

## Проучване новостите в диагностиката и консервативното лечение на остеоартритът на колянна става

Деница Василева – Дечева, Пенка Баракова

**Summary:** *The aim of the next report is to present the innovations in diagnostic and non – operative treatment on knee osteoarthritis. Seventeen authors are investigated, the innovations are described for the practice.*

**Key words:** *knee osteoarthritis, innovations, diagnostic methods, non – operative treatment*

### ВЪВЕДЕНИЕ

Американският колеж по ревматология определя артрозата като „хетерогенна група от условия, които водят до общи симптоми и признаци, свързани с дефект в цялостта на ставния хрущял в допълнение към настъпилите промени в основната кост“. [17]

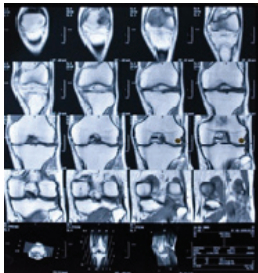
Дегенеративните промени в колянната става авторите от различните страни означават по различен начин. Немскоговорящите автори използват термина „артроза“ и акцентират на дегенеративните промени в структурата и главно на хрущяла.

Англосаксонските автори използват термина „остеоартрит“ за същото състояние като акцентът е върху клиничната изява на заболяването, съответващи на възпалителни промени в синовиалната обвивка на ставата. [7]

Остеоартритът на колянна става засяга жените три пъти по – често от мъжете. Мъжкият пол се засяга във възрастта след 45 години, жените – след 55. На практика няма човек след 65 годишна възраст без артрозни промени в колянна става. [2]

### ИЗЛОЖЕНИЕ

Както е известно диагностицирането в клиничната практика на това често срещано заболяване сред възрастното население освен видимата деформация на ставата и клиничната симптоматика, става чрез редица методи: рентгенография по четири степенната скала на Kellgren – Lawrence, ехография, компютърно – асиксиална томография /КАТ/, ядрено – магнитен резонанс /ЯМР/ и др.



Сн. 1. Ядрено – магнитен резонанс на колянна става

### ЦЕЛ

Целта на съобщението е да се проучат новостите в диагностицирането и консервативното лечение на колянната остеоартроза.

Х. Дебрунер и В.Хеп съобщават за приложение на метод в последните години за откриване и потвърждаване на напредналите дегенеративни промени в колянна става чрез сканиране на белите кръвни клетки, както и провеждането на костна денситометрия. [10]

За доказана прецизност в диагностиката на коленния остеоартрит и проследяването на ефекта от терапията на метода артросонография /АСГ/ докладва В.Решкова. Чрез артросонографията се оценява хрущялното покритие, синовията, ранни ерозии на ставните повърхности, вътреставния и околоставния оток, меките тъкани извън ставата – бурзи, мускули, сухожилия, лигаменти, инсерции. Подходящ метод е за мониториране както хода на болестта, така и на терапията. [9]

Според J.Plominski и K.Kwiatowski големи надежди се възлагат на маркерите на унищожените хрущялни продукти в синовиалната течност, които имат ключово значение за определянето на началото на артрозните промени, развитието на болестта и ефективността на прилаганото лечение. [16]

Във връзка с оперативното лечение на остеоартритът на колянна става и ендопротезирането ѝ за диагностика на промените от cicатрикса върху обема на движение на ставата, колектив от инженери, начело с Й.Кирияма от Япония създават миниатюрен сензор. Той отчита степента на теглене на шевовете и cicатрикса и влиянието, което това оказва върху обема на движение на ендопротезираната става. Имплантира се подкожно по време на ендопротезирането. След анализ на резултатите стигат до извода, че използването на мининвазивна оперативна техника предполага много по – бързо възстановяване на ендопротезираната става по повод гонартроза. [15]

По отношение на консервативното лечение на коленния остеоартрит най – често се прилагат аналгетици, нестероидни противовъзпалителни средства, ревулзивни средства – Волтарен, Индометацин, Ибупрофен и др., в ранния стадий на заболяването. Хондропротектори, кортизон, хиалуронова киселина, ортезно лечение, кортикостероиди, вътреставно приложение на хидрокортизон се използват като крайни мерки при напреднали форми на гонартроза.

Всички тези средства целят редуциране на болката и подобряване функционалността на ставата, а оттам и забавяне на развитието на болестния процес. [12 - 14]



Сн. 2. Вътреставна апликация на хиалуронова киселина

При ортезното лечение се използват неопрениви наколенки и динамични брейсове за коригиране на лошото алиниране на долния крайник.

Изследванията на пациентите с остеоартрит на колянна става, носещи ортези, доказват ефективността им. Те облекчават медиалната ставна връзка, като създават валгус момент върху коляното и противодейства на варус момента.[5]



Сн.3 Динамична ортеза за колянна става

Като нововъведение в консервативното лечение на гонартрозата научния екип от Кралския медицински институт в Стокхолм съобщава за отлични резултати при продължителни изследвания и лечение на артрозата с прием на противеа вода, получена от размразен лед. Тя е използвана от векове за лечение на различни заболявания на костите, ставите и кожата. В съобщенията не се дават статистически данни от приложението на метода, нито са сравнени с плацебо. [8]

П.Путини съобщава за отличен болкоуспокояващ ефект от термотерапията и транскутанната електрическа стимулация /ТЕМ/. [17]

За метод на лечение чрез лазерна терапия докладва Д.Димитров. Според автора лазертерапията може да лекува оптимално и до голяма степен да спре развитието на гонартрозата. [3]

В бъдеще се възлагат големи надежди на генната терапия при лечението на коленния остеоартрит. Тя има за цел да промени патологичната фенотипна и да възобнови нормалната физиологична изява. Генният трансфер се направи в соматичните клетки, а не в репродуктивните. [16]

С голям успех при лечението на остеоартрозата се прилага балнеолечението. Лечението с различните минерални води има различен терапевтичен ефект.

Слабо минерализираните минерални води имат широко приложение чрез външно балнеолечение, при което основна роля има температурният им фактор със своето трофично и физикотермично релаксиращо действие. [4]

Радоновите минерални води оказват изразен специфичен ефект, изразяващ се в биостимулиращо и болкоуспокоително действие, подобряват трофичните и обменните процеси на ставите.

Сероводородно – сулфидните минерални води водят до увеличаване на кръвообращението на синовиалната обвивка, образуването на синовиалната течност и подобряват храненето на хрущяла.

Хлоридно – натриевите минерални води оказват дразнещо, хиперемиращо, подобряващо трофиката на ставата действие. [6]

Йодно – бромните минерални води оказват ефект върху съдовата система на кожата и ставния апарат.

Калолечението има изразено хиперемиращо действие в дълбочина на тъканите, разчита се на специфичния й ефект на биологично активните й инградиенти. [11]

Морелечебните процедури оказват общо неспецифично въздействие върху организма, на защитно приспособителните механизми и локално положително въздействие върху ставите. [1]



Сн. 4. Калолечение на колянна става

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Чрез въвеждане на иновациите за диагностика на коленния остеоартрит в практиката се дава шанс за ранното и навременно лечение на заболяването и редуцирането броя на тежките форми на гонартроза.

2. С нововъведенията в консервативното лечение се постига адекватен контрол върху болката, подобрява се ефективността на ставата, а оттам се намаляват уврежданията и развитието на болестния процес се забавя.

3. Съчетаването на кинезитерапията с терапевтичния ефект на минералните води и калта при балнеолечението води до ускоряване на оздравителния процес и забавяне хода на коленния остеоартрит.

### ЛИТЕРАТУРА:

- [1] Бахчеванджиева, Р. Остеоартроза – същност и куротно лечение; сп. Медицина и Спорт, Брой 1-2/2014, Година 10, стр. 54 -57
- [2] Денди, Д. Дж., Д. Дж. Едуардс. Основи на ортопедията и травматологията, Медицина и физкултура, София, 2005
- [3] Димитров, Д., 2008 [http://www.lasertherapy-bg.com/press.php?subaction=showfull&id=1230561340&archive=&start\\_from=&ucat=&clid=COXu2ZblxbgCFcRQ3godZigAlw](http://www.lasertherapy-bg.com/press.php?subaction=showfull&id=1230561340&archive=&start_from=&ucat=&clid=COXu2ZblxbgCFcRQ3godZigAlw)
- [4] Драчева, Е. Лечебни туризъм – специален вид туризъм, Москва, 2008
- [5] Караиванова, М., Фармакотерапия, Софттрейд, София, 2006
- [6] Коларов, Зл. Остеоартроза и хондропротекция, стр.15 – 16, В:Топмедика, 2010 /5
- [7] Матцен, П., П.Танчев. Живот с изкуствена става, София, DL&M, 2000
- [8] Нестерова Р.; Остеоартроза болест – настояще и бъдеще; стр.61 – 64, В:Мединфо, 2012/4
- [9] Решкова, В., [http://bg.gunainternational.com/clinical\\_experience/2-efektivnost-na-inzhektionsionniya-kolagen-guna-mds-pri-bolni-s-gonartroza-prosledeni-klinichno-iekhografski](http://bg.gunainternational.com/clinical_experience/2-efektivnost-na-inzhektionsionniya-kolagen-guna-mds-pri-bolni-s-gonartroza-prosledeni-klinichno-iekhografski)
- [10] Хел, В., Х. Дебрунер. Ортопедична диагностика, Медицина и Физкултура, стр. 156 – 159; 2010
- [11] Шейтанов, Й., И.Шейтанов. Остеоартроза; С.2006
- [12] Elmorsy, S. et al; Chondroprotective effects of high – molecular – weight cross – linked hyaluronic acid in a rabbit knee osteoarthritis model; Osteoarthritis and Cartilage; Volume 22, Issue 1, pp:121 – 127, 2014
- [13] Hauser, R., I.Sprague; Outcomes of Prolotherapy in Chondromalacia Patella Patients: Improvements in Pain Level and Function; Clinical Medicine Insight: Arthritis and Musculoskeletal Disorders; 2014, doi:10.4137/CMAMD.S13098
- [14] Henrotin, Y. et al; Early decrease of serum biomarkers of type two collagen degradation and joint inflammation by hyaluronic acid intraarticular injections in patients

with knee osteoarthritis; Journal of Ortopaedic Research; Volume 31, Issue 6, pp: 901 – 907, June 2013

[15] Kiriyaama, Y. et al; A miniature tension sensor to measure surgical suture tension of deformable musculoskeletal tissues during joint motion; SAGE JOURNAL; Journal of Ingeneering Medicine, January 2014

[16] Kwiatowski, K.,J. Plominski, Wojskowi Instytut Medyczny Klinika Ortopedii, CSKMON, w.Warszawie, 2004.

[17] Puttini, P., Seminaries in Arthritis and Reaumatism, Issue 35, Pages: 1-10, August 2005

**За контакти:**

Деница Василева – Дечева – докторант към РУ“Ангел Кънчев“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, E- mail: denivasileva1988@abv.bg

Доц. д-р Пенка Баракова - научен ръководител, РУ“Ангел Кънчев“, Факултет Обществено здраве и здравни грижи, Катедра „Обществено здраве и социални дейности“, E-mail: mrsbarakova@abv.bg

**Докладът е рецензиран.**