

Высокое качество жизни у пациентов с остеоартрозом: достижима ли цель?

Влиять на качество каждого своего дня – вот высшее из искусств.
Генри Торо, американский писатель, мыслитель, общественный деятель

Остеоартроз (ОА) относится к наиболее часто встречающимся дегенеративным заболеваниям опорно-двигательного аппарата, и его распространенность четко связана с возрастом и полом. У лиц старше 50 лет распространенность клинических и рентгенологических признаков ОА резко увеличивается, а в возрастной группе старше 75 лет данное заболевание выявляется почти у всех обследуемых. Число людей пожилого возраста на нашей планете постоянно увеличивается, поэтому проблемы, связанные с ОА, приобретают все большую актуальность. Кроме того, ОА за последние годы существенно помолодел, и 40-летние пациенты с этим заболеванием – уже не редкость.



ОА в значительной степени влияет на качество жизни и здоровье пациентов: появление болей в опорных суставах ограничивает подвижность человека, что, в свою очередь, приводит к развитию ожирения, снижению мышечного тонуса,

возникновению депрессивных расстройств, увеличению кардиоваскулярного риска. В результате большое количество людей социально активного возраста теряют возможность вести обычный образ жизни и работать. Задача национальных систем здравоохранения на современном этапе – выработать эффективные профилактические и терапевтические стратегии, позволяющие сохранить пациентам с ОА здоровье и высокое качество жизни. О том, в каких направлениях следует двигаться для достижения этих целей, наш корреспондент беседовала с **главным ревматологом г. Киева, кандидатом медицинских наук Семеном Христофоровичем Тер-Вартаньяном.**

? **Сегодня на медицинских форумах и в научных публикациях часто обсуждаются проблемы, связанные с качеством жизни пациентов. Чем обусловлено такое внимание к этим проблемам?**

— С медицинской точки зрения качество жизни — это интегральная характеристика физического, психологического, социального и эмоционального состояния пациента, оцениваемая исходя из его субъективного восприятия. Таким образом, качество жизни — индикатор уровня здоровья и уровня медицинской помощи, которую получает пациент. Если низкое качество жизни обусловлено медицинскими причинами и неудовлетворительными результатами лечения, то закономерно, что и продолжительность жизни будет, скорее всего, сокращаться.

Для ревматологических больных вопросы качества жизни особенно актуальны, ведь многих из них боль беспокоит практически каждый день. Согласитесь, что на фоне возможностей современной медицины в эру высоких технологий и трансплантологии говорить о неудовлетворительной эффективности лечения пациентов с ОА и низком качестве их жизни, по крайней мере, странно. Тем не менее это несмертельное заболевание в короткие сроки буквально разрушает жизнь человека, который перестает быть деятельным, подвижным и утрачивает позитивный взгляд на мир. Между тем эффективное лечение на начальных этапах развития ОА — посильная задача и, главное, не требующая больших финансовых затрат.

Применение на ранних этапах развития ОА немедикаментозных методов лечения позволяет замедлить прогрессирование заболевания, поэтому во всем мире этим методам уделяется большое внимание и их широкое внедрение в клиническую практику и популяризация среди пациентов в ряде стран являются частью государственной стратегии помощи пациентам с ОА.

Так, в 2010 году Центр контроля и профилактики заболеваний США совместно с Американским фондом артрита опубликовал Национальную стратегию «Общественное здравоохранение против артрита», предусматривающую доступность научно обоснованных методик лечения, создание необходимой общественно-политической поддержки и инициацию необходимых научных исследований. В рамках данной стратегии Американский альянс противодействия остеоартрозу выработал четыре направления действий: самообслуживание пациента; профилактика травматизма; управление весом; физическая активность — аэробика, упражнения по укреплению мышц (P.H. White et al., 2012).

Кроме того, Канадским обществом ортопедов и Институтом здоровья костей и суставов разработана тактика ухода и реабилитации больных с тяжелыми формами ОА, требующих эндопротезирования суставов (C. Frank, D. Marshall et al., 2011). В Швеции внедрена программа улучшенного лечения для пациентов с ОА тазобедренного и коленного суставов (C. Thorstensson, L. Dahlberg et al., 2013), в Дании — Программа нормальной жизни (S. T. Skout et al., 2012). Существует также австралийская модель ухода за пациентами с хроническим ОА (2012). Наконец, эксперты Американской инициативы костей и суставов совместно с экспертами Инициативы менеджмента хронического остеоартрита издали специальное руководство по новому видению менеджмента при хроническом ОА (2012).

Таким образом, во всем мире уделяется большое внимание проблемам лечения ОА — начиная с начальных стадий заболевания и заканчивая самыми тяжелыми этапами, когда пациентам требуется протезирование суставов.

