

Остеоартроз

Н.Ф.Сорока, д.м.н., профессор, заведующий 2-й кафедрой внутренних болезней

Остеоартроз (ОА) – 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, связок капсулы, околоуставных мышц.

Артроз нередко сопровождается реактивным синовитом, в связи с чем в англоязычной литературе применяется также другое название заболевания – «остеоартрит». В МКБ-10 термины «артроз», «остеоартроз» и «остеоартрит» рассматриваются как синонимы.

ОА – самая распространенная патология суставов человека. Примерно 15% населения Великобритании в возрасте старше 55 лет страдают манифестным ОА коленных суставов. По оценкам эпидемиологов, установленный врачами диагноз «ОА» имеют больше 20 млн взрослых в США. Исследование проведенное в СССР в 1980-е годы выявили ОА у 6,43% среди городских жителей в возрасте 15 лет и старше. Заболевание во многих странах занимает одно из первых мест среди причин, приводящих к инвалидности, что определяет социальную значимость ОА.

В ранних стадиях ОА хрящ толще, чем в нормальном суставе, но при прогрессировании болезни происходит его истончение. Хрящ становится более рыхлым, могут возникнуть глубокие трещины, простирающиеся до кости, изъязвление.

В основе патогенеза ОА лежит преобладание катаболических процессов над анаболическими, что связано с патологией хондроцитов. Функциональная активность этих клеток тонко регулируется очень большим количеством биологически активных медиаторов, и они сами синтезируют значительное число медиаторов, принимающее участие в регуляции обмена хрящевой ткани в норме и патологии.

Предрасполагающие факторы:

- ожирение (тесная связь с ОА коленных суставов),
- семейный анамнез (особенно узелковый генерализованный ОА),
- высокая плотность костной ткани,
- травма,
- дисплазия бедра (для ОА тазобедренного сустава),
- гипермобильность.

Факторы риска развития ОА тазобедренных суставов включают предшествующее заболевание этой области, дисплазию вертлужной впадины, аваскулярный некроз головки бедренной кости, тяжелую травму, генерализованный ОА и род занятий (например, работа в сельскохозяйственной отрасли). Существуют доказательства связи ОА с

повторными профессиональными травмами – докеры и шахтеры чаще страдают ОА коленных суставов.

Классификация ОА:

Первичный (идиопатический) ОА.

А. локализованный.

Суставы кистей, суставы стоп, коленные суставы, тазобедренные суставы, позвоночник, другие суставы.

Б. Генерализованный (3 группы суставов и более).

С поражением дистальных и проксимальных межфаланговых суставов, эрозивный, с поражением крупных суставов.

Вторичный ОА (при болезни Пертеса, синдроме гипермобильности эндокринопатиях и др.).

Основными клиническими проявлениями ОА являются: боль, деформация, скованность, нарушение функции суставов. Они обычно сочетаются между собой, но могут быть и не связанными.

Главный признак ОА – боль в суставе. Существует несколько потенциальных механизмов возникновения боли, но не один из них не изучен в полной мере. Она может быть вызвана медиаторами воспаления или повышением внутрисуставного давления, раздражением капсулярных, периостальных и синовиальных нервных волокон, а также энтезопатий или бурситом. Выделяют несколько типов боли при ОА:

- механический тип,
- тупые непрерывные ночные боли,
- стартовые боли,
- постоянные боли.

ОА диагностируют на основе клинических и рентгенологических данных. Специфических лабораторных показателей не существует.

Обычное рентгенологическое исследование позволяет обнаружить сужение суставной щели, остеофиты, субхондральный склероз и костные кисты. Это дешевый и доступный метод исследования, но он не может дать точную оценку темпов прогрессирования заболевания, поскольку сужение суставной щели при ОА происходит очень медленно. МРТ позволяет обнаружить потерю хряща, но преклинические стадии заболевания не могут быть зафиксированы.

Исследование синовиальной жидкости (СЖ) следует проводить только при наличии синовита. Для ОА характерен невоспалительный характер СЖ: прозрачная, вязкая, с концентрацией лейкоцитов менее 2000 кл/мм куб.

Цели лечения:

- уменьшить боль,
- улучшить функциональное состояние суставов,
- предотвратить дальнейшее разрушение суставного хряща.

Немедикаментозное лечение:

- режим и физическая активность,
- диета,
- применение специальных приспособлений – ортезов, ортопедических стелек, использование трости,
- физиотерапия,
- акупунктура.

Медикаментозное лечение

- нестероидные противовоспалительные средства, анальгетики,
- внутрисуставное введение глюкокортикостероидов. Частота введения не должна превышать 2-3 раз в год,
- препараты, содержащие хондроитин сульфат и глюкозамин сульфат, ингибиторы ИЛ-1 (диацереин);
- производные гиалуроната для в/суставного введения.

Хирургическое лечение

- при ОА с выраженным болевым синдромом, не поддающимся консервативному лечению;
- при серьезном нарушении функций суставов до развития значительных деформаций, нестабильности сустава, контрактур и мышечных атрофии.

Виды хирургического вмешательства:

- эндопротезирование,
- артроскопические манипуляции (лаваж коленных суставов, удаление «суставной» мышцы),
- остеотомия.

Профилактика. Устранение или уменьшение влияния модифицируемых факторов риска. Основной из них – избыточная масса тела. Важно также определить факторы, которые повышают нагрузку на сустав, включая профессиональные риски, травмы. Физические упражнения важны для повышения общего физического состояния и повышения прочности тканей вокруг пораженных суставов.

2015 г.