

Болезнь Осгуд-Шляттера

Болезнь Келлера

1,2

Болезнь Осгуд-Шляттера и Болезнь Келлера -

это заболевания, относящиеся к группе остеохондропатий.

Остеохондропатия — это длительно протекающее циклическое заболевание, первичным звеном которого является асептический некроз костной ткани, а вторичные изменения, определяющие дальнейшие, клинические и рентгенологические черты болезни, состоят в рассасывании и замещении омертвевших участков костной ткани. Для всех остеохондропатий характерно преимущественное поражение детского и юношеского возраста, а также хроническое доброкачественное течение и относительно благоприятный исход заболевания.

Этиология.

- **Травма** – может быть острая, но чаще остеохондропатии возникают в результате наслаивания хронических микротравм.
- **Функциональные перегрузки** → изменяются биохимические и биофизические процессы → нарушение белкового обмена, накопление продуктов распада, изменение усвояемости питательных веществ в кости → кость не в состоянии выдержать не только повышенные нагрузки, но и привычные.
- **Авитаминоз**
- **Алиментарные дистрофии**
- **Инфекционные заболевания** (создают определенный патологический фон в организме, предрасполагающий к возникновению дистрофических заболеваний).

Патогенез.

- В основе изменений, происходящих при остеохондропатии, лежит первичный асептический субхондральный некроз костной ткани. В связи с этим **первая стадия заболевания называется стадией некроза**. Гистологически в это время обнаруживают некроз костных балок и костного мозга. Наличие омертвевшего участка вызывает ответную реакцию со стороны соседних здоровых элементов кости. Начинается рассасывание мертвой ткани, а затем замещение ее новообразованной костной тканью. Перестраивающаяся костная ткань теряет свою механическую прочность и не выдерживает обычной для нее нагрузки. В результате наступает вторая стадия - "**стадия компрессионного перелома**", при которой сломанные костные балки вклиниваются друг в друга.
- Третья стадия остеохондропатии - **стадия фрагментации** - состоит в рассасывании мертвых костных балок, которое осуществляется остеокластами, а также грануляционной тканью, растающими из здоровых отделов кости.
- Вслед за стадией фрагментации и почти одновременно с ней начинается четвертая стадия - **восстановление структуры и формы кости**, когда на месте некротизированных балок создается вновь образованная губчатая костная ткань.

Болезнь Осгуд-Шляттера-асептический некроз бугристости большеберцовой кости.

- Чаще болеют мальчики в возрасте от 13 до 15-18 лет.
- Остеохондропатия часто развивается без видимой причины, однако, иногда удается установить связь с повторной травмой или повышенной функцией четырехглавой мышцы бедра (например, при занятиях спортом или балетом).



Клиника

- Отмечается припухлость и локальная боль в области бугристости большеберцовой кости, усиливающаяся при пальпации. Зачастую определяется выраженное увеличение апофиза большеберцовой кости (в 2 раза и более). Движения в коленном суставе болезненны, особенно после физической нагрузки. Самая резкая боль возникает при «стоянии на коленках». Крайняя степень сгибания конечности в коленном суставе сопровождается выраженными болевыми ощущениями, нередко сохраняющимися и в состоянии покоя.

Диагностика. Рентген.



Рентгенограмма коленного сустава в боковой проекции, демонстрирующая фрагментацию большеберцовой бугристости с отёком окружающих

Лечение.

Лечение консервативное:

- тепловые процедуры или фоноэлектрофорез с раствором прокаина, препаратами, улучшающими микроциркуляцию (пентоксифиллин).
- витамины (группы В)
- препараты кальция и фосфора.
- рекомендуется ограничение физической нагрузки, на весь период болезни исключают занятия спортом.

Продолжительность заболевания 1-1,5 года.

Прогноз благоприятный.

Болезнь Келлера - это остеохондропатия костей стопы.

- **Причинами являются:**
- - острые и хронические травмы стопы;
- - ношение неудобной обуви;
- - ношение обуви не по размеру;
- - продольное или поперечное плоскостопие.



В зависимости от локализации поражения костей стопы разделяют: болезнь Келлера 1 и болезнь Келлера 2.

Болезнь Келлера I – это остеохондропатия ладьевидной кости стопы.

Болезнь Келлера II это остеохондропатия головок плюсневых костей стопы.

Болезнь Келлера I.

- Заболевание возникает обычно с одной стороны. При этом на внутреннем крае тыльной поверхности стопы появляется небольшой отек и боль, которая увеличивается при нагрузке (ходьбе). Это заставляет ребенка ходить, опираясь на противоположный, наружный край стопы. Боли беспокоят ребенка в течение года, а затем исчезают.

