

**КОЛЕСНИКОВ М.А.**

Казанский государственный медицинский университет

## Лечение гонартроза: современные принципы и подходы

**Колесников Максим Аркадьевич**

аспирант кафедры травматологии, ортопедии и хирургии экстремальных состояний

420064, г. Казань, ул. Оренбургский Тракт, д. 138, 420029, г. Казань, ул. Сибирский Тракт, д. 31, тел. 272-41-24, 269-50-15

e-mail: yalta60@mail.ru

*В обзоре представлены современные тенденции и подходы к лечению одного из наиболее частых дегенеративно-дистрофических заболеваний — гонартроза. Автор рассматривает вопросы консервативного и оперативного лечения деформирующего артроза коленного сустава в зависимости от стадий патологического процесса. Представлен алгоритм диагностических манипуляций и лечения.*

**Ключевые слова:** гонартроз, лечение, гиалуроновая кислота, НПВП.

**KOLESNIKOV M.A.**

Kazan State Medical University

## Treatment of gonarthrosis: the modern principles and approaches

*This review presents the current trends and approaches to the treatment of one of the most common degenerative diseases — gonarthrosis. The author examines the issues of conservative and surgical treatment of deforming arthrosis of the knee joint, depending on the stages of the disease process. An algorithm for diagnostic interventions and treatments is presented.*

**Keywords:** gonarthrosis, treatment, hyaluronic acid, NSAID.

Остеоартроз является распространенным заболеванием и составляет 10% в популяции во всем мире. По данным различных авторов, частота этой патологии колеблется от 30 до 55% среди всех ортопедических заболеваний, по поводу которых пациенты обращаются к врачу [1, 2]. Наряду с этим известно, что поражение коленных суставов встречается наиболее часто (10%) у населения старше 55 лет, у 1/4 из которых наблюдается выраженная инвалидизация [12].

Гонартроз достаточно часто встречается и у молодых, работоспособных людей, в том числе занимающихся спортом, ак-

тивной трудовой деятельностью [4, 15]. По нашим данным, 58% больных гонартрозом, перенесших эндопротезирование, были младше 60 лет. Таким образом, проблема эффективного лечения гонартрозов приобретает не только медико-социальное, но и экономическое значение.

По данным отечественных авторов, на коленный сустав приходится около 50% повреждений всех суставов и до 24% повреждений нижней конечности. Рентгенологические признаки гонартроза коленных суставов обнаруживаются у 30% лиц обоих полов в возрасте старше 65 лет [2]. При гонартрозе снижение

качества жизни отмечают до 80% пациентов, а инвалидизация составляет от 10 до 21% наблюдений [15].

Недостаточная изученность этиологии и патогенеза дегенеративных болезней суставов, поздняя диагностика, многообразие вариантов проявления и течения, осложнения — все это значительно затрудняет выбор адекватного лечения [5]. На практике пациенту с гонартрозом предлагается стандартная схема лечения, которая включает нестероидные противовоспалительные препараты, при избыточном весе совет походить и длительный прием так называемых симптом-модифицирующих препаратов — хондропротекторов [6, 8]. В ряде случаев врач принимает во внимание сопутствующие заболевания пациента и назначает селективные ингибиторы циклооксигеназы (ЦОГ)-2, а при упорной боли в коленном суставе проводит внутрисуставное введение глюкокортикостероидов (ГКС).

Нельзя не согласиться с тезисом, что лечение больных с дегенеративными заболеваниями суставов должно быть ранним, патогенетическим комплексным и этапным. В связи с этим современные подходы к лечению направлены на уменьшение патологической симптоматики с помощью различных методов:

- нефармакологическое лечение (например, образовательные программы, физические упражнения, изменение образа жизни);
- фармакологическое лечение (например, парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты — НПВП, местное лечение);
- инвазивные методы лечения (например, внутрисуставные инъекции, лаваж, артропластика).

Медикаментозное лечение гонартроза направлено на уменьшение боли (анальгетический эффект) и воспаления (противовоспалительный эффект), а также на замедление дегенерации хряща (структурно-модифицирующий эффект). Рекомендуется начинать консервативное лечение с НПВП, точнее, с их местного применения на пораженные суставы в виде мази, крема, геля. При появлении скованности в суставе или отчетливом выпоте показано системное (пероральное) применение НПВП [12, 13].

Общие принципы применения НПВП при гонартрозе следующие:

- Прием осуществляется «по требованию», в минимально эффективной суточной дозе.
- Не существует общепринятой схемы поиска эффективного для конкретного пациента НПВП. Препарат подбирают эмпирическим путем по результатам пробного приема в течение 3-7 дней. Врач должен обязательно указывать диапазон суточных доз назначаемого препарата.
- Предпочтительно применение рег ос препаратов короткого и среднего действия (с периодом полувыведения до 24 часов) однократно в утренние или дневные часы.
- Селективные ингибиторы ЦОГ-2 применяются у пациентов с факторами риска нежелательного действия НПВП.

Хотелось бы обратить внимание на то, что формы НПВП для внутримышечного введения практически не используются в лечении гонартроза. Это связано с хроническим течением заболевания. Тем более нет никаких патогенетических оснований для введения НПВП в сустав. При усилении болей, вызванных вторичным синовитом, альтернативой увеличению суточной дозы НПВП является проведение однократного внутрисуставного введения ГКС.

В настоящее время доказана эффективность применения при гонартрозе хондропротекторов. Выбор препаратов широк и насчитывает более десятка наименований. Однако, согласно рекомендациям EULAR, основанным на мнении 23 экспертов,

только 5 препаратов обладают структурно-модифицирующими свойствами при гонартрозе, а именно — глюкозамин сульфат, хондроитин сульфат, диацериин, гиалуронат, а также неомыляющие соединения авокадо и сои [8, 12].

Все большее применение находят комбинированные препараты, в которых наряду с хондроитином сульфатом участвует глюкозамин сульфат или глюкозамин гидрохлорид. В целом глюкозамин и хондроитина сульфат воздействует на те биологически активные соединения, которые ответственны за развитие хондрита, синовита и остита у больных остеоартрозом. Существуют и некоторые особенности в механизме действия этих двух солей. Так, хондроитин сульфат оптимизирует состав синовиальной жидкости, а глюкозамин гидрохлорид самостоятельно стимулирует выработку хондроитина сульфата [8, 13].

Глюкокортикостероиды при артрозе коленных суставов показаны при хроническом синовите и неэффективности НПВП в отношении подавления воспалительного процесса. В клинической практике оправдало себя введение пролонгированных кортикостероидов [2].

Не менее широкое применение, чем НПВП, нашли гиалуронаны. Опрос врачей общей практики в Великобритании показал, что около 15% больных с таким заболеванием получают внутрисуставные введения таких препаратов [2]. Изучение влияния гиалуроната натрия на синовиальную жидкость и хрящевую ткань показало, что он не только корректирует метаболизм хряща, повышая синтез собственных протеогликанов, но и подавляет синтез простагландинов, оказывая противовоспалительный эффект. Таким образом, способность гиалуроновой кислоты оказывать влияние на метаболизм хрящевой ткани позволяет отнести препараты, содержащие ее, к средствам патогенетической терапии остеоартроза и гонартроза в частности [7, 9].

На сегодняшний день нет специфических противопоказаний к использованию препаратов гиалуронанов и ограничений длительности курса терапии. При этом доказано, что они позволяют не только эффективно купировать болевой синдром, но и отсрочить оперативное лечение. А также снизить дозу НПВП. К общим ограничениям можно отнести лишь наличие внутрисуставного выпота, любой инфекционный процесс в области сустава, в том числе кожную инфекцию и аллергическую реакцию на препарат.

К несчастью, большинство случаев гонартроза не обходится без оперативного лечения. Чаще всего для лечения гонартроза применяются три основных методики оперативного вмешательства. Это артроскопия, корригирующая остеотомия и эндопротезирование. Сегодня артроскопические операции при гонартрозах применяются достаточно часто и включают в себя ряд методик — от ревизии и санации сустава до применения лазера, плазменной абляции, хондроластики. По данным литературы, эффективность артроскопии при проведении элементарных процедур лаважа и дибридинта составляет 74% [10].

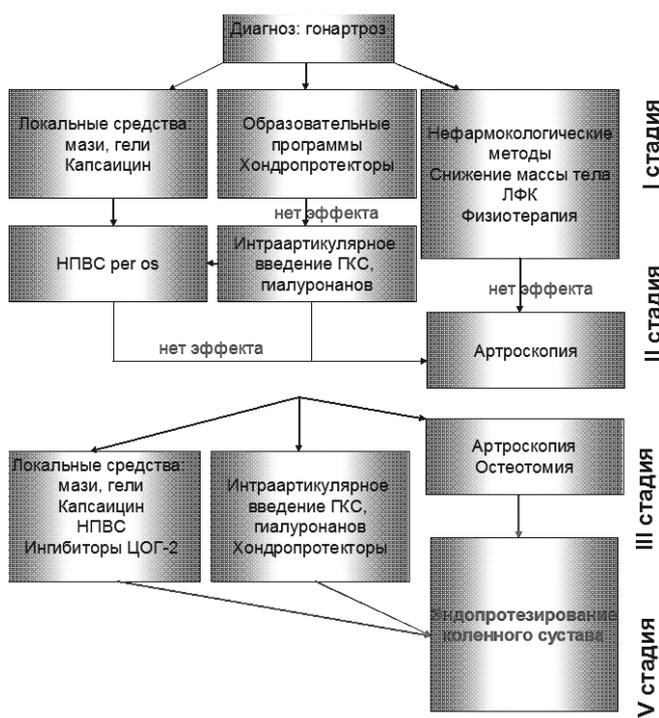
В наиболее тяжелых случаях используют и более инвазивные методики — от корригирующей остеотомии до эндопротезирования. Корригирующая остеотомия наиболее эффективна и показана на начальном этапе нарушения осевых параметров конечности [4]. В запущенных случаях, учитывая весь комплекс медицинских и социальных факторов, кроме эндопротезирования, иногда может быть рекомендован артродез — операция отчаяния.

Эндопротезирование коленного сустава показано пациентам с рентгенологическими признаками гонартроза с рефрактерным болевым синдромом и функциональной недостаточностью коленного сустава. Эффективность тотальной артропластики коленного сустава убедительно доказана у инвалидизирован-

ных пациентов с тяжелым гонартрозом коленных суставов [1, 11]. Артропластика коленного сустава является относительно безопасным и эффективным методом лечения, обеспечивающим улучшение качества жизни, уменьшение выраженности болевого синдрома и увеличение функциональной подвижности сустава. Хорошие или отличные результаты в отношении уменьшения выраженности болевого синдрома и улучшения функциональной подвижности на протяжении 5 лет после проведения оперативного вмешательства отмечаются у почти 90% пациентов [15].

Таким образом, схема современного подхода к лечению дегенеративно-дистрофических заболеваний коленного сустава зависит прежде всего от стадии заболевания (схема 1).

**Рисунок 1.**  
**Схема выбора лечения гонартроза**  
**в зависимости от стадии заболевания**



Кроме того, при лечении пациентов с гонартрозом необходимо учитывать:

- наличие факторов риска для коленного сустава (ожирение, нежелательные механические факторы, повышенная физическая активность);
- наличие общих факторов риска (возраст, сопутствующие заболевания, полимедикация);
- выраженность болевого синдрома и функциональной недостаточности сустава;
- наличие признаков воспаления (например, выпота в суставную полость);
- локализацию и степень структурных повреждений.

**Выводы:**

1. Лечение больных гонартрозом должно зависеть от стадии заболевания и базироваться не только на объективных методах исследования, но и прежде всего на субъективных ощущениях пациентов.

2. Консервативные методы лечения (НПВС, хондропротекторы, гиалуронаны) наиболее эффективны в начальных (I-II) стадиях гонартроза.

3. Артротомия коленного сустава позволяет добиться значительного эффекта при достаточно раннем ее применении (II-III стадии).

4. Эндопротезирование коленного сустава является золотым стандартом лечения пациентов с III-IV стадиями гонартроза.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Ардатов С.В. Комплексный подход к оперативному лечению больных с деформирующим гонартрозом // Автореф. ... дис. канд. мед. наук. — Самара, 1997. — 25 с.
2. Багирова Г.Г. Остеоартроз: эпидемиология, клиника, диагностика, лечение / Г.Г. Багирова, О.Ю. Мейко. — М., 2005. — 224 с.
3. Бадюкин В.В. Пути оптимизации терапии остеоартроза / В.В. Бадюкин // РМЖ. — 2006. — Т. 14. — № 5. — С. 1824-1828.
4. Гейдешман Е.С. Выбор способа хирургического лечения больных с дефектами хряща коленного сустава при гонартрозе // Автореф. ... дисс. к.м.н. — Самара, 2008. — 23 с.
5. Григорян Б.С. Корректирующие операции в лечении гонартроза // Автореф. ... дисс. к.м.н. — М., 2003. — 26 с.
6. Коршунов Н.И., Ершова О.Б. Современные подходы к фармакотерапии остеоартроза // Consilium medicum. — 2006. — № 2. — С. 34-38.
7. Лиля А.М. Современная фармакотерапия остеоартроза // Terra medica. — 2005. — № 1 (37). — С. 3-9.
8. Пешехонова Л.К., Кузовкина Т.Н., Пешехонов Д.В. Клиническая эффективность хондропротекторов в комплексной терапии остеоартроза коленных суставов // РМЖ. — 2009. — № 21. — С. 1486-1489.
9. Поворознюк В.В. Глюкозамин и хондроитин в лечении остеоартроза: данные литературы и результаты собственных исследований // РМЖ. — 2006. — Т. 14. — № 4. — С. 290-294.
10. Ding C. Do NSAID affect the progression of osteoarthritis? // Inflammation, 2002. — V. 26. — P. 139-142.
11. Gapl M. Surgical treatment of the knee osteoarthritis // Reumatizem. — 2005. — 52 (2). — P. 52-55.
12. Jordan K.M. et al. Eular recommendations 2003: an evidence based approach to management of knee osteoarthritis: report of task force of the standing committee for international clinical studies including therapeutic trials // Ann rheum dis. — 2003, 62. — P. 1145.
13. Leeb B.F., Schweitzer H., Montag K., Smolen J.S. A meta-analysis of chondroitinsulfate in the treatment of osteoarthritis cartilage. — 1999. — Vol. 7. — Suppl. A. — P. 130.
14. Mahon J.L. Health-related quality of life and mobility of patients awaiting elective total knee arthroplasty: a prospective study J.L. Mahon, R.B. Bourne, C.H. Rorabeck et al. // CMAL 2002. — Vol. 167, 10. — P. 1115-1121.
15. Oakley S.P. A critical appraisal of quantitative arthroscopy as an outcome measure in osteoarthritis of the knee // S.P. Oakley, M.N. Lassere Semin. Arthritis Rheum. — 2003. — 33 (2). — P. 83-105.
16. Takizawa T. Arthroscopic lateral meniscectomy in knees with lateral compartment osteoarthritis: a case series study // T. Takizawa, J. Kuraishi, S. Akizuki Arthroscopy. — 2006. — 22 (8). — P. 878-883.