

Н.Г. Смирнова

**К ВОПРОСУ О КЛИНИКЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОХОНДРОПАТИЙ
В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ**

НУЗ Дорожная клиническая больница (Иркутск)

Остеохондропатии — заболевания, характерные для растущего организма. Среди основных причин развития остеохондропатий — нарушение местных процессов кровоснабжения, экзогенные факторы, дизэмбриогенетические факторы. Частота встречаемости остеохондропатий высока: 18 % среди всех обратившихся к детскому ортопеду, наиболее часто встречается болезнь Остгюда-Шлаттера, Шойерманна-Мау и Гаглюнда-Шинца, в 21 % остеохондропатии сочетаются друг с другом и в 63 % — с другой ортопедической патологией. Практически у всех детей, страдающих остеохондропатиями, выявляется юношеский остеопороз. Рекомендуемая авторская схема лечения патологии включает в себя физиолечение с целью улучшения местного кровоснабжения и восстановления кальцево-фосфорного баланса; санаторно-курортное лечение, что позволяет купировать заболевание в оптимальные сроки без выраженных ортопедических дефектов.

Ключевые слова: остеохондропатии, диагностика, остеохондроз, коксартроз

**TO THE PROBLEM OF CLINIC, DIAGNOSTICS AND TREATMENT
OF OSTEOCHONDROPATHIES IN IRKUTSK REGION**

N.G. Smirnova

Railroad Clinical Hospital, Irkutsk

Osteochondropathies are disorders which are characteristics of a growing organism. Among usual reasons of osteochondropathy development there are disturbance of local processes of blood supply, ecogenic and dis-embryogenetic factors. Frequency of osteopathies is high — 18 % of all addressing to children orthopedist. The most frequent are Osgood-Schlatter, Scheuermann-Mau and Haglund-Schinz diseases. In 21 % osteochondropathies are combined with each other and in 63 % — with another orthopedic pathology. Almost in all children suffering osteochondropathy have juvenile osteoporosis. The therapeutic approach recommended by the author includes physical therapy to improve local blood supply and restore calcium phosphoric balance; sanatorium-and-spa treatment allowing to stop the disease without expressed orthopedic defects.

Key words: osteochondropathy, osteochondrosis, coxarthrosis

Остеохондропатии относят к дегенеративно-дистрофическим изменениям в апофизах, эпифизах невоспалительного характера у детей и подростков.

Независимо от локализации заболевания имеют в основе гипо- или аваскулярную причину и относительно доброкачественное течение. Исследования последних лет убедительно доказывают, что остеохондропатия — полиэтиологическое заболевание, которое развивается в результате факторов как эндогенного, так и экзогенного характера, приводящих к расстройству местного кровоснабжения на фоне анатомо-физиологической незрелости нервной, сосудистой систем и самой костной ткани. Патогенез остеохондропатий включает в себя дисфункцию вегетативной нервной системы с превалированием симпатотонуса ганглионарного происхождения на фоне дизэмбриогенеза и отрицательного влияния экзогенных факторов, таких как микроэлементозы, длительные отрицательные температуры внешней среды, малая инсоляция [2]. К факторам риска развития остеохондропатий мы относим наличие остеохондропатий у ближайших родственников, патологически протекавшую беременность, явления рахита в первый год жизни ребенка [3]. Возможно, именно это сочетание экзо- и эндофакторов приводит к тому, что

остеохондропатии на территории нашей области чрезвычайно распространены. Частота их увеличивается с каждым годом. Остеохондропатии сочетаются друг с другом в 21 % и выявляются с другой патологией скелета в 63 %.

Остеохондропатии выявляются у детей и подростков с 5 — 7-летнего возраста и регистрируются до 18 — 19 лет, т.е. встречаются в течение всего периода костного роста и локализуются в типичных местах — зонах роста. Длительное время заболевания относили к доброкачественным, диагностировали на основании анамнеза, клинических проявлений и рентгенологических исследований. Терапия включала в себя гипсовую иммобилизацию и покой, реже — физиопроцедуры. Но наблюдения за больными показали, что остеохондропатии не являются абсолютно доброкачественными. Они нередко приводят к развитию остеохондроза грудного и поясничного отдела позвоночника в раннем возрасте с выраженным болевым синдромом и ограничением подвижности в этих отделах позвоночника, формированию горба (болезнь Шейерманна-Мау) [4], к развитию раннего коксартроза и укорочению конечности при болезни Легга-Кальве-Пертеса [1], артрозу плюсне-фаланговых суставов и хромоте при болезни Келлера 2 [5] и т.д.

Таким образом, остеохондропатии требуют ранней и адекватной диагностики, полноценной и систематической терапии на протяжении всего периода роста ребенка и возможной коррекции другой патологии скелета.

