

Как повысить эффективность лечения и реабилитации пациентов с остеоартрозом?

По материалам VII Национального конгресса ревматологов Украины
(18-20 октября, г. Киев)

Остеоартроз (ОА) настолько широко распространен в мире среди старших возрастных групп населения, что преклонный возраст уже прочно ассоциируется с болью в суставах. Различные мази, препараты и биодобавки на многие годы становятся неотъемлемой частью жизни больных ОА, при этом результаты лечения часто настолько незначительны, что и у врачей, и у пациентов формируется мнение о том, что единственным эффективным методом восстановления функциональности сустава и качества жизни является эндопротезирование суставов.



Таким образом, проблема сохранения качества жизни пациентов с ОА сегодня остается нерешенной, несмотря на ее длительное существование и разработку многочисленных меди-

каментозных и немедикаментозных методов терапии. О причинах низкой эффективности лечения пациентов с ОА и способах влияния на качество их жизни рассказал **главный ревматолог г. Киева, главный врач МЦ «Клиника современной ревматологии», кандидат медицинских наук Семен Христофорович Тер-Вартаньян.**

— Неэффективность лечения пациентов с ОА во многом обусловлена тем, что у специалистов амбулаторных сетей не сформировано понимание механизмов, приводящих к развитию ОА. Большой ошибкой является сосредоточение внимания только на суставном хряще и назначении лечения, направленного исключительно на регенерацию хрящевой ткани. Недооценка и непонимание роли тканей, окружающих сустав (связочный аппарат, мышцы), в формировании дегенеративных изменений в хряще приводит к одностороннему подходу, который сводится лишь к попыткам воздействия на хрящ, что не приносит ощутимых результатов. В итоге пациенты все чаще используют обезболивающие препараты, и часто их прием приобретает бессистемный и неконтролируемый характер, что приводит к развитию побочных эффектов и дальнейшему ухудшению здоровья и качества жизни.

Частично непонимание врачами роли всех факторов, приводящих к развитию ОА, можно объяснить преобладанием в научной литературе данных о сложном воспалительном генезе гибели хряща. При этом игнорируются другие важные факторы — гипотрофия/атрофия и дисбаланс функционирования мышечно-связочного аппарата, приводящие к нестабильности сустава, его перемежающейся макро- или микронекогенности.

При ОА в патологический процесс вовлекаются все структуры сустава, что требует разнонаправленного воздействия и комбинации немедикаментозных и медикаментозных методов лечения.

Алгоритм Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеопороза и ОА (ESCEO) предполагает пошаговое назначение терапии при ОА:

Шаг 1. Базисная терапия:

- нефармакологические методы (физиотерапия);
- фармакологические методы (глюкозамин и/или хондроитин + парацетамол при необходимости).

Шаг 2. Усовершенствованный фармакологический контроль (в условиях устойчивой симптоматики):

- пероральные ЦОГ-2-селективные или неселективные нестероидные противовоспалительные препараты — НПВП (с учетом сопутствующих факторов риска);
- глюкокортикоиды или гиалуроновая кислота интраартикулярно.

Шаг 3. Последние фармакологические попытки перед оперативным вмешательством:

- короткие курсы опиоидов;
- дулоксетин.

Шаг 4. Контроль поздней стадии болезни:

- хирургическая коррекция.

Немедикаментозные методы лечения ОА

Докладчик уделил много внимания роли немедикаментозных методов лечения ОА, которые особенно эффективны на ранних стадиях развития заболевания. В качестве таких методов сегодня рекомендуются:

- повышение уровня образования и информирования пациентов о своем заболевании (контакты по телефону, участие в работе сообществ пациентов, обучение самоуправлению болезнью);
- физические упражнения для улучшения функции суставов, увеличения мышечной силы;
- уменьшение воздействия механических факторов на сустав (борьба с лишним весом, удобная обувь, приспособления для ходьбы);
- физиотерапевтическое лечение.

