

Асептический некроз

Матвеечева Е.В.

Асептический некроз

- Асептический некроз относится к группе остеохондропатий. Учение об остеохондропатиях возникло благодаря достижениям рентгенологии. Общим у них является:
 - 1) преимущественно детский и юношеский возраст;
 - 2) хроническое, сравнительно доброкачественное течение
 - 3) благоприятный исход

Асептический некроз

- Морфологическая и патофизиологическая основа – асептические костные некрозы, протекающие со своеобразными осложнениями, такими как патологические переломы и излечивающиеся путем сложных репаративных процессов. Некрозу подвергается губчатая костная ткань, притом только тех определенных эпифизов, коротких и мелких костей и апофизов, которые в силу своего анатомического расположения находятся в условиях повышенных механических требований

Асептический некроз

- Этиология как всегда загадка. Остеонекроз возникает в результате нарушения местного сосудистого (именно артериального) питания костного вещества и костного мозга. Теории возникновения разные: отвергая грубую эмболическую закупорку предлагают нарушение местной симпатической иннервации сосудов. Доказана провокация гормонотерапией и полихимиотерапией.

Четыре группы остеохондропатий

- А: ОХП эпифизарных концов цилиндрических костей
- 1 ОХП головки бедренной кости (Легг-Кальве-Пертеса)
- 2 ОХП головки II и III плюсневых костей (вторая болезнь Келера)
- 3 ОХП грудного конца ключицы
- 4 Множественная ОХП фаланг пальцев рук

Асептический некроз

- Б: ОХП коротких губчатых костей
- 5 ОХП ладьевидной кости стопы или первая болезнь Келера
- 6 ОХП полулунной кости запястья
- 7 ОХП тела позвонка (болезнь Кальве)
- 8 ОХП сесамовидной кости первого плюснефалангового сустава

Асептический некроз

- В: ОХП апофизов
- 9 ОХП бугристости большеберцовой кости (Осгуд-Шлаттера, рентгенограммы голеней в боковой проекции на одной пленке)
- 10 ОХП бугра пяточной кости
- 11 ОХП апофизарных дисков позвонков (Шойэрмана-May) или юношеский кифоз
- 12 ОХП лонной кости

Асептический некроз

- Г: Частичные (клиновидные) ОХП суставных поверхностей
osteochondritis dissecans Кенига
коленного, локтевого и других
суставов

ОХП головки бедренной кости (Легг-Кальве-Пертеса)

- Наиболее частая, чаще на Севере. Возраст 5-12 лет, иногда раньше, иногда после 18-19 лет. После 30 лет видим следствие ОХП.
- М:Ж 4-5:1. Чаще односторонний, м.б. двусторонний, последовательно друг за другом.
- В клинике неопределенный болевой синдром после физнагрузки, прихрамывание, подволакивание ноги. Кровь в норме, ограничено отведение при сохраненном сгибании и разгибании, затруднена ротация внутрь. Течение медленное, 4-4,5 года. Иногда 2-2,5 года, иногда 6-8 лет. Всегда неизменно наступает излечение.
- **Никогда не бывает свищей или натечных абсцессов, исключен исход в анкилоз**

Стадии некроза

- 1 стадия некроза (изменения в костном веществе и костном мозге, подхрящевые, хрящ не изменен. Форма головки не изменена. Рентгенологически норма, сто не исключает некроза. Сейчас четко ставим на МРТ, либо рентгенконтроль через 2-3 недели при несомненной клинике.

Сроки от нескольких месяцев до полугода.

- 2 стадия импрессионного перелома-головка слабая, сплющивается сверху вниз. Хрящевая крышка вдавлена и утолщена Ro: головка равномерно гомогенно затенена, лишена структуры и рисунка. Некроз на Ro всегда выглядит ярко, плотность всегда повышена. Кроме этого происходит импрессия, костные балки спрессовываются в костную муку, следовательно плотность повышается. Склероза при этом нет. Иногда голвка не гомогенная, а с участками уплотнения и просветления, сдавление головки сверху вниз уменьшает высоту на 1/4или 1/3, что дает эффект псевдорасширения суставной щели.

Сроки от нескольких месяцев до полугода и больше



74110
Kochman
Hall, S.C. (P)
5/21/94
11/21/94



Стадии некроза

- 3 стадия – рассасывания. Омертвевшие кости рассасываются, не исключено формирование кист. Ro: Головка фрагментирована, уплощена, или секвестроподобная картинка. Дальнейшее уплощение головки дает эффект псевдорасширения суставной щели. М.б. уплощение и укорочение шейки бедра за счет нарушения энхондрального эпифизарного роста и некоторой ретроверзией конечности. Длится долго, 1,5-2,5 года и больше. Диагностика в этой стадии наиболее легкая.
- 4 стадия: параллельно идет стадия репарации - реконструкции губчатого костного вещества. Также могут быть кистовидные просветления. Ro: секвестроподобные участки не видны, но структура неоднородная. Контуры неровные, но более гладкие (репарация), кисты со склеротическим ободком. Длится около 1,5 лет
- 5 стадия – конечная. Характеризуется рядом вторичных изменений, типа деформирующего артроза. При этом структура восстанавливается (относительно), а форма не восстанавливается никогда. Параллельно с уплощением головки изменяется форма вертлужной впадины – вторичное уплощение. Воспалительных изменений в элементах суставов при этом нет. Ro: форма головки изменена – уплощена, но имеет правильный структурный губчатый рисунок. Чаще стадии видим с наслаением друг на друга, особенно 3+4.



000130



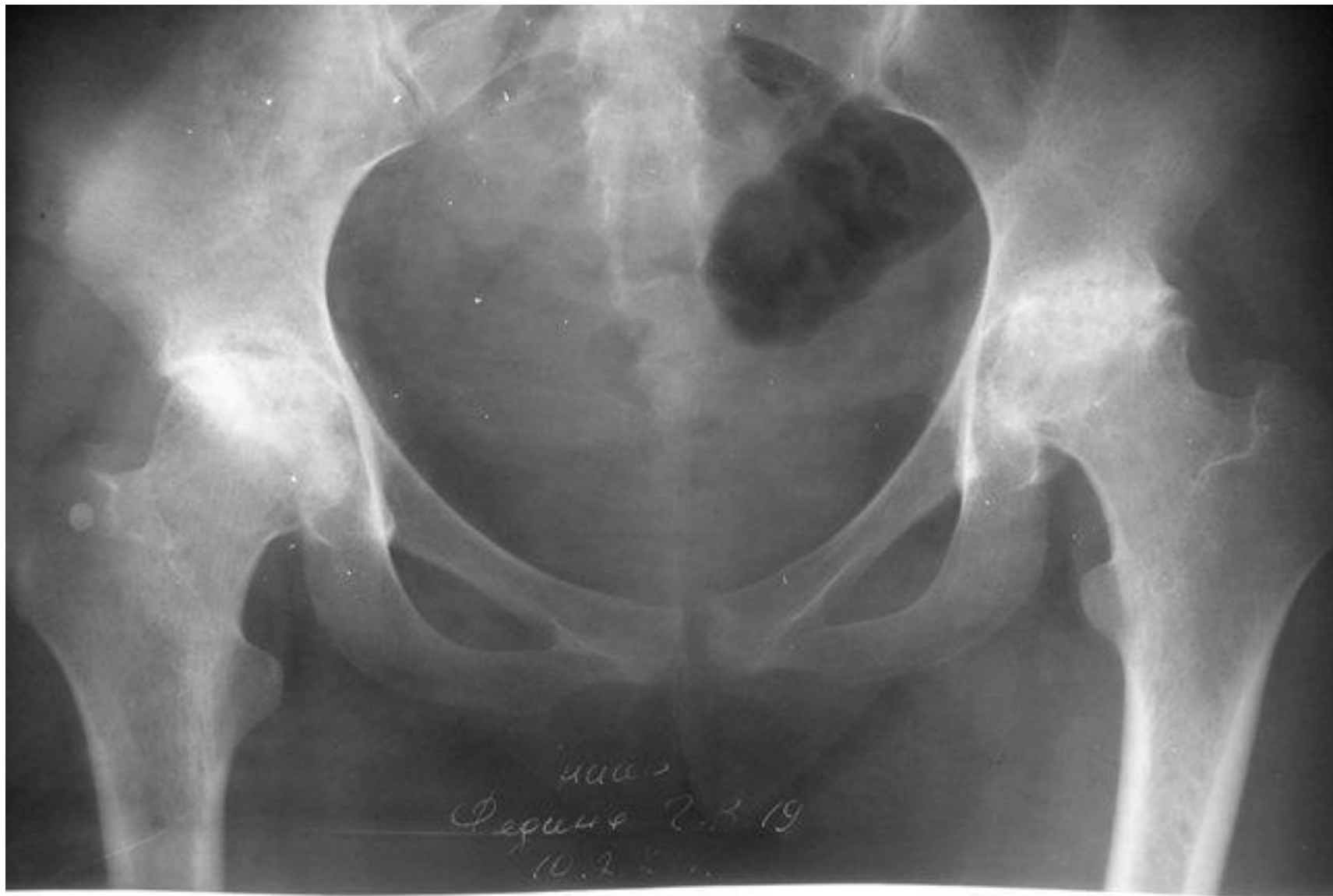




Ушакова Е.Н.
2. 1. 84. 20 а













242
LUCAS, S. H. JR.
APR 11, 1937, 201

550xT





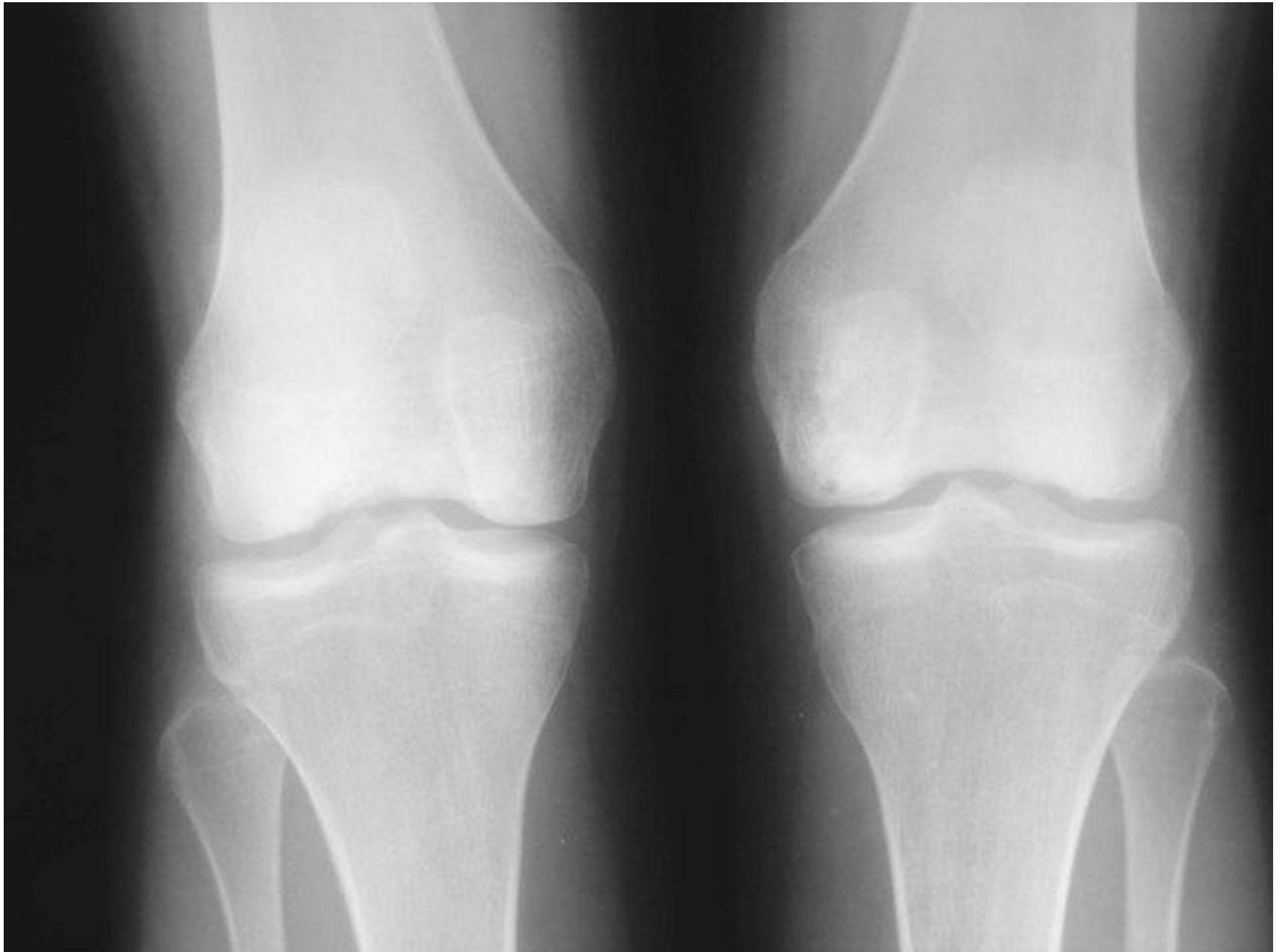


Handwritten label:
Knee
Lachmann
Hill, 220 (pt)
570/1200



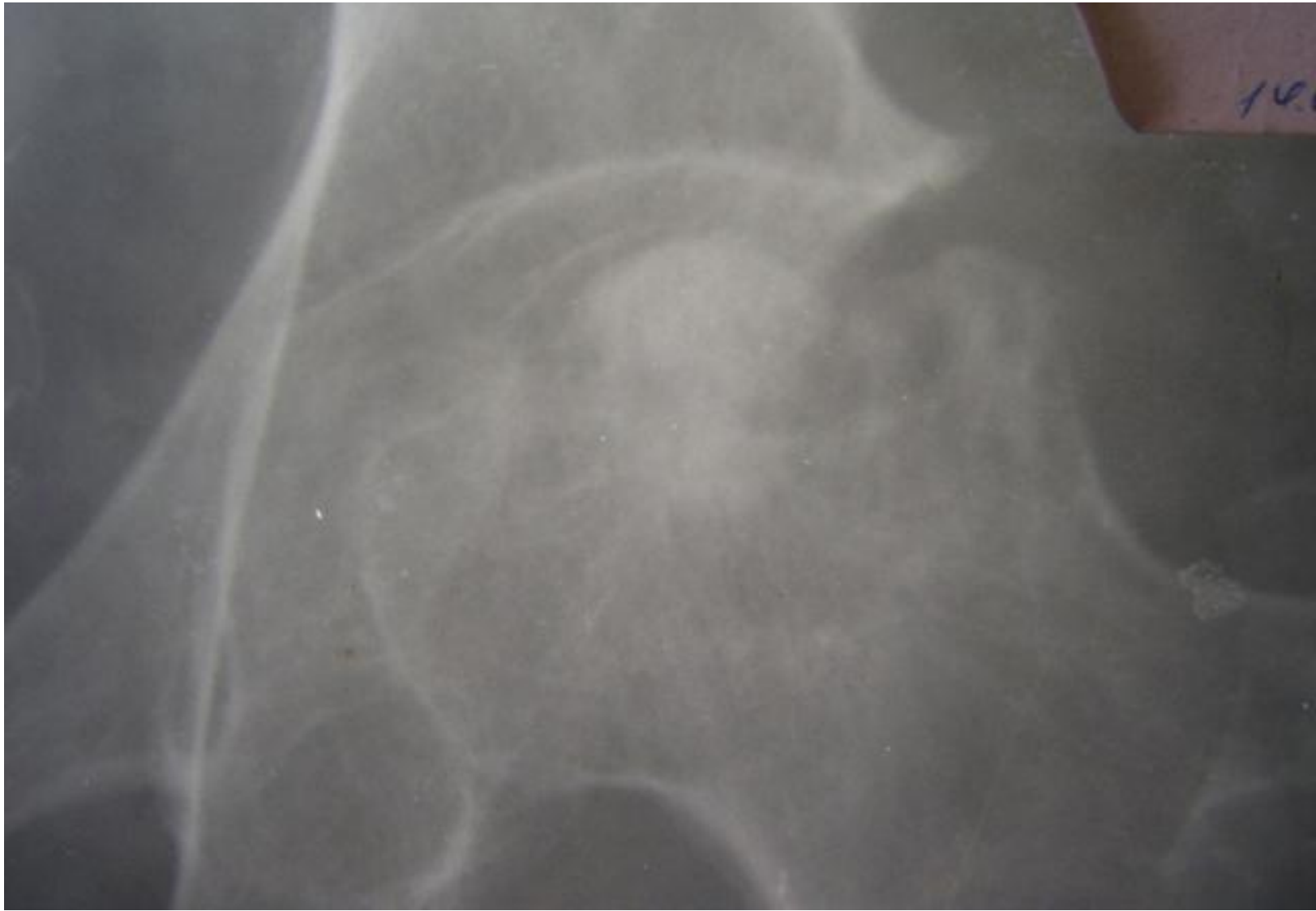


74110
Boschman
Hall, S.C. (P)
5/21/94
11/21/94





3576/1
Библиотека ИИИ
452
20000
1003 85



Типы восстановления

- Два типа восстановления:
- 1 «идеальный» при небольшой деформации, когда форма сохраняется почти шаровидная
- 2 «грибовидная» деформация (валикообразная). Головка напоминает усеченный конус, узкая часть которого направлена в медиальную сторону.
- В обоих случаях утолщена и укорочена шейка бедра с уменьшением шейчно-диафизарного угла и развитием соха vara. Часто бывает соха vara и ретроверзия. И, раз есть изменение формы поверхности, следовательно есть подвывих головки, функционально не проявляющийся

Дифдиагностика

- От деформирующего артроза конечная стадия отличается отсутствием «пышных» костных разрастаний (хрящ практически не поражен).
- В типичных случаях дифдиагностика не требуется. Сейчас большое значение имеют данные МСКТ и МРТ.

Прогноз

- 10-15% имеют боли, довольно постоянные, после клинического завершения болезни, а также ограничение подвижности, прихрамывание, следовательно снижение работоспособности.
- Разные взгляды на нагрузку и разгрузку для правильного формирования головки (лучше/хуже?). Двусторонний процесс естественно хуже. Применяют оперативное лечение, но до сих пор дебаты, что лучше. Есть зависимость тактики лечения от вида ОХП.
- Репаративный процесс имеет определенную последовательность, идет по определенному анатомическому плану, значит скоростного излечения не бывает. У взрослых процесс называется асептическим или аваскулярным некрозом.
- Есть особенности визуализации, например, ОХП бугристости большеберцовой кости, как правило здесь не видим уплотнения структуры, а учитываем фрагментацию, симметрию, клинику и прочее

- Благодарю за внимание