

Остеоартроз: стандарти діагностики та лікування за результатами доказової медицини

В.І. Денисюк, О.В. Денисюк

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

У статті висвітлено актуальні питання сучасних методів діагностики та лікування остеоартрозу (остеоартриту) з урахуванням рекомендацій доказової медицини. Особлива увага надається тактиці лікування та результатам проведених рандомізованих плацебо-контрольованих досліджень.

Ключові слова: остеоартроз, стандарти діагностики та лікування, доказова медицина.

Остеоартроз (ОА) — супутник старіння людини. Старіння організму людини розпочинається з 40–50-річного віку. Процес старіння людини — процес фізіологічний, однак він супроводжується наростаючими з віком порушеннями структури та функції багатьох органів і систем організму. Відомо, що старість — не хвороба і не діагноз, однак вона сприяє розвитку багатьох захворювань.

ОА — найчастіше захворювання суглобів, яке відзначається у людей віком старше 40 років. Майже кожний другий хворий з патологією внутрішніх органів має справу з ОА у зрілому та похилому віці.

На ОА в США хворіють понад 20 млн людей. В Англії, Швеції та Голландії ОА кульшових суглобів III та IV стадії діагностують у 8,4% жінок та у 3,1% чоловіків.

ОА (остеоартрит) — хронічне захворювання суглобів дегенеративно-запального характеру, яке характеризується ураженням хрящів, ремоделюванням епіфізів кісток, розвитком остеофітів, а в пізніх стадіях — стійкою деформацією суглобів.

Етіологія

Основною причиною виникнення і розвитку ОА є порушення взаємовідношень між механічними навантаженнями на суглобову поверхню хряща та можливістю компенсації цього навантаження:

1. Механічний чинник характеризується надмірними перевантаженнями на суглобову поверхню хряща. У шахтарів, балерин, вантажників виникають професійні артрози; у футболістів і бігунів — спортивні; при ожирінні — метаболічні навантаження.

2. Спостерігається зниження резистентності хряща до звичайного фізіологічного навантаження внаслідок травми, артриту, метаболічних, мікроциркуляторних судинних змін, коли відбувається порушення фізико-хімічних властивостей хряща.

При первинному ОА причина невідома, при вторинному патологічний фактор відомий. Коксартроз виникає внаслідок анатомічних дефектів і хронічних травм, асептичного некрозу голівки стегнової кістки. Гонартроз частіше виникає в результаті

анатомічних аномалій, вроджених порушень статки, пошкоджень зв'язок, патологічних зміщень надколінника.

Патогенез

При ОА розвивається кісткова і хрящова недостатність унаслідок:

- механічного постійного підвищення тиску на хрящ, що призводить до розриву колагенової мережі з утворенням глибоких розколин і дифузії протеогліканів крізь пошкоджену тканину;
- порушення синтезу протеогліканів хондроцитами (хондроцитарна теорія);
- підвищення активності лізосомальних ферментів, інтерлейкінів-1, -6, фактора некрозу пухлин;
- імунологічних порушень (підвищення функції Т-хелперів і поява аутоантитіл до компонентів хряща), активація перекисного окиснення ліпідів і пригнічення антиоксидантно-оксидантної системи захисту організму;
- локальної капіляротрофічної недостатності в результаті мікроциркуляторних порушень;
- гормонального фактора (надлишок естрогенів на тлі недостатності прогестерону та андрогенів);
- макроскопічно остеоартритичний процес призводить до дегенерації кісткової тканини, яка оточує суглоб, втрати хряща й аномального формування кісткової тканини на межі суглоба (остеофітів) та звуження суглобової щілини (Насонов Е.Л., Насонова В.А. (ред.), 2003; 2008).

Відповідно до сучасних уявлень ОА виникає в результаті взаємодії багатьох генетичних і ендогенних та екзогенних факторів.

Ендогенні фактори:

- вік;
 - стать;
 - дефекти розвитку;
 - спадковість.
- Екзогенні фактори:
- травми;
 - професійна діяльність;
 - спортивна активність;
 - надмірна маса тіла.

ОА різної локалізації має неоднаковий генез. В етіології ОА дистальних міжфалангових суглобів виділяють спадковість і травму; коксартрозу — анатомічних дефектів (уродженого вивиху, дисплазії, перелому) і хронічних процесів (асептичного некрозу голівки стегнової кістки, субхондральної ішемії, наслідків травми). Біохімічна теорія зводить роль ожиріння в патогенезі ОА до хронічного перевантаження суглобів унаслідок надмірної маси тіла. Негативний вплив на розвиток ОА має метаболічний синдром (відзначають у 10–20% населення країн Європи, у 25% — населення США).

Клінічна класифікація ОА (рекомендована Асоціацією ревматологів України, 2005):

- I. Первинний (ідіопатичний).
 - A. Локалізований (<3 суглобів).
Суглоби кистей, стоп, колін, кульшові, хребет та ін.
 - B. Генералізований (>3 суглобів).
 1. З ураженням дистальних і проксимальних міжфалангових суглобів (вузлики Гебердена, Бушара).
 2. З ураженням крупних суглобів.
 3. Ерозивний.
 - II. Вторинний.
 - A. Посттравматичний.
 - B. Природжені, набуті чи ендемічні захворювання (хвороба Пертеса, синдром гіпермобільності тощо).
 - C. Метаболічні хвороби (охроноз, гемохроматоз, хвороба Вільсона, хвороба Гоше).
 - G. Ендокринопатії: акромегалія, гіперпаратиреоз, цукровий діабет, гіпотиреоз.
 - D. Хвороба відкладання кальцію (фосфат кальцію, гідроксилапатит).
 - E. Нейропатії (хвороба Шарко).
 - Ж. Інші захворювання (аваскулярний некроз, ревматоїдний артрит, хвороба Педжета тощо).
 - III. Рентгенологічна стадія (за J.H. Kellgren, J.S. Lawrence (1957)):
 - 0, I, II, III, IV
 - IV. Синовіт.
- З синовітом та без синовіту
- V. ФНС (функціональна недостатність суглобів):
 - ФНС 0 — працездатність збережена.

ФНС I — працездатність тимчасово обмежена.

ФНС II — працездатність втрачена.

ФНС III — потребує сторонньої допомоги.

Приклади формулювання діагнозу:

1. Остеоартроз, моноостеоартроз (коксартроз правобічний), без помітного прогресування, клініко-рентгенологічна стадія III, ФНС III.

2. Остеоартроз, поліостеоартроз, без-вузликотий варіант, швидкопрогресуючий перебіг, клініко-рентгенологічна стадія II, ФНС II. Лівобічний плечолопатковий періартрит.

Клініка ОА наведена в **табл. 1 і 2**.

При ОА та остеохондрозі можливі причини болювого синдрому (див. **табл. 2**).

Гонартроз характеризується такими ознаками:

- біль у колінному суглобі;

- крепітація протягом більшості днів попереднього місяця;
- вік >37 років;
- ранкова скутість мінімум 30 хв;
- кісткова деформація (здуття);
- кісткова деформація.

Клінічні та рентгенологічні симптоми гонартрозу (МОЗ України, 2006; Свінціцький А.С. та співавт., 2006; Середюк Н.М., 2009):

1. Біль у колінному суглобі протягом попереднього місяця, найчастіше вдень.

2. Остеофіти.

3. Типова для артрозу синовіальна рідина (світла, в'язка, кількість клітин <2000/мл); якщо немає даних про синовіальну рідину, то замість цього враховується вік <40 років.

4. Ранкова скутість щонайменше 30 хв.

5. Крепітація при активних рухах.

Чутливість рентгенологічних симптомів становить 94%, специфічність — 88%.

Критерії діагностики коксартрозу та ОА кисті наведено в **табл. 3**.

Лікування

Залежно від швидкості дії, препарати, які застосовуються для лікування ОА, поділяються на швидкодіючі та повільнодіючі (**табл. 4**).

При ОА застосовують ненаркотичний анальгетик парацетамол, який значно менше викликає побічні реакції з боку верхнього відділу системи травлення (кровотеча, перфорація), ніж НПЗП. Але при підвищенні дози препарату до 2 г виникають симптоми синдрому роздратованого товстого кишечника. Поряд з цим, недавно встановлено, що парацетамол не підвищує артеріальний тиск, а НПЗП, навпаки, спричиняють артеріальну гіпертензію (Поворознюк В.В., 2004).

Таблиця 1

Алгоритм 1. Стандарти критеріїв діагностики ОА

1. Клінічні критерії.

- 1.1. Біль у суглобах, що виникає в кінці дня чи в першу половину ночі.
- 1.2. Біль у суглобах за рахунок розростань, що виникає після механічного навантаження і зменшується у спокої.
- 1.3. Вранішня скутість і скутість після відпочинку з обмеженням рухів.
- 1.4. Фізикально визначають крепітацію, локальну болісність, деформацію в суглобах за рахунок розростань (включаючи вузлики Гебердена та Бушара), припухлість, атрофію навколишніх м'язів.
- 1.5. Загальний аналіз крові в нормі, однак швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) може підвищуватися до 20–25 мм/год.
- 1.6. Показники крові на активність запального процесу без суттєвих змін, у синовіальній рідині цитоз у межах 2000 в 1 мм³ за рахунок мононуклеарів.

2. Рентгенологічні критерії.

- 2.1. Звуження суглобової щілини.
- 2.2. Остеосклероз.
- 2.3. Остеофітоз.
- 2.4. Кісти в кістковій тканині.

3. Магнітно-резонансні критерії.

Можуть бути виявлені морфологічні зміни та повні дефекти в товщині хряща, тканини, але розпізнавання волокнистості цим методом не може здійснюватися.

4. **Комп'ютерно-томографічні критерії** мають мінімальні переваги над звичайною рентгенографією в тих випадках, коли не потрібен аксіальний вид суглоба. Радіоізотопна діагностика вважається неоптимальною в оцінці прогресування хвороби, оскільки вона не оцінює адекватно анатомічні деталі, однак затримка технією в колінному суглобі свідчить про подальшу втрату хрящової тканини у пацієнтів із вираженим ОА.

5. **Ультразвукові критерії** дають змогу для оцінки цілісності хряща і його деградації, але в більшості несучих суглобів хрящ є важкодоступним.

Таблиця 2

Можливі причини болю в суглобах у хворих на ОА і остеохондроз

Внутрішньосуглобові причини:

- підвищення внутрішньосуглобового тиску, спричиненого суглобовим випотом;
- наднавантаження на субхондральну кістку;
- мікропереломи трабекул;
- розрив внутрішньосуглобових зв'язок;
- затискання ворсин синовіальної оболонки;
- розтягнення суглобової капсули, зв'язок;
- розтягнення нервових закінчень у порожості над остеофітами;
- запалення синовіальної оболонки.

Зовнішньосуглобові причини:

- зниження венозного відтоку з подальшим застоєм крові у субхондральній кістці;
- спазм м'язів;
- запалення периартикулярних сухожиль (тендиніт).

Таблиця 3

Критерії діагностики коксартрозу та ОА кисті

А. Критерії діагностики коксартрозу

Варіант 1

Біль у кульшовому суглобі впродовж > ½ попереднього місяця + як мінімум 2 із 3 критеріїв:

- ШОЕ >20 мм/год;
- остеофіти головки стегнової кістки та/чи кульшового суглоба (на рентгенограмі);
- звуження суглобової щілини на рентгенограмі.

Варіант 2

Біль у ділянці кульшового суглоба впродовж ≥2 тиж + як мінімум 3 із 4 ознак:

- зменшення зовнішньої ротації стегна;
- біль при внутрішній ротації стегна;
- ранкова скутість >60 хв;
- вік >50 років.

В. Критерії діагностики ОА кисті

Варіант 1

Біль у дрібних суглобах кисті та ранкова скутість у них впродовж > ½ попереднього місяця + значне збільшення об'єму >1 міжфалангових суглобів.

Варіант 2

Значне збільшення в об'ємі ≥2 суглобів + деформація >1 із 10 суглобів.

Препарати, що модифікують симптоми швидкодіючі		повільнодіючі	
Анальгетики	Хондротину сульфат	Глюкозамін	
Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)	Сполука сої/авакадо	Діацереїн	
Трамадол	Гіалуронова кислота		

Якщо НПЗП і парацетамол не зменшують вираженості болю в суглобах, то можна застосовувати при ОА інколи наркотичний анальгетик трамадол, дозу якого титрують, розпочинаючи з 50 мг/добу і доводять до 150–300 мг/добу. Проте слід уникати тривалого застосування наркотичних анальгетиків (Коваленко В.М. та співавт., 2007).

У разі недостатньої ефективності парацетамолу і високого ризику розвитку побічних реакцій при терапії НПЗП можливе його комбінування з НПЗП у формі гелю, крему чи мазі: на основі ібупрофену, піроксикаму, диклофенаку тощо.

Однак слід уникати комбінування пероральних форм різних НПЗП у зв'язку з можливим ризиком виникнення побічних реакцій, проте додавання трансдермальних форм НПЗП до пероральної терапії може підвищувати її ефективність. При цьому знеболювальна терапія при остеопорозі проводиться лише курсами або за потребою, немає необхідності тривалого її застосування.

В останні роки при ОА в Україні застосовують препарати системної енізимотерапії. Протизапальний і вторинний знеболювальний ефект цих препаратів зумовлений їх позитивним впливом на метаболізм біологічно активних речовин (кініни, інтер-

лейкіни), які вивільнюються в зоні запалення і сприяють підвищенню проникливості судин, розвитку набряків, болю тощо. Ці препарати виявляють протинабрякову властивість (Коваленко В.М., Шуба Н.М. (ред.), 2004; 2008).

Безумовно, глюкокортикостероїди володіють найпотужнішою протизапальною дією, однак їх тривале застосування при ОА не показано. Показанням для місцевого застосування глюкокортикостероїдів при ОА є неефективність НПЗП та персистення запалення навколо суглобових тканин (тендовагіт, бурсит тощо).

При застосуванні глюкокортикостероїдів можливий розвиток атрофії шкіри та підшкірної клітковини, некроз сухожиль (особливо при застосуванні гідрокортизону і триамцинолону). Їх дуже обережно рекомендується призначати при ОА III–IV рентгенологічної стадії.

Хондропротектори показані незалежно від рентгенологічної стадії, але їх призначення необхідно узгодити з ортопедом-травматологом.

Лікування ОА наведено в **табл. 5**.

Рекомендації експертів з лікування ОА наведені в **табл. 6**.

Слід відзначити, що парацетамол у дозі 4 г/добу — ефективний і безпечний засіб, пероральний анальгетик першого ряду при слабпомірному больовому синдромі. Але при його неефективності перевагу надають іншим НПЗП перорального тривалого застосування. Отже, запропоновані науково-практичні рекомендації необхідно застосовувати при ОА кульшових суглобів.

Рекомендації EULAR (European League Against Rheumatism — Європей-

ська антиревматична ліга) щодо лікування остеопорозу колінних суглобів та ОА кисті (Jordan K.M. et al., 2003; Zhang W. et al., 2007):

1. Оптимальне лікування колінних суглобів потребує комбінації немедикаментозних і медикаментозних методів.

2. При лікуванні остеопорозу колінних суглобів необхідно враховувати фактори ризику (надмірну масу тіла, механічні фактори, фізичну активність); загальні фактори ризику (вік, поліпрагмазію, коморбідність); рівень інтенсивності болю і функціональних порушень; наявність запального процесу; локалізацію і ступінь структурного ураження.

3. Немедикаментозна терапія остеопорозу має включати навчання пацієнта, фізичні вправи, використання допоміжних засобів (супінатори, фіксатори колінного суглоба тощо) та зменшення маси тіла.

4. Парацетамол для перорального прийому є препаратом першої лінії при тривалому застосуванні.

5. Місцева терапія (НПЗП, капсаїцин) має клінічну ефективність і безпечна.

6. При неефективності парацетамолу застосовують інші НПЗП, включаючи інгібітори циклооксигенази (ЦОГ)-2.

7. Опіоїдні анальгетики є альтернативою НПЗП при остеохондрозі.

8. Модифікуючі засоби сповільненої дії при ОА (глюкозамін, хондротину сульфат, гіалуронова кислота) можуть змінити структуру хрящової тканини.

9. Внутрішньосуглобові ін'єкції глюкокортикостероїдів показані при запальному процесі в колінному суглобі, особливо якщо він супроводжується випотом.

Таблиця 5

Алгоритм 2. Стандарти лікування ОА (Денисюк В.І., Денисюк О.В., 2006)

Крок 1**Етіологічне лікування та нормалізація маси тіла з метою зменшення навантажень на суглоби:**

Навчання хворого, гіпокалорійна дієта, розвантажувальні дні, загальний масаж, спеціальне ортопедичне взуття, лікувальна фізкультура (вправи, спрямовані на укріплення м'язів та розширення обсягу рухів у суглобах), використання випрямлячів (для депу valgum).

Крок 2**Протизапальна і знеболювальна терапія:**

1. **НПЗП:** парацетамол, ібупрофен + парацетамол, диклофенак, тіапрофенова кислота, мелоксикам (15 мг/добу), німесулід (200 мг/добу), целекоксиб (200–400 мг/добу), вальдекоксиб (10–20 мг/добу), рофекоксиб (25–50 мг/добу), які не поглиблюють дегенеративних змін у хрящі; місцево використовуються мазі та гелі (гель на основі диклофенаку, піроксикаму, кетопрофену, ібупрофену, мазь на основі індометацину, які застосовуються 3–4 рази на добу).

2. **Наркотичні засоби** при неефективності НПЗП – трамадол по 50 мг 3 рази на добу.

3. **Глюкокортикостероїди:** триамцинолон, бетаметазон внутрішньосуглобово при вираженій активності процесу.

4. **Внутрішньосуглобові ін'єкції** інгібіторів протеолізу (апротинін), глюкокортикоїду триамцинолону на курс 3–5 ін'єкцій. Рекомендації Американської колегії ревматологів (ACR – American College of Rheumatology) пропонують здійснювати не більше 3–4 ін'єкцій у колінний суглоб протягом 1 року (за необхідності проведення більшої кількості ін'єкцій на рік необхідно розглянути інші варіанти лікування).

Крок 3**Покращення мікроциркуляції у хрящах суглобів:**

- дипіридадол – 150–300 мг/добу;
- пентоксифілін – 0,3 г/добу;
- лазеротерапія.

Крок 4**Проведення терапії, спрямованої на запобігання подальшим дегенеративним змінам і покращення метаболічних процесів у суглобовому хрящі шляхом застосування хондропротекторів (препарати повільної дії):**

- гіалуронової кислоти натрієва сіль по 2 мл внутрішньосуглобово 1 раз на тиждень; на курс – 5 ін'єкцій;
- хондротину сульфат натрію по 500 мг 2–3 рази на добу упродовж 6 міс;
- діацереїн по 1 капсулі 1 раз на добу під час вечери впродовж 2–4 тиж;
- глюкозамін + хондротину сульфат по 1 капсулі 2–3 рази на добу 2 міс;
- глюкозаміну сульфат по 1 пакету 1500 мг 1 раз на добу впродовж 3–6 міс;
- глюкозаміногліканопептидний комплекс по 0,5–1 мл внутрішньом'язово 3 рази на тиждень упродовж 5–6 міс;
- екстракт морських організмів по 2 мл внутрішньосуглобово через 3–4 дні, 5 ін'єкцій з подальшим введенням внутрішньом'язово по 1 мл щоденно впродовж 3 тиж

Крок 5

Ортопедичне лікування сколіозу, плоскостопості. Остеотомія, ендопротезування, артроскопія для промивання суглоба та видалення хрящового детриту. Укріплення м'язів: масаж, лікувальна фізкультура, плавання. Ультразвукова терапія. Проведення рефлексотерапії.

10. Ендопротезування необхідно використовувати у пацієнтів із вираженими рентгенологічними проявами ОА або при нестерпному больовому синдромі із суттєвими функціональними порушеннями.

11. Пероральним знеболювальним засобом першого ряду при ОА є парацетамол (у дозі 4 г/добу, який застосовують тривало).

12. Пацієнтам із підвищеним ризиком гастроентерологічних ускладнень доцільно призначати комбінацію НПЗП із гастропротекторним засобом або селективним інгібітором ЦОГ-2 (коксиби). Пацієнтам із підвищеним кардіоваскулярним ризиком коксиби протипоказані, а неселективний НПЗП доцільно призначати з обережністю.

13. Внутрішньосуглобові ін'єкції пролонгованих глюкокортикостероїдів є ефективними при загостренні ОА кистей, особливо при ураженні зап'ястно-п'ястного суглоба I пальця.

Тактика лікування ОА залежно від активності запального процесу наведена в **табл. 7**.

Критерії якості лікування:

1. Покращання показників ультразвукового дослідження і магнітно-резонансної томографії. Відсутність або істотне змен-

шення вираженості проявів суглобового синдрому, відсутність рецидивів синовіту.

2. Поліпшення якості життя пацієнта.

3. Уповільнення рентгенологічного прогресування процесу, деструктивних змін суглобових хрящів за даними томографії.

Рекомендації на підставі проведених рандомізованих клінічних досліджень (РКД) при ОА:

1. У рекомендаціях EULAR (2003) усі засоби для лікування ОА колінних суглобів діляться на швидкодіючі, повільнодіючі та симптоматичної дії. Симптоматичні засоби швидкої дії (НПЗП), наркотичні анальгетики, глюкокортикостероїди усувають біль і запалення. Однак встановлено, що деякі НПЗП негативно впливають на перебіг ОА (навіть найновіші, можливо, безпечні НПЗП — селективні блокатори ЦОГ-2 — не покращують тривалого перебігу захворювання щодо структурних змін у суглобах порівняно з традиційними НПЗП).

2. Здатні модифікувати перебіг ОА такі препарати: глюкозаміну сульфат, хондроїтину сульфат, діацерейн і галурунова кислота. Відзначимо, що серед цих препаратів лише перші два мають рівень доказовості А.

3. *Глюкозамін* — фундаментальний будівельний матеріал, необхідний для

синтезу глікопептидів, глікозаміногліканів, галурунової кислоти, який також відіграє роль у формуванні суглобових поверхонь, сухожиль, зв'язкового апарату, синовіальної рідини, кісткової тканини, тобто сприяє гальмуванню процесів руйнування суглобового хряща та стимулює його регенерацію. Дослідженнями доведено, що глюкозамін бере участь у синтезі глікозаміногліканів і протеогліканів хондроцитами.

На сьогодні відомі три основні іsole глюкозаміну: глюкозаміну сульфат, глюкозаміну гідрохлорид і N-ацетилглюкозамін. У країнах Європи більш поширений глюкозаміну сульфат, у США переважають засоби (біологічно активні добавки) на основі глюкозаміну гідрохлориду. В усіх РКД використовували оригінальний кристалічний глюкозаміну сульфат.

Клінічну ефективність глюкозаміну сульфату доведено в численних нетривалих дослідженнях, результати яких лягли в основу метааналізів. При аналізі 20 опублікованих досліджень (1966–1999 рр.) зроблений висновок, що глюкозаміну сульфат позитивно впливає на перебіг остеоартрозу (ефективність кваліфікується від помірної до високої). Точний і детальний метааналіз 16 РКД, опублікований у 2001 р.

Таблиця 6

Рекомендації експертів, розроблені в результаті трьох раундів Delphi з немедикаментозного, медикаментозного та хірургічного лікування ОА кульшового суглоба

Оптимальна схема лікування пацієнтів з ОА потребує комбінації немедикаментозного та медикаментозного методів лікування

При лікуванні хворих із коксартрозом слід враховувати:

- наявність факторів ризику ОА кульшового суглоба (ожиріння, дисплазія, несприятливі фізичні фактори, фізична активність);
- наявність загальних факторів ризику (вік, стать, супутні захворювання, супутня медикаментозна терапія);
- вираженість больового синдрому, інвалідизація, функціональна недостатність;
- локалізація та ступінь структурних уражень;
- побажання та очікування пацієнта, пов'язані з лікуванням.

Немедикаментозне лікування пацієнтів із коксартрозом має включати регулярні загальноосвітні програми, фізичні вправи, використання пристосувань (ортопедична стінка, ціпок) і зменшення маси тіла у разі ожиріння чи надмірної маси тіла

Парацетамол у дозі 4 г/добу є ефективним засобом при слабкому та помірному болю (препарат має переваги перед іншими пероральними НПЗП) і тривалому застосуванні

НПЗП необхідно застосовувати в мінімальній ефективній дозі в комбінації з парацетамолом чи у разі непереносимості останнього. При подразненні шлунка краще застосовувати селективні інгібітори ЦОГ-2 (коксиби)

Опіюючі анальгетики в комбінації з парацетамолом чи без нього, можливо, є альтернативою лікування хворих, яким протипоказані НПЗП (у тому числі коксиби) **SYSADOA** (SYmptomatic Slow Acting Drugs for OsteoArthritis) – симптоматичні повільнодіючі препарати (глюкозамін, хондроїтину сульфат, діацерейн, галурунова кислота) – виявляють симптоматичний ефект та низьку токсичність. Недостатньо вивчені

Внутрішньосуглобові ін'єкції глюкокортикостероїдів (під контролем ультразвукового чи рентгенологічного дослідження) можуть бути показані хворим із запаленням, рефрактерним до анальгетиків та НПЗП

Остеотомія та суглобозберігаючі хірургічні операції показані пацієнтам молодого віку із симптоматичним коксартрозом, особливо при наявності дисплазії чи варусної/вальгусної деформації

Артропластика показана пацієнтам із рентгенологічними ознаками коксартрозу з рефрактерним больовим синдромом та інвалідизацією

Таблиця 7

Тактика лікування пацієнтів з ОА

Активність процесу	Профілактика прогресування дегенерації хряща	Зменшення вираженості больового синдрому та ознак синовіту	Поліпшення функції суглоба
Виражене загострення, реактивний синовіт	Розвантаження уражених суглобів	НПЗП, протизапальні мазі Внутрішньосуглобово аprotинін Глюкокортикостероїди Антиагреганти Міорелаксанти Аплікації диметилсульфоксиду з метамізолом натрію Судиннотропні препарати	Ультрафіолетове опромінення в еритемних дозах Ультрависокочастотна терапія Магнітотерапія
Помірне і незначне загострення	Розвантаження уражених суглобів Хондропротектори	НПЗП, протизапальні мазі Антиагреганти Міорелаксанти Аплікації диметилсульфоксиду Судиннотропні препарати	Дециметровхвильова терапія, діадинамічна терапія, терапія синусоїдальними модульованими токами Фонофорез анальгіну, НПЗП, диметилсульфоксиду
Ремісія	Розвантаження уражених суглобів Хондропротектори	Протизапальні мазі Антиагреганти Судиннотропні препарати	Індуктотермія Лазеротерапія Сантиметровхвильова терапія Масаж, санаторно-курортне лікування Теплолікування Електрофорез цинку, літію

у вигляді Кокранівського огляду, показав безпеку і ефективність глюкозаміну сульфату при остеопорозі (Towheed T.E. et al., 2001). У опублікованому в 2005 р. Кокранівському огляді зроблено висновок, що дія різних препаратів глюкозаміну суттєво відрізняється (Towheed T.E. et al., 2005). У тривалому РКД застосували глюкозаміну сульфат в дозі 1500 мг/добу; встановлено, що цей препарат знижував відносний ризик ендопротезування суглобів через 5 років після прийому на 73%.

4. В американському РКД GAIT (Glucosamine/Chondroitin Arthritis Intervention Trial) не вдалося отримати очікуваних певних висновків щодо доказовості ефективності глюкозаміну гідрохлориду в комбінації глюкозаміну з хондроїтину сульфатом. Однак виявлено високу ефективність целекоксибу.

5. На щорічній конференції Американської колегії ревматологів, що відбулась у 2005 р., доповідали про результати РКД GUIDE (Glucosamine Plus-in-Die (Once a Day) Efficacy), проведеного в Іспанії та Португалії. У дослідженні використовували глюкозаміну сульфат у дозі 1500 мг/добу. Отримані результати підтвердили високу симптоматичну активність глюкозаміну сульфату.

6. EULAR у 2003 р. встановила рівень доказовості ІА прийому глюкозаміну сульфату при гонартрозі, а в 2004 р. — підтвердила ефективність терапії для остеопорозу будь-якої локалізації. На думку G.H. Guyatt (1998), лікарям потрібно інтегрувати результати з найвищим ступенем доказовості ефекту за власним клінічним досвідом і поглядами та рухатися від доказів до дій.

7. Результати великого РКД (у 39 країнах, обстежено 13 тис. пацієнтів) свідчать, що целекоксиб у дозі 200 мг/добу і 400 мг/добу ефективний при остеопорозі, як і неспецифічні НПЗП.

8. Контрольовані РКД свідчать, що клінічна ефективність старих і нових НПЗП однакова.

9. EULAR, що вивчає лікування ОА колінних, кульшових суглобів і суглобів кистей, рекомендує застосовувати хондроїтину сульфат, глюкозамін (глюкозаміну сульфат та глюкозаміну сульфат натрію хлорид), сполуки авокадо/сої та препарати гіалуронової кислоти при цьому захворюванні.

Профілактика ОА розроблена недостатньо. У дитячому віці проводиться рання діагностика дисплазії кульшових суглобів та корекція цієї патології, закріплення правильної пози за шкільною партою з метою усунення сколіозу, носіння супінаторів при виявленні симптомів плоскостопості, ортопедична корекція вроджених чи

набутих вад статички і постави. Слід рекомендувати особам віком старше 40 років стежити за масою тіла, під час роботи уникати фіксованих поз, не допускати перевантаження суглобів, займатися фізкультурою. Необхідно радити проводити загальнофізичні заходи, спрямовані на покращання загального кровопостачання і поліпшення обміну речовин (МОЗ України, 2006; Насонов Е.Л. (ред.), 2006; Насонов Е.Л., Насонова В.А. (ред.), 2008).

Фізичні вправи при остеопорозі сприяють зменшенню вираженості болю та збереженню функціональної активності суглобів. Таким пацієнтам корисна їзда на велосипеді, плавання та пішохідні прогулянки. Біг та підйом по драбині не бажані. При остеопорозі з ураженням колінних суглобів використовують вправи для укріплення м'язів стегна, що призводить до достовірного зменшення вираженості болю. Хворі мають зберігати нормальну масу тіла з позиції механічного розвантаження суглобів, а також профілактики серцево-судинних захворювань.

Список використаної літератури

- Денисюк В.І., Денисюк О.В. (2006) Доказова внутрішня медицина: таємниці, стандарти діагностики та лікування. ДКФ, Вінниця, 704 с.
- Коваленко В.М., Борткевич О.П., Проценко Г.О., Лисенко І.В. (2007) Комбіноване лікування остеоартрозу. Методичні рекомендації. Київ, 28 с.
- Коваленко В.М., Шуба Н.М. (ред.) (2004) Номенклатура, класифікація, критерії діагностики та програми лікування ревматичних хвороб. Київ, 156 с.
- Коваленко В.М., Шуба Н.М. (ред.) (2008) Практичні навички в ревматології: Навчальний посібник. МОРИОН, Київ, 256 с.
- МОЗ України (2006) Наказ від 12.10.2006 р № 676 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ревматологія» (<http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=6341>).
- Насонов Е.Л. (ред.) (2006) Клинические рекомендации. Ревматология. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 288 с.
- Насонов Е.Л., Насонова В.А. (ред.) (2003) Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. Литерра, Москва, 507 с.
- Насонов Е.Л., Насонова В.А. (ред.) (2008) Ревматология: Национальное руководство. ГЭОТАР-Медиа, Москва, 720 с.
- Поворознюк В.В. (2004) Остеоартроз. Мистецтво лікування, 3: 16–23.
- Свінціцький А.С., Яременко О.Б., Пузанова О.Г., Хомченкова Н.І. (2006) Ревматичні хвороби та синдроми. Довідник. Книга Плюс, Київ, 680 с.
- Середюк Н.М. (2009) Внутрішня медицина: підручник. Медицина, Київ, 1104 с.
- Guyatt G.H. (1998) Evidence-based management of patients with osteoporosis. J.Clin. Densitom., 1(4): 395–402.
- Jordan K.M., Arden N.K., Doherty M. et al. (2003) EULAR Recommendations 2003: an evidence

based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCIIT). Ann. Rheum. Dis., 62: 1145–1155.

Kellgren J.H., Lawrence J.S. (1957) Radiological assessment of osteo-arthritis. Ann. Rheum. Dis., 16: 494–502.

Towheed T., Maxwell L., Anastassiades T.P. et al. (2005) Glucosamine therapy for treating osteoarthritis. Cochrane Database Syst. Rev., (2): CD002946.

Towheed T.E., Anastassiades T.P., Shea B. et al. (2001) Glucosamine therapy for treating osteoarthritis. Cochrane Database Syst. Rev., (1): CD002946.

Zhang W., Doherty M., Leeb B.F. et al. (2007) EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis — report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCIIT). Ann. Rheum. Dis., 66: 377–388.

Остеоартроз: стандарти діагностики и лечения согласно результатам доказательной медицины

В.И. Денисюк, Е.В. Денисюк

Резюме. В статье освещены актуальные вопросы современных методов диагностики и лечения остеоартроза (остеоартрита) с учетом рекомендаций доказательной медицины. Особое внимание уделено тактике лечения и результатам проведенных рандомизированных исследований.

Ключевые слова: остеоартроз, стандарты диагностики и лечения, доказательная медицина.

Osteoarthritis: standards of diagnostics and treatment according to recommendations of evidence-based medicine

V.I. Denisjuk, E.V. Denisjuk

Summary. In the article the questions concerning modern methods of diagnostics and treatment of osteoarthritis are elucidated according to recommendations of evidence-based medicine. Special attention concentrated on the treatment management and results of the conducted randomized clinical trials.

Key words: osteoarthritis, standards of diagnostics and treatment, evidence-based medicine.

Адреса для листування:

Денисюк Віталій Іванович
21030, Вінниця, а/с 6449