интерес к болезни Пертеса в литературе последних лет связан со значительным ростом заболеваемости. Так, если в конце 50-х гг. она составляла 2-3% от общего числа больных с патологией тазобедренного сустава, то в 80-х гг. эта цифра возросла до 17% [1,3]. Пусковым механизмом данной патологии является нарушение кровотока в бассейне медиальной артерии, огибающей бедро [4], и наличие постоянной нагрузки на сустав в условиях его ишемии [7].

Из данных литературы следует, что консервативное лечение в санаторно-курортных условиях экономически невыгодно из-за его длительности (4-6 лет). Применение деторсионно-варизирующих остеотомий у большинства наших больных с нормальными возрастными показателями ПДУ и угла антефлексии, с нашей точки зрения, недостаточно обосновано [1]. Предлагаемая некоторыми авторами одноканальная туннелизация толстой фрезой травматична, а в случае применения аутотрансплантата исключает понижающий внутрикостное давление эффект операции.

Материал и методы

Под нашим наблюдением в ортопедических отделениях при кафедре детской хирургии за последние 12 лет находилось 73 ребенка с болезнью Пертеса в возрасте от 3 до 14 лет в разных стадиях болезни (52 — в стадии некроза, 14 — сплющивания, 4 — фрагментации, 3 — репарации). В 65 случаях в анамнезе отмечалась травма. Клинические проявления и течение болезни соответствовали классическому описанию патологии [5,6].

Дети поступали на 3-6-й месяц от начала заболевания. Причины поздней обращаемости к врачу заключались в трудностях дифференциальной диагностики, а также в недостаточном знании ранних клинико-рентгенологических признаков болезни врачами не ортопедами.

Исходя из многолетнего опыта лечения этого контингента больных, нами был разработан и применен комбинированный консервативно-оперативный метод, суть которого сводилась к следующему. Всем больным со дня поступления в стационар накладывалось горизонтальное лейкопластырное вытяжение с грузом,

соответствующим возрасту и конституции больного. Это не только снимало риск дальнейшей деформации остеопорированной головки бедра, но и в течение 7-10 дней купировало болевой синдром. Параллельно проводилась укрепляющая терапия, включающая иглоукалывание, ионофорез, витаминотерапию, активные движения в здоровом и пассивные в пораженном суставах.

Через 3 недели после соответствующей подготовки производилась операция туннелизации шейки и головки бедра. Через маленький разрез кожи в области большого вертела создается удобный доступ и с помощью тонкого сверла или спицы Киршнера электродрелью пробиваются 15-20 каналов сквозь шейку и головку бедра. В стадии сплющивания и фрагментации с целью ускорения реосификации операция дополнялась введением в 2-3 канала тонких аутоотрансплантатов, взятых с гребня большеберцовой кости (12 больных). После операции накладывалась коксидная гипсовая повязка в положении отведения 25-30° и небольшой внутренней ротации.

Через 2 месяца после контрольной рентгенографии в условиях стационара гипсовую повязку снимали, и ребенок получал 7-10-дневный комплекс реабилитационной терапии. При выписке рекомендовалось максимально снизить нагрузку на пораженную конечность, первые 2-3 месяца ходить с помощью 2 костылей, затем 5-6 месяцев — с одним.

Результаты и обсуждение

Периодический контроль каждые 3-4 месяца в течение 1,5-2 лет показал полное клиническое излечение большинства больных через 13-15 месяцев после начала лечения, что проявлялось отсутствием болей, хромоты, восстановлением объема движений в суставе. Рентгенологически головка бедра приобретает округлую либо овальную конфигурацию на 20-22-й месяц лечения.

Приводим следующий клинический случай.

Больной М. 7 лет поступил в отделение ортопедии ДКБСП 13.01.94 из районной больницы г. Алаверды с диагнозом: левосторонняя болезнь Пертеса? Жалуется на сильные боли в области левого тазобедренного сустава, из-за чего практически не опирается на левую ногу. В анамнезе отмечалась незначительная травма во время игры в футбол 5-6 месячной давности.

Объективно отмечается болезненность при пальпации в области большого вертела, значительное ограничение отведения и внутренней ротации левого бедра, атрофия мышц бедра на 3 см, относительное укорочение конечности на 2 см. Рентгенологически выявлена вторая стадия болезни Пертеса.

Наложено лейкопластырное вытяжение по горизонтали с грузом 3 кг, назначены иглотерапия и ионофорез через день, лечебная физкультура, витаминотерапия. 29.01.94 г. произведена операция туннелизации шейки и головки бедра с введением в 3 отверстия (из просверленных 15) аутоотрансплантатов, взятых с гребня большеберцовой кости. Наложена коксидная гипсовая повязка с отведением бедра на 25°. 05.04.94 гипсовая повязка была снята, после чего ребенок передвигался с помощью двух костылей в течение 2 месяцев и до января 1995 г. — с одним костылем.

