

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ А.А. Богомольца

ОСТЕОХОНДРОПАТИИ: БОЛЕЗНЬ ЛЭГГА-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА, ОСГУДА-ШЛЯТТЕРА, ШОЙЕРМАНА-МАУ, КЕЛЕРА I, II, КИНБЕКА

РАБОЧАЯ ТЕТРАДЬ

для самостоятельной работы студентов 5 курса
учебной дисциплины «Травматология и ортопедия»
направления «Медицина»
специальность «Лечебное дело»
кафедра травматологии и ортопедии

Авторы: проф. В.П. Кваша

Введение

Одним из эффективных средств организации самостоятельной работы студентов с тем дисциплины, которые отведены на самостоятельную проработку является работа студента над рабочей тетрадью. Работу над рабочей тетрадью следует начинать с ознакомления ключевых вопросов по теме. На следующем этапе необходимо познакомиться с перечнем источников, в которых студент может найти ответы на поставленные вопросы. Для более углубленного изучения данной проблемы студент может обратиться на профессиональные сайты.

Ознакомившись с теорией, студенту необходимо оценить степень усвоения материала. В этой связи он решает предложенные задания, тестовые вопросы по теме. Особое внимание при подготовке к занятию студент должен обратить на необходимый минимум тех практических навыков, которыми ему необходимо овладеть. В соответствующих разделах учебников, пособий, он должен почерпнуть те сведения, которые ему нужны для овладения практическими навыками.

Организация самостоятельной работы средством рабочей тетради осуществляется следующим образом: преподаватель представляет рабочую тетрадь студенту или на электронных носителях (на кафедральном сайте), либо в печатном виде, дальше студенты выполняют задания во внеаудиторное время, впоследствии преподаватель их проверяет и оценивает на **начальном этапе практического занятия.**

Критерии оценки заданий рабочей тетради

Каждое задание требует отдельного подхода при оценке качества его выполнение со своими критериями. И тем не менее, при 5-балльной оценке каждого вида задач следует соблюдать обще дидактических критериев, а именно:

Оценка «5» ставится, если студент:

1. Выполнил работу без ошибок и недостатков.
2. Допустил не более одного недостатка.

Оценка «4» ставится, если студент выполнил работу полностью, но допустил в ней:

1. Не более одной негрубой ошибки и одного недостатка.
2. Не более двух недостатков.

Оценка «3» ставится, если студент правильно выполнил не менее половины работы или допустил:

1. Не более двух грубых ошибок или не более одной грубой и одной негрубой ошибки и одного недостатка.
2. Не более двух-трех негрубых ошибок или одной негрубой ошибки и трех недостатков.
3. При отсутствии ошибок, но при наличии четырех-пяти недочетов.

Оценка «2» ставится, если студент:

1. Допущенное число ошибок (недостатков) превышает норму, при которой

- может быть выставлена оценка «3».
2. Если правильно выполнено менее половины работы.
 3. Не приступив к выполнению работы.

Тема. "Остеохондропатии: Болезнь Лег-Кальве-Пертеса, Осгуд-Шлятера, Шюерман-Мау, Келер I, II, Кинбека и др. "

Цель (учебные цели):

1. Определить медицинскую и социальную актуальность данного патологического процесса.
2. Изучить факторы возникновения и негативные факторы, способствующие развития данных заболеваний.
3. Изучить генезис остеоохондропатий и определить их влияние, взаимосвязь на возникновение, течение дистрофически-дегенеративных поражений аппарата движения и опоры.
4. Овладеть клинические проявления и данные инструментальных исследований остеоохондропатий соответственно их локализации.
5. Уметь провести дифференциальную диагностику с сопутствующими заболеваниями различных стадиях патологического процесса.
6. На основе изучения патогенеза обосновать задачи и принципы лечение в зависимости от стадии и локализации патологического процесса.
7. Определить показания к использованию консервативного и оперативного методов лечения.
8. Разработать и обосновать, в зависимости от локализации и стадии патологического процесса, индивидуальную программу профилактических мероприятий.
9. Разработать и обосновать, в зависимости от локализации и стадии патологического процесса, рекомендации профессиональной ориентации.
10. Определить ошибки диагностики и лечения.