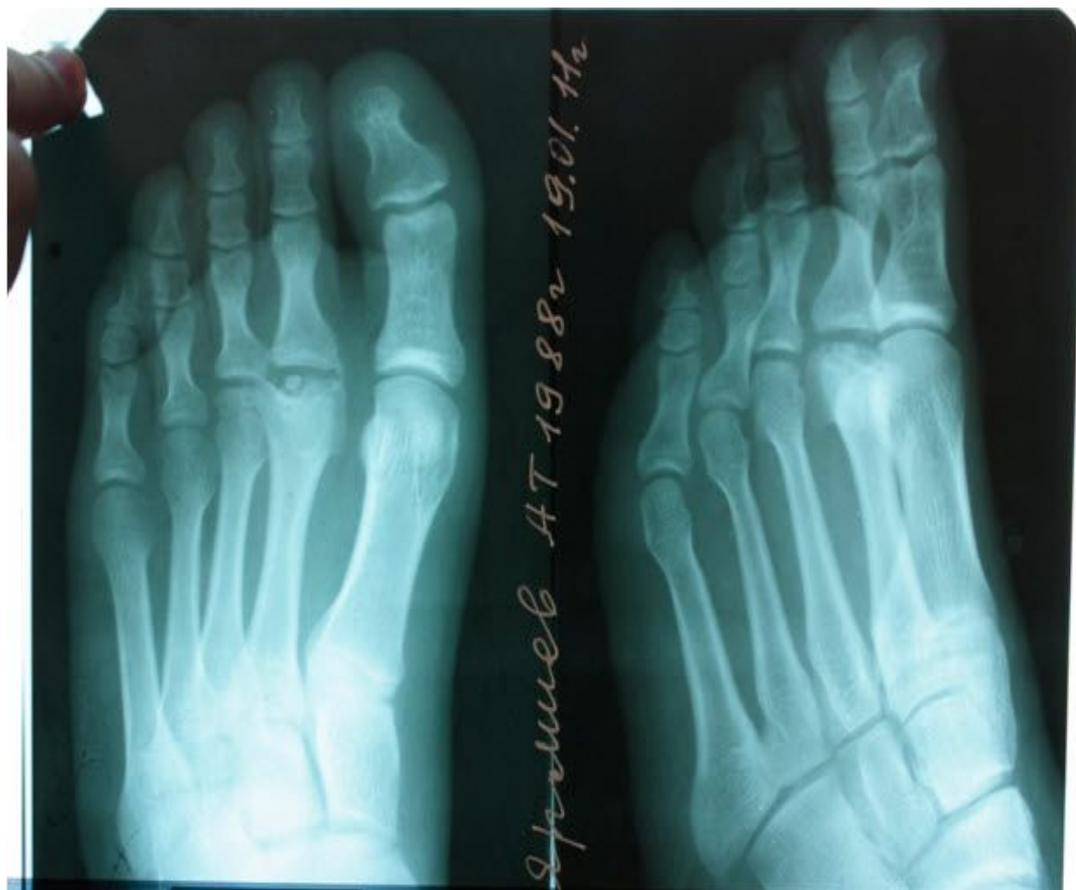
На рентгенограмме:

- В начальной стадии выявляется легкий остеопороз, затем уплотнение костной структуры ядра окостенения ладьевидной кости (ядер окостенения может быть два). Появляется сплющивание и фрагментация ладьевидной кости, ее деформация в виде чечевицы или полумесяца. Прилежащие суставные щели расширяются.

Болезнь Келлера II

- Заболевание чаще возникает у девочек-подростков, и иногда встречаются семейные случаи заболевания. Самая распространенная локализация – головка II или III плюсневых костей, редко поражается сразу несколько костей.
- Начинается заболевание обычно незаметно. В месте разрушения кости появляется болезненность сначала при нагрузке, а затем и в покое. Девочка начинает хромать. Особенно трудно ходить босиком, в обуви на тонкой мягкой подошве, на неровной поверхности.
- На уровне поражения на тыльной поверхности стопы появляется отек, головка плюсневой кости увеличивается в размерах, меняет свою форму и становится болезненной при прощупывании. Через некоторое время укорачивается прилегающий к головке пораженной кости палец, ограничиваются движения в суставе. Боли продолжаются около двух лет, а затем обычно проходят, но если лечение не проводилось, то могут появиться вновь из-за изменений в суставе.
-

Рентген. Келлер2.



Рентгенологические изменения в I стадии могут отсутствовать. Во II стадии головка плюсневой кости теряет свою правильную шаровидную или овоидную форму и уплощается, длина ее уменьшается в 2-3 раза, приводя к укорочению соответствующего пальца. В III стадии происходит выраженное расширение суставной щели, секвестрация головки с образованием нескольких фрагментов, а в IV—резорбция некротизированной кости с ремодуляцией головки, приобретающей блюдцеобразную форму с исходом в деформирующий артроз.

Лечение:

- Келлера1:
- разгрузка и иммобилизация конечности гипсовой повязкой с моделированием продольного свода стопы до 1-1,5 мес, затем ограничение статических нагрузок, тепловые процедуры, массаж, электрофорез иодида калия и новокаина, ношение стелек-супинаторов.
- Келлера2:
- заключается в наложении гипсового сапожка. Гипсовый сапожок обычно «одевается» сроком до 2 – 4 недель. После снятия гипсового сапожка рекомендуются минимальные нагрузки на стопы, ношение ортопедических стелек или обуви для поддержки продольных и поперечных сводов стопы. А так же – массаж мышц голени и стопы, лечебная гимнастика, физиотерапия, ножные ванны.