

ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ АРТРОЗІВ

E. Maheu
Principes therapeutiques generaux des arthroses
La Revue du Praticien, 1996; 46: 2218–2224¹

Донедавна артроз вважали фатальним захворюванням, яке прогресує з віком і якому не можна зарадити. Таке уявлення загалом пояснює відсутність інтересу до тих нечисленних досліджень у цьому напрямі, які проводилися клініцистами і фармакологами у минулому. Проте за останнє десятиріччя ситуація змінилася.

Суглобовий хрящ — аморфна, нібито “нежива” тканина. Таке уявлення призводило до переконання, що деструктивні процеси в хрящі неминуче закінчуються його руйнуванням. Недавні фундаментальні дослідження ґрунтовно змінюють уявлення про цю патологію:

- ◆ Старіння суглоба і артроз — це не синоніми; артроз більше не вважають фатальним захворюванням.
- ◆ Суглобовий хрящ — жива тканина, яка не лише зазнає деструкції, але й здатна регенерувати. Хондроцити — повноцінні клітини, вони повністю контролюють анаболічні і катаболічні процеси в суглобовому хрящі.
- ◆ Правильніше говорити про “артрозну хворобу”, а не артроз, як ізольований процес, хоча спроби дати визначення артрозу як хвороби наштовхуються на певні перешкоди. Доцільно вживати просте і послідовне визначення артрозу як патологічного процесу, при якому наявна група патологічно змінених ділянок хряща і прилеглої кістки, в яких порушена рівновага між процесами деградації і синтезу, що призводить до деструкції хряща і характерної перебудови субхондральної кісткової пластинки.
- ◆ Існує ланцюг біохімічних реакцій, який призводить до певних гістологічних змін у хрящі, характерних для артрозу. Специфічне лікування артрозу повинне включати медикаменти, для яких мішенню були б перетворення на молекулярному рівні (їх стимуляція або інгібування). Це визначає шляхи подальших досліджень фармакологів.

Основним компонентом міжклітинної речовини хряща є колагенові волокна з високим вмістом протеогліканів. Зв’язуючись з гіалуроновою кислотою, протеоглікани утворюють високомолекулярні сполуки, які утримують воду в тканині. Клітини хряща, хондроцити, хоч діляться дуже повільно, проте є метаболічно дуже активними. Завдяки цьому постійно поновлюється кількість протеогліканів у хрящі. У нормі метаболічний гомеостаз підтримується факторами росту, які стимулюють синтез колагену і протеогліканів, та цитокінами, які індукують продукцію металопротеаз, колагеназ і тіолопротеаз, відповідальних за деградацію білків міжклітинної речовини. Цитокіни впливають на клітини-мішені автокринним або паракринним шляхом, діючи на мембранні рецептори. Серед речовин цієї групи в процесі деструкції хряща найбільше значення мають інтерлейкін 1 (IL1) і фактор некрозу пухлин α (TNF α). Хондроцити беруть участь в регуляторному процесі, продукуючи тканинні інгібітори металопротеаз (TIMP), цитокінів, розчинні фракції рецепторів TNF α , інтерлейкінів тощо. При артрозі хондроцити мають збільшену кількість рецепторів до IL1 і TNF α . Натомість фактори росту (інсуліноподібний фактор росту, трансформуючий фактор росту β та ін.) інгібують деградацію хряща.

¹ Використано також статтю S. Poiraudou et al. Degradation du cartilage et inflammation articulaire. La Revue du Praticien, 1996; 46: 2180–2185

На початковій стадії артрозу відзначають збільшення вмісту води в міжклітинній рідині. У відповідь на це зменшується вміст протеогліканів. На цій стадії збільшується концентрація цитокинів, які стимулюють продукцію протеаз, що прискорюють розпад білків міжклітинної речовини. Як реакція, починається транзиторний епізод репарації під впливом факторів, які стимулюють синтез білка. Проте цей процес неефективний, оскільки новоутворені протеоглікани мають малу спроможність до агрегації.

При суттєвій деструкції хряща настає відторгнення окремих його фрагментів, що спричинює запалення з вторинним синовіітом. Остаточо не з'ясовано, чи синовііт відіграє якусь роль в процесі деструкції хряща при артрозі. НСПЗП та інгібітори TNF α пригнічують запалення, проте не запобігають руйнуванню хряща. Натомість його сповільнюють антитіла, які зв'язують інтерлейкіни і не мають суттєвого впливу на запалення. Мало того, трансформуючий фактор росту β має хондропротекторні властивості, проте сприяє запаленню.

