

ДЕФОРМИРУЮЩИЙ АРТРОЗ

Деформирующий артроз – дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов, в основе которого лежит дегенеративное поражение суставного хряща, приводящее к вторичным костным изменениям эпифизов (развитием краевых остеофитов), и как следствие – деформации суставов.

-
- В основе остеоартроза лежит нарушение функции суставного хряща. На развитие остеоартроза влияют многочисленные факторы. Прежде всего, это механические причины: как физические перегрузки сустава (в том числе из-за избыточного веса тела), так и гиподинамия, малоподвижный образ жизни, приводящий к ухудшению кровоснабжения сустава.
 - Имеют значения травмы сустава, в том числе длительная микротравматизация, нарушения статики, гипермобильность сустава из-за аномалий развития, слабого связочного аппарата, разрыва связок.

Наконец, влияют нарушения обмена в организме, воспалительные заболевания суставов, ухудшение их кровоснабжения вследствие атеросклероза сосудов.

Все перечисленные причины сказываются на составе синовиальной жидкости, которая питает хрящ. В результате хрящ уплотняется, деформируется, разрушается. Постепенно сустав теряет свою подвижность, при движениях возникают боли, развиваются вторичные воспалительные изменения, которые в свою очередь усугубляют состояние хряща. В дальнейшем в патологический процесс вовлекаются околоуставные ткани: капсула сустава, мышцы, связки, — развиваются деформации, функция сустава еще более ограничивается.

ДЕФОРМИРУЮЩИЕ АРТРОЗЫ ПО ПРИЧИНЕ ИХ РАЗВИТИЯ ДЕЛЯТ НА:

- Первичные артрозы. Возникают в результате дегенеративного процесса, развивающегося в здоровом суставе под влиянием чрезмерной механической нагрузки.
- Вторичные артрозы: посттравматические, на почве остеонекроза сустава, на почве метаболических изменений в костях, на почве эндокринных расстройств...

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



- Боль в суставе. Возникает при движении, физической нагрузке, ходьбе, в конце рабочего дня, при перемене погоды. В первые годы заболевания интенсивность и продолжительность болей зависят от степени выраженности и длительности воздействия провоцирующего фактора.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

По мере прогрессирования заболевания появляются боли в первый момент движения сустава — так называемые «стартовые боли», возникающие в результате несоответствия быстрого нарастания запроса в кислороде и способности сосудов обеспечить ткани кровью. Как правило, спустя 1,5-2 ч ходьбы или работы в положении стоя или сидя снова постепенно появляются вначале чувство тяжести, онемения, неприятные ощущения, а затем боли в суставах.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



- Крепитация при движении в суставе.
- Ограничение подвижности сустава, развитие контрактур, прогрессирующие вплоть до фиброзного анкилоза.
- Деформация сустава.

-
- Наиболее часто нарушается функция коленных и тазобедренных суставов, но могут поражаться и другие. Поражение межфаланговых суставов кистей чаще наблюдается у женщин. Эти суставы постепенно утолщаются, появляется уплотнение околосуставных тканей, а затем костные разрастания — так называемые узелки Гебердена.



ДЕФОРМИРУЮЩИЙ АРТРОЗ
МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ
«Узелки Гебердена»





