

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ О.О. БОГОМОЛЬЦЯ

**НАВКОЛОСУГЛОБОВІ ЗАХВОРЮВАННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ОПОРНО-
РУХОВОГО АПАРАТА. КЛАСИФІКАЦІЯ, КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА,
ЛІКУВАННЯ**

РОБОЧИЙ ЗОШИТ

для самостійної роботи студентів 5 курсу
навчальної дисципліни «Травматологія та ортопедія»
напряму «Медицина»
спеціальність «Лікувальна справа»
кафедра травматології та ортопедії

Автори: Бур'янов О.А., Скляренко Є.Т., Волошин В.П., Задніченко М.О., Кваша В.П., Грек В.П., Самусенко І.В., Омельченко Т.М., Соболевський Ю.Л.

Затверджено на засіданні кафедри від 26.08.2015р., протокол №

Розглянуто та затверджено цикловою методичною комісією з хірургічних дисциплін від
_____2015р., протокол №-_____

Вступ

Одним із ефективних засобів організації самостійної роботи студентів з тем дисципліни, які відведені на самостійне опрацювання є робота студента над **робочим зошитом**. Роботу над робочим зошитом слід починати з ознайомлення ключових питань з теми. На наступному етапі необхідно познайомитися з переліком джерел, в яких студент може знайти відповіді на поставлені питання. Для більш поглибленого вивчення даної проблеми студент може звернутися на професійні сайти.

Ознайомившись з теорією, студенту необхідно оцінити ступінь засвоєння матеріалу. У цьому зв'язку він вирішує запропоновані завдання, тестові запитання з теми. Особливу увагу при підготовці до заняття студент повинен звернути на необхідний мінімум тих практичних навичок, якими йому необхідно оволодіти. У відповідних розділах підручників, посібників, він повинен почерпнути ті відомості, які йому потрібні для оволодіння практичними навичками.

Організація самостійної роботи засобом робочого зошита здійснюється наступним чином: викладач представляє робочий зошит студенту або на електронних носіях (на кафедральному сайті), або в друкованому вигляді, далі студенти виконують завдання в позааудиторний час, згодом викладач їх перевіряє та оцінює **на початковому етапі практичного заняття**.

Критерії оцінки завдань робочого зошита

Кожне завдання вимагає окремого підходу при оцінці якості його виконання зі своїми критеріями. І тим не менш, при 5-бальній оцінці кожного виду завдань слід дотримуватися загальнодидактичних критеріїв, а саме:

Оцінка «5» ставиться, якщо студент:

1. Виконав роботу без помилок і недоліків.
2. Допустив не більше одного недоліку.

Оцінка «4» ставиться, якщо студент виконав роботу повністю, але допустив в ній:

1. Не більше однієї негрубої помилки і одного недоліку.
2. Не більше двох недоліків.

Оцінка «3» ставиться, якщо студент правильно виконав не менше половини роботи або допустив:

1. Не більше двох грубих помилок або не більше однієї грубої і однієї негрубої помилки і одного недоліку.
2. Не більше двох-трьох негрубих помилок або однієї негрубої помилки і трьох недоліків.
3. За відсутності помилок, але за наявності чотирьох-п'яти недоліків.

Оцінка «2» ставиться, якщо студент:

1. Допустив число помилок (недоліків) перевищує норму, при якій може бути виставлена оцінка «3».

2. Якщо правильно виконав менше половини роботи .
3. Не приступив до виконання роботи.

Тема. “ Навколосуглобові захворювання м'яких тканин опорно-рухового апарата. Класифікація, клініка, діагностика, лікування.”

