

Заболевания костно- мышечной системы



Ревматоидный артрит

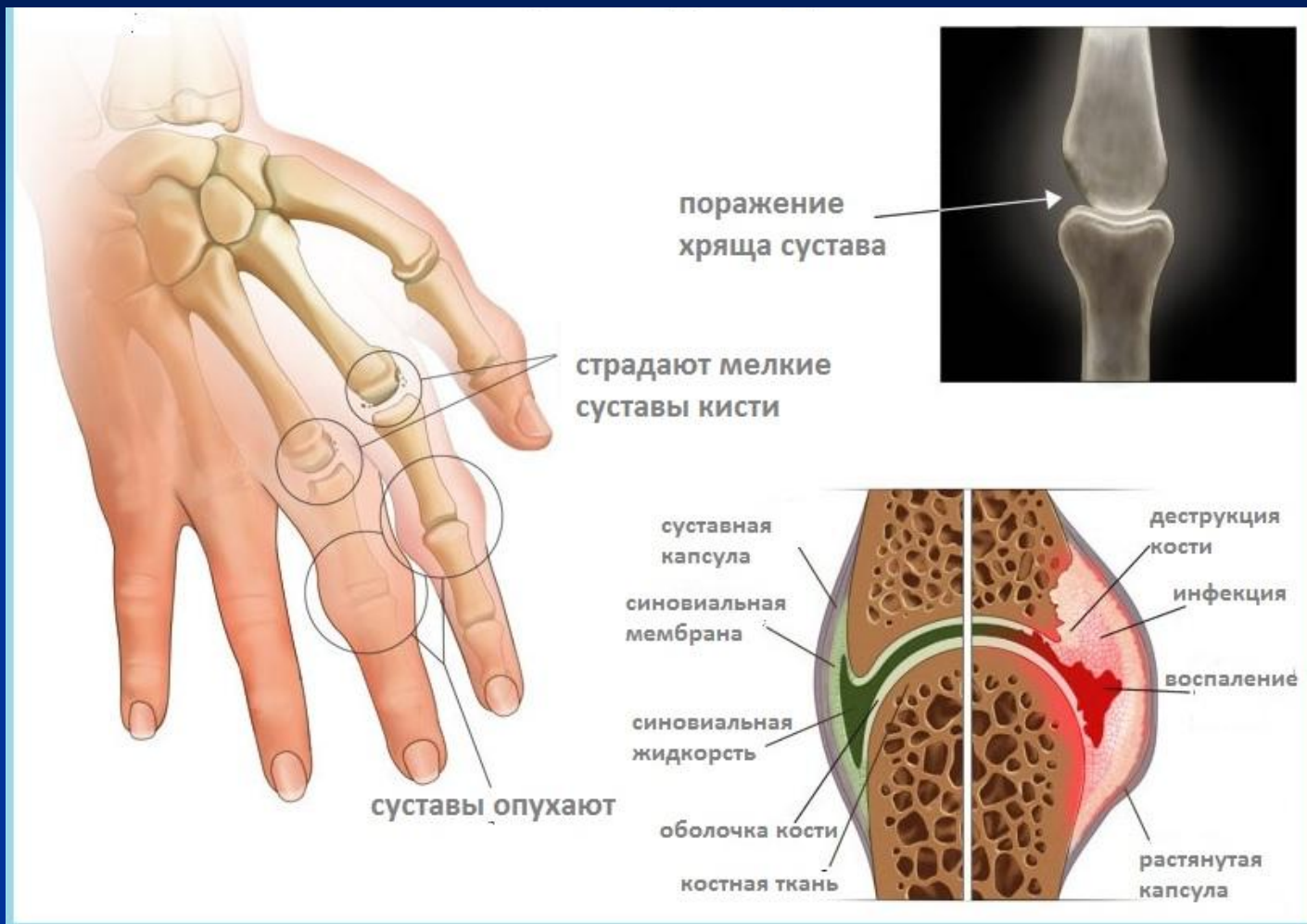
- Системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов в виде хронического прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита.