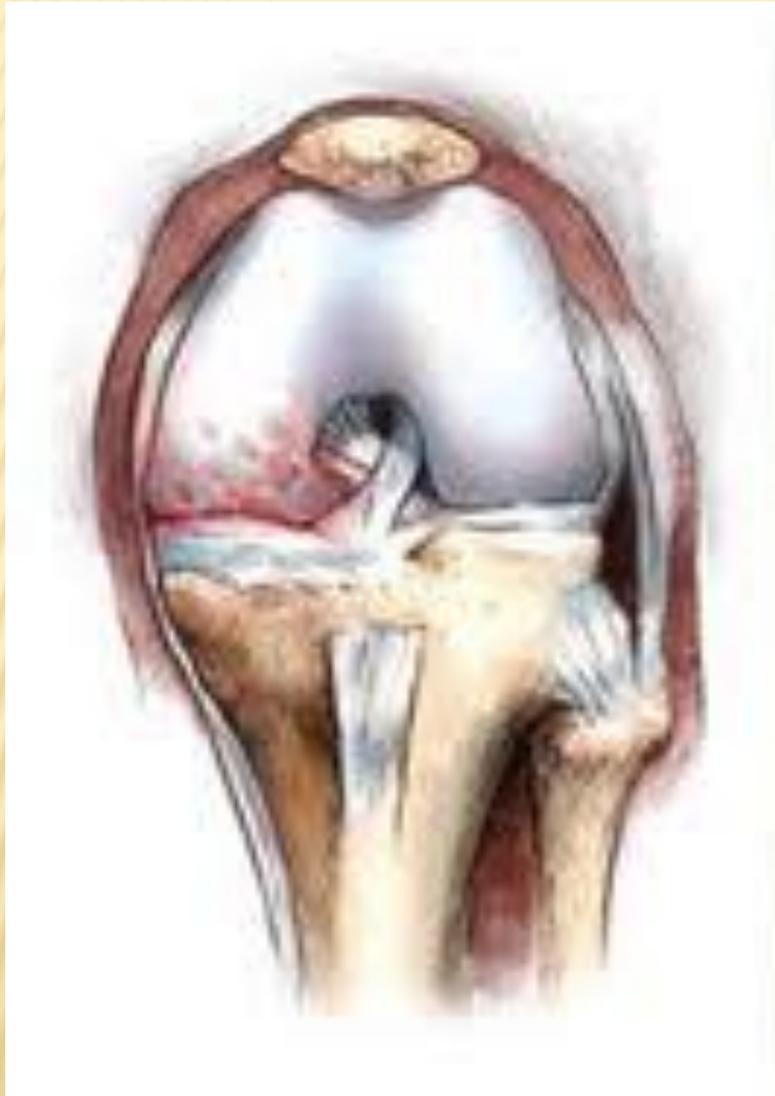
<http://travmatolog.net>



ДЕФОРМИРУЮЩИЙ АРТРОЗ
МЕЖФАЛАНГОВЫХ СУСТАВОВ
при болезни Кашина-Бека.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ

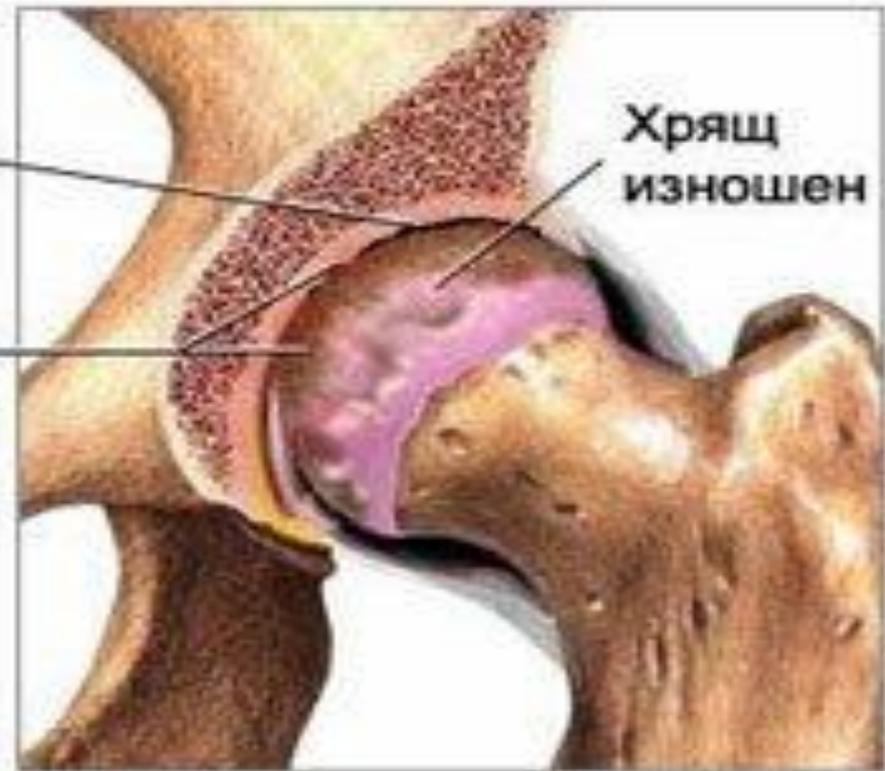
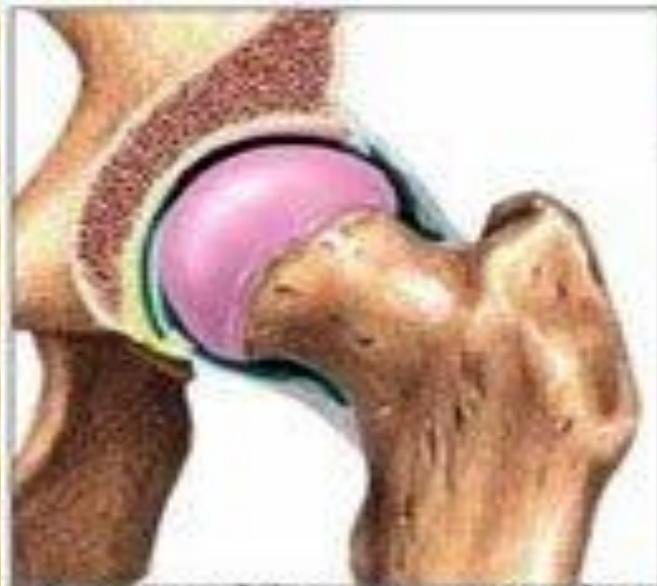
- Неравномерное сужение суставной щели.
- Разрастание краевых остеофитов, нарушение конгруэнтности суставных поверхностей.
- Склероз субхондральных участков кости.
- Кистозное перерождение эпифиза кости.



Сужена полость сустава

Шипы на кости

Хрящ изношен



Артрит тазобедренного сустава

<http://travmatolog.net>



**Здоровый коленный
сустав**



**Наросты и шипы на хряще,
эрозии на кости**



артроз
деформирующий

ПО РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ВЫДЕЛЯЮТ 3 СТАДИИ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО АРТРОЗА:

- I стадия, характеризуется небольшими краевыми костными разрастаниями, островками оссификации хряща и сужением суставной щели по сравнению со здоровой.
- II стадия, характеризуется значительными краевыми костными разрастаниями, сужением суставной щели, субхондральным склерозом замыкающей пластинки сустава.

-
- III стадия, характеризуется почти полным исчезновением суставной щели, расширением суставных поверхностей за счет обширных краевых костных разрастаний, деформацией сустава, склерозированием суставных поверхностей, субхондральным очаговым некрозом в виде кистозных просветлений или полостей.









-
- Течение деформирующего артроза длительное, хроническое, прогрессирующее. Характерно ступенеобразное развитие, т. е. при общем прогрессировании процесса периоды обострения чередуются с более или менее продолжительной ремиссией.

ЛЕЧЕНИЕ

- Неоперативное лечение

Комплекс неоперативного лечения составляют:

медикаментозная терапия, физиотерапия, диетотерапия и ортопедическое обеспечение.

