Тема: «**Остеоартроз**»

Выполнила: студентка первого курса группы №24 Щербина Юлия

ОСТЕОАРТРОЗ - заболевание суставов, при котором первичные изменения в основном дегенеративного характера возникают в суставном хряще. При остеоартрозе в отличие от артрита воспалительный компонент непостоянен, протекает в виде эпизодов и маловыражен.  
 Этиология разнообразна. Выделяют первичный (идиопатический) и вторичный остеоартроз. Последний вызывается дисплазией суставов и костей, травмой сустава, метаболическими (например, охроноз), эндокринными (например, [гипотиреоз](http://bme.medinet.ru/zab/DES301.php)) и другими повреждающими суставной хрящ заболеваниями и факторами. В тех случаях, когда их не находят говорят о первичном остеоартрозе.  
 Патогенез приблизительно одинаков для обеих форм заболевания. Первичная дегенерация хряща приводит к изменениям других тканей сустава: субхондральной кости - с ее уплотнением (остеосклероз) и разрастаниями (остеофиты), синовиальной оболочки - с развитием реактивной гиперемии, очагового воспаления (синовит) и последующим фиброзом. Все эти изменения взаимообусловлены, что ведет к прогрессированию заболевания.  
 Симптомы, течение зависят от локализации заболевания. Наиболее часта поражаются плюснефаланговых суставы пальцев стоп, коленные, тазобедренные суставы, а также дистальные и проксимальные межфалангавые суставы кистей. Поражение других суставов для остеоартроза нехарактерно.  
 Оствоартроз плюснефалангового сустава пальца стопы чаще всего развивается вследствие различных аномалий переднего отдела стопы. Характерна боль при длительной ходьбе, стихающая в покое. Со временем могут возникать ограничения движений в суставе (hullux rigitus) , его утолщение и деформация, развитие [бурсита](http://bme.medinet.ru/zab/DES745.php) с наружной стороны, что создает предпосылки для более постоянных и интенсивных болевых ощущений.  
 Остеоартроз коленных суставов (гонартроз) во многих случаях является вторичным и обусловлен чаще нарушениями анатомической оси голеней - варусной или вальгусной их деформацией. Для остеоартроза фемуропателлярного сочленения (между [надколенником](http://bme.medinet.ru/zab/..\ANAT/ANAT75.php) и бедренной костью) **характерна боль при ходьбе по лестнице и любых других нагрузках на это сочленение: стояние на коленях, присаживание на корточки и т. п**. Для остеоартроза фемуротибиального (между бедренной и большеберцовой костью) типична боль, возникающая после длительной ходьбы и стихающая в покое. При осмотре на этой стадии заболевания внешних изменений сустава обычно нет, выявляются лишь болевые ощущения при крайних пассивных движениях в суставе. По мере прогрессирования гонартроза сокращается время ходьбы без боли. В случае присоединения [синовита](http://bme.medinet.ru/zab/DES765.php) изменяется ритм боли: появляется стартовая боль, боль при стоянии и в покое, в том числе ночью. При осмотре может определяться небольшой выпот или только гипертермия отдельных зон сустава, при пальпации выявляется распространенная болезненность, нередко также и в области периартикулярных тканей. На поздних стадиях болезни [синовит](http://bme.medinet.ru/zab/DES765.php) обычно становится постоянным, хотя выраженность его остается, как и раньше, небольшой, нередко отмечается деформация сустава, его сгибательная контрактура, боль становится практически постоянной.  
Остеоартроз тазобедренноао сустава (коксартроз) в 50 - 60% случаев является вторичным, чаще всего следствием дисплазии сустава; наиболее прогностически неблагоприятная локализация остеоартроза. Характер боли и клиническая динамика по мере прогрессирования заболевания сходны с тем, что наблюдается при гонартрозе.  
Оствоартроз мвжфаланговых суставов кистей в преобладающем большинстве случаев является примером первичной формы заболевания. У многих больных длительное время отмечается лишь узелковая деформация дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей и некоторое ограничение движений в них, а боль либо отсутствует, либо появляется только после значительных нагрузок на эти суставы. Стойкие болтовые ощущения, а также припухлость и пепертермия околосуставных тканей появляются при присоединении вторичного [синовита](http://bme.medinet.ru/zab/DES765.php), который может иметь разную длительность, рецидивирует. Стойкое его наличие приводит к значительной деформации суставов, выраженным нарушениям их подвижности, появлению рентгенологических признаков дестрекции (так называемый эрозивный остеоартроз). Помимо межфаланговых, при этой форме остеоартроза часто поражаются пястно-фалангавый сустав I пальца и I запястно-пястный сустав.  
 Рентгенологическая картина остеоартроза любой локализации складываются из сужения суставной щели (обязательный для постановки диагноза признак), склероза субхондральной кости и остеофитов.  
 Изменения показателей крови и мочи для остеоартроза нехарактерны.  
 Лечение. Радикальных методов лечения остеоартроза пока не разработано. Большое значение имеют профилактическиемероприятия:своевременное выявление и устранение (или уменьшение выраженности) факторов, способствующих развитию заболевания, например коррекция ортопедических дефектов, снижение избыточной массы тела и т. д.  
 При остеоартрозе нижних конечностей, проявляющемся лишь болью после длительной ходьбы, основное значение имеет уменьшение нагрузок на пораженный сустав, сокращение продолжительности ходьбы, стояния. При определенных видах труда (подъем и переноска тяжестей, длительное стояние на ногах и т. п. ) желательно изменение профессии.  
 У больных ранними стадиями заболевания используют [румалон](http://bme.medinet.ru/zab/..\lek/DRUG1233.php) или другие подобные препараты (мукартрин, артепаран), которые, поданным некоторых авторов, могут замедлять прогрессирование остеоартроза. При назначении этих препаратов нужно иметь в виду, что для достижения ожидаемого эффекта следует проводить не менее двух курсов в/м инъекций в год в течение многих лет.  
 Существенное значение имеет полноценное лечение [синовита](http://bme.medinet.ru/zab/DES765.php). При гонартрозе или коксартрозе больные должны быть на время освобождены от работы, соблюдать домашний режим. Им назначают нестероидные противовоспалительные препараты (напроксен, [индометацин](http://bme.medinet.ru/zab/..\lek/DRUG386.php), [ортофен](http://bme.medinet.ru/zab/..\lek/DRUG385.php)). Через неделю при отсутствии достаточного эффекта проводят внутрисуставное введение кортикостероидов (гидрокортизон, метипред - 1 - 3 инъекции через 5 - 7 дней). Следует иметь в виду, что длительная терапия нестероидными противовоспалительными средствами, также как частое введение кортикостероидов в полость сустава при остеоартрозе, нецелесообразны. Гонартрозу и коксартрозу часто сопутствуют изменения околосуставных мягких тканей этих анатомических областей (периартриты), которые усиливают болевые ощущения и требуют соответствующего лечения (см. [Ревматические заболевания околосуставных мягких тканей](http://bme.medinet.ru/zab/DES78.php)). При частом рецидивировании или стойком [синовите](http://bme.medinet.ru/zab/DES765.php) (на ранних стадиях гонартроза) показана артраскопия и при выявлении хондром - частых причин этих явлений - удаление их.  
**ЛФК при коксартрозе и гонартрозе проводится только в положении лежа или сидя, физические нагрузки на эти суставы должны быть уменьшены. Бег, длительная ходьба противопоказаны; целесообразны езда на велосипеде, плавание.** На ранних стадиях болезни при отсутствии [синовита](http://bme.medinet.ru/zab/DES765.php) могут оказаться полезными бальнео- или грязелечение.  
При значительных нарушениях функции пораженного сустава, стойких болевых ощущениях проводят различные хирургические операции.

Так же при болезнях суставов хорошей альтернативой обыкновенной ЛФК можут послужить занятия в плавательном бассейне такие как: плавание, *aqua*аэробика, водные игры.

Заниматься *aqua*аэробикой можно в любом возврате и на любом уровне физической подготовленности. Особую пользу водные тренировки приносят людям с лишним весом, варикозным расширением вен, тромбофлебитом, а также тем, кто страдает различными заболеваниями позвоночника и суставов или нуждается в быстром восстановлении после травм и операций. Занятия *aqua*аэробикой благоприятно влияют на нервную систему и являются отличной антистрессовой программой.   
Занятия не имеют противопоказаний, за исключением людей, не переносящих средства дезинфицирующие воду в бассейне. Так же занятия в воде способствуют развитию выносливости, координации движений, силы и гибкости, укреплению сердечно-сосудистой и дыхательной систем; это отличный вид активного отдыха, хороший способ укрепить здоровье и поддерживать себя в форме. Вода обладает прекрасным закаливающим эффектом, отлично снимает стрессы после напряженного рабочего дня, улучшает настроение, оказывает релаксирующее и массирующее воздействие на организм.

Использованная литература:

1. Большая медицинская энциклопедия I том 1986год

2. <http://www.sport.ru/>

3. <http://www.lb.sportspb.ru/>

4. <http://www.doctor.ru/>

5. http://www.health&beauty.ru/