**ПАСПОРТАНЫЕ ДАННЫЕ**

1. Фамилия, имя, отчество:
2. Возраст: 55 лет;
3. Дата, час и минуты поступления в клинику:
4. Пол: мужской;
5. Национальность: белорус;
6. Место постоянного жительства и номер телефона:
7. Профессия
8. Место работы

**ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

На момент поступления пациент предъявлял жалобы на сильную постоянную боль в области обоих тазобедренных суставов, ограничение движения в них, снижение опороспособности.

На момент курации пациент предъявляет жалобы на умеренную болезненность в области послеоперационной раны, ограничение двигательной активности. Болезненность в области правого тазобедренного сустава. Ограничение подвижности в нем.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Рос и развивался в соответствии с возрастом и полом. Образование – среднее (военно-морское училище).

В армии служил. Женат. Санитарно-бытовые условия удовлетворительные, проживает с женой в 2-х комнатной квартире, питание достаточное и разнообразное.

Операции: аппендектомия в 1969 году.

Травмы: перелом надколенника слева 1980г., перелом нижней челюсти в 1992 г.

Аллергоанамнез без особенностей.

Кровь переливалась, осложнений не было.

**НАЧАЛО И ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больным около четырех лет, когда впервые появились боли и дискомфорт при ходьбе в тазобедренных суставах, более выраженные в правом. Постепенно боли усиливались, появились ограничения подвижности в тазобедренных суставах. Долгое время за помощью не обращался. При обращении за медицинской помощью был установлен диагноз: Двусторонний остеоартроз тазобедренных суставов. В 2011 году пациенту была дана II группа инвалидности по заболеванию. Пациенту было рекомендовано в плановом порядке провести эндопротезирования тазобедренных суставов. 09.02.2015 был госпитализирован в плановом порядке для проведения тотального эндопротезирования тазобедренного сустава слева.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Общее состояние пациента удовлетворительное. Температура тела – 36,7 0С. Сознание ясное. Положение вынужденное. Конституциональный тип - нормостеничный. Телосложение правильное, деформаций костей туловища, конечностей и черепа нет.

Окраска кожных покровов бледно-розовая. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме. Видимые слизистые без изменений.

Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, над- и подчелюстные, локтевые, подмышечные, паховые) не увеличены, при пальпации мягкие, не спаяны с кожей.

**Система органов дыхания.**

Дыхание свободное, ритмичное.

Тип дыхания – смешанный. Частота дыхания 16в минуту.

Грудная клетка нормостенической формы, при пальпации безболезненная. Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно.

При сравнительной перкуссии в симметричных участках определяется ясный лёгочный звук над всей грудной клеткой.

Аускультативно везикулярное дыхание выслушивается по всем полям, хрипов нет.

Крепитации, шума трения плевры нет.

**Система органов кровообращения.**

Пульс – 67 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. Патологической пульсации сосудов нет.

Грудная клетка в области сердца не изменена. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается.

При перкуссии границы сердца не изменены.

При аускультации тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. Артериальное давление 135/90 мм.рт.ст.

**Система органов пищеварения.**

Язык сухой, чистый. Десны, мягкое и твердое нёбо, миндалины розовой окраски, слизистая оболочка ротовой полости сухая. Гиперемии, кровоизлияний, налета на задней стенке глотки нет. Глотание не затруднено. Неприятный запах изо рта отсутствует.

Живот мягкий, обычной формы, не вздут, участвует в акте дыхания, без болезненный при пальпации, симметричный, видимой перистальтики нет. Напряжения мышц – нет.

При перкуссии: свободная жидкость в брюшной полости отсутствует.

Печень норма. Желчный пузырь не пальпируется. При пальпации край печени ровный, эластической консистенции, безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Стул регулярный.

**Мочевыделительная система:**

Кожные покровы поясничной области не изменены, отёчности нет. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный.

Пальпация мочеточниковых точек безболезненна.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Нервная система:**

Сознание ясное. Ориентация сохранена.

Судорог нет. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига, симптом Брудинского верхний, средний, нижний) отрицательные. Скованности не отмечается. Параличей и парезов нет. Мышечная атрофия не отмечается.

Зрачки одинаковы по форме и величине. Аккомодация, конвергенция в норме.

Нистагм отсутствует.

Острота слуха не изменена.

**ОПИСАНИЕ ЛОКАЛЬНОГО СТАТУСА В ДЕНЬ КУРАЦИИ (18.02.2015)**

Положение пациента вынужденное. Движения в левом тазобедренном суставе ограничены, болезненны.

В области левого тазобедренного сустава повязка сухая, чистая, лежит хорошо. При пальпации легкая болезненность в области послеоперационной раны.

Левое бедро умеренно отечно.

Рубцов, ссадин, атрофии, свищей на нижних конечностей нет. Кожа бедра не гиперемирована.

Пульс на пальцах стопы сохранён, пальцы теплые.

Движения и чувствительность в пальцах стопы не нарушены.

**Предварительный диагноз**

На основании жалоб больного (на сильную постоянную боль в правом тазобедренном суставе, ограничение движения в нем, снижение опороспособности), анамнеза жизни (страдает падагрическим артритом с 2005\_ анамнеза заболевания (считает себя больным около четырех лет, когда впервые появились боли и дискомфорт при ходьбе в тазобедренных суставах, более выраженные в правом. Постепенно боли усиливались, появились ограничения подвижности в тазобедренных суставах..При обращении за медицинской помощью был установлен диагноз: Двусторонний остеоартроз тазобедренных суставов. В 2011 году пациенту была дана II группа инвалидности по заболеванию. Пациенту было рекомендовано в плановом порядке провести эндопротезирования тазобедренных суставов), данных локального статуса (движения в обоих тазобедренных суставах ограничены, болезненны. В области левого тазобедренного сустава повязка сухая, чистая, лежит хорошо. При пальпации легкая болезненность в области послеоперационной раны. Левое бедро умеренно отечно. Рубцов, ссадин, атрофии, свищей на нижних конечностей нет. Кожа бедра не гиперемирована. Пульс на пальцах стопы сохранён, пальцы теплые. Движения и чувствительность в пальцах стопы не нарушены)

можно поставить предварительный диагноз основной: Остеоартроз правого тазобедренного сустава IIIст., с выраженным стойким болевым синдром и нарушением опорной функции. состояние после тотального эндопротезирования левого тазобедренного сустава с удовлетворительной функцией.

Сопутствующий: Падагрический полиартрит, АГ I риск 2.

**РЕЗУЛЬТАТЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО, ЛАБОРАТОРНОГО И ДРУГИХ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**ОАК от 11.02.15**

Эритроциты 3,9 \*1012/л

Гемоглобин 121 г/л

Лейкоциты 4,8 \*1012/л

СОЕ 6 мм/ч

Палочкоядерные нейтрофилы 4 %

Сегментоядерные нейтрофилы 69 %

Эозинофилы 1 %

Лимфоциты 23 %

Моноциты 4 %

Результаты: Показатели гемоглобина на нижней границе нормы.

**Анализ мочи от 11.02.15**

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: прозрачная

Реакция: кислая

Относительная плотность: 1018

Белок: следы

Глюкоза: нет

Эпителий плоский: 1-3

Лейкоциты: 2-3

Результаты: анализ соответствует норме

**Биохимическое исследование крови от 12.02.15**

Глюкоза-5,6 ммоль/л

Билирубин общ.- 9,5 мкмоль/л

Мочевина- 7,7 ммоль/л

Общий белок- 57 г/л

Креатинин- 0,097 ммоль/л

АлАТ- 17 Е/Л

АсАТ- 22 Е/Л

Результаты: у данного пациента снижен уровень общего белка.

