

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

ОСТЕОХОНДРОПАТІЇ: ХВОРБА ЛЕГ-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА, ОСГУД-ШЛЯТЕРА, ШОЄРМАН-МАУ, КЕЛЕР I, II, КІНБЕКА.

РОБОЧИЙ ЗОШИТ

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

Автор: проф. В.П. Кваша

Затверджено на засіданні кафедри від _____ 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. “Остеохондропатії: хворба Лег-Кальве-Пертеса, Осгуд-Шлятера, Шоєрман-Мау, Келер I, II, Кінбека та ін.”

Мета (навчальні цілі):

1. Визначити медичну та соціальну актуальність даного патологічного процесу.
2. Вивчити чинники виникнення та негативні фактори, що сприяють розвитку даних захворювань.
3. Вивчити генезис остеохондропатій та визначити їх вплив, взаємозв'язок на виникнення, перебіг дистрофічно-дегенеративних уражень апарату руху та опори.
4. Опанувати клінічні прояви та дані інструментальних досліджень остеохондропатій відповідно їх локалізації.
5. Вміти провести диференційну діагностику з супутніми захворюваннями на різних стадіях патологічного процесу.
6. На основі вивчення патогенезу обґрунтувати завдання та принципи лікування в залежності від стадії та локалізації патологічного процесу.
7. Визначити показання до використання консервативного та оперативного методів лікування.
8. Розробити та обґрунтувати, в залежності від локалізації та стадії патологічного процесу, індивідуальну програму профілактичних заходів.
9. Розробити та обґрунтувати, в залежності від локалізації та стадії патологічного процесу, рекомендації професійної орієнтації.
10. Визначити помилки діагностики та лікування.

Студент має знати:

1. Визначення терміну «остеохондропатія».
2. Стадійність процесу.
3. Клінічні прояви в залежності від локалізації та стадії патологічного процесу.
4. Показання та інформативність сучасних способів обстеження.
5. Диференційну діагностику.
6. Покази та об'єм консервативного методу лікування.
7. Покази та об'єм оперативного методу лікування.
8. Причинно-наслідкові зв'язки остеохондропатії та патології апарату руху та опори.

9. Принципи формування профілактичних заходів.
10. Принципи формування професійної орієнтації профілактичних заходів. Негативну дію антибіотиків.
11. Критерії оцінки ефективності лікувальних та профілактичних заходів.

Студент має вміти:

1. Аналізувати клінічну картину остеохондропатій в залежності від локалізації та стадії патологічного процесу.
2. Аналізувати дані результатів інструментальних способів дослідження.
3. На підставі результатів клініко-інструментального обстеження провести диференційну діагностику.
4. Забезпечити диференційний індивідуальний підхід лікування.
5. Створити систему профілактичних заходів та визначити професійну орієнтацію пацієнта.
6. Застосувати ортопедичні засоби зовнішньої іммобілізації.
7. Пара- та інтраартикулярними блокадами.
8. Пункцією суглобів.

Основні терміни теми.

Термін	Визначення
Остеохондропатія	(від гр.- кістка, χόνδρος - хрящ, πάθος-страждання) - асептический некроз губчатої кістки, хронічного характеру та супроводжується мікропереломами. Остеохондропатії є наслідком місцевих порушень кровопостачання, які виникають в результаті цілої низки факторів(вроджених та набутих).
Хвороба Лег-Кальве-Пертеса	Остеохондропатія голівки стегнової кістки
Хвороба Келер II	Остеохондропатія голівок II-III плесневих кісток
Хвороба Келер I	Остеохондропатія човникоподібної кістки стопи

Хвороба Кінбека	Остеохондропатія напівмісяцевої кістки кисті
Хвороба Кальве	Остеохондропатія тіла хребця
Хвороба Шоерман-Мау	Остеохондропатія апофізів тіл хребців
Хвороба Осгуд-Шлатера	Остеохондропатія гористості великогомілкової кістки

Література.

1. Баталов О.А. Ранняя диагностика и выбор лечебной тактики при болезни Пертеса / Вестник травматологии и ортопедии. 1998.- №5.- С.43-47.
2. Гончаров Л.Д. Хвороба Лег-Кальве-Пертеса (етіологія, патогенез, лікування): дисертація на... д-ра медичник наук / Інститут травматології та ортопедії НАМН України.- К.2001.
3. Корнилов Н. В. Травматология и ортопедия.- Т 3// «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.

Завдання для самостійного опрацювання теми (відповісти письмово)

Завдання 1.