Студент должен знать:

1. Определение термина «остеоохондропатия».
2. Стадии процесса.
3. Клинические проявления в зависимости от локализации и стадии патологического процесса.
4. Показания и информативность современных способов обследования.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Показания и объем консервативного метода лечения.
7. Показания и объем оперативного метода лечения.
8. Причинно-следственные связи остеоохондропатии и патологии аппарата движения и опоры.
9. Принципы формирования профилактических мероприятий.
10. Принципы формирования профессиональной ориентации, профилактических мероприятий. Негативное действие антибиотиков.
11. Критерии оценки эффективности лечебных и профилактических мероприятий.

Студент должен уметь:

1. Анализировать клиническую картину остеохондропатий в зависимости от локализации и стадии патологического процесса.
2. Анализировать данные результатов инструментальных способов исследования.
3. На основании результатов клинико-инструментального обследования провести дифференциальную диагностику.
4. Обеспечить дифференциальный индивидуальный подход лечения.
5. Создать систему профилактических мероприятий и определить профессиональную ориентацию пациента.
6. Применить ортопедические средства наружной иммобилизации.
7. Пара - и интра-артикулярными блокадами.
8. Пункции суставов.

Основные термины темы

Термин	Определение
Остеохондропатия	(От гр.- кость, χόνδρος - хрящ, πάθος- страдание) - асептических некроз губчатой кости, хронический характер и сопровождается микропереломам. Остеохондропатии является следствием местных нарушений кровоснабжения, которые возникают в результате целого ряда факторов (врожденных и приобретенных).
Болезнь Лег-Кальве-Пертеса	Остеохондропатия головки бедренной кости
Болезнь Келер II	Остеохондропатия головок II-III плюсневых костей
Болезнь Келер I	Остеохондропатия ладьевидной кости стопы
Болезнь Кинбека	Остеохондропатия полулунной кости кисти
Болезнь Кальве	Остеохондропатия тела позвонка
Болезнь Шоерман-Мау	Остеохондропатия апофизов тел позвонков
Болезнь Осгуд-Шлатера	Остеохондропатия гористости большеберцовой кости

Литература.

1. Баталов А.А. Ранняя диагностика и выбор лечебной тактики при болезни Пертеса / Вестник травматологии и ортопеды. 1998.- №5.- С.43-47.
2. Гончаров Л.Д. Болезнь Лег-Кальве-Пертеса (этиология, патогенез, лечение): Дис на ... д-ра медицинских наук / Институт травматологии и ортопедии НАМН Украины.- К.2001.
3. Корнилов Н. В. Травматология и ортопедия.- Т3 // «Гиппократ», 2006.- 896 с.
4. Шевцов В.И., Макушин В.Д. остеохондропатия тазобедренного сустава. Руководство для врачей.- М ..: Медицина, 2007.-352 с.
5. Вопросы диагностики и тактики лечения остеохондропатий головки бедра: Пособие для врачей под редакцией В.Н.Конферович. Екатеринбург.-1998.-216 с.
6. Свинцов А.П. Дифференциальная диагностика остеохондропатий у детей и подростков // Ортопедия, травматология и протезирование. 1980. №5.- С.43-49.

Задания для самостоятельной работы темы (ответить письменно)

Задание 1.

Больной К., 10 лет, жалуется на боль в левом тазобедренном суставе при ходьбе, быструю утомляемость, хромота. Болел рахитом. По словам родителей малоподвижность ребенка имеет место с 6 лет, хромота появилась год назад.

Объективно: гипотрофия ягодичных мышц, мышц бедра и голени. Сгибание и разгибание в тазобедренном суставе в пределах физиологической нормы, определяется ограничение и болезненность ротационных движений.

На рентгенограмме левого тазобедренного сустава определяется уменьшение плотности головки бедренной кости и ее мозаичная структура, форма головки грибовидная, суставная щель без изменений.

1.Клинические проявления болезни Лег-Кальве-Пертеса.

2.Дифференциальная диагностика данного заболевания и туберкулезного коксита.

3. Консервативное лечение на ранней стадии патологического процесса.

