



# Фенотипические проявления дисплазии соединительной ткани у детей с болезнью Легга-Кальве-Пертеса

Красноярская Государственная Медицинская Академия имени В.  
Ф. Войно-Ясенецкого

Кафедра детской хирургии

Заведующий кафедрой: проф. В.А. Юрчук

Научный руководитель: асс. В.А. Дударев

**Борисова Ольга Ивановна**

# ЦЕЛЬ

**- ВЫЯВИТЬ  
ЗАВИСИМОСТЬ  
СТЕПЕНИ И  
СТАДИИ БЛКП  
ОТ  
ФЕНОТИПИЧЕСКИХ  
ПРИЗНАКОВ  
ДСТ.**



**Было обследовано 46 детей в возрасте от 5 до 15 лет с болезнью Легг-Кальве-Пертеса, проходивших лечение в детском хирургическом отделении. Больные разделены на исследовательские группы по стадии заболевания, степени тяжести и степени дисплазии соединительной ткани.**



**Использовалась классификация БЛКП, предложенная Рейнбергом (1964г), в которой различают пять стадий процесса:**



1



2



3



4



5



5

**1 стадия - стадия некроза.**

**2 стадия - стадия импрессионного перелома.**

**3 стадия - стадия фрагментации.**

**4 стадия - репарации.**

**5 стадия - стадия исхода.**

# ВСЕОБЪЕМЛЮЩ ИЙ КОЭФФИЦИЕНТ

(оценка тяжести клинико-рентгенологических изменений в ТБС при БЛКП)

1 степень (легкая) – от 81%  
и выше

2 степень (средне-тяжелая) – 71-80%

3 степень (тяжелая) – от 70% и ниже.