Хворий К., 10 років, скаржиться на біль у лівому кульшовому суглобі при ходьбі, швидку втомлюваність, кульгавість. Хворів на рахіт. Зі слів

батьків малорухомість дитини має місце з 6 років, кульгавість з'явилась рік тому.

Об'єктивно: гіпотрофія сідничних м'язів, м'язів стегна та гомілки. Згинання та розгинання в кульшовому суглобі в межах фізіологічної норми, визначається обмеження та болючість ротаційних рухів.

На рентгенограмі лівого кульшового суглобу визначається зменшення щільності голівки стегнової кістки та її мозаїчна структура. Форма голівки грибоподібна, суглобова щілина без змін.

1.Клінічні прояви хвороби Лег-Кальве-Пертеса.

2.Диференційна діагностика даного захворювання та туберкульозного кокситу.

3. Консервативне лікування на ранній стадії патологічного процесу.

Завдання 2

Хворий 18 років, звернувся до лікаря зі скаргми на біль в правому кульшовому суглобі, яка посилюється під час фізичних навантажень, в кінці дня, кульгавість. Біль виникла рік назад та носила періодичний характер.

Об'єктивно: гіпотрофія сідничних м'язів, відносно вкорочення кінцівки, помірне обмеження згинання та розгинання в правому кульшовому суглобі. Визначається обмеження та болючість ротаційних рухів, які супроводжуються «хрустом» в ділянці кульшового суглобу.

На рентгенограмі правого кульшового суглобу визначається сплюснення голівки стегнової без зміни кісткової щільності, звуження суглобової щілини. Шийково-діафізарний кут 120 градусів.

1. Яке захворювання має місце у даного пацієнта?

2. Визначіть стадію патологічного процесу.

3. Обгрунтуйте методи та об'єм лікування в залежності від стадії розвитку патологічного процесу.

Завдання 3.

Хворий 25 років, госпіталізований в ортопедо-травматологічне відділення зі скаргами на біль в правому колінному суглобі, що виникає при ходьбі та посилюється при фізичних навантажень. Біль турбує протягом останніх 3 років. Характерною ознакою на теперішній час є гостре посилення болю, яке супроводжується неможливістю рухів в колінному суглобі.

Об'єктивно: гіпотрофія чотирихоголового м'язу стегна, ознаки хронічного синовіту. Пасивні та активні рухи в суглобі в межах фізіологічної норми.

На рентгенограмі правого колінного суглобу визначається дефект поверхні внутрішнього виростку стегнової кістки.

- 1. Попередній діагноз та диференційна діагностика.**
- 2. Які додаткові обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?**
- 3. Клінічні ознаки синовіту колінного суглобу.**

Завдання 4.

Хворий 4 років, скаржиться на біль у в ділянці верхньої третини правої гомілки, яка посилюється під час гри в футбол. Біль турбує протягом останнього року.

Об'єктивно: в ділянці гористості великогомілкової кістки визначається почервоніння, набряк та болючість при пальпації.

На рентгенограмі верхньої третини кісток гомілки визначається фрагментація гористості великогомілкової кістки.

- 1. Попередній діагноз. З якими патологічними станами необхідно проводити диференційну діагностику?**
- 2. Програма лікування та профілактичні заходи.**
- 3. Рекомендації з приводу перспектив професійної орієнтації такого виду спорту, як футбол.**

Завдання 5

До лікаря звернулася мати з дитиною 6 років. Зі слів матері дитина почала скаржитись на біль в ділянці лівої стопи і швидку втомлюваність. Дитина народилася при нормальних пологах. Хлопчик перехворів на кір.

При огляді визначається незначна припухлість тильної поверхні лівої стопи, переважно з медіальної сторони. Пальпаторно визначається болючість, а при ході- збережлива кульгавість.

На рентгенограмі лівої стопи визначається сплюснення човноподібної кістки та її мозаїчна структура.

- 1. Яке захворювання наявне в даного хворого?**
- 2. Яка тактика ортопеда-травматолога в лікуванні даної патології?**
- 3. Прогноз та рекомендації.**

Завдання 6

У клініку звернулася хвора К., 22 років, зі скаргами на біль у правій стопі, що посилюються при ходьбі.

Об'єктивно спостерігається болючість і припухлість при пальпації в ділянці плесно-фалангових суглобів II та III пальців стопи. Рухи обмежені. При осьовому навантаженні на II та III пальців визначається болючість.

На рентгенограмі стопи в 2-х проекціях визначається сплющення головок II та III метатарзальних кісток, розширення суглобової щілини.