Задание 2.

Больной 18 лет, обратился к врачу с жалобами на боль в правом тазобедренном суставе, которая усиливается во время физических нагрузок, в конце дня, хромота. Боль возникла год назад и носила периодический характер.

Объективно: гипотрофия ягодичных мышц, относительное укорочение конечности, умеренное ограничение сгибания и разгибания в правом тазобедренном суставе. Определяется ограничения и болезненность ротационных движений, сопровождаются «хрустом» в области тазобедренного сустава.

На рентгенограмме правого тазобедренного сустава определяется уплощение головки бедренной кости без изменения костной плотности, сужение суставной щели. Шеечно-диафизарный угол 120 градусов.

- 1. Какое заболевание имеет место у данного пациента?**
- 2. Определите стадию патологического процесса.**
- 3. Обоснуйте методы и объем лечения в зависимости от стадии развития патологического процесса.**

Задание 3.

Больной 25 лет, госпитализирован в ортопедо-травматологическое отделение с жалобами на боль в правом коленном суставе, возникающая при ходьбе и усиливается при физических нагрузках. Боль беспокоит в течение последних 3 лет. Характерным признаком в настоящее время является острое усиление боли, которое сопровождается невозможностью движений в коленном суставе.

Объективно: гипотрофия четырехглавой мышцы бедра, признаки хронического синовита. Пассивные и активные движения в суставе в пределах физиологической нормы.

На рентгенограмме правого коленного сустава определяется дефект поверхности внутреннего мыщелка бедренной кости.

- 1. Начальный диагноз и дифференциальная диагностика.**
- 2. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?**
- 3. Клинические признаки синовита коленного сустава.**

Задание 4.

Больной 4 лет, жалуется на боль в области верхней трети правой голени, которая усиливается во время игры в футбол. Боль беспокоит в течение последнего года.

Объективно: в области гористости большеберцовой кости определяется покраснение, отек и болезненность при пальпации.

На рентгенограмме верхней трети костей голени определяется фрагментация гористости большеберцовой кости.

- 1. Начальный диагноз. С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?**
- 2. Программа лечения и профилактические мероприятия.**
- 3. Рекомендации по поводу перспектив профессиональной ориентации такого вида спорта, как футбол.**

Задание 5.

К врачу обратилась мать с ребенком 6 лет. По словам матери ребенок начал жаловаться на боль в области левой стопы и быструю утомляемость. Ребенок родился при нормальных родах. Мальчик переболел корью.

При осмотре определяется незначительная припухлость тыльной поверхности левой

стопы, преимущественно с медиальной стороны. пальпаторно определяется болезненность, а при ходи - шадящая хромота.

На рентгенограмме левой стопы определяется уплощение ладьевидной кости и ее мозаичная структура.

- 1. Какое заболевание имеется у данного больного?**
- 2. Какая тактика ортопеда-травматолога в лечении данной патологии?**
- 3. Прогноз и рекомендации**

Задание 6.

В клинику обратилась больная К., 22 лет, с жалобами на боль в правой стопе, усиливающиеся при ходьбе.

Объективно наблюдается болезненность и припухлость при пальпации в участке плюсне-фаланговых суставов II и III пальцев стопы. Движения ограничены. При осевой нагрузке на II и III пальцев определяется болезненность.

На рентгенограмме стопы в 2-х проекциях определяется уплощение головок II и III метатарзальных костей, расширение суставной щели.

- 1. Какое заболевание имеется у больного?**
- 2. Какие консервативные и оперативные методы лечения данной патологии?**
- 3. Течение и прогноз болезни Альбан-Келлера?**

Задание 7.

Больной К., 25 лет, слесарь, обратился к врачу с жалобами на боль в правом луче-запястном суставе. В анамнезе травмы не было. Боль беспокоит в течение последних трех лет, усиливается при физической нагрузке.

Объективно. Наблюдается припухлость по тыльной поверхности правой кисти, болезненность при пальпации. Сила мышц предплечья снижена.

На рентгенограмме правой кисти определяется уплощение и фрагментация полулунной кости.

