

ДЕФОРМИРУЮЩИЙ АРТРОЗ КРУПНЫХ СУСТАВОВ

Подготовила: студентка 415 группы
Мокринская А.Н.

Деформирующий артроз

- * это хроническое заболевание суставов дегенеративно-дистрофического характера, при котором происходит разрушение суставного хряща, капсулы сустава, деформация самой кости.

Актуальность

- * Одно из самых распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата.
- * Страдает около 5% всех жителей земного шара. Среди амбулаторных больных ортопедического профиля больные с этими заболеваниями составляют 1/3.
- * Статистика утверждает, что через 10-11 лет от начала заболевания деформирующий артроз почти в 100% случаев приводит к инвалидности.

Причины

- * Заболевание полиэтиологическое.

Причинами могут быть:

- * травмы и их последствия
- * нарушения развития опорно-двигательного аппарата (дисплазии)
- * инфекции и интоксикации
- * наследственные факторы
- * эндокринные факторы
- * ферментативные факторы
- * иммунные и др.

Патогенез

- * Синовиальная оболочка, синовиальная жидкость и суставной хрящ составляют комплекс под названием «синовиальная среда сустава». Одним из главных компонентов его является гиалиновый хрящ. Под ним расположена субхондральная пластинка с богатой сетью капилляров и нервные окончаниями.
- * Хрящевая ткань неоднородна и напоминает губку с очень тонкими порами. При движении, под действием веса тела, суставной хрящ сдавливается как губка, а неиспользованная тканевая жидкость выдавливается из него. При разгрузке давление в хряще падает и он, аналогично губке, освободившись от давления, расширяясь, всасывает в себя свежую, богатую питательными веществами синовиальную жидкость. Таким образом, при каждом шаге осуществляется питание хряща.
- * Питание суставного хряща осуществляется еще и благодаря сосудам субхондральной зоны эпифиза.

Патогенез

Нарушение питания хряща ведет к его разрушению:

- * теряется эластичность, хрящ становится более тонким
- * появляются трещины, гладкость суставных поверхностей нарушается
- * снижается количество синовиальной жидкости, обеспечивающей скольжение в суставе
- * появляется боль и хруст при движениях

Ширина суставной щели постепенно уменьшается, по краям суставных поверхностей образуются остеофиты. Они приводят к механическому раздражению синовиальной оболочки, появлению различных видов ограничения движений в больном суставе.



Клиническая картина

3 стадии:

I стадия

- * быстрая утомляемость конечности
- * «скованность» мышц
- * боли в суставе, как правило, отсутствуют.

Только при некоторых артрозо-артритах, которые начинаются с патологического процесса в синовиальной оболочке, заболевание может начинаться с болевого и воспалительного синдрома.

Клиническая симптоматика этой стадии заболевания настолько незначительна, что больные даже не обращают на них особого внимания.

Клиническая картина

II стадия

- * ограничение движений
- * движения сопровождаются крепитацией
- * «стартовые боли» - боли возникают в начале ходьбы
- * с течением времени боли усиливаются, но после отдыха могут исчезнуть.
- * деформация сустава, гипотрофия мышц, хромота

Конечный этап - волнообразное проявление болей: периоды усиления болевого синдрома сменяются различными по продолжительности периодами значительного снижения интенсивности болей или полным их исчезновением. Как правило, такое проявление боли связано с вовлечением в процесс синовиальной оболочки.

Клиническая картина

III стадия

- * почти полная потеря подвижности в суставе - «блокада сустава», сохраняются только пассивные качательные движения, выражена сгибательная контрактура
- * боли сохраняются в покое, не проходят после отдыха
- * возможна нестабильность сустава
- * больные самостоятельно ходить не могут и прибегают к помощи трости или костылей

Клиническая классификация (по Келлгрену-Лоренцу)

