

Информация для пациента с генерализованным остеоартрозом.

Общее описание заболевания.

Остеоартрит (остеоартроз) – это заболевание, при котором происходит нарушение процессов восстановления и разрушения тканей суставов, прежде всего в хряще, в кости, расположенной под хрящом, синовиальной оболочке, выстилающей капсулу сустава, и окружающих сустав связках и мышцах. Существует две основные формы остеоартрита: первичный, когда не известна причина болезни, и вторичный, возникающий на фоне различных заболеваний, травм суставов. Первичный ОА развивается, как правило, после 40 лет. Наиболее частой и характерной его локализацией являются коленные, межфаланговые суставы кистей, тазобедренные суставы, позвоночник и основание первого пальца стопы. Вторичный ОА по своим клиническим проявлениям не отличается от первичного, развивается практически в любых суставах и имеет конкретную причину заболевания (часто после серьезной травмы, на фоне другого ревматического заболевания и т.д.). Важно подчеркнуть, что остеоартрит не представляет непосредственной угрозы для жизни больного, однако его социальное значение чрезвычайно велико. Боль и нарушение функции суставов приводят к значительным страданиям, временной и стойкой потере трудоспособности, а хроническая суставная боль становится важным фактором, влияющим на прогрессирование не только самого ОА, но и сопутствующих заболеваний, прежде всего, сердечно-сосудистой системы.

Факторы риска.

Остеоартрит развивается в результате взаимодействия различных факторов, основные из которых представлены ниже. Пожилой возраст является хорошо известным предиктором развития остеоартрита. Увеличение заболеваемости с возрастом является следствием кумулятивного и/или воздействия различных факторов риска и биологических изменений, происходящих при старении организма. Пол. Изучение влияния пола на распространенность и заболеваемость остеоартритом показало, что женщины, особенно после наступления менопаузы, более склонны к развитию остеоартрита ОА суставов кистей, стоп и коленных суставов. Индекс массы тела (ИМТ). Особое место среди факторов риска развития остеоартрита (особенно коленного сустава) занимает избыточный вес. Так, у женщин с избыточным весом (ИМТ от 25 до 30 кг/м²) почти в 2,5 раза повышается риск развития ОА коленных суставов, а при ожирении (ИМТ 30 кг/м² и более) – в 4,6 раза. Как правило, у пациентов с остеоартритом и избыточной массой тела (или

ожирением) наблюдаются и другие проявления метаболического синдрома: артериальная гипертензия, повышение уровня мочевой кислоты в крови, нарушение толерантности к глюкозе, которые тоже способствуют более тяжелому течению заболевания. Род занятий, физическая активность и травмы. Физическая активность, особенно лечебная физкультура, особенно полезна для суставов за счет укрепления околосуставных мышц, помогающих стабилизировать сустав, улучшения кровоснабжения, но может быть и вредной, если она создает чрезмерную нагрузку на сустав, особенно тот, который уже уязвим из-за наличия других рисков. В частности, повторяющиеся монотонные нагрузки – работа, требующая стояния на коленях или на корточках, связаны с повышенным риском поражения коленных суставов, поднятие тяжестей и длительные статические нагрузки – развитием остеоартрита тазобедренных суставов. Деформации нижних конечностей. О- или Х-образное искривление нижних конечностей почти в 4 раза увеличивают в будущем вероятность развития остеоартрита коленных суставов.

Профилактика.

Профилактику ОА следует начинать с изменения образа жизни – это снижение веса при ожирении или избыточной массе тела, регулярные физические упражнения, профилактика травм при занятиях спортом, ношение стелек и др. Контроль избыточного веса/ожирения. Для эффективной борьбы с ожирением и избыточной массой тела необходимо сочетанное применение ежедневной физической активности и диетотерапии. Суточный калораж пищи необходимо снизить на 500-700 ккал от физиологической потребности, которая рассчитывается исходя из антропометрических параметров (масса тела, возраст, пол, физическая активность в течение суток). Рацион питания должен быть сбалансирован по основным пищевым ингредиентам: белкам, жирам и углеводам. Диеты, которые основаны на принципах голодания, научно не обоснованы, поэтому их применение не рекомендовано. Физическая активность. Регулярная физическая активность способствует не только снижению массы тела и улучшению подвижности суставов, но и благоприятно влияет на течение сопутствующих хронических заболеваний. В частности, тренировка четырёхглавой мышцы бедра снижает риск развития ОА коленных суставов. Рекомендуются регулярная аэробная активность (например, ходьба) умеренной интенсивности не менее 150 минут в неделю. Для пожилых людей и людей с хроническими заболеваниями аэробные тренировки необходимо начинать с 30 минут в день с постепенным увеличением занятий до 60 минут.

Целесообразно сочетать комбинацию силовых тренировок и аэробных упражнений с учетом функциональных требований и предпочтений пациента. Для увеличения эффективности физических нагрузок, а также снижения вероятности травматизации рекомендуется прохождение обучающего курса с инструктором или врачом-ЛФК перед переходом к основному этапу тренировок. Коррекция биомеханических нарушений. Применение ортопедических приспособлений (ортезы, наколенники, супинаторы) направлено на снижение нагрузки на суставы. При наличии плоскостопия рекомендовано ношение ортопедических стелек и обуви, которые способствуют поддержанию свода стопы и снижают нагрузку на суставы нижних конечностей. Рекомендовано использовать обувь на устойчивом каблуке с высотой не выше 4 см с толстой, амортизирующей подошвой. Обувь должна быть подобрана по размеру и не вызывать механического сдавления стопы. При нестабильности коленных суставов рекомендуется ношение индивидуально подобранных наколенников, которые замедляют развитие остеоартрита. При наличии Образной деформации коленных суставов должны применяться ортезы, разгружающие внутренние отделы сустава, а при Х-образной – наружные отделы коленного сустава.

