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](https://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=dept&id=311)

Реферат

«Гонартроз»

Выполнила: Ординатор

кафедры травматологии,

ортопедии и нейрохирургии

с курсом ПО

Амельченко А. И.

Красноярск, 2019

**План реферата**

1. Классификация гонартроза
2. Факторы риска
3. Клиническая картина гонартроза
4. Диагностические критерии (жалобы, анамнез, физикальное обследование, инструментальные исследования)
5. Дифференциальный диагноз
6. Тактика лечения
7. Хирургическое вмешательство
8. Индикаторы эффективности лечения
9. Список литературы

**Клиническая  классификация:**

**I. Первичный (идиопатический)**  
**II. Вторичный**  
·     посттравматический;  
·     врожденные;  
·     приобретенные;  
·     эндемические заболевания;  
·     метаболические болезни;  
·     эндокринопатии;  
·     болезнь отложения кальция (фосфат кальция, гидроксиапатит);  
·     невропатии;  
·     другие заболевания (аваскулярный некроз, ревматоидный артрит, болезнь Педжета и др.).  
   
**Классификация ОА (Насонова В.А., Астапенко М.Г., 1989):**  
I. Патогенетические варианты       
·          первичный (идиопатический);  
·          вторичный (обусловлен дисплазией, травмами, нарушениями статики, гипермобильностью суставов, артритами и др.).  
II. Клинические формы  
·          полиостеоартроз;  
·          олигоостеоартроз (поражение двух и более суставов, но не более двух групп суставов).  
·          моноартроз;  
·          в сочетании с ОА позвоночника, спондилоартрозом.  
III. Преимущественная локализация  
·          межфаланговые суставы (узелки Гебердена, Бушара);  
·          тазобедренные суставы (коксартроз);  
·          коленные суставы  (гонартроз);  
·          другие суставы.  
IV. Рентгенологическая стадия (по KellgrenJ.H. и  LawrenceJ.S.) :  
I ,II, III, IV  
V. Синовит  
·          имеется;  
·          отсутствует.  
VI.Функциональная способность суставов  
·          функциональная способность ограничена (ФН\*-1);  
·          трудоспособность утрачена (ФН-2);  
·          нуждается в постореннем уходе (ФН-3).  
   
**Факторы риска:**

ОА возникает вследствие взаимодействия множества генетических и средовых факторов (таб.1). Именно анализ факторов риска развития ОА различных локализаций способствовал возникновению концепции о гетерогенности заболевания.  
   
Таблица 1 -Факторы риска возникновения ОА (CraemerP.,HochbergMC., 1997)

|  |  |
| --- | --- |
| Генетические | ·        пол (женский) ·        унаследованная патология гена коллагена II типа ·        мутация гена коллагена II типа ·        другие наследованные  заболевания костей и суставов ·        расовое/этническое происхождение |
| Негенетические | ·        пожилой возраст ·        избыточная масса тела ·        снижение уровня женских половых гормонов (например, период менопаузы) ·        пороки развития костей и суставов ·        операции на суставах в анамнезе (например, менискэктомия) |
| Экзогенные | ·        профессиональная деятельность ·        травма суставов ·        занятия спортом ·        курение |

**Клиническая картина гоноартроза:**

боль в коленном суставе при движении, усиливается при движении по лестнице (сильнее при спуске, чем при подъёме), хруст в коленных суставах при движении, синовит легко выявляется при обследовании, ограничение движений, вначале разгибания, затем и  сгибания, деформация сустава, чаще варусная девиация.    
   
Рентгенологическая классификация [Келлгрена и Лоуренса] (1957):  
0   – изменения отсутствуют;  
1   – сомнительные рентгенологические признаки;  
2   – минимальные изменения (неболь­шое сужение суставной щели, еди­ничные остеофиты);  
3   – умеренные проявления (умеренное сужение суставной щели, множе­ственные остеофиты);  
4   – выраженные изменения (суставная щель почти не прослеживается, выявляют грубые остеофиты).  
   
**Наличие реактивного синовита:**  
·     с реактивным синовитом;  
·     с часто рецидивирующем синовитом;  
Степень нарушения функции

**Диагностические критерии:**

Для постановки диагноза гонартроза врач должен использовать критерии Американской коллегии ревматологов (по Altmanet al.,1991) таблица 3.  
   
**Таблица 3 Классификационные критерии остеоартроза  (Альтман и др. 1991г)**

|  |  |
| --- | --- |
| Клинические критерии | Клинические критерии, лабораторные, диагностические критерии. |
| **Коленные суставы** | |
| 1.боль и 2а.крепитация 2б.Утренняя скованность </=30мин. 2в. Возраст >/=38лет или 3а. крепитация 3б.Утренняя скованность </=30мин 3в. Костные разрастания или 4а. Отсутствие крепитации 4б. Костные разрастания Чувствительность 89% Специфичность 88% | 1.Боль и 2.Остеофиты или 3а.синовиальная жидкость, характерная для ОА (или возраст >/=40лет 3б.Утренняя скованность </=30мин. 3в. крепитация       Чувствительность 94% Специфичность 88% |

**Жалобы на:**  
Ведущий клинический признак гонартроза:  
·     боль в области пораженного коленного сустава (суставов);  
·     усиление боли в положении стоя или при нагрузке;  
·     утренняя скованность длится менее 30 минут;  
·     присоединение воспалительного компонента приводит к удлинению утренней скованности.  
**Анамнез:**  
·     среди наиболее распространенных причин являются: конституциональные (пол, возраст, ожирение, наследственность, репродуктивные особенности) также неблагоприятные местные факторы (травмы, профессиональные и бытовые факторы, осанка);  
·     генетические факторы для гонартроза (индекс наследования 0,39-0,65). Необходимо собрать сведения о сопутствующей патологии, предшествующей терапии, наличие вредных привычек.  
   
**Физикальное обследование:**  
**При осмотре отмечается:**  
·     крепитация - характерный симптом для гонартроза, проявляющийся хрустом, треском или скрипом в суставах при движении, возникающий вследствие нарушения конгруэнтности суставных поверхностей, ограничения подвижности в суставе или блокады «суставной мышью» (фрагментом суставного хряща, свободно лежащего в суставной полости).  
·     увеличение объема суставов чаще происходит за счет пролиферативных изменений (остеофиты), но может быть следствием отека околосуставных тканей. В отличие от воспалительных заболеваний суставов, внесуставные проявления при остеоартрозе не наблюдают.  
·     при пальпации отмечается: болезненность сустава и периартикулярных тканей, наличие крепитации и хруста в суставах, наличие свободной жидкости в суставе, гипертрофированную синовиальную оболочку, состояние связочного аппарата и мышц. Определение функции сустава – изучение объёма и качества активных и пассивных движений в суставах.  
**Лабораторные исследования:**  
При первичном (идиопатическом) гонартрозе обнаружение патологических изменений стандартных лабораторных показателей в целом не характерно. Следует иметь ввиду, что у больных пожилого возраста (большинство больных) небольшое увеличение СОЭ и титров ревматоидного фактора может быть связана с возрастом и не является основанием для исключения диагноза остеоартроза. При исследовании синовиальной жидкости выявляют ее незначительное помутнение, повышение вязкости, количество лейкоцитов менее 2000 в 1 мм3, нейтрофилов менее 25%.  
   
