Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет

имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО

Зав. кафедры д.м.н., доцент Шнякин П.Г

РЕФЕРАТ

Тема: «Болезнь Пертеса»

Выполнил ординатор 1 года Кафедры травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО

Воронин К.А.

Красноярск 2024

Болезнь Пертеса (остеохондропатия головки бедренной кости) — отмирание головки бедренной кости неинфекционной природы. Преобладающий возраст развития болезни Пертеса — 4—14 лет. Мальчики болеют в 3—4 раза чаще, чем девочки. Ппредставляет собой самую распространенную в детском возрасте разновидность асептического некроза головки бедренной кости.

Выделяют 5 стадий болезни Пертеса:

1. стадия - асептический некроз
2. стадия - вторичный компрессионный перелом
3. стадия - фрагментация, рассасывание участков отмершего губчатого вещества
4. стадия - восстановление
5. стадия - стадия вторичных изменений

# Причины

Обязательным условием развития болезни Пертеса является наличие у ребенка определенных предрасполагающих (врожденных) и производящих (приобретенных) факторов.

Предрасполагающим фактором болезни Пертеса (или фоном для её появления) служит нарушение развития, в данном случае – недоразвитие, (миелодисплазия) поясничного отдела спинного мозга, отвечающего за иннервацию тазобедренных суставов. Недоразвитие спинного мозга носит врожденный - наследственно обусловленный характер, оно встречается у значительной части детей и различается по степени тяжести. Миелодисплазия легкой степени может оставаться незамеченной на протяжении всей жизни, в то время как более существенные нарушения развития спинного мозга проявляются в виде целого ряда ортопедических заболеваний, к которым

относится и болезнь Пертеса.

Анатомическое строение области тазобедренных суставов у детей с миелодисплазией отличается в частности тем, что количество и калибр сосудов и нервов, осуществляющих иннервацию и кровоснабжение суставов, меньше, чем у здорового ребенка, поэтому кровоток в тканях сустава хронически понижен, и они испытывают дефицит питания. Наличие миелодисплазии также отрицательно влияет и на тонус сосудистой стенки.

Между тем, болезнь Пертеса развивается только в том случае, когда кровоснабжение головки бедра полностью прекращается, что происходит под действием производящих факторов - воспаление тазобедренного сустава или незначительная по силе травма, ведущие к компрессии (пережатию) вышеописанных малочисленных и недоразвитых сосудов извне. Воспаление

тазобедренного сустава возникает под влиянием инфекции, попадающей в сустав, например, из носоглотки при простудных заболеваниях. Именно поэтому последние нередко предшествуют началу болезни Пертеса. Незначительная по силе травма может остаться незамеченной как родителями, так и детьми. В результате происходит полное блокирование кровотока (или инфаркт) головки бедра, приводящий к её частичному или полному омертвению, то есть

образованию очага некроза.

# Симптомы

Процесс чаще бывает односторонним, реже - двусторонним. Начальные стадии протекают без каких-либо проявлений. Первые признаки болезни Пертеса - незначительная болезненность в тазобедренном суставе и хромота. Иногда заболевание начинается с болей в коленном суставе.

Родители могут заметить некоторые нарушения походки в виде «припадания» на одну ногу или

«приволакивания» ноги. Сильные боли отмечаются гораздо реже, грубой хромоты, как правило, не бывает – поэтому обращение к врачу в первой стадии заболевания (стадия остеонекроза) является довольно большой редкостью. Первая стадия заболевания является обратимой и при

благоприятном стечении обстоятельств (небольшой объем очага некроза и быстрое

восстановление кровотока в эпифизе) заболевание может завершиться до начала развития деформации головки бедра, не переходя во вторую стадию.

В дальнейшем омертвевшая костная ткань верхней полусферы головки бедра теряет свою

нормальную механическую прочность, вследствие чего, под влиянием обычной повседневной нагрузки – ходьба, прыжки и т.п. или даже при отсутствии таковой, постепенно развивается деформация головки бедра, которая является главной и наиболее сложной проблемой в лечении ребенка. Позднее появляются усталость при ходьбе, боли в суставах, хромота, ограничение движений в тазобедренном суставе, укорочение конечности.

