

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО

Рецензия д.м.н., зав. кафедрой травматологии, ортопедии и нейрохирургии с курсом ПО, доцента Шнякина Павла Геннадьевича на реферат-презентацию ординатора 1 года обучения по специальности «Травматология и ортопедия»

Середенко Александр Алексеевича по теме:

БОЛЕЗНЬ ПЕРТЕСА.

В своем реферате-презентации А. А. Середенко раскрывает важные аспекты, касающиеся такой патологии как Болезнь Пертеса, которые необходимо знать и правильно подбирать к ним лечение. От умения вовремя и правильно диагностировать наличие Болезни Пертеса и подобрать правильный вид лечения, зачастую зависит жизнь больного, в связи с чем, данный доклад является актуальным. В докладе в достаточном объеме представлена необходимая информация о Болезни Пертеса, широко описаны использование различных степеней Болезни Пертеса, правильное лечение и реабилитация больных с Болезнью Пертеса.

Структурированность работы не нарушена, и содержит основные необходимые данные. Выводы, сформулированные на основе анализа материала, обоснованы. Список литературы представлен 5 источниками, выпущенных не позднее 5 лет.

Работа выполнена по типу реферата-презентации, оформлена в соответствии с требованиями.

Основные оценочные критерии:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность	-
2. Наличие орфографических ошибок	+
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: Положительная / Отрицательная

Комментарии рецензента:

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Тема: **Болезнь Пертеса.**



**Выполнил ординатор 1-го года
кафедры травматологии,
ортопедии и нейрохирургии с
курсами ПО
Середенко А. А.**

Определение.

Болезнь Пертеса, или **болезнь Легга-Кальве-Пертеса** – это заболевание, которое характеризуется нарушением кровоснабжения головки бедренной кости, в результате такая ситуация приводит к развитию асептического некроза.



Этиология.

В настоящее время единой причины возникновения болезни Пертеса не выявлено. Считается, что это – полиэтиологическое заболевание, в развитии которого определенную роль играют как изначальная *предрасположенность*, так и *нарушения обмена*, а также воздействия *внешней среды*. Согласно наиболее распространенной теории, болезнь Пертеса наблюдается у детей с *миелодисплазией* – врожденным недоразвитием поясничного отдела спинного мозга, распространенной патологией, которая может никак не проявляться или становиться причиной возникновения.

Этиология.

Предполагается, что пусковыми моментами в возникновении болезни Пертеса могут стать следующие факторы:

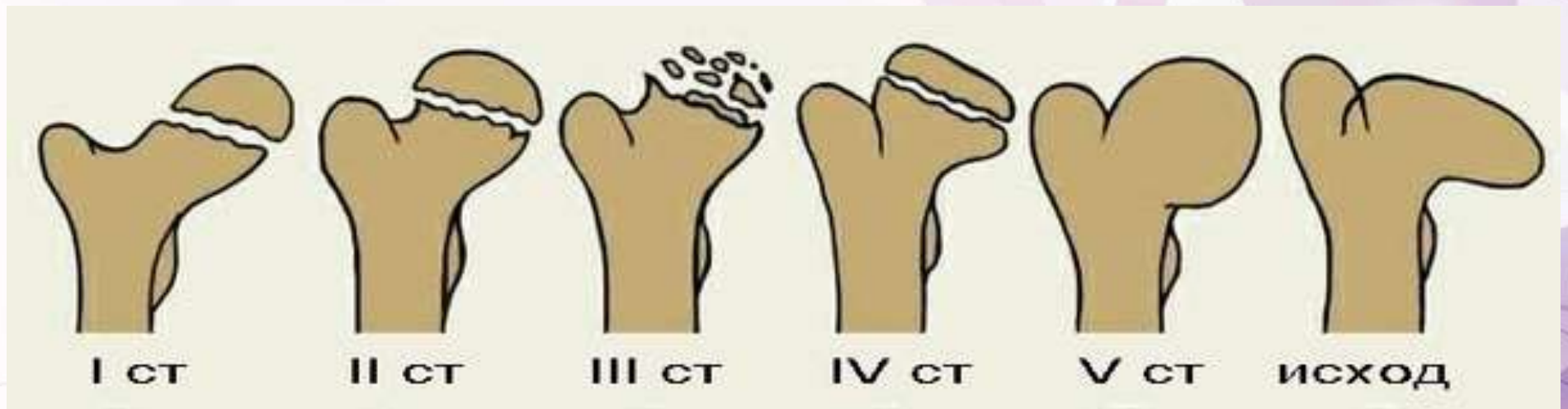
- Незначительная механическая травма (например, ушиб или растяжение связок при прыжке с небольшой высоты). В ряде случаев травма бывает настолько мелкой, что может остаться незамеченной

Клиника.

