

*Поиск клинико-практического
руководства по
деформирующему остеоартрозу
по базам электронных ресурсов*

693 ВБ

Артроз (деформирующий артроз, народное название - отложение солей) - гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц.

- **Первичный (идиопатический)**
 - *Локализованный (поражение менее 3 суставов)*
 - *Генерализованный (3 поражение суставов и более)*

- **Вторичный**
 - *Посттравматический*
 - *Врожденные, приобретенные, эндемические заболевания*
 - *Метаболические болезни*
 - *Эндокринопатии*
 - *Болезнь отложения кальция*
 - *Невропатии*

- **Клиническая классификация:**

Спондилоартроз

Коксартроз



Артроз
суставов кисти

Гонартроз



Артроз суставов
СТОПЫ



Виды артроза





- **Факторы риска:**
- Возраст
- избыточная масса тела
- генетическая предрасположенность
- фоновое заболевание (дефицит эстрогенов в постменопаузе у женщин, травмы суставов, операции на суставах).

Механизм развития артроза

Развитие артроза начинается с разрушения хряща. Считается, что в начале возникает нарушение кровообращения в капиллярах подхрящевого слоя надкостницы. Так как питание хряща происходит за счет поступления питательных веществ из внутрисуставной жидкости и прилежащей костной ткани, то нарушение кровообращения приводит к тому, что хрящ постепенно теряет эластичность, становится более тонким, на нем появляются трещины, гладкость суставных поверхностей нарушается, снижается количество синовиальной жидкости, обеспечивающей скольжение в суставе. В результате появляется *боль и хруст при движениях*. Ширина суставной щели постепенно уменьшается, по краям суставных поверхностей образуются костные *шипы-остеофиты*. В конечном итоге сустав деформируется, амплитуда движений в нем уменьшается. Так развивается инволютивный артроз, связанный со старением организма. Развитие этой формы артроза обычно происходит постепенно, в течение многих лет.

Другие формы артрозов крупных суставов, например, посттравматические, постинфекционные, метаболические, интоксикационные имеют несколько иные механизмы развития, но в результате мы получаем аналогичные изменения в суставе.

Здоровый сустав

Суставная оболочка

Синовиальная мембрана

Гиалиновый хрящ

Полость сустава

Синовиальная жидкость

Кость

Изменения при артрозе

Субхондриальная киста кости

Утолщенная
суставная оболочка

Гиперемированная
синовиальная мембрана

Эрозия хрящевой
оболочки сустава

Остеофиты

Фибрилляция хрящевой ткани

Субхондриальный остеосклероз



1. ➤ Боли в суставах механического типа, возникают при нагрузке на сустав, больше к вечеру, затихают в покое и ночью. Боли обусловлены трабекулярными микропереломами, костным венозным стазом и внутримедуллярной гипертензией, раздражением окружающих тканей остеофитами, спазмом околоуставных мышц. При развитии венозных стазов в субхондральном отделе возможны тупые «сосудистые» боли, возникающие ночью и исчезающие при утренней активности.
2. ➤ «Стартовые» боли в суставах, появляющиеся при первых шагах больного, затем исчезающие и вновь возникающие при продолжающейся нагрузке. Могут быть признаком реактивного синовита. Развитие синовита сопровождается усилением боли, припухлостью сустава.
3. ➤ Периодическое «заклинивание» сустава («блокадная» боль) - внезапная резкая боль в суставе при малейшем движении, обусловленная суставной «мышью» - ущемлением кусочка некротизированного хряща между суставными поверхностями. Боль исчезает при определенном движении, ведущем к удалению «мыши» с суставной поверхности.
4. ➤ Крепитация при движениях в суставе.
5. ➤ Стойкая деформация суставов, обусловленная костными изменениями.
6. ➤ Сравнительно небольшое ограничение подвижности суставов, за исключением тазобедренного.
7. ➤ Наличие в анамнезе механической перегрузки сустава или травмы, воспалительных или метаболических заболеваний суставов.
8. ➤ Наличие у больного нарушений статики, нейроэндокринных заболеваний, нарушений местного кровообращения, артроза у родителей.

- **Симптомы**

- Ведущий клинический признак остеоартроза - боль в области пораженного сустава (суставов).
- Усиление боли в положении стоя или при нагрузке.
- Утренняя скованность длится менее 30 минут, присоединение воспалительного компонента приводит к удлинению утренней скованности

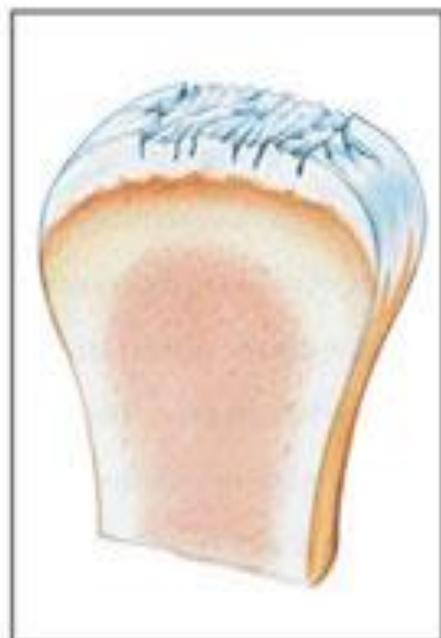
- **Степени**

- I степень артроза - заболевание не препятствует выполнению работы, хотя и затрудняет её,
- II степень артроза - заболевание препятствует выполнению работы,
- III степень артроза - потеря трудоспособности.

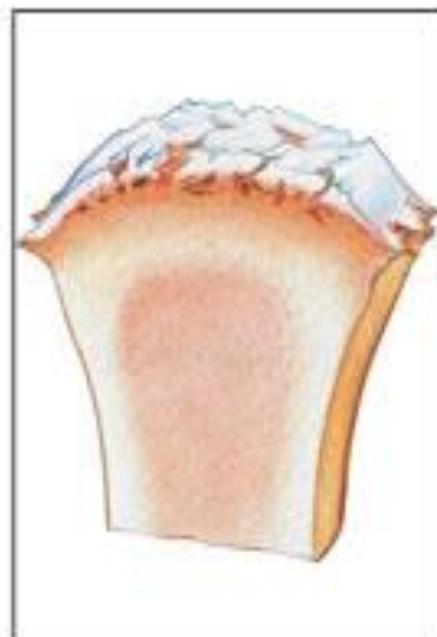
Здоровый сустав и его изменение при остеоартрозе



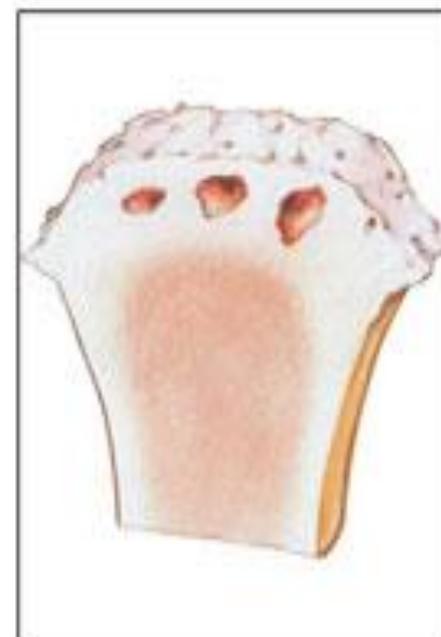
Здоровый сустав



Начальная стадия
остеоартроза



Развернутая стадия
остеоартроза



Стадия глубоких
изменений



1-я степень



2-я степень



3-я степень



4-я степень

- **Физикальное обследование:**
- Крепитация-фрагментом суставного хряща, свободно лежащего в суставной полости
- Увеличение объема суставов чаще происходит за счет пролиферативных изменений (остеофиты)
- Образование узелков в области дистальных (узелки Гебердена) и проксимальных (узелки Бушара) межфаланговых суставов.
- Выраженная припухлость и локальное повышение температуры над суставами

- **Лабораторные исследования:**
- При первичном (идиопатическом) остеоартрозе обнаружение патологических изменений стандартных лабораторных показателей в целом не характерно. Следует иметь ввиду, что у больных пожилого возраста (большинство больных остеоартрозом) небольшое увеличение СОЭ и титров ревматоидного фактора может быть связана с возрастом и не является основанием для исключения диагноза остеоартроза. При исследовании синовиальной жидкости выявляют ее незначительное помутнение, повышение вязкости, количество лейкоцитов менее 2000 в 1 мм³, Нейтрофилов менее 25%

Тактика лечения

- Немедикаментозное лечение
- Медикаментозное лечение

Немедикаментозное лечение

- **Физические упражнения** при ОА способствуют снижению боли и сохранению функциональной активности суставов. Кроме того, физические упражнения необходимы больным с точки зрения профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.
- **Диета.** Следует ориентировать больных на поддержание нормальной массы тела с позиции механической разгрузки суставов, а также профилактики сердечно-сосудистой патологии.
- **ортезы** для коленных суставов применяются при начальных стадиях заболевания, а также специально при деформациях - варус и вальгус вариантах с биомеханической коррекцией до 20° (КАЖДООДНЕВНЫЕ, медиальной, LATERAL (RT, LT)).

Категории



Коленные ортезы



Голенистопные ортезы



Плечевые ортезы



Локтевые ортезы



Лучезапястные ортезы



Тазобедренные ортезы



Ортезы для
позвоночника



Ортезы для шеи

Медикаментозное лечение

Основные:

- НПВП анальгетики плюс (парацетамол до 1,5 г / сутки)
- Синтетические анальгетики центрального действия (трамадол 100 мг / 2 МЛ)
- Ацеклофенак 100 мг табл
- Мелоксикам 15 мг, таб.
- Диацереин 50мг, капс.

ГКС (локально) пролонгированного действия (при поражении крупных суставов):

- 1. Бетаметазона Ацетат 4 мг / Мл;
- 2. Метилпреднизолона ацетат 20,40,80 мг / мл

Медикаментозное лечение

Внутрисуставные инъекции гиалуроната натрия (при поражениях крупных и мелких суставов)

- Вязкоупругий 10 имплантат мг -1,0мл (остенил мини), внутрисуставно, для мелких суставов кисти и стоп 1 раз в неделю №3 (в течении 3 недель), вязкоупругий имплантат 20 мг-2,0 мл (остенил средний) внутрисуставно для крупных суставов № 3, цикл из 3-5 инъекции, 1 вводимых раз в неделю, вязкоупругий имплантат 40 мг-2,0 мл (остенил плюс) в крупные суставы №1- 1 раз в неделю.

Хондропротекторы:

- 1. Хондроитин Сульфат 1000 мг / сутки в течение 6 месяцев
- 2. Хондроитина сульфат мазь / гель для наружного применения 5% 30г. 3 раза
- в день 2-3 месяца.
- 3. Глюкозамин + хондроитин сульфат (терафлекс 500мг, артра 500мг)