

ДИАГНОСТИКА И ПРОФИЛАКТИКА ГОНАРТРОЗА

- MeeloudAmmarMohammedAlnafer
- AnwarHenedy
- HishamAbbad

университет «аль-маркаб»

تشخيص وعلاج الالتهاب العظمي الغضروفي في مفصل الركبة

- ميلود النفر
- أنور هنيدي
- هشام عباد

Введение. В структуре болезней костно-мышечной системы (БКМС) одно из ведущих мест по частоте распространения принадлежит гонартрозу (ГА) – поражению коленного сустава, частой и тяжелой форме остеоартроза [5, 11]. По современным представлениям причиной ГА является дисфункция клеток хрящевой ткани сустава (хондроцитов) [11], приводящая к дегенеративным изменениям сустава.

Обсуждение первичного ГА, как проблемы, обусловлено большим количеством нерешенных теоретических и практических вопросов (мультифакторности, патогенеза, полигенности наследования, реабилитации, профилактики и пр.), а также уникальностью коленного сустава, как целостного органа, несущей опоры тела спортсмена [11].

Целью настоящего обзора стал анализ специальной литературы для определения наиболее актуальных аспектов проблемы первичных (генуинных, идиопатических) ГА.

Эпидемиология. Гонартроз составляет 33,3 % от числа всех случаев остеоартроза, у женщин наблюдается в 2 раза чаще, а заболевание начинается на 5 – 10 лет раньше мужчин, в период менопаузы [9]. Частота первичных ГА составляет 38 % всех случаев [10]. Имеются данные о высокой частоте ГА у темнокожего населения и низкой у китайцев [1]. Официальная статистика МЗ РБ также свидетельствует о росте общей заболеваемости остеоартрозом, охватывающей более 2,1 % населения, а значит об увеличении числа страдающих ГА. По некоторым данным

экономический ущерб от остеоартроза равен от 1 до 2,5 % валового продукта [1].

Посттравматические ГА составляют 16 % случаев [1], частота которых по некоторым данным располагается следующим образом: спортивные, транспортные, производственные, уличные и другие травмы [13].

Факторы риска первичного ГА. Согласно современным представлениям первичные ГА обусловлены наследственной предрасположенностью, обусловленной особенностями формирования хрящевой ткани суставов (генетической неполноценностью хондроцитов).

Все другие факторы: соединительнотканые дисплазии (врожденные дефекты скелета), пол, возраст, механическая перегрузка (травмы, микротравматизация, связанная со спортивной и профессиональной деятельностью), воспалительные, метаболические, эндокринные и другие нарушения суставного хряща детерминируют развитие болезни [10, 11]. Сколиоз, гиперлордоз, кифоз, слабость связок суставной сумки, гиперподвижность коленного сустава, надколенника, являясь дефектами скелета, ведут к перегрузке суставного хряща коленного сустава (overuse syndrome) вследствие бытовой, профессиональной, спортивной деятельности (грузчики, артисты балета, футболисты и др.), особенно при избытке массы тела, сопутствующей патологии (варикозная болезнь) создают условия развития первичного ГА [8, 10, 11].

Патогенетические механизмы. Конкретная цепь патогенетических механизмов в развитии первичного ГА не изучена, однако, имеется общая схема патогенеза остеоартроза, базирующаяся на современных научных достижениях. Роль пускового момента (триггера) в патогенезе патологии играет механическая перегрузка суставного хряща (микротравматизация), повышающая функциональную активность хондроцитов, нарушающую баланс деградации и продукции межклеточного матрикса, определяемый гормональными механизмами регуляции. Полагают, что перегрузка ведет к синтезу хондроцитами провоспалительных медиаторов, росту активности ферментов, вызывающих деградацию хряща [11].

Диагностика и дифференциальная диагностика. Одним из сложных вопросов проблемы первичного ГА следует считать аспект ранней диагностики и дифференциальной диагностики болезни вследствие возможной полной обратимости патологического

процесса и большой частоты потенциальных ошибок из-за отсутствия патогномичных критериев (боль механического ритма: стартовая, при подъеме и спуске по лестнице). Диагностика поздних стадий ГА не затруднительна в связи с синовитом, фрагментацией хряща, хрустом, хромотой, деформацией сустава, атрофией квадрицепса, утренней скованностью и т.п. [2].

Лабораторные и инструментальные исследования. Типичных лабораторных признаков первичного ГА, как и остеоартроза нет.

Рентгенография коленного сустава в 3-х проекциях (прямой стоя, боковой лежа с согнутым суставом на 20–35°, аксиальной) характеризуется сужением суставной щели, убылью хряща, остеофитами, субхондральным склерозом и кистами, соответствующими болевому синдрому, стадии болезни. Также применяется компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ). Проблемой является отсутствие стандартизации и критериев сравнения методов. Остеосцинтиграфия дает представления о костных нарушениях [2, 15].

Реабилитация и профилактика ГА. Ведущей задачей реабилитации ГА является создание междисциплинарной типовой индивидуальной программы, включающей систему мер воздействия на обратимость патологического процесса. Существует разнообразие реабилитационных подходов, причем специалисты в разных областях отдают предпочтение методам своей области (интернист, ревматолог, ортопед и т.д.), полагаясь на собственный опыт.

Имеющиеся данные доказывают, что нормализация массы тела с использованием диетических схем, двигательной активности по оценке шагометрии, применение ЛФК в облегченном варианте, использование вспомогательных приспособлений (трость, надколенник), создание психологического тонуса имеют наибольший эффект в улучшении состояния, самообслуживания, качества жизни [4, 7, 12].

Поэтому на ранних стадиях ГА необходимы детально продуманные схемы педагогико-психологической реабилитации пациентов, так как у большинства из них отсутствует мотивация к лечению, информированность о своей болезни.

Общей задачей медикаментозной реабилитации при ГА является: предотвращение прогрессирования дегенеративного

процесса в суставном хряще; уменьшение болей и признаков реактивного синовита; улучшение функции суставов [6, 14].

Широко используются физиотерапевтические средства: массаж регионарных мышц, улучшающий кровообращение, снимающий мышечный спазм, акупунктура, показана механотерапия (кинезотерапия) на специальных аппаратах, способствующих укреплению связочно-мышечного аппарата, по существующим показаниям санаторно-курортное лечение на бальнео-грязевых курортах с учетом стадии болезни.

Система профилактики ГА должна базироваться на современных представлениях о причинах развития болезни. Реальным направлением первичной профилактики является исследование распространенности фенотипических стигм соединительно-тканых дисплазий среди детей и подростков [3]. При наличии известных причин нарушений развития опорного аппарата необходима ортопедическая коррекция этих нарушений, что может предотвратить развитие ГА [10]. К мерам профилактики следует отнести ранее указанный контроль массы тела, отказ от избыточного питания, умеренную физическую культуру и спорт. Рекомендуются общеукрепляющие мероприятия: пребывание на свежем воздухе, прогулки, утренний душ, обтирание водой комнатной температуры, улучшающие кровообращение и обмен веществ [8].

Заключение. Обобщая результаты анализа специальной литературы, посвященной проблеме первичного ГА, следует подчеркнуть ее актуальность и сложность, связанную с недостаточной изученностью эпидемиологии и старением населения большинства развитых стран, отсутствием комплексных разработок патогенеза, трудностью ранней диагностики, разрозненностью реабилитационных и профилактических подходов, т.е. отсутствием генеральной линии борьбы с данной патологией.

Литература

1. Беневоленская, Л.Н. Эпидемиология ревматических болезней / Л.И. Беневоленская, М.М. Бржезовский //АМН СССР. М.: Медицина, 1988. – 240 с.

2. Бунчук, Н.В. Дифференциальный диагноз остеоартроза коленного сустава / Н.В. Бунчук // Consiliummedicum. – 2005. – т. 5. – №2.

3. Досин, Ю.М. Остеоартроз – медико–социальная проблема (поиск подходов к первичной профилактике) / Ю.М.Досин, Б.В.Лысый, Е.Н. Игонина // Здоровье для всех: мат-лы III научно-практической конф.- Пинск, ПолесГУ.-2011.-С. 72-75.

4. Досин, Ю.М. Гонартроз (факторы риска) / Ю.М.Досин [и др.] // Здоровье для всех: мат-лы IV научно-практической конф. Ч. 1 - Пинск, ПолесГУ.-2012.-С. 35-37.

5. Клинико-генетические аспекты ревматических болезней / Л.И.Беневоленская, В.А. Мякоткин, М. Ондришник, Б.Гёмер. М.: Медицина, 1989. – 224 с.

6. Кашеварова, Н.Г. Локальная терапия остеоартроза / Н.Г. Кашеварова, Л.И. Алексеева // Научно-практическая ревматология. – 2006. – № 2. – С. 22-29.

7. Лечебная физическая культура: учебник для студ. Высш. Учеб. заведений /С.Н.Попов, Н.М. Валеев, Т.С.Гарасева и др; под ред. С.Н.Попова – 5–е изд., стер. – М.: издательский центр «Академия», 2008. – С. 190 – 193, 413 с.

8. Мохамед, Х.Ю. Анализ инфраструктуры сопутствующей патологии нижних конечностей у больных гонартрозом / Х.Ю.Мохамед // Фундаментальная наука и клиническая медицина : Десятая Всероссийская медико-биологическая конференция молодых исследователей «Человек и его здоровье» 20 – 21 апреля 2007 Санкт-Петербург. – С. 286-287

9. Мякоткин,В.А.Изучение роли гена альфа рецептора эстрогенов (ER) в заболеваемости остеоартрозом / В.А.Мякоткин, М.Ю.Крылов, Т.В.Колесник и др. // Научно-практическая ревматология.– 2006. – №5. – С.8 – 14

10.Насонова, В. А. Клиническая ревматология: руководство для врачей / В. А.Насонова , М.Г.Астапенко. – АМН СССР. – М.:Медицина, 1989. – С. 432 -476

11. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л.Насонова, В.А.Насоновой. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2008.- 720 с.

12. Соколов В.А. Некоторые традиционные методы оздоровления и профилактика суставных заболеваний средствами физической культуры / В.А. Соколов, О.П. Борщевская, Аль-Бшени Фатхи // Здоровье для всех: мат-лы IV научно-практической конф. Ч. 1 – Пинск, ПолесГУ. –2012. – С. 186-188.

13. Фатхи Али Аль-Бшени Роль факторов травмы в развитии вторичного гонартроза / Аль-Бшени Фатхи // Здоровье для всех: мат-лы IV научно-практической конф. Ч. 1 - Пинск, ПолесГУ.-2012.-С. 202-204.

14.Цветкова, Е.С. Лечение ревматических болезней. Клинико-инструментальная оценка влияния фармакотерапии на течение остеоартроза коленных суставов /Е.С. Цветкова Е.С., Н.Г. Иониченок , П.С. Карусинов и др. // Научно-практическая ревматология.-2007. - № 1. – С. 69 – 74.

15. Ayrat, X. Arthroscopic evaluation of chondropathy in osteoarthritis of the knee. // X. Ayrat, M. Dougados, V. Listrat et al. / J. Rheumatol. – 1996, 23 – P. 698 – 706.