Энтефторный коэффициент  
Неумана-Норвотца-Мейера

A, a – передняя поверхность

B, b – боковая поверхность



Энтефторный коэффициент Шторца

A, a – передняя поверхность

B, b – боковая поверхность



Энтефторно-полюсный коэффициент  
Неумана-Норвотца

A, a – передняя поверхность

B, b – боковая поверхность



Энтефторно-полюсный коэффициент  
Рабиш

A, a – передняя поверхность

B, b – боковая поверхность




Коэффициент соотношения площади  
входа и выхода Неумана-Норвотца

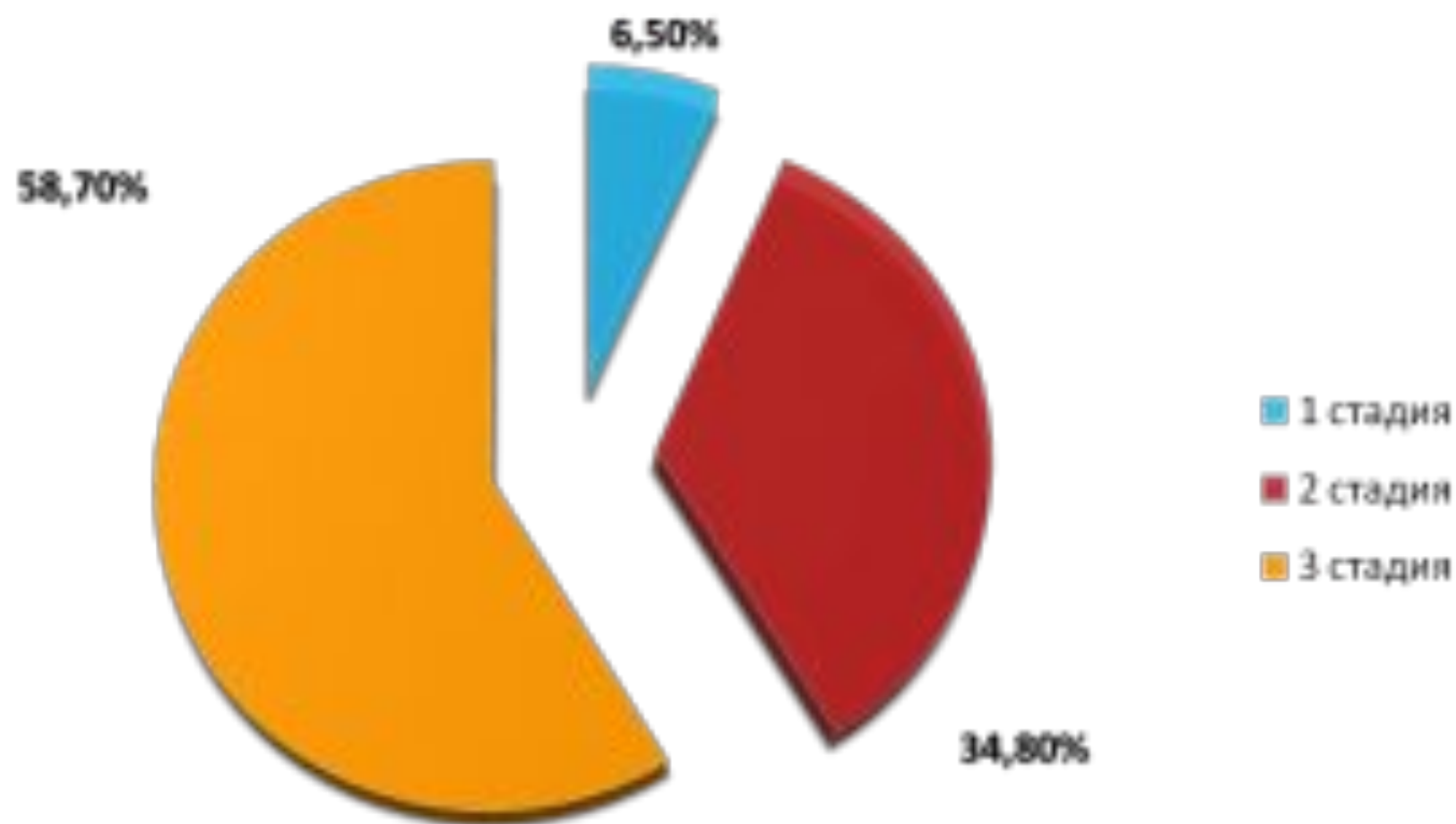
A, a – передняя поверхность

B, b – боковая поверхность

# Степень ДСТ определялась по схеме Т. Милковска-Дмитровой и А. Каракашева (1985).

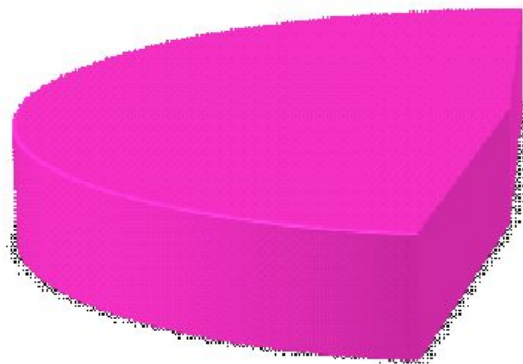
<b>Основные признаки</b>	<b>Второстепенные признаки</b>
Плоскостопие	Аномалии ушных раковин и зубов
Расширение вен	Преходящие суставные боли
Готическое небо	Вывихи и подвывихи ставов
Гипермобильность суставов	Птеригодактилия
Патология органа зрения	
Деформация позвоночника и/или грудной клетки	
Увеличенная растяжимость и дряблость кожи	
Длинные тонкие пальцы	

# РАЗДЕЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПО СТАДИИ ПРОЦЕССА (ПО РЕЙНБЕРГУ)

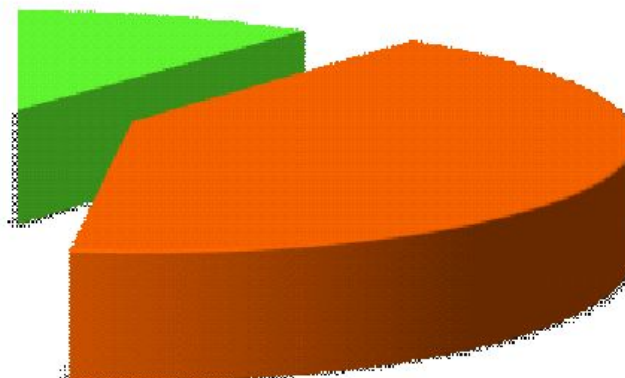


# Разделение больных по стадии тяжести процесса

47,80%



10,90%

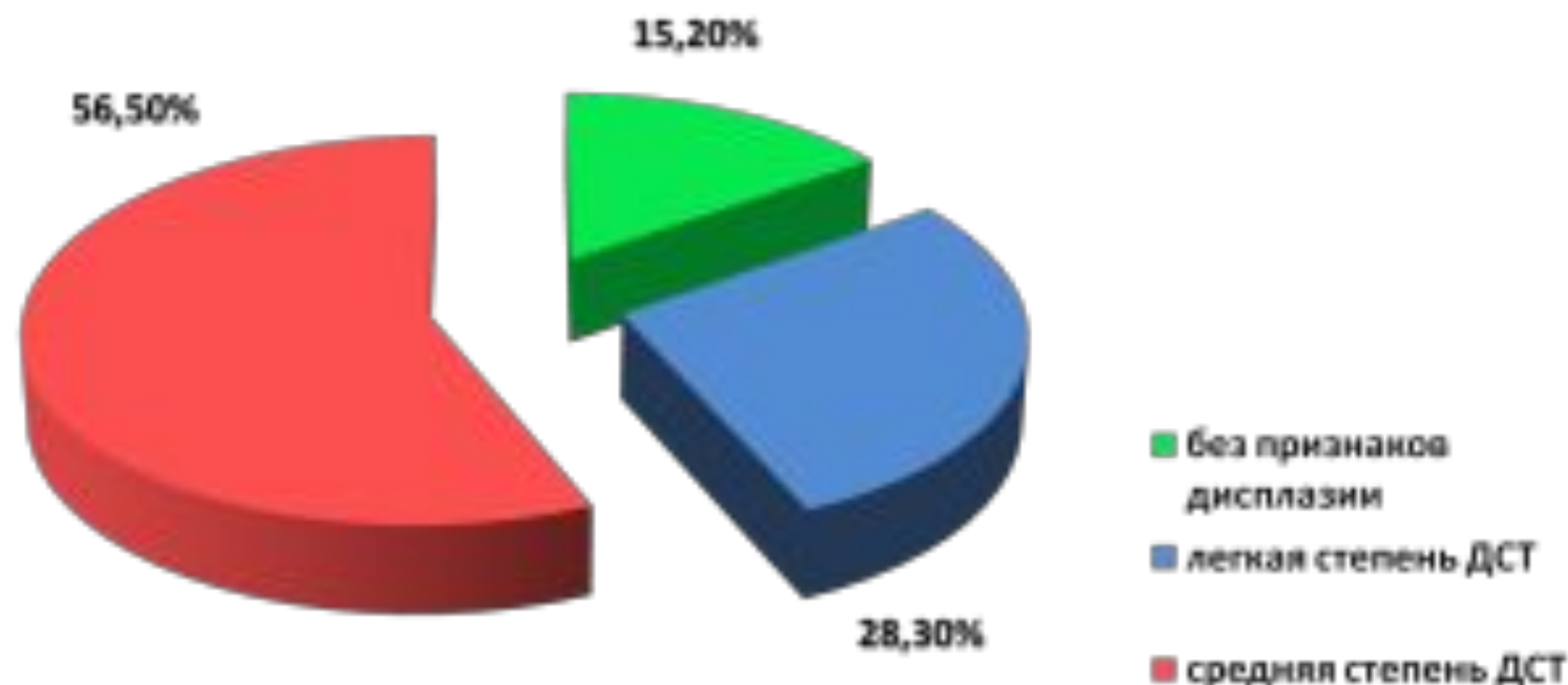