К сожалению, роль вышеперечисленных методов в лечении пациентов с ОА недооценивается многими врачами. Между тем включение пациентов в процесс лечения и реабилитации, информирование о причинах развития заболевания, последствиях неэффективной терапии и возможностях улучшения состояния существенно повышают приверженность к выполнению врачебных рекомендаций. В ситуациях, когда лечение представляет длительный процесс и улучшения наступают медленно,

пациентам требуется поддержка, и контакты по телефону в этом отношении очень эффективны. Большое значение имеют и регулярные физические упражнения, укрепляющие мышечно-связочный аппарат и уменьшающие риск потери равновесия и травмирования. Эффективность лечебной физкультуры (ЛФК) при ОА подтверждают клинический опыт и научные данные. Некоторые авторы приравнивают эффективность ЛФК к таковой НПВП и анальгетиков (Y.M. Golightly et al., 2012). Все современные руководства по ведению пациентов с ОА включают ЛФК в качестве обязательного компонента лечения. В 2010 году Центр контроля и профилактики заболеваний США совместно с Американским фондом артрита опубликовал национальную стратегию «Общественное здравоохранение против артрита». Стратегия предусматривает обеспечение доступности научно-обоснованных методов лечения, создание необходимой общественно-политической поддержки, инициацию научных исследований. В рамках данной стратегии американский Альянс противодействия артрозу определил четыре основных направления, по которым будет проводиться работа. В перечень направлений, помимо улучшения самообслуживания пациента, управления весом, профилактики травматизма, включена физическая активность (аэробика, упражнения для укрепления мышц).

Физическая активность признана экспертами NРНА важнейшим немедикаментозным методом лечения ОА,

и в качестве основных принципов ЛФК при ОА и других хронических болезнях определены:

- 1) лучше хоть что-то, чем вообще ничего;
- 2) от каждого — по способностям;
- 3) все под надзором медработника.

ЛФК является неотъемлемым звеном многих клинических программ в области ОА по всему миру — в Канаде, Австралии, Швеции, Дании и других странах.

«Оставайтесь активными и старайтесь сбросить вес!» — этот призыв к пациентам с ОА Американской инициативы менеджмента ОА отражает основной принцип всех программ, направленных на улучшение помощи при этом заболевании.

«С чего начинать обучение пациента с ОА?» — данный вопрос встает перед каждым врачом, который стремится наладить сотрудничество с больным и приложить все усилия для достижения успеха в лечении ОА. Эксперты советуют начинать с самого простого — моделирования ситуаций повседневной жизни (подъем со стула, подъем по лестнице, тренировки мышечной силы в положении сидя).

Кроме физической активности, рекомендуется включать в комплекс лечебных мероприятий массаж и/или электростимуляцию гипертрофированных мышц, кинезиотейпирование.

Кинезиотейпирование — уникальная методика устранения боли и реабилитации, которая пришла к нам из Японии и заключается в наложении специальных пластырей — кинезиотейпов. Кинезиотейпы — тканевые ленты без латекса со специальным клеевым покрытием, реагирующим на тепло человеческого тела. Правильная аппликация кинезиотейпов обеспечивает анатомически правильную работу мышц, что приводит к свободе



движения, уменьшению боли, оттоку лимфы и улучшению кровообращения.

Целесообразно использовать также ортезы, трости, при необходимости костыли. Квалифицированно подобранный ортез или трость помогают разгрузить сустав и нормализовать его функцию.

! Следует учитывать, что у пожилых пациентов ОА часто сочетается с остеопорозом, и это требует минимизации длительных физических и вертикальных нагрузок, упражнений на гибкость и «скручивание», которые могут приводить к перестроенным переломам.

Медикаментозные методы лечения ОА

Общепринятый арсенал медикаментозных средств в остром и реабилитационном периодах ОА состоит из анальгетиков, НПВП, хондропротекторов, внутрисуставных инъекций гиалуроновой кислоты.

Необходимо понимать, что медикаментозная терапия должна обязательно сочетаться с немедикаментозными методами лечения, и ее эффективность зависит от того, насколько тщательно врач продумает схемы и сроки приема препаратов.