На момент завершения болезни Пертеса деформация головки бедра может иметь разную степень выраженности – от незначительной и едва заметной на рентгенограмме до грубой «грибовидной» или «седловидной». Степень деформации головки бедра определяется размерами и локализацией (расположением) очага некроза в эпифизе и, в свою очередь, напрямую определяет исход заболевания – благоприятный или неблагоприятный. Неблагоприятным исходом заболевания считается появление клинических признаков деформирующего коксартроза (неуклонно

прогрессирующие дегенеративные изменения сустава) в виде выраженного болевого синдрома и нарушения походки.

# Диагностика

Необходимый минимум обследования, который позволяет с высокой точностью подтвердить наличие болезни Пертеса даже в первой стадии или исключить данное заболевание -

рентгенологическое исследование.. Может быть также рекомендовано выполнение магнитно- резонансной томографии и ультразвукового исследования тазобедренных суставов, однако последние проводятся только в качестве дополнительных методов исследования, поскольку не являются определяющими в постановке диагноза болезни Пертеса.

# Лечение

Основной задачей лечения детей с болезнью Пертеса является приближение анатомического строения пораженного тазобедренного сустава к нормальному, только в этом случае можно надеяться на то, что в течение последующих лет жизни у пациента не будет отмечаться

выраженных нарушений походки и болевых ощущений.

В основе лечения детей с болезнью Пертеса традиционно лежат консервативные мероприятия:

Обеспечение центрации головки бедра (то есть полного «погружения» её в вертлужную впадину) за счет использования одного из ортопедических приспособлений: функциональные шины (шина Мирзоевой или шина Виленского), гипсовые повязки (повязка-распорка Ланге или кокситная повязка), вытяжения за бедро или голень (лейкопластырное, скелетное или манжеточное) лечебная гимнастика, массаж, физиотерапевтические процедуры ангиопротективного действия,

медикаментозная терапия (остеопротекторы, хондропротекторы), хирургическое лечение показано при 2-3 стадиях заболевания (направлено на улучшение кровоснабжения бедра и устранение биомеханических нарушений в суставе, возникших в связи сдеформацией головки бедренной

кости).

В настоящее время предложено несколько видов оперативных вмешательств. Стимулирующие направлены на улучшение кровоснабжения (тоннелизация шейки бедренной кости с пересадкой аутогетеротрансплантатов). Эта группа операций наиболее эффективна на начальных стадиях заболевания, когда отсутствуют значительные анатомические изменения. Другой вид — декомпрессионные операции с наложением эндоаппарата, разгружающего головку бедра (наиболее эффективны до возраста 7–8 лет), или комбинированное хирургическое лечение с демпферной динамической разгрузкой, рациональны в любом возрасте. Для улучшения

биомеханических условий тазобедренного сустава, когда вертлужная впадина полностью охватывает головку, оказывая положительное влияние на моделирование бедренной кости, поскольку не происходит вторичных изменений, несмотря на сильное напряжение, применяют

различные виды корригирующих остеотомий. При нарушении анатомических соотношений в стадии исхода проводят реконструктивные операции. До настоящего времени не разработано

единой тактики в отношении той или иной операции на различных стадиях заболевания, остаются нерешенными вопросы об оптимальной декомпрессии измененного сустава, открыта проблема одномоментной коррекции укороченной конечности, возникшей в результате болезни.

# Список литературы:

1. Perthes G. The classic: On juvenile arthritis deformans. 1910. *Clin. Orthop. Relat. Res*. 2012; 470 (9): 2349–2368.
2. Досанов Б. А. Современные представления о патогенезе, диагностике и лечении болезни Пертеса у детей. *Астана медициналык журналы.* 2011; 67 (5): 7–10.
3. Ахтямов И.Ф. Лобашов В.В., Анисимов О.Г. Способ лечения ранних стадий болезни Пертеса (Предварительное сообщение). Травматология и ортопедии России. 2014; 3: С.122-128.
4. Ахтямов И.Ф., Анисимов О.Г., Коваленко А.Н. Новый способ лечения ранних форм

асептического некроза головки бедренной кости (предварительное сообщение. Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. 2011; 1:С.33-37.