- Первые симптомы болезни – **боль и щадящая хромота**. Боль часто носит приступообразный характер, сменяясь светлыми промежутками. Боль иррадирует в коленный сустав.
- Появляется **утомляемость при ходьбе**, щадящая хромота. Со временем нарастает **гипотрофия мышц** бедра и ягодичной области, наступает **ограничение движений**, особенно отведения и внутренней ротации. Возникает **укорочение конечности**, которое вначале является кажущимся (вследствие сгибательно-приводящей контрактуры в тазобедренном суставе).
- С прогрессированием процесса и уплощением головки бедренной кости, а также в связи с развивающимся ее подвывихом появляется истинное **укорочение бедра** на 2-3 см.

Стадию заболевания ставят на основании рентгенограммы.

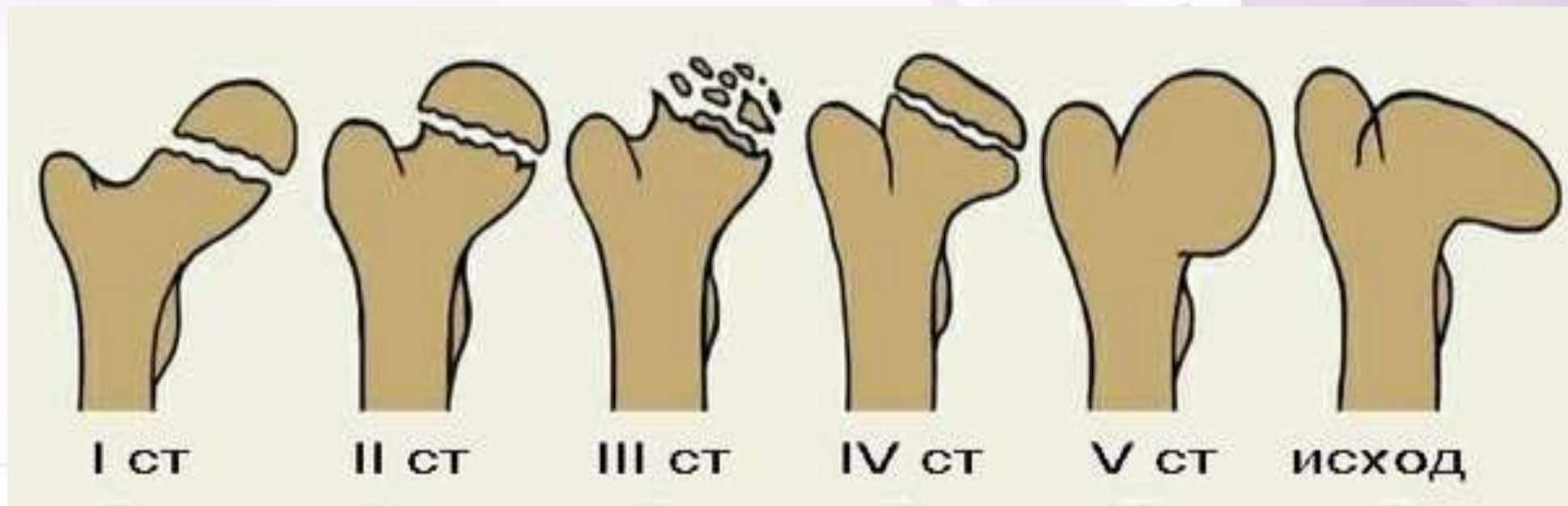
В **I стадии** (асептического некроза губчатой кости эпифиза и костного мозга) изменения отсутствуют либо незначительные: в виде остеопороза костей, образующих тазобедренный сустав, извилистости и неравномерности хрящевой эпифизарной пластинки, неоднородности и пятнистости шейки бедра, некоторого расширения щели сустава.



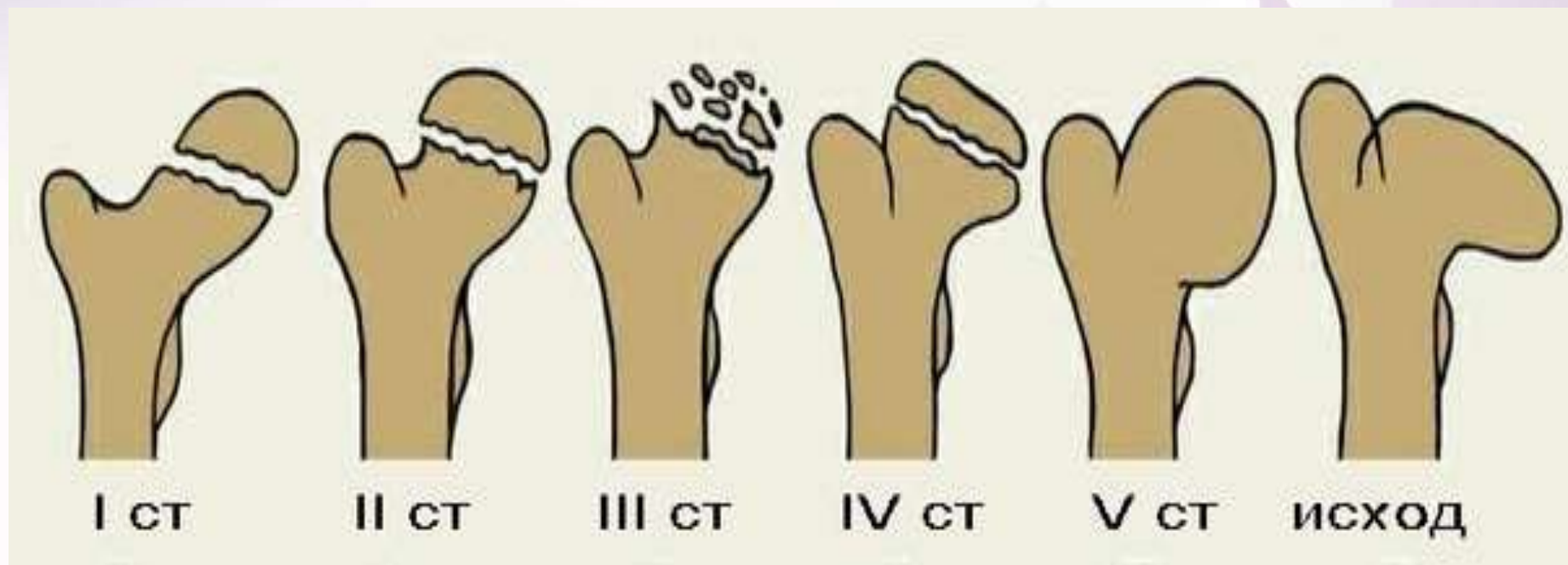
Во **II стадии** (импрессионного перелома) головка бедренной кости утрачивает характерную трабекулярную структуру, шейка бедра становится более остеопоротичной. Суставная щель отчетливо расширяется по сравнению со здоровым тазобедренным суставом. Эпифиз головки уплотняется, склерозируется и деформируется (вследствие сохраняющейся нагрузки).



В **III стадии** (фрагментации эпифиза) суставная щель по-прежнему расширена, головка сплющена и как бы разделена на отдельные глыбки или неправильной формы мелкоочаговые фрагменты. Обычно определяется от 2 до 5 таких фрагментов, а иногда и больше. Вертлужная впадина уплощается.



В **IV стадии** (репарации) определяется формирование новых костных балочек, эпифиз полностью замещается новообразованной костью с участками просветления в центре.