№ п.п	Клинические формы ДА	Нарушение функции	Характеристика клинической формы
1	Компенсированная	Функция не нарушена	Болевой синдром непродолжительный, возникает после максимальной физической нагрузки, купируется покоем, местным применением мазей с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), различных растирок
2	Субкомпенсированная	Функция нарушена незначительно	Болевой синдром более продолжительный, отмечается «стартовая боль». Болевой синдром, применением НПВП, отмечается деформация суставов
3	Декомпенсированная с болевым синдромом	Функция нарушена значительно	Болевой синдром постоянный, кратковременно купируется применением НПВП. Имеется уменьшение амплитуды движений, атрофия мышц конечности, усиливается деформация суставов
4	Декомпенсированная с реактивным синовитом	Функция нарушена значительно	Болевой синдром постоянный, кратковременно купируется применением НПВП. Определяются выраженная контрактура и деформация суставов, более выраженная атрофия мышц всей конечности; сглаженность контуров сустава, (баллотирование надколенника)

Виды артроза

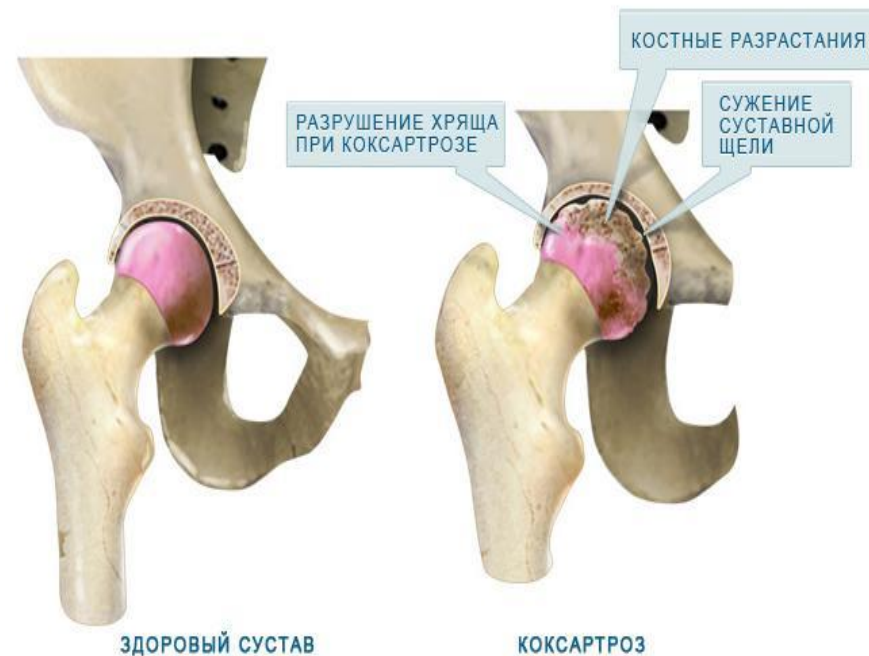


Коксартроз

- деформирующий артроз тазобедренного сустава

Особенности клиники:

- * часто на начальной стадии боль ощущается не в тазобедренном суставе, а в паху, ягодичной области, а также в бедре или в коленном суставе
- * сначала боль не столь выражена, но затем становится почти постоянной
- * обычно боль возникает при ходьбе, стихает в покое и возобновляется вновь при нагрузке на сустав
- * болезненные ощущения развиваются вследствие спазма ягодичных, поясничных или отводящих мышц бедра
- * рано наступает ограничение движений в суставе, но не во всех направлениях сразу: сначала нарушается внутренняя, затем наружная ротация, отведение и в последнюю очередь - сгибание и разгибание бедра
- * боли часто сопровождаются прихрамыванием, в начале за счет спазма мышц, затем из-за деформации головки бедра, ее вдавливания в ямку подвздошной кости или на фоне подвывиха, что ведет к укорочению ноги
- * при поражении двух тазобедренных суставов наблюдается «утиная походка» с переваливанием таза и туловища то в одну сторону, то в другую сторону



