Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Нижегородский радиотехнический колледж»

Реферат

По дисциплине: «Физическая культура»

на тему: «Болезнь Осгуда Шляттера»

Работу выполнил:

Студент группы: 3-ИСиП-19-1

Мамонов Антон

Проверили преподаватели:

Физической культуры

Жиленкова И.Б и Лысенков А.В

Нижний Новгород

2021 г.

**Болезнь Осгуда–Шляттера, Osgood–Schlatter disease** — остеохондропатия бугристости большеберцовой кости. Преобладающий возраст развития болезни Осгуда — Шлаттера с 10 до 29 лет, но если вовремя не прекратить нагрузки, то костная ткань может уже никогда не восстановиться. Вероятность возникновения заболевания зависит от пола, лица мужского пола ей более подвержены.

Факторы риска развития болезни Осгуда-Шлаттера: баскетбол, хоккей, футбол, кикбоксинг, горные лыжи, спортивный туризм, большой теннис, дзюдо, самбо, таеквондо, карате. Заболевают молодые люди, в основном, совершенно здоровые. В конце XX века она описывалась французскими авторами как «апофизарный остеит», или «остеомиелит роста». Немного ранее датские и английские авторы считали болезнь характерным для молодых солдат и юных спортсменов травматическим периоститом. При данном заболевании необходимо сразу прекратить нагрузки и уменьшить ходьбу. Иногда боли в колене достигают такого уровня, что ходить и стоять практически невозможно.

В каждой трубчатой кости ребенка (в руке или ноге) есть зоны роста, на конце костей состоящие их хряща. Хрящевая ткань не такая прочная, как костная и поэтому больше подвержена повреждению и избыточные нагрузки на зоны роста может привести к отеканию и болезненности этой зоны. Во время физической активности, где много бега, прыжков и наклонов мышцы бедра у ребенка растягивают сухожилие - четырехглавой мышцы, соединяющей коленную чашечку к большеберцовой кости.  
Такие повторяющиеся нагрузки могут приводить к небольшим надрывам сухожилия от большеберцовой кости, что в результате приводит к появлению отека и болям, характерным для болезни Осгуд-Шлаттера болезни. В некоторых случаях организм ребенка пытается закрыть этот дефект ростом костной ткани, что приводит к образованию костной шишки.

**Клиническая картина.** Чаще возникает у мальчиков 10-18 лет, не только после ушиба, падения или физических нагрузок, но и без какого-либо внешнего воздействия - начинаются боли при сильном разгибании или крайнем сгибании колена, развивается ограниченная, плотная, резко болезненная при надавливании припухлость большеберцового бугра. Общее состояние удовлетворительное, местные воспалительные изменения отсутствуют или слабо выражены. Патологический процесс, как правило, самоограничивается. Возникновение его обусловлено нагрузкой на собственную связку надколенника, прикрепленную к бугристости большеберцовой кости. На фоне ускоренного роста в подростковом возрасте, повторяющиеся нагрузки на связку, и незрелость бугристости большеберцовой кости, могут спровоцировать подострый перелом последней в сочетании с лигаментитом собственной связки надколенника. Эти изменения приводят к формированию патологических костных разрастаний, болезненных при резких движениях. При опоре на колено боль может иррадиировать по ходу связки и выше надколенника в сухожилие четырёхглавой мышцы бедра, крепящееся в верхнему краю надколенника. Часто вслед за одним заболевает и другое колено, с теми же объективными изменениями на голени. Болезненность и боли держатся месяцами, обостряясь под влиянием механических инсультов, постепенно исчезая в течение года, редко позднее. Прогноз вполне благоприятный. Костный выступ остается, но без всякого ущерба для функции колена. Гистологически процесс характеризуется утолщением хрящевой прослойки между большеберцовым метафизом и связкой надколенника, неправильными границами зон окостенения, простирающимися в сухожильную ткань и образующих богатый клетками волокнистый хрящ, иногда с основным веществом слизистого типа.

Осложнения болезни Осгуда-Шлаттера встречаются редко. Они могут включать хроническую боль или локальную припухлость, которая хорошо поддается лечению холодными компрессами и приему НПВС. Нередко, даже после того, как симптомы исчезли, может остаться костная шишка на голени в области припухлости. Эта шишка может сохраняться в той или иной степени на протяжении всей жизни ребенка, но это обычно не нарушает функцию колена.

**Проявления болезни Шлаттера**

* Ограниченная болезненность в области бугристости большеберцовой кости (голень), усиливающаяся при сгибании в коленном суставе, особенно при приседании (даже неполном).
* Боль, отек, и болезненность в области бугристости большеберцовой кости, чуть ниже коленной чашечки
* Боли в коленях, которые усиливаются после физической активности особенно при такой как бег, прыжки и подъем по лестнице - и уменьшаются в покое
* Напряженность окружающих мышц, особенно мышц бедра (четырехглавой мышцы)

Боли варьируют в зависимости от каждого индивида. У некоторых может быть только легкая боль при выполнении определенных видов деятельности, особенно при выполнение бега или прыжков. У других же боль может быть постоянной и изнурительной. Как правило, болезнь Осгуда-Шлаттера развивается только в одном колене, но иногда может иметь место в обоих коленях. Дискомфорт может быть длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев и может повторяться, пока ребенок не перестает расти.

**Диагностика болезни Осгуд-Шлаттера**

* Рентгенографическое исследование коленных суставов в боковых проекциях; часто наблюдаются характерные «хоботки» в области бугристости большеберцовых костей, нередко вводящие врачей в заблуждение; изолированные костные фрагменты небольших размеров, иногда в количестве 1-2-3. Картина представляется очень разнообразной, напоминающей дробления, искривления и надломы эпифизарного отростка.
* Радиоизотопное сканирование
* Ультразвуковое исследование коленного сустава

Обычно болезнь Осгуда-Шлаттера излечивается самостоятельно, и симптомы исчезают после завершения роста костей. Если же симптоматика выраженная, то лечение включает медикаментозное лечение, [физиотерапию](https://www.dikul.net/units/health/fizio/), [ЛФК.](https://www.dikul.net/units/kinezi/lechenie_pozvonochnika/)

Медикаментозное лечение заключается в назначении болеутоляющих, таких как ацетаминофен (тайленол и др.) или ибупрофен. Физиотерапия позволяет уменьшить воспаление снять отечность и боли.

ЛФК необходимо для подбора упражнений, растягивающих четырехглавую мышцу и подколенные сухожилия, что позволяет снизить нагрузку на область прикрепления сухожилия надколенника к большеберцовой кости. Упражнения на усиление мышц бедра помогают также стабилизировать коленный сустав.

Выполнение несложных рекомендаций специалистов поможет предупредить болезнь и надолго сохранить подвижность суставов. Профилактика заболевания:

* избегать травм;
* использовать защитные наколенники;
* постепенно увеличивать физические нагрузки;
* в целях профилактики в осенне-весенний период принимать витаминно-минеральные комплексы.

Прогноз заболевания при своевременном обращении за медицинской помощью благоприятный. В тяжелых случаях после курса консервативного лечения у пациентов может остаться костный нарост под коленной чашечкой.