Мета (навчальні цілі):

1. Актуальність проблеми навколосуглобових захворювань м'яких тканин опорно-рухового апарата у спортсменів, людей працездатного віку у практичній амбулаторній діяльності не тільки ортопедів-травматологів, а й лікарів сімейної медицини, ревматологів, хірургів, терапевтів.
2. Встановлювати чинники, що сприяють розвитку навколосуглобових захворювань м'яких тканин.
4. Аналізувати дані клінічного, УЗД, МРТ обстеження пацієнтів з захворюваннями м'яких тканин опорно-рухового апарата.
5. Обґрунтувати принципи профілактики кумулятивного розвитку даних професійних захворювань.
6. Обґрунтувати завдання та принципи консервативного та оперативного лікування відповідно до характеру перебігу білясуглобових захворювань м'яких тканин.

Студент має знати:

1. Анатомо-фізіологічні особливості навколосуглобових утворень м'яких тканин (сухожилків, зв'язок, фасцій, апоневрозів, синовіальних сумок).
2. Знати, які захворювання відносяться до навколо або білясуглобових захворювань: періартрити, тендовагиніти, тендиніти, бурсити, лігаментіти, фіброзіти.
3. Знати етіопатогенез цих захворювань. Зв'язок з професійною діяльністю та спортом.
4. Знати клінічні ознаки, основні функціональні діагностичні провокаційні тести визначення стану м'яких тканин суглобів, основні УЗД ознаки даних захворювань.
5. Знати показання до консервативного та оперативного лікування.
6. Правила проведення місцевих блокад, ін'єкцій лікарських препаратів та знати механізми їх дії, показання та протипоказання до застосування. Альтернативні методи лікування
7. Методи реабілітації пацієнтів
8. Заходи профілактики професійних захворювань білясуглобових тканин у спортсменів, людей працездатного віку.

Студент має вміти:

- Провести обстеження ортопедичного хворого
- Аналізувати типову клінічну картину функціональних професійних перевантажень м'яких тканин (сухожилків, зв'язок, фасцій, апоневрозів, синовіальних сумок) у пацієнта.
- Аналізувати дані рентгенологічного обстеження, УЗД, МРТ, електроміографії, ЕНМГ м'яких тканин суглобів.
- Поставити діагноз
- Розробити план лікування, передбачити його строки та результати
- Накласти бандаж, еластичну пов'язку, шину, корсет на уражений сегмент.
- Обґрунтувати вибір найбільш ефективного підходу комплексного консервативного лікування (медикаментозне лікування, фізіопроцедури, масаж, ЛФК, мануальна терапія суглобів, постізометрична релаксація, голковколювання та інше).
- Проведення білясухожильних блокад, внутрішньосуглобових та білясуглобових ін'єкцій лікарських препаратів.
- Визначити принципи трудової реабілітації хворих.

Основні терміни теми.

Термін	Визначення
Періартрити	це дегенеративно - дистрофічні ураження сухожилків у місці їх прикріплення до кістки з послідуочим розвитком реактивного запалення в ураженому сухожилку та близько розташованих серозних сумках.
Епикондиліт (епікондилопатія)	– асептичне запалення сухожилків, м'язів в місці кріплення до кістки
Тендиніт	– ізольоване дегенеративно - дистрофічне ураження сухожилка з невеликим вторинним запаленням
Тендіноз	– це незапальної етіології атрофія та дегенерація волокон в середині сухожилля, часто пов'язане з хронічним тендинітом, яка може призвести до часткового чи повного розриву сухожилля
Перитендиніти, теносиновіти	– це явища гострого чи хронічного запалення інтерстиціальних тканин, що оточують сухожилля та виникають від надмірного їх тертя за умов перевантаження.
Лігаментит	– це асептичне запалення білясуглобових зв'язок, які утворюють канал, через який проходить сухожилок в ділянці променевоzap'ястного та гомілковооступневого суглобів та кисті.
Бурсит	Схожі ознаки можуть виникати в білясуглобових сумках та супроводжуватись розвитком асептичного запалення
Адгезивний капсуліт	локальна проліферація сполучної тканини, облітерація бісуглобових сумок та рубцевий процес з розповсюдженням процесу на капсулу суглоба з втратою функції суглоба.
Міотендиніти	– ураження сухожилка в місці переходу його в м'яз, виникають при перевантаженні м'язу.

Література.

