

КОНФЕРЕНЦІЯ

ОГЛЯД

I Всеукраинская конференция «СпортФорум 2014»: в фокусе внимания — здоровье суставов

28 ноября в г. Киеве состоялась конференция «СпортФорум 2014», в которой приняли участие врачи спортивной медицины, терапевты, вертебрологи, неврологи, кардиологи, рефлексотерапевты, ортопеды-травматологи, реабилитологи, представители местных органов самоуправления, общественных организаций и спортсмены.

Проведение I Всеукраинской конференции «СпортФорум 2014» поддержала компания «Фитофарм» (победитель в номинации «Компания года» в конкурсе профессионалов фармацевтической отрасли Украины «Панацея 2014». – Прим. авт.).

Цель проекта — улучшение здоровья украинской нации путем внедрения системы реабилитационных мероприятий и спортивно-патриотического воспитания молодежи. Особое внимание в рамках форума было уделено рассмотрению новых подходов и технологий в диагностике и лечении спортивных и боевых травм, а также совершенствованию реабилитации таких пациентов.

Спектр вопросов, обсуждавшихся в рамках форума:

- основные подходы к консультации пациентов относительно курения и употребления алкоголя;
- кардиопротекторный образ жизни;
- возникновение сердечно-сосудистых заболеваний у спортсменов;
- физическая реабилитация кардиологических больных;
- респираторные нарушения у профессионалов медицинской отрасли;
- современная антибиотикотерапия бактериальных инфекций кожных покровов у спортсменов;
- профилактика патологии позвоночника в учебных заведениях;
- формирование культуры безопасности и здорового образа жизни в системе спортивного образования Украины;
- современные подходы к дифференциальному назначению рекреационно-оздоровительных режимов и разработке реабилитационных программ.



Елена Михайловна Пидгрушная, украинская биатлонистка, чемпионка мира, чемпионка Олимпийских игр 2014, пятикратная чемпионка Европы, отметила, что проведение подобных мероприятий представляет интерес не только для украинских спортсменов, но и для молодого активного поколения.

Президент Международной благотворительной организации «Ассоциация чемпионов Европы, мира и Олимпийских игр», двукратный чемпион мира, чемпион СССР и Украины по фехтованию Юрий Иванович Чиж рассмотрел необходимость искоренения курения, алкоголизма и наркомании среди школьников и подростков.

В рамках первого пленарного заседания обсуждались аспекты здорового образа жизни, влияние физической культуры и спорта на здоровье человека, причины развития острых и хронических заболеваний у спортсменов.

Академик НАМН Украины, доктор медицинских наук, профессор Г.В. Дзяк (ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины») рассказал об основных

причинах внезапной смерти спортсменов и профилактических методах ее предотвращения.

Доктор медицинских наук, профессор Г.Л. Апанасенко (Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев) посвятил выступление созданию национальной индустрии здоровья как составляющей реализации стратегии повышения качества жизни, здоровья и долголетия населения.

Доктор медицинских наук, профессор В.В. Корпачев представил доклад «Инстинкты и здоровый образ жизни». По мнению докладчика, развитие сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета 2 типа является результатом устоявшегося образа жизни, характеризующегося извращенной реализацией естественных инстинктов, что ведет к формированию определенного метаболического фенотипа на основе существующего генотипа. Также В.В. Корпачев проанализировал особенности возрастных изменений гормонального фона, влияние кортизола на развитие абдоминального ожирения с последующим развитием сахарного диабета 2 типа.

Главный врач Херсонского областного центра здоровья и спортивной медицины, заслуженный врач АР Крым, доктор медицинских наук Ю.А. Ромаскевич акцентировал внимание на современных подходах к комплексному лечению боли в спине у спортсменов и основных направлениях научного поиска в реабилитации с учетом структуры поражений у потерпевших в результате антитеррористической операции. Докладчик оценил медико-демографическую ситуацию в Украине, особенностью которой по сравнению с развитыми странами является высокий уровень преждевременной смертности населения в возрасте до 65 лет. В связи с этим был поднят вопрос о необходимости безотлагательной разработки и внедрения оптимальной методологии мониторинга функциональных резервов организма, донозологической диагностики и своевременной адекватной коррекции функциональных нарушений.

Краниосакральной терапии (КСТ) как индивидуальному методу восстановления здоровья посвятила выступление врач-реабилитолог Е.В. Железко. Она остановилась на преимуществах использования данной методики для восстановления больных с различными патологиями. Механизм воздействия КСТ заключается не в силовом воздействии рук врача, а в тщательном шадшем исследовании и лечении всех систем организма. Основа КСТ — идея о том, что тело содержит информацию об истоках любой проблемы со здоровьем. На сегодня остеопатия официально признана в Швеции, Дании, США, Австралии, Великобритании и других странах. В нашей стране работает Первая Украинская школа краниосакральной терапии, которая внедряет и исследует данную методику лечения и реабилитации.