- 1. Диагноз и дифференциальный диагноз.**
- 2. Какие существуют методы лечения остеохондропатии?**
- 3. Оперативное лечение и прогноз заболевания?**

Задание 8.

Больной К., 16 лет, жалуется на боль в позвоночнике в течение года. Боль обычно появляется в конце дня, иногда даже бывает тяжело выпрямить позвоночник. В анамнезе травмы не было.

При осмотре определяется выраженный грудной кифоз. Боль в позвоночнике усиливается при разгибании и перкуссии остистых отростков среднего-грудного отдела позвоночника. Мышцы спины не напряжены.

На рентгенограмме грудного отдела позвоночника в боковой проекции отмечается уменьшение расстояния между телами Th5-Th6-Th7 позвонков, которые имеют клиновидную форму, верхние и нижние их поверхности неровные, волнистые. Межпозвонковые щели расширены.

- 1. Провести дифференциальную диагностику между остеохондропатиями позвоночника (болезнь Шейермана-Мау) и туберкулезным спондилитом.**
- 2. Какой план лечения при остеохондропатии позвоночника?**
- 3. Средний срок лечения и прогноз заболевания?**

Задание 9.

В клинику направлена ребенок Н., 9 лет, с жалобами на боль в грудном отделе позвоночника, ощущение хронической усталости. По словам родителей ребенок начал жаловаться на боль год назад, но лечение не проводилось.

Объективно: ось позвоночника правильная, припухлости и напряжения мышц нет. Наблюдается локальная болезненность в области 6-го грудного позвонка. Движения в грудном отделе позвоночника не нарушены. Симптом осевой нагрузки на позвоночник отрицательный.

На рентгенограмме позвоночника в боковой проекции резкое уплощение тела 6-го грудного позвонка. Передний его отдел находится на уровне переднего края IV и V грудных позвонков. Межпозвонковые диски выше и ниже измененного позвонка умеренно расширены.

- 1. Клинический и рентгенологический проявления болезни Кальве?**
- 2. Стадии течения болезни Кальве?**
- 3. Какое лечение применяется при данной патологии и ее прогноз?**

Задание 10.

Ребенок Б., 10 лет, жалуется на боль в правой руке, ограничения при отводе в плечевом суставе. По словам родителей ребенок начал жаловаться 6-8 месяцев назад, травмы руки не было.

Объективно. Контуры правого плечевого сустава не изменены, обнаружена лишь незначительная атрофия мышц. Активные движения в плечевом суставе ограничены (Отвод - до угла 70°), пассивные - в полном объеме.

На рентгенограмме в двух проекциях определяется расширение суставной щели, уплощение головки плечевой кости с участками уплотнения и разрежения костного вещества.

- 1. Дифференциальная диагностика между остеохондропатией головки плечевой кости (болезнь Гасса) и остеобластокластомой.**
- 2. Какие различают стадии развития остеохондропатии?**
- 3. Какой план лечения остеохондропатии головки плечевой кости, срок и прогноз лечения?**

Задание 11.

В клинику поступил ребенок Ш., 14 лет, с жалобами на быструю утомляемость и боль в правом тазобедренном суставе, хромота. По словам родителей ребенок стал хромать несколько месяцев назад, раньше жаловалась на боль в ноге, однако лечение никакого не начинали. Травмы конечностей не было. Ранее лечилась по поводу дисплазии правого тазобедренного сустава, мальчик находился до 1 года в стременах Павлика. В дальнейшем жалоб не предъявлял, занимался физкультурой.

Объективно. В момент осмотра жалоб не предъявляет. Боль появляется при резкой внутренней и наружной ротации бедра, движения умеренно ограничены.

На рентгенограмме правого тазобедренного сустава форма головки бедренной кости изменена за счет снижения ее длины, контуры ее неровные. Костная структура головки гомогенная.

- 1. Стадии развития остеохондропатии головки бедренной кости?**
- 2. Оперативное лечение этой остеохондропатии?**
- 3. Прогноз лечения болезни Легга-Кальве-Пертеса?**

Задание 12.

В клинику поступил больной Н., 25 лет, с жалобами на боль в правом коленном суставе, который возник спонтанно, причину указать не может. Боль усиливается к концу рабочего дня. Больной работает токарем. Периодически определяется выпот в суставе. Лечился самостоятельно.

