

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ
МИНИСТРЛІГІ

С.Ж..АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ
ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

Кафедра резидентуры и интернатуры по терапии №2

Срс на тему:

**«Показания к диагностической пункции
сустава. Анализ синовиальной жидкости
при ревматических болезнях»**

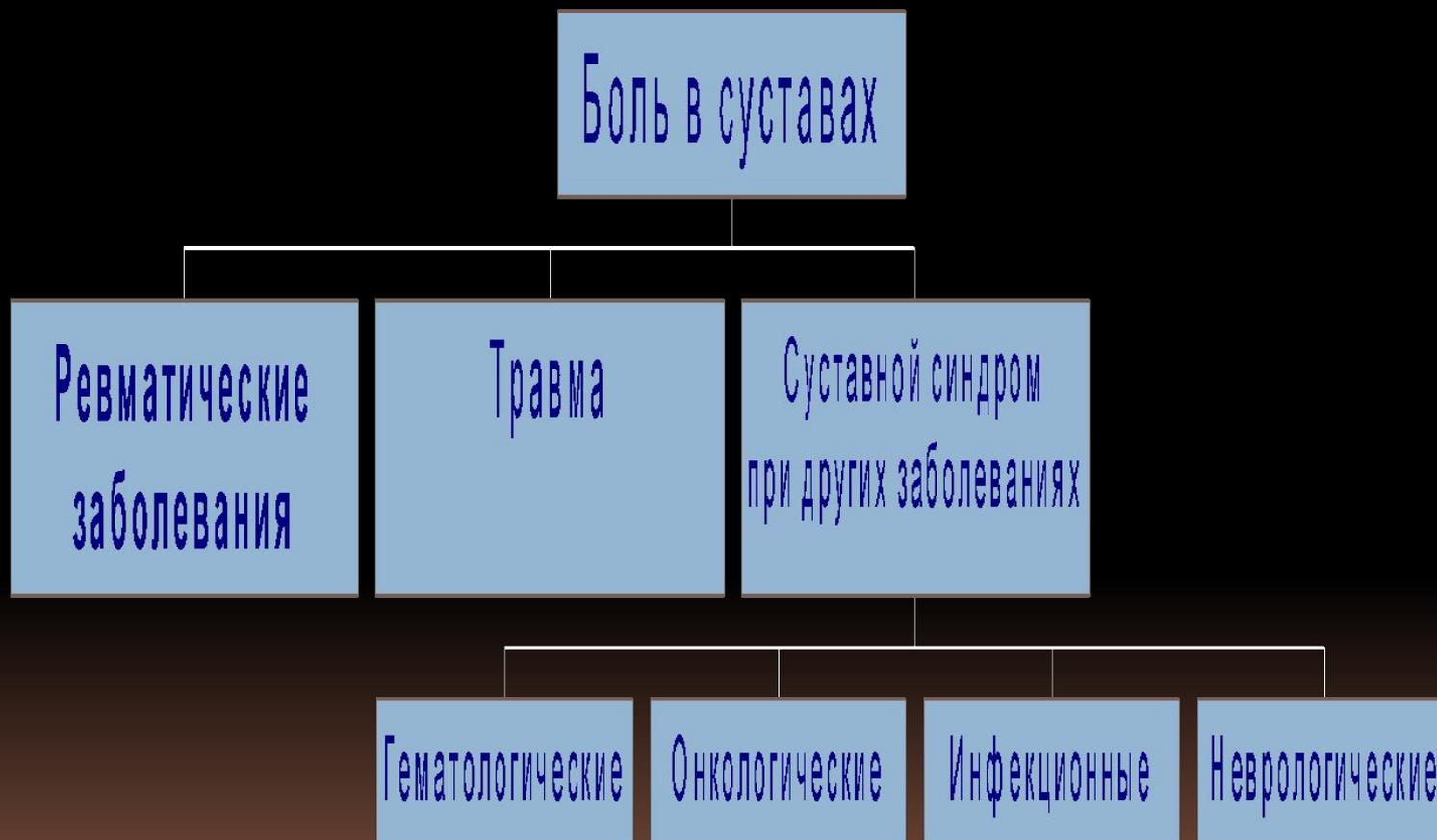
Врач – интерн 755

Пункция сустава

- Пункция сустава с аспирацией синовиальной жидкости - безопасная и относительно простая процедура. Она необходима при любом артрите неясной этиологии; с ее помощью, в частности, получают материал для бактериологического исследования.



Причины боли в суставах



Основные клинические характеристики заболеваний, приводящих к боли в суставах



Основные показания к диагностической пункции сустава

- Моноартрит
- Травма с выпотом в полость сустава
- Подозрение на гнойный артрит
- Подозрение на микрокристаллический (ураты, гидроксиапатиты) артрит
- Неясный диагноз

Противопоказания к пункции сустава :

- Абсолютное противопоказание для аспирации синовиальной жидкости и внутрисуставного введения глюкокортикоидов - инфицирование поверхностных тканей в области предполагаемой пункции;
- относительные противопоказания - выраженные нарушения гемостаза и бактериемия.

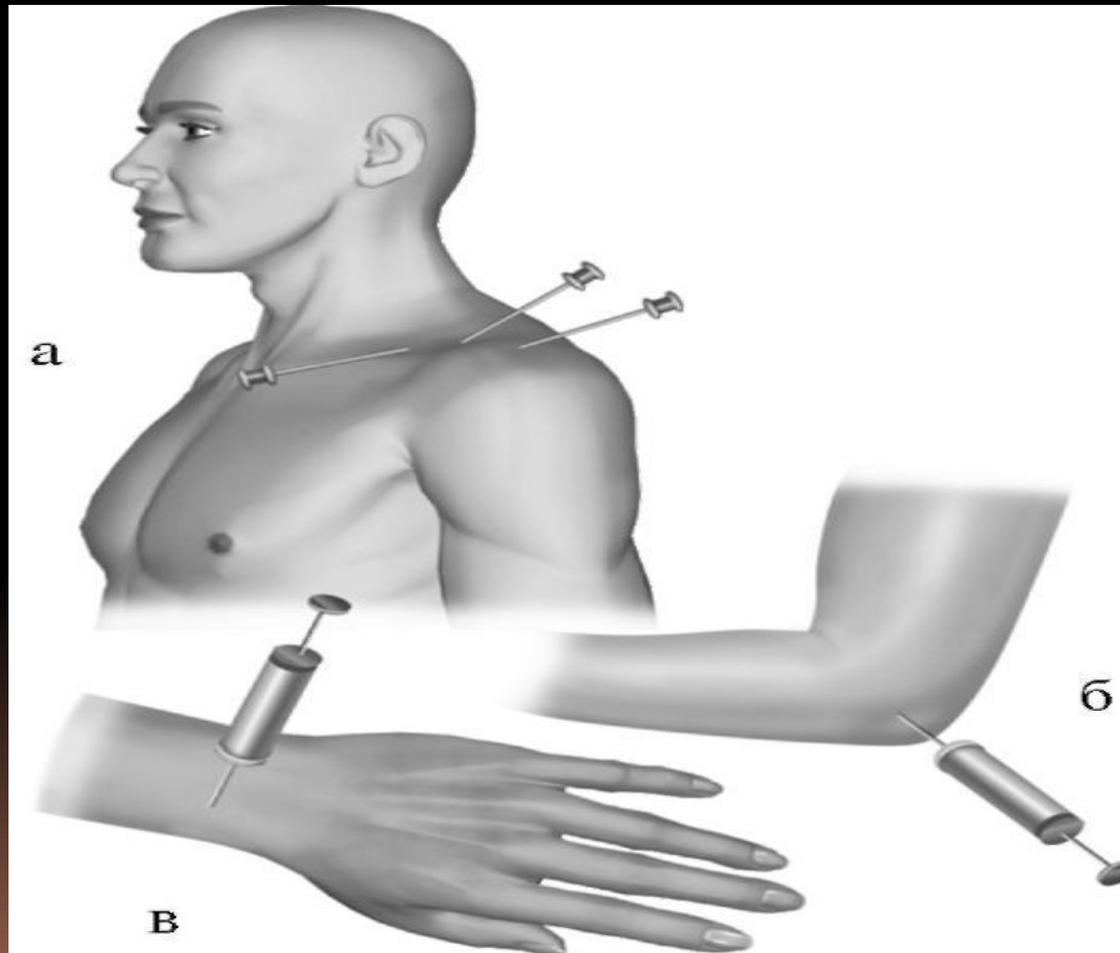
Значение анализа синовиальной жидкости при ревматических заболеваниях

<i>Заболевание</i>	<i>Диагностические признаки</i>	<i>Дифдиагностика с заболеваниями</i>
Ревматоидный артрит	Ревматоидный фактор, рагоциты	Гнойный артрит, артроз
Остеоартроз	Лейкоциты < 2000/мм ³	Воспалительные артропатии
Б-нь Бехтерева	-	Гнойный артрит, артроз, ревматоидный артрит
Б-нь Рейтера	Хламидийный антиген	Гнойный артрит, артроз, ревматоидный артрит
Системная красная волчанка	-	Ревматоидный артрит
Системная склеродермия	-	Ревматоидный артрит
Подагра	Кристаллы уратов	Все

ПУНКЦИЯ СУСТАВОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

- Пункцию плечевого сустава при наличии соответствующих показаний можно производить как с передней поверхности, так и с задней. Для того чтобы сделать прокол сустава спереди, прощупывают клювовидный отросток лопатки и непосредственно под ним делают прокол. Иглу продвигают кзади, между клювовидным отростком и головкой плечевой кости, на глубину 3-4 см. Прокол плечевого сустава сзади проводят через точку, расположенную ниже заднего края верхушки акромиального отростка, в ямке, образованной задним краем дельтовидной мышцы и нижним краем *m. supraspinatus*. Иглу проводят кпереди по направлению к клювовидному отростку на глубину 4-5 см

ПУНКЦИЯ СУСТАВОВ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ



Прокол локтевого сустава

- Руку сгибают в локтевом суставе под прямым углом. Вкол иглы производят сзади между латеральным краем *olecranon* и нижним краем *epicondilis lateralis humeri*, непосредственно над головкой лучевой кости. Верхний заворот сустава пунктируют над верхушкой локтевого отростка, продвигая иглу вниз и кпереди. Пункцию сустава по медиальному краю локтевого отростка не применяют из-за опасности повреждения локтевого нерва

Прокол лучезапястного сустава

- Так как суставная капсула с ладонной поверхности отделена от кожи двумя слоями сухожилий сгибателей, то более доступным местом для пункции является тыльно-лучевая поверхность. Вкол производят на тыльной поверхности области сустава в точке пересечения линии, соединяющей шиловидные отростки лучевой и локтевой костей, с линией, являющейся продолжением второй метакарпальной кости, что соответствует промежутку между сухожилиями *m. extensor policis longus et m. extensor indicis*

ПУНКЦИЯ СУСТАВОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

- Обрабатывают кожу спиртом и йодом. С наружной стороны надколенника анестезируют кожу 0,5% раствором новокаина. Иглу направляют параллельно задней поверхности надколенника и проникают в сустав. Шприцем эвакуируют кровь из сустава. При наличии внутрисуставных переломов после удаления крови в сустав вводят 20 мл 1% раствора новокаина для анестезии места перелома. Прокол верхнего заворота коленного сустава чаще всего производят у латерального края основания надколенника. Иглу продвигают перпендикулярно оси бедра под сухожилие четырехглавой мышцы на глубину 3-5 см. Из этой точки можно осуществить и пункцию коленного сустава. При этом иглу направляют вниз и внутрь между задней поверхностью надколенника и передней поверхностью эпифиза бедренной кости.

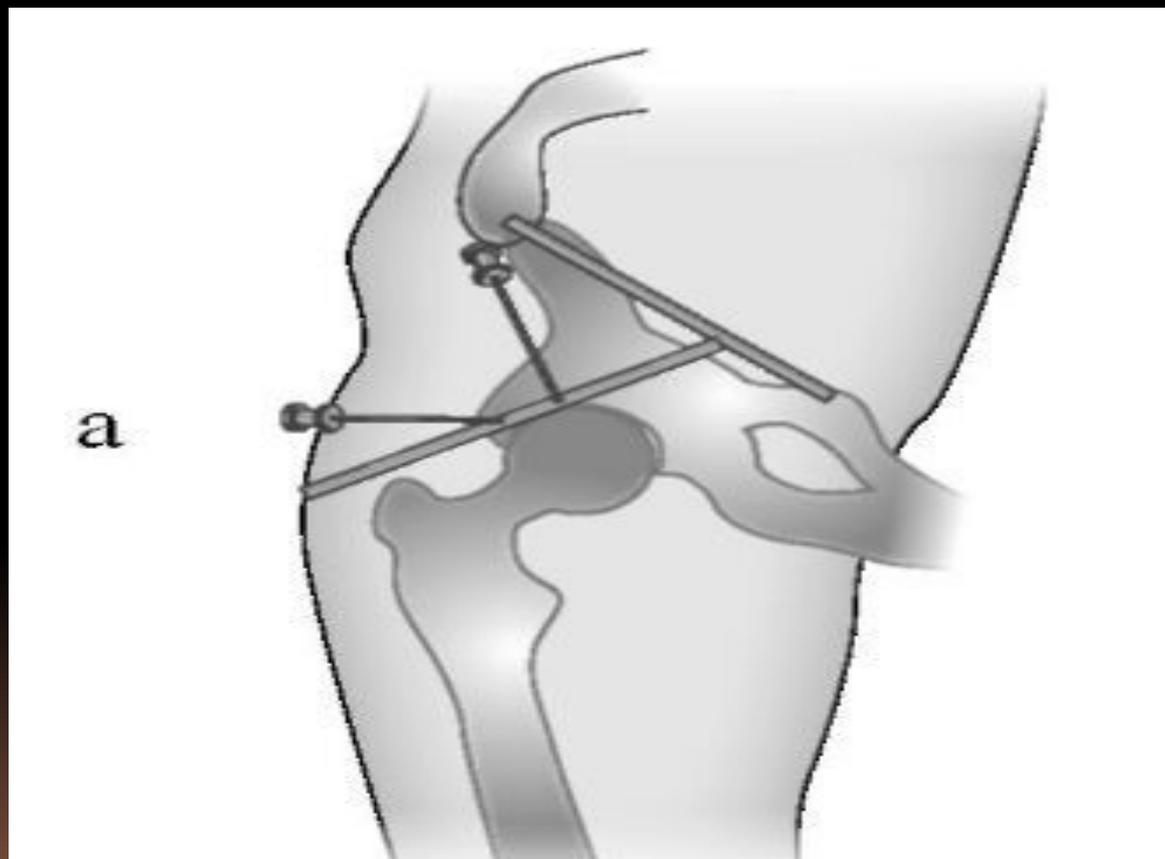
Пункция коленного сустава



Пункция тазобедренного сустава

- Пункцию тазобедренного сустава можно осуществить с передней и боковой поверхностей. Для определения точки вкола пользуются установленной схемой проекции сустава. Для этого проводят прямую линию от большого вертела к середине пупартовой связки. Середина этой линии соответствует головке бедра. В установленной таким способом точке делают вкол иглы, которую проводят перпендикулярно плоскости бедра на глубину 4-5 см, пока она не достигнет шейки бедра. Затем иглу поворачивают несколько кнутри и, продвигая ее вглубь, проникают в полость сустава. Пункцию верхнего отдела сустава можно произвести также над верхушкой большого вертела, проводя иглу перпендикулярно длинной оси бедра. По мере проникновения в ткани игла упирается в шейку бедра. Придав игле слегка краниальное направление (вверх), попадают в сустав.

