

ОСТЕОАРТРОЗ



ВИЗНАЧЕННЯ

- **Остеоартроз – хронічне прогресуюче незапальне захворювання суглобів невідомої етіології, яке характеризується дегенерацією хряща та структурними змінами субхондральної кістки, а також явним або помірно вираженим синовітом.**

ФАКТОРИ РИЗИКУ ОСТЕОАРТРОЗУ

1. Вік
2. Дефекти розвитку суглобів
3. Спадкова схильність
4. Травми
5. Професійна діяльність
6. Спортивна активність
7. Надмірна маса тіла

КЛАСИФІКАЦІЯ

Первинний:

1. Суглоби кистей
2. Суглоби стоп
3. Колінні суглоби
4. Кульшові суглоби
5. Хребет
6. Інші суглоби

Вторинний

1. Посттравматичний
2. Вроджені або набуті захворювання
3. Метаболічні хвороби
4. Ендокринопатії
5. Хвороби відкладення кальцію
6. Нейропатії

Рентгенологічна стадія (I, II,III,IV)

Синовіт – з синовітом та без синовіту

Функціональна недостатність суглобів (ФН0 – збережена; ФНI – працездатність тимчасово обмежена; ФН II – працездатність втрачена; ФН III – потребує сторонньої допомоги)

Рентгенологічна класифікація ОА (Kellgren-Lawrence)

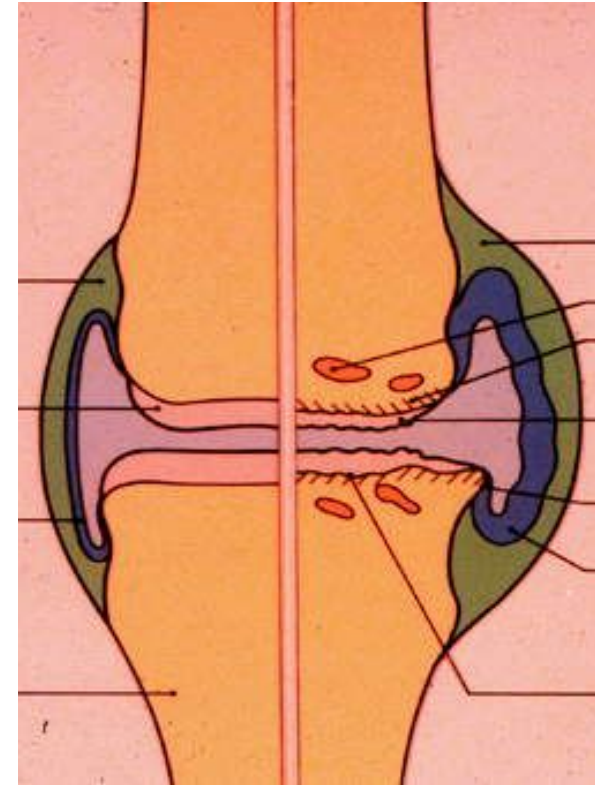
- 0 – відсутність змін, характерних для ОА
- 1 – сумнівні зміни (звуження суглобової щілини)
- 2 – мінімальні прояви (одиночні остеофіти та звуження суглобової щілини)
- 3 – помірні прояви (множинні остеофіти, значне звуження суглобової щілини, остеосклероз)
- 4 – вираженні зміни (множинні великі остеофіти, виражене звуження суглобової щілини, деформація країв кістки)

Остеоартроз

Найбільш розповсюджене захворювання суглобів

Частіше вражуються:

- суглоби з підвищеним навантаженням (кульшові, колінні)
- кисті
- хребет



ПАТОГЕНЕЗ ОСТЕОАРТРОЗУ

- 1. Патологія хондроцитів – переважання катаболічних процесів над анаболічними.**
- 2. Активація протеолітичних процесів, гіперпродукція хондроцитами запальних медіаторів (ІЛ-1, ІЛ-6, ІЛ-8, ІЛ-17, ІЛ-18, гіперекспресія ЦОГ-2) – токсичний вплив на хрящ.**
- 3. Деградація хряща, втрата води, збільшення рихлості, підвищення жорсткості субхондральної кістки.**

ДІАГНОСТИКА ОСТЕОАРТРОЗУ

- 1. Поступовий початок болю**
- 2. Збільшення вираженості болю в положенні стоячи або навантаженні**
- 3. Виникнення болю у спокої свідчить про приєднання запального компонента**
- 4. Ранкова скутість менше 30 хвилин**
- 5. Крепітація при активному русі**
- 6. Обмеження активних і пасивних рухів**
- 7. Атрофія навколишньої мускулатури**
- 8. Поступове формування деформації кінцівок**
- 9. Відсутність запального компонента в крові, стомлюваності, втрати ваги та апетиту**

ОСТЕОАРТРОЗ КИСТЕЙ

1. **Біль механічного характеру, ригідність або почуття скутості у кистях.**
2. **Щільне потовщення двох або більше суглобів (вузлики Бушара та Гебердена).**
3. **Менше 3-х припухлих пястно-фалангових суглобів або**
 - А) потовщення двох або більше дистальних міжфалангових суглобів, або**
 - Б) неправильне положення одного або декількох суглобів**

ОСТЕОАРТРОЗ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ (ГОНАРТРОЗ)

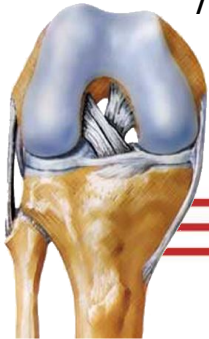
- 1. Біль механічного характеру у колінному суглобі**
- 2. Крепітація при активному русі**
- 3. Ранкова скутість при активному русі менше 30 хвилин**
- 4. Вік понад 40 років**
- 5. Кісткова деформація**

ОСТЕОАРТРОЗ КУЛЬШОВИХ СУГЛОБІВ

- 1. Біль у кульшовому суглобі**
- 2. Внутрішня ротація менше 15 градусів**
- 3. Біль при внутрішній ротації**
- 4. Ранкова скутість менше 1 години**
- 5. Вік понад 50 років**
- 6. ШОЕ менше 20 мм/год**
- 7. Рентгенологічно – звуження суставної щілини, остеофіти.**

Рекомендації EULAR по веденню хворих з остеоартрозом

1. Комбінація немедикаментозних та медикаментозних методів лікування;
2. Врахування факторів ризику остеоартрозу;
 3. Немедикаментозна тріада: помірні фізичні навантаження, допоміжні засоби (фіксатори), зниження маси тіла;
 4. Ацетамінофен (Парацетамол) – обезболюючий засіб першої лінії для тривалого прийому (до 2 г на добу при необхідності);
 5. При неефективності Ацетамінофена → використання НПЗП (per os чи парентеральне введення);
 - Мелоксикам 7,5 – 15 мг на добу
 - Німесулід 100 мг 2 рази на добу
 - Целекоксиб 200 мг 1-2 рази на добу
 - Диклофенак натрію 100-150 мг на добу
 6. Місцеве застосування НПЗП (локальні форми);
 7. Опіатні анальгетики при неефективності НПЗП;



Рекомендації EULAR по веденню хворих з остеоартрозом

8. SYSODOA (повільнодіючі препарати модифікуючої дії для лікування ОА):

- глюкозаміну сульфат 500-1000 мг на добу – 6 місяців
- хондроїтину сульфат 1000 мг на добу – 6 місяців
- діацереїн 20 мг 2 рази на добу – 6 місяців
- неомилені масла авокадо (піаскледин) – 300 мг на добу – 6 місяців
- гіалуронова кислота 20 мг внутрішньосуглобово 1 раз на тиждень протягом 3-х тижнів

9. Внутрішньосуглобові введення глюкокортикоїдів тільки при наявності синовіту (бетаметазон, триамцинолон)

10. Ендопротезування при III-IV рентген-стадіях остеоартрозу, рефрактерному болеві, інвалідації.

ПРИКЛАДИ ДІГНОЗІВ

Первинний олігоостеоартроз з ураженням лівого кульшового суглобу, рентген-стадія III, обох колінних суглобів, рентген-стадія II, синовіт правого колінного суглобу, ФН II

Первинний поліостеоартроз з ураженням кульшових суглобів рентген-стадія II, колінних суглобів рентген-стадія II та суглобів кистей рентген-стадія I ФН II