**Коагулограмма от 12.02.15:**

АЧТВ − 24

Протромбиновый индекс − 0.87

Фибриноген А− 4.44 г/л

Тромбиновое время – 13,5 с.

Результаты: Показатели соответсвуют норме

**Изосерологическое исследование крови от 12.02.15:**

Гр. крови: В (III) третья, Rh +.

**ЭКГ от 10.02.15**

Ритм синусовый 60 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Диффузные изменения миокарда правого желудочка.

**Рентгенограмма тазобедренных суставов от 15.10.14 (снимки №1 и 2)**

На рентгенограмме определяется справа выраженное сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз вертлужной впадины, выраженное краевое костное разрастание. Заключение: правосторонний коксартроз III ст. Слева выраженное сужение суставной щели тазобедренного сустава, деформация головки бедренной кости, субхондральный остеосклероз и выраженные краевые костные разрастания вертлужной впадины. Выраженный остеосклероз головки бедренной кости. Заключение: левосторонний коксартроз III ст.

**Рентгенограмма левого тазобедренного сустава от 13.02.15 (снимок №3).**

На прицельной послеоперационной Rtg-грамме левого тазобедренного сустава определяется состояние после тотального эндопротезирования. Соотношение суставных поверхностей правильное.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Остеоартроз тазобедренного сустава необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:

1. Ревматоидный артрит,
2. Туберкулезный коксит,
3. Инфекционный артрит тазобедренного сустава.

1. В отличие от ревматоидного артрита при остеоартрозе лабораторные и биохимические пробы свидетельствуют об отсутствии хронического воспалительного процесса. В крови отсутствует повышенное содержание иммунных комплексов, отрицательный тест на ревматоидный фактор ускоренное СОЭ. При рентгенологическом исследовании в пораженных суставах у больных с ревматоидным артритом отсутствует типичная для остеоартрозе зона субхондрального склероза и остеофиты. С другой стороны, при остеоартрозе отсутствуют остеопороз и узуры суставов, типичные для ревматоидного артрита. Остеоартроз и ревматоидный артрит могут сосуществовать. В таких случаях у больных выявляются признаки обоих заболеваний.

2. Отличительные признаки туберкулезного коксита от остеоартроза:

* Деструктивный моноартрит (при поражении тазобедренного сустава деструкция развивается в области вертлужной впадины и шейки бедра При артрите краснота кожи в области сустава отсутствует, а сам сустав горячий на ощупь.
* Характерно длительное течение артрита без тенденции к деформации.
* Лимфоаденопатия, общие симптомы неспецифичны: субфебрильная температура,
* похудание.
* Образование костных каверн при длительном течении заболевания (при
* томографии суставов).
* Обнаружение микобактерий туберкулеза при бактериологическом исследовании
* синовиальной жидкости и посеве материала синовиальной оболочки.
* При морфологическом исследовании синовии лимфоидно-гистио-цитарная
* инфильтрация, гранулемы с казеозным распадом.
* Рефрактерность к салицилатам.

3. Инфекционные артриты (ИА) - одно из распространенных поражений суставов, возникающее на фоне инфекций, разнообразных по характеру возбудителя (бактерии, вирусы, микобактерии), локализации (мочеполовые, носоглоточные, кишечные), течению (острые или хронические). Суставной синдром может наблюдаться наряду с другими проявлениями имеющегося у больного инфекционно-воспалительного процесса (пневмония, сепсис, менингит и др.) в разгар заболевания, что обычно не вызывает трудностей в распознавании природы поражения суставов. Основные диагностические проблемы возникают в тех ситуациях, когда проявления инфекции стерты или клиническая симптоматика вообще отсутствует, а основным или единственным проявлением инфекционного процесса является развившийся артрит.

В большинстве случаев ИА протекают по типу острого моно- или олигоартрита, не прогрессируют, проходят бесследно, как правило, не приводят к деформации. Возможно рецидивирующее течение, а в ряде случаев заболевание протекает по типу хронического артрита (хламидийные артриты).

Подозрение на ИА возникает обычно при анализе клинической ситуации (хронологическая связь с перенесенной инфекцией, наличие активного инфекционного очага и др.)

Острые септические (гнойные) артриты возникают обычно при бактериемии у больных пневмонией, инфекционным эндокардитом, менингитом и некоторыми другими инфекциями. Возможно инфицирование суставов при проведении внутрисуставных диагностических и лечебных манипуляций. Наиболее частыми возбудителями являются

стафилококки, стрептококки, реже - грамотрицательные микроорганизмы, которые легко обнаруживаются в суставных тканях или синовиальной жидкости.

**Обоснование клинического диагноза**

На основании жалоб больного (на сильную постоянную боль в правом тазобедренном суставе, ограничение движения в нем, снижение опороспособности), анамнеза жизни (страдает падагрическим артритом с 2005\_ анамнеза заболевания (считает себя больным около четырех лет, когда впервые появились боли и дискомфорт при ходьбе в тазобедренных суставах, более выраженные в правом. Постепенно боли усиливались, появились ограничения подвижности в тазобедренных суставах..При обращении за медицинской помощью был установлен диагноз: Двусторонний остеоартроз тазобедренных суставов. В 2011 году пациенту была дана II группа инвалидности по заболеванию. Пациенту было рекомендовано в плановом порядке провести эндопротезирования тазобедренных суставов), данных локального статуса (движения в обоих тазобедренных суставах ограничены, болезненны. В области левого тазобедренного сустава повязка сухая, чистая, лежит хорошо. При пальпации легкая болезненность в области послеоперационной раны. Левое бедро умеренно отечно. Рубцов, ссадин, атрофии, свищей на нижних конечностей нет. Кожа бедра не гиперемирована. Пульс на пальцах стопы сохранён, пальцы теплые. Движения и чувствительность в пальцах стопы не нарушены)

можно поставить следующий клинический диагноз:

**Основной :** Остеоартроз правого тазобедренного сустава 3ст., с выраженным стойким болевым синдром и нарушением опорной функции. состояние после тотального эндопротезирования левого тазобедренного сустава с удовлетворительной функцией.

**Сопутствующий:** Падагрический полиартрит, АГ II риск 2.

**Этиология повреждения**

По своей природе коксартроз заболевание полиэтиологическое. Любой процесс, который повреждает суставной хрящ, дает толчок к развитию артроза. Неблагоприятные условия труда и быта, нарушение функции симпатической нервной системы, изменения нейрогуморального характера, генетические, эндокринные, ферментативные, иммунные, сосудистые факторы – все они могут иметь значение в возникновении первичного артроза.

Вторичные коксартрозы могут развиваться после недостаточно правильно леченных внутри и околосуставных переломов, постоянных микротравм суставных поверхностей, воспалительных процессов в суставах, врожденной неполноценности суставов и в связи с этим возникающей неравномерной нагрузкой на различные отделы суставных поверхностей, в результате асептического некроза одного из эпифизов суставных поверхностей и пр.

Наиболее уязвимым элементом сустава и первичным очагом поражения при коксартрозе является суставной хрящ. В любой момент под влиянием неблагоприятного внешнего или внутреннего воздействия может произойти спазм или тромбоз сосудов субхондральной зоны кости или (и) синовиальной оболочки с последующим нарушением микроциркуляции и развитием гипоксии хряща. Нарушение питания хряща ведет к его дегенерации с гибелью клеточных элементов хряща. Это ведет к потере упругости и эластичности хряща и появлению в нем дефектов. Развитие дегенеративных изменений в синовиальной оболочке сопровождается снижением продукции синовиальной жидкости и ведет к так называемому, «сухому суставу». Наряду с этим, активные субстанции хряща и его частицы (детрит от разрушения) могут вызвать реактивный синовит, что сопровождается выходом в сустав лизосомных ферментов. Последние в свою очередь вызывают лизисомальную дегенерацию хряща.

