

УДК 616.72—007.248—08



С.П. Гапонюк, П.П. Очман, В.М. Чебукін

## Досвід лікування хворих на гонартроз

Дорожня клінічна лікарня на ст. Дніпропетровськ  
Придніпровської залізниці

**Ключові слова:** остеоартроз, гонартроз, комплексне лікування.

Остеоартроз — найпоширеніше хронічне дегенеративно-дистрофічне захворювання суглобів, яке зазвичай має прогресуючий перебіг, супроводжується періодичними загостреннями, обмеженням працездатності, погіршенням якості життя і зрештою призводить до інвалідності [1]. За даними різних авторів, на остеоартроз хворіє від 12 до 20% населення світу [7]. Найчастіше ураження суглобів спостерігаються в осіб працездатного віку (40–60 років). Частота випадків тимчасової та постійної непрацездатності хворих на остеоартроз у зв'язку з вираженим больовим синдромом протягом останніх десятиліть зросла [4, 9], тому прогнозування можливого ризику виникнення цього захворювання, своєчасна діагностика та профілактика розвитку хвороби є актуальною проблемою.

Серед чинників ризику виникнення остеоартрозу 50,5% припадає на травми, запальні процеси та різні захворювання, 43% — на дисплазії кісткової та хрящової тканини, у 6,5% випадків причини виникнення дегенеративно-дистрофічного процесу є невизначеними [2].

Гонартроз є найчастішою (75% випадків) формою остеоартрозу кінцівок. Основна причина гонартрозу — невідповідність між механічним навантаженням на суглобовий хрящ та його можливістю витримувати таке навантаження, що зумовлює дегенерацію і деструкцію хряща [8]. У 75% випадків діагностують ізольований остеоартроз в медіальному тібіофemorальному відділі суглоба та його комбінацію з остеоартрозом у пателофemorальному відділі [3].

Гонартроз класифікують як первинний, якщо він виникає при абсолютному механічному та функціональному перевантаженні суглобів на тлі повного здоров'я, та як вторинний, якщо він виникає після травм, ушкоджень зв'язок, мінісків, операцій, гонитів, як наслідок уроджених дефектів та деформацій [1, 3].

Метою роботи було вивчення загальної ефективності комплексного методу лікування хворих

на гонартроз, встановлення причини незадовільних результатів лікування, виникнення і швидкого перебігу захворювання.

### Матеріали та методи

Нами проаналізовано результати комплексного лікування 312 хворих на гонартроз, які перебували на стаціонарному лікуванні в ортопедичному відділенні Дорожньої лікарні на ст. Дніпропетровськ Придніпровської залізниці з 2005 до 2007 року.

Жінок було 186 (59,7%), чоловіків — 126 (40,3%). Середній вік жінок — 49,6 року, чоловіків — 52,3 року. Первинний гонартроз діагностовано у 136 (74%) жінок і 65 (51%) чоловіків, вторинний — відповідно у 50 (25,8%) та 61 (49%), двобічний гонартроз — у 134 (42,9%) хворих, з яких 120 (90%) мали II–III ст. захворювання. I ст. захворювання діагностовано у 135 пацієнтів, II ст. — у 119 і III ст. — у 58.

У 58 хворих на гонартроз захворювання супроводжувалося синовіітом (27 жінок та 31 чоловік). У 19 пацієнтів він був спричинений попередньою травмою, у 24 — тривалим загостренням, у 15 хворих синовііт мав рецидивуючий характер.

Серед супутніх захворювань переважали гіпертонічна хвороба (96 пацієнтів), варикозна хвороба нижніх кінцівок (84), захворювання травного каналу (63), ожиріння I–III ст. (167). Такі чинники ризику, як тяжкі умови праці, тривала ходьба, статичне перевантаження, мали в анамнезі 32 (17,2%) жінки та 63 (50%) чоловіки.

Перше звернення до лікаря відбулося через 1 місяць — 3 роки від початку захворювання, звернення до лікаря від початку загострення (при встановленому діагнозі гонартроз) — через 3 дні — 2 місяці.

Метою лікування гонартрозу ми вважали зменшення больового синдрому, відновлення чи поліпшення функції суглобів, запобігання прогресуванню хвороби. Ми використовували схему комплексного лікування, яка включала медикаментозні та немедикаментозні (фізіотерапія, орто-

педичні заходи, лікувальна фізкультура, санаторно-курортне лікування) методи.

Усім хворим було проведено загальноклінічні, біохімічні, рентгенологічні дослідження, деяким — комп'ютерну томографію (КТ), магнітно-резонансну томографію (МРТ), сонографію та артроскопію.

**Фармакотерапія**

1. Нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) мають виражену протизапальну дію, зумовлену пригніченням активності циклооксигенази (ЦОГ) — ключового ферменту метаболізму арахідонової кислоти. Диклофенак натрію («Диклоберл», «Наклофен», «Вольтарен») вважається «золотим стандартом» лікування хворих на остеоартроз [8]. Препарати цієї групи вводили внутрішньом'язово один раз на добу протягом 5–7 днів.

Німесулід («Німесил», 100 мг) — селективний інгібітор ЦОГ-2, який практично не впливає на синтез ЦОГ-1 та має істотно менший відсоток негативних побічних ефектів з боку травного каналу. «Німесил» призначали по одному-два пакетики на добу впродовж 7–10 днів залежно від інтенсивності больового синдрому. В подальшому використовували «Диклоберл-ретард» у підтримувальній дозі (1 капсула на добу).

Місцево використовували нестероїдні протизапальні гелі («Дип-реліф гель», «Фастум-гель», «Диклак – 5%») три рази на добу впродовж усього курсу лікування (14 днів). Хворим з II-III ст. гонартрозу було рекомендовано продовжити місцеве лікування в амбулаторних умовах.

2. Глюкокортикоїди використовували тільки при супутньому синовіїті та інтенсивному стійкому больовому синдромі. Системне застосування глюкокортикоїдів недоцільне через низьку ефективність і розвиток важких ускладнень, тому препарати цієї групи застосовували внутрішньосуглобово, параартикулярно (дексиметазон, «Кенолог-40», «Дипроспан», «Флостерон») та місцево (електрофорез з гідрокортизоном). Ураховуючи катаболічну дію глюкокортикоїдів на суглобовий

хрящ, пропонуємо вводити засоби пролонгованої дії не частіше одного разу на три місяці.

3. Хондропротектори — група препаратів, що містять природні компоненти хрящової міжклітинної речовини (гіалуринова кислота, глюкозамінсульфат і хондроєтинсульфат). Вважають, що хондропротектори мають не лише симптоматичну дію, а за умов довготривалого використання уповільнюють прогресування захворювання [6]. «Остеніл», «Синвіск», «Гіалган», «Синохром», «Алфлутоп» використовували внутрішньосуглобово, відповідно до рекомендацій виробників. Внутрішньом'язово вводили «Алфлутоп», «Мукосат». Пероральні хондропротектори («Структум», «Терафлекс», «Дона») рекомендували всім хворим як базисну терапію впродовж 6 місяців.

4. Загальнозміцнюючі засоби, препарати кальцію, вітаміни (аскорбінова кислота, «Нейровітан» тощо) призначали всім пацієнтам.

5. Судинні препарати для поліпшення кровообігу в кінцівках («Детралекс-ескузан», «Троксевазин», «Реополіглюкін», пентоксифілін) призначали всім пацієнтам із супутньою варикозною хворобою.

6. Гастропротектори призначали для запобігання гастроінтестинальній побічній дії НПЗЗ. Застосовували «Опразол» у дозі 1–2 таблетки на добу залежно від наявності в анамнезі захворювань травного каналу.

**Немедикаментозні методи**

1. Ортопедичні заходи є невід'ємною частиною комплексного лікування.

Для розвантаження суглобів використовували милиці, ціпки, напівліжковий режим, а також наколінники, еластичні підтримуючі пов'язки, устілки-супінатори, що коригують довжину кінцівок.

2. Фізіотерапія: ундатерм, дарсанваль, ультразвук, фонофорез нестероїдних протизапальних гелів і гідрокортизону, електрофорез місцевих анестетиків та кальцію, електростимуляція м'язів, озокерит, бішофіт.

Таблиця ефективності лікування

Ступінь захворювання	Жінки				Чоловіки				Усього
	Значне поліпшення	Помірне поліпшення	Незначне поліпшення	Без змін	Значне поліпшення	Помірне поліпшення	Незначне поліпшення	Без змін	
I	60	5	3	0	60	4	3	0	135 (43,3%)
II	71	3	3	2	17	12	4	7	119 (38,1%)
III	10	18	4	7	7	4	2	6	58 (18,6%)
Усього	141	26	10	9	84	20	9	13	312 (100%)

3. Лікувальна фізкультура і масаж сприяють посиленню тонусу та сили м'язів нижніх кінцівок, поліпшенню функції суглобів.

4. Санаторно-курортне лікування (Хмільник, Бердянськ, Солоний лиман) було рекомендоване всім хворим у період ремісії.

#### Результати та їхнє обговорення

Комплексне лікування 312 хворих на гонартроз сприяло у 225 (72,1%) хворих стабілізації процесу, істотному зменшенню больового синдрому, поліпшенню статодинамічних характеристик, компенсації функції суглобів. Загальну ефективність лікування оцінювали лікар і пацієнт у балах: значне поліпшення (4 бали), помірне поліпшення (3), незначне поліпшення (2), відсутність ефекту (1) (таблиця).

У всіх випадках помірного та незначного поліпшення стану після лікування (65 осіб) пацієнти мали II-III ст. захворювання. У 37 хворих діагностовані гастроінтестинальні ускладнення, що змусило нас відмінити прийом НПЗЗ або використовувати «Моваліс» внутрішньом'язово після консультації лікаря-гастроентеролога. 18 пацієнтів страждали на варикозну хворобу нижніх кінцівок та хронічну венозну недостатність, що заважало повною мірою застосовувати фізіотерапевтичні заходи і знизило ефективність терапії. 10 хворих страждали на гіпертонічну хворобу, що обмежило використання деяких засобів комплексного лікування. 56 хворих (90%) мали надлишкову масу тіла, 43 – двобічний гонартроз.

У всіх випадках відсутності ефекту від лікування (22 особи) пацієнти мали II-III ст. гонар-

трозу, грубі рентгенологічні зміни, післятравматичні деформації, ожиріння II-III ст. Тривалість захворювання в цій групі становила від 12 до 20 років, середній вік пацієнтів – 58 років.

#### Висновки

1. Комплексне лікування гонартрозу в стаціонарі в 72,1% випадків є високоефективним (спостерігається значне поліпшення стану).

2. На гонартроз частіше страждають жінки у постменопаузальному віці.

3. Чинниками ризику виникнення гонартрозу є надлишкова маса тіла, перенесені травми, оперативні втручання, тяжкі умови праці, супутні захворювання.

4. Несвоєчасне звернення до лікаря ускладнює та подовжує лікування.

5. У більшості випадків гонартроз виникає в одному суглобі. При прогресуванні захворювання до II-III ступеня гонартроз зазвичай поширюється на другий колінний суглоб.

6. Ефективність лікування є вищою у разі одностороннього гонартрозу.

7. Наявність синовііту при гонартрозі подовжує тривалість лікування.

8. Лікування є ефективнішим на ранніх стадіях захворювання.

9. Супутні захворювання заважають повною мірою використовувати заходи комплексного лікування і погіршують його ефективність.

10. При II-III ст. гонартрозу (за наявності стійкого больового синдрому та відсутності ефекту від комплексного лікування) не існує альтернативи операції ендопротезування колінного суглоба.

## Література

1. Гайко Г.В., Бруско А.Т. Сучасні підходи до профілактики та лікування остеоартрозу // Літопис травматології та ортопедії. – 2008. – № 1–2. – 157 с.
2. Гайко Г.В., Бруско А.Т., Лимар Е.В. Остеоартроз – новий підхід до його профілактики // Вісн. ортопедії, травматології та протезування. – 2005. – № 2. – С. 5–11.
3. Казимирко В.К., Коваленко В.Н., Мальцев В.И. Первичный (возрастзависимый, инволюционный) остеоартроз. – К.: Морион 2006. – 113 с.
4. Левенець В.М. Деформирующий артроз – диагностика та лікування // Зб. наук. пр. КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2000. – Кн. 3, вип. 9.
5. Мусатов Х.А., Силин Л.Л., Бровкин С.В. Применение нестероидных противовоспалительных препаратов нового поколения в травматологии и ортопедии // Вестн. травматологии и ортопедии им. Пирогова. – 2002. – № 1.
6. Насонов Е.Л., Алексеев Л.И. Хондроитин сульфат (структум) при лечении остеоартроза: патогенетическое обоснование и клиническая эффективность // Тер. архив. – 2001. – № 11. – С. 87–89.
7. Насонова В.А., Насонов Е.Л. Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний. – М., 2003. – 507 с.
8. Пастернак В.Н., Климовицкий В.Г., Черныш В.Ю., Чирах С.Х. Лечебный комплекс деформирующего артроза крупных суставов // Зб. наук. пр. КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2000. – Кн. 3, вип. 9.
9. Поливода А.Н., Литвиненко А.Г., Вишневский В.А. Артроз: консервативные и хирургические методы в лечении и этапной медицинской реабилитации. – О.: Артопринт, 2007. – 320 с.
11. Шуба Н.М., Ясінська В.А., Іваницька Л.М. Оцінка ефективності препарату Гіалган для лікування хворих на гонартроз // Зб. наук. пр. КМАПО ім. П.Л. Шупика. – 2000. – Кн. 3, вип. 9.

*С.П. Гапонюк, П.П. Очман, В.М. Чебукин*

### **Опыт лечения больных гонартрозом**

Приведены результаты комплексного лечения 312 больных гонартрозом. В 72,1% случаев получен хороший результат. Выявлены причины возникновения и прогрессирования заболевания. Проведен анализ неудовлетворительных результатов лечения.

*S.P. Gaponyuk, P.P. Ochman, V.M. Chebukin*

### **An experience of the treatment of patients with gonarthrosis**

The article presents the results of complex treatment of 312 patients with gonarthrosis. In 72.1% of cases the result was good. The reasons of the disease onset and progression have been revealed. The analysis of unsatisfactory results of treatment has been conducted.