Ревматоидный артрит

Патогенез:

- В ответ на повреждающий фактор образуются иммуноглобулины, которые распознаются организмом как чужеродные. В результате вырабатываются АТ (ревматоидный фактор), образуются иммунные комплексы, повреждающие синовиальную оболочку суставов и поддерживающие иммунное воспаление.

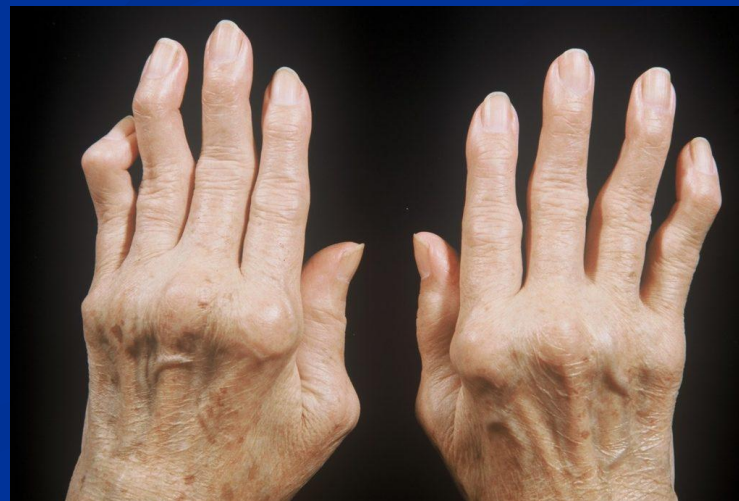
Ревматоидный артрит



Ревматоидный артрит

- Жалобы: утренняя скованность, боли в суставах, припухлость, ограничение подвижности.
- При осмотре: отечность суставов, болезненность при пальпации, гипертермия кожи над ними без гиперемии.
- Характерно симметричное поражение проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, плюсне-фаланговых суставов. Позже может присоединиться поражение коленных, голеностопных, локтевых суставов, шейного отдела позвоночника. Приводит к стойким деформациям суставов, особенно кистей.

Ревматоидный артрит



Ревматоидный артрит

- **Внесуставные проявления:**
- Подкожные узелки
- Полинейропатия
- Ревматоидный васкулит
- Точечные некрозы в области ногтевого ложа
- Безболезненные язвы голеней
- Эписклерит
- Поражение сердца
- Плеврит
- Гломерулонефрит, амилоидоз почек
- Поражение слюнных и слезных желез (синдром Шегрена)

Ревматоидный артрит

Лабораторная диагностика:

- ОАК – гипохромная анемия, повышение СОЭ
- Б/Х – повышение фибриногена, глобулинов, сиаловых кислот, СРБ, ревматоидный фактор.
- Исследование синовиальной жидкости (РФ, повышение нейтрофилов, снижение глюкозы и др.)

Ревматоидный артрит

Инструментальная диагностика:

- Рентгенография суставов – остеопороз, сужение суставных щелей, развитие краевых костных эрозий, подвывихов и вывихов суставов, анкилозирование.
- КТ, МРТ суставов



Ревматоидный полиартрит

Лечение:

- НПВС – диклофенак, индометацин, ибупрофен, мелоксикам и др.
- Глюкокортикоиды – преднизолон, метипред, кеналог (внутрисуставно)
- Производные аминохинолина – делагил, плаквенил
- Препараты золота – кризанол, , санокризин
- Цитостатики – метотрексат, азатиоприн

Деформирующий остеоартроз

- Дистрофическое заболевание суставов конечностей и позвоночника, в основе которого лежит прогрессирующая дегенерация суставного хряща, вплоть до его полного уничтожение, сопровождающаяся разрастанием краевых поверхностей суставных костей и вторичным СИНОВИТОМ.



Деформирующий остеоартроз

Первичный – развитие преждевременного старения хряща ранее не поврежденного патологическим процессом

- генетическая предрасположенность,
- климакс,
- неадекватные физические нагрузки (микротравматизация хряща)

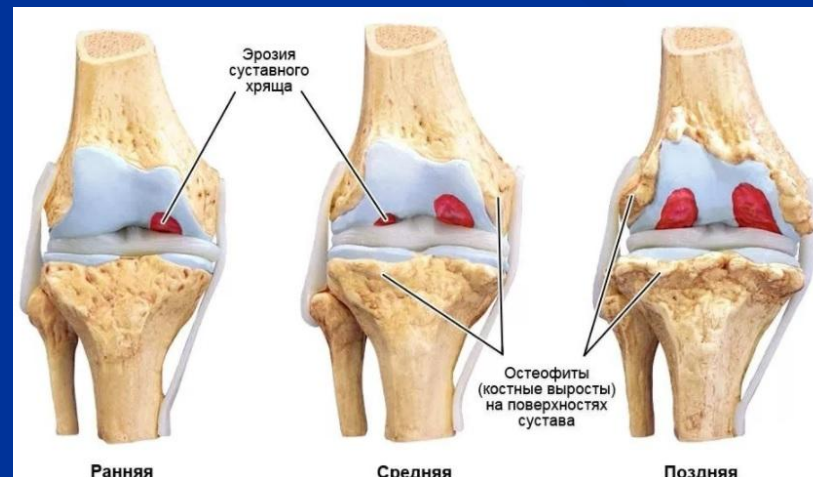
Вторичный – поражение хряща суставов, ранее подвергшихся патологическим воздействиям

- артриты
- травмы
- врожденные нарушения статики

Деформирующий остеоартроз

Патогенез:

- Уменьшение содержания хондроитинсульфата
- Замещение основного вещества соединительной тканью, гибель хондроцитов
- Потеря эластичности и упругости
- Разволокнение хрящевой ткани, изъязвления с обнажением подлежащей ткани



Деформирующий остеоартроз

Клиника:

- Поражаются суставы испытывающие большую нагрузку (тазобедренные, коленные, позвоночник)
- Болевой синдром – провоцируются нагрузкой, уменьшаются в покое, усиливаются к вечеру, в первую половину ночи, к утру уменьшаются. Утренние «стартовые» боли.
- «Хруст» при движении суставов.
- Постепенное развитие деформации суставов за счет костных разрастаний и фиброзных изменений околосуставных тканей

Деформирующий остеоартроз



Деформирующий остеоартроз

Течение болезни:

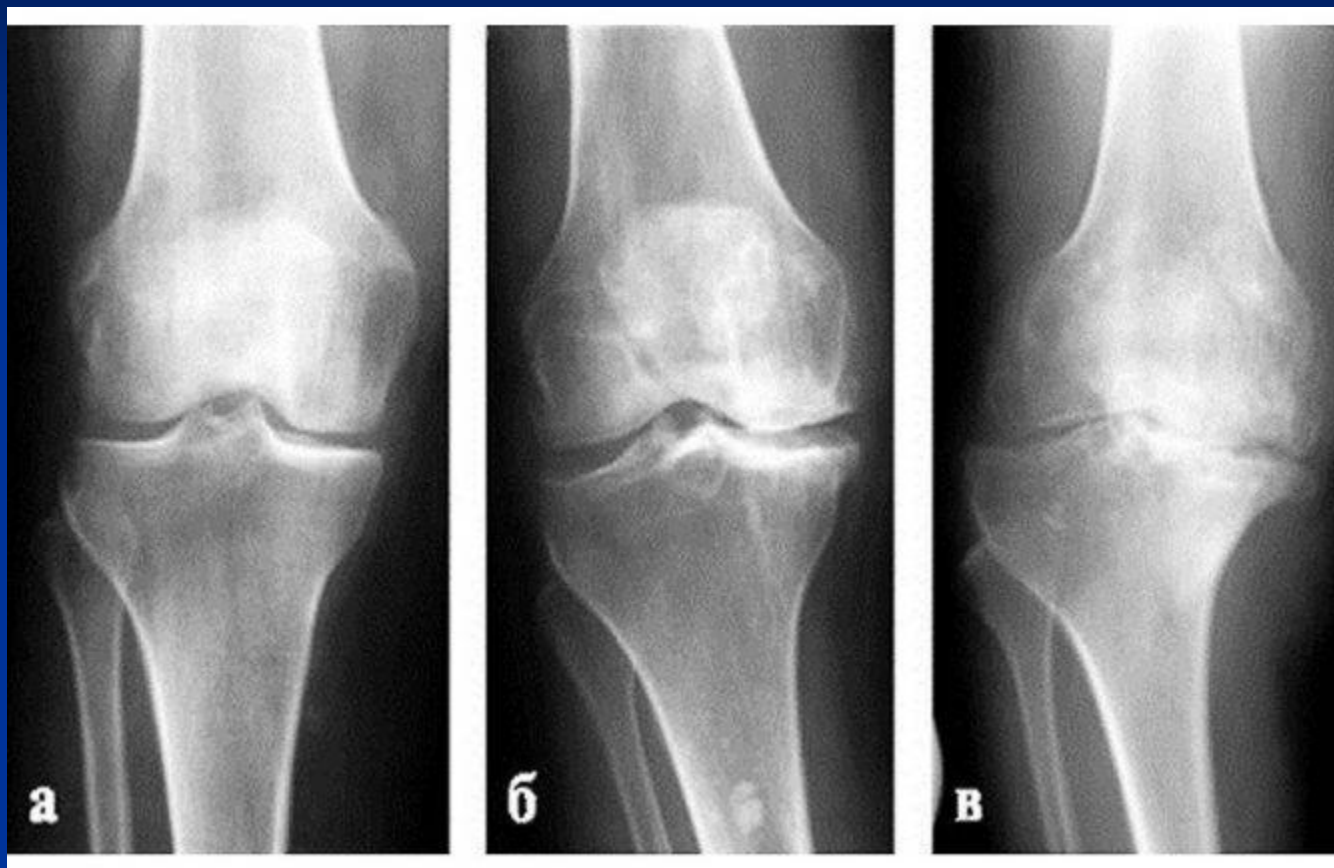
- Постепенно прогрессирующее без выраженных обострений
- С обострениями в виде реактивного синовита (отек сустава, ограничение подвижности, болезненность при пальпации) или в виде «блокады» сустава (внезапная резкая боль и почти полная невозможность движения в результате ущемления суставной мышцы)

Деформирующий остеоартроз

Диагностика:

- При наличии синовита – повышение СРБ, СОЭ
- Рентгенография суставов
 - 1 ст – нормальная суставная щель, нерезко выраженные остеофиты
 - 2 ст – выраженные остеофиты, незначительное сужение суставной щели
 - 3 ст – множественные остеофиты, сужение суставной щели, умеренная деформация суставных поверхностей, субхондральный остеосклероз
 - 4 ст – резко выраженные остеофиты и сужение суставной щели, остеосклероз, резко выраженная деформация суставных поверхностей

Деформирующий остеоартроз



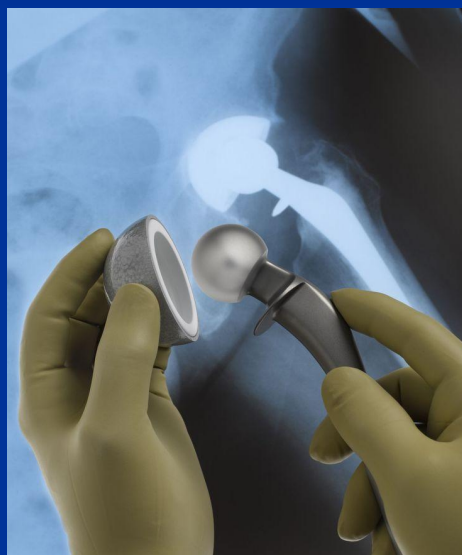
Деформирующий остеоартроз

Лечение:

- НПВС – диклофенак, мелоксикам и др (при наличии воспаления), с обезболивающей целью – парцетамол
- Хондропротекторы – хондроитина сульфат, гликозамины (терафлекс, артра, алфлутоп)
- Физиотерапия, снижение веса, санаторно-курортное лечение.

Деформирующий остеоартроз

- Хирургическое лечение:



Подагра

- Заболевание, обусловленное нарушением обмена пуринов, клинически проявляющееся гиперурикемией, рецидивирующим острым, а в последующем – хроническим артритом, и поражение почек.

Этиология:

- Первичная – наследственная патология проявляющаяся нарушением обмена мочевой кислоты
- Вторичная – следствие гиперурикемии возникающей при других заболеваниях (опухоли, гемобластозы, болезни почек, прием диуретиков, салицилатов, цитостатиков, кортикостероидов и др.)

Подагра. Клиника.

- Поражение суставов – остро развивающийся приступ. Провоцирующие факторы – переохлаждение, травма, длительная ходьба, употребление алкоголя, обильной мясной жирной пищи. Внезапно, часто ночью, резкие боли в плюснефаланговом суставе 1 пальца стопы (реже другие). Сустав опухший синевато-багровый цвет кожи. Повышение температуры. Длительность приступа 3-10 дней
- Поражение почек – МКБ с приступами почечной колики, интерстициальный нефрит из-за отложения уратов (АГ, протеинурия, цилиндрурия)
- Поражение периферических тканей – тофусы (на ушных раковинах, локтях, пальцах кистей, стоп. Могут вскрываться с выделением беловатой массы.

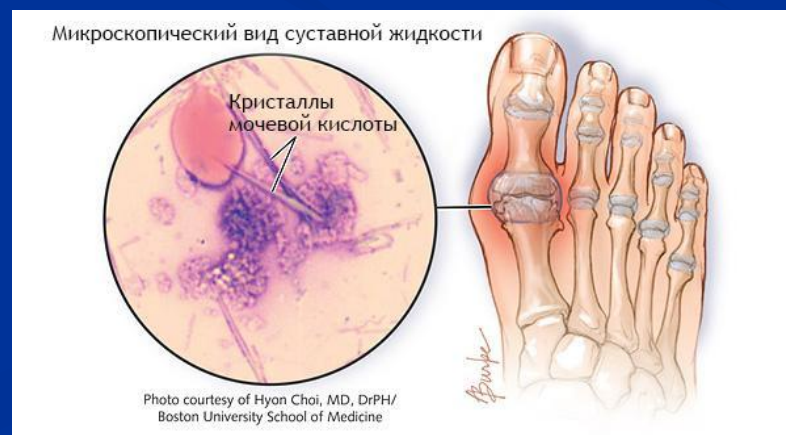
Подагра



Подагра

Диагностика:

- Повышение уровня мочевой кислоты в крови
- Во время приступа – лейкоцитоз, повышение СОЭ, фибриногена, сиаловых кислот, СРБ
- Выявление кристаллов уратов в синовиальной жидкости
- Рентгенография суставов, КТ, МРТ.



Подагра



Подагра

Лечение:

- В период обострения – полный покой, возвышенное положение ноги, обильное питье, НПВС, колхицин, при неэффективности глюкокортикоиды (в т.ч. в сустав)
- После купирования обострения – уратснижающая терапия: диета с ограничением потребления пуринов, аллопуринол, фебуксостат, препараты повышающие выведение уратов с мочой (бензбромарон и др.)