Таким образом, в патогенезе развития артроза первое место занимает фактор нарушения питания хряща. Наступающие в последующем изменения в хряще ведут к снижению его устойчивости даже к обычной нагрузке. Потеря хрящем эластичности и нарушение конгруэнтности ведут к макро- и микротравме субхондральной пластинки, которая на это реагирует усиленной продукцией костного вещества, проявляющаяся в виде остеосклероза. Избыток костного вещества в этой зоне при продолжающейся нагрузке на суставные поверхности вызывает его распространение в места наименьшего давления и скопление костного вещества, выявляемое рентгенологически в виде остеофитов. Они приводят к механическому раздражению синовиальной оболоки, поялению различных видов ограничения движений в больном суставе.

При вторичном артрозе дегенеративный процесс развивается уже в травмированном хряще. Причем, уже в начальной стадии процесса нередко биомеханические факторы в виде нарушения центрации, инконгруентности и нестабильности сустава играют главенствующую роль. Развитие артроза после травм идет через воспаление, через артрит и синовит. В этих случаях для формирования артроза необходимо всего 4-5 месяцев.

Проанализировав этиологические факторы заболевания можно предположить следующую причину развития остеоартроза тазобедренного сустава у данного пациента - это следствие действия профессиональных вредностей постоянное физическое перенапряжение, длительное нахождение в вынужденных рабочих позах, что постепенно приводило к перегрузке сустава и его микротравмам, что в конечном итогк и привело к остеаортрозу тазобедренного сустава III ст.

**Лечение**

**Консервативное лечение**

**Задачи:**

1.устранить болевые ощущения;

2.улучшить питание суставного хряща и ускорить его восстановление;

3.активизировать кровообращение в области пораженного сустава;

4.уменьшить давление на поврежденную суставную головку бедренной кости и увеличить расстояние между ней и вертлужной впадиной;

5.укрепить окружающие больной сустав мышцы;

6.увеличить подвижность сустава.

1. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Основные препараты этой группы: диклофенак, пироксикам, кетопрофен, индометацин, бутадион, мелоксикам, целебрекс, нимулид и их производные назначаются для уменьшения боли в паху и бедре.

НПВП можно рекомендовать пациенту при обострении болезни, если на фоне сильной боли невозможно проводить нормальное лечение. Тогда, устранив противовоспалительными препаратами острую боль, мы сможем впоследствии перейти к тем процедурам, которые из-за боли были бы непереносимы: например, к массажу, гимнастике, вытяжению сустава и т. д.

Кроме того, в последние годы получены данные, свидетельствующие о вредном влиянии длительного применения нестероидных противовоспалительных препаратов на синтез протеогликанов (как вы помните, молекулы протеогликанов отвечают за поступление в хрящ воды, а нарушение их функции приводит к обезвоживанию хрящевой ткани). Таким образом, таблетки, которые пациент подолгу принимает для уменьшения боли в суставе, в некоторых случаях могут даже немного ускорить разрушение этого сустава (в том случае, если пациент постоянно пьет НПВП на протяжении года и дольше).

При необходимости длительного применения противовоспалительных веществ в терапии коксартроза лучше пользоваться селективными противовоспалительными средствами (препарат мовалис). Селективные средства гораздо реже дают неприятные побочные эффекты, почти не вызывают осложнений и не оказывают такого отрицательного воздействия на структуру суставного хряща. Их можно пить длительно, даже курсами от нескольких недель до нескольких лет (естественно, только под контролем врача).

2. Хондропротекторы — глюкозамин и хондроитинсульфат. Глюкозамин и хондроитинсульфат относятся к группе хондропротекторов — веществам, питающим хрящевую ткань и восстанавливающим структуру поврежденного хряща суставов.

Хондропротекторы (глюкозамин и хондроитинсульфат) — самая полезная группа препаратов для лечения коксартроза. В отличие от нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), хондропротекторы не столько устраняют симптомы коксартроза, сколько воздействуют на «основание» болезни: применение глюкозамина и хондроитинсульфата способствует восстановлению хрящевых поверхностей тазобедренного сустава, улучшению выработки суставной жидкости и нормализации ее «смазочных» свойств.

Подобное комплексное воздействие хондропротекторов на сустав делает их незаменимыми в лечении начальной стадии коксартроза. Хондропротекторы мало эффективны при третьей стадии коксартроза, когда хрящ уже практически полностью разрушен. Ведь вырастить новую хрящевую ткань или вернуть прежнюю форму деформированной головке бедренной кости с помощью глюкозамина и хондроитинсульфата невозможно. Да и при первой-второй стадиях коксартроза хондропротекторы действуют очень медленно и улучшают состояние пациента далеко не сразу.

Для получения реального результата требуется пройти как минимум 2—3 курса лечения этими препаратами, на что обычно уходит от полугода до полутора лет, хотя реклама глюкозамина и хондроитинсульфата обычно обещает выздоровление в более короткие сроки.

Важно знать! Для достижения максимального лечебного эффекта хондропротекторы необходимо использовать курсами, регулярно, на протяжении долгого времени. Практически бессмысленно принимать глюкозамин и хондроитинсульфат однократно или от случая к случаю.

Кроме того, чтобы получить максимальный эффект от применения хондропротекторов, нужно обеспечить ежедневное поступление в организм адекватных, то есть достаточных доз препаратов на протяжении всего курса лечения. Достаточная доза глюкозамина составляет 1000—1500 мг (миллиграмм), а хондроитинсульфата — 1000 мг в день.

Ученые сейчас спорят по поводу того, как лучше принимать глюкозамин и хондроитинсульфат — одновременно или раздельно. Мнения разделились. Одни ученые аргументировано доказывают, что глюкозамин и хондроитинсульфат надо принимать вместе, одновременно. Другие так же аргументировано доказывают, что глюкозамин и хондроитинсульфат при одновременном приеме мешают друг другу, и их надо принимать раздельно. Возможно, идет столкновение интересов тех производителей, которые изготовляют монопрепараты, содержащие только глюкозамин или только хондроитинсульфат, с теми производителями, которые производят препараты «два в одном», содержащие комбинацию глюкозамина с хондроитинсульфатом. Поэтому вопрос совместного или раздельного употребления глюкозамина и хондроитинсульфата остается открытым.

3. Миорелаксанты — препараты, применяемые для устранения мышечного спазма. Из препаратов этой группы при коксартрозе чаще всего применяются мидокалм и сирдалуд.

Миорелаксанты назначают для устранения болезненного спазма мышц, часто сопровождающего артроз тазобедренных суставов. Эти препараты иногда действительно неплохо устраняют мышечную боль и, кроме того, несколько улучшают кровообращение в области пораженного сустава. Однако их применение требует определенной осторожности. Дело в том, что зачастую мышечный спазм является защитной реакцией организма, оберегающей сустав от дальнейшего разрушения. И если просто снимать защитное напряжение мышц, но не примем мер к спасению сустава от чрезмерного давления, впоследствии поврежденный сустав начнет разрушаться ускоренными темпами. То есть миорелаксанты имеет смысл использовать только комплексно, в сочетании с хондропротекторами и вытяжением сустава. И абсолютно бессмысленно применять их в отдельности как самостоятельный метод лечения.

4. Лечебные мази и кремы.