41,30%

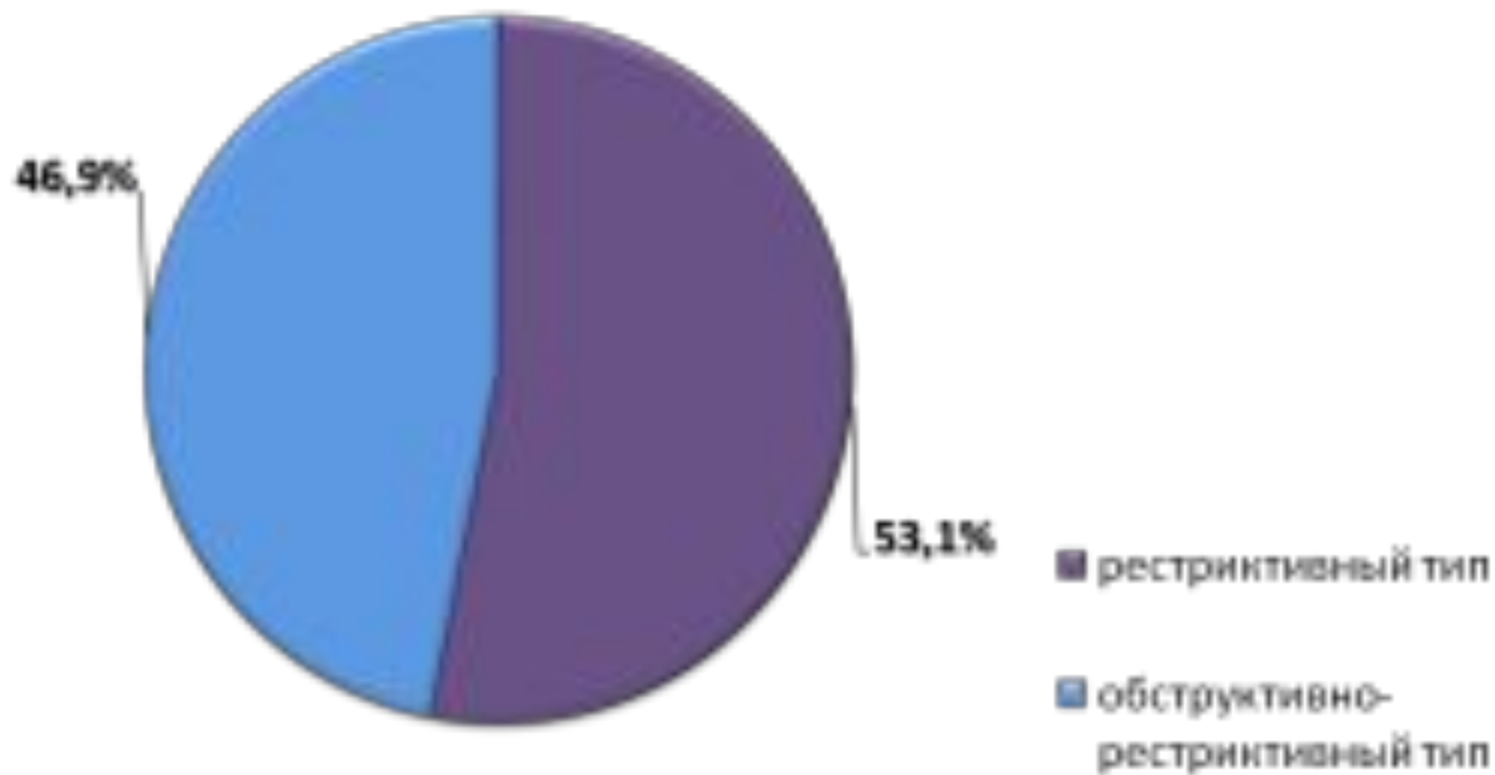
- легкая
- средне-тяжелая
- тяжелая



## Выраженность признаков дисплазии соединительной ткани

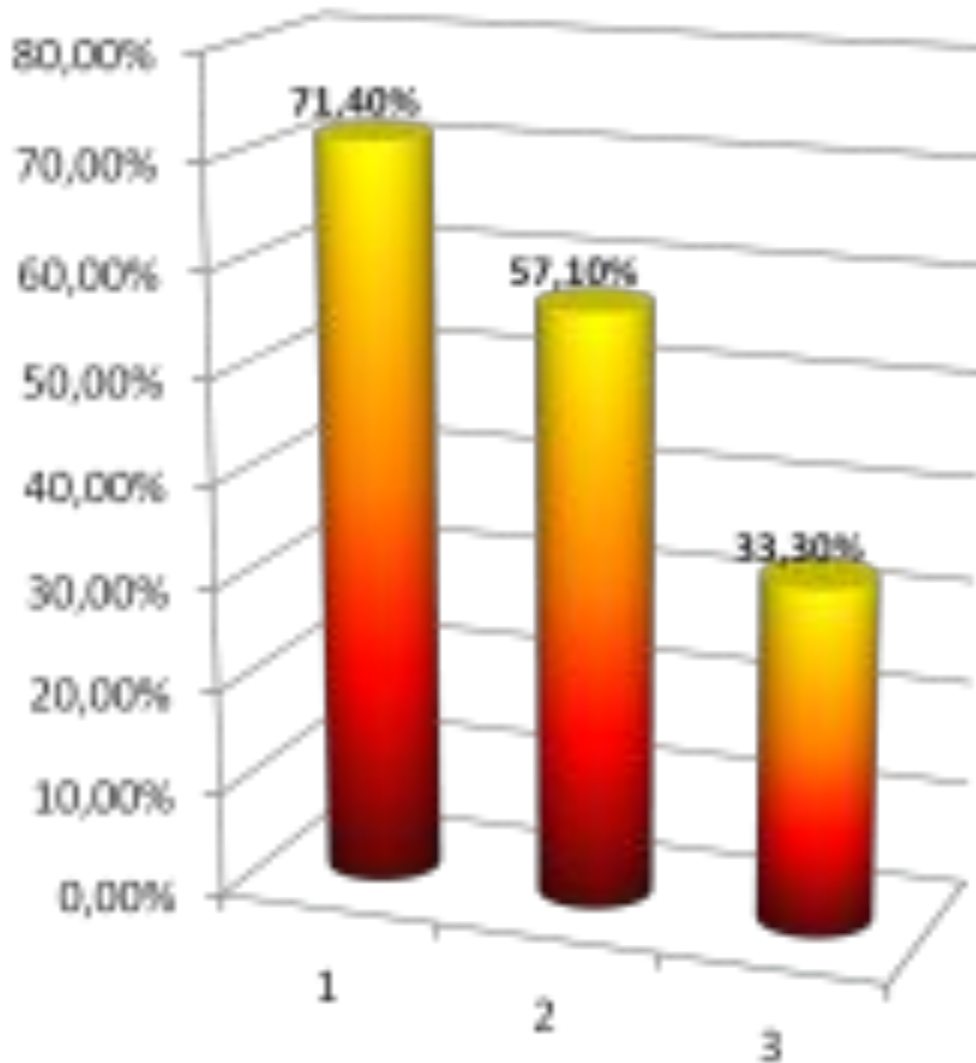


# Данные спирометрии



**Респираторные нарушения отмечались у 32 детей (70%) с БЛКП.