Гонартроз

- деформирующий артроз коленного сустава

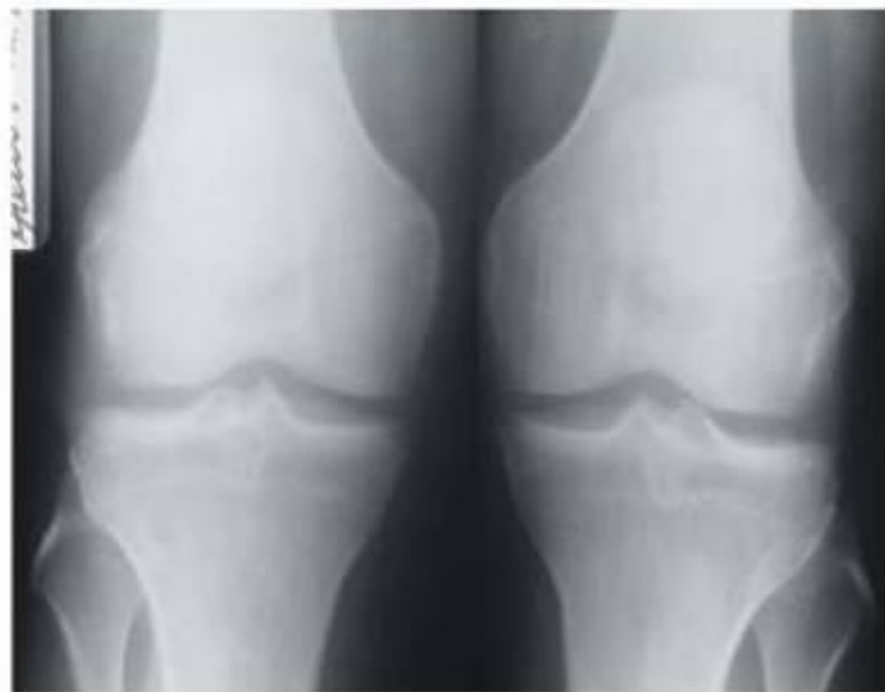
Особенности клиники:

- * сильная, режущая боль в области пораженного участка
- * боль становится сильнее при передвижении или физических нагрузках, а в положении покоя может отступать
- * деформация и отек в области пораженного сустава
- * при ходьбе слышен хруст
- * уменьшается подвижность сустава



Клинико-рентгенологическая классификация:

- * I степень – некоторые ограничения подвижности. При обследовании небольшое сужение щели в суставе, заострение краев поверхности суставов.



- * II степень – значительное ограничение подвижности, сильный хруст. При обследовании обнаруживается сужение суставной щели в 2-3 раза, а также остеофиты, кистовидные просветления в районе эпифизов и субхондральный остеосклероз.



- * III степень — полное ограничение подвижности и деформация больного сустава. При обследовании на поверхности эпифизов наблюдаются уплотнения и деформация, субхондральные кисты, остеофиты.



В зависимости от преимущественной локализации дегенеративно-дистрофического процесса выделяют 4 формы:

1. с преимущественным поражением внутреннего отдела коленного сустава (ведущий симптомокомплекс – варусная деформация нижней конечности с вершиной в области коленного сустава);
2. с преимущественным поражением наружного отдела (вальгусная деформация);
3. деформирующий артроз пателло-фemorального сочленения;
4. гонартроз с поражением всех отделов сустава.

Диагностика

- * Клиническая картина
- * Рентгенография
- * МРТ
- * Артроскопия

Лечение

- * медикаментозное лечение
- * хирургические и ортопедические методы лечения
- * естественные методы лечения

Медикаментозное лечение

- * Обезболивающая и противовоспалительная терапия
- * Хондропротекторы
- * Препараты, улучшающие периферическое кровоснабжение и микроциркуляцию
- * Витамины

- * Локальные средства – мази, гели

Хирургические методы лечения

Оперативное лечение рекомендуется при III ст. заболевания.

При коксартрозе применяются:

- * артродез
- * различные виды артропластических оперативных вмешательств
- * краевая моделирующая резекция головки бедра и впадины
- * эндопротезирование суставов

В случаях дисплазии уже на ранних стадиях артроза рекомендуются кроме остеотомий бедра – остеотомии таза, т.е. проводят внесуставные операции, улучшающие взаимоотношение суставных поверхностей, и увеличивающие площадь покрытия головки бедра крышей вертлужной впадины, распределяя равномерно нагрузку на суставные поверхности.

- * При гонартрозе прибегают чаще к корригирующим остеотомиям с целью создания правильной нагрузки на суставные поверхности.
- * В крайних случаях проводят артродез.

Естественные методы лечения

- * физиотерапия (ультразвук, магнитотерапия, лазеротерапия)
- * иглорефлексотерапия
- * массаж
- * курортное лечение (ванны, грязелечение)
- * правильно организованное питание
- * ЛФК

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!