

Методичка для больных

Остеоартрит

к.м.н. Шарапова Е.П.,
д.м.н. Алексеева Л.И.

Остеоартрит (ОА) – самое частое заболевание суставов среди болезней опорно-двигательного аппарата. ОА рассматривается как органное заболевание, при котором в суставе происходит нарушение процессов восстановления и разрушения ткани, прежде всего в хряще, в кости, расположенной под хрящом, менисках и окружающих сустав тканях: капсуле сустава, синовиальной оболочке, связках и мышцах. Метаболические и структурные изменения, происходящие в различных тканях сустава, не только влияют на его прогрессирование, но и определяют многообразие форм самого заболевания, на которые в свою очередь влияют различные факторы риска ОА — возраст, пол, наследственная предрасположенность, избыточный вес, травма, профессиональные факторы, сопутствующие заболевания и другие. В настоящее время полагают, что ОА, представляет собой не единую болезнь, а, скорее, синдром, объединяющий различные фенотипические субтипы болезни. Недавно были выделены некоторые фенотипы ОА: метаболический, возрастной, микрокристаллический, связанный с сахарным диабетом, с избыточной нагрузкой на суставы. Такое понимание ОА поднимает вопрос о необходимости индивидуального подхода к лечению каждого фенотипа ОА.

ОА встречается практически во всех популяциях. В России ОА с преимущественным поражением коленных и/или тазобедренных суставов страдает около 13,0% населения.

Выделяют две основные формы ОА: первичный и вторичный. Вторичный возникает на фоне различных заболеваний, после травм суставов. Характерной локализацией первичного артроза являются коленные, тазобедренные суставы, межфаланговые суставы кистей (характерные костные разрастания на суставах кистей, выглядящие как своеобразные "узелки"), первый палец стопы и позвоночник.

Вторичный артроз по своим клиническим проявлениям не отличается от первичного, развивается практически в любых суставах и имеет конкретную причину заболевания.

Факторы риска возникновения ОА. По современным представлениям ОА возникает в результате взаимодействия различных внутренних (возраст, женский пол, дефекты развития, наследственная предрасположенность) и внешних факторов (травма, чрезмерные спортивные и профессиональные нагрузки, избыточный вес), приводящих к повреждению суставного хряща и подлежащей костной ткани.

Значительно чаще ОА встречается у женщин, что свидетельствует об участии в патогенезе заболевания гормональных факторов. Как правило, начало заболевания связано с наступлением менопаузы. Имеет место и наследственная предрасположенность, чаще она выявляется у лиц, страдающих генерализованной формой ОА (когда поражаются три и более групп суставов, например коленные, тазобедренные суставы и суставы кистей).

Ожирение – значимый фактор риска развития ОА. Многие люди не уделяют должного внимания избыточному весу и не рассматривают ожирение как серьезное заболевание, а ведь оно играет ведущую роль в развитии не только ОА, но и сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и т.д. Известно, что у женщин с избыточным весом, ОА коленных суставов развивается в 4 раза чаще по сравнению с женщинами, имеющими нормальный вес. Это относится и к тазобедренным суставам. Установлено, что избыточный вес способствует не только возникновению заболевания, но и более быстрому его прогрессированию, приводящему к инвалидности.

Клинические признаки остеоартрита. ОА проявляется, прежде всего, болями в суставах. В начале заболевания больной может ощущать легкий дискомфорт в суставах при ходьбе, и не обращать на это внимание. В дальнейшем появляются боли механического характера, возникающие при физической нагрузке и проходящие в покое. Интенсивность боли может меняться в зависимости от температуры, влажности воздуха и атмосферного давления, которое оказывает влияние на давление в полости сустава. Постепенно, по мере прогрессирования ОА, боль усиливается, может

возникать при изменении положения тела, при вставании со стула, спуске по лестнице. Появление болей в ночное время свидетельствует об активизации воспаления в суставе. При присоединении вторичного синовита – воспаления в суставе и появления выпота в нем, боли принимают постоянный характер. «Стартовые» боли возникают после периодов покоя и проходят на фоне двигательной активности; они обусловлены трением суставных поверхностей, на которых оседает детрит (фрагменты хрящевой и костной деструкции). При далеко зашедших стадиях ОА часто наблюдается постоянная боль. *Скованность* (тугоподвижность) при ОА имеет короткий период, от нескольких минут до получаса. Появление ночных болей, усиление «стартовых болей» и скованности свидетельствуют об обострении ОА.

В зависимости от локализации процесса болевой синдром может иметь некоторые особенности. Например, при ОА коленных суставов (гонартрозе) боль, как правило, локализуется по передней и медиальной области коленного сустава и верхней части голени. Появление тянущих болей в подколенной области и ночных судорог в икроножных мышцах могут говорить о наличии подколенной кисты (киста Бейкера) – частого спутника гонартроза. Внезапное появление болей, напряжения, припухлости в области икроножной мышцы (часто принимаемое за тромбофлебит) может свидетельствовать о разрыве кисты Бейкера. Припухлость коленного сустава, как правило, кратковременная, возникает при воспалении коленного сустава (вторичный синовит). Больные отмечают усиление болей, утренней скованности. При отсутствии синовита, у больных с ОА коленных суставов выявляется крепитация («хруст») в суставах при активных движениях, которая обычно не сопровождается болью.

При ОА коленных суставов часто возникают **периартриты** – воспаление окружающих сустав мягких тканей: связок, околосуставной сумки, сухожилий. Больные отмечают в этот период усиление боли, появление болей при спуске по лестнице и ночью, при изменении положения

тела. При коксартрозе (ОА тазобедренных суставов) боль обычно локализуется в паховой области, часто иррадирует в ягодицу, распространяется по передне-боковой поверхности бедра и голени. Иногда при коксартрозе боль локализуется только в области коленного сустава, носит диффузный характер и появляется при движениях в тазобедренном суставе (но не в коленном!). При коксартрозе и гонартрозе часто наблюдается атрофия околоуставных мышц, особенно четырехглавой мышцы бедра.

При прогрессировании заболевания суставы могут деформироваться, особенно хорошо это видно при поражении суставов кистей, когда образуются узелки за счет костных разрастаний в области дистальных и проксимальных межфаланговых суставов (узелки Гебердена, Бушара). При узелковой форме ОА боли локализуются в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах. Характерны скованность и припухлость суставов при присоединении воспаления, однако часто, при воспалении связок 2-4 пальцев, наблюдается диффузная отечность кистей (включая и пястнофаланговые суставы). Образование узелков на сухожилиях вызывают затруднения движений в суставах, больные жалуются на «защелкивание» суставов. Пальпаторно при сгибании и разгибании пальцев кистей в области сухожилий на ладонной поверхности выявляются болезненные узелки, которые мешают движению сухожилий в сухожильных влагалищах.

Болевой синдром и деформации суставов приводят к нарушению функционирования суставов, ограничению различных двигательных функций и, в конечном итоге, к снижению качества жизни.

Лечение

Лечение ОА заключается в комплексном воздействии на болезнь, которое включает в себя применение немедикаментозных и медикаментозных методов. И, хотя ОА, как и многие заболевания, является неизлечимым, лечебные мероприятия, подобранные индивидуально для каждого пациента,

могут уменьшить боль и воспаление, сохранить движения в суставах замедлить прогрессирование болезни и улучшить качество жизни.

Как уже упоминалось, ожирение является бесспорным фактором риска развития остеоартроза, поэтому больным с избыточным весом необходимо изменение режима питания. Прежде всего, нужно уменьшить количество жиров и углеводов в пище, увеличить потребление рыбы, свежих овощей и фруктов. В меню нужно включать пищу, содержащую клетчатку, и продукты, содержащие серу, такие как спаржа, чеснок, лук. Сера необходима для построения костей, хряща и соединительной ткани. Желательно избегать употребления черного перца, яичного желтка, томатов, белого картофеля, т.к. эти продукты содержат вещество, называемое соланином. Соланин нарушает функцию ферментов в мышцах и может вызывать боли и ощущение дискомфорта. Соблюдение этих правил должны приводить к постепенному, но постоянному снижению веса.

Необходимо помнить, что мероприятия по снижению веса обязательно нужно сочетать с лечебной физкультурой (ЛФК), проводимой с учетом определенных правил для больных ОА. Физические упражнения должны проводиться без статических нагрузок (сидя, лежа, в бассейне). Главный принцип ЛФК – частое повторение упражнений в течение дня. Не следует делать упражнения, преодолевая боль. Выполняют упражнения медленно, плавно, постепенно увеличивая нагрузку. Заниматься нужно не менее 30-40 минут в день, по 10-15 минут несколько раз в течение дня.

При ОА коленных суставов основными являются упражнения, способствующие укреплению мышц бедра (например, поочередно поднимать выпрямленную ногу в положении лежа на спине с приведенной к себе стопой и удерживать ее несколько секунд); упражнения, направленные на увеличение объема движений («велосипед»); упражнения, способствующие улучшению общего аэробного состояния мышц (ходьба по ровной местности в умеренном темпе). Начинать ходить нужно с расстояния, которое не вызывает боль и постепенно увеличивать продолжительность ходьбы до 30-

60 минут пять – семь дней в неделю). Эти аэробные нагрузки также способствуют снижению веса.

Больному с выраженной болью в суставах и контрактурами необходима консультация специалиста по ЛФК для составления индивидуальной программы занятий.

ЛФК при остеоартрите



Положение лежа на спине, ноги согнуты. Согнутая нога отрывается от пола с помощью рук, прижимается к груди и удерживается в таком положении несколько секунд, затем опускается. То же движение повторяется другой ногой. Повторить 10 раз.



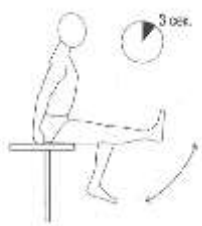
Положение на спине, ноги вытянуты, расслаблены. На счет «раз-два» нога сгибается в коленном суставе до максимума, стопа при этом скользит по подстилке. На счет «три» нога сгибается в тазобедренном суставе и руками прижимается к туловищу (спину от пола не отрывать). На счет «четыре-пять» удерживаем ногу. На счет «шесть» опускаем стопу на пол. На счет «семь-восемь» - выпрямляем ногу. То же самое движение повторяется другой ногой. Повторить 10-15 раз.



Положение сидя. Сесть на столешницу стола или высокий табурет. Сидеть прямо. Поболтать ногами с умеренной амплитудой движения. Это упражнение делать как можно чаще.



Положение лежа на спине. Выпрямленная нога отрывается от пола на высоту 20-30см и удерживается в таком положении несколько секунд, затем опускается. То же движение повторяется другой ногой. Повторить 20-30 раз.

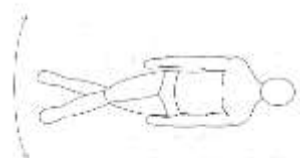


Положение сидя. Сесть на столешницу стола или высокий табурет. Поднять ногу и поддержать ее 3 секунды параллельно полу. Стопа при этом находится под прямым углом к голени. Поменять ногу. При выполнении этого упражнения нужно почувствовать напряжение в мышцах бедра и голени.

При ОА тазобедренных суставов добавляются следующие упражнения:



Лежа на спине. Обе ноги сгибаются в коленных суставах до максимума, стопы не отрываются от пола. В таком положении колени разводятся в стороны и снова сводятся. Необходимо стараться постепенно увеличивать амплитуду движений. Повторить 10-15 раз.



Лежа на спине. Упражнение «ножницы»: ноги выпрямлены, одна нога отрывается от пола и совершает движения из стороны в сторону с максимально возможной амплитудой. При этом стараться не сгибать ногу в коленном суставе. То же самое повторяется другой ногой. Повторить 10 раз.



Сидя на стуле. Нужно постараться коснуться руками кончиков пальцев стоп, наклоня туловище. Выпрямиться, повторить 10 раз.



Лежа на спине. Выпрямленную ногу отрываем от пола на максимально возможную высоту, затем опускаем. Повторить 10 раз одной ногой, затем сменить ногу.

Ортопедическая коррекция

При ОА чрезвычайно важно уменьшение нагрузки на суставы, что достигается применением различных приспособлений. Следует носить обувь на низком (не выше 3-4см) широком каблучке с мягкой эластичной подошвой, что позволяет гасить удар, который распространяется по ноге при ходьбе и травмирует хрящ. Обувь должна быть достаточно широкой и мягкой сверху. При поражении коленных суставов рекомендуется ношение наколенников, которые фиксируют суставы, уменьшают их нестабильность. Кроме того, для уменьшения нагрузки рекомендуется хождение с палочкой, которая почти на 50% уменьшает нагрузку на тазобедренный сустав. Трость нужно держать в руке, противоположной пораженному суставу. При двустороннем тяжелом поражении тазобедренных или коленных суставов рекомендуется хождение с помощью костылей канадского типа. При наличии плоскостопия рекомендуется ношение специальной обуви с супинаторами (стельки, поддерживающие свод стопы и снижающие нагрузку на сустав). Физиолечение (криотерапия, ультразвук, лазеротерапия) назначаются только врачом-физиотерапевтом при отсутствии противопоказаний для этих методов лечения. При наличии выраженного воспаления в коленных суставах хороший эффект оказывает криотерапия. Применяемая при ОА иглорефлексотерапия помогает расслабить напряженные мышцы вокруг сустава, способствует уменьшению боли. Массаж снимает болезненный спазм мышц и улучшает кровообращение в суставе, но данный метод используется только вне обострения, причем массируется не сам сустав, а окружающие его ткани.

Медикаментозное лечение. Для каждого больного ОА медикаментозное лечение должно подбираться индивидуально. Используются препараты симптоматического действия, которые быстро уменьшают боль, припухлость, скованность, снимают мышечный спазм и тем самым способствуют улучшению функции суставов (анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты – НПВП, миорелаксанты). К другой группе относятся лекарственные средства медленного действия, «хондропротекторы», способные не только уменьшать боль, но и замедлять прогрессирование заболевания.

Лечение ОА должен назначать только врач. Ассоциацией ревматологов России в 2017 году созданы клинические рекомендации, детально описывающие действия врача по диагностике, лечению, профилактике и реабилитации.

После постановки диагноза ОА при наличии болей в суставах по зарубежным и российским рекомендациям сразу нужно назначать препараты из группы симптоматических средств замедленного действия, обладающие хорошей эффективностью и меньшим риском развития побочных эффектов по сравнению с НПВП, особенно это важно при лечении больных ОА с коморбидностью. Эти препараты, с одной стороны, обладают выраженным действием на боль и функциональное состояние суставов, как и НПВП, с другой – хондропротективными свойствами, т.е. способностью замедлять прогрессирование ОА. В нашей стране имеется опыт применения препаратов, содержащих хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат или их комбинация, диацериин, неомыляемые соединения авокадо и сои. Отличительной особенностью этих препаратов является позднее наступление эффекта, обычно через 4-8-12 недель от начала лечения, и достаточно длительное его сохранение – в течение 2-3 месяцев после прекращения лечения. Эта группа препаратов привлекательна по причине высокой безопасности лечения. Важным показателем эффективности препаратов этой группы является не

только уменьшение болевого синдрома и улучшение функции суставов, но и снижение потребности в НПВП, что весьма важно у пациентов пожилого возраста, когда возрастает частота развития нежелательных явлений на фоне приема НПВП. Вопрос о длительности и периодичности назначения препаратов медленного действия продолжает обсуждаться, однако мы рекомендуем принимать их длительно: для уменьшения симптомов болезни рекомендован прием не менее 6 месяцев, для замедления прогрессирования ОА – 2-3 года. Поскольку данные препараты обладают выраженным последствием, можно делать 2-3 месячные перерывы между курсами.

При наличии признаков воспаления назначают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), причем у больных ОА, как правило, эффективны более низкие дозы НПВП по сравнению с больными, страдающими воспалительными заболеваниями суставов. Основными правилами при назначении НПВП являются:

- 1) прием одновременно не более одного НПВП
- 2) прием препарата до купирования боли
- 3) при отсутствии эффекта от приема НПВП в течение нескольких дней – замена другим препаратом

Несмотря на широкий выбор НПВП, вопрос о назначении и длительности их применения должен решать врач. НПВП быстро снижают такие симптомы болезни, как боль и воспаление, однако, необходимо помнить о возможности отрицательного воздействия их на желудочно-кишечный тракт и сердечнососудистую систему, особенно у лиц пожилого возраста (старше 65 лет). При наличии факторов риска со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), для профилактики эрозивно-язвенного поражения желудка и 12-перстной кишки, назначают ингибиторы протонной помпы (например Омез 20мг/день), а для профилактики кардиоваскулярных осложнений – низкие дозы аспирина (кардиомагнил или тромбо-АСС).

Учитывая, что при ОА поражение часто ограничивается одним или двумя суставами, возможно использование трансдермальных форм НПВП (гели, спреи, мази), что позволяет снизить дозу таблетированных противовоспалительных препаратов и уменьшить системные побочные реакции. Для достижения хорошего терапевтического эффекта необходимо помнить, что локальное использование НПВП эффективно только при 4-5 разовом нанесении их на пораженные области в течение 10-14 дней, далее необходим перерыв 5-7 дней, поскольку после 2 недель применения уменьшается их эффективность.

Не так часто при ОА развивается выраженное воспаление в суставе, которое проявляется припухлостью, гипертермией, наличием выпота, усилением утренней скованности. В этих случаях при неэффективности НПВП, показано внутрисуставное введение стероидов (после эвакуации жидкости), которое назначается врачом-ревматологом. Число внутрисуставных инъекций в течение года не должно превышать двух. Назначение внутрисуставных или периартикулярных инъекций стероидов в виде «курса» лечения недопустимо!

При ОА часто наблюдается напряжение скелетных мышц – синдром болезненного мышечного спазма, который ухудшает функциональную активность и качество жизни больного и приводит к стимуляции болевых рецепторов самой мышцы. Возникает «порочный круг»: боль – мышечный спазм – усиленная боль – усиленный мышечный спазм. Включение в комплексную терапию ОА миорелаксантов, воздействующих на один из механизмов болевого синдрома - мышечный спазм, эффективно помогает справиться с болевым синдромом, снизить дозу НПВП и избежать развития их побочных действий. Особенностью препаратов являются оптимальное сочетание миорелаксирующего и анальгетического эффектов. Некоторые миорелаксанты можно назначать больным, работа которых требует высокой концентрации внимания и быстрой реакции, например, вождения транспортных средств или работы с машинами и механизмами.

Еще одним методом лечения ОА коленных и тазобедренных суставов является применение, так называемых «протезов» синовиальной жидкости, восполняющих ее вязкость и приводящих к улучшению её защитных свойств. Для этой цели используют внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты, что ведет к уменьшению боли и улучшению подвижности сустава на 8 месяцев и более. Введение препаратов гиалуроновой кислоты в коленный, тазобедренный суставы (при 2-3 стадии) проводят при отсутствии воспаления и выпота в суставах. Введение в тазобедренный сустав должно проводиться под контролем УЗИ. Обычно инъекции хорошо переносятся, очень редко после их введения может усиливаться боль, появиться припухлость (по типу псевдоподагрической атаки). Появились препараты гиалуроновой кислоты в комбинации с хондроитин сульфатом; выраженный противовоспалительный и обезболивающий эффект оказывает в/суставное введение хондроитин сульфата по схеме с последующим в/м введением его.

При неэффективности всех вышеперечисленных методов лечения и при наличии выраженного болевого синдрома рекомендуется хирургическое вмешательство, например протезирование тазобедренного или коленного сустава или отдельных его частей.

Таким образом, появление разнообразных качественных методов лечения ОА в настоящее время открывает новые возможности, позволяющие врачам и больным успешно бороться с заболеванием и в конечном итоге улучшить качество жизни больных ОА.