**КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Кафедра внутренних болезней №2

Контрольная работа

По дисциплине «Сестринское дело в терапии, ВПТ»

По теме: ***суставной синдром при деформирующем остеоартрозе***

Выполнил:

Студент 4 курса, группы 843

Хайруллина Л.Ф.

Проверил:

Доцент Ахмерова Р.И.

Казань 2005

**Современные представления об** **этиопатогенезе развития синдрома, эпидемиология.**

**Остеоартроз** – гетерогенная группа заболеваний суставов, различной этиологии, при котором первичные изменения в основном дегенеративного характера возникают в суставном хряще, а также субхондральном участке кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, периартикулярных мышцах.

Этиопатогенез развития остеоартроза. Основные этиологические факторы развития остеоартроза:

* Дисплазия, ведет к уменьшению конгруэнтности.
* Нарушения статик и – смещение оси тела, гиперподвижность.
* Функциональная перегрузка хряща, ведущая к его микротравматизации.
* Травма сустава – внутрисуставные переломы, вывихи, контузия.
* Инфекционный острый или хронический артрит.
* Неспецифическое воспаление суставов (РА).
* Хронический гемартроз (гемофилия, ангиома).
* Ишемия кости и остеонекроз.
* Остеодистрофия (болезнь Педжета).
* нарушение метаболизма (хондрокальциноз, подагра).
* Нервные нарушения – с потерей чувствительности (нейродистрофия, артропатия).
* Эндокринные нарушения.
* Наследственность. Роль наследственного фактора безусловна лишь при 2 типах остеоартроза:Первичный генерализованный остеоартроз Келлгрена и изолированное поражение дистальных межфаланговых суставов (узелки Гебердена

Прогрессирующая деградация хряща при остеоартрозе связана с нарушением синтеза или действия анаболических медиаторов.

В основе нарушений метаболизма – количественные и качественные изменения протеогликанов основного вещества (в основном за счет хондроитинсульфата), обеспечивающего стабильность структуры коллагеновой сети.

При остеоартрозе происходит уменьшение размеров молекулы протеогликанов, они могут уходить из матрикса хряща и при этом они не могут прочно удержать воду - избыточная вода поглощается коллагеном - он набухает и разволокняется - снижение резистентности хряща.

Эпидемиология. Остеоартороз самое частое заболевание суставов. Им страдает не менее 20 %. Заболевание обычно начинается в возрасте старше 40 лет. Рентгенологические признаки остеоартроза обнаруживаются у 50 % людей в возрасте 55 лет и у 80 %людей старше 75 лет. Остеоартроз коленного сустава развивается чаще у женщин, а тазобедренного сустава – у мужчин.

**Причины и факторы риска развития основных симптомов**

К факторам риска можно отнести - генетические (женский пол, врожденные заболевания суставов и костей), приобретенные (ожирение, постменопауза, приобретенные заболевания костей и суставов, операции на суставах) и внешнесредовые (избыточная нагрузка на сустав, травмы суставов и др.)

Причины развития остеоартроза - тяжелая физическая нагрузка с часто повторяющимися стереотипными движениями (суставы позвоночника у грузчиков, плечо у кузнеца); чрезмерное занятие спортом (ОА коленного сустава у футболистов); при выраженном ожирении. Нарушение нормальной конгруэнтности суставной поверхностей здорового хряща - неравномерное распределение нагрузки по его поверхности (плоскостопие, сколиоз, кифоз, гиперлордоз и т. д.)

**Клинико-лабораторные и инструментальные методы диагностики на современном этапе, необходимое медицинское оборудование, инструменты.**

Основным инструментальным методом диагностики остеоартороза является рентген.

Рентгенологическая диагностика. Клинико-рентгенологические стадии по Косинской Н. С.

* 1. Незначителное ограничение суставной подвижности преимущественно в каком-либо определенном направлении; на рентгенограмме – нет костных разрастаний по краям сустава впадины, а так же островки оссифицированного суставного хряща, впоследствие сливающихся с эпифизом. Суставная щель сужена незначительно.
  2. Общее ограничение подвижности сустава, грубый хруст при движениях, умеренная атрофия регионарных мышц, на рентгенограмме – значительные костные разрастания, сужение суставной щели в 2-3 раза по сравнению с нормой, субхондральный склероз.
  3. Значительная деформация сустава с резким ограничением подвижности, рентген логически – почти полное исчезновение суставной щели, выраженная деформация и уплотнение суставной поверхности эпифизов, расширение суставных поверхностей за счет обширных краевых разрастаний, «суставные мыши», внедряющиеся в костные участки суставной капсулы и периартикулярных тканей.

Общий анализ крови. Норма. Лишь при реактивном синовите увеличивается СОЭ до 20-25 мм/ч. Может быть увеличен титр РФ, но это не исключает диагноз остеоартроза.

Исследование синовиальной жидкости. Вязкость в норме, муциновый сгусток хороший. Количество клеток в 1 мм3 нормальное или слегка

увеличено (не более 5 × 103), при наличии реактивного синовита количество нейтрофилов не более 50%.

Гистологическое исследование синовии. Фиброзно-жировое перерождение без пролиферации покровных клеток, с атрофическими ворсинками и небольшим количеством сосудов. Иногда признаки слабовыраженного синовита.

Исходя из вышесказанного получаем, что необходимо наличие рентген – аппарата, клинической лаборатории для проведения ОАК, определения биохимии, а также оборудование для возможности проведения гистологических исследований, например, красители.

**Основные клинические симптомы, проявления**

Ведущий клинический признак остеоартроза – боль в области пораженного сустава. Характер болей, как правило, механический, т.е. они усиливаются при физической нагрузке (стояние, ходьбе) и ослабевают в покое. Иногда интенсивность болей меняется в зависимости от погодных условий.

Кроме болевого синдрома, отмечается крепитация при движениях в суставе (переходит с развитием болезни в грубый хруст), которая возникает вследствии нарушения конгруэнтности суставов, суставных «мышей», кратковременная тугоподвижность сустава при переходе из состояния покоя к активной деятельности, быстрая утомляемость регионарных мышц.

Постепенно возникает и прогрессирует деформация сустава в результате утолщения синовиальной оболочки и капсулы, разрастания краевых остеофитов, разрастания хряща и кости с ремоделяцией суставных поверхностей эпифизов и подвывихами (вследствие атрофии мышц и растяжения связок). Эта деформация отличается от таковой при артритах тем, что она происходит за счет костного компонента сустава, без участия мягких периартикулярных тканей.

Лишь периодически возникает небольшая припухлость в области сустава с повышением кожной температуры, болезненностью при пальпации, особенно по ходу суставной щели (реактивный синовит). Иногда в полости сустава определяется небольшой выпот. Синовит сопровождается явлениями тендобурсита (в области прикрепления сухожилия – небольшая ограниченная опухоль, повышение кожной температуры, болезненные точки. Синовит никогда не достигает такой интенсивности, как при артрите.

Движения в суставах болезненны. Обычно больной жалуется на усиление болей при подъеме и особенно при спуске по лестнице.

В поздней стадии артроза при выраженном обезображивании сустава, подвижность больного может быть ограничена (особенно при коксартрозе), но полного отсутствия движений не наблюдается (аниклоза не бывает).

**Возможные осложнения, исходы.**

К возможным осложнениям можно отнести нарушение подвижности сустава, вплоть до анкилоза.

Прогноз для жизни в целом благоприятен. Но остеоартроз служит одной из основных причин во многих странах потери трудоспособности у мужчин. Послеоперационная смертность после эндопротезирования суставов очень низкая (около 1%), осложнения развиваются не более чем у 5% больных.

**Формулировка клинического сестринского диагноза**

Сестринский диагноз ставится на основании данных сестринского обследования, опроса. Целью сестринского диагноза является установка существующих или потенциальных проблем, факторов, способствующих или вызывающих развитие этих проблем, сильные стороны, которые способствовали бы предупреждению или разрешению этих проблем.

В данном случае сестринский диагноз будет следующий: болевой синдром, суставной синдром.

**Тактика лечения на догоспитальном и госпитальном этапах**

Задачи лечения:

1. Предотвращение дальнейшего прогрессирования процесса в хряще («базисная терапия»)
2. Уменьшение болей в суставах и реактивного синовита
3. Снижение риска обострений и поражения новых суставов
4. Улучшение качества жизни и предотвращение инвалидизации

Снижение нагрузки на измененный дегенеративным процессом сустав тормозит дальнейшее прогрессирование заболевания.

Больном запрещается длительная ходьба, длительное стояние на ногах, ношение тяжестей, не рекомендуются частые спуски и подъемы по лестнице. Ходьба должна чередоваться с 5-10 минутным отдыхом. Больном следует пользоваться палкой. Возможна смена профессии.

Медикаментозное лечение включает: 1)лечение хондропоротекторами – лекарственные средства, улучшающие метаболизм хряща, замедляющие или предупреждающие его деструкцию.Это румалон, артрон (хондроитинсульфат), мукартин. 2)симптоматические препараты быстрого действя. Это НПВП (ибупрофен, мелоксикам идр.) и ненаркотические анальгетики центрального действия (парацетамол). 3) в/суставное введение пролонгированных глюкокортикоидов (кеналог). Кроме того некоторый положительный эффект могут дать проведение физиотерапевтических процедур - индуктотермия (коротковолновая диатермия), микроволновая

терапия, ультразвуковая терапия, синусоидальные модулированные токи и диадинамические токи Бернара, электрофорез, магнитотерапия, апликация

теплоносителей, ультрафонофорез половых горомонов (Сабадышин Р. А. с соавт), локальная баротерапия (Шаргородская Д. В. и соавт), бальнеотерпия

**План сестринского ухода**

Важным моментом является тот факт, сумеет ли медсестра расположить к себе больного. План сестринского ухода включает определение времени приема препаратов, своевременную их раздачу, контроль соблюдения пациентом режима, диеты, наблюдение за его поведением. Обеспечение прохождения лабораторных и инструментальных методов исследования. Обеспечение личной гигиены пациента. Немаловажным фактором является создание психологического и физического покоя. В данном случае особенно важно соблюдение ограничения длительных физических нагрузок.

**Принципы первичной и вторичной профилактики**

Принципы первичной профилактики заключаются в контроле тех состояний, которые могут привести к остеоартрозу - врожденные заболевания суставов и костей, постменопауза - путем приема эстрогенов, витамина D; ожирение – соблюдение диеты; избыточная нагрузка на сустав, травмы суставов – контролем за дозированностью физических нагрузок. Вторичная профилактика направлена на предупреждение ухудшения, прогрессирования заболевания. Это опять включает в себя запрещение длительной ходьбы, длительного стояния на ногах, ношения тяжестей, не рекомендуются частые спуски и подъемы по лестнице. Ходьба должна чередоваться с 5-10 минутным отдыхом. Следует пользоваться палкой. Возможна смена профессии, если имеются показания к этому.

**Реабилитация пациентов**

Реабилитация представляет собой комплекс координировано проводимых медицинского, физического, психологического, педагогического, социального характеров, направленных на наиболее полное восстановление пациента.

Реабилитация направлена на обучение пациента «правилам жизни» с остеоарторозам. Как можно оптимальный подбор профессии, т.е. необходимо исключить профессии, требующие длительной ходьбы, стояния на ногах. Возможно прохождение реабилитации в реабилитационных центрах. Хороший эффект дает обучение пациентов методам лечебной физкультуры в домашних условиях.

**Задачи главной и старшей медсестры по обеспечению, организации и соблюдению всех этапов оказания медицинской помощи**.

Это контроль уровня знаний и квалификационных характеристик медицинских сестер. Обеспечение слаженности работы медицинских сестер. Контроль за практическими навыками и умениями. Все это говорит о том, что старшая медсестра должна обладать организационными способностями. Проходить постоянные курсы повышения своей квалификации.

Хороший эффект может дать проведение коротких семинаров на месте по ознакомлению медсестер с синдромом кардиалгии, с методами лечения и предупреждения заболевания.

Необходимо контролировать закупки препаратов. Для оптимального обеспечения контроля болевого синдрома необходимо постоянное наличие нитратов.

**Сестринская история болезни**

ФИО Галимова Сания Ибрагимовна

Отделение дневной стационар 22 поликлиники

Время поступления 11.02.2005

Кем направлен 22 поликлиника

Дата роджения 11.07.1954

Адрес г.Казань, ул. Залесная д4, кв5

Место работы школа № 55, учитель.

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Предъявляет жалобы на боли в коленных суставах, которые появляются при движении, при длительном сидении. Иногда боли усиливаются при переохлаждение и реагируют на перемену давления (магнитные бури). Отмечает наличие скованности утром. Но она проходит примерно через 10-15 минут.

Беспокоит хруст в суставах при движении.

Отмечает некоторое ограничение движения в суставах.

Считает себя больной около 10 лет. Связывает это с постоянным стоянием на ногах (учитель в младших классах). В начале беспокоили только боли в суставах, особого внимания не обращала, к врачам не обращалась. При сильных болях принимала диклофенак, боль снималась.

Впервые к врачам обратилась около 5 лет назад, когда участились боли, появились хруст в суставах и некоторое ограничение в движении. Было рекомендовано прием НПВП и ограничение нагрузки на сустав.

В данный раз обратилась к врачу в связи с усилением болей, ограничением подвижности, небольшое увеличение сустава в размере. Была направлена в дневной стационар.

На стационарном лечении поп поводу остеоартроза не была. На данный момент принимает ибупрофен, хондроксид.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Родилась и росла здоровым ребенком.

Замужем, имеет 2 детей.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Вредные привычки: отрицает

Аллергологический анамнез не отягощен.

Операции, гемотрансфузии отрицает.

Гепатит, туберкулез, вен. заболевания отрицает.

Перенесенные заболевания – ОРВИ, грипп

Наследственность – не отягощена

Менструации с 15 лет, около 6 месяцев начались появление нерегулярных mensis.

Работа связана длительным стоянием на ногах. Большим количеством ходьбы.

Объективный осмотр

Состояние удовлетворительное.

Кожные покровы и видимая слизистая физиологической окраски, нормальной влажности. Чистые, высыпаний нет.

Повышенного питания. Рост 168 см, вес 88 кг. Нормостеник.

Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Зев спокоен, зубы санированы, 3 протезированных зуба. Язык влажный, чистый.

Костно-мышечная система без особенностей, без видимой патологии, повышенного питания.

Отмечается деформация и дефигурация коленных суставов с обеих сторон. Некоторое ограничение движения в этих же суставах. Суставы на ощупь нормальной температуры.

Грудная клетка симметричная. Обе половины симметрично участвуют в акте дыхания. ЧДД 16 в мин, дыхание носовое, свободное.

Участие дополнительной мускулатуры в акте дыхания не наблюдается. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система. Область сердца не изменена. АД 140/80 мм рт ст. пульс 68 уд /мин.

Тоны сердца ритмичные, ясные.

Живот правильной формы, участвует в акте дыхания, увеличен в объеме за счет чрезмерной подкжножировой клетчатки. При пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, выпячиваний нет.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Стул, диурез без особенностей. Периферических отеков нет.

Сестринский диагноз**:** болевой синдром**,** суставной синдром

План обследований

RW, ВИЧ

ОАК

ОАК

Ro-грамма коленных суставов

Определение СК, РФ, СРБ

ЭКГ

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

* Диета № 8
* Контроль АД, пульса
* Нимесулид 100 мг 2раза в сутки
* Хондроитин сульфат 500 мг 3 раза в сутки
* Электрофорез с новокаином на коленные суставы
* Массаж на область коленных суставов №10
* Консультация ортопеда

Результаты анализов:

RW, ВИЧ отр от 11.02.05

ОАК Hb 123 г/л, Lei 4,3\*109 , Er 4,2\*1012 , СОЭ 25 мм/ч

Глюкоза крови 4,1 ммоль/л

ОАМ уд вес 1016, с/ж, прозр, белок отр, Lei ед в п/зр

Ro-грамма коленных суставов - умеренное сужение суставной щели, остеофиты в области мыщелка бедренной кости.

Определение СК 2,5 ммоль/л , РФ отр, СРБ ++

ЭКГ ритм синусовый, правильный. ЭОС в норме.

План сестринских манипуляций включает в себя

* Контроль приема препаратов
* Контроль прохождения ФТЛ
* Контроль самочувствия и возможных побочных эффектов от приема препаратов
* Контроль прохождения инструментальных методов исследования
* Контроль ограничения физических нагрузок
* Контроль психологического статуса пациента.
* Проведение профилактических бесед

В результате всех манипуляции ожидаемые результаты в ближайшее время – уменьшение болей, увеличение движения в суставе. Отсроченные результаты – стабилизация состояния в виде уменьшения болей, уменьшения приема анальгетиков.