Объективно. Контуры сустава умеренно сглажены. Определяется болезненность в области суставной щели. Объем движений в коленном суставе полный.

На рентгенограмме обнаружена полулунная ниша по наружной поверхности внутреннего мыщелка бедренной кости.

- 1. Характер патологии у данного больного?**
- 2. Какие существуют методы лечения остеохондропатии?**
- 3. Стадия течения болезни Кенига (рассекающий остеохондрит)?**

Тестовые вопросы.

1. Мать с мальчиком 5 лет обратилась к врачу ортопеду- травматологу со жалобами на усталость при ходьбе, резкое ограничение движений в правом тазобедренном суставе, боль иррадирует в область коленного сустава, хромота при ходьбе, гипотрофия мышц бедра.

В анамнезе травмы конечности отсутствуют. На R-грамме правого тазобедренного сустава незначительное расширение суставной щели. Проба Манту отрицательная. Какой предварительный диагноз ребенка?

- А. Врожденный вывих правого бедра;
- В. Туберкулезное поражение правого тазобедренного сустава
- С. Остеохондропатия головки правой бедренной кости

- D. Опухоль Кодмани
- E. Вальгусная деформация шейки правого бедра.

2. При диспансерном осмотре школьников 7 класса к врачу обратился юноша 14 лет с жалобами на боль в области бугристости правой большеберцовой кости. Боль увеличивается после физической нагрузки, игры в футбол, во время движения. При осмотре припухлость в проекции бугристости большеберцовой кости по сравнению с здоровой. При пальпации локальная болезненность.

На R-грамме в боковой проекции проксимального отдела большеберцовой кости справа отмечается просветления и фрагментация. Какой диагноз?

- A. Перелом проксимального отдела большой берцовой кости
- B. Туберкулез правой берцовой кости
- C. Болезнь Осгуд-Шлятера
- D. Опоздание точки окостенения бугорка большой берцовой кости в проксимальном отделе
- E. Остеомиелит проксимального отдела большеберцовой кости.

3. Какие из перечисленных симптомов характерны для болезни Кенига (Рассекающий остеохондрит)

- A. Боль при движениях (сгибании и разгибании) в коленном суставе.
- B. Боль в коленном суставе в покое
- C. «блок» в коленном суставе
- D. На рентгенограмме в полости коленного сустава наличие костно-хрящевого фрагмента.
- E. Все перечисленные сегменты

4. К врачу ортопеду -травматологу обратилась пациентка 17 лет с жалобами на боль в области переднего отдела стопы при ходьбе, боль усиливается после физической нагрузки.

При осмотре отмечается припухлость области II и III плюсневых костей в дистальном отделе, при пальпации локальная боль в проекции соответствующих костей. В анамнезе - травма стопы отсутствует.

На рентгенограмме в передне-задней проекции отмечается деформация области головок II и III плюсневых костей. Какой предварительный диагноз пациента?

- A. Закрытый перелом плюсневых костей в дистальном отделе стопы
- B. Болезнь Келера III
- C. Остеомиелит II и III плюсневых костей
- D. Подагрический артрит II и III плюсневых костей стопы
- E. Метатарзалия переднего отдела стопы

5. Какие из перечисленных клинических симптомов вероятны при диагностике болезни Шейермана-Мау (остеохондропатии апофизов грудных позвонков)?

- A. Боль после физической нагрузки в грудном отделе позвоночника при осмотре позвоночника резкое увеличение кифоза в грудном отделе 12
- B. При пальпации определяется боль в проекции остистых отростков грудного отдела позвоночника.
- C. При попытке выпрямить спину, боль усиливается в грудном отделе позвоночника.
- D. A, B, C

6. Какие дополнительные методы исследования используются в травматологии и ортопедии для определения остеохондропатии?

- A. Рентгенологическое исследование
- B. Ультразвуковое исследование
- C. Компьютерная томография
- D. Магнитно-резонансная томография
- E. Радио-изотопная диагностика
- F. Реовазография и ехоостеография
- G. Денситометрия
- H. A, B, C, D, F
- I. Все.