Важность комплексного подхода к борьбе за восстановление функции сустава подтверждают и результаты исследования S.G. Petersen и соавт. (2010), в котором участвовали пожилые пациенты с рентгенологически подтвержденным гонартрозом. Наблюдение осуществляли 12 нед, в течение которых проводили физические тренировки с фокусом на четырехглавую мышцу обоих бедер. Пациенты были распределены на группы в зависимости от вида медикаментозной терапии: глюкозамин, ибупрофен или плацебо. По окончании периода наблюдения оценивали мышечную силу и уровень маркеров метаболизма хрящевой ткани – олигометрического протеина хрящевой матрицы в плазме (COMP) и С-телопептида коллагена 2 типа в моче. Установлено, что у всех пациентов увеличилась мышечная сила на фоне тренировок. Уровень COMP увеличился только в группе приема глюкозамина. Эти результаты подтверждают благоприятное влияние глюкозамина на метаболизм хрящевой ткани в условиях физических нагрузок при ОА коленного сустава.

В докладе было уделено внимание роли хондропротекторов в лечении ОА и рассмотрен механизм их действия.

«Точкой приложения» хондропротекторов является хрящевая ткань, и цель их применения – нормализация белкового состава хряща, ускорение восстановления после повреждений и прекращение процесса его разрушения.

! Комплексное применение хондропротекторов оказывает мягкое метаболическое и противовоспалительное действие на протяжении всего курса лечения и реабилитации, способствует снижению проявлений суставного синдрома и повышению качества жизни пациентов.

Особенно удобны в применении комбинированные препараты – это

уменьшает количество принимаемых пациентом таблеток, упрощает лечение и повышает приверженность к нему. Такими препаратами являются, в частности, Терафлекс и Терафлекс Адванс.

Терафлекс содержит глюкозамина гидрохлорид (500 мг) и хондроитина сульфат (400 мг). Препарат назначается при ОА для приема внутрь по 1 капсуле 3 р/сут. В состав Терафлекса Адванс включены три компонента: глюкозамина сульфат (250 мг), хондроитина сульфат (200 мг) и ибупрофен (100 мг) в дозах, эффективность и безопасность которых доказана. Терафлекс Адванс при ОА назначается для приема внутрь по 2 капсулы 2 р/сут.

! Таким образом, врач может выбрать один из комбинированных препаратов в зависимости от того, какие симптомы преобладают у пациента и на каком этапе лечения ОА он находится. На определенном этапе, после уменьшения или устранения боли, необходимо ввести в схему лечения ЛФК, занятия в бассейне. Например, эффективной является следующая схема: прием препарата Терафлекс Адванс в первые 3 нед для купирования болевого синдрома; начало физической реабилитации и переход на Терафлекс для дальнейшего восстановления хряща.

В заключение лектор акцентировал внимание слушателей на основных четырех составляющих успешного лечения ОА:

- Обучение пациента мероприятиям, направленным на изменение образа жизни.
- Индивидуальный подбор упражнений (ЛФК) с умеренными нагрузками для стимуляции и укрепления мышечно-связочного аппарата и улучшения функции сустава; применение глубокого миофасциального массажа и кинезиотерапии.
- Обязательное сочетание физической реабилитации с медикаментозной терапией – приемом хондропротекторов, при необходимости НПВП или анальгетиков.
- Дополнительная терапия – лечение коморбидной патологии, психологическая реабилитация.

Подготовила **Наталья Очеретяная**



ТЕРАФЛЕКС®

ПОСЛІДОВНЕ ЛІКУВАННЯ ОСТЕОАРТРОЗУ

**2-й КРОК
БАЗИСНА ТЕРАПІЯ
І ПРОФІЛАКТИКА
ЗАГОСТРЕНЬ
(2-6 місяців та більше)**

- Терафлекс® по 3 капсули на добу

**ПОСИЛЕНА
ЗНЕБОЛЮЮЧА
ДІЯ***

**1-й КРОК
ВПРОДОВЖ
ПЕРІОДУ ЗАГОСТРЕННЯ**

- Терафлекс Адванс® по 2 капсули 3 рази на добу після прийому їжі

Science For A Better Life

theraflex.com.ua

*До складу Терафлекс Адванс на відміну від Терафлексу, окрім глюкозаміну та хондроїтину, входить ібупрофен.
Реклама лікарського засобу. Для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів. Повна інформація про лікарський засіб наведена в інструкції для медичного застосування. РП № UA/7749/01/01 від 29.12.2012, № UA/4142/01/01 від 04.12.2015. ТОВ «Байер» 04071, вул. Верний Вал 4-Б
L.LUK.MKT.CC.02.2017.0226