**

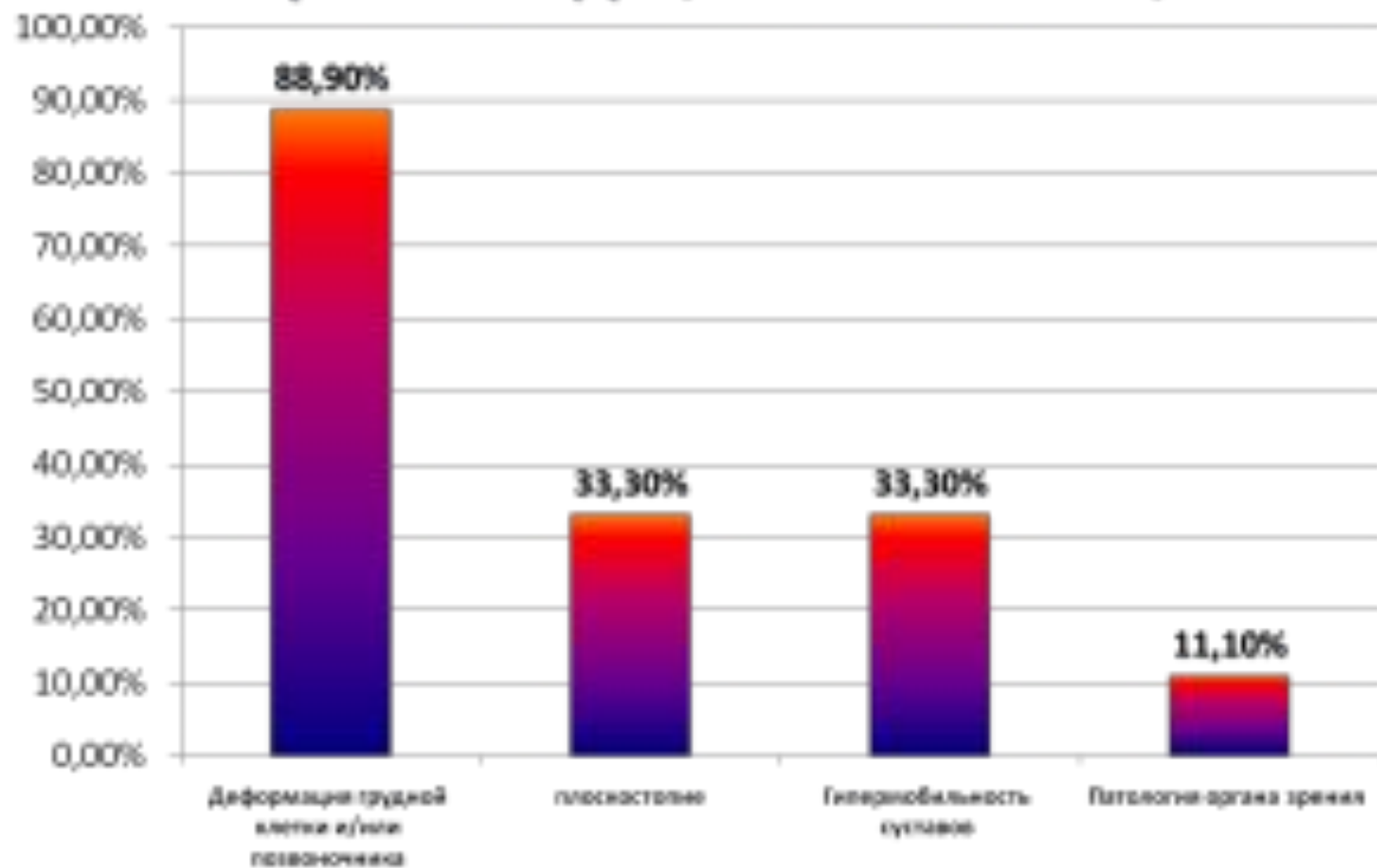
# Результаты ЭКГ



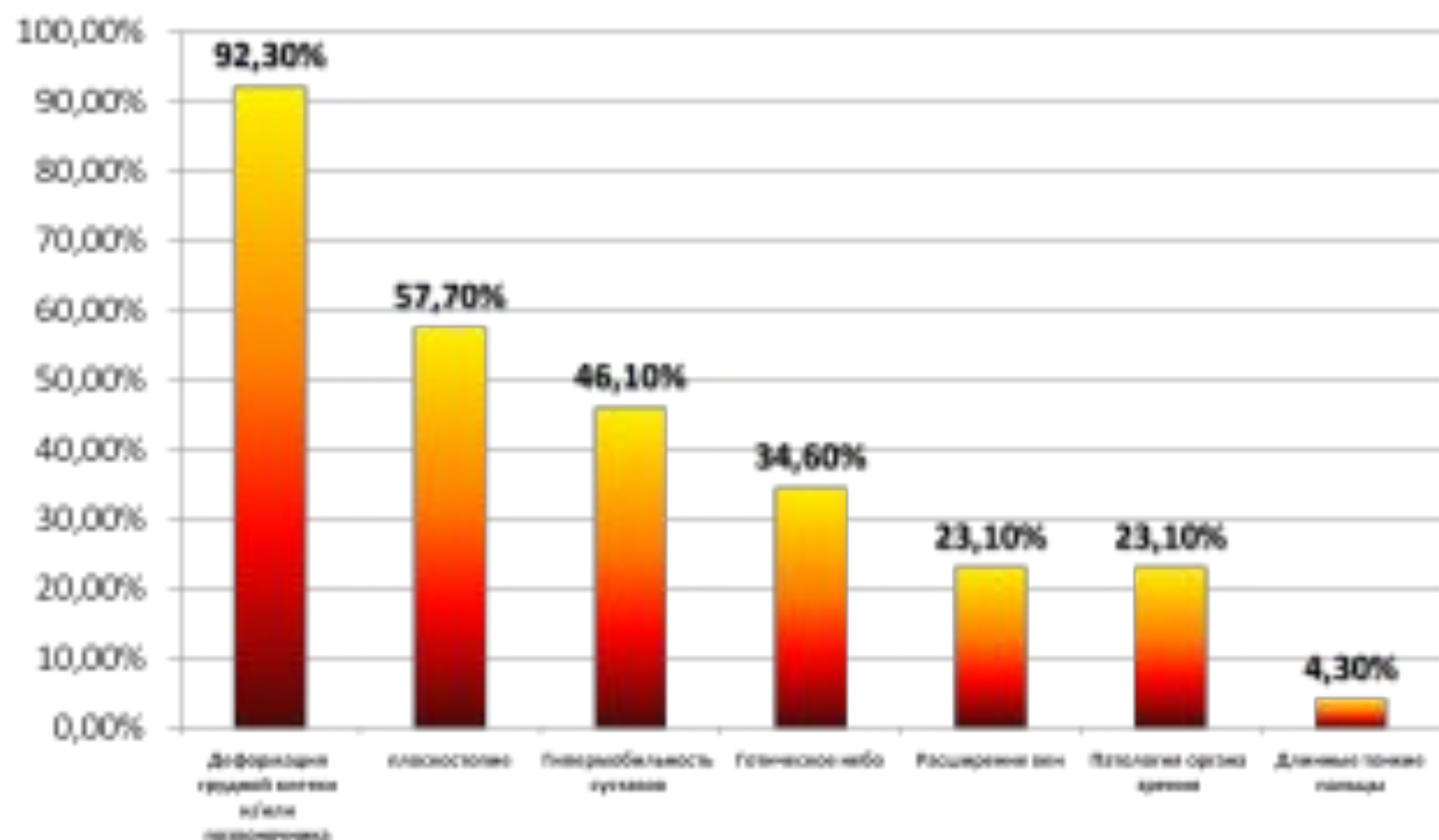
По результатам ЭКГ наиболее частыми нарушениями были:

1. **Метаболические нарушения миокарда** у 33 детей (71.4%),
2. **Гиперфункция левого желудочка** – у 26 (57.1%),
3. **Неполная блокада правой ножки пучка Гисса** – у 15 детей (33.3%).

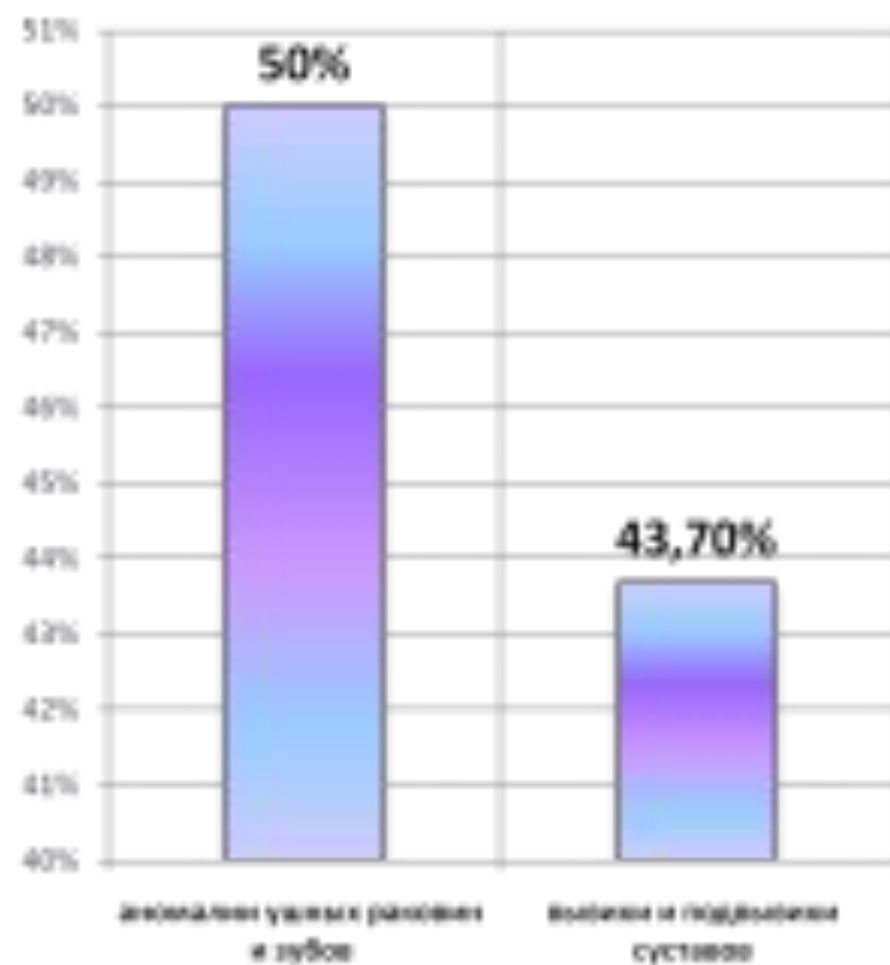
## Частота встречаемости основных признаков ДСТ, легкая степень, n=13