Основна:

1. Бур'янов О.А., Складенко Є.Т., Волошин В.П., Задніченко М.О., Кваша В.П., Грек В.П., Самусенко І.В., Омельченко Т.М., Соболевський Ю.Л. Методична розробка заняття для самостійної підготовки студентів на тему «Навколосуглобові захворювання м'яких тканин опорно-рухового апарата». //Літопис ортопедії та травматології 2011р. - №1-2.- С.256-263 або <http://www.kaftravm.com.ua/>

2. Заболевания околоуставных мягких тканей: клиника, особенности локальной терапии кортикостероидами <http://rheumatology.org.ua/blog/articles/612/?print=1>
3. Зборовский А.Б., Бабаева А.Р. Новые подходы к лечению заболеваний внесуставных мягких тканей.//Терапевт. архив. – 1997. – № 5. – С.82-84

Додаткова

1. Бурьянов А.А., Омельченко Т.Н., Соболевский Ю.Л. Интраартикулярное инъекционное лечение остеоартроза.//Практические рекомендации. 18с.
2. Астапенко М.Г., Эрялис П.С. Внесуставные заболевания мягких тканей опорно-двигательного аппарата М.: Медицина, 1975. — 151 с.
3. Ю. Ф., В.В. Каменев. Околосуставная боль: болезни перенапряжения мышц и сухожилий
- 4.

Завдання для самостійного опрацювання теми
потрібно відповісти письмово

Варіант 1

Завдання 1.

Перерахувати навколосуглобові захворювання м'яких тканин:

- Періартрити
- Тендиніти
- Тендовагініти
- Лігаментіти
- Бурсіти

Завдання 2.

Заповніть таблицю варіантів локалізації дегенеративно-дистрофічних білясуглобових захворювань м'яких тканин плечового, ліктьового суглобів, зап'ястка та кисті:

Плечовий Суглоб	Субдельтовидний бурсит Кальцифікуючий тендиніт ротаторної манжети плеча Тендиніт підосного м'яза Тендосиновіт довгої голівки двоголового м'язу плеча Синдром субакроміального конфлікту «імпінджмент» синдром Дегенеративне пошкодження ротаторної манжети плеча
Ліктьовий суглоб	Латеральний епікондиліт (“лікоть тенісиста”) Медіальний епікондиліт (“лікоть гравця в гольф”) Ліктьовий бурсит Кубітальний тунельний синдром
Зап'ясток і кисть	Хвороба де Кервена (стенозуючий теносиновіт сухожилля короткого абдуктора великого пальця і довгого абдуктора великого пальця) Клацаючі пальці (стенозуючий тендовагініт пальців) Тунельний зап'ястковий синдром Променевий стілоїдіт

Завдання 3.

Перерахувати основні причини захворювань м'язних білясуглобових тканин

- мікротравма
- надмірні перевантаження
- хронічні перевантаження
- нейрорефлекторні та нейротрофічні впливи (періартрит плеча при шийному спондиліозі)
- обмінно - ендокринні порушення

Завдання 4.

Ураження сухожилка надостного м'язу плечового суглоба може протікати у вигляді:

- тендиніта
- кальціфікуючого тендиніта
- надриву (розриву) сухожилка.

Завдання 5

Клінічні симптоми синдрому зап'ястного каналу:

- відчуття оніміння пальців руки, на початку з ранку, а потім і вночі.
- біль в пальцях (причому пальці болять по всій довжині), з часом розповсюджується на всю кисть і може доходити навіть до ліктя.
- Біль і оніміння часто супроводжують неприємні поколювання і відчуття печіння.
- З часом пальці втрачають чутливість, хворим важко утримувати предмети невеликих розмірів, руки стають «незграбними».

Завдання 6

На ранній стадії тендосиновіту для зняття запального процесу рекомендується призначення комплексного консервативного лікування у вигляді:

- спокій (ортез, гіпсова лонгет)
- холод
- ультразвук, лазер, магнітотерапія, діадинамотерапія
- протибільові препарати, НПЗП, препарати системної ензімотерапії
- локально та внутрішньом'язово призначаються ін'єкції антигомотоксичних препаратів (траумель С).