современные принципы лечения и реабилитации в ортопедии.

Заведующий кафедрой травматологии и ортопедии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Александр Анатольевич Бурьянов обсудил патоморфологические аспекты заболеваний опорно-двигательного аппарата, основы фармакологической терапии и



Свое выступление профессор А.А. Бурьянов начал со слов Н.М. Амосова: «А есть ли у нас министерство здравоохранения? Конечно же, нет, у нас есть министерство, занимающееся болезнями». Актуальность сохранения физической активности посредством реабилитации заболеваний суставов не вызывает сомнений, поскольку и в детском возрасте, и в средних возрастных группах физическая активность во многом зависит от функционального состояния опорно-двигательного аппарата. Последующие деформации, возникновение боли значительно снижают качество жизни пациента, в большинстве случаев приводя к его инвалидизации. Остеоартроз (ОА) составляет почти 80% в общей структуре патологии суставов у лиц старше 60 лет, а в 10–30% случаев приводит к нетрудоспособности различной стадии. За последние 30–40 лет зафиксировано повышение заболеваемости ОА в 9 раз, что в значительной степени влияет на медико-демографические показатели. В Европе и США отмечается тенденция к общему старению населения и увеличению в популяции количества лиц старше 60 лет. Существует мнение, что к 2020 г. численность данной возрастной группы увеличится в 2 раза. Прогнозируется увеличение заболеваемости ОА среди пациентов трудоспособного возраста, детей и подростков — т. н. омоложение ОА (W. Zhang, G. Nuki, R.W. Moskowitz et al., 2010).

Заболевания суставов относятся к мультифакторным патологиям, среди причин которых выделяют:

- неорганические (воздействие тяжелых металлов, ионизирующего излучения и т. д.);
- внутриорганизменные (метаболические нарушения);
- вторичные факторы (диспластические процессы, последствия воспалительных реакций и др.).

Также причины ОА можно классифицировать в зависимости от пути повреждения на:

1. Механические (воздействие повышенного давления на нормальный хрящ):
 - дисплазия сустава;
 - повреждение связок (нестабильность сустава);
 - травмы (разрывы мениска);
 - микротравмы;
 - избыточная масса тела.
2. Структурные (воздействие нормального давления на ослабленный хрящ):
 - хондрокальциноз;
 - некроз эпифиза;
 - артриты;
 - наследственность.

Все вышеперечисленные факторы влияют на различные элементы сустава — синовиальную мембрану, хрящ, субхондральную кость, что в конечном итоге приводит к развитию ОА. В основе формирования ОА лежат следующие патогенетические механизмы:

- нарушение трофики хряща;
- изменение состава и вязкости синовиальной жидкости;
- фиброз синовиальной оболочки;
- синовит;
- дисфункция хондроцитов;
- нарушение синтеза коллагена и протеогликанов;
- снижение трофики хряща;

Продолжение на стр. 20.

КОНФЕРЕНЦІЯ

ОГЛЯД

I Всеукраинская конференция «СпортФорум 2014»: в фокусе внимания — здоровье суставов

Продолжение. Начало на стр. 18.

- дисконгруэнтность суставных поверхностей;
- нарушение васкуляризации;
- уменьшение прочности субхондральной кости.

Будь то прямое механическое повреждение сустава или опосредованное повреждение вследствие нарушения соотношения процессов гипоксии/реперфузии в васкуляризованных тканях, развивается типичный патологический процесс с высвобождением протеолитических ферментов, активацией реакций свободнорадикального окисления и продукции биологически активных веществ (простагландинов, лейкотриенов и др.), что обуславливает прогрессирование дистрофически-деструктивных изменений в суставе.

Клинические проявления ОА обусловлены:

1. Интраартикулярными изменениями:
 - реактивный синовит;
 - внутрисуставная гиперпрессия;
 - внутрикостная ишемия;
 - подвывих или протрузия головки;
 - прорыв субхондральной кисты;
2. Экстраартикулярными изменениями:
 - контрактуры;
 - болевые ангиопатии;
 - нейродистрофический синдром;
 - вертеброгенные синдромы;
3. Изменениями на уровне организма.

Основным проявлением ОА на ранних стадиях заболевания является болевой синдром. Выделяют несколько его вариантов.

