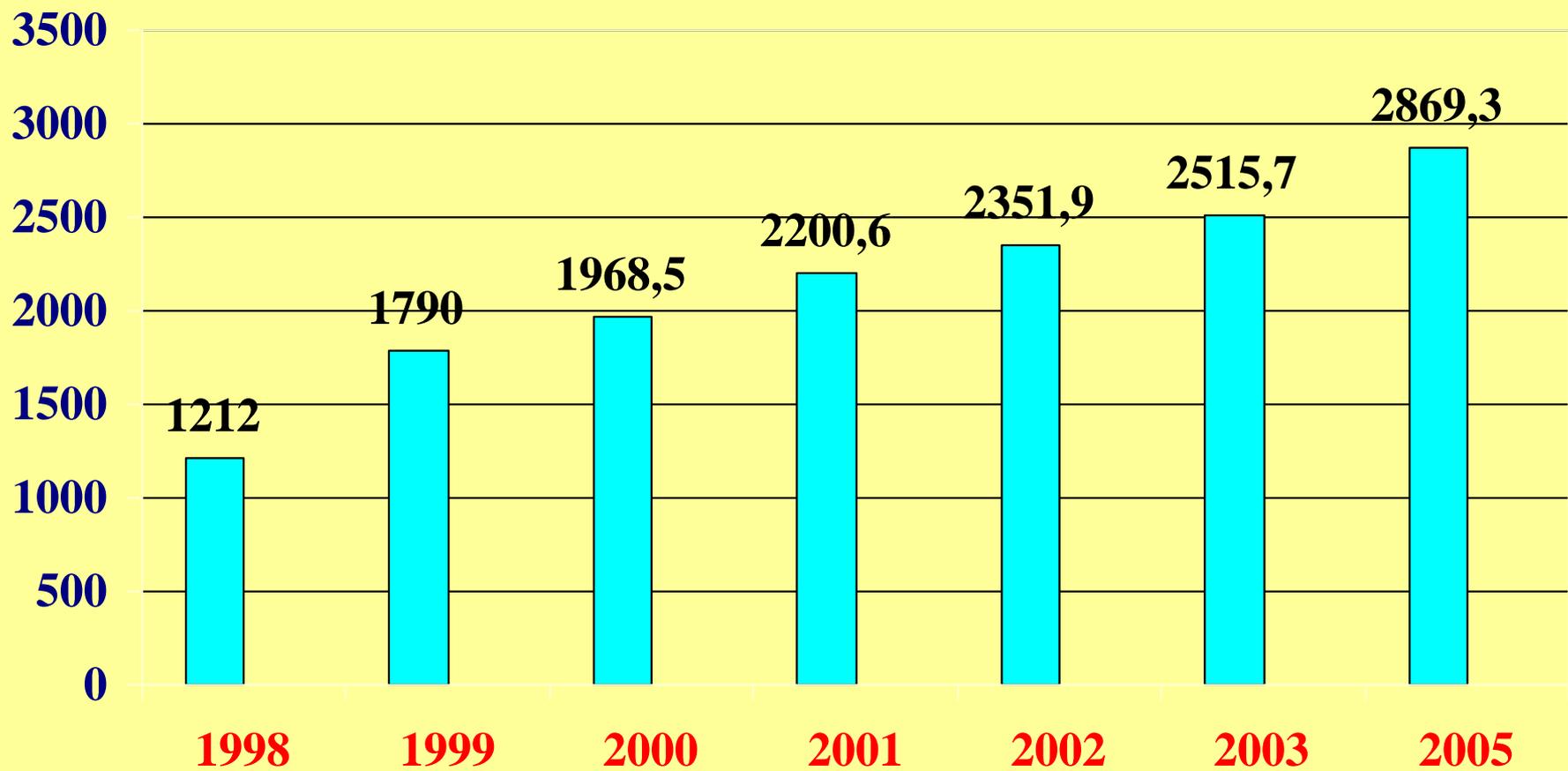


ОСТЕОАРТРОЗ

лектор: Хамраева Н.

Самарканд 2016





ПЕРВИЧНЫЙ

А. Локализованный (3 группы суставов, моноартроз, олигоостеоартроз)

суставы кистей

коленные суставы

суставы стоп

тазобедренные суставы

позвоночник

другие суставы

Б. ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ (3 и более групп суставов, полиостеоартроз)

С поражением дистальных и проксимальных межфаланговых суставов (узелки Гебердена, Бушара)

С поражением крупных суставов

эрозивный

ИИ. ВТОРИЧНЫЙ

А. Посттравматический

В. Метаболические болезни (болезни накопления)

Г. Эндокринопатии (гиперпаратиреоз, сахарный диабет, гипотиреоз)

Д. Болезнь отложения кальция (фосфат кальция, гидроксипатита)

Е. Нейропатии

Ж. Другие заболевания (аваскулярный некроз при РА др..)

ИИИ. Рентгенологическое СТАДИЯ (за Келгреном и Лоуренсом)

0 - изменений нет

I - Сомнительные рентгенологические признаки

II - минимальные изменения (небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты)

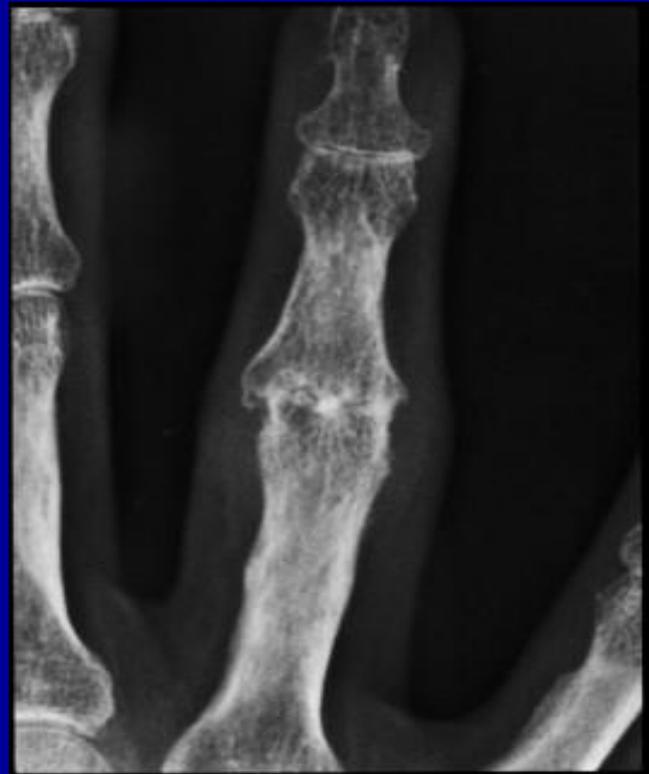
Рентгенография коленного сустава



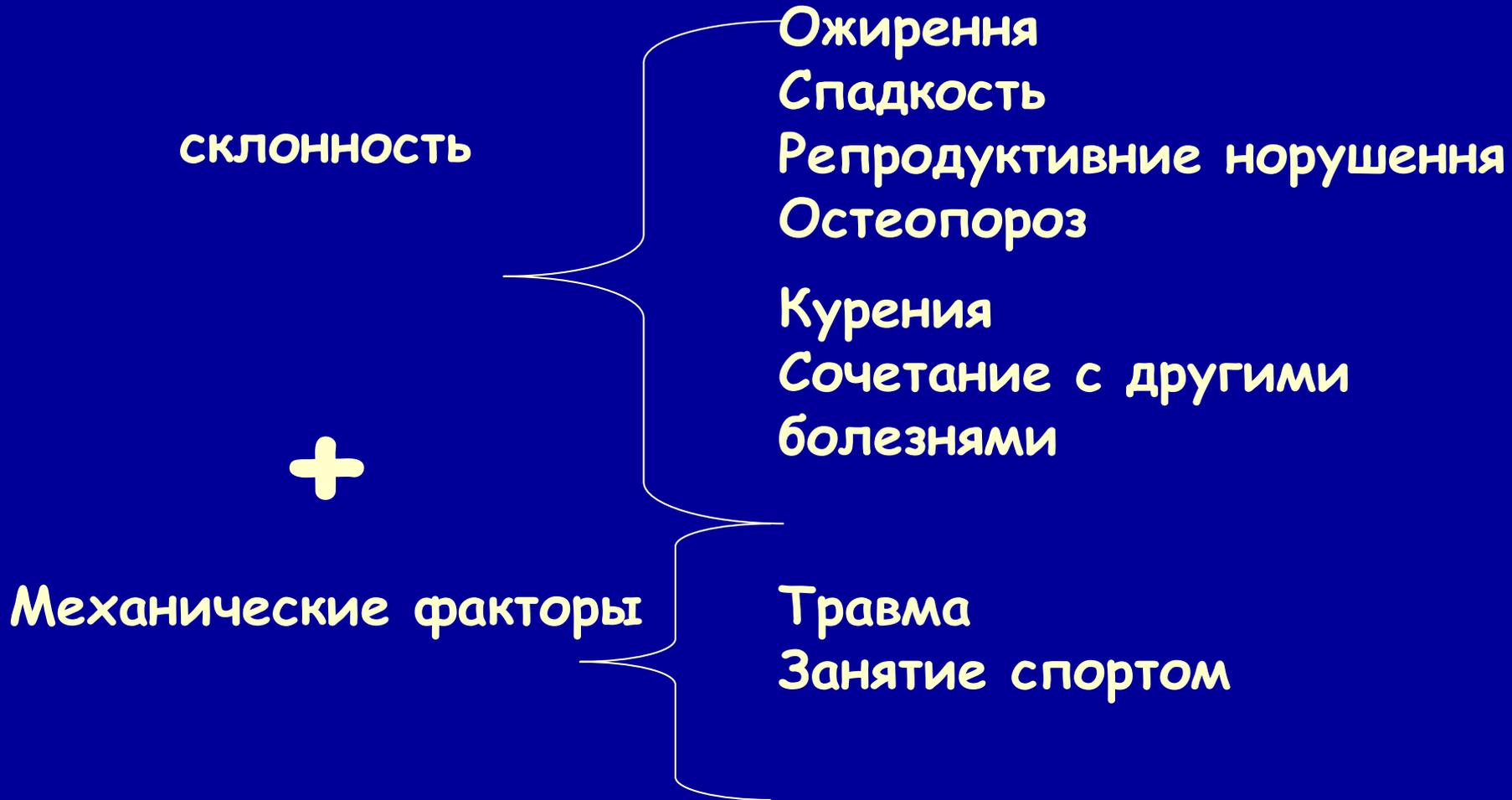
МАГНИТОРЕЗОНАНСНА ЯТОМОГРАФІЯ ШЕЙНО-ГРУДНОГО Шейно-грудного отдела позвоночника с протрузией шейно МЕЖПОЗВОНКОВЫХ ДИСКОВ из вторичного стенозирования спинномозговой КАНАЛА



РЕНТГЕНОГРАФІЯ ПРОКСИМАЛЬНИХ
МІЖФАЛАНГОВИХ СУГЛОБІВ. ЭРОЗИВНИЙ
ОСТЕОАРТРОЗ. АНКИЛОЗ.



ОА - ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА



Причины боли при ОА

1 Внутрисуставные:

рост внутрисуставного давления, вызванного суставным выпотом,

сверхнагрузки на субхондральную кость,

микрореломы трабекул,

разрыв внутрисуставных и "Связь,
защемления ворсин синовиальной оболочки,

растяжение суставной капсулы,

воспаление синовиальной оболочки;

2) внесуставные:

снижение венозного оттока с последующим застоем крови в субхондральной кости,

и "мышечный спазм,

воспаление периартикулярных сухожилий (тендинит).

Суставной хрящ не имеет нервных окончаний и поэтому процесс дегенерации в нем не может быть причиной боли у больных ОА!

Причины ОА

- растяжение суставной капсулы, вторичное по отношению к росту об "объема синовиальной жидкости,
- ретракция суставной капсулы, периартикулярных и "Связь и сухожилий,
- фиброзный анкилоз сустава различной степени выраженности вследствие потери суставного хряща,
- неконгруэнтность суставных поверхностей, наличие механического блока (остеофиты, суставные "мышцы"),
- м "мышечный спазм,
- боль в суставе.
- Переводчик Google для бизнеса - Инструменты

Уменьшение объема движений в одном суставе влияет на биомеханику соседних дистально и проксимально расположенных суставов!

ОА – клиническая симптоматика

Основные симптомы

Боль при физической нагрузке, в покое, ночью, при пальпации

Скованность после отдыха (утренняя скованность, обычно менее 30 мин.)

Нарушение подвижности в суставах (затруднение при выполнении отдельных движений)

Ощущение ненадежности или нестабильности в пораженных суставах

Функциональные ограничения и нетрудоспособность

Дополнительные признаки

Болевые точки при пальпации суставных поверхностей

Увеличение объема движений костей, из которых сформирован сустав

Грубая крепитация при движениях (помехи) или блокада сустава

Признаки невыраженного воспаления (холодный выпот)

Ограничения и боль при движении

«Тугоподвижность» сустава

Нестабильность в суставе (признаки тяжелой костной или суставной деструкции)

P. Diere at K. Lim, 1999

Переводчик Google для бизнеса – Инструменты переводчика Переводчик сайтов Служба

"Анализ рынка **В**"

Клиника гоноартроза

КЛИНИЧЕСКИЕ

Боль в коленном суставе.

а. крепитация течение большинства дней
предыдущего месяца

бы. утренняя скованность при активном
движении менее 30 мин.

в. возраст более 37 г. или

а. крепитация

бы. утренняя скованность менее 30 мин.

в. костная деформация

а. отсутствие крепитации

бы. костная деформация

КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

Боль в коленном суставе в течение
предшествующего месяца, чаще днем и:

Остеофиты или:

а. типичная для ОА синовиальная жидкость
(светлая, вязкая, число клеток менее 2000

Основные клинические признаки:

1. Боль механического характера, в конце дня, затруднения восхождение вниз по лестнице.
2. Локализуется боль по внутренней или передней части сустава, ощущение "подкосы в ногах".
3. Сначала ограничивается сгибание а затем разгибание в суставах, "хрустом".
4. Деформация, атрофия мышц бедра и голени, возможна изгибная контрактура.
5. Девиация коленного сустава (О-или Х-образные ноги).
6. Гиперподвижность, нестабильность сустава
7. Периодически возникает симптом "блокады" или заклинивания.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ КОКСАРТРОЗА

КЛИНИЧЕСКИЕ

Боль в тазобедренном суставе

а. внутренняя ротация меньше 15 градусов

бы. СОЭ меньше 45 мм / ч (при отсутствии СОЭ - сгибание в тазобедренном суставе менее 115 градусов) или

а. внутренняя ротация меньше 15 градусов

бы. боль при внутренней ротации

в. утренняя скованность меньше 60 мин.

г. возраст более 50 г.

КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ

Боль в тазобедренном суставе и менее 2 из 3 следующих признаков:

СОЭ меньше 20 мм / ч

Рентгенологически - остеофиты (головка или вертлужной впадина)

Рентгенологически - сужение суставной щели (вверху, латерально и (или) медиально)

боль при постукивании по надколенника, уменьшение объема активных и пассивных движений, гипертрофия "мышц.

Признаки синовита - проявляется болями, припухлостью, повышением температуры кожи, выпотом в полость жидкость, то учитывается возраст менее 40 г.

а. утренняя скованность менее 30 мин.

бы. крепитация при активных руках.лодний выпот)

Ограничения и боль при движении

«Тугоподвижность» сустава

Нестабильность в суставе (признаки тяжелой костной или суставной деструкции)

P. Dieppe at K. Lim, 1999

Переводчик Google для бизнеса -Инструменты переводчикаПереводчик сайтовСлужба "Анализ рынков"

КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОА КИСТЕЙ

1. Боль, ригидность или чувство скованности в кистях в течение прошлого месяца, чаще днем

2. Плотное утолщение двух или более суставов

3. Менее 3-х припухших метафаланговых суставов,

4.а. утолщение двух или более дистальных межфаланговых суставов,

4.б. неправильное положение одного или нескольких суставов *

* - II и III дистальные межфаланговые суставы; II и III проксимальные межфаланговые суставы; запястья "Ястков-п" Ястков сустав на обеих кистях.

- Возникает преимущественно у женщин в период климакса.

- Наличие твердых узлов (за счет остеофитов) на боковых поверхностях дистальных межфаланговых суставов (узлы Гебердена) и на тыльно-боковых поверхностях проксимальных межфаланговых суставов (узлы Бушара). Сначала появляются на I и III пальцах (узлы Гебердена), а затем возможно поражение и других суставов.

Поражение симметричное.

- Суставы деформируются, развивается латеральная девиация ногтевых фаланг.

- Боль и скованность в мелких суставах кистей.

- Признаки синовита - болезненность, гиперемия, припухлость мягких тканей.

- Ряд остеофитов, сужение суставных щелей.

- Грибовидная форма проксимальных фаланг.

уменьшение объема активных и пассивных движений, гипертрофия "мышц".

Признаки синовита - проявляется болями, припухлостью, повышением температуры кожи, выпотом в полость сустава, то учитывается возраст менее 40 г.

а. утренняя скованность менее 30 мин.

б. крепитация при активных движениях (лодний выпот)

Ограничения и боль при движении

«Тугоподвижность» сустава

Нестабильность в суставе (признаки тяжелой костной или суставной деструкции)

P. Dieppe et K. Lim, 1999

Переводчик Google для бизнеса - Инструменты переводчика Переводчик сайтов Служба "Анализ рынков"

ОА - принципы лечения

1. Изменение положения тела при появлении признаков перегрузки поясницы.

Попытки снизить массу тела для уменьшения нагрузки на позвоночник, коленные и голени ступней суставы.

Применение ортезов на лучевой-зап "сочленения суставы, супинатора, корсета др..

Защита суставов

Не садиться на цыпочках, не стоять на коленях, а не закладывать гона на ногу.

Осторожно наклоняться и выпрямляться.

Использовать приспособления при открывании банок, работе по дому.

Не опираться на локти и другие суставы верхних конечностей.

остеофитов) на боковых поверхностях дистальных межфаланговых суставов (узелки Гебердена) и на тыльно-боковых поверхностях проксимальных мифаланогових суставов (узлы Бушара). Сначала появляются на I и III пальцах (узлы Гебердена), а затем возможно поражение и других суставов. Поражение симметричное.

- Суставы деформируются, развивается латеральная девиация ногтевых фаланг.
- Боль и скованность в мелких суставах кистей.
- Признаки синовита - болезненность,

Задача лечения ОА

- Уменьшение степени проявления симптомов заболевания,
- Уменьшение функциональной активности,
- Замедление прогрессирования ОА,
- Улучшение качества жизни больного.
- щелей.
- - Грибовидные форма проксимальных фаланг.

Рекомендации EULAR, 2003

Підходи до лікування пацієнтів з ОА (рекомендації EULAR, 2003)

| нефармакологічески е | фармакологічески е | внутрисуставные | Хіирургически е |
|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Образование • Физические упражнения • Стельки • Ортези • приспособления • Уменьшение массы тела • Лазеротерапия • Бальнеотерапия • Регулярный телефонный контакт • Витамины / минералы • EMF • Ультразвук • глюкозамін) • Акупунктура | <ul style="list-style-type: none"> • парацетамол • НПВП • Опиоидные анальгетики • Половые гормоны • Симптоматические препараты замедленного действия • Психотропные препараты • НПВП для местного применения • Капсаицин внешне | <ul style="list-style-type: none"> • Кортикостероиды • Гиалуроновая кислота • Периодические промывки суставов | <ul style="list-style-type: none"> • Артроскопия • Остеотомия • Частичная (уникомпартментальная) артропластика коленного сустава • Тотальная артропластика коленного сустава |

Виды физических упражнений, которые рекомендованы при ОА:

- пассивные (мобилизацию сустава осуществляет методист или его ассистент),
- полуактивные (пациент самостоятельно двигает конечностью в суставе, методист / ассистент помогает лишь в конце каждого движения достичь максимального объема),
- активные (пациент самостоятельно выполняет движения в максимально полном объеме).

Виды физических упражнений,
которые рекомендованы при ОА:

Длительные пассивные движения выявляют профическое действие на суставной хрящ и могут способствовать репарации (Salter R., 1994)!

ФІЗИОТЕРАПІЯ

Особенно полезна при
ОА крупных суставов
нижних конечностей
для:

Ликвидации боли,
Уменьшение отека
околосуставных
тканей,

Уменьшение
рефлекторного
спазма
околосуставных
"мышц,

Улучшение
микроциркуляции,
Лечение слабого или
умеренного синовита

Электрические магнитные поля сверхвысоких и
высоких частот,
ультразвуковая терапия (в т.ч. фонофорез с
противовоспалительными препаратами),
коротковолновая диатермия (при
отсутствии синовита),
микроволновая терапия,
электрофорез с противовоспалительными
препаратами (вольтарен, гидрокортизон),
лазерная терапия,
аппликации теплоносителей (илов и
торфяной грязи, парафина, озокерита),
бальнеотерапия (радоновые,
сероводородные, хлоридно-натриевые,
скипидарные, йодобромные ванны),
гидротерапия (уменьшают гравитационное
нагрузки на суставы, главным образом - на
тазобедренный).

Применение бальнеотерапии в лечении ОА

- Относительно молодой возраст (35-40 г.), без сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний - ванны со средней концентрацией веществ и газов, достаточно большой продолжительностью (15-20 мин.) и курса лечения (12-14 процедур).
- Больные старше 45 лет, а также молодые люди с остаточными явлениями вторичного синовита - по щадящей методике: ванны небольшой концентрации веществ и газов, продолжительностью процедуры не более 8-10 мин. и курса лечения - 8-10 процедур: полуванны, четырех-и двухкамерные ванны, которые легче переносятся больными, чем целая ванная.
- Радоновые ванны: ОА I-II ст. с остаточными явлениями синовита, изменениями м. в. зев, нарушениями локомоторной функции суставов, с сопутствующими вегетативными нарушениями, климактерическими расстройствами.
- Сульфидные, хлоридные натриевые и скипидарные ванны: ОА I-II ст. без явлений вторичного синовита, с нарушением локомоторной функции, ожирением, атеросклеротическим поражением сосудов.
- Иодобромные ванны: ОА без синовита, сопутствующие функциональные изменения ЦНС, тиреотоксикоз, климактерические расстройства, атеросклеротическое поражение сосудов
- Переводчик Google для бизнеса -Инструменты переводчикаПереводчик сайтовСлужба "Анализ рынков"

Класифікація протиаартрозних препаратів

- Хондроїтину сульфат (Структум)
- Глюкозамін
- Препарати гіалуронової кислоти
- Неоміляємі сполуки авокадо і сої - піаскледин - інгібітор ІЛ-1, -6, 8.
- Зінаксин - блокатор ЦОГ-2 та ФНПа

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ - НПЗП

ОА - комплексное лечение

- Показания к НПВП
- неэффективность анальгетиков
- Сочетание боли и скованности в пораженном суставе
- Синовильный выпот, который диагностирован
 - - клинически
 - - инструментально
- Показания до НПЗП

НПЗП: что нужно учитывать

1. Безопасность, сочетание с другими препаратами, влияние на хрящ.
2. Предпочтение отдавать препаратам короткого действия, в частности кетопрофена и диклофенака.
3. Малые дозы.
4. Короткая продолжительность лечения (<3 нед).
5. Чувствительность.
6. Предпочитать местного применению НПВП.
7. Применение с учетом суточного ритма боли.
8. Нецелесообразность комбинирования РАЗЛИЧНЫХ НПВП.
9. Применение с учетом суточного ритма боли.

НПЗП: дозы, эффективность, совместимость

| Препарат | Анальгетична | | Протизапальна | | Кратность приема |
|-------------|--------------|------------------|---------------|------------------|------------------|
| | Мг/д | Эффективность, % | Мг/д | Эффективность, % | |
| Ибупрофен | 1200-1500 | 60-70 | 2400-3200 | 50-60 | 4-6 |
| Диклофенак | 75-150 | 80-85 | 150-200 | 75-80 | 3-4 (2) |
| Индометацин | 75-125 | 80-85 | | | 4-6 |
| Напроксен | 250-500 | 70-85 | 1000-1500 | 75 | 2 |
| Піроксикам | 10-20 | 80-85 | 20-40 | 75 | 1 |
| Мелоксикам | 7,5 | 80-85 | 15 | 70-80 | 1 |
| Нимесулид | 200 | 80-85 | 200 | 75-80 | 2 |
| Целекоксиб | 200 | 80-85 | 400 | 75-80 | 1-2 |

() - необходимый мониторинг

1 - антидепрессанты

2 - антикоагулянты

3 - бета-блокаторы

4 - оральные гипогликемические средства

5 - гипотензивный

6 - мочегонный

7 - гликозиды

MT - метотрексат

1. В течение 1 г. число в / с введений пролонгированных ГКС в один сустав не должно превышать 4-х. Отсутствие эффекта после двух др. инъекций или кратковременность действия является противопоказанием для дальнейших введений. Предпочтение отдается Дипроспана, поскольку препарат содержит соли, быстро и медленно растворяются и обеспечивают быструю и длительную локальное воздействие (до 6 и более недель).
2. Особенностью дипроспан является наименьшая величина кристаллов ГКС и наиболее низкая их концентрация, способствует хорошей переносимости (непосредственной и отдаленной)
3. Препаратами выбора также триамсинолон (триамсинолон ацетонид), метипред (метилпреднизолон ацетат)
4. 2. Не следует вводить пролонгированные ГКС в тазобедренный сустав из-за высокого риска некроза головки сустава.
5. 3. Доза препарата зависит от объема сустава

ГКС - ВНУТРИСУСТАВНЫЕ ВВЕДЕНИЯ

осложнения

- Развитие микрокристаллического синовита
(чаще при введении триамсинолон)

у лиц пожилого возраста - гиперемия лица и,
реже, других кожных покровов

депигментация кожи при подкожно попадании
триамсинолон

кровоизлияние в сустав

инфицирования сустава

разрывы сухожилий

Хондроитина сульфат 4,6 (Структум) в лечении гонартроза согласно рекомендациям EULAR 2003

- Максимальный терапевтический эффект (1,23-1,5)
- Минимальный профиль токсичности
- Небольшой разброс величины эффекта
- Степень доказовости – 1А

Сила рекомендации –
категория А