

КЛИНИЧЕСКАЯ ВЕРИФИКАЦИЯ АЛГОРИТМИЗИРОВАННОЙ СИСТЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПЕРТЕСА.

Громов А.Б., Корольков А.И., Кузьо З.Т.*

ГУ «Институт патологии позвоночника и суставов им. проф. М.И. Ситенко НАМНУ»,
*КЗ ЛОР Львовская Областная детская клиническая больница «Охматдет»

Цель исследования: представить результаты клинической верификации алгоритмизированной системы лечения болезни Пертеса (БП).

Материал и методы. Работа основана на ретроспективном анализе 214 историй болезни детей с БП, в возрасте от 3,5 до 14 лет. Всем больным проводилось комплексное клинкоинструментальное обследование (по показаниям). Особенности и площадь поражения эпифиза головки бедренной кости (ГБК) определяли по классификации A.Catterall, а также использовали классификацию БП по С.А. Рейнбергу. В работе использован метод концептуального моделирования и системно-интеграционный подход к решению проблемы диагностики и лечения БП.

Результаты и их обсуждение. Использован лечебно-диагностический алгоритм состоящий из нескольких этапов: 1. Диагностический; 2. Выбор и осуществление метода лечения; 3. Наблюдение за больным в динамике, до выздоровления.

Ретроспективный анализ показал, что существуют проблемы в плане своевременной диагностики БП, так в 40,1% детей диагноз БП впервые был поставлен во 2 ст. заболевания, в 29,7% - в 3 в. и только в 27,9% (!) - в 1-й ст. (согласно классификации Рейнберга С.А.).

Создан определенный перечень мероприятий, необходимых для диагностики БП:

- поиск клинических симптомов нарушения функции тазобедренного сустава (ТБС) (данные симптомы не являются патогномичными, но позволяют заподозрить заболевание именно ТБС), сбор анамнеза;

- специальные и инструментальные исследования (рентгенологическое, ультразвуковое, доплерография, МРТ и КТ-томография, иммунологические и биохимические исследования и некоторые другие), которые направлены на определение: стадии заболевания, степени поражения эпифиза ГБК, особенности изменений в мягких тканях ТБС и особенностей изменений гомеостаза организма, отклонений от нормы в анатомическом строении ТБС, нарушений нагрузки ТБС (латеральная смещения и децентрация ГСК, подвывих и вывих бедра), явлений разрушения элементов ТБС и повреждения зон роста.

Лечебная часть алгоритма включает перечень определенных консервативных и хирургических мероприятий, которые органично дополняют друг друга и направлены на сохранение конгруэнтности в ТБС и, соответственно, на выздоровление больного. Считаем, что хирургическое лечение при БП должно выполняться только в случаях наличия определенных синдромов (или их сочетания), которые не могут быть устранены консервативными средствами, а именно:

1. Синдром внутрисуставных препятствий к центрации ГБК;
2. Синдром мягкотканного несоответствия ТБС с прогрессирующим ограничением движений (контрактуры) в ТБС, не устраняемый консервативными методами;
3. Прогрессирование латерального смещения эпифиза ГСК, а затем развитие децентрации и подвывиха бедра;
4. Прогрессирование асептического некроза ГБК (тип 3 и 4 по A.Catterall)
5. Синдром объемного несоответствия ГБК и вертлужной впадины (ВВп) - не соответствие их друг другу по объему и форме;
6. Синдром отклонений в строении ПВСК (как правило, вальгусная деформация увеличенной антеторсии, деформация большого вертела);
7. Синдром вторичных отклонений в ВВп; 8. Синдром разрушения и реактивных изменений в ТБС.

Создан "Банк" консервативных методов и хирургических вмешательств, включающий набор типовых модулей, который обеспечивает дифференцированное лечение больного с устранением проявлений различных синдромов ТБС и их сочетаний при ХЛКП.

Заключение. При выполнении такого алгоритмизированного подхода к диагностике и лечению детей с БП отмечено увеличение диагностики этого заболевания в 1-й стадии до 65,3% (в случае своевременного обращения), а в случае хирургического лечения БП (по показаниям) , получены отличные и хорошие результаты лечения в 86,7% случаев.