1. Ночная боль, связанная с венозной гиперемией, стазом крови в субхондральных отделах кости, внутрикостной гипертензией (С.С. Arnoldi, 1980; P.A. Revell, 1988). Интенсивность боли уменьшается утром при ходьбе (если поражены нижние конечности).

2. Стартовая боль, которая возникает в начале ходьбы, затем быстро исчезает, а при продолжительном движении возникает снова (М.А. Chamberlain; 1982).

3. Механическая боль, которая возникает при нагрузке на сустав, постепенно усиливается к вечеру, а после ночного отдыха вовсе исчезает. В большинстве случаев боль обусловлена наличием тендобурсита, периартроза, поражением сухожилий или же возникает вследствие раздражения синовиальной оболочки остеофитами (J.H. Kellgren, 1983).

4. Блокадная боль, которая возникает при наличии суставного постороннего тела — фрагмента, защемленного между суставными поверхностями хряща (J.H. Kellgren, 1983).

5. Рефлекторная боль, возникшая вследствие развития реактивного синовита (P.A. Dieppe, 1995).

6. Отраженная боль, возникновение которой связано с вовлечением в воспалительный процесс капсулы сустава (Н. Mologovsky, 1989).

Клиницистами используется классификация ОА по рентгенологическим стадиям заболевания, которую предложили J.H. Kellgren и J.S. Lawrence, а в 1982 г. усовершенствовал M. Lequesne. На сегодня она дополнена клиническими, морфологическими показателями (W. Mohr, 1984; H.L.F. Karree, 1990; V.S. Scott, 1999) и является общепринятой среди ревматологов и ортопедов-травматологов. С учетом рентгенологических изменений выделяют 4 стадии ОА (I, II, III, IV).

Для выявления дистрофических изменений суставного хряща широко используется артроскопический метод. Согласно классификации по R.E. Outerbridge, с помощью артроскопии можно определить следующие степени поражения хряща: 1 — размягчение хряща; 2 — фрагментация хряща и его эрозия до половины глубины слоя; 3 — глубокие эрозии и большие фрагментации с образованием дефектов; 4 — образование дефектов, дно которых является субхондральной костью.

Профессор А.А. Бурьянов подчеркнул значимость визуализирующих методов исследования в профилактике прогрессирования дистрофических изменений сустава. Докладчик отметил, что не всегда инструментальные методы исследования помогают адекватно оценить степень развития патологического процесса. В подтверждение этому было продемонстрировано несоответствие рентгенологической стадии по Kellgren и Lawrence артроскопической степени по Outerbridge. Данные отличия

способствуют установлению ложного диагноза и, соответственно, выбору неправильной тактики ведения пациента. Также такие методы диагностики, как ультразвуковое исследование и магнитно-резонансная томография (МРТ), не всегда могут выявить начальные изменения в суставе.

Потребность в повышении информативности диагностических процедур стала причиной использования МРТ в комбинации с артрографией в 3 этапа: выполнение общепринятого протокола МРТ-исследования сустава; внутрисуставное введение контраста (гадолиний 0,1 мл и 20 мл физиологического раствора) + внутривенное введение гадолиния с расчетом 1 мл на 3 кг массы тела; выполнение общепринятого протокола МРТ-исследования сустава.

Важным моментом для врача является определение ранней стадии заболевания с целью профилактики прогрессирования дистрофических изменений сустава и развития асептического воспалительного процесса.

Основные задачи в лечении ОА — замедление прогрессирования заболевания; уменьшение выраженности болевого синдрома; повышение функциональной активности.

Для решения этих задач используются различные методы, которые позволяют разносторонне влиять на патологический процесс. Первоочередным является обеспечение больного социальной поддержкой и комплексом образовательных мероприятий. Значительная роль принадлежит снижению массы тела у пациентов с избыточным весом. Важно помнить о соблюдении ортопедического режима, поддержании физической активности. С профилактической целью пациентам с ОА назначаются массаж, физиотерапевтические процедуры, лечебная физкультура и санаторно-курортная реабилитация.

Согласно рекомендациям EULAR (Европейской антиревматической лиги), лечение ОА должно осуществляться в следующей последовательности.

- ❖ Нефармакологическая терапия:
 - образовательные мероприятия;
 - коррекция рациона (при необходимости — снижение массы тела);
 - физические упражнения;
 - физиотерапевтическое лечение (бальнеотерапия, электромагнитная терапия, ультразвуковая терапия, электростимуляция, акупунктура, лазерная терапия, электрофорез);
 - витаминотерапия (минералы), пищевые добавки.
- ❖ Фармакологическое лечение:
 - препараты симптоматического действия (нестероидные противовоспалительные препараты — НПВП, опиоидные анальгетики, глюкокортикоиды);
 - структурно-модифицирующие средства (хондроитинсульфат, гиалуроновая кислота, дицерин, немолыемые соединения авокадо и др.);
 - антиоксидантная терапия;
 - препараты, улучшающие микроциркуляцию;
 - ингибиторы протеолитических ферментов;
 - метаболическая терапия.
- ❖ Интраартикулярное лечение:
 - хондропротекторы для внутрисуставного применения;
 - противовоспалительная терапия;
 - глюкокортикоиды;
 - лаваж.
- ❖ Хирургическое лечение:
 - диагностико-лечебная артроскопия;
 - коррекционные остеотомии;
 - артропластика.

Подбирая тактику лечения, врач должен учитывать уровень доказательств для той или иной терапии.

Фундаментальные принципы устранения боли у пациентов с дегенеративно-дистрофическими поражениями суставов основываются на степени выраженности болевого синдрома. При слабой боли рекомендуется применять только НПВП, умеренную боль купируют комбинацией НПВП и адрюванта, а при интенсивной алгии к комбинации НПВП + адрювант добавляют опиоидный анальгетик.

Для лечения ранних стадий ОА разработана базовая схема медикаментозной терапии, которая включает противовоспалительные и анальгезирующие препараты (ЦОГ2-селективные НПВП и адрювант (декскетопрофен) до 10-12 сут); хондропротекторную



терапию (хондроитинсульфат 1500 мг/сут в течение 60 дней) антиоксидантные препараты (тиотриазолин по 100 мг/сут на протяжении 30 дней, затем по 50 мг/сут в течение последующих 30 дней); гиалуронат в комбинации с сукцинатом натрия 1,8% 2 мл внутрисуставно № 5 1 р/нед.

Следует отметить, что консервативное лечение на протяжении 2 мес проводится 3 р/год.

На сегодня для лечения дегенеративных процессов суставов используются малоинвазивные хирургические вмешательства. Артроскопия является не только диагностическим методом определения патологических изменений в суставе, но и считается золотым стандартом лечения ранних стадий ОА больших суставов. Определение степени дегенерации сустава по Outerbridge дает возможность оценить необходимость проведения той или иной манипуляции. К артроскопическим методикам лечения ОА относятся лаваж сустава, удаление свободных суставных тел, частичная менискэктомия, дебридмент, шейвирование, селективное удаление остеофитов, ограниченная синовэктомия или костномозговая стимуляция репарации хряща.

При дегенерации сустава 3-4 ст. по Outerbridge показано проведение таких микрохирургических вмешательств, как микрофрактурирование, костнохрящевая аутоотрансплантация, аутогенная трансплантация хондроцитов или гемизендопротезирование. Профессор А.А. Бурьянов отметил, что при 3 ст. повреждения хряща у больных до 60 лет на участке, где упругость хряща превышает 50 единиц Шора, используют операции костномозговой стимуляции репарации хрящевой ткани. При наличии дефектов хряща до 8 см² у больных до 60 лет с индексом массы тела <30 кг/м² используют микропереломы склерозированной субхондральной кости.

Для сохранения двигательной функции сустава при выраженных диспластических процессах, нарушениях оси конечности необходимо использовать коррекционные остеотомии и эндопротезирование.

При неэффективности ранее выполненных органосохраняющих операций прибегают к артродезу — оперативному вмешательству, направленному на создание неподвижности сустава.

Вопрос восстановления структуры и функции сустава у послеоперационных больных очень важен, т. к. эффективная реабилитация способствует возвращению пациента к активной деятельности, улучшает качество его жизни. Программа послеоперационного функционально-восстановительного лечения больных с поражением хряща включает ранний восстановительный период (до 3 мес), целью которого являются разгрузка суставных поверхностей, восстановление подвижности сустава, нормализация тонуса мышц; поздний восстановительный период (3-6 мес), направленный на возобновление функции суставов, тонуса мышц и мышечной координации; период профессиональной (спортивной) адаптации (6-12 мес).

А.А. Бурьянов подчеркнул значимость ранней диагностики дистрофических заболеваний суставов, а также указал на тот факт, что врач не излечивает ОА, а препятствует прогрессированию патологического процесса и формированию необратимых дегенеративных изменений.

Важно помнить, что залогом раннего и эффективного восстановления функции сустава являются плодотворное сотрудничество пациента и доктора, соблюдение больным всех рекомендаций относительно здорового образа жизни и адекватный выбор терапевтической методики.

Подготовила **София Степанчук**