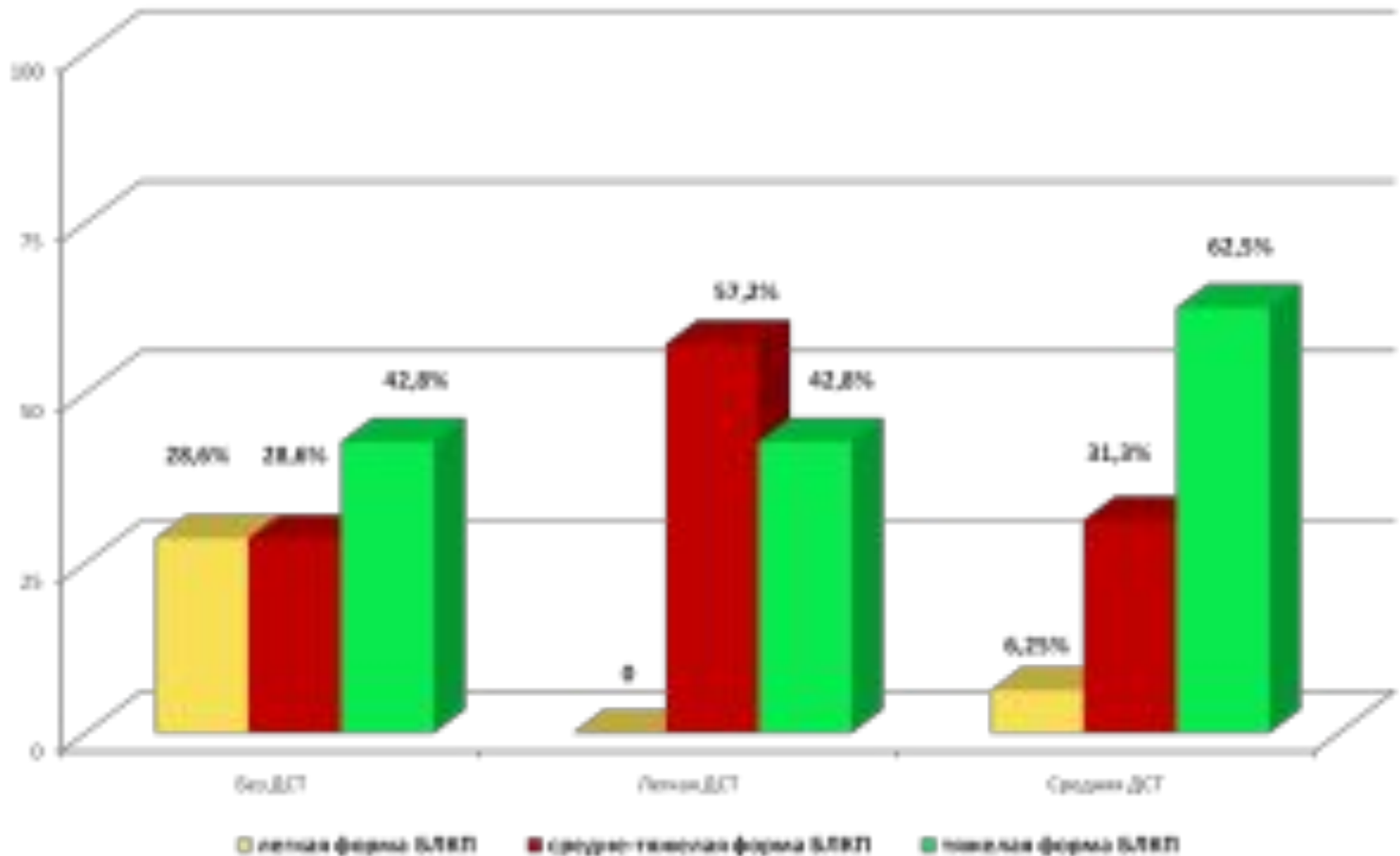
## Частота встречаемости основных признаков ДСТ, средняя степень, n=26