Симптомы.

Основным симптомом остеоартрита является боль в суставе, которая возникает в процессе или после физической нагрузки. При более тяжелом течении заболевания боль в суставе может сохраняться и в период покоя, в ночное время. Также характерны и другие симптомы: утренняя скованность в суставе до 30 минут, «стартовые» боли (боль и скованность в суставе после периода покоя, уменьшающаяся после начала движения), ограничение объема движений, «щелчки», «хруст» при движениях, припухлость околосуставных мягких тканей. 112 Чаще всего при ОА вовлекаются коленные, тазобедренные и мелкие суставы кистей, которые имеют свои клинические особенности. Так, при поражении коленного сустава характерны «стартовые» боли, возникающие в начале ходьбы (особенно при спуске по лестнице), локализуемая по передней и внутренней поверхностям коленного сустава и усиливающаяся при сгибании. При ОА тазобедренных суставов боль в начале заболевания часто локализуется не в области пораженного сустава, а в паховой области, в области коленного сустава, по наружной поверхности бедра и в поясничной области. Часто пациенты жалуются на то, что им быть трудно надевать обувь или садиться в машину и выходить из нее. Типичные клинические признаки ОА суставов

кистей – боль при пальпации и движениях, а также появление костных разрастаний в области дистальных и проксимальных межфаланговых суставов (т.н. узелки Гебердена и Бушара).

Диагностика.

Диагноз ОА основан на анализе жалоб пациента и данных клинического осмотра. Какихлибо специфических лабораторных признаков нет. Рентгенография суставов позволяет определить стадию заболевания, магнитно-резонансная томография выполняется при подозрении на травматическое повреждение структур сустава.

Основные принципы и подходы к лечению.

Комплексная терапия ОА включает применение немедикаментозных и фармакологических методов, а при необходимости – хирургическое вмешательство. Основная задача – уменьшение/купирование боли и воспаление, улучшение движений в суставах и замедление прогрессирования болезни. Больным ОА рекомендовано посещать школы для пациентов, в которых можно получить исчерпывающую информацию о своем заболевании, о целесообразности снижения веса, обучиться, как правильно выполнять упражнения лечебной физкультуры, модифицировать образ жизни. Специалисты разъяснят основные принципы лечения заболевания, а также ответят на ваши вопросы. В рамках данных школ проводятся профилактические беседы, обучение лечебной физкультуре, мастер-классы по скандинавской ходьбе и др. Регулярные занятия ЛФК приводят к уменьшению боли и улучшению движений в суставах, но начинать занятия лучше всего под руководством специалиста, например, в группах здоровья. Физические упражнения при ОА 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, поднять выпрямленную ногу на 25 см в положении лежа на спине и удерживать ее несколько секунд); упражнения, направленные на увеличение объема движений («воздушный 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). Больные также должны знать об особенностях двигательного режима при ОА, основной принцип которого заключается в разгрузке пораженного сустава. Не рекомендуется длительная ходьба, стояние на ногах, частые подъемы по лестнице. Больному с выраженной болью в суставах и ограничением движений необходима консультация специалиста по ЛФК для составления индивидуальной программы занятий. При ОА чрезвычайно важно уменьшение нагрузки на суставы, что достигается применением различных приспособлений. Следует носить обувь на низком широком каблуке с мягкой эластичной подошвой, что позволяет уменьшить нагрузку, которая 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, замедляют прогрессирование заболевания. Для уменьшения нагрузки показано хождение с тростью, которую нужно держать в руке, противоположной пораженному суставу. Кроме того, очень важно правильно подобрать высоту трости – ее рукоятка должна находиться на уровне основания первого пальца руки. При двустороннем поражении тазобедренных или коленных суставов целесообразно хождение с помощью костылей «канадского типа». При наличии плоскостопия рекомендуется постоянное ношение стелек, изготовленных по индивидуальному заказу. С целью уменьшения болей при ОА назначаются нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты локально (гели, кремы, мази) или системно в виде таблеток (при отсутствии противопоказаний со стороны сопутствующих заболеваний). С момента постановки диагноза всем пациентам с ОА рекомендуется назначение «хондропротекторов» (АТХ M01AX Другие нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты) (глюкозамина и/или хондроитина сульфат, или диацереина и др.), которые применяются длительно. Чем дольше пациент принимает 114 «хондропротекторы», тем ниже риски прогрессирования заболевания. В ряде случаев показано введение в полость сустава гиалуроновой кислоты (средств для замещения синовиальной жидкости*** (протезов синовиальной жидкости) на основе гиалуроновой кислоты)) (только в «сухой» сустав, в связи с чем рекомендовано до или во время инъекции использование УЗИ) или глюкокортикоидов (при наличии синовита, но не чаще чем 2-3 инъекции в год в один и тот же сустав). Выполняются также разнообразные хирургические вмешательства – от остеотомии до тотального эндопротезирования (замены) суставов. Важно

знать, что для назначения или коррекции медикаментозной терапии ОА обязательно нужно обратиться к вашему лечащему врачу, который с учетом ваших индивидуальных особенностей, сопутствующих заболеваний и факторов риска подберет наиболее эффективные и безопасные препараты. Обязательно обсуждайте со своим врачом все принимаемые лекарства, потому что даже натуральные средства, отпускаемые без рецепта, могут вызывать нежелательные эффекты. Только квалифицированный специалист может дать Вам наилучшие рекомендации и помочь избежать неприятных последствий от лечения.