МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН

ФАКУЛТЕТ „МЕДИЦИНА” – ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА “ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ТЕЗИСИ НА ПРАКТИЧЕСКО УПРАЖНЕНИЕ № 23

ЗА РЕДОВНО ЗАНЯТИЕ И САМОСТОЯТЕЛНА ДИСТАНЦИОННА ПОДГОТОВКА ПО

„ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ МУ – ПЛЕВЕН, РЕДОВНО ОБУЧЕНИЕ, СПЕЦИАЛНОСТ

„МЕДИЦИНА”

ТЕМА: „АСЕПТИЧНИ НЕКРОЗИ”

РАЗРАБОТИЛ: Д-Р К. ТОТЕВ

Гр. Плевен

2020 год.

Асептичните /аваскуларни/ некрози са група заболявания, които най-общо се характеризират с костна некроза в резултат на смутено кръвоснабдяване. Наблюдават се при деца и при възрастни. Основната разлика между двете групи е възможността за репаративни костни процеси при децата. При тях могат да се засегнат както първичните така и вторичните центрове на осификация. Последните биват епифизи /от компресионен тип/ и апофизи /от тракционен тип/. В зависимост от етиологията биват: идеопатични и такива с известна етиология /травматични, термални, хематологични, емболични, метаболитни и др./.

При децата това заболяване протича за период от 2 до 5 години и преминава през следните стадии:

1. Стадий на исхемия. Осификационното ядро некротизира, вследствие на което се уплътнява рентгенологично.

2. Стадий на реваскуларизация с костно отлагане и костна резорбция. Двата процеса протичат успоредно. Рентгенологично се установява фрагментация на ядрото.

3. Стадий на възстановяване. Костното отлагане продължава. Костта възстановява своята плътност и структура.

4. Късен стадии. Ако костта възстанови своята форма на практика има излекуване. При наличие на деформитети се развиват артрозни промени на ставите.

Клиничната картина се характеризира с болки и функционален дефицит в областта през втория стадии. През третия стадии болките затихват.

Диагнозата се базира на клинчната картина и рентгеновото изследване.

Лечението симтоматично. Необходимо е отбременяване на ставите.

Най-честите асептични некрози при деца са:

1. Болест на Perthes. Остеонекроза на бедрената глава.

2. Болест на Haglund-Sever. Остеонекроза на апофизата на петата. Засяга най-често момчета, спортисти между 8 и 14 год. Протича с болки в петата. Обикновено се самоизлекува без остатъчна симтоматика.

3. Болест на Osgood-Schlatter. Остеонекроза на апофизата на tuberositas tibiae. По-често е при момчета, спортисти междо 9 – 15 год. Обикновено се самоизлекува без остатъчна симтоматика. Много рядко се налага екстирпация на свободния фрагмент при персистиращи болки.

4. Остеонекроза на главичките на мататарзалните кости – болест на Freiberg.

5. Остеонекроза на os naviculare – Болест на Köhler.

6. Болест на Schoermann - остеонекроза на апофизите на прешлените. Протича с кифоза на торакалния отдел на гръбначния стълб.

БОЛЕСТ НА PERTHES

Болестта засяга деца между 4 и 10 години, по-често момчета. Клинично протича с накуцване и болки /различни по интензитет/ в тазобедрената става. Понякога болката ирадиира дистално и оплакванията са основно от коляното. Движенията в тазобедрената става се ограничават, най-вече вътрешната ротация и абдукцията. Поради перстиращата болка с течение на времето се установява хипотрофия на бедрената и глутеалната мускулатура.

Диагнозата се потвърждава от фасова и профилна рентгенографии. При костна сцинтиграфия се установяват „студени зони". ЯМР също се използва за ранна диагноза в стадия на костна исхемия. Положителни прогностични фактори са: начало преди 8 г., липсата на латерална сублуксация на бедрената глава, запазени движения в тазобедената става, запазена растежна плочка, незасягане на латералната колона.

Диференциална диагноза: транзиторен синовит, туберкулоза на тазобедрената става, адолесентна епифизиолиза.

Целта на лечението е запазването на бедрената глава от деформации и запазване на нормания растеж. Като цяло лечението е симтоматично заедо с отбременяване на ставата. Оперативно се лекуват по-тежките случаи. Оперативното лечение в зависимост от стадия може да бъде тазови или бедрени остеотомии, шелф артропластика, хейлектомия.

Аваскуларните некрози при възрастни могат да засегнат всяка една кост или част от нея. Най-чести са остеонекрозата на бедрената глава, на хумералната глава /болест на Haas/ и на os lunatum /болест на Kienbock, лунатомалация/

АВАСКУЛАРНА ОСТЕОНЕКРОЗА НА БЕДРЕНАТА ГЛАВА /БОЛЕСТ НА ЧАНДЛЪР/

Това заболяване на бедрената глава се се среща при пациенти между 30 и 60 години. В над 90% от случаите са засегнати мъжете. В по-големият процент от случаите диагнозата се поставя в стадии, когато ставно-съхраняващото лечение е невъзможно. Причините за възникването на остеонекрозата са различни състояния, водещи до смущение на кръвоснабдяването на бедрената глава. Употребата на кортикостероидни медикаменти води до увеличение на вътрекостното налягане, смущаващо кръвотока. Риска е по-голям при продължителна употреба и при прилагане на високи дози. Хроничната

алкохолна консумация води до натрупване на липиди в костните клетки и клетъчна смърт. Други теории, свързани с алкохолната консумация са показателни за директния му цитототоксичен ефект, както и образуването на мастни емболи в черния дроб, които по кръвен път достигат до бедрената глава, причинявайки обтурация на съдовете. Други етиологични фактори са: имуносупресивни медикаменти, кесонова болест (бързата декомпресия води до образуването на азотни мехурчета в кръвта), заболявания с повишен вискозитет на кръвта (сърповидноклетъчна анемия), съдови заболявания, метаболитни заболяваня (болест на Гоше), заболявания, свързани с нарушения в кръвосъсирването (вродена тромбофилия, вродена хипофибринолиза). Асептичната некроза често се среща при професионални шофьори, където продължителната седнала позиция води до смущение в кръвотока на тазобедрената става.

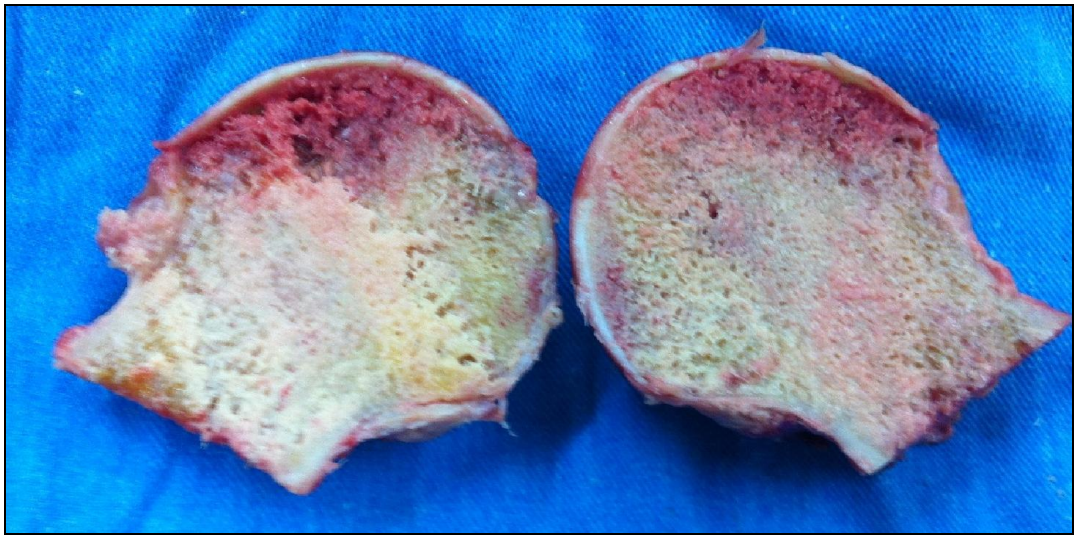
Патологоанатомично се установява клетъчна смърт в натоварената субхондрална кост *(Фиг. 1)* на бедрената глава с последващ колапс на надлежащата кост. Бедрената глава се деформира, като в последствие и ацетабуларния хрущял претърпява дегенеративни промени. Постепенно се развива класическата картина на косартрозата.

В над 50% от случаите процеса е двустранен. Клиничната картина се характеризира с болка в слабините (понякога ирадиира към седалището или коляното), куцане, пасивните и особено активните движения с болезнени.

Ранната диагностика, преди развитието на морфологичните промени е възможна посредством ЯМР *(Фиг. 2)*. Чувствителността на изследването достига до 100%. Ранен диагностичен метод е и костната сцинтиграфия, където лезията се изобразява като „студена зона”. При развитието на морфологични промени (остеосклероза, кисти, колапс) рентгеновата диагностика е показателна *(Фиг. 3)*.

Диференциалната диагноза е свързана с други състояния, характеризиращи се с болка в тазобедрената става при млади пациенти: фемороацетабулатен импийджмънт, остеид остеом, дисплазия на ставата.

Лечението зависи от стадия на заболяването. В началния стадии е показано лечение с вазодилатиращи медикаменти или корова декомпресия (бориране на бедрената глава по остта на бедрената шийка с цел намаляване на налягането и подобряване на кръвоснабдяването). При по-напреднали стадии на заболяването, без развитие на колапс, са показани коригиращи остеотомии или реваскуларизационни операции (имплантация на васкуларизиран фибуларен присадък в бедрената глава). Всички интервенции са с променлив успех. При развитието на колапс и дегенеративни промени метод на избор е ендопротезното заместване на ставата.



Фиг. 1 Анатомичен препарат, показващ зоната на остеонектоза на бедрената глава



Фиг. 2 ЯМР образ на ранен етап на развитие на двустранна остеонекроза на бедрените глави



Фиг. 3 Левостранна асептична некроза с колапс в натоварената зона.