

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ВІДДАЛЕНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ
ЗАСТОСУВАННЯ М'ЯКОТКАНИННОЇ ДЕКОМПРЕСІЇ
ПРИ УСКЛАДНЕНОМУ ПЕРЕБІГУ ХВОРОБИ
ЛЕГГ-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА (ХЛКП).**

Кузьо З.Т., Корольков О.І.*

КЗ ЛОР Львівська обласна дитяча клінічна лікарня «Охматдит»

** ДУ «ІПХС ім. проф. М.І.Ситенка НАМНУ», м. Харків.*

На основі раніше виконаних досліджень, нами був виділений «гіперпресійний синдром кульшового суглоба (КС) при ХЛКП», що обумовлений м'якотканиним (у першу чергу м'язовим) дисбалансом та розвиненням у наступному децентрації КС, дисконгруентності компонентів КС і їх об'ємної невідповідності [2008-2011 рр.]. Зазначений синдром виникає у 10-15% хворих із ХЛКП, при цьому середні терміни лікування таких пацієнтів подовжуються на 10-15 міс порівняно із середньостатистичними, обтяжується перебіг захворювання та погіршуються результати лікування.

Мета роботи: представити порівняльний аналіз віддалених результатів застосування м'якотканинної декомпресії при ускладненому перебігу хвороби Легг-Кальве-Пертеса.

Матеріал і методи. Для порівняльного аналізу було відібрано 88 дітей із ХЛКП (102 суглоби), віком від 3,5 до 12 років, які перебували на лікуванні у 1999-2014 рр. в дитячій клініці ІПХС ім.проф. М.І.Ситенка і в дитячому ортопедичному відділенні Львівської обласної дитячої клінічної лікарні «Охматдит». Діти були розділені на дві групи, ідентичні за віковими і статевими ознаками, а також стадіями (за Рейнберг С.А., 1964 г.) та ступенем і видом ураження головки стегнової кістки (ГСК) при даному захворюванні (за Catterall A., 1989р.): 1-а - контрольна група складала 54 дітей (хворі цієї групи отримували стандартне для цієї хвороби лікування – розвантаження суглоба (ходьба на милицях), фізіотерапевтичне та санаторно-курортне лікування, масаж, ЛФК, медикаментозні препарати), 2-а – основна група – 34 дитини. Основна відмінність 2-ї групи від 1-ї полягала у тому, що на етапах лікування хворим було виконане хірургічне лікування в об'ємі м'якотканинної декомпресії з наступним виконанням принципу “containment”.

Хворі за стадіями захворювання розподілялися наступним чином: I ст. – 24 дитини (26 суглобів); II ст. – 37 (43); III ст. – 27 (33). Дітей з IV і V стадіями захворювання в даній роботі не враховували. Всім пацієнтам до початку і в процесі лікування проводили клінічне, рентгенологічне, біохімічне та імунологічне дослідження, рефлексодіагностику за методом Накатані, ультразвукове дослідження КС, динамометрію і

електроміографію м'язів нижніх кінцівок. Частині хворих для уточнення діагнозу та відпрацювання плану лікування проводили ядерно-магнітно-резонансну томографію (ЯМРТ).

Результати лікування та їх порівняльний аналіз в обоз групах проводили відповідно до розробленої оціночної шкали у балах, яка враховувала клінічні та рентгенологічні дані із урахуванням індексів, що характеризували взаємовідношення компонентів КС (від 3,9 до 5 балів – результат добрий або відмінний, від 2,5 – до 3,9 – задовільний, нижче 2,5 – незадовільний).