При коксартрозе можно с успехом использовать согревающие или раздражающие кожу мази: меновазин, гевкамен, эспол, финалгон, никофлекс-крем или другие аналогичные мази. Доказано, что происходящее при втирании этих мазей раздражение рецепторов кожи приводит к выработке эндорфинов - наших внутренних обезболивающих «наркотиков», благодаря которым уменьшаются болевые ощущения и частично устраняется болезненный спазм околосуставных мышц; кроме того, согревающие мази способствуют усилению кровообращения в тканях и мышцах вокруг пораженного сустава.

5. Внутрисуставные инъекции (инъекции в сустав). Внутрисуставные инъекции при коксартрозе используются довольно редко, поскольку даже здоровый тазобедренный сустав имеет узкую суставную щель и маленькую суставную полость. Соответственно, при коксартрозе, когда щель сустава сужается еще вдвое, довольно проблематично ввести лекарство непосредственно в полость пораженного сустава. Во-первых, очень велик риск промахнуться. Во-вторых, существует риск повредить расположенные по ходу предполагаемого введения иглы сосудистые и нервные стволы (поскольку игла вводится через пах). Именно поэтому большинство врачей вводят лекарство через бедро, но не в сам сустав, а в околосуставную область.

Такие околосуставные, или «периартикулярные» инъекции чаще всего проводятся с целью устранить обострение болевого синдрома. Тогда в околосуставную зону вводят кортикостероидные гормоны: кеналог, дипроспан, флостерон, гидрокортизон. Однако это не столько лечебные процедуры, сколько средство устранить обострение и снизить болевые ощущения. Соответственно, нет смысла делать инъекции кортикостероидных гормонов в случае относительно спокойного протекания болезни, когда сустав болит несильно.

Немного полезнее вводить через бедро хондропротекторы (алфлутоп, хондролон или гомеопатический Цель Т). Эти препараты применяются курсами, в течение 2 — 3х лет. За курс лечения проводится от 5 до 15 периартикулярных инъекций хондропротекторов, в год проводят в среднем 2—3 таких курса. Преимущество этих лекарств в их способности воздействовать на причину заболевания: как и все хондропротекторы, они улучшают состояние хрящевой ткани и нормализуют обмен веществ в суставе. То есть, в отличие от кортикостероидов, хондропротекторы не устраняют симптомы болезни, но подлечивают сам артроз. Однако это довольно слабые препараты: они помогают только 50—60% больных, и угадать, будет эффект от их применения или нет, заранее невозможно. К тому же действие этих препаратов в отличие от гормонов развивается слишком медленно. По этой причине околосуставные введения хондропротекторов вряд ли могут рассматриваться как серьезный метод лечения коксартроза

Проводятся также попытки лечения коксартроза внутрисуставными инъекциями гиалуроновой кислоты (искусственной смазки для сустава). Для этой цели используют препараты синвиск, ферматрон, остенил, дьюралан и новый отечественный препарат гиастат.

Препараты гиалуроновой кислоты вводятся непосредственно в сам тазобедренный сустав, через пах. Они действительно полезны, но существует одно обстоятельство, существенно ограничивающее их применение при коксартрозе: как мы уже говорили в начале этого раздела, довольно трудно ввести лекарство точно в полость пораженного тазобедренного сустава. А если врач промахнулся хоть на сантиметр и не попал иглой четко внутрь сустава, пользы от укола не будет вовсе (по статистике, при попытке введения лекарства в тазобедренный сустав как минимум в 30% случаев врачи попадают в «молоко», то есть мимо полости сустава).

По этой причине введение препаратов гиалуроновой кислоты лучше доверять только очень опытным врачам. А еще лучше, если вам попался врач, который вводит их под прямым контролем, осуществляемым с помощью рентгеновского аппарата или томографа (чтобы четко фиксировать попадание иглы в полость сустава).

6. Мануальная терапия. Современные врачи, практикующие лечение коксартроза с помощью мануальной терапии, чаще всего пользуются двумя видами воздействий на сустав: мобилизацией и манипуляцией.

Мобилизация — это мягкое вытяжение тазобедренного сустава, разведение концов сочленяющихся друг с другом костей. Для проведения такого вытяжения специалист обычно захватывает конечность выше и ниже сустава и начинает как бы «расшатывать» кости относительно друг друга в нужных направлениях. При правильном воздействии сустав «освобождается», в нем частично восстанавливается движение, устраняется спазм мышц вокруг сустава. Все это приводит к тому, что суставные хрящи в какой-то степени «выводятся из-под удара», то есть давление на них уменьшается. Соответственно, хрящ получает определенную возможность к самовосстановлению.

Именно подобная многогранность лечебного воздействия составляет преимущество мобилизации. К недостаткам метода отнесем большие энергозатраты врача и необходимость частого и регулярного повторения процедур. При коксартрозе требуется проводить ежегодно до четырех циклов, состоящих из трех-четырех лечебных сеансов мобилизации, то есть за год пораженный коксартрозом сустав бывает необходимо подвергнуть 12—15 процедурам.

В отличие от мобилизации, манипуляция осуществляется одним резким и коротким движением и требует минимума напряжения от врача. Если манипуляция проведена своевременно и к месту, она сразу приносит пациенту облегчение, уменьшая боль и восстанавливая объем движения в суставе. Однако так происходит только в тех случаях, когда мы имеем дело не с запущенным коксартрозом, а с начальными проявлениями заболевания.

7. Аппаратная тракция (вытяжение тазобедренного сустава). Тракция обычно используется в терапии коксартроза для разведения суставных концов костей и уменьшения нагрузки на хрящевые поверхности.

Процедура проводится на специальном столе. С помощью ремней пациента пристегивают к столу (фиксируют), после чего аппарат производит тягу больной ноги в продольном направлении (то есть вдоль оси тела). Процедура продолжается 15—20 минут, и за это время растягивается капсула сустава, а так же получают отдых перегруженные участки хрящевой ткани. Курс тракционной терапии состоит из 10—12 процедур, проводимых ежедневно или через день в сочетании с массажем и другими лечебными мероприятиями. В год больной артрозом тазобедренного сустава должен проходить два таких курса лечения.

Вообще надо заметить, что, хотя аппаратная тракция часто дает положительный результат, она все-таки уступает в эффективности мануальной терапии. Ведь аппарат осуществляет тягу только по одной продольной оси, а мануальный терапевт „разрабатывает“ сустав во всех направлениях. Кроме того, аппарат не может прочувствовать и определить, куда подать большую нагрузку, а куда — меньшую. Чувствительные руки умелого врача, напротив, легко определяют слабые или перегруженные участки сустава, что позволяет ему строго дозировать силу воздействия. И, наконец, при лечении мануальной терапией для достижения целебного эффекта требуется вдвое меньше сеансов, что немаловажно. Однако при этом аппаратная тракция требует меньших усилий от врача. Гораздо легче пристегнуть пациента к столу и подключить аппарат, чем 15—20 минут работать самому с полной отдачей.

8. Постизометрическая релаксация (ПИР). Постизометрическая релаксация, она же ПИР (вытяжение мышц и связок) — сравнительно новый метод лечения, который подразумевает активное взаимодействие пациента и врача. Больной не пассивен во время процедуры, он напрягает и расслабляет определенные мышцы. А врач в момент расслабления пациента проводит „растяжку“ его мышц, сухожилий и суставов.

При лечении коксартроза постизометрическая релаксация применяется для устранения болезненного спазматического сокращения мышц и как процедура, предваряющая сеанс мануальной терапии или тракции сустава. С моей точки зрения, ПИР является одной из самых полезных процедур при лечении коксартроза I и II стадий. При этом постизометрическая релаксация почти не имеет противопоказаний — конечно, если проводить ее грамотно, четко представляя себе анатомию задействованных в процедуре мышц и суставов, а также безопасный предел их растяжения.

