

А.М. Гребенюк, Д.А. Ивашутин, А.М. Волкова,

Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии Донецкого государственного медицинского университета им. М. Горького

Ранняя диагностика и лечение гонартроза в условиях поликлиники

Деформирующий артроз – хроническое прогрессирующее заболевание, характеризующееся дегенеративными изменениями суставного хряща, а также субхондральной кости. Клиническими проявлениями заболевания являются болевой синдром и ограничение подвижности сустава. Патологический процесс не только поражает суставной хрящ, но и распространяется на весь сустав, включая субхондральную кость, связки, капсулу, синовиальную оболочку, периартикулярные мышцы [2, 5]. В конечном счете он проявляется морфологическими, биохимическими, молекулярными и биомеханическими изменениями клеток и матрикса, которые ведут к истончению, разволокнению, ульцерации, потере суставного хряща, остеосклерозу с резким уплотнением кортикального слоя субхондральной кости, остеофитозу, формированию субхондральных кист [7].

Одной из основных проблем здравоохранения на современном этапе развития медицины является лечение дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов. Комплекс консервативного лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов включает хондропротекторы, которые оказывают этиопатогенетическое воздействие на пораженный сустав.

Согласно данным литературы хондропротекторы способствуют уменьшению болевого синдрома, улучшению функции суставов,

медицинской помощью по поводу этого заболевания. После проведенной рентгенографии были выявлены изменения в коленных суставах в виде деформирующего гонартроза I или II степени. Исследованию подвергались мужчины и женщины в возрасте от 42 до 57 лет. Степень выраженности болевого синдрома определялась самими больными по данным визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), которая представляла собой линейку с цифрами от 0 до 10, где 0 – отсутствие боли, 10 – нестерпимая боль (табл. 1).

выраженности болевого синдрома по ВАШ (табл. 2).

Таким образом, можно констатировать, что при лечении больных с гонартрозом электрофорез с Хондроксид-гелем в сочетании с пероральным приемом НПВП эффективен в 86,6% случаев, при этом исчезновение болевого синдрома отмечено у 40% больных, в то время как при местном применении Хондроксид-геля + НПВП перорально эффективность лечения составила 66,6%, причем исчезновение болевого синдрома отмечается в 27,7% случаев. В контрольной группе больных, применявших только НПВП, существенное уменьшение болевого синдрома отмечалось у 37%, а исчезновение болевого синдрома – у 11,1% пациентов.

Выводы

1. Купирование болевого синдрома у больных с деформирующим артрозом коленных суставов методом электрофореза с препаратом Хондроксид-гель в сочетании с базисным лечением НПВП наиболее эффективно по сравнению с местным использованием геля, а также базовой терапией НПВП при раннем развитии артрозных явлений в суставах.

2. Применение Хондроксид-геля в виде электрофореза у больных с гонартрозом ранней стадии в сочетании с НПВП эффективно в 86,6% случаев, при этом стойкое исчезновение болевого синдрома отмечают 40% больных.

Литература

- Бур'янов О.А., Соболевський Ю.Л., Магомедов С. та ін. Вивчення хондропротекторної дії та оцінка клінічної ефективності алфлутопу при лікуванні хворих на гонартроз колінного суглоба. «Ортопедия, травматология и протезирование», 2007, № 2. С. 62-65.
- Дядык А.И., Шпилева Н.И., Здиговская И.И., Ботева И.А., Христуленко А.Л. Современные подходы к диагностике и лечению гонартроза // Донецк, 2005.
- Кваша В.П., Ковальчук М.В., Вако Д.І. Алфлутоп в комплексному лікуванні деформуючого артрозу колінного суглоба // Літопис травматології та ортопедії. – 2002. – № 3-4. – С. 29-30.
- Насонов Е.Л. Нестероидные противовоспалительные препараты (Перспективы применения в медицине) – М.: Анко. – 2000.
- Реман К., Лейн Н. Как контролировать боль при гонартрозе. Варианты лечения. // Международный медицинский журнал. – 1999. – № 1. – С. 22-26.
- Хитров Н.А., Цурко В.В., Семочкина Е.Н. Локальная терапия гонартроза // Лечащий врач. – 2002. – № 3. – С. 48-55.
- Straemer P., Hochberg M.C. (1997) Osteoarthritis. The Lancet, 350: 503-509.

Таблица 1. Степень выраженности болевого синдрома до лечения

	Степень выраженности болевого синдрома				Всего
	нет	незначительный	умеренный	выраженный	
I	0	13	14	0	27
II	0	10	8	0	18
III	0	7	8	0	15

Таблица 2. Степень выраженности болевого синдрома после лечения

	Степень выраженности болевого синдрома			
	нет	незначительный	умеренный	выраженный
I	3	15	9	0
II	5	10	3	0
III	6	7	2	0

нормализации метаболических процессов соединительной ткани [1, 3]. В последнее время широкое распространение получила местная терапия хондропротекторами в виде гелей и мазей [4]. Одним из наиболее популярных местных хондропротекторов является препарат хондроксид, сравнительно недавно появившийся в виде геля.

Цель исследования – сравнительная оценка качества лечения больных с деформирующим гонартрозом коленных суставов.

Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 60 человек с болевым синдромом в коленных суставах, при этом у всех больных отмечалось одностороннее развитие патологического процесса. Все пациенты впервые обратились за

лечением проводилось в течение 10 дней, при этом больных распределили в три группы. Больные первой группы в количестве 27 человек принимали нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) – мелоксикамы [4]. Во второй группе (18 человек) пациенты применяли также препарат Хондроксид-гель местно 2 раза в сутки. 15 больных, вошедших в третью группу, в дополнение к вышеупомянутой базовой терапии НПВП получали электрофорез с Хондроксид-гелем, который проводился с силой тока 5 мА на отрицательно заряженный электрод. Кроме того, все больные получали курс массажа мышц бедра и голени.

Результаты и обсуждение

По окончании курса лечения больные повторно определяли степень

Новости

Генетика гонартроза крупных суставов: данные последних исследований

Гонартроз, несомненно, является наиболее распространенной в популяции патологией крупных суставов, особенно часто встречающейся у лиц пожилого и старческого возраста. В настоящее время ведется интенсивное изучение генетического полиморфизма, ответственного за высокий риск развития данного заболевания. Возможно, что полученные сегодня данные генетических исследований в обозримом будущем помогут заложить основы принципиально новых терапевтических подходов к ведению пациентов с гонартрозом. Так, в ходе исследований генома человека уже сегодня выявлена достоверная ассоциация между высоким риском развития гонартроза и полиморфизмом определенных структурных генов (COL6A4), генов, связанных с реализацией воспалительного ответа (PTGS2/PLA2G4A), и пяти генов локуса хромосомы 7q22.

Valdes A.M., Spector T.D.,
Curr Opin Rheumatol. 2010 Jan 19

Сравнительная оценка влияния двух низкокалорийных диет на выраженность симптомов гонартроза коленных суставов у пациентов с ожирением

В Дании было проведено проспективное, рандомизированное клиническое исследование, целью которого была оценка динамики выраженности симптомов гонартроза коленных суставов у лиц с ожирением в ходе интенсивной, но практически реализуемой 16-недельной программы по коррекции массы тела. В исследование включали пациентов с ожирением (индекс массы тела (ИМТ) >30 кг/м²) в возрасте старше 50 лет с первичным гонартрозом коленных суставов. Участников исследования рандомизировали в две группы – очень низкокалорийной (415 ккал/сут) и низкокалорийной (810 ккал/сут) диеты, которой следовало придерживаться в течение 8 нед. На протяжении этого периода использовали только готовые пищевые низкокалорийные формулы (питательные коктейли). После этого в течение еще 8 нед пациентам рекомендовали гипокалорийную диету (1200 ккал/сут), при этом рацион должен был состоять как из обычных продуктов питания, так и заменителей пищи. В качестве первичной конечной точки было выбрано количество пациентов, ответивших на терапию в соответствии с критериями OMERACT-OARSI.

Всего в исследовании приняли участие 192 пациента с гонартрозом и ожирением (155 (80,7%) – женщины, средний возраст – 62,5 года, средний ИМТ – 37,3 кг/м²). Через 16 нед количество больных, ответивших на терапию в соответствии с критериями OMERACT-OARSI, в группах очень низкокалорийной и низкокалорийной диеты было сопоставимо (61,5% и 65,6% соответственно, p=0,55). В целом на терапию ответили 64% пациентов. Выраженность болевого синдрома в общей группе уменьшилась по визуальной аналоговой шкале на 11,1 пункта (95% ДИ 13,6-8,5). К 16-й неделе среднее уменьшение массы тела составило 12,8 кг (95% ДИ 11,84-13,66; p<0,001), в каждой из групп 71% пациентов снизили массу тела на 10% и более от исходных значений.

Таким образом, клинически значимые различия между группами очень низкокалорийной и низкокалорийной диеты не установлены. Тем не менее 16-недельная программа для похудения с применением питательных низкокалорийных коктейлей приводит не только к быстрому снижению массы тела с минимальной частотой нежелательных явлений, но и к значительному высоко достоверному уменьшению выраженности симптомов гонартроза у пациентов с ожирением.

Riecke B.F. et al. Osteoarthritis Cartilage.
2010 Feb 17

Подготовила Наталья Мищенко