- Оперативное лечение

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

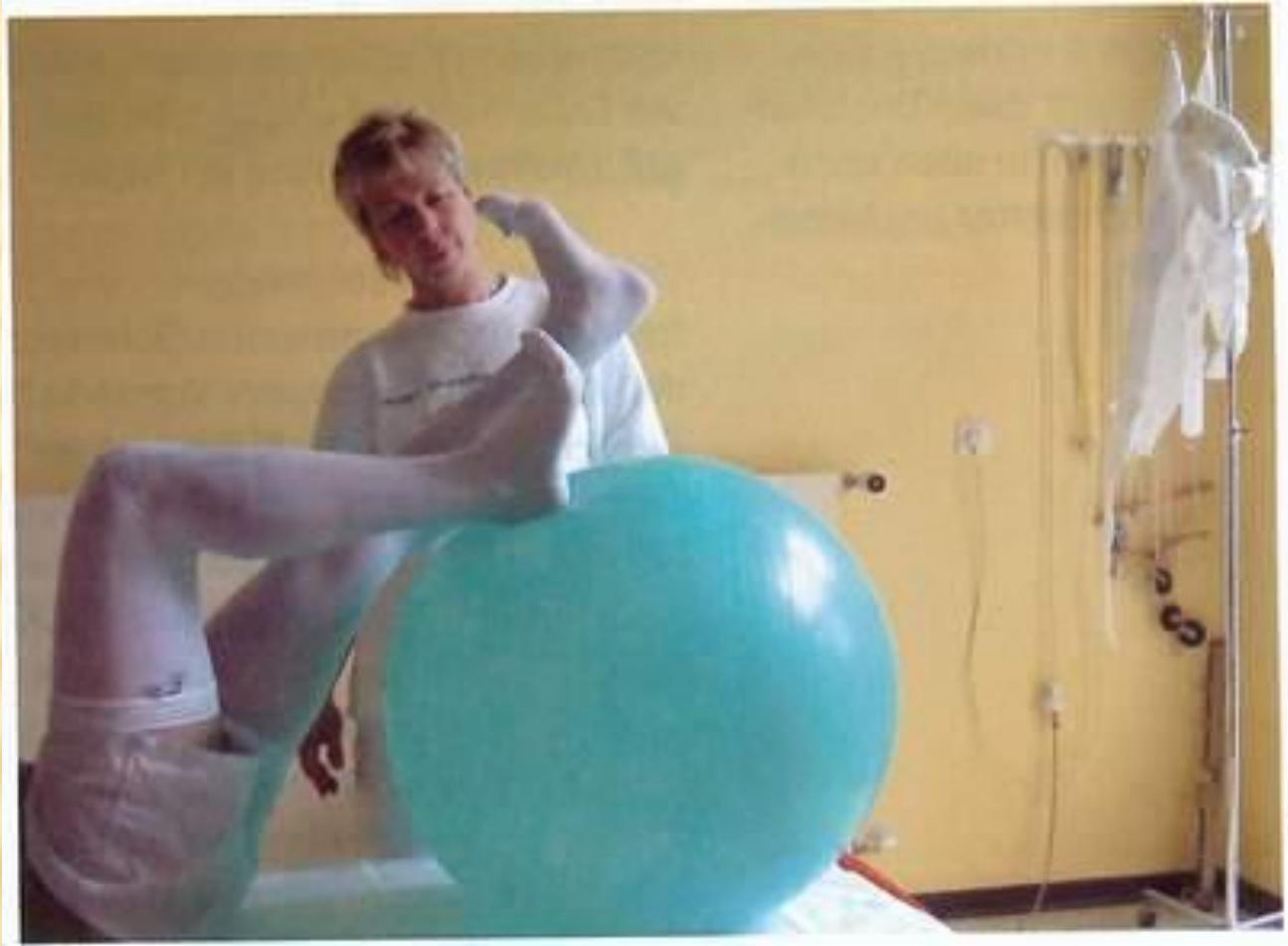
- Для снятия воспалительных явлений и болей при обострении заболевания назначают противовоспалительные препараты: индометацин, ортафен, напроксен, бруфен, вольтарен и др.
- Улучшают обменные процессы в суставном хряще такие препараты, как румалон (инъекции), артепарон (таблетки). Обычно проводится курсовое лечение этими лекарствами в течение 1,5-2 месяцев 2 раза в год.

Широко используется для лечения деформирующего артроза физиотерапия (электрофорез, ультразвук, импульсные токи, индуктотермия, парафиновые аппликации), массаж.



Больным назначается диетотерапия. Без снижения массы тела больного и нормализации обменных процессов организма в соответствии с его энергетическими тратами невозможно остановить прогрессирование патологического процесса.

Также в период ремиссии назначается лечебная гимнастика. Полезны занятия в воде, способствующие расслаблению мышц, уменьшающие боль и увеличивающие подвижность в больном суставе.



У большинства больных состояние улучшается после сероводородных, радоновых ванн, грязевых аппликаций.. Больным остеоартрозом показано санаторно-курортное лечение в районах с низкой относительной влажностью воздуха, без частых перемен погоды и циклонов (Южный берег Крыма, Северный Кавказ, Урал, Средняя Азия).

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Наиболее эффективные результаты восстановления утраченной опороспособности и подвижности в патологически измененном суставе обеспечиваются тотальным эндопротезированием.

При коксартрозе применяют: остеотомию проксимального отдела бедренной кости (изменяют топографию нагрузок в тазобедренном суставе), декомпрессионную миотомию, тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

При гонартрозе – под- и надмышцелковые корригирующие остеотомии, артропластика, эндопротезирование коленного сустава, вентрализация надколенника при феморопателлярном артрозе.