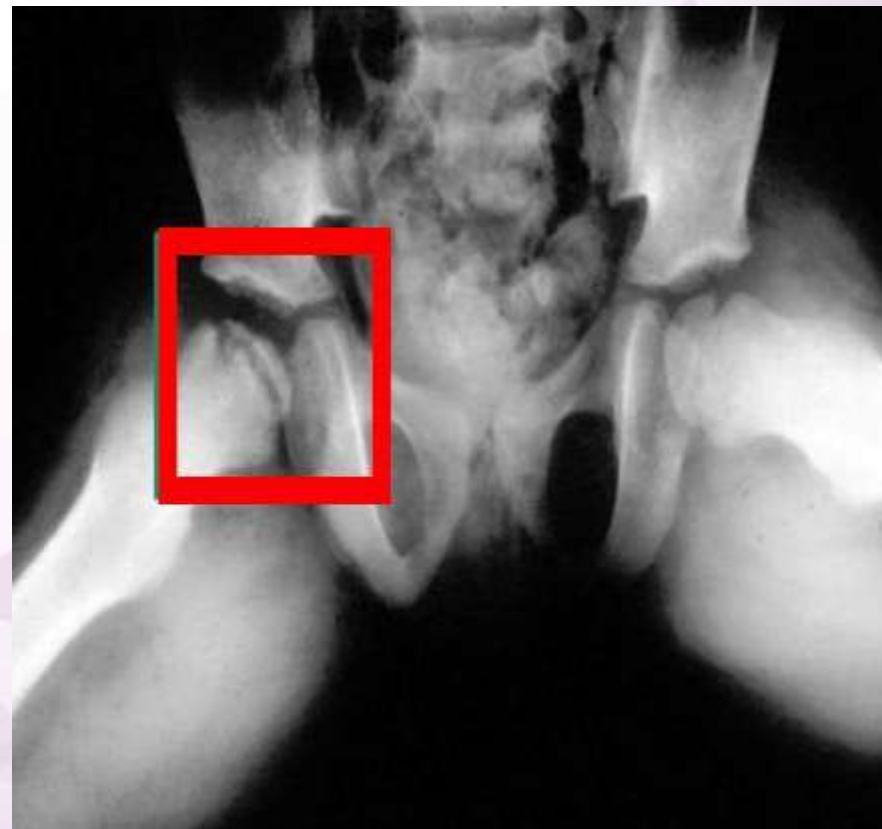


В V стадии (конечной) завершается структурная перестройка и восстановление формы головки и шейки бедра. Суставная щель суживается и приближается по своей величине к нормальной. Если лечение было правильным, форма восстановленной головки незначительно отличается от сферической; в противном случае формируется грибовидная головка с укороченной расширенной шейкой. При этом вертлужная впадина не полностью покрывает увеличенную деформированную головку, что впоследствии приводит к развитию вторичного коксартроза.



Диагностика.

- Рентгенография
- КТ
- МРТ
- Сцинтиграфия (на ранних этапах)



Лечение.

Лечение при болезни Пертеса должно начинаться как можно раньше, чтобы предотвратить развитие морфологических изменений и нарушение функции сустава.

В основе консервативного лечения лежит ранняя и длительная разгрузка конечности, что позволяет сохранить форму головки бедренной кости. Назначают постельный режим с накожным или скелетным вытяжением за больную ногу, ходьбу на костылях без нагрузки на пораженную конечность, применяют специальную петлю для подвешивания ноги, согнутой в коленном суставе, за нижнюю треть голени.

Используют отводящие шины с шарнирами на уровне суставов или ортопедические аппараты, обеспечивающие значительное уменьшение избыточного давления на головку бедренной кости.

Лечение.

С целью улучшения репаративных процессов назначают медикаментозное лечение и физиотерапевтические процедуры. В зависимости от стадии заболевания применяют препараты, *улучшающие кровообращение (трентал, никотиновая кислота, никошпан) и стимулирующие репаративные процессы (неробол, АТФ, витамины группы В)*. Используют электропроцедуры (УВЧ, электрофорез, ультразвук, диатермию), способствующие рассасыванию некротической ткани и процессу костеобразования, а также тепловые процедуры (парафин, озокерит, грязелечение, тепловые ванны), улучшающие кровоток в зоне поражения. Наилучшие условия для консервативного лечения созданы в специализированных санаториях. *Средний срок консервативной терапии – 2-3 года.*

Оперативное лечение.

В начальных стадиях заболевания без признаков выраженной деформации для ускорения репаративных процессов осуществляют введение костного аутотрансплантата в эпифиз головки бедренной кости. Широкое распространение в последние десятилетия приобретают и микрохирургические операции по удалению некротизированного участка эпифиза с его полным замещением трансплантатом на сосудистой питающей ножке.

При прогрессировании патологических изменений в головке и шейке бедра и нарушении пространственных взаимоотношений компонентов тазобедренного сустава применяют различные внесуставные реконструктивные вмешательства, позволяющие не только вывести из-под нагрузки пораженный участок эпифиза, но и произвести восстановление нарушенных взаимоотношений в тазобедренном суставе. Чаще всего используют межвертельную деторсионно-варизирующую остеотомию бедра, позволяющую уменьшить шеечно-диафизарный угол и корригировать избыточную антеторсию проксимального отдела бедра.

В случаях формирования деформации с уменьшенным шеечно-диафизарным углом, применяют деторсионно-вальгизирующую остеотомию бедра.

Хирургические вмешательства при остеохондропатии головки бедра позволяют сократить сроки лечения заболевания в 1,5 раза и способствуют снижению инвалидизации данной категории больных.



СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ

