



ОСТЕОАРТРОЗ

Остеоартроз (ОА) – ұқсас биологиялық, морфологиялық, клиникалық көріністері бар әртүрлі этиологиядағы және негізінде буындардың барлық компоненттерін, бірінші кезектеп, шеміршектің, субхондральды сүйектің, синовиалық қабықтың, байламдардың, капсулалардың, буын маңындағы бұлшықеттің зақымдалуы жататын аурудың гетерогенді тобы.



1.

- кәрі адамдар арасында тірек-қимыл жүйесі ауруларының ішінде І орын алады
- 50-60 жастағы адамдардың 80% ОА сырқаттанған:
Оның жартысының қозғалысы шектелген
- 25% — күнделікті шаруаны істей алмайды

2.

- 80-жасқа жеткенде артрозбен кез келген адам сырқаттанады
- 30% буын ауруымен мүгедектікке шыққан пациенттер ОА-бен сырқат



ОСТЕОАРТРОЗДЫҢ ҚАУІП ФАКТОРЛАРЫ

Генетикалық

- Әйел жынысы
Тұқымқуалаушылық
(коллагена II гені
мутациясы)

Генетикалық емес

- 45 асқан жас
- Артық дене салмағы
(ДСИ > 30 кг/м²)
- Постменопауза
- Буын аурулары
(артрит)
- Туа біткен ерекшелік
(гипермобилділік,
дисплазия)
- Хирургиялық
шаралар
- Кәсіби жүктемелер
- Спортпен айналысу
- жарақат
- Қант диабеті,
артериялық
гипертензия

ЖІКТЕМЕСІ

I. Патогенетикалық нұсқалар:	II. Клиникалық нысандар:	III. Басым ауыздықт ау:	IV. Рентгенологиялық кезең:	V - Син овит :	VI – Буындардың функционалдық қабілеті (БФҚ):
<p>Бастапқы (идиопаттық) ОА.</p> <ul style="list-style-type: none"> · Қайталама ОА (бірқатар себептер салдарынан дамиды): <ul style="list-style-type: none"> – жарақаттан кейінгі; – туа біткен, жүре біткен немесе эндемиялық аурулар (Пертес ауруы, гиперұтқырлылық синдромы және т.т.); – метаболизмдік аурулар: (охроноз), Гоше ауруы, гемохроматоз; – эндокринді аурулар: қант диабеті, акромегалия, гиперпаратиреоз, гипотиреоз; – кальций шөгуі ауруы (кальций фосфаты, кальций гидроксипатиті); – невропатия (Шарко ауруы); – басқа да аурулар. аваскулярлық некроз, Педжет ауруы және басқа. 	<p>полиартроз;</p> <ul style="list-style-type: none"> · олигоартроз; · моноартроз; · омыртқаның ОА үйлесе отырып, спондилоартрозбен. 	<p>буынаралық буындар (Геберден, Бушар түйіндері);</p> <ul style="list-style-type: none"> · тізе буындары (гонартроз); · жамбас-сан буындары (коксартроз); · басқа буындар. 	<p>о – өзгеріс жоқ.</p> <p>I – күдікті рентгенологиялық белгілер.</p> <p>II – шағын өзгерістері (буын саңылауының аздаған тарылуы, бірретік остеофиттер).</p> <p>III – орташа көрінісі (буын саңылауының орташа тарылуы, көптеген остеофиттер).</p> <p>IV – айқын өзгерістер (буын саңылауы тіпті бақыланбайды, дөрекі остеофиттер).</p>	<p>бар;</p> <ul style="list-style-type: none"> · жоқ 	<p>о – сақталған (БФҚ о).</p> <p>1 - функционалдық қабілеті шектелген (БҚС 1).</p> <p>2 – еңбек қабілеті жоғалған (БҚС 2).</p> <p>3 – бөгде күтімді қажетсінеді (БҚС 3).</p>

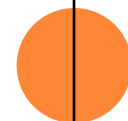
АРТРОЗДА БУЫН ӨЗГЕРІСІ

- ? Артроз кезіндегі патологиялық процесс: үдемелі гиалинді шеміршек жойылуы,
- ? субхондралды сүйекте өзгерістер болуы — остеофиттер, субхондралды остеосклероз, ары қарай кистозды құрылымға ауысу.
- ? Сонымен қатар синовий қабығы, периартикулярлық құрылымдарда (бұлшықет, байлам, сіңір) — шамалы қабыну, функциясы бұзылуы байқалады.



ОСТЕОАРТРОЗ КЛИНИКАЛЫҚ КЛАССИФИКАЦИЯСЫ

Біріншілік (идиопатиялық) остеоартроз	Екіншілік Остеоартроз
<p>- жергілікті: алақан, табан, тізе, жамбас-сан буыны, омыртқа т.б. буындар</p> <p>- жайылған: 3 не одан көп буын зақымдалуы</p>	<p>Жарақаттан кейін</p> <p>Туа біткен, жүре пайда болған және эндемиялық аурулар (Пертес ауруы, гипермобилділік синдромы)</p> <p>Метаболизм аурулары: охроноз, гемохроматоз, Вильсон-Коновалов ауруы, Гоше ауруы</p> <p>Эндокринопатиялар: қант диабеті, гиперпаратиреоз, гипотиреоз</p> <p>Невропатиялар (Шарко ауруы)</p> <p>Кальций тұнуы (кальций фосфаты, гидропатит)</p> <p>Басқа аурулар: РА, аваскулярлық некроз</p>



АРТРОЗ КЛИНИКАЛЫҚ КӨРІНІСІ

- ? Ауырсыну физикалық күш түскенде, түнде, демалғанда, буын палпациясында;
- ? Құрысу зомин аспайтын таңертеңгілік не демалыстан соң пайда болуы;
- ? Қозғалыс шектелуі;
- ? Байлам бекіген жерде ауырсыну, крепитация;
- ? Буын маңы бұлшықеттер атрофиясы;
- ? Деформациялар (тізелердің варусты деформациясы, «квадратты алақан», Геберден, Бушар түйіндері);



ОСТЕОАРТРОЗДА АУЫРСЫНУ ТҮРЛЕРІ

- ? «Механикалық ауырсыну» – ең жиі кездеседі, күндізгі жүктемеде артып, түнде басылады
- ? Үздіксіз қақсаған түнгі ауырсынулар түннің бірінші бөлігінде мазалайды, сүйек субхондралды бөлігінде венозды стаз, сүйекішілік қысым артуы
- ? «Старттық ауырсыну» – демалған соң 15-20 мин кейін мазалайды
- ? Үздіксіз ауырсыну (бұлшықеттің рефлекторлы спазмы, синовит дамуы)
- ? Старттық не басқа ауырсынулар. Жүктемеде не тік тұрғанда артуы
- ? Тік тұрғанда ауырсыну синовитте кездеседі
- ? Буын ісінуі сұйық жиналуы не синовиальді қабаты қалыңдауы зомин кем таңертеңгілік құрысу
- ? Буын белсенді қозғалысында крепитация, сықыр естілуі
- ? Буында активті және пассивті қозғалыстар шектелуі
- ? Буын маңы бұлшықеттер атрофиясы
- ? Соңында қол-аяқ деформациясы дамиды (тізелердің варусты деформациясы, «квадратты алақан», Геберден, Бушар түйіндері)



ДИАГНОСТИКА

Лабораторлық зерттеулер (мақсаты)	Аспаптық зерттеу әдістері
<ul style="list-style-type: none">✓ Дифференциалды диагностика (ҚЖА-де қабыну болуы, РФ, несеп қышқылы концентрациясы)✓ Ем алдында (ҚЖА, ЗЖА, креатинин, трансаминазалар) дәріге қарсы көрсеткіш болмауын қадағалау үшін✓ Синовий сұықтығында ОА кезінде қабынусыз (тұнық, қою, цитоз 5000 куб. мм, лейкоцит концентрациясы 2000 кл.куб.мм).	<ul style="list-style-type: none">✓ Жаңа әдістер: УДЗ, остеосцинтиграфия, КТ, МРТ, артроскопия✓ Дифференциалды диагностикада буын компоненттерінің зақымдалу сипатын зеттеу үшін жүргізіледі✓ Ең анық және сезімтелтал әдістер: артроскопия және жоғары сапалы МРТ



БУЫН ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ ӘДІСТЕРІ

- ? Буын шеміршегі: УДЗ; рентгенография; компьютерлік томография; МРТО; биопсия;
- ? Шеміршек асты сүйек, шеттік өсінділер: Симметриялық буындар рентгенографиясы;
- ? Сүйек сапасы: Денситометрия (СМТ анықтау);
- ? Бұлшықет пен байламдар: УДЗ;
- ? Сүйек және шеміршек заталмасуы: ҚБХА, синовий қабаты анализі



❑ **Остеоартроздың рентгенологиялық симптомдары:**

- ❑ буын қуысы тарылуы (< 3 мм – айқын тарылу)
 - ❑ субхондралдық остеосклероз
 - ❑ остеофитоз (гонартроз — шеттік остеофиттер)
 - ❑ кистозды қайта құрылу (субхондралды кисталар)
- остеоартроз қазақша

Артроздың рентгенологиялық белгілері:

1. Тізеусті сүйегі остеофиті
2. Буын қуысы тарылуы
3. Сан сүйегі ішкі бөлігі деформациясы, буын тарылуы



ОСТЕОАРТРОЗ РЕНТГЕНОЛОГИЯЛЫҚ КЕЗЕҢДЕРІ (J.KELLGREN, J.LAWRENCE, 1957)

- ? 0 кезең — Рентгенологиялық өзгеріс жоқ
- ? 1 кезең күдікті өзгерістер — аздап буын тарылуы, остеофиттер дамуы
- ? 2 кезең Минималді өзгерістер — аздап буын қуысы тарылуы — кішкентай остеофиттер
- ? 3 кезең шамалы өзгерістер: шамалы буын тарылуы, көптеген остеофиттер, аздаған субхондралды остеосклероз, буын беті деформациясы;
- ? 4 кезең. Айқын өзгерістер: айқын буын тарылуы көп ірі остеофиттер, айқын субхондралды остеосклероз, сүйек эпифизи деформациясы



ЕМІ

- ? **Емдеу тактикасы: барлық остеопорозы бар пациенттер амбулаториялық емделеді.**
- ? **Дәрі-дәрмексіз емдеу :**
 - Тәртіптемесі: II, еркін;
 - №15 үстел.



Дәрі-дәрмек (ХА)	Фармакологиялық топтар	Енгізу тәсілі	Бір реттік дозасы	Қолдану дүркінділігі	Емдеу курсының ұзақтығы	ДД
Ауырсынуды басу құралы						
Парацетамол	Анилид	Іштей	350 мг;	тәулігіне 2-4 рет;	ұзақ уақыт	ДД – А [15-23]
Стероидты емес қабынуға қарсы препараттар						
Диклофенак	Туынды сірке қышқылы	Іштей	75-200 мг	тәулігіне 1-3 рет	курспен	А [15-23]
Ацеклофенак	Фенилуксусты қышқыл туындысы	Іштей	тәулігіне 100 мг	тәулігіне 1 рет	курспен	ДД – А [15-23, 24]
Эторикоксиб	Коксибы	Іштей	тәулігіне 60-120 мг	тәулігіне 1-2 рет	Курспен	ДД – А [15-23]
Лорноксикам	оксикам туындысы, селективті ингибитор ЦОГ-2	б/і, к/і	тәулігіне 8-16 мг	тәулігіне 1-2 рет	5 күн курстармен	ДД – А [15-23]
Лорноксикам	оксикам туындысы, селективті ингибитор ЦОГ-2	Іштей	тәулігіне 8-32 мг	тәулігіне 1-2 рет	курспен	ДД – А [15-23]
Мелоксикам	оксикам туындысы, селективті ингибитор ЦОГ-2	б/і	15 мг	тәулігіне 1 рет	5 күн	ДД – А [15-23]
Мелоксикам	оксикам туындысы, селективті ингибитор ЦОГ-2	Іштей	7,5-15 мг	тәулігіне 1-2 рет	курспен	ДД – А [15-23]
Нимесулид	НПВП сульфонамидтер класынан	Іштей	100-200 мг	тәулігіне 1-2 рет	курспен	ДД – А [15-23]
Диацереин	1-интерлейкин ингибиторы	Іштей	50мг	тәулігіне 1-2 рет тәулігіне	курспен	ДД – С [20,21,25]
Есірткілік анальгетик						
Грамадол	Опиоидті анальгетик	Іштей	50мг	тәулігіне 1 рет	қажет болған кезде	ДД – В [15-22, 26]
Грамадол	Опиоидті анальгетик	б/і	50мг-1мл, 2мл	1 рет	қажет болған кезде	ДД – В [15-22, 26]

ҚОСЫМША ДӘРІЛІК ЗАТТАРДЫҢ ТІЗБЕСІ:

Дәрі-дәрмек (ХА)	Фармакологиялық топтар	Енгізу тәсілі	Бір реттік дозасы	Қолдану дүркінділігі	Емдеу курсының ұзақтығы	ДД
Стероидты емес қабынуға қарсы жергілікті						
Диклофенак жақпай майы	Туынды сірке қышқылы	сырттай	2-4 г	тәулігіне 2-3 рет	курспен	ДД – А [15-22,29]
Стероидты қабынуға қарсы						
Бетаметазон ацетаты	Глюкокортикостероид	б/і	4мг/мл	1 рет	курспен	ДД – А [15-22]
Триамцинолон	Глюкокортикостероид	б/і	40мг	1 рет	курспен	ДД – А [15-22]

✓ Емдеудің басқа түрлері:

- ✓ статикалық жүктемелерді, емдік дене шынықтыруды алып тастай отырып, емдік дене жаттығулары;
- ✓ ден салмағын төмендету (түзету);
- ✓ буындар үшін арнайы құрылғыларды қолдану (бекітетін таңғыш, тізеқап, отопедиялық төсемшелер, ортездер, таяқшамен жүру);
- ✓ **физиотерапия** (суық немесе жылыны жергілікті қолдану, ультрадыбыстық терапия) – қарсы көрсетілімдері болмаған кезде;
 - уқалау.



Хирургиялық емдеу :

- буындарды эндопротездеу;
- буынның жеке бөліктерін эндопротездеу.

? Алдын алу:

- - дене салмағын бақылау
- - ауыр дене асыра жүктемелерін жою (тұрмыстық, спорттық, кәсіби).
- ортез, тізеқап кию.

Пациент жағдайының мониторингі:

- ? диспансерлік бақылау - жылына 1-2 рет;
- ? үдемелі емдеу кезінде - травматологтардың консультациясы (хирургиялық түзету қажеттілігі мәселесін шешу үшін).



? ЖЕДЕЛ ЖӘРДЕМ КЕЗЕҢІНДЕ ДИАГНОСТИКАЛАУ ЖӘНЕ ЕМДЕУ

Диагностикалық іс-шаралар:

- шағымдар жинау, анамнез.

Дәрі-дәрмекпен емдеу:

- диклофенак 75 мг б/і;
- кетопрофен 2 мл б/і.
- трамадол 50-100 мг б/і немесе іштей ауру синдромының қарқындылығына қарай.



? Қартайған сайын тірек-қимыл аппаратының зақымдалуы, әсіресе тұрмыстық жарақаттар жиі кездеседі. Сүйек-буын аппаратындағы жастық дистрофиялық және деструктивті өзгерістердің дамуымен байланысты, кәрі жастағы адамдарда 80% жағдайда сан сүйегінің сынуы кұрайды. 70 жастағыларда сүйек-буын аппаратының ауруларының жиілігі 86% кұрайды.