- 1. Яке захворювання наявне в хворого?**
- 2. Які консервативні та оперативні методи лікування даної патології?**
- 3. Перебіг і прогноз хвороби Альбан-КеллераII?**

Завдання 7

Хворий К., 25 років, слюсар, звернувся до лікаря зі скаргами на біль у правому променево-зап'ястному суглобі. В анамнезі травми не було. Біль турбує протягом останніх трьох років, посилюється при фізичному навантаженні.

Об'єктивно. Спостерігається припухлість по тильній поверхні правої кисті, болючість при пальпації. Сила м'язів передпліччя знижена.

На рентгенограмі правої кисті визначається сплющення і фрагментація півмісяцевої кістки.

- 1. Діагноз та диференційний діагноз.**
- 2. Які існують методи лікування остеохондропатії?**
- 3. Оперативне лікування і прогноз захворювання?**

Завдання № 8

Хворий К., 16 років, скаржиться на біль у хребті протягом року. Біль за звичай з'являється в кінця дня, іноді навіть буває тяжко випрямити хребет. В анамнезі травми не було. При огляді визначається виражений грудний кіфоз. Біль у хребті посилюється при розгинанні і перкусії остистих відростків середнього-грудного відділу хребта. М'язи спини не напружені.

На рентгенограмі грудного відділу хребта в бічній проекції відзначається зменшення відстані між тілами Th5-Th6-Th7 хребців, які мають клиноподібну форму, верхні і нижні їхні поверхні нерівні, хвилясті. Міжхребцеві щілини розширені.

- 1. Провести диференціальну діагностику між остеохондропатією хребта (хвороба Шейермана-Мау) і туберкульозним сподилітом.**
- 2. Який план лікування при остеохондропатії хребта?**
- 3. Середній термін лікування і прогноз захворювання?**

Завдання №9

У клініку направлена дитина Н., 9 років, зі скаргами на біль у грудному відділі хребта, відчуття хронічної втоми.

Зі слів батьків дитина почала скаржитись на біль рік тому, але лікування не проводилось.

Об'єктивно. Вісь хребта правильна, припухлості і напруги м'язів немає. Спостерігається локальна болючість в ділянці 6-го грудного хребця. Рухи в грудному відділі хребта не порушені. Симптом осьового навантаження на хребет негативний.

На рентгенограмі хребта в бічній проекції визначається різке сплющення тіла 6-го грудного хребця. Передній його відділ знаходиться на рівні переднього краю IV і V грудних хребців. Міжхребцеві диски вище і нижче зміненого хребця помірно розширені.

- 1. Клінічний і рентгенологічний прояв хвороби Кальве?**
- 2. Стадії перебігу хвороби Кальве?**
- 3. Яке лікування застосовується при даній патології та її прогноз?**

Завдання № 10

Дитина Б., 10 років, скаржиться на біль у правій руці, обмеження при відведенні в плечовому суглобі

Зі слів батьків дитина почала скаржитись 6-8 місяців тому, травми руки не було.

Об'єктивно. Контури правого плечового суглобу не змінені, виявлена лише незначна атрофія м'язів. Активні рухи в плечовому суглобі обмежені (відведення – до кута 70°), пасивні – у повному обсязі.

На рентгенограмі в двох проекціях визначається розширення суглобової щілини, сплющення головки плечової кістки з ділянками ущільнення і розрідження кісткової речовини.

- 1. Диференціальна діагностика між остеохондропатією головки плечової кістки(хвороба Гасса) і остеобластокластою.**
- 2. Які розрізняють стадії розвитку остеохондропатії?**
- 3. Який план лікування остеохондропатії голівки плечової кістки, термін і прогноз лікування?**

Задання № 11

У клініку поступила дитина Ш., 14 років, зі скаргами на шкидку втомлюваність і біль у правому кульшовому суглобі, кульгавість.

Зі слів батьків дитина стала кульгати кілька місяців тому, раніше скаржилася на біль у нозі, однак лікування ніякого не починали. Травми кінцівок не було. Раніше лікувалася з приводу дисплазії правого кульшового суглобу, хлопчик знаходився до 1 року в стременах Павлика. Надалі скарг не пред'являв, займався фізкультурою.

Об'єктивно. У момент огляду скарг не пред'являє. Біль з'являється при різкій внутрішній і зовнішній ротації стегна, рухи помірно обмежені.

На рентгенограмі правого кульшового суглобу форма головки стегнової кістки змінена за рахунок зниження її довжини, контури її нерівні. Кісткова структура головки гомогенна.