Курс лечения состоит в среднем из 6-10 процедур, проводимых через день, и добиться положительного результата удается примерно у 80% пациентов. Но для достижения нужного эффекта от врача требуются хорошее знание биомеханики мышц и наличие определенной интуиции. Специалист должен тонко чувствовать тот предел, на котором необходимо остановиться при растяжении мышц, чтобы их не травмировать. В то же время нежелательно останавливаться раньше достижения возможного предела, иначе не будет достигнуто и необходимое расслабление спазмированных или „зажатых“ мышц, и не удастся высвободить сустав.

9. Лечебный массаж. Лечебный массаж применяется как дополнительный метод терапии при коксартрозе I и II стадий. Понятно, что вылечить массажем коксартроз нам не удастся. Но польза массажа сомнения не вызывает - под влиянием грамотного массажа в суставе улучшается кровообращение, ускоряется доставка питательных веществ к хрящу, повышается эластичность суставной капсулы и связок, восстанавливается функция синовиальной оболочки. Особенно хороший эффект массаж дает в сочетании с постизометрической релаксацией, мануальной терапией или тракцией сустава.

Массаж противопоказан при:

всех состояниях, сопровождающихся повышением температуры тела

воспалительных заболеваниях суставов в активной фазе болезни (до стойкой нормализации показателей крови)

кровотечениях и склонности к ним

при болезнях крови

тромбозах, тромбофлебите, воспалении лимфатических узлов

наличии доброкачественных или злокачественных опухолей

аневризмах сосудов

значительной сердечной недостаточности

при выраженных поражениях кожи массируемой области

массаж противопоказан женщинам в критические дни.

10. Гирудотерапия (лечение медицинскими пиявками). Гирудотерапия — довольно эффективный метод лечения при многих заболеваниях. Присасываясь, пиявка впрыскивает в кровь больного ряд биологически активных ферментов: гирудин, бделлины, элгины, дестабилазный комплекс и др. Эти ферменты рассасывают тромбы, улучшают обмен веществ и эластичность тканей, повышают иммунные свойства организма. Благодаря пиявкам улучшается циркуляция крови и устраняется ее застой в пораженных органах.

Гирудотерапия весьма полезна при лечении начальных стадий коксартроза. Действие впрыскиваемых пиявкой ферментов сходно с действием мягких хондропротекторов, к тому же пиявки прекрасно восстанавливают кровообращение в области пораженного сустава. Такое комплексное воздействие позволяет добиться ощутимой пользы при лечении коксартроза I и II стадий.

Для достижения максимального эффекта нужно проводить 2 курса гирудотерапии в год. Каждый курс — по 10 сеансов. Сеансы проводят с интервалом от 3 до 6 дней. Пиявок при этом нужно ставить на поясницу, крестец, низ живота и больное бедро. За один сеанс используют от 6 до 8 пиявок. Вначале лечения пиявками часто происходит временное обострение (обычно после первых 3—4х сеансов). А улучшение обычно становится заметным только после 5—6 сеансов гирудотерапии. Но лучшей формы пациент достигает через 10—15 дней после окончания полного курса лечения.

Противопоказания к лечению гирудотерапией: этот метод не должен применяться для лечения людей, страдающих гемофилией и стойко пониженным давлением, беременных женщин и маленьких детей, пациентов ослабленных и преклонного возраста.

11. Физиотерапевтическое лечение коксартроза. С моей точки зрения, большинство физиотерапевтических процедур мало подходит для лечения коксартроза. Дело в том, что тазобедренный сустав относится к суставам „глубокого залегания“. То есть он спрятан под толщей мышц, и „достать“ его большинству физиотерапевтических процедур просто не по силам, поэтому повлиять кардинально на течение коксартроза они не могут. Тем более что никакие физиотерапевтические процедуры не могут „вытянуть сустав“, то есть не могут развести кости друг от друга и увеличить расстояние между суставной головкой и вертлужной впадиной.

12. Диета

13. Достаточное употребление жидкости.

Потому, понемногу увеличивая потребление воды, надо лишь позаботиться о лучшем выведении жидкости из организма, и об улучшении работы вышеперечисленных органов. Для этих целей можно использовать различные мочегонные препараты или травы, а также средства, улучшающие работу почек, сердца и печени. А при серьезных проблемах с внутренними органами необходимо, само собой, первым делом показаться специалисту.

Ну а тем, у кого нет склонности к отекам, можно спокойно увеличивать потребление воды (примерно до 2-х л в день), но соблюдая элементарные условия. Увеличивать надо только потребление обычной негазированной воды (можно бутилированной, а можно и простой кипяченой). Но нежелательно сильно увеличивать потребление чая, кофе, соков, газировок и т. д. Ведь именно обычная вода, в отличие от различных «насыщенных растворов», активно циркулирует внутри организма, глубоко проникает в суставы, и затем легко выводится почками.

14. Использование трости и снижение вредной нагрузки на сустав. Почти все пациенты, заболевшие артрозом, начинают выслушивать от окружающих многочисленные нелепые, а зачастую и просто вредоносные советы о том, как им теперь надо жить и как вести себя, чтобы «скорее вылечиться». Один из самых вредных советов при коксартрозе звучит так: «тебе нужно как можно больше ходить, чтобы разрабатывать больную ногу».

Попытка еще сильнее нагрузить больной сустав приведет лишь к его быстрому дальнейшему разрушению.

Прежде чем нагружать, а точнее перегружать больной сустав, его надо сначала как следует подлечить, снять обострение, и укрепить с помощью специальной гимнастики мышцы вокруг поврежденного сустава. Лишь потом можно переходить к активным повседневным действиям, постепенно наращивая нагрузку и ни в коем случае не допуская болевых ощущений.

Исследования, проведенные в Университетской биомеханической лаборатории при ортопедическом госпитале Берлина, показали, что минимальную нагрузку тазобедренный сустав испытывает при равномерной ходьбе в медленном темпе. Так, если при стоянии она составляет, как мы уже говорили, 80—100% веса тела, а при медленной равномерной ходьбе 200—250% веса тела, то при быстрой ходьбе она повышается до 450%. При медленном беге она составляет уже 500% веса тела, при легком спотыкании 720—870%. Зато при ходьбе с опорой на палочку нагрузка уменьшается на 20—40%. Еще больше разгружает сустав подъем вверх по ступенькам с опорой на перила. При спуске с лестницы вредная нагрузка на больные тазобедренные суставы, напротив, значительно возрастает. Также увеличивает нагрузку на больные суставы ног перенос тяжестей: перенос тяжести в 10% от веса тела в одной руке приводит к увеличению нагрузки на тазобедренный сустав на 22%, а при распределении тяжести равномерно в двух руках — увеличивает нагрузку на обе ноги, по 9% на каждую.

Помимо того, болеющим коксартрозом желательно избегать фиксированных поз, например длительного сидения или стояния в одной позе, сидения на корточках или в согнутом положении при работе на огороде. Такие позы ухудшают приток крови к больным суставам, вследствие чего ухудшается и питание хряща. Нужно выработать такой ритм двигательной активности, чтобы периоды нагрузки чередовались с периодами покоя, во время которых сустав должен отдыхать. Примерный ритм — 20—30 минут нагрузка, 5—10 минут отдых. Разгружать суставы ног нужно в положении лежа или сидя. В этих же положениях можно выполнить несколько медленных движений в суставах (сгибание и разгибание суставов) для восстановления кровообращения после нагрузки.

Кроме того, если позволяют условия, желательно использовать при передвижениях палочку или трость. Опираясь на палку при ходьбе, больные коксартрозом серьезно помогают своему лечению, поскольку палка принимает на себя 20—40% нагрузки, предназначенной суставу.

Однако чтобы от палочки был толк, ее важно подобрать четко по своему росту. Для того чтобы это сделать, встаньте прямо, опустите руки и измерьте расстояние от запястья (но не от кончиков пальцев) до пола. Именно такой длины и должна быть трость. Покупая палочку, обратите внимание на ее конец — желательно, чтобы он был снабжен резиновой насадкой. Такая палка амортизирует и не скользит, когда на нее опираются.

При сильном укорочении одной из ног при коксартрозе также желательно использовать стельку или подкладку под укороченную ногу. Подкладка поможет выровнять длину ног, предотвратит «припадание» на укороченную ногу при ходьбе, и тем убережет тазобедренный сустав от удара, возникающего при «припадающем» шаге.

15. Дозированные занятия спортом. Несмотря на наличие вышеперечисленных ограничений, необходимо вести активный образ жизни за счет увеличения той двигательной активности, которая не оказывает отрицательного воздействия на хрящ. Нужно заставить себя ежедневно выполнять специальные упражнения из тех, что приведены ниже. Эти упражнения позволяют сформировать хороший мышечный корсет вокруг сустава, сохранить ему нормальную подвижность, и обеспечивают суставу необходимое кровоснабжение.

Помимо лечебной гимнастики пациенту может быть полезной неспешная ходьба на лыжах, так как за счет скольжения нагрузка весом уменьшается, и больные суставы почти не нагружаются. Кроме того, неторопливая ходьба на лыжах, помимо полезного влияния на суставы, приносит еще и положительный эмоциональный заряд. Для начала достаточно ходить на лыжах по 20—30 минут, а позже, в зависимости от состояния суставов, продолжительность лыжных прогулок можно увеличить до 1-2-х часов. Единственное «но»: при коксартрозе на лыжах можно ходить только обычным классическим стилем, и нельзя пользоваться новомодным коньковым ходом.

Сложнее обстоит вопрос с ездой на велосипеде. Долгая, быстрая, или слишком активная езда на велосипеде при коксартрозе однозначно вредна. Но вот небыстрая езда на велосипеде скорее всего вреда не принесет. Только нужно избегать поездок по неровной местности (подпрыгивающие движения вредят суставам), а также свести к минимуму риск падений с велосипеда.

Следует правильно подобрать велосипед. Выбирать нужно между спортивным и полуспортивным типом, так как на них легче ездить и они весят меньше, чем дорожные велосипеды. Поскольку у спортивных велосипедов ручки руля опущены вниз, а у дорожных обычно расположены горизонтально или приподняты, удобнее у велосипеда спортивного типа поднять ручки руля кверху.

Больше всего проблем возникает при неправильной установке высоты седла. Оно должно быть установлено так, чтобы при полном нажатии на педаль в нижнем положении нога была полностью выпрямлена. Если колено в этом положении педали согнуто, то возникают боли в суставах и мышцах. Также важно и расстояние до руля — локти должны быть слегка согнуты.

Кроме ходьбы на лыжах и езды на велосипеде, болеющему коксартрозом может принести определенную пользу плавание. Но и здесь существуют некоторые правила — плавать нужно в спокойном режиме, без рывков и слишком энергичных движений, способных травмировать сустав. Выбирайте такой стиль плавания, при котором в суставе не возникает дискомфорта и даже слабых болевых ощущений.

16. Лечебная гимнастика при артрозе тазобедренного сустава.

Помимо упражнений для укрепления мышц и связок, большую пользу при артрозах дают упражнения на растяжение суставных капсул и связок суставов. Но и здесь нельзя нарушать определенные правила. Подобные упражнения нужно выполнять очень мягко, растягивая связки и суставы либо очень легким давлением, либо просто как следует расслабляясь. Ни в коем случае нельзя действовать с усилием на больной сустав или тянуться рывком. Нельзя заниматься гимнастикой в период обострения болезни. Необходимо сначала устранить обострение болезни другими лечебными мероприятиями. Лишь затем, при отсутствии противопоказаний, врач выбирает оптимальные для пациента упражнения и назначает режим их выполнения: последовательность, количество повторений, время удержания определенного положения.

**Оперативное лечение**

**Задачи:**

1.Частичное изменение биомеханики пораженного сустава для снижения нагрузки на него

2.Уменьшение действия мышечного дисбаланса

3.Устранения патологического положения конечности из-за сгибательно-приводящей контрактуры, вальгусной и варусной деформации

4.Улучшение регионарного кровообращения в области сустава за счет развития компенсаторного вторичного кровяного русла, а следовательно репаративной регенерации тканей сустава

5.Снижение болевого синдрома путем частичной денервации сустава в процессе операции

6.Создание длительного щадящего лечебного режима – разгрузки сустава на весь период заживления раны и послеоперационной реабилитации

**Виды операций:**

-внесуставные

-внутрисуставные

-артропластические

-артродезирующие

1. Внесуставные операции (коррегирующие остеотомии) предусматривают биомеханическую коррекцию сустава, приводящую к изменению условий нагрузки на суставные поверхности, снижению внутрикостного давления, улучшению микроциркуляции и частичной денервации сустава.

А) Операции на проксимальном отделе бедра: межвертельная вальгизирующая или варизирующая остеотомия, межвертельная, медиализирующая остеотомия, подвертельная остеотомия, чрезвертельная ротационная остеотомия. Все эти виды остеотомий могут сочетаться с деторсией проксимального отдела бедра (уменьшение величины угла антеторсии).

Б) Операция на костях таза (при выраженных степенях дисплазии), двойная или тройная остеотомия таза: позволяют обеспечить наиболее полное покрытие головки бедра тазовым компонентом сустава в максимально возможной степени центрировать сустав и обеспечить опорноспособность ноги.

Остеотомия таза по Хиари – паллиативная операция, применяется с целью создания упора для головки бедренной кости и повышения стабильности тазобедренного сустава.

Возможно сочетание остеотомии проксимального отдела бедра и тазовой кости для более полной коррекции диспластического тазобедренного сустава.

При деформирующем артрозе коленного сустава и нарушении биомеханических принципов распределения нагрузки производят варизирующую (при вальгусной деформации) или вальгизирующую (при варусной деформации) остеотомию большеберцовой или бедренной кости. Вопрос об остеотомии бедренной или большеберцовой кости и величине угла коррекции решается после рентгенологического исследования и определения углов деформации.

Во всех случаях после выполнения остеотомии и коррекции сустава производят стабильный остеосинтез костных фрагментов соответствующими металлическими фиксаторами.

2 Внутрисуставная операция – при деформирующем артрозе это в основном паллиативные операции, так как они не устраняют причину заболевания, понижают болевой синдром (полностью или частично). К ним относят: краевую моделирующую резекцию, туннелизацию суставных концов костей, пересадку сосудистого пучка, мышечную пластику головки или шейки бедра ( это для коксартроза), артроскопическую ирргацию сустава.

3 Артропластические операции – операции, направленные на восстановление подвижности сустава.

Артропластика может быть интерпозиционная и тотальная.

В настоящее время интерпозиционная артропластика с использованием ауто и аллотканей не применяется, так как они не эффективны.

Тотальная артропластика при деформирующем артрозе предусматривает тотальное замещение обоих суставных концов эндопротезом (двухкомпонентным) специальной конструкции.

