

ГОНАРТРОЗ: ДИАГНОСТИКА И МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

А. Шенати¹, Ф. М. А. Эль Хвари², Ф. Аль–Бшени³

¹Алжирский университет

²Трипольский университет

³Белорусский государственный педагогический университет им. М. Танка, root@belstu.by

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 [1, 5]. По современным представлениям причиной ГА является дисфункция клеток хрящевой ткани сустава (хондроцитов) [1], 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 [1].

Цель исследования – анализ специальной литературы для определения наиболее актуальных аспектов проблемы первичных (генуинных, идиопатических) ГА.

Результаты исследования и их обсуждение. 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. Частота первичных ГА составляет 38 % всех случаев. Имеются данные о высокой частоте ГА у темнокожего населения и низкой у китайцев. 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 [6].

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 [1]. 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 [1].

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 [1].

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 патогномоничных 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].

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].

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, надко-

ленник), создание психологического тонуса имеют наибольший эффект в улучшении состояния, самообслуживания, качества жизни [2, 4].

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 [3].

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. 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.

Выводы. 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 // *Consilium medicum*. – 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. Ондришик, Б. Гёмер. М.: Медицина, 1989. – 224 с.
6. 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.
7. Ayrál, X. Arthroscopic evaluation of chondropathy in osteoarthritis of the knee. // X. Ayrál, M. Dougados, V. Listrat et al. / *J. Rheumatol.* – 1996, 23 – P. 698 – 706.