? **На сегодняшний день разработаны четкие рекомендации по ведению больных ОА, которые включают методы, доказавшие свою эффективность. Почему лечение данного заболевания в реальной клинической практике по-прежнему представляет трудную задачу?**

— Ведением пациентов с ОА чаще всего занимаются специалисты амбулаторной сети, далекие от понимания значения факторов, приводящих к ОА и роли окружающих сустав тканей — мышц, связочного аппарата, при формировании дегенеративных изменений в суставах. Обычно пациентам назначают обезболивающие средства, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), не акцентируя внимания на том, что лечение ОА должно быть комплексным. Обезболивающая терапия, безусловно, важна на определенных этапах лечения, однако пациент не может получать НПВП пожизненно и непрерывно — рано или поздно он прекращает их прием из-за развития побочных эффектов. При этом пациент отмечает, что его состояние постепенно ухудшается — болевой синдром становится все более выраженным, а двигательная активность уменьшается. В ряде случаев пациентам с ОА назначают хондропротекторы, но не всегда это качественные средства, которые можно безопасно принимать, и не всегда это

препараты, доказавшие свою эффективность в лечении ОА в клинических исследованиях. Если при этом не обеспечивается выполнение всех обязательных мер, рекомендованных сегодня при ОА (снижение массы тела, регулярные адекватные физические нагрузки, использование бандажей, отказ от курения и алкоголя), то положительного результата в лечении данного заболевания достичь не удастся. Пациент при этом утрачивает доверие к врачу, перестает принимать какую-либо терапию и через некоторое время обращается уже к хирургам для решения вопроса об имплантации эндопротезов. Последнее означает значительные финансовые затраты на проведение операции, длительные сроки нетрудоспособности, тяжелый восстановительный период.

Таким образом, неудовлетворительная ситуация в лечении ОА во многом обусловлена отсутствием информированности населения о способах профилактики ОА и недостаточным уровнем знаний у врачей первичного звена в области организации лечебного процесса, включающего немедикаментозные и медикаментозные методы лечения.

? **Какие задачи являются наиболее важными в процессе лечения ОА и как сделать правильный выбор среди многочисленных рекомендуемых методов лечения ОА?**

— Лечение должно быть направлено на уменьшение боли, модификацию структуры сустава (замедление прогрессирования разрушения сустава) и модификацию заболевания (предотвращение утраты функции сустава и эндопротезирования). Однако врачам действительно нелегко выбрать средства для достижения этих целей. Например, рекомендации Европейской антиревматической лиги (EULAR) включают 29 фармакологических и нефармакологических методов, и в реальной практике трудно определиться, какой из них окажется эффективнее у конкретного пациента.

Экспертами Европейского общества клинических и экономических аспектов остеопороза и остеоартроза (ESCEO) в 2014 году изданы алгоритмы ведения пациентов с ОА коленных суставов, которые более приближены к реалиям повседневной практики. Предложенный пошаговый алгоритм дает четкое представление о том, в какой последовательности следует применять медикаментозные и немедикаментозные методы лечения у пациентов с ОА в зависимости от выраженности симптомов и функциональных нарушений. В основу алгоритма положены базовые принципы, которые рекомендуются применять у всех без исключения пациентов с коленным ОА: информирование и обучение, снижение массы тела при избыточном весе, программа физических упражнений (аэробных, силовых). Алгоритм ESCEO уже с первых шагов лечения дает возможность повлиять на течение ОА, замедлить разрушение хряща и отсрочить хирургическое вмешательство путем оптимальной комбинации методов физиотерапии, лечебной физкультуры и медикаментозной терапии с применением симптоматических медленнодействующих препаратов — хондропротекторов (SYSADOA — symptomatic low acting drugs for osteoarthritis). При этом нельзя умалять значение ни одного из перечисленных методов: только комплексное воздействие на сустав и на патогенетические механизмы ОА может дать удовлетворительные результаты.

? **Какие акценты следует усилить, составляя план ведения пациента с ОА?**

— Прежде всего следует понимать, что при ОА в патологический процесс вовлекается не только суставная хрящ. Конечно же, воспаление играет

большую роль в разрушении хряща, однако нельзя игнорировать такую первопричину, как гипотрофия/атрофия и дисбаланс функционирования мышечно-связочного аппарата. Дисфункция последнего приводит к формированию нестабильности сустава, нарушению его макро- или микроконгруэнтности. Причины дисфункции мышечно-связочного аппарата могут быть различными: заболевания мышц, недостаточная физическая активность или, напротив, чрезмерные нагрузки (например, у профессионалов в спорте). В связи с этим мероприятиям, направленным на улучшение функции мышечно-связочного аппарата, следует уделять не меньше внимания, чем воздействию на хрящ или купированию болевого синдрома. Обратите внимание, что в современных рекомендациях по лечению ОА физические упражнения и контроль массы тела отнесены к базовым мероприятиям в лечении пациентов с ОА. Эффективность и безопасность лечебной физкультуры в комплексе профилактики и амбулаторного лечения ОА тазобедренных и коленных суставов имеет обширную доказательную базу, поэтому нельзя недооценивать этот аспект лечения.

? **Как быть с пациентами, имеющими коморбидные состояния, или с теми, у кого наблюдается сильно выраженный болевой синдром?**

— Что касается коморбидных состояний, то большинство пациентов с ОА все же имеют сопутствующие заболевания, не являющиеся противопоказаниями для дозированных физических нагрузок. Даже у пациентов с сердечной недостаточностью регулярные адекватные нагрузки приводят к улучшению состояния и прогноза.

Безусловно, если поднят вопрос об эффективности лечебной физкультуры в условиях клиники или у пациентов с серьезными сопутствующими заболеваниями, при которых двигательная активность невозможна, то следует констатировать дефицит научных данных. Однако мы обсуждаем более распространенную проблему — ведение трудоспособных пациентов, которых мы лечим амбулаторно, и в этих ситуациях пренебрежение таким доступным методом, как лечебная физкультура, ничем не оправдано.

Если у пациента выраженный болевой синдром, то это не аргумент для отказа от физкультуры, а повод для того, чтобы более вдумчиво подойти к разработке схемы лечения. Совершенно очевидно, что в первую очередь следует обеспечить эффективное купирование боли, уменьшить выраженность воспаления, а затем перейти к другим методам лечения.

? **Таким образом, первое, что следует предпринять при обращении пациента с ОА и болевым синдромом, — назначить обезболивающую медикаментозную терапию?**

— Именно с этого приходится начинать чаще всего, поскольку пациенты обычно обращаются за медицинской помощью уже на этапе, когда болевой синдром ярко выражен. Однако только назначения НПВП — недостаточно. На первом этапе лечения можно выбрать комбинацию НПВП и хондропротектора. При этом в качестве хондропротекторов следует назначать препараты, а не биодобавки.

? **С какой целью хондропротекторы назначают с первых этапов лечения ОА?**

— Основной точкой приложения хондропротекторов является хрящевая ткань, поэтому главная цель — нормализовать структуру суставного хряща, ускорить его восстановление после повреждений или остановить процесс его разрушения. Комплексное применение хондропротекторов

оказывает мягкое метаболическое и противовоспалительное действие на компоненты сустава на протяжении всего курса лечения и реабилитации с развитием снижения проявлений суставного синдрома и повышения качества жизни.

Следует учитывать, что наиболее важные данные, свидетельствующие об эффективности хондропротекторов в лечении ОА, были получены в исследованиях с глюкозамин и хондроитин сульфатом (ХС). Именно глюкозамин и ХС продемонстрировали структурно-модифицирующие и анальгетические эффекты у пациентов с ОА, а также хороший профиль безопасности. В ходе исследований, изучавших особенности биохимического взаимодействия ХС и глюкозамина, установлено, что данные препараты обеспечивают синергичный эффект в отношении стимуляции репаративных процессов в суставном хряще. Показано также, что сочетанное применение ХС и глюкозамина эффективно купирует умеренный и выраженный болевой синдром у пациентов с ОА коленных суставов (исследование GAIT).

Очень удобно назначать эти препараты в составе фиксированной комбинации (Терафлекс®), и если уже мы говорим о самых первых шагах лечения пациентов с ОА и болевым синдромом, то нельзя не вспомнить о преимуществах тройной фиксированной комбинации, которая содержит ибупрофен (Терафлекс Адванс®). В случае если пациент из-за болевого синдрома не может сразу приступить к лечебной физкультуре, мы можем назначить Терафлекс Адванс® в течение 3 нед, после чего рекомендовать дозированные физические нагрузки (для начала — под контролем специалиста) и прием комбинации хондропротекторов (Терафлекс®).

Количество принимаемых таблеток — это тоже один из показателей качества жизни пациентов с ОА, и если мы имеем возможность путем назначения одной таблетки достигать несколько целей — эффективно обезболить и благоприятно влиять на структуру суставного хряща, то необходимо ее использовать.

Отмечу, что именно с глюкозамин и ибупрофеном было проведено интересное исследование S.G. Petersen и соавт. (2010). Цель исследования состояла в оценке влияния лечебной физкультуры, глюкозамина, ибупрофена или плацебо на уровни олигомерического протеина хрящевой матрицы в плазме (cartilage oligomeric matrix protein — COMP) и С-телопептида коллагена II типа в моче (с-telopeptide of type-2 collagen — СТХ II) у пациентов с гонартрозом. COMP и СТХ II рассматриваются сегