



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН

ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА” – ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА “ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ТЕЗИСИ НА ПРАКТИЧЕСКО УПРАЖНЕНИЕ № 25

ЗА РЕДОВНО ЗАНЯТИЕ И САМОСТОЯТЕЛНА ДИСТАНЦИОННА ПОДГОТОВКА ПО

„ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ МУ – ПЛЕВЕН, РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ, СПЕЦИАЛНОСТ

„МЕДИЦИНА”

ТЕМА: „КОКСАРТРОЗА”

РАЗРАБОТИЛ: Д-Р К. ТОТЕВ

Гр. Плевен

2020 год.

ДЕГЕНЕРАТИВЕН ОСТЕОАРТРИТ НА ТАЗОБЕДРЕНАТА СТАВА /КОКСАРТРОЗА/

Коксартрозата представлява дегенеративно ставно заболяване, възникващо в резултат на увреда на хиалинния хрущял като резултат от дисбаланс между натоварването му и възможността да понесе тези натоварвания. Честотата на това страдание се увеличава с напредването на възрастта. Съотношението мъже:жени е приблизително 1:4. Веднъж стартирали патологичните промени прогресират с времето с различни темпове при различните пациенти.

В зависимост от етиологията се разграничават два типа артроза: идиопатична (с неизвестна етиология) и вторична, която е следствие на предходно заболяване. Причини за вторичната артроза са:

1. Нарушение на структурата на ставата: дисплазия, фемороацетабуларен импийджмънт;
2. Неспецифични и специфични възпалителни процеси: гноен коксит, ревматоиден артрит, болест на Бехтерев и други автоимунни системни заболявания.
3. Вродени аномалии на ставата: соха *vara congenita*, хондродистрофия и др.;
4. Нарушения в кръвоснабдяването: остеонекроза при възрастни (болест на Чандлър), остеонекроза при деца (болест на Perthes), посттравматични остеонекрози;
5. Посттравматични деформитети (фрактури и луксации)
6. Ендокринни и метаболитни заболявания: псориазис, мукополизахаридози.

Стартиращият момент в патогенезата е хрущялната увреда. Отделените биологично активни вещества при смъртта на хондроцитите дразнят синовиалния слой на ставната капсула, предизвиквайки хронично възпаление (синовит) с повишена ексудация и задебеляване на капсулата. С напредването на хрущялната увреда подлежащата субхондрална кост се оголва, като в последствие се деформира и склерозира. Формират се субхондрални псевдокисти, пълни с мукоподобна материя. Околните мускули са рефлекторно контрахирани, по-късно настъпват трайни контрактури. В по-късните етапи на заболяването се формират остеофити.

Клинична картина. Болката в тазобедрената става е най-ранния белег. Първоначално тя е слаба и се появява при претоварване, по-късно болката е постоянна при ходене, а в късните фази на страданието е постоянна. Обичайно проекцията на болката е в слабинната гънка, но може да ирадира по съседните нерви да се усеща в областта на коляното (*n. femoralis*), ипсилатералната седалищна половина (*n. ischiadicus*) или по медиалната повърхност на бедрото (*n. obturatorius*). С времето се ограничават движенията в ставата поради болката, като с напредване на страданието се формират контрактури поради мускулното скъсяване. Засегнатият крайник се скъсява. Скъсяването бива абсолютно (поради деформация на бедрената глава), относително (проксимализация на целия крайник при дисплазия) и проекционно (аддукторната контрактура скъсява, а абдукторна – удължава крайника. Пациентите започват да куцат.

Поставянето на диагнозата се извършва на базата на анамнестичните данни, клиничния преглед и рентгеновото изследване. Фасовата и профилните рентгенографии с натоварване са напълно достатъчни. Класическите рентгенови белези на артрозата са: стеснение на ставната цепка, остеофитоза, дегенеративни псевдокисти и остеосклероза с костна деформация (*Фиг. 1*). Други образни методи, с които е възможно поставянето на диагнозата, но не се ползват рутинно се: КАТ, артография или артоскопия. Лабораторните изследвания ни ориентират за предхождаща патология и изключване на инфекциозна генеза на оплакванията.

Диференциална диагноза се прави с дегенеративни промени в поясния отдел на гръбначния стълб, бурсити и инфекциозни процеси в съседство (псоас абсцес), туберкулоза и други инфекциозни процеси на тазобедрената става.

Лечение. Неоперативното лечение цели намаляване на възпалението и болката и подобряване на обема на движение. То включва: НСПВ, физиотерапия и рехабилитация, балнеолечение, отбремняване на ставата (помощни средства, редукция на тегло), оптимизиране на двигателния режим, орални хондропротектори (с недоказан ефект).

Оперативното лечение цели подобряване на качеството на живот и функционална независимост. Оперативните интервенции се разделят на две групи: операции, запазващи ставата (ексцизия на остеофитите с кюретаж и пломбаж на кистите, мускулно освобождаване (висяща ТБС) и коригиращи тазови и/или бедрени остеотомии) и операции реконструирани ТБС (тотално ендопротезиране, артродеза на ТБС). Най-често прилагани в практиката са коригиращите остеотомии и ендопротезното заместване. Коригиращите остеотомии целят отлагане във времето или предотвратяване на ендопротезирането. Биват варизиращи (прилагат се при шийно-диафизарен ъгъл над 135° (валгус)) и валгизиращи (прилагат се при шийно-диафизарен ъгъл под 120° (варус)). Тазовите коригиращи остеотомии целят реориентация на ацетабулума и постигане на по-добро покритие на бедрената глава.

Тоталното тазобедрено ендопротезиране (Фиг. 2) е рутинна операция в съвременната ортопедия. Преживяемостта на изкуствените стави е поне 20 год. Индикациите за тази операция са от страна на пациента: силна и продължителна болка, неподдаваща се на конвенционални обезболяващи както и значително ограничаване на движенията. Същността на операцията се състои в премахване на патологично променената костна и хрущялна тъкан и заместването им с изкуствени компоненти. При тоталната ендопротеза се различават ацетабуларна компонента, бедрена компонента и феморална глава с различен диаметър. Носещите повърхности са полиетилен с висока плътност за медицински цели, неръждаема стомана, керамика и комбинации между тях. В зависимост от фиксацията на компонентите към костта се различават цементи и безцементни протези. При първите се използва полиметилметакрилат, докато при вторите повърхността на самата протеза е така обработена, че позволява костно прорастване в повърхностните слоеве, осигуряваща огромна контактна площ. Един от съществени елементи на операцията е правилната ориентация на компонентите в човешкото тяло. От нея в голяма степен зависи преживяемостта на протезата. Усложненията при ендопротезирането на тазобедрената става биват ранни и късни. Към ранните спадат:

1. Инфекция;
2. Дълбока венозна тромбоза;
3. Луксация на ставата (Фиг. 3);
4. Периимплантни фрактури.

Към късните условия спадат:

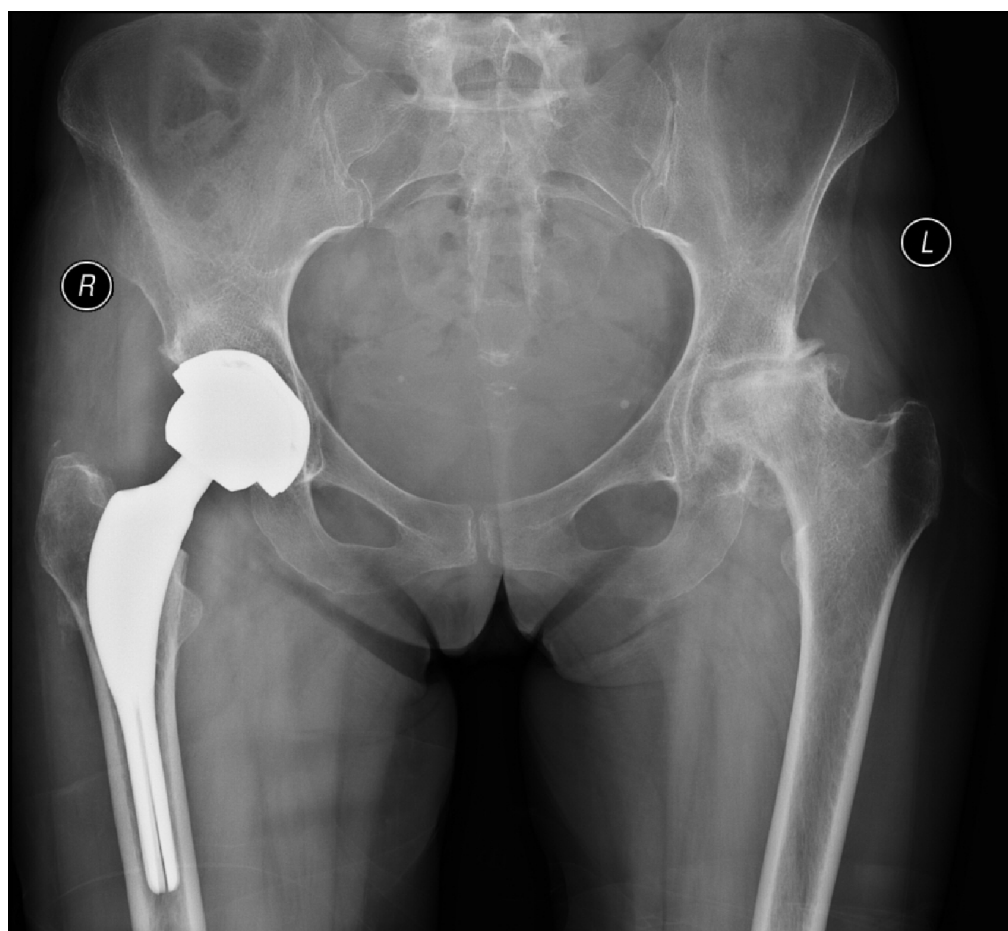
1. Инфекция (хематогенна), водеща до септично разхлабване на ставата. Това е най-трудното за лечение усложнение. Извършва се екстракция на ставата, поставя се антибиотичен спейсър, провежда се системна антибиотична терапия и при сигурни данни за ерадикация на инфекцията се извършва реендопротезиране.

2. Луксация;
3. Периимплантни фрактури;
4. Асептично разхлабване на ставата. На практика това е най-често срещаното усложнение. Причината е в отделените микрочастици от носещите повърхности на ставата в следствие на триенето. В околните тъкани тези частици индуцират бавно протичащо хронично възпаление което води до остеолизис с разхлабване на компонентите.

При износване на компонентите, разхлабване, счупване (имплант, кост) и луксации се извършва ревизионно ендопротезиране. При него се използват специфични импланти, риска от компликации е увеличен, възстановяването е забавено и морбидността е висока.



Фиг. 1 Случай с десностранна авансирала коксартроза. Лявата става е интактна.



Фиг. 2 Безциментна тазобедрена протеза в дясно и артроза в ляво



Фиг. 3 Луксация на тазобедрена протеза с проксимализация и ротация на крайника в следствие на мускулното теглене.