**Инструментальные  исследования:**

·   **рентгенологическое исследование суставов: зависит от стадии поражения коленного сустава**– минимальные изменения (неболь­шое сужение суставной щели, еди­ничные остеофиты), умеренные проявления  показывает (умеренное сужение суставной щели, множе­ственные остеофиты); выраженные изменения (суставная щель почти не прослеживается, выявляют грубые остеофиты).  
·     для подтверждения диагноза ОА, стадии и оценки прогрессирования дегенеративных изменений в  суставах, стадию заболевания определяют преимущественно по классификации Kellgren-Lawrence.  
·     **МРТ: позволяет выявить**ранние изменения хрящевой ткани, повреждения менисков и связок коленного сустава.  
·     **УЗИ суставов:** наличие выпота, бурсита, изменения хрящевой ткани, менископатия, остеофиты применяют для изучения характера поражения всех составляющих сустава, но не для оценки эффективности лечения.

**Дифференциальный диагноз:**

Диагностика гонартроза с учётом диагностических критериев трудностей не вызывает. Тем не менее каждую клиническую ситуацию необходимо проанализировать с точки зрения возможности вторичного происхождения гонартроза.  
Некоторые травматические поражения коленных суставов, особенно у лиц старшей и пожилой возрастной групп могут расцениваться как проявления гонартроза и привести к неэффективности консервативной терапии. У пациентов с жалобами на «механическую» боль в области коленных суставов (блокады сустава, боль при выполнении определенных движений) необходимо исключить травматическую этиологию повреждения – чаще всего повреждение менисков.

**Тактика лечения пациентов с гонартрозом:**

      Согласно базовым принципам и методам, в соответствии существующими Международными рекомендациями и руководствами предлагается 4 этапа лечения.  
      При этом рекомендуется использовать несколько методов лечения, включая нефармакологическую и фармакологическую терапию.  
      1 этап – фоновое лечение,  которое включает парацетамол, хондропротекторы, тепловые процедуры, иглоукалывание, мануальная терапия.  
      2 этап – расширение фармакологического лечения у пациентов с сохраняющейся симптоматикой (пероральные НПВС, внутрисуставное введение гиалуроната, кортикостероидов, местные НПВС).  
      3 этап – включает слабые опиоиды короткого действия, к проводимой медикаментозной терапии.  
4     этап – хирургическое лечение (артроскопия, корригирующая остеотомия, эндопротезирование).  
   
**Немедикаментозное лечение:**  
Не фармакологические методы:  
·        обучение (A)  
·        упражнения  аэробные нагрузки (1В)  
·        снижение веса (В)  
·        защита сустава (B)  
·   Лечебная гимнастика при гонартрозе способствуют снижению боли и сохранению функциональной активности суставов, является эффективным методом в снижении болевого синдрома и нетрудоспособности. Принципы лечебной гимнастики: частота – не менее трех тренировок в неделю на протяжении более 8 недель, интенсивность занятий умеренная, тип упражнений – аэробные с сопротивлением, продолжительность – минимум 30 минут. Кроме того, лечебная гимнастика необходима больным с точки зрения профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.  
·   Диета. Повышенная масса тела относится к фактору риска прогрессирования остеоартроза, как в нагружаемых суставах (коленный, тазобедренный суставы), так и в ненагружаемых (суставы кисти). Снижение массы тела на 5 кг приводит к существенному снижению риска развития остеоартроза.        Очень важно иметь специальную программу по снижению веса, разработанную с участием диетолога.  
·   Ортопедическая коррекция. Использование специальных ортезов коленного сустава, ортопедических стелек может помочь разгрузить стрессовые отделы сустава и тем самым привести к снижению болевого синдрома и улучшению функции сустава.

**Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях:**

**Виды операции:**  
·   артроскопия коленных суставов.  
**Показания к операции:**  
·   малоинвазивное эндоскопическое вмешательство, позволяющее визуально оценить состояние хрящевого покрова сочленяющихся поверхностей, оценить состояние капсульно-связочного аппарата коленного сустава. Особенно показано пациентам у которых остеоартроз сопровождается механическими изменениями в сустава: повреждения менисков, хондроматоз, наличие остефитов, существенно препятствующих нормальной экскурсии сустава.  
   