Алгоритм исследования больных с остеохондропатиями включал в себя:

1. Эпидемиологический анализ распространенности остеохондропатий у детей, проживающих на территории Восточно-Сибирской железной дороги.

2. Клинический метод обследования, основанный на изучении жалоб, анализе жизни, заболевания, течения беременности у матери, анализе постнатального периода, сборе «наследственного» анамнеза семьи, выявлении особенностей проживания как климатических, так и социальных.

3. Рентгенологический метод исследования.

4. Денситометрия с целью оценки минеральной плотности кости.

Материалом исследования явились результаты наблюдения и обследования 41235 детей и подростков в возрасте от 3 до 18 лет, наблюдавшихся с 1998 по 2006 год у дорожного детского ортопеда, среди них 53 % мальчиков и 47 % девочек. Дети, страдающие остеохондропатиями, определены в 18 % случаев.

Распространенность остеохондропатий приведена в таблице 1.

Таблица 1
Распространенность остеохондропатий на 10000 детей

Остеохондропатия	Абс. значения	Относит. значения
Болезнь Гасса	1	0,1 %
Болезнь Легга-Кальве-Пертеса	9	0,9 %
Болезнь Шейерманна-Мау	51	5,1 %
Болезнь Остгюда-Шляттера	206	20,6 %
Болезнь Келлера 1	7	0,7 %;
Болезнь Келлера 2	19	1,9 %
Болезнь Гаглунда-Шинца	42	4,2 %
Болезнь Кальве	1	0,1 %
Сочетание остеохондропатий	210	21 %

Клиническая картина остеохондропатий больше связана с локализацией патологического процесса и при этом не отличается разнообразием симптоматики. В целом выделяется два синдрома: нарушение двигательной функции и болевой синдром. Наряду с выраженной клинической симптоматикой, в рентгенологической картине выделяем традиционно 5 типичных стадий патологического процесса. Практически всем пациентам проводили денситометрию. Так как до сих пор нет единого мнения о нарушении процесса минерализации кости в условиях остеохондропатий, мы приходим к неутешительному выводу, что у всех обследованных детей и подростков с остеохондропатиями имеются проявления остеопоро-

за. Исследование выполнялось на аппарате ДТХ-200 (OSTEOMETR, Дания – США) и включало в себя антропометрию, определение содержания кальция в губчатых и трубчатых костях. В результате получены следующие показатели: снижение уровня кальция в трубчатых костях в среднем на 54 – 61 %, в губчатых – на 63 – 69 %. Такие показатели остеопороза привели нас к выводу, что в схеме лечения остеохондропатий должна присутствовать коррекция кальциево-фосфорного обмена.

Собственная схема лечения остеохондропатий такова:

1. Облегченный режим: больным рекомендуется избегать бега, прыжков, падений, дети и подростки освобождаются от уроков физкультуры в основной группе и переводятся в лечебную в течение года.

2. Фиксирующая гипсовая повязка или корсет используется по показаниям и в случае неэффективного первого курса физиопроцедур.

3. Физиотерапевтические процедуры:

а) УВЧ + ДДТ № 15 два раза в год;

б) электрофорез с 5% хлористым кальцием и фосфором № 15 два раза в год в сочетании с общим кварцевым облучением № 15;

в) ультразвук с нафталановой мазью № 10 два раза в год.

4. Курс витаминотерапии с микроэлементами (кальций + фосфор + витамин D) в течение года.

5. Коррекция остеопороза осуществляется после денситометрии препаратами Кальцимин, Кальций D3 Никомед по схеме.

6. Санаторно-курортное лечение осуществляется один раз в год: грязелечение № 10, минеральные ванны № 10 и подводно-душевой массаж № 10.

Применяя в своей клинической практике данную схему лечения остеохондропатий, мы отмечаем, что заболевание излечивается в течение полутора – двух лет. Болевой синдром не носит тяжелый характер и не сказывается на качестве жизни ребенка, ограничение подвижности в суставах не носит выраженный характер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диспластический коксартроз / А.А. Корж, Е.С. Тихоненков, В.Л. Андрианов и др. – М.: Медицина, 1986. – 207 с.

2. Педь Э.В. Адаптация к холоду как фактор риска болезни Пертеса у детей Амурской области: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2000. – 22 с.

3. Фирсова М.Б. Комплексный клинико-эпидемиологический анализ остеохондропатий у детей и подростков Пермского края: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2006. – 20 с.

4. Цивьян Я.Л. Оперативное лечение горбов / Я.Л. Цивьян. – М.: Медицина, 1973. – 263 с.

5. Черкес-Заде Д.И. Хирургия стопы / Д.И. Черкес-Заде, Ю.Ф. Каменев. – М.: Медицина, 1995. – 288 с.