

ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ОСГУД-ШЛЯТТЕРА В УМОВАХ СОДКЛ

Шишук В.Д.¹, Терехов А.М.¹, Змисля І.Ф.², Аль-Вхілі Алі Хассан

¹Сумський державний університет, медичний інститут, м. Суми, Україна

²Сумська обласна дитяча клінічна лікарня, м. Суми, Україна

Вступ. Хвороба Осгуда-Шляттера (остеопатія горбистості великої гомілкової кістки) посідає третє місце за частотою захворювань серед усіх остеохондропатій і вражає підлітків. Переважно вона проявляється у юнаків віком 10-18 років, але останнім часом почастишали випадки діагностування даного захворювання й серед дівчат. У групі ризику хвороби перебувають підлітки, які займаються активними і травматичними видами спорту. У результаті надмірних навантажень на чотириглавий м'яз стегна в період активного росту організму підлітків, кісткова тканина гомілки перестає отримувати необхідні для нормального розвитку речовини, у результаті чого відбувається ослаблення або часткове омертвіння горбистості великогомілкової кістки.

Мета – дослідити особливості лікування дітей з хворобою Осгуда-Шляттера в умовах СОДКЛ.

Матеріал і методи. З 2014-2016 рр. в СОДКЛ знаходилися на лікуванні 34 пацієнта з остеохондропатією горбистості великогомілкової кістки, з них хлопчиків було 28, дівчаток – 6. Вік хворих становив від 10 до 16 років. Найбільш часто захворювання зустрічалось серед пацієнтів віком від 13 до 15 років (27 випадків). Серед хворих переважало одностороннє ураження великогомілкової кістки – 22 пацієнти, двостороннє – 12, лівостороннє – 12 та правостороннє – 10 дітей. Основною причиною хвороби були травми – 23 випадки з 34. Пацієнти до обстеження ніякого лікування не проходили і потрапляли на лікування лише через 3-12 місяців після початку захворювання.

При клінічному огляді в ділянці горбистості великогомілкової кістки спостерігалася припухлість, невелика набряклість і м'якість тканин, промацувався хворобливий твердий кістковий нарост. При ходьбі при повному згинанні і розгинанні колінного суглоба турбував сильний місцевий біль у ділянці горбистості великогомілкової кістки. Атрофія м'язів гомілки спостерігалася в 11 дітей і становила від 0,5 до 1,5 см. Підвищення температури спостерігалася у 2-х хворих.

При рентгенологічному дослідженні горбистості великогомілкової кістки: світлі ділянки чергувалися з темнішими, безструктурними, тобто відзначалася втрата структури хоботоподібного відростка, іноді була повна фрагментація горбистості і визначалася лінія її перелому. Хрящ, що покривав ядро окостеніння спереду, був потовщений і в нижньому відділі піднятий вперед і догори. У деяких випадках відзначалася велика овальна або округла тінь, що лежить ізольовано попереду горбистості у її заглибленні – кісткове включення в хрящі. При цьому хоботоподібний відросток був деформований, місцями розширений або звужений. Дуже рідко (в 1 випадку) спостерігалися кісткові нашарування грибоподібної форми по передній поверхні горбистості. При тривалому перебігу захворювання горбистості великогомілкової кістки спостерігалися деформації, формувалася екзостоз, нерідко простежуються гронovidні просвітлення.

Результати лікування. Вибір способу лікування безпосередньо залежав від фізичного стану хворого, його віку і статі. Обов'язково оцінювався обсяг рухів, який дитина зможе виконувати без шкоди для свого фізичного стану, також враховувалися старі травми.

26 хворим було рекомендоване наступне лікування: електрофорез з хлористим кальцієм, йодом, лідазою, парафін на область гористості і внутрішньом'язові ін'єкції вітамінів групи В. На лікуванні пацієнти перебували від 1 до 2 місяців, амбулаторне лікування та спостереження становило в середньому близько 4 місяців. Клінічні симптоми, як правило, зникали протягом першого місяця після початку лікування.

Рентгенологічно у процесі лікування окремі некротичні кісткові ділянки розсмоктувалися, інші постійно збільшувалися у розмірах, зливалися один з одним. Потім вони перебудовувалися і гористість набувала нормальної структури, фазності перебудови

не відзначалося. У всіх випадках захворювання закінчилося повним відновленням кісткової структури горбистості. У тих випадках, де проводилася туннелізація горбистості спицями (3 випадки) терміни лікування скорочувалися незначно (на 3-4 тижні), і через 2,5 місяці відзначалося відновлення кісткової структури горбистості великогомілкової кістки.

Висновки. Таким чином, лікування остеохондропатій горбистості великогомілкової кістки є питанням часу. Симптоматична терапія прискорює процес відновлення. Загалом, прогноз хвороби ОсгудаШляттера сприятливий, але може зберегтися залишкова деформація у вигляді шишок під колінним суглобом. При повільному перебігу хвороби можливе хірургічне лікування, яке спрямоване на прискорення процесів реваскуляризації ураженої області кістки. Однак, після такого лікування попередній стан здоров'я повернути важче, реабілітаційний період затягується на 6-12 місяців.