Эндопротезирование суставов по праву относят к числу важнейших достижений ХХ века. По быстроте обеспечения клинического эффекта этой операции, пожалуй, нет в ортопедии. Исчезает или резко ослабевает болевой синдром, увеличивается амплитуда движений в тазобедренном или коленном суставе, улучшается походка больных. Больные обретают возможность полностью себя обслуживать, вести активную и полноценную жизнь, у ряда больных восстанавливается в той или иной степени трудоспособность.

Показания к эндопротезированию тазобедренного сустава:

Двусторонний коксартроз II-III ст.

Односторонний коксартроз III ст.

Коксартроз III ст. и анкилоз одного из крупных суставов на этой конечности

Односторонний коксартроз II-III ст. и анкилоз контрлатерального

Двусторонний фиброзный или костный анкилоз тазобедренных суставов (болезнь Бехтерева)

Асептический некроз головки бедренной кости III-IV ст.

Перелом или ложный сустав шейки бедренной кости у лиц старше 70 лет

Коксартроз III ст. на почве последствий тяжелых повреждений вертлужной впадины

Опухолевые процессы в головке и шейке бедренной кости, требующие репозиции патологического очага

Абсолютные противопоказания к эндопротезированию тазобедренного сустава:

Невозможность самостоятельного передвижения

Тяжелые хронические заболевания сердечно-сосудистой системы (декомпенсированные пороки сердца, сердечная недостаточность III ст., сложные расстройства сердечного ритма, нарушения проводимости – атриовентрикулярные блокады III ст. с нарушением гемодинамики, трехпучковая блокада)

Патология аппарата внешнего дыхания с хронической функциональной недостаточностью II-III ст.

Не поддающаяся коррекции патология эндокринной системы

Воспалительный процесс в области тазобедренного сустава

Несанированные очаги хронической инфекции

Техническая невозможность установки эндопротеза (искривленный или очень узкий костномозговой канал бедренной кости, тонкие тазовые кости)

Выраженная остеопения

Гемипарез на стороне предполагаемой операции

Полиаллергия

Относительные противопоказания

Наличие острой патологии со стороны внутренних органов

Обострение декомпенсации хронического соматического заболевания

Ожирение III ст.

Гормональная остеопатия

Почечная недостаточность II-III ст.

Наличие печеночной недостаточности II-III ст.

**Лицам моложе 35 лет противопоказания к эндопротезированию ставятся индивидуально**

4 Артродезирующие операции: направлены на создание неподвижности между суставными концами костей.

Применяются при выраженных дегенеративных изменениях со стороны сустава с резким нарушением функции, статической недостаточностью, выраженным болевым синдромом, одностороннем поражении.

Чаще используется на нижних конечностях у людей занятых физическим трудом. При решении вопроса об артродезе тазобедренного сустава обязательно учитывают функцию поясничного отдела позвоночника, крестцово-подвздошного сочленения и противоположного сустава. При двустороннем поражении тазобедренного сустава артродез абсолютно противопоказан.

Выбор характера оперативного лечения проводится строго индивидуально с учетом возраста, профессии, пола, социального положения больного, сопутствующей патологии.

**Лечение данного пациента**

Данному пациенту, ввиду наличия у него остеоартроза обоих тазобедренных суставов III ст. показано тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава.

**Ход операции 13.02.2015 12.10 – 13.10**

Под эндотрахеальной анестезией произведен разрез в верхней трети левого бедра. Артротомия, костотомия шейки левого бедра, удаление головки. Обработка впадины, установлена чашка тетфит диметр 58 с вкладышем. Обработка бедра, установка ножки номер 5, головки D 28L. Протез вправлен. Рентген контроль (снимок №3). Гемостаз, промывание антисептиком. Дренирование, послойное ушивание раны, на рану наложена асептическая повязка.

Во время операции больному было перелито с целью восстановления объема крови (эритроцитарная масса – 400 ml) и с целью восполнения факторов свертывания крови (свежезамороженная плазма 200 ml).

Послеоперационный период

Назначения:

1. S. Ciprophloxacini 1,0 \*3 р. в день в/в.
2. S. Analgini 50% 1,0 \*3 р. в день в/м.
3. S.Ketorolac 3% 1,0 \* 3 р. в день в/м.
4. S. Dimedroli 1% 1,0\*3 р. в день в/м.
5. T. Omeprazoli 0,02 по 1 кап \* 2 р. в день.

На мой взгляд, врачебная тактика по отношению к больному правильная. Учитывая жалобы больного, длительность заболевания, стадию заболевания и диагноз при поступлении (двухсторонний остеоартроз тазобедренных суставов IIIст.) показано радикальная операция: тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава.

В послеоперационом восстановительном периоде больному cо 2—3-го дня разрешают облегченные движения в оперированном суставе в сагиттальной плоскости, c 5-го дня пациенту разрешается ходить с костылями давая нагрузку на прооперированную ногу в объеме 30%, полную нагрузку — с 5—6-го месяца при условии стабильности эндопротеза. После начала ходьбы назначают лечебную гимнастику с целью укрепления мышц, окружающих эндопротез (в положении лежа на спине, боку, животе). Занятия продолжают в поликлинических или домашних условиях. Одновременно проводят ручной массаж.

**Дневники**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ДДата | Оценка общего состояния и данные наблюдения | Назначения |
| 118.02.  2 | Общее состояние больного удовлетворительное. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны. Кожные покровы бледно-розового цвета. Температура 36,7°. Дыхание везикулярное; хрипов в легких нет. ЧД -17 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД 145/90 мм. Пульс 62 в мин удовлетворительных свойств. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Повязка сухая. Бедро умеренно отечно. Движения и чувствительность пальцев стопы сохранены. | Стол Д.  Режим постельный.  1.S.Ciprophloxacini 1,0 \*3 р. в день в/в.  2.S. Analgini 50% 1,0 \*3 р. в день в/м.  3.S.Ketorolac 3% 1,0 \* 3 р. в день в/м.  4.S. Dimedroli 1% 1,0\*3 р. в день в/м.  5.T. Omeprazoli 0,02 по 1 кап \* 2 р. в день. |
| 119.02.  2 | Общее состояние больного удовлетворительное. Жалобы на боли в области послеоперационной раны. Кожные покровы бледно-розового цвета. Температура 36,8°. Дыхание везику-лярное; хрипов в легких нет. ЧД -16 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. АД 135/90 мм. Пульс 65 в мин удовлетворительных свойств. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Мочится самостоятельно. Стул был. Повязка сухая. Бедро умеренно отечно. Движения и чувствительность пальцев стопы сохранены. | Стол Д.  Режим постельный.  1.S.Ciprophloxacini 1,0 \*3 р. в день в/в.  2.S. Analgini 50% 1,0 \*3 р. в день в/м.  3.S.Ketorolac 3% 1,0 \* 3 р. в день в/м.  4.S. Dimedroli 1% 1,0\*3 р. в день в/м.  5.T. Omeprazoli 0,02 по 1 кап \* 2 р. в день. |

**Эпикриз**

г в травматологическое отделение БСМП для проведения плановой операции эндопротезирования левого тазобедренного сустава. Клинический диагноз основной: Остеоартроз правого тазобедренного сустава (коксартроз) IIIст., с выраженным стойким болевым синдром и нарушением опорной функции. Состояние после тотального эндопротезирования левого тазобедренного сустава с удовлетворительной функцией.

Сопутствующий: Падагрический полиартрит, АГ II риск 2.

Проведено оперативное лечение: тотальное эндопротезирование левого тазобедренного сустава. Ранний послеоперационный период без осложнений.

Назначения в послеоперационном периоде:

1. S. Ciprophloxacini 1,0 \*3 р. в день в/в.
2. S. Analgini 50% 1,0 \*3 р. в день в/м.
3. S.Ketorolac 3% 1,0 \* 3 р. в день в/м.
4. S. Dimedroli 1% 1,0\*3 р. в день в/м.
5. T. Omeprazoli 0,02 по 1 кап \* 2 р. в день.

**Рекомендации:**

1. ЛФК с целью улучшения движений в тазобедренном суставе, профилактики остеопороза, укрепления мышц;
2. Избегать чрезмерных нагрузок на левое бедро;
3. В первые три месяца после операции следует использовать вспомогательные средства.
4. Запрещается: двигать оперированной ногой вовнутрь, скрещивать ноги, поворачивать оперированную ногу наружу, сгибать тазобедренный сустав более чем на 90°- это соответствует прямому углу между туловищем и ногой ( это означает не нагибаться).
5. Для предупреждения заражения искусственного сустава, до и после, например, цистоскопического обследования или лечения корня зуба, при инфекционных заболеваниях, необходима кратковременная терапия антибиотиками. При гнойных воспалениях, таких как вросшие ногти, абсцессы или воспаление носовых пазух очень важно своевременно начать лечение антибиотиками.
6. Первое время лежать на спине, между ногами класть подушку, так что бы ноги были всегда врозь, коленная чашечка смотрела прямо в потолок.
7. Примерно через 4 недели после операции, рекомендуется, аккуратно  ложиться на оперированную сторону, примерно через 6 недель поворачиваться на здоровую сторону.
8. Одевать сначала оперированную ногу, при раздевании сначала     снимать одежду со здоровой ноги.
9. Наблюдение у травматолога по месту жительства.

Прогноз для жизни для данного пациента благоприятный, с учётом положительной динамики в послеоперационном периоде, отсутствие осложнений, удовлетворительного состояния больного.

Прогноз для восстановления функции конечности сомнительный.

**Литература**

1. Никольский М.А. Схема написания истории болезни по травматологии и ортопедии студентами 5-го курса лечебного факультета: Вит Методические указания с элементами УИРС /М. А. Никольский// - Полоцк, тип. им. Ф. Скорины - 1990. С. 3-11.
2. Диваков М.Г. Травмотология, ортопедия и военно-полевая хирургия: Учебное пособие по методике выполнения практических навыков для студентов 4 – 6 курсов лечебно – профилактического факультета / М.Г. Диваков, Э.А. Аскерко, В.П. Дейкало//- Витебск, изд. ВГМУ.- 2001. 69с.
3. Краснов А. Ф. Травматология. Учебник / А.Ф.Краснов, В.Ф. Мирошниченко, Г.П. Котельников//-М.: Медицина,- 1995.-455с.
4. Кавалерский Г.М. Травматология и ортопедия. Учебник для студентов высш. учеб. заведений/ Г.М. Кавалерский, Л.Л. Силин, А.В. Гаркави// М.: «Академия»,2005. - 624

**Рентгенограмма тазобедренных суставов от 15.10.14 (снимок №1)**

Резкое не равномерное сужение суставной щели в левом тазобедренном суставе. Деформации головки бедра, костные разрастания на краях суставного хряща, разрежение костных тканей.

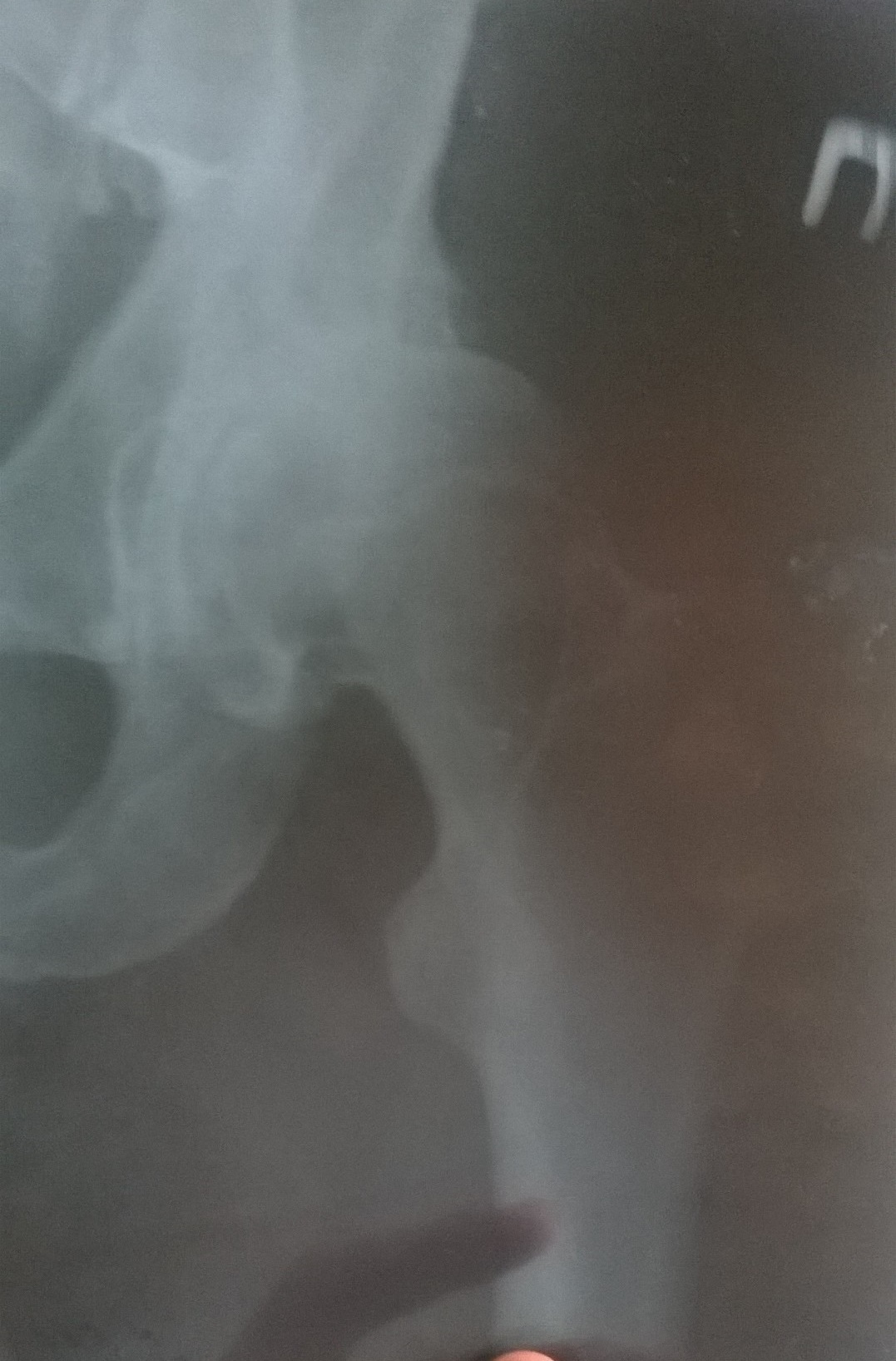
Заключение: остеоартроз левого тазобедренного сустава III степени.



**Рентгенограмма тазобедренных суставов от 15.10.14 (снимок №2)**

Резкое не равномерное сужение суставной щели в правом тазобедренном суставе. Деформации головки бедра, костные разрастания на краях суставного хряща, разрежение костных тканей.

Заключение: остеоартроз правого тазобедренного сустава III степени.



**Рентгенограмма левого тазобедренного сустава от 13.02.15г(Снимок № 3)**

На прицельной послеоперационной Rtg-грамме левого тазобедренного сустава определяется состояние после тотального эндопротезирования. Соотношение суставных поверхностей правильное.

