

5. Мишин, В.Ю. Диагностические и лечебные пункции органов брюшной полости под УЗИ-контролем / В.Ю. Мишин, А.Н. Хитрова // Хирургия. – 1998. – №5. – С. 43-45.
6. Павелкин, Г.А. Декомпрессивные методы лечения острого обтурационного холецистита / Г.А. Павелкин [и др.] // Материалы III Конгресс Ассоциации хирургов имени Н.И. Пирогова. – М.: 2001. – С. 88.
7. Akhan, O. Percutaneous cholecystostomy / O. Akhan, D. Akinci, M.N. Ozmen // Hepatogastroenterology. – 2000. – V. 34. – P. 932-936.
8. Akinci, D. Outcomes of percutaneous cholecystostomy in patients with high surgical risk / Akinci D. [et al.] // Tani. Girisim. Ra-dyol. – 2004. – № 4. – P. 323-327.
9. Davis, C.A. Effective use of percutaneous cholecystostomy in high-risk surgical patients: techniques, tube management, and results / C.A. Davis [et al.] // Arch. Surg. – 1999. – Vol. 134. – P. 727-731.
10. Sosna, J. Ultrasound-guided percutaneous cholecystostomy: update on technique and clinical applications / Sosna J. [et al.] // Surg. Technol. Int. – 2003. – Vol.11. – P. 135-139.

КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ

Дмитриев А.А.

Гродненский государственный медицинский университет

г. Гродно, Республика Беларусь

Кафедра медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии

Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов, к которым можно отнести прежде всего остеоартроз, являются наиболее распространенной формой суставной патологии. Развитие остеоартроза приводит к хроническому болевому синдрому, преждевременной потере трудоспособности и инвалидности.

Остеоартроз является хроническим дегенеративным заболеванием синовиальных суставов, в основе которого лежит первичная или вторичная дегенерация суставного хряща с последующим развитием реактивного синовита, изменением костных суставных поверхностей, деформацией суставов. Первичный остеоартроз развивается под влиянием нагрузки, при вторичном происходят изменения в предварительно измененных суставах.

Анатомические особенности костного скелета более существенную роль играют в развитии вторичного остеоартроза. К состояниям, которые наиболее часто приводят к развитию вторичного остеоартроза, можно отнести неодинаковые размеры голени, укорочение одной из нижних конечностей, варусно-вальгусные

деформации, врожденные вывихи бедра, кифоз, сколиоз, плоскостопие, подвывихи суставов и др.

Хрящевая ткань поражается и при остеохондродисплазиях, в основе которых лежит нарушение эмбриональной закладки костно-хрящевой системы. В соответствии с Международной номенклатурой, к остеохондродисплазиям относятся следующие анатомические изменения: рост длинных трубчатых костей и позвоночника; развитие хряща и фиброзного компонента скелета; утолщение кортикального слоя и моделирование метафизов. Разными вариантами нарушения роста костей и функции суставов и деформациями сопровождается врожденная дисплазия суставов.

Такие анатомические особенности приводят к нарушению статики, смещению оси конечности, функциональной перегрузке с постоянной микротравматизацией хряща и возникновению так называемого механического артроза.

При этом неправильно распределяется механическая и функциональная нагрузка, в том числе и чрезмерная, на хрящ, что приводит к снижению его прочности. Этому также способствует неконгруэнтность суставных поверхностей. Длительные перенапряжения хрящевой ткани приводят к повреждению хрящевых клеток и коллагеновых волокон поверхностного хряща и др. Это является пусковым фактором для развития дегенеративно-дистрофического процесса в хряще и его повреждению в результате изменения и обменных, биохимических процессов. Повреждения суставного хряща, в том числе после травм, сопровождается увеличением продукции хондроцитами иммуноглобулина-I, который стимулирует синтез и активность матриксных металлопротеаз и дальнейшей деградации хрящевой ткани. К быстрому развитию остеоартроза, например коленного сустава, приводит резекция латерального мениска.

Описанные выше анатомические особенности, приводящие к дегенеративно-дистрофическим процессам в суставах и остеоартрозу, приводят и к развитию клинических проявлений, к которым прежде всего можно отнести боль, деформацию суставов, нарушения функции.

Следует отметить, что суставной хрящ не иннервируется, а боль при остеоартрозе объясняется повышением внутрикостного давления в субхондральном слое, микропереломами костных трабекул, повышением давления в полости сустава и синовиальных сумках, раздражением окружающих тканей.

Гонартроз является наиболее частой (до 75%) формой остеоартроза конечностей. Вторичный гонартроз возникает на фоне травм коленного сустава, повреждений связок, менисков, операций, врожденных дефектов, деформации ног и других анатомических изменений.

При клиническом объективном исследовании сустава отмечается его варусная или вальгусная деформация, ограничение сгибания или разгибания, атрофия четырехглавой мышцы бедра, припухлость. При движении выявляется ограниче-

ние сгибания или разгибания, крепитация (хруст), нестабильность в суставе. Отмечается боль по линии суставной щели ниже подколенного при пальпации периартикулярных тканей. При лучевой визуализации анатомических изменений при гонартрозе также выявляются характерные изменения. Так, при рентгенологическом исследовании отмечаются сужение суставной щели, остеофиты в области задней части мыщелка бедренной и большеберцовой кости, на ранней стадии можно отметить заострение межмышечковых бугорков большеберцовой кости.

За четыре года в центре медицинской реабилитации больных и инвалидов ортопедо-травматологического профиля городской клинической больницы № 2 г. Гродно проходит лечение и реабилитацию более 1,5 тысячи больных с артрозом тазобедренных и коленных суставов, в том числе и после эндопротезирования. Наши наблюдения показали, что правильная трактовка клинико-анатомических проявлений позволит при своевременно начатом лечении предотвратить или замедлить дегенеративные процессы в хрящевой ткани суставов.

В проведенных нами ранее экспериментальных и клинических исследованиях были получены данные, на основании которых сформулирована теория, дополняющая развитие дегенеративно-дистрофических процессов в хрящевой ткани опорно-двигательного аппарата. Это позволило с учетом анатомических и клинических особенностей вести целенаправленную коррекцию метаболических и анатомических изменений при помощи различных медикаментозных и немедикаментозных методик.

Важно подчеркнуть, что именно индивидуальная оценка состояния пациента с учетом его клинико-анатомических особенностей позволяет более эффективно проводить лечебные и профилактические мероприятия по предотвращению и лечению остеоартроза.

ИЗМЕНЕНИЯ АНАТОМИЧЕСКОЙ КОНГРУЭНТНОСТИ СУСТАВНЫХ ПОВЕРХНОСТЕЙ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА И ИХ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Дмитриев А.А.

Гродненский государственный медицинский университет

г. Гродно, Республика Беларусь

Кафедра медицинской реабилитации и немедикаментозной терапии

Литературные данные исследований последних лет, посвященных этиопатогенезу, клинике и лечению дегенеративно-дистрофических изменений в опорно-двигательном аппарате, свидетельствуют о том, что специфическими факторами развития такой патологии могут являться функциональные ограничения подвиж-