

ОГЛЯД КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ ХВОРОБИ ЛЕГГА-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА

Гаркуша Максим Анатолійович

к. мед.н., асистент кафедри травматології та ортопедії

Фадєєв Олег Геннадійович

к. мед. н., доцент кафедри травматології та ортопедії

Мкртчян Аміна Аліксанівна

Рашевська Олександра Юрїївна

Студенти

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

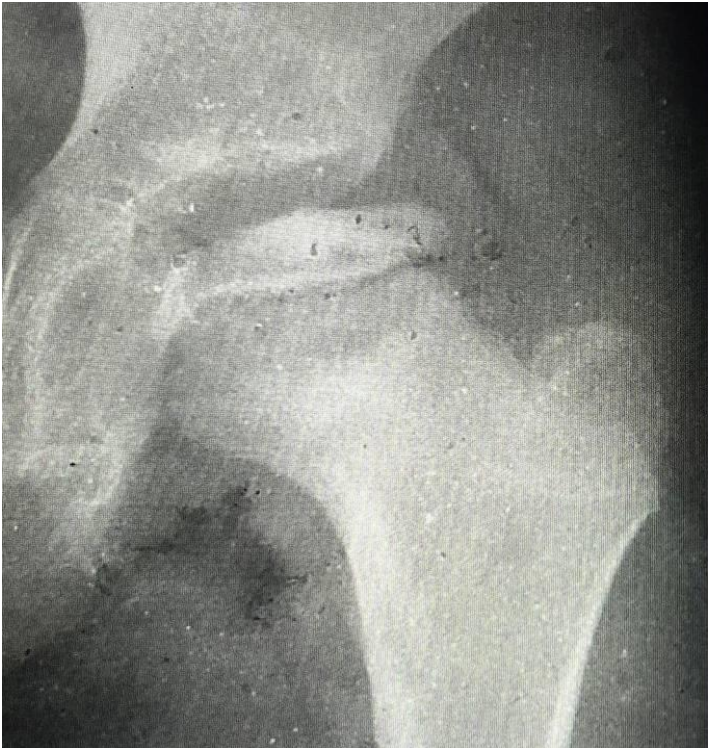
Вступ. Хвороба Легга-Кальве-Пертеса являє собою ювенільну форму ідіопатичного васкулярного некрозу головки стегнової кістки. В цілому патогенез пов'язаний з атрофією анатомічних сполучень суглоба та головки стегнової кістки. Ця хвороба підступна, тому, що має прихований початок, зазвичай всі пацієнти звертаються по допомогу занадто пізно вже в стадії змін кісткової тканини, це значно ускладнює діагностику та лікування. Фармакологічна симпатектомія у вигляді пролонгованої епідуральної анальгезії на ранніх стадіях дистрофічних процесів є одним з можливих варіантів відновлення нутритивного балансу в голівці стегнової кістки.

Мета роботи. Аналіз клінічного випадку хвороби Легга-Кальве-Пертеса, результат протікання захворювання, оцінка ризиків.

Матеріали та методи. Клінічний випадок хвороби у пацієнта М., 9 років.

Результати та обговорення. Хвора М., 9 років поступила в ортопедичне відділення зі скаргами на біль в тазостегновому суглобі зліва. Інтенсивність больового синдрому зростала зі збільшенням навантаження та плином часу. Перші симптоми були виявлені 11 місяців тому, у вигляді підхрамування на ліву нижню кінцівку. Батьки заперечують будь-яку травму ділянки суглоба в минулому та простудні інфекційні захворювання. Прийняття ненаркотичних анальгетиків дозволяє зменшити біль та кульгавість на 4-8 годин, але потім все

повертається з тою ж інтенсивністю. Сила болю за шкалою VAS становила 4,9 бали в день огляду. При огляді встановлено анатомічне вкорочення лівого стегнового компонента на 1,5 см. Разом із незначним внутрішнім обертанням та згинанням в тазостегновому суглобі. При ходьбі хвора шкутильгає на ліву нижню кінцівку в прагненні компенсувати функціональне (1,5 см) і анатомічне вкорочення, стопа знаходиться в еквінусному положенні. Спостерігався дефіцит зовнішньої ротації до 30 градусів (з посиленням больового синдрому) і дефіцит згинання 20 градусів порівняно з функцією симетричного суглоба.



Мал. 1



Мал. 2

Рентгенограма лівого кульшового суглоба пацієнта М., 9 років: Мал. 1 передня пряма площина, відбиток. Мал.2 – передня пряма площина, відбиток з відведенням кінцівки «жаб'яче положення».

На двох рентгенівських проекціях спостерігається: Передня частина голівки стегнової кістки збережена, в той час як задня вдавнена і має епіфізіяну кісту. Руйнування та зменшення висоти епіфіза голівки стегнової кістки. Його зовнішні обриси були неконгруентні з кульшовою западиною, і лише 77 % голівки було покрито вертлюжною западиною. Патологію також підтвердили за допомогою МРТ. Батьки дитини дали згоду на малоінвазивне лікування,

доповнене медикаментозною парасимпатичною блокадою.

Лікування пацієнта. В клінічних умовах ввели катетер в епідуральну порожнину на рівні L2-L3 поперекового відділу хребта під кетаміною загальною анестезією в пропорції, що відповідає віку та вазі дитини. Шкіру двічі тунелювали з виходом катетера на рівні лівої серединної пахвової лінії з подальшою фіксацією катетера за допомогою стерильного водонепроникного пластиру. Катетер був підключений до інфузійного насоса Vogt medical об'ємом 250 мл. Ропівакаїн 0,2 % був введений з початковою швидкістю 6 мл/год протягом 12 годин на добу. Вже через 20 хвилин після виходу із загальної анестезії пацієнтка відмітила відчуття потепління у всій лівій кінцівки та оніміння шкіри при пальпації. На цій підставі швидкість інфузії була зменшена до 4 мм/год і підтримувалася протягом усього періоду лікування (8 днів). Рухова активність кінцівки була збережена в повному обсязі. Активна реабілітація, в тому числі вправи, спрямовані на відновлення м'язової маси в ділянці лівого стегна, були розпочаті на другий день. Пацієнту було дозволено ходити з навантаженням на уражену нижню кінцівку з обмеженням до 50 %. Побічних ефектів або несприятливих явищ не спостерігалось.

Висновки. Високий відсоток незадовільних результатів від консервативного лікування хвороби Легга-Кальве-Пертеса дає нам змогу замислитися про інші, більш прогресивні методи лікування. Цей клінічний випадок дозволив продемонструвати можливості пролонгованої епідуральної анальгезії (парасимпатичної блокади) в лікуванні з приводу хвороби Легга Кальве-Пертеса (проміжна стадія). Через 7 років функція ураженого кульшового суглоба повністю відновлена. Крім того, відновлена кулястість головки стегнової кістки та швидко купірували больовий синдром. Сприятливий результат у конкретному випадку дає можливість оцінити позитивні перспективи ширшого застосування пролонгованої епідуральної анальгезії (парасимпатичної блокади), як методу лікування цього захворювання у дітей не тільки на ранніх стадіях, але й на проміжних стадіях.