Завдання 7

Інструкція проведення ін'єкцій кортикостероїдів (дипроспан, флостерон, депо-медрол) навколосухожилка (наприклад, при латеральному епикондиліті) або біля - , внутрішньосуглобово:

- застосовуватися з обережністю у пацієнтів з гіпертонічною хворобою, тяжкою формою цукрового діабету, нефритом, глаукомою, з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки, функціональною дисфункцією печінки, жовчнокам'яної хвороби
- застосовується для зняття неінфекційного запального процесу навколо та внутрішньосуглобових захворювань, у гострому періоді
- не більше 2-3 локальних ін'єкцій з переривом не менше 2 тижнів між ін'єкціями
- необхідно уникати введення препарату безпосередньо в сухожилля.

Тестові запитання.

1. «Лікоть тенісиста» клінічно проявляється:

А. Болем в місці, де м'язи прикріплюються до зовнішнього надвиростка плеча

- В. Болем в місці, де триголовий м'яз плеча прикріплюються до верхівки ліктьового відростку ліктьової кістки
- С. Болем в місці, де м'язи прикріплюються до внутрішнього надвіростка плеча
- Д. Болем в місці, де двоголовий м'яз плеча прикріплюються до променевої кістки

2. Хвороба Де Кервена, це:

- А. Тендовагінит м'язів довгого відвідного та короткого розгинача великого пальця кисті
- В. Тендовагінит другого тильного каналу –це тендовагінит довгого та короткого променевих розгиначів кисті.
- С. Тендовагінит третього тильного каналу – тендовагінит довгого розгинача першого пальця.
- Д. Тендовагінит четвертого тильного каналу – тендовагінит загального розгинача III IV пальців та розгинача другого пальця.
- Е. Тендовагінит п'ятого тильного каналу – це тендовагінит розгинача п'ятого пальця.
- Ф. Тендовагінит шостого тильного каналу – тендовагінит ліктьового розгинача кисті.

3. Найбільш інформативний метод діагностики тендовагініту, тендиніту, міотенденіту:

- А. МРТ
- В. УЗД
- С. Електроміографія
- Д. Термографія
- Е. Комп'ютерна томографія

4. Найбільш ефективний метод лікування загострення плантарного фасциїту „п'яткової шпори”

- А. парафіно-озокеритові аплікації
- В. фізіопроцедури: лазер, ультразвук, магнітотерапія,
- С. прийом НПЗП
- Д. локальна ін'єкція кортикостероїдів (дипроспан, флостерон, депоомедрол)
- Е. екстракорпоральна ударно-хвильова терапія
- Ф. гама-терапія

5. Тендоперіостопатії інсерційного апарату ахілового сухожилка або ентезопатія ахіллового сухожилка, це

- А. запалення оточуючих тканин сухожилля. Воно може супроводжуватися дегенерацією тканин
- В. запалення і ураження сухожилля. Навколишні тканини при цьому в процес не залучені.
- С. дегенерація і запалення сухожилля в місці його кріплення до кістки. Іноді супроводжується розвитком п'яткової шпори або осифікацією
- Д. дегенеративний розрив ахіллового сухожилка

Варіант 2

Завдання 1.

Перерахувати позасуглобові ураженням м'яких тканин опорно-рухового апарату:

- Міозити
- Неврити
- Захворювання підшкірножирової тканини (паннікуліти, целлуліти, целлоалгії)
- фіброзити

Завдання 2.

Заповніть таблицю варіантів локалізації дегенеративно-дистрофічних білясуглобових захворювань м'яких тканин колінного суглоба, стопи, ділянка тазостегнового суглоба:

Ділянка тазостегнового суглоба	Вертлюжний бурсит Бурсит у ділянці m. iliopectineus Бурсит у ділянці "гусячої лапки" – тендобурсит гусячої лапки
Колінний суглоб	«Коліно бігуна» «Коліно стрибунка» – тендиніт власної зв'язки наколінника. Тендиніт сухожилля чотирьохголового м'язу стегна Препателлярний бурсит синдром Пеллегрині Штіда
Стопа	Посттібіальний тендиніт Ахілотендиніт Ахіллобурсит П'ятковий бурсит Тарзальний тунельний синдром Талалгія

Завдання 3.

В підгострому періоді тендосиновіту рекомендується призначення комплексного консервативного лікування у вигляді:

- ультрафонофорез з гідрокортизоновою маззю, електрофорез з анестетиком+КІ
- парафіновоозокеритові аплікації
- екстракорпоральна ударно-волнова терапія
- застосування бальнеологічних методів (родонові та сірководневі ванни)
- ЛФК, постізометрична релаксація м'язів, масаж

Завдання 4.

Основні причини плечо-лопаткового періартриту:

- широкий спектр патологічних процесів в м'якотканних навколосуглобових структурах плечового суглоба
- Остеохондроз шийно-грудного відділу хребта
- патологій обертальної (ротаторної) манжети плеча
- мікро та макротравматизації сухожильно-зв'язкового апарату плечового суглоба

Завдання 5.

Хвороба Де Кервена (хронічний тендосиновіт, стенозуючий тендовагініт, стенозуючий лігаментит) клінічно проявляється:

- Біль в проекції лучезапястного суглоба на стороні великого пальця.
- Біль тільки при значному розгинанні і відведенні великого пальця
- Біль при різкому відведенні кисті в бік мізинця
- Помірний місцевий набряк м'яких тканин в анатомічній табакерці
- Тест Фінкельштейна. Пацієнт притискає великий палець до долоні і щільно стискає його іншими пальцями, а потім відводить кисть в сторону мізинця. Рух супроводжується різким болем.

Тестові запитання.

1. «Лікоть гольфіста» клінічно проявляється:

А. Болем в місці, де м'язи прикріплюються до зовнішнього надвиростка плеча

- В. Болем в місці, де триголовий м'яз плеча прикріплюються до верхівки ліктьового відростку ліктьової кістки
- С. Болем в місці, де м'язи прикріплюються до внутрішнього надвіростка плеча
- Д. Болем в місці, де двоголовий м'яз плеча прикріплюються до променевої кістки

2. Найбільш ефективний метод лікування асептичного ліктьового бурситу:

- А. Призначення нестероїдних протизапальних препаратів
- В. Призначення фізіопроцедур
- С. Імобілізація ліктьового суглоба
- Д. Пункція ліктьової сумки
- Е. Пункція ліктьової сумки з введенням гормонального препарату (дипроспан, флостерон, кеналог, бетаспан)

3. На ранній стадії для зняття запального процесу тендовагініту, тендиніту, бурситу не рекомендується проведення:

- А. холод
- В. парафіно-озокеритові аплікації
- С. фізіопроцедури: лазер, ультразвук, магнітотерапія, НІЗП
- Д. препарати системної ензімотерапії
- Е. локально та внутрішньом'язово призначаються ін'єкції антигомотоксичних препаратів (траумель С).
- Ф. ін'єкцію кортикостероїдів (дипроспан, флостерон, депоомедрол) навколо сухожилка

4. Плантарний фасциїт „п'яткова шпора” частіше розвивається у пацієнтів:

- А. з повздожньою плоскостопістю
- В. поперечною розпластанністю переднього відділу стопи
- С. підвищеним склепінням стоп
- Д. еквінусною деформацією стопи

5. Які симптоми не характерні для синдрому зап'ясткового (карпального) каналу:

- А. біль, покакування, оніміння (парестезії) в зоні інервації серединного нерва
- В. слабкість згинання кисті, великого та вказівного пальців кисті
- С. неможливість пасивного, активного розгинання 3-5 пальців кисті
- Д. гіпостезія долонної поверхні великого та вказівного пальців кисті