Типи перебігу артрозу

- ◆ Швидкий хондроліз або деструктивний артроз із швидким прогресуванням, що призводить до тотальної деструкції суглобового хряща впродовж 6–24 місяців
- ◆ Артроз із повільним прогресуванням без явних загострень (присупів)
- ◆ Артроз, при прогресуванні якого загострення (періоди хондролізу) чергуються з періодами стабільності

Водночас досягнуто суттєвого прогресу у вивченні клініки та епідеміології артрозу, що дало змогу вдосконалити класифікацію цієї патології та накреслити основні напрями лікування хворих на артроз, первинної медикаментозної профілактики і хірургічного лікування. Нині можна і необхідно твердити, що **артроз — захворювання, яке можливо лікувати.**

Основні цілі лікування

Метою лікування хворих з артрозом є досягнення полегшення симптоматики, зумовленої анатомічними змінами суглоба, і поліпшення його функції, відповідно і якості життя пацієнта в цілому. Важливо зменшити біль і тугорухомість суглобів, досягти стихання запального процесу, водночас збільшити рухомість і стабільність суглоба. Кінцевою метою лікування є поліпшення спроможності пацієнта займатися його повсякденною діяльністю. Важливим є усвідомлення хворим і його близькими суті хвороби і її лікування, а також проведення корекції можливих психоафективних розладів. У зв'язку з тим, що артроз — це хронічна хвороба, яка повільно прогресує протягом багатьох років, доцільним варіантом є самостійне лікування пацієнта під контролем лікаря.

Принципи лікування

Незважаючи на гетерогенність артрозів, методи їх лікування не відзначаються різноманітністю. Запропоновані терапевтичні схеми відрізняються одна від одної залежно від топографії ураження (коліно, кульшовий суглоб, рука, хребет, генералізований артроз), типу захворювання (ідіопатичний чи вторинний, внаслідок іншого захворювання, яке потребує лікування), стану на момент діагностики, прогностичних факторів та обставин життя пацієнта.

Завдання лікаря при веденні хворого з артрозом

1. Діагностика артрозу на якомога більшій ранній стадії, коли ще можна сподіватися уникнути суттєвого руйнування хряща.
2. Оцінити вираженість болю та функціональних розладів та вплив хвороби на психо-соціальний статус і фахову діяльність.
3. Оцінити швидкість прогресування хвороби, тобто швидкість деградації хряща.
4. Виявити фактори ризику прогресування артрозу, на які можна вплинути.
5. Підібрати лікування, враховуючи зручність для пацієнта, особливості перебігу хвороби і прогностичні фактори.

Слід проводити індивідуалізоване комплексне лікування, яке враховує особливості основного і фонових захворювань (артеріальна гіпертензія, серцеві захворювання, виразки травного каналу, ниркова недостатність тощо) і яке охоплює усі доступні засоби, а не лише медикаментозне лікування.

Можна виділити такі три рівні лікування артрозу:

Первинна профілактика

Її метою є виявлення факторів ризику і прогресування артрозу, а відтак, по можливості, їх усунення.

Загальні фактори ризику: вік, стать (артроз колінного і міжфалангових суглобів частіше трапляється в жінок), етнічна група. На них вплинути неможливо.

Загальні фактори ризику, на які в майбутньому можна буде вплинути: певна генетична схильність або деякі метаболічні чи гормональні особливості.

Фактори, що сприяють виникненню захворювання: дисплазія колінного або кульшового суглобів — її можна коригувати хірургічним шляхом тоді, коли біль щойно з'явився, ще до розвитку артрозу; артропатії, які повинні бути специфічно ліковані ще до стадії ураження суглобового хряща.

Фактори, що зумовлюють перевантаження суглоба (професійні або спортивні) і повторні мікротравми. На них можна вплинути, проте їх роль при різних типах артрозів ще недостатньо вивчено. Деякі професії особливо сприяють виникненню артрозу певних суглобів: заняття городництвом супроводжується ризиком коксартрозу; артроз суглобів пальців суттєво частіше трапляється серед жінок, професійна діяльність яких пов'язана з повторними щипальними рухами (кухарі, робітниці текстильної промисловості); доволі рід-

◆ Артроз найчастіше виникає в жінок у менопаузі або в таких, які перенесли видалення яйників. Проте протекторну роль естрогенів для профілактики цього захворювання не доведено.

◆ Припускають, що у виникненні артрозу при ожирінні відіграють роль метаболічні розлади, характерні для цього стану, які призводять до порушення мінералізації кістки.

◆ Доведено корелятивний зв'язок між гонартрозом і артеріальною гіпертензією, гіперхолестеринемією і гіперглікемією.

Діагностика гострого запалення ураженого суглоба при артрозі

В анатомічному аспекті запалення суглоба означає синовіт, який клінічно проявляється класичними симптомами запалення. Є аргументи за взаємозв'язок між запаленням суглобу при артрозі і незворотним руйнуванням хряща. Тому важливо діагностувати запалення якомога раніше, щоб запобігти незворотним змінам. У повсякденній практиці розпізнати цей стан при артрозі можна на підставі таких критеріїв:

1. Наявність внутрішньосуглобового випоту (добре помітно в колінному суглобі)
2. Наявність об'єктивних ознак запалення: гіперемія, локальна гіпертермія, припухлість (легко помітні при ураженні суглобів пальців)
3. Біль, який характеризується одним або кількома такими критеріями:
 - ◆ раптова зміна інтенсивності
 - ◆ пробудження хворого вночі внаслідок болю
 - ◆ ранкова скутість, яка триває понад 15 хв.
 - ◆ виникає відразу при навантаженні на суглоб, а не лише після його тривалої роботи

кісний артроз ліктьового суглоба трапляється в робітників, які працюють з відбійним молотком. Повідомляють також про підвищену частоту коксартрозу серед професійних танцюристів і каратистів, що особливо впадає у вічі при захворюванні в молодому віці. Професійні дзюдоїсти часто страждають від ураження суглобів пальців. Спортивна ходьба сприяє артрозу гомілково-ступневого суглобу і коксартрозу.

Травми, внаслідок яких може розвинутися артроз: прямий удар у колінну чашечку або палець, розтягнення або розрив зв'язок із подальшою нестабільністю суглоба (колінного, гомілково-ступневого), перелом вертлужної западини тощо.

Ожиріння: у всіх проспективних епідеміологічних дослідженнях виявлено, що надмірна маса тіла є суттєвим фактором ризику виникнення та/або прогресування гонартрозу. Схуднення є найважливішим компонентом лікування цих пацієнтів, воно безпосередньо впливає на прогресування артрозу і функціональний результат протезування.

На первинній профілактиці артрозу ми ще зупинимся, оскільки це захворювання є суттєвою проблемою охорони здоров'я, вирішення якої потребує заходів громадських і державних організацій, а не лише медиків.

Вторинна профілактика

Вона полягає в застосуванні всіх доступних засобів, спроможних запобігти поєві або сповільнити прогресування ураження суглобів. Організація вторинної профілактики передбачає якомога ранішу діагностику артрозу, ретельний контроль динаміки захворювання, цілеспрямоване лікування.

Розвиток візуалізаційних методів дослідження та вдосконалення інтерпретації їх результатів, насамперед рентгенографії, перспективи виявлення в найближчому

майбутньому біологічних маркерів є передумовами виконання двох перших завдань. Просте вимірювання суглобової щілини із застосуванням міліметрової лінійки, лупи і стандартних знімків обох колінних суглобів і таза у фронтальній проекції дає змогу оцінити динаміку її звуження, що відображує об'єктивний стан хряща.

Потенційних цілей для медикаментозного лікування артрозу багато. Новітні досягнення фармакології і консенсус щодо ефективності препаратів створюють ґрунт для багатообіцяючих досліджень. Нині розробляються медикаменти, призначені для різноспрямованого лікування артрозу. Вивчають також можливий вплив на уражений суглоб препаратів, які вже застосовують для лікування іншої патології.

Слід також звернути увагу на фізичні методи лікування, які зменшують навантаження на уражений суглоб та підтримують у доброму стані його рухомість та мускулатуру. Припускають, що усунення навантаження на суглоб, рухи в якому викликають біль, або в якому виникає запальний процес, дає змогу сповільнити хондроліз і зберегти хрящ. Це становить особливий інтерес при деструктивних артрозах із швидким прогресуванням (упродовж 6—24 місяців) на противагу тим випадкам, коли захворювання прогресує повільно впродовж багатьох років.

Третинна профілактика

Вона полягає у неперервному лікуванні хворих на артроз. Це симптоматичне лікування болю і функціональних розладів. Численні праці останнім часом розглядають больовий фактор при артрозі і пропонують різноманітні підходи до лікування болю, які не обмежуються лише призначенням анальгетиків і нестероїдних протизапальних препаратів. Усі дослідники сходяться на думці, що фактично всі терапевтичні заходи (не лише медикаментозні) зменшують больовий синдром. Психологічні чинники та оточення відіграють суттєву роль у формуванні феномену болю та в негативному ставленні до труднощів. Тому вплив на тривогу, депресію або навіть лише соціальна адаптація є суттєвими й ефективними заходами. Американські дослідницькі групи довели, що адекватне інформування пацієнтів через телефон або шляхом регулярного щомісячного контакту з прикріпленим медичним персоналом суттєво поліпшують самопочуття і функціональну спроможність хворих.

Треба також сказати, що останніми роками з'явилася нова категорія медикаментів з пролонгованим симптоматичним антиартрозним ефектом тривалістю до 2 років. Ці ліки зменшують біль і поліпшують функціональну спроможність пацієнта. Їх дія виявляється пізніше, але вона триваліша, ніж дія анальгетиків і нестероїдних протизапальних препаратів. Однією з переваг таких препаратів є можливість заміни ними нестероїдних протизапальних препаратів, які значно токсичніші, зокрема при лікуванні осіб похилого віку, що приймають багато інших медикаментів.

Лікувальні підходи

Види сучасного лікування подано в таблиці 1.

Немедикаментозне лікування

Психологічна та соціальна допомога. Ізоляція, в яку потрапляють хворі з артрозом, що переважно є людьми похилого віку, депресія і тривога, від яких вони часто страждають, є, без сумніву, важливими детермінантами болю і функціональних розладів, які виникають на фоні артрозу. Негативне ставлення до інвалідності породжує уявлення про немічність власного тіла, що теж належить до психологічних факторів. Саме це пояснює позитивні результати інформування пацієнтів про характер хвороби, її перебіг і засоби лікування. Цю думку підтримують і недавні дослідження зі щомісячними дзвінками до пацієнтів медичним персоналом, який цікавиться їхнім станом. Сім'я, члени якої правильно поінформовані, теж може

Таблиця 1.
Різні підходи до лікування артрозу

Навчання пацієнта	Програми пояснення суті і формування сприйняття хвороби
Контакти (з медичним персоналом)	Регулярні телефонні дзвінки або інша форма контакту
Фізичні вправи	Поліпшення загального стану; зменшення маси тіла при її надміру; ходіння; виконання фізичних вправ, адаптованих до локалізації уражених суглобів; зміцнення окремих груп м'язів (напр., чотириголового м'яза стегна при гонартрозі); гідротерапія та інші види лікування, які проводить кінезотерапевт
Місцева терапія з метою зменшення навантаження на суглоб	Ортези для відпочинку або праці (напр., для великих пальців рук); підошви, які пом'якшують удари (струс); користування паличкою з контрлатерального боку при ураженні суглобів нижньої кінцівки; інші форми підтримки при ходінні
Місцева медикаментозна терапія	Інтраартикулярне введення кортикостероїдів; періартикулярне введення кортикостероїдів; гелі або пов'язки для місцевого застосування; інтраартикулярне введення гіалуронової кислоти
Загальна медикаментозна терапія	Симптоматичне лікування швидкодіючими препаратами: анальгетиками, нестероїдними протизапальними препаратами; симптоматичне лікування препаратами з віддаленим тривалим ефектом; лікування депресії
Хірургічне лікування	Артроскопічний лаваж суглоба; коригуюча остеотомія при вальгусних або варусних деформаціях; протезування суглобів

допомогти ліквідувати ізоляцію хворого і підтримувати його соціальну активність. Навіть такі прості і безпечні заходи дають змогу поліпшити загальний стан пацієнта і зменшити прийом медикаментів, а отже, і потенційний ризик, пов'язаний з ними.

Навчання і фізичне тренування. Ці заходи мають фундаментальне значення. Вони скеровані на підтримання рухомості суглоба, його гнучкості, сили м'язів, і, отже, на сповільнення обмеження активності пацієнта. Для цього потрібно навчити хворого, які фізичні вправи корисні, а які шкідливі для ураженого суглоба. Наприклад, їзда на велосипеді корисна при коксартрозі, проте її не рекомендують при гонартрозі, як і ходіння вгору і вниз по сходах.

Рекомендують міні-програми з конкретною метою поліпшення певного виду активності, особливо ходіння (збільшення радіуса прогулянок при ураженні суглобів нижніх кінцівок) із самостереженням за змінами стану. Лікар повинен оцінити важкість інвалідності кожного хворого на основі його повсякденної активності, розпитати, якій діяльності найбільше перешкоджає ураження суглоба, та розробити програму навчання пацієнта, щоб ослабити це обмеження активності. У періоди стихання болю можна додатково призначити лікувальну фізкультуру — вправи, які зміцнюють періартикулярні м'язи (напр., чотириголовий м'яз стегна при гонартрозі) та масаж. Слід точно встановити режим

процедур (2—3 на тиждень), поступовість збільшення навантаження та необхідність невеличкості вправ. Пацієнт повинен чітко знати, який тип вправ йому рекомендовано та на основі яких критеріїв він може оцінити ефективність занять. Іноді користь дають теплові процедури та гідротерапія. Перед оцінкою ефективності лікування необхідно впевнитись у точності дотримання пацієнтом рекомендацій.

При лікуванні пацієнтів з гонартрозом, у яких підвищений індекс “вага — зріст”, слід звернути увагу на заходи щодо зменшення маси тіла, що сприяє стабілізації захворювання або дає змогу сповільнити його прогресування.

Ортопедична допомога. При ураженні суглобів нижніх кінцівок та хребта хворому значно легше ходити при використанні деяких допоміжних засобів. Корекція статичних аномалій стопи (плоска або порожниста стопа, вальгусна деформація п'яtkової кістки та ін.) досягається носінням зручного взуття з еластичними підшвами.

Користь від користування паличкою контрлатерально до ураженого суглоба давно доведено. Проте в епоху, коли в культурі домінує зовнішність, запропонувати хворому такий простий, дешевий та ефективний засіб лікування дуже важко. Більшість хворих сприймають паличку як несправедливе покарання. Вони вважають, що вона — перехідний етап до інвалідного крісла. Слід переконати пацієнта, що паличка суттєво зменшує навантаження на суглоб, і ми рекомендуємо її, враховуючи його ж інтереси, оскільки в напружений день, при тривалих прогулянках така допомога сповільнює прогресування захворювання, особливо на стадіях, які супроводжуються болем. Зрештою, кожен хворий мусить сам вирішити, користуватись йому паличкою чи ні.

Не слід забувати про численні допоміжні апарати з термопластичних матеріалів (ортези), призначені для відпочинку або активної діяльності, які полегшують функцію уражених суглобів. Це особливо важливо при ризартрозі² та ураженні міжфалангових суглобів пальців рук і ніг.

Місцеве лікування. Іноді при болю в суглобах або періартикулярних зонах полегшення дають фізіотерапевтичні процедури, зокрема, теплові аплікації або йонофорез із протизапальними гелями. Деякі хворі старшого віку охоче одягають бандажі або наколінники, що дає їм відчуття безпеки. Наколінники особливо корисні при феморо-тибіальному гонартрозі³ та нестабільності колінного суглоба. Допоміжні пристосування, що фіксують надколінник, ефективні в лікуванні надколінкового синдрому з передньою гональгією⁴.

Нині є широкий вибір гелів та пов'язок із нестероїдними протизапальними препаратами, призначених для лікування артрозу. Ці засоби знайшли своє місце у лікуванні больового синдрому, спричиненого ураженням періартикулярних структур (сухожилля і зв'язки коліна, стегна, зап'ястка та ін.), а також при артрозі дрібних суглобів. Ефективність таких препаратів підтверджено численними дослідженнями. Слід сказати, що багатьом хворим дає полегшення відчуття опори та тепла, які створює локальна аплікація крему.

Закінчення в наступному числі журналу

Nous remercions vivement la rédaction de “LA REVUE DU PRATICIEN”
pour l'autorisation de la réimpression de cet article

² Ризартроз — ураження зап'ястково-п'ясткового суглоба великого пальця руки, як звичайно білатеральне. Виділений у 1937 р. Forestier, найчастіше трапляється в жінок віком понад 40 років.

³ Ураження хряща в колінному суглобі поділяють на феморо-тибіальний і феморо-пателарний артрози, які бувають внутрішніми (медіальними) та зовнішніми (латеральними).

⁴ Надколінковий синдром клінічно проявляється болем у передній частині коліна при тривалому сидінні або ходінні по сходах, особливо донизу.