Результати та їх обговорення. Загальною рисою обох груп дітей було розвинення ускладненого перебігу ХЛКП із явищами гіперпресії у КС, що у першу чергу проявлялось стійкою згинально-привідною ротаційною контрактурою суглоба і тривалим больовим синдромом. Дані спеціальних методів дослідження (рентгенологічне, УЗД і ЯМРТ) у динаміці вказували на наявність випоту в суглобі, набряку хряща ГСК, капсули і параартикулярних тканин КС, прогресування децентрації ГСК, у 1-й групі - з підвивихом, розширення суглобової щілини в медіальному відділі, різке зниження висоти епіфіза при збільшенні його ширини (особливо в латеральну сторону) з виникненням і наростанням деформації ГСК, а електроміографія м'язів та діагностика за Накатані вказували на явища прогресування міотонічного синдрому. Епіфіз ГСК був вражений більш ніж на 50% (3-4 ступінь ураження ГСК по Catterall A.), процес некрозу переходив на зону росту і шийку стегнової кістки. За даними ЯМР-томографії виявлялася об'ємна невідповідність між збільшеною в розмірах ГСК і кульшовою западиною (КЗп). При біохімічному дослідженні крові та сечі у таких хворих відзначалося збільшення показників сіалової кислоти, глікопротеїдів, хондроїтинсульфатів, лужної фосфатази (при зниженні кісткового ізоферменту лужної фосфатази в 1,5-2 рази від нижньої межі норми), кислої фосфатази (іноді більше норми в 5-10 разів!), оксипроліну сечі і уронових кислот, що свідчило про активність процесів перебудови в кістковій і хрящовій тканинах з переважанням дистрофії та деструкції.

Як уже було вказано вище, діти 1-ї групи отримували «стандартне» в таких випадках лікування, яке однак у 59,3% випадків (32 дитини) супроводжувалось розвиненням вираженого підвивиху ГСК, розширенням суглобової щілини в медіальному відділі, різким зниженням висоти епіфіза при збільшенні його ширини (так звана «екструзія» ГСК в латеральну сторону) з виникненням і наростанням деформації ГСК. Наявна м'язова гіперпресія та контрактура у КС не давали змогу у повній мірі виконати лікування за принципом “containment” – використання відвідних ортезів та шин або не використовувалось зовсім, або посилення

больового синдрому призводило до відмови дітей від їх використання. Результат лікування в цих дітей оцінено нами як задовільний, або незадовільний, а термін лікування був подовжений у порівнянні із стандартними термінами на $10 \pm 3,5$ міс.

У дітей 2-ї групи з метою декомпресії КС ставили показання до оперативного втручання: міотомія аддукторів, субспінальна міотомія, Z-подібна декомпресивна пластика широкої фасції стегна по латеральній поверхні КС, відсічення сухожилка клубово-поперекового м'яза від малого вертлюга, свердування отворів у шийці стегнової кістки по напрямку від великого вертлюга до епіфіза ГСК. У післяопераційному періоді кінцівку фіксували на 1-1,5 місяці гіпсовою кокситною пов'язкою в положенні відведення і внутрішньої ротації (чим домагалися центрації ГСК у КЗп). Паралельно проводили медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування. Після зняття гіпсової пов'язки дитина продовжував отримувати консервативне патогенетичне лікування із збереженням відведення стегон і внутрішньої ротації під клініко-рентгенологічним контролем стану КС та стану сполучно-тканинного і мінерального обміну за допомогою біохімічного дослідження крові та сечі.

При застосуванні зазначеної методики у хворих відзначено усунення контрактури в КС, центрація ГСК у КЗп, збереження або відновлення форми ГСК, прискорений перехід однієї стадії захворювання в іншу. До кінця лікування функція м'язів, на яких виконувалося оперативне втручання, повністю відновлювалась. Результати лікування у цих дітей оцінено нами таким чином: добрий та відмінний - у 64,7% випадків (22 дитини), задовільний – 26,5% випадків (9 дітей), незадовільний - 8,8% випадків (3 дитини), а терміни лікування практично відповідав стандартним термінам. Однак головним досягненням при лікування дітей 2-ї групи ми вважаємо збереження округлої форми ГСК та відновлення функції КС у 91,2% випадків.

Заключення.

1. Отримані дані підтверджують необхідність виділення хворих з ускладненим перебігом у I-III стадії хвороби Легг-Кальве-Пертеса в окрему групу (з явищами гіперпресії у КС), яка вимагає своєї особливої діагностичної та лікувальної тактики.

2. Порівняльний аналіз віддалених результатів лікування ускладненого перебігу хвороби Легг-Кальве-Пертеса у I-III стадії доводить ефективність застосування м'якотканинної декомпресії кульшового суглобу з подальшим продовженням консервативного лікування і дотриманням правила "containment", що дозволяє рекомендувати її до більш широкого використання у показаних випадках.