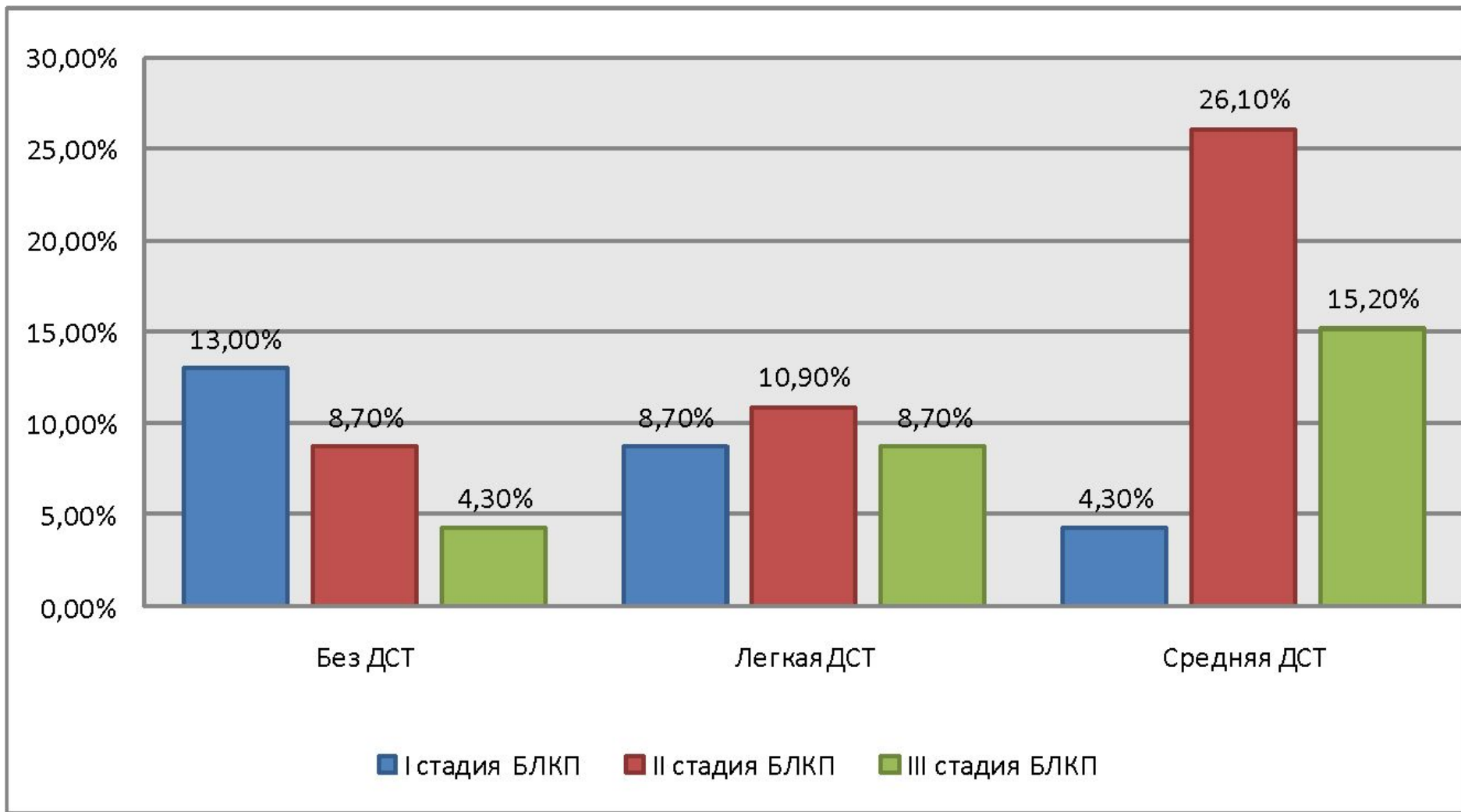
## Второстепенные фенотипические признаки



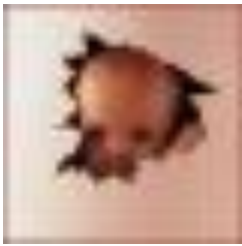
# Зависимость тяжести БЛКП от степени ДСТ.



# Зависимость стадии БЛКП от степени ДСТ.







# **ВЫВОДЫ:**

- 1. 84,8% детей с БЛКП имеют признаки дисплазии соединительной ткани легкой и средней степени.**
- 2. Чаще всего больные с БЛКП имеют плоскостопие, гипермобильность суставов, деформацию позвоночника, вывихи и подвывихи суставов.**
- 3. Степень ДСТ прямопропорционально коррелирует со стадией и степенью тяжести БЛКП.**
- 4. Фенотипические проявления дисплазии соединительной ткани косвенно указывают на степень тяжести и должны учитываться при планировании тактики лечения БЛКП.**



**БЛАГОДАРЮ ЗА  
ВНИМАНИЕ**