В течение этого года больной трижды получал стационарный курс консервативной терапии. В настоящее время у ребенка болей нет, походка стала правильной, на рентгенограмме головка бедра овальной формы, опорная функция нижней конечности полностью восстановилась, объем движений в суставе равен объему движений на здоровой конечности.

Из 73 больных, находившихся под нашим наблюдением, отдаленный результат до 2,5 лет удалось проследить у 47 детей. В трех случаях у детей в стадии репарации сохранялась утомляемость, ограничение движений в суставе, относительное укорочение конечности, положительный симптом Тренделенбурга. На рентгенограмме имелась укороченная и расширенная шейка бедра с шеечно-диафизарным углом $80-85^\circ$, в одном случае — протрузия и подвывих. Этим больным производилась подвертельная вальгизирующая остеотомия бедра с фиксацией пластиной Тер-Егизарова. В двух случаях результат лечения был удовлетворительный, в одном — начался активный дистрофический процесс, приведший к коксартрозу.

Таким образом, разработанная нами методика достаточно эффективна и доступна для использования в ортопедической практике в условиях современной Армении.

Поступила 06.09.95

ԱՁԴՐՈՍԿՐԻ ԳԼԽԻԿԻ ՕՍՏԵՈՒՈՆԴՐՈՊԱԹԻԱ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՄԲ ՏԱՌԱՊՈՂ ԵՐԵԽԱՆԵՐԻ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԵՐ ՓՈՐՉԸ

**Դ.Ա.Սիմոնյան, Ս.Գ.Կարապետյան, Գ.Բ.Սահակյան,
Գ.Ս.Կարապետյան, Գ.Ա.Գալստյան**

Հոդվածում ներկայացված է ազդրոսկրի գլխիկի օստեոխոնդրոպաթիա հիվանդությամբ տառապող երեխաների բուժման փորձը՝ կոնսերվատիվ-օպերատիվ մեթոդով՝ հողի կմախքային ձգման, ազդրոսկրի պարանոցի եւ գլխիկի թունելիզացիայի, կոքսիտային գիպսային կապի, հեմակների, դեղորայքային եւ ֆիզոթերապիտիկ մեթոդների համալիր կիրառմամբ, որը հանգեցրել է երեխաների մեծամասնության կլինիկական ապաքինմանը եւ ոսկրի ռենտգենաբանական կառուցվածքի ու ձեւի լավացմանը:

Այս բոլորը թույլ է տալիս Պերտեի հիվանդության բուժման տվյալ մեթոդը առաջարկել Հայաստանի մանկական կլինիկաներում:

OUR EXPERIENCE OF CAPUT FEMORIS OSTEOCHONDROPATHY TREATMENT IN CHILDREN

**D.A.Simonyan, S.G.Karapetyan, G.B.Sahakian,
G.S.Karapetyan, G.A.Galstyan**

Our experience of treatment of caput femoris osteochondropathy in children by a conservative-surgical method including complete unloading of the joint (extension, coxide plaster bandage, crutches), a complex of therapeutic and physiotherapeutic measures and the operation of tunnelization of the neck and head of the femur are described.

The method allows to achieve clinical improvement of the patients in 15-16 months and roentgenologic improvement of the structure and form of the proximal epiphysis in 20-22 months.

The authors recommend this method for application in clinics of our republic.

1. Андрианов В.Л., Веселовский Ю.А., Тихоненков Е.С., Садофьева В.И. Межвертельная остеотомия бедренной кости при лечении болезни Пертеса. Ортопед., травматол., протезир., 1987,10, с. 40.
2. Веселовский Ю.А., Садофьева В.И., Рябкова Е.Г., Яковлева Т.А. Нейротрофические нарушения в патогенезе болезни Пертеса. Там же, 4, с. 28.
3. Грацианский В.П. Асептический некроз головки бедренной кости у детей и взрослых. М., 1955.
4. Долницкий О.В., Радомский А.А. Варианты кровоснабжения области тазобедренного сустава при болезни Пертеса и их связь с течением патологического процесса. Ортопед., травматол., протезир., 1987,10, с. 45.
5. Прохоров В.П. Особенности болевого синдрома при идиопатическом остеонекрозе головки бедренной кости и его диагностика. Там же,1981,12, с. 31.
6. Талько И.И. Асептический некроз эпифизов в период роста. Там же,1981, 9, с. 1.
7. Thompson G.H, Salter R.B. Clinical symposia, 1986, 38, 3.