- 1. Стадії розвитку остеохондропатії голівки стегнової кістки?**
- 2. Оперативне лікування цієї остеохондропатії?**
- 3. Прогноз лікування хвороби Легга-Кальве-Пертеса?**

Задання № 12

У клініку поступив хворий Н., 25 років, зі скаргами на біль у правому колінному суглобі, який виник спонтанно, причину вказати не може. Біль посилюється до кінця робочого дня. Хворий працює токарем. Періодично визначається випіт у суглобі. Лікувався самостійно.

Об'єктивно. Контури суглобу помірно згладжені. Визначається болючість в ділянці суглобної щілини. Обсяг рухів у колінному суглобі повний.

На рентгенограмі виявлена півмісяцева ніша по зовнішній поверхні внутрішнього виростка стегнової кістки.

- 1. Характер патології в даного хворого?**
- 2. Які існують методи лікування остеохондропатії?**
- 3. Стадії перебігу хвороби Кеніга (розсікаючий остеохондрит)?**

Тестові запитання.

1. Мати з хлопчиком 5 років звернулась до лікаря ортопеда-травматолога зі скаргами на втому під час ходи, різке обмеження рухів в правому кульшовому суглобі, біль іррадіює в область колінного суглоба, кульгавість при ході, гіпотрофія м'язів стегна.

В анамнезі травми кінцівки відсутні. На R-грамі правого кульшового суглоба незначне розширення суглобової щілини. Проба Манту негативна. Який попередній діагноз дитини?

- А- вроджений вивих правого стегна;
- Б- туберкульозне ураження правого кульшового суглоба
- С- остеохондропатія голівки правої стегнової кістки
- Д- пухлина Кодмана
- Е- вальгусна деформація шийки правого стегна.

2. Під час диспансерного огляду школярів УІІ класу до лікаря звернувся юнак 14 років зі скаргами на біль в ділянці горбистості правої великогомілкової кістки. Біль збільшується після фізичного навантаження, гри в футбол, під час руху.

При огляді припухлість в проекції горбистості великогомілкової кістки в порівнянні зі здоровою. При пальпації локальна болючість. На R-грамі в боковій проекції проксимального відділу великогомілкової кістки справа відмічається просвітлення і фрагментація. Який попередній діагноз?

А- перелом проксимального відділу великої гомілкової кістки

Б- туберкульозне враження правої гомілкової кістки

С- хвороба Осгуд-Шлятера

Д- запізнення точки окостеніння горбика великої гомілкової кістки в проксимальному відділі

Е- остеомієліт проксимального відділу великогомілкової кістки.

3. Які з перелічених симптомів характерні для хвороби Кеніга (розтинаючий остеохондрит)

А- біль при рухах (згинанні та розгинанні) в колінному суглобі.

Б- біль в колінному суглобі в спокої

С- «блок» в колінному суглобі

Д- на рентгенограмі в порожнині колінного суглоба наявність кістково-хрящового фрагменту.

Е- всі перераховані сегменти

4. До лікаря ортопеда -травматолога звернулася пацієнтка 17 років зі скаргами на біль в області переднього відділу стопи при ході, біль посилюється після фізичного навантаження .

При огляді відмічається припухлість області ІІ та ІІІ плеснових кісток в дистальному відділі, при пальпації локальна біль в проекції відповідних кісток. В анамнезі - травма стопи відсутня.

На рентгенограмі в передньо-задній проекції відмічається деформація області голівок ІІ та ІІІ плеснових кісток.

Який попередній діагноз пацієнта?

А- закритий перелом плеснових кісток в дистальному відділі стопи

Б- хвороба Келера ІІ

С- остеомієліт ІІ та ІІІ плеснових кісток

Д - подагричний артрит ІІ та ІІІ плеснових кісток стопи

Е- метатарзалія переднього відділу стопи

5. Які з перелічених клінічних симптомів найвірогідніші при діагностиці хвороби Шейерман-Мау (остеохондропатії апофізів грудних хребців)?

А- біль після фізичного навантаження в грудному відділі хребта

Б- при огляді хребта різке збільшення кіфозу в грудному відділі

С- при пальпації визначається біль в проекції остистих відростків грудного відділу хребта.

Д- при спробі випрямити спину, біль посилюється в грудному відділі хребта.

Е- А, Б, С, Д.

6. Які додаткові методи дослідження використовуються в травматології та ортопедії для визначення остеохондропатії?

А- рентгенологічне дослідження

Б- ультразвукове дослідження

С- ком'ютерна томографія

Д- магнітно-резонансна томографія

Е- радіо-ізоотопна діагностика

Ж- реовазографія та ехоостеографія

К- денситометрія

Л- А, Б, С, Д

М- Е, Ж, К

П- всі.