

БОЛЕЗНЬ ОСГУДА-ШЛАТТЕРА (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Ушаков В. А.

Научный руководитель: ассистент Савалей Евгения Александровна
Кафедра современных методов диагностики и радиолучевой терапии
ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»

Контактная информация: Ушаков Вадим Александрович. E-mail: vadimushakov1111@gmail.com

Ключевые слова: болезнь Осгуда-Шлаттера, диагностика, лечение.

Актуальность исследования: болезнь Осгуда-Шлаттера (БОШ) — заболевание, встречающееся у молодых людей и локализирующееся в подкожной сумке бугристости большеберцовой кости. Оно относительно часто выявляется на практике, как правило, у детей, занимающихся спортом (почти у 20% подростков [1]). Так как БОШ длительное время развивается бессимптомно нередко случаи поздней диагностики данного заболевания. Кроме того, такое заболевание остаётся без внимания в процессе краткого изучения ортопедии и травматологии у студентов.

Цель исследования: обратить внимание студентов на возможность развития данного заболевания на примере клинического случая, представить клиническое течение БОШ у мальчика 12 лет.

Материалы и методы: изучена специализированная литература и результаты обследования в клиничко-диагностическом центре СПбГПМУ мальчика 12 лет. Объем исследования включал ультразвуковое исследование (УЗИ) и рентгенографию коленных суставов.

Результаты: у пациента жалобы на боль в коленных суставах отсутствуют. Больной наблюдается у ревматолога с диагнозом увеит ревматоидной природы. В ходе обследования, включающего УЗИ коленных суставов, была выявлена неоднородная костная структура и фрагментация бугристости большеберцовых костей. Пациент направлен на консультацию ортопеда. При осмотре: болезненная пальпация в области бугристостей большеберцовых костей, больше справа. Поставлен диагноз — болезнь Осгуда-Шлаттера. Диагноз подтверждён соответствующими достоверными признаками на рентгенограмме: неровность контуров, неравномерность, разреженность структуры, фрагментация апофиза бугристости левой большеберцовой кости. Ортопедом было назначено следующее лечение: витамин D по 1500 ЕД, магнито-лазерная терапия на левый коленный сустав, электрофорез с кальцием и эуфиллином на бугристости большеберцовых костей. Через 3 месяца на контрольной рентгенограмме сохраняется фрагментация апофиза бугристости левой большеберцовой кости, в динамике контуры апофиза более ровные и чёткие, структура более однородная. Исходя из литературных данных, боль, выявленная при пальпации, может начать появляться у пациента и в покое, а также выражаться при значительной физической нагрузке с задействованием четырехглавой мышцы бедра и в положении больного на коленях, при этом амплитуда движений будет сохранена. БОШ в отсутствие адекватного лечения в дальнейшем может привести к остеоартрозу коленного сустава [2].

Выводы: несвоевременная диагностика болезни Осгуда-Шлаттера и отсутствие адекватного лечения, кроме образовавшихся несросшихся костных фрагментов, деформаций бугристости большеберцовой кости приводят к остеоартрозу коленного сустава у лиц молодого возраста. Таким образом, проблема диагностики БОШ на ранних стадиях болезни является актуальной и представляет практический интерес для лучевых диагностов и педиатров.

Литература

1. Шамов Ибрагим Ахмедханович Болезнь Осгуда-Шлаттера // Клиническая медицина. 2016. №2.
2. М. А. Ермекова Лучевая диагностика болезни Осгуда — Шлаттера // Медицина и экология. 2016. №4 (81).