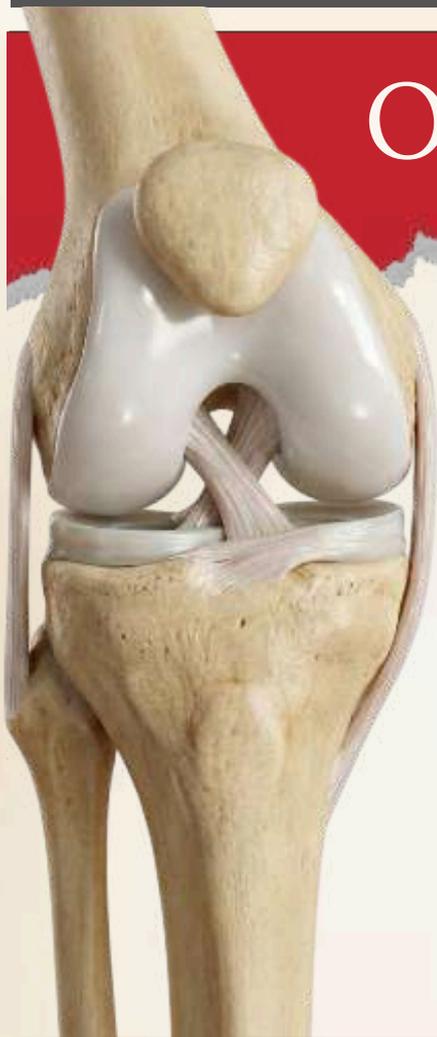


Остеоартроз



Остеоартроз (ОА) - хронічне захворювання суглобів дегенеративно-запального характеру, яке характеризується ураженням хрящів, ремоделюванням епіфізів кісток, розвитком остеофітів, а на пізніх стадіях – стійкою деформацією суглобів.

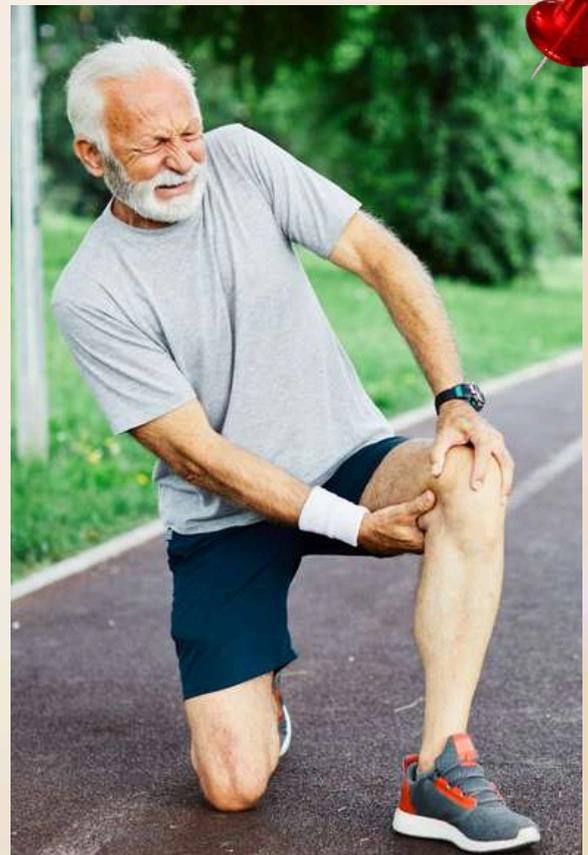
В Україні ОА є найпоширенішим захворюванням суглобів. За даними державної статистичної звітності, у 2014 р. поширеність ОА становила 3 140 на 10 тис. населення, захворюваність – 460 на 100 тис. населення. Епідеміологічних даних щодо частоти рентгенологічних ознак ОА та їх співвідношення з клінічними симптомами в нашій країні немає.

За причиною розвитку виділяють первинний та вторинний ОА

Первинний ОА (40–50% від загальної кількості) виникає в результаті дегенеративного процесу, який розвивається, як правило, в диспластичному суглобі під впливом надмірного механічного навантаження.

Вторинний ОА (50–60% від загальної кількості), який виникає:

- після травми;
- на тлі остеонекрозу суглоба;
- на тлі метаболічних змін у кістках;
- на тлі ендокринних порушень.



Патогенез

У патогенезі ОА виділяють дві основні послідовні стадії:

1. Стадія біосинтезу

Під час якої переважають процеси відновлення хрящового матриксу. Матрикс суглобового хряща містить дві основні макромолекули — глікозаміноглікани (протеоглікани) та колаген. Хондроцити ще здатні підтримувати адекватне функціонування хрящової тканини. Однак у разі втрати навіть невеликої кількості глікозаміногліканів опір матриксу хряща до дії фізичного навантаження зменшується і поверхня хряща стає чутливою до ушкодження.

2. Стадія дегградації

Зумовлена руйнуванням хрящової тканини на тлі дії ферментів металопротеїназ, продукованих хондроцитами. На цьому етапі порушується рівновага між утворенням нового будівельного матеріалу для відновлення хряща та його руйнуванням.



Фактори ризику

Негенетичні:

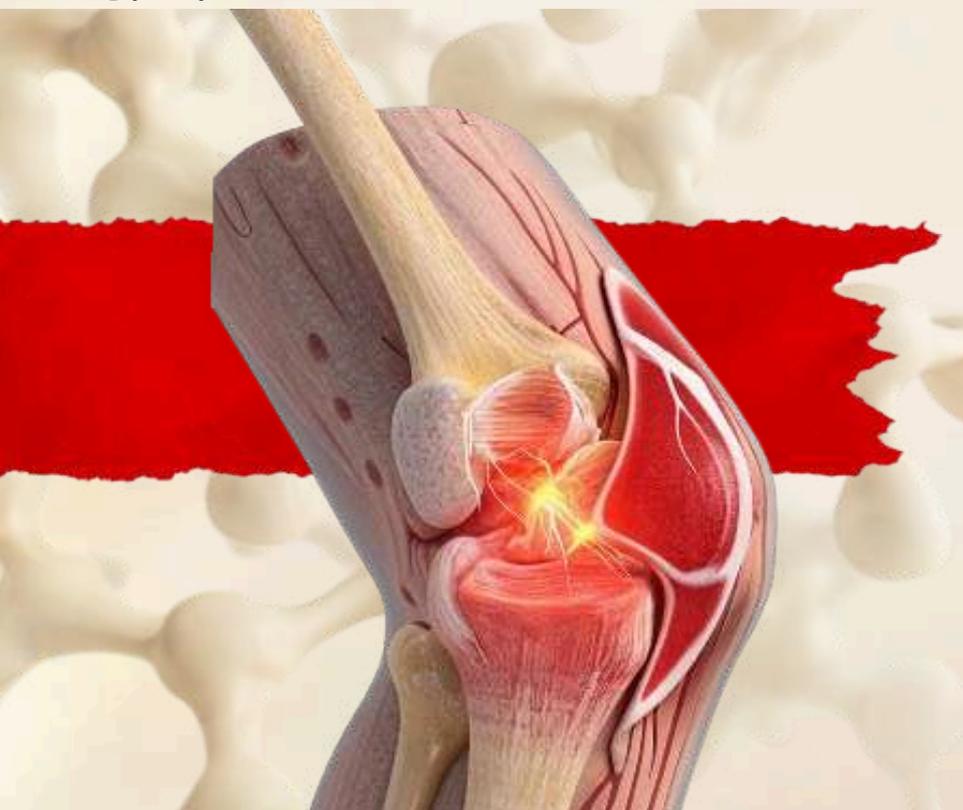
- похилий вік
- надлишкова маса тіла
- зниження рівня жіночих статевих гормонів
- расова приналежність
- наявність в анамнезі операцій на суглобах

Генетичні:

- стать (жіноча)
- успадкована патологія гена колагену II типу
- мутація гена колагену II типу
- інші спадкові захворювання суглобів

Екзогенні:

- вади розвитку кісток і суглобів
- професійна діяльність
- травми суглоба
- професійні заняття спортом



Основні ознаки

1. Біль

Механічного типу

Виникають при навантаженні на суглоб, більше до вечора, згасають у спокої і вночі. Болі обумовлені трабекулярними мікропереломами, кістковим венозним стазом і внутрішньомедулярною гіпертензією, подразненням навколишніх тканин остеофітами, спазмом навколосуглобових м'язів.

Періодичне «заклинювання»

Раптовий різкий біль у суглобі при щонайменшому русі, обумовлений суглобовою "мишею" – утиском шматочка некротизованого хряща між суглобовими поверхнями. Біль зникає при певному русі, який веде до видалення "миші" з суглобової поверхні.

Стартовий

З'являються при перших кроках хворого, потім зникають і знов виникають при навантаженні, що продовжується. Можуть бути ознакою реактивного синовіту, розвиток якого супроводжується посиленням болю, припухлістю суглоба.

2. Крепітація в суглобі при рухах

3. Стійка деформація

4. Обмеження рухливості

5. Порухення статики



Найпоширеніші форми остеоартрозу залежно від локалізації



Коксартроз - артроз кульшового суглоба

Типові прояви:

- біль у паху, стегні або сідниці
- іррадіація в коліно
- кульгавість
- труднощі під час вставання або підйому сходами
- зменшення обсягу рухів у суглобі

Гонартроз - артроз колінного суглоба

Характерні ознаки:

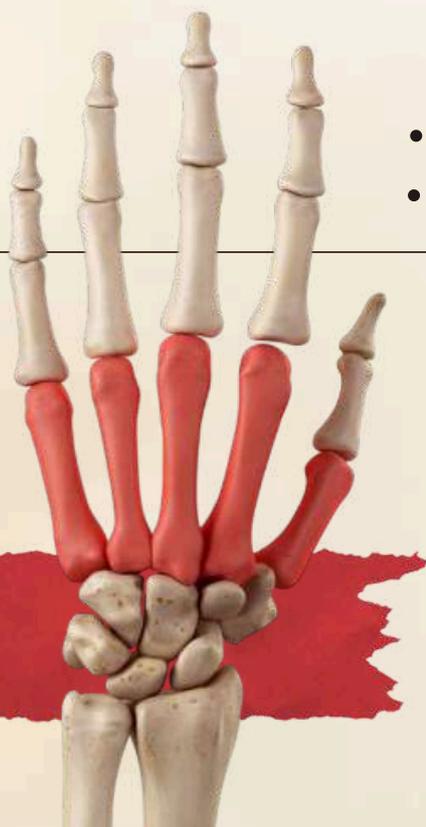
- біль при ходьбі та після навантаження
- ранкова скутість
- хрускіт у коліні
- припухлість
- нестабільність суглоба



Артроз ліктьового суглоба

Типові прояви:

- біль при підйомі руки
- обмеження рухів
- труднощі при одяганні
- нічні болі



Артроз дрібних суглобів кисті

Характерні ознаки:

- вузлики Гебердена (кінцеві фаланги)
- вузлики Бушара (середні фаланги)
- деформація пальців
- зниження сили захвату
- в період формування вузликів відчувається пекучий біль або оніміння, які зникають після утворення вузликів

Клінічне обстеження



Огляд суглоба

- Зміна форми
- набряк
- Варусна і вальгусна деформація

Рухливість пацієнта

- Зміна ходи, кульгавість
- Вимушене положення тіла

Лабораторні дослідження

- Проводяться не у всіх випадках, але можуть знадобитися для диференційної діагностики.
- Залежно від ситуації: загальний аналіз крові з підрахунком кількості тромбоцитів, СРБ, ШОЕ, ревматоїдний фактор, антитіла до циклічного цитрулінованого пептиду (АЦЦП), урати.

Інструментальні методи

- Першочергово рентгенографія

Особливості позиціонування:

- * колінні суглоби - задньопередня проекція, у положенні стоячи зі злегка зігнутими колінами. На одному знімку розміщують обидва колінні суглоби.
- * кульшові суглоби - передньозадня проекція, проводять у положенні пацієнта стоячи або лежачи.
- МРТ не є першочерговим дослідженням. Якщо при оцінці рентгенограм виникає підозра на асептичний некроз, злоякісне новоутворення або інфекцію, рекомендується МРТ.



Принципи медикаментозного лікування

1. Корекція інтраартикулярних порушень:

- пригнічення катаболічних процесів у кістковій тканині
- нормалізація біосинтетичних процесів у хондроцитах
- нормалізація секреції синовіальної рідини
- хондропротекторна дія
- пригнічення запального процесу

2. Поліпшення кісткового та регіонарного кровотоку.

3. Стимуляція метаболічних процесів в організмі.

4. Знеболення:

- пригнічення запального процесу в суглобі
- нормалізація тону м'язів навколосуглобових м'язів

Згідно рекомендацій для зменшення болю й ознак реактивного синовіту використовують нестероїдні протизапальні засоби (НПЗП). Впливаючи на різні патогенетичні ланки запалення, НПЗП зменшують його інтенсивність і мають анальгетичний ефект. Усунення болю і синовіту супроводжується усуненням рефлекторного спазму м'язів, поліпшення кровопостачання і рухливості суглобів.



Для запобігання прогресуванню дегенеративного процесу в суглобовому хрящі і субхондральних відділах кістки використовуються засоби, що впливають на структуру і отримали назву - хондропротектори (структурно-модифікуючі засоби).

Основні представники хондропротекторів:

- Глюкозамін (сульфат, гідрохлорид)
- Хондроїтин сульфат
- Гіалуронова кислота
- Метилсульфонілметан (MSM)
- Колаген II типу
- Діацереїн

Профілактика остеоартрозу

◆ КОНТРОЛЬ МАСИ ТІЛА

Надмірна вага є одним із найважливіших модифікованих факторів ризику, особливо для ураження колінних і кульшових суглобів.



◆ РЕГУЛЯРНА ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ

Помірні аеробні навантаження (ходьба, плавання, їзда на велосипеді), силові вправи для зміцнення м'язів навколо суглобів та вправи на рухливість покращують функцію суглобів, стабілізують їх і зменшують симптоми.



◆ ЗАПОБІГАННЯ ТРАВМ

Використання захисного спорядження під час занять спортом, правильна техніка рухів та своєчасна реабілітація після травм мають ключове значення.



◆ ЕРГОНОМІКА ТА РАЦІОНАЛЬНІ НАВАНТАЖЕННЯ

Правильна організація робочого місця, уникнення тривалого перебування в одній позі, чергування статичних і динамічних навантажень, використання ортопедичного взуття або устілок.

◆ КОРЕКЦІЯ СУПУТНІХ СТАНІВ

Контроль метаболічних порушень, корекція варусних чи вальгусних деформацій кінцівок.

◆ РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ ЗМІН

Регулярні медичні огляди у пацієнтів із факторами ризику (вік, ожиріння, перенесені травми, сімейний анамнез) дозволяють своєчасно виявити початкові прояви захворювання та розпочати корекційні заходи.