**Противопоказания к операции:**  
·     онкологические заболевания;   
·     хронические соматические заболевания;   
·     печеночная недостаточность;  
·     гормональная остеопатия;  
·     ожирение 3 степени;  
·   наличие очага гнойной инфекции (тонзиллиты, кариозные зубы, хронические гаймориты и отиты, гнойничковые заболевания кожи).  
   
**Виды операции:**  
·   корригирующая околосуставная остеотомия.  
**Показания к операции:**  
·   показана пациентам с выраженным изменением оси нижней конечности. Восстановление оси способствует нормализации осевой нагрузки, при этом устраняются стрессовые нагрузки локальные участки хряща сустава.  
**Противопоказания к операции:**  
·     онкологические заболевания;   
·     хронические соматические заболевания;   
·     печеночная недостаточность;   
·     гормональная остеопатия;  
·     ожирение 3 степени;  
·     наличие очага гнойной инфекции (тонзиллиты, кариозные зубы, хронические гаймориты и отиты, гнойничковые заболевания кожи).  
   
**Виды операции:**  
·   эндопротезирование коленных суставов.  
**Показания к операции:**  
·   показано у больных гонартрозом с выраженным болевым синдромом, не поддающимся  консервативному  лечению,  при  наличии  серьёзного  нарушения  функций  сустава (до  развития  значительных  деформаций,  нестабильности  сустава,  контрактур  и  мышечной атрофии).   
**Противопоказания к операции:**  
·     заболевания сердечно-сосудистой, бронхиально-легочной системы в стадии декомпенсации;   
·     наличие очага гнойной инфекции (тонзиллиты, кариозные зубы, хронические гаймориты и отиты, гнойничковые заболевания кожи);  
·      психические или нейромышечные расстройства;  
·      активная или латентная инфекция в области сустава давностью менее 3-х месяцев;   
·     незрелость скелета;  
·      невозможность передвижения;  
·      полиаллергия;   
·     отсутствие костномозгового канала бедренной кости;  
·      острые заболевания сосудов нижних конечностей (тромбофлебит, тромбоэмболия).  
   
**Дальнейшее ведение:**  
·     диспансерное наблюдение для выявления показаний для оперативного вмешательства. Пациенты с декомпенсированной формой гонартроза нуждаются в стационарного лечения с решением вопроса об оперативном лечении заболевания.  
   
**Индикаторы эффективности лечения:**

•      отсутствие поражения новых суставов;  
•      уменьшение или исчезновение болевого синдрома, признаков воспаления;  
•      улучшение качества жизни.

**Показания к госпитализации в стационар:**

**Показания для экстренной госпитализации:**  
·     выраженный болевой синдром;  
·     стойкий рецидивирующий реактивный синовит.  
   
**Показания для плановой госпитализации:**  
·     уточнение диагноза и оценка прогноза;  
·     неэффективность внегоспитальной терапии.

**Список литературы:**

1. Диагностика и лечение в ревматологии. Проблемный подход, Пайл К., Кеннеди Л. Перевод с англ. / Под ред. Н.А. Шостак, 2011г.
2. Ревматология: Клинические рекомендации / под ред. Акад. РАМН Е.Л. Насо¬нова. – 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.
3. Клинические рекомендации. Ревматология. 2-е изд., С.Л.Насонова, 2010г Ревматология: национальное руководство/ под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г. - 711 с.
4. Боли в суставах. Дифференциальная диагностика, Филоненко С.П., Якушин С.С., 2010г.
5. Остеоартроз (серия "Библиотека врача-специалиста"), Г.П.Котельников, Ю.В.Ларцев, 2009г.
6. Клинические рекомендации. Остеоартрит, О.М.Лесняк 2006г. 40) Епифанов В.А. - Артроз суставов кисти и стопы, 2005г.
7. Лесняк О.М. - Диагностика, лечение остеоартроза и реабилитация больных в условиях общей врачебной практики, 2005г. 42) Белоусов Ю.Б. - Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний, 2005г.