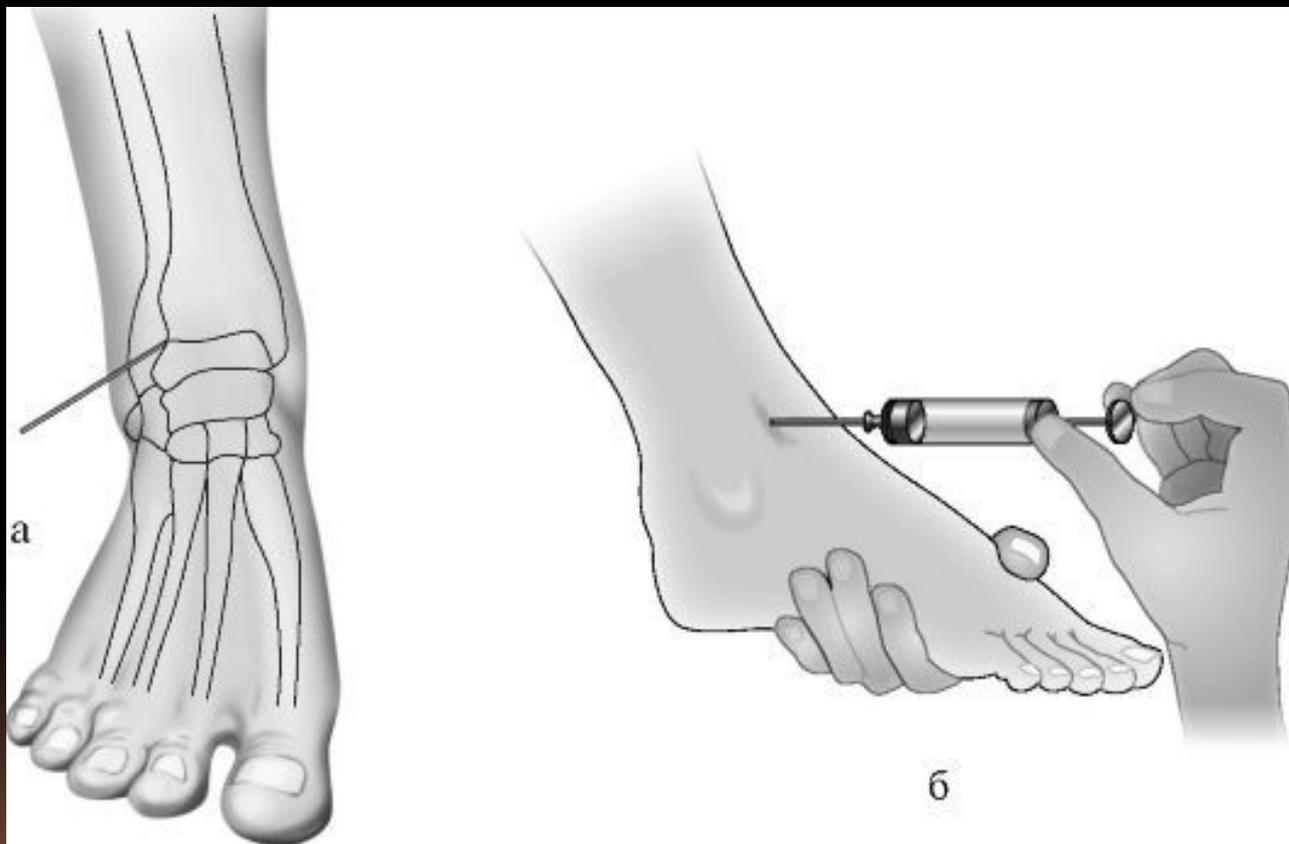
Пункция тазобедренного сустава



Пункция голеностопного сустава

- Пункцию голеностопного сустава можно осуществлять с наружной или внутренней поверхности. Для определения точки прокола пользуются схемой проекции сустава. Точка пункции по наружной поверхности сустава находится на 2,5 см выше вершины латеральной лодыжки и на 1 см кнутри от нее (между латеральной лодыжкой и *m. extensor digitorum longus*). Точка пункции по внутренней поверхности сустава расположена на 1,5 см выше медиальной лодыжки и на 1 см кнутри от нее (между внутренней лодыжкой и *m. extensor halucis longus*). После анестезии мягких тканей в намеченной точке производят пункцию сустава, вводя иглу между таранной костью и лодыжкой. Удаляют жидкость или кровь из полости сустава, при необходимости вводят лекарственное вещество (антибиотики, антисептики).

Пункция голеностопного сустава



Список литературы

1. Бобков В.А., Браленкова Т.Н., Моисеенко Р.С. (2000) Показатели кислотно-основного состояния синовиальной жидкости у больных ревматоидным артритом в ранней стадии. Тер. арх., 72 (12): 35–38.
2. Caspi D., Anouk M., Golan I. et al. (2006) Synovial fluid levels of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and IgA rheumatoid factor in rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and osteoarthritis. Arthr. Rheum., 55 (1): 53–56
3. Клинические рекомендации. Ревматология. /Под ред. Е.Л. Насонова/. М.: 2006
4. Maury E.E., Flores R.H. (2006) Acute monoarthritis: diagnosis and management. Prim. Care., 33 (3): 779–793.
5. Ревматология: Т. Н. Бортная — Москва, Эксмо, 2010 г.- 624