|  |
| --- |
| **Пеллегрини — Штиды болезнь**  Пеллегрини — Штиды болезнь (A. Pellegrini, итал.  хирург; A. Stieda, нем. хирург, 1869—1945; синоним: синдром Пеллегрини — Штиды,  обызвествляющий периартрит области коленного сустава) — заболевание,  характеризующееся очагами гетеротопического костеобразования в околосуставных  тканях области медиального надмыщелка бедренной кости вследствие перенесенной  ранее травмы. Впервые клинико-рентгенологическую и патоморфологическую картину  заболевания описал А. Пеллегрини (1905), полагая, что для него характерно  обызвествление большеберцовой коллатеральной связки коленного сустава. А. Штида  (1907) считал образование оссификата следствием отрывного перелома надмыщелка  бедренной кости, возникающего в результате прямой травмы или резкого сокращения  большой приводящей мыщцы бедра. Современные морфологические и гистохимические  исследования показали, что в основе заболевания лежит извращенная реакция  регенерации в ответ на повреждение. Считают, что в возникновении этой метаплазии  помимо травмы, кровоизлияния, некроза, длительного отека тканей большую роль  играет индивидуальная предрасположенность организма.  Заболевание развивается чаще у мужчин в возрасте 25—45 лет, преимущественно  среди занимающихся физическим трудом или спортом. Пусковым механизмом обычно  служит прямой удар в область медиального надмыщелка бедренной кости,  форсированное отведение голени или резкое некоординированное сокращение большой  приводящей мышцы бедра. В результате наступают кровоизлияния в месте  прикрепления большеберцовой коллатеральной связки и сухожилия большой приводящей  мышцы бедра к надмыщелку и асептический некроз тканей в зоне повреждения.  Основным симптомом болезни Пеллегрини — Штиды является боль, которая всегда  соответствует месту расположения оссификата, может распространяться по ходу  запирательного нерва или поднадколенниковой ветви подкожного нерва на переднюю  поверхность голени. У 1/3 больных боли усиливаются в ночное время и носят жгучий  сверлящий характер. Кроме того, отмечают ограничение движений в коленном  суставе, как сгибания, так и разгибания, которые обычно сочетаются с отеком  мягких тканей коленного сустава, местной гипертермией, гиперестезией или  гипостезией в зоне отека, а также атрофией мышц бедра и голени.  В раннем периоде после травмы, когда клиническая картина идентична ушибу или  дисторсии коленного сустава, а также при сочетании с внутренними повреждениями  его диагностика затруднена. Через 3—4 недели после травмы на рентгенограммах  коленного сустава определяют оссификат (рис.), имеющий вид скобки, серпа или  неправильную форму, который отделен от надмыщелка бедренной кости полоской  просветления. При отрицательных рентгенологических данных, но при наличии  пальпируемого оссификата необходимо произвести рентгеновские снимки с внутренней  или наружной ротацией конечности на 20° для устранения наслоения оссификата на  контур мыщелка бедра. Информацию о степени зрелости оссификата может дать  радионуклидное исследование. Дифференциальный диагноз проводят с отрывным  переломом медиального надмыщелка бедренной кости, который выявляется на  рентгенограмме сразу после травмы. Кроме того, краевой дефект надмыщелка по  форме и размерам соответствует оторванному фрагменту кости. Похожую  рентгенологическую картину можно наблюдать при перестроенном процессе в  надмыщелке тракционного генеза, возникающем в результате многократных  форсированных напряжений большой приводящей мышцы бедра, например у футболистов.  Однако постепенное развитие этого заболевания, более молодой возраст, связь с  занятиями спортом помогают уточнить диагноз.  Лечение чаще консервативное. Физиотерапевтические методы нередко  малоэффективны, т.к. дают только временное улучшение. Применение ультразвуковой  терапии в сочетании с электрофорезом раствора новокаина или 10% раствора хлорида  натрия эффективно только в первые 3 месяца после травмы. Стойкий положительный  эффект обычно дают инъекции в очаг оссификации гидрокортизона с новокаином.  Оперативные вмешательства выполняют при отсутствии эффекта от консервативных  мероприятий, но не ранее чем через 3 месяца после травмы при наличии признаков  зрелости оссификата. Для этого определяют на рентгенограммах плотность,  структуру оссификата, четкость склеротической каймы. Используют также данные  радионуклидного исследования. При сочетании П. — Ш. б. с внутренними  повреждениями коленного сустава, особенно если оссификат расположен около  нервных стволов или при внедрении его в полость сустава, лечение только  хирургическое. Для предупреждения рецидива оссификации после операции тщательно  удаляют окружающие оссификат рубцы, т.к. они сохраняют потенциальную возможность  метаплазии в костную ткань. Обязательно ликвидируют полость в мягких тканях  после иссечения оссификата (ушивают ткани или заполняют частью медиальной  головки четырехглавой мышцы бедра). Операцию завершают тщательным гемостазом. В  послеоперационном периоде в первые 2 недели назначают электрофорез лидазы. В  течение 11/2 месяцев больные принимают индометацин, занимаются лечебной  гимнастикой и гидрокинезотерапией.  Прогноз благоприятный, т.к. при своевременном лечении функция конечности  восстанавливается полностью. Профилактика состоит в предупреждении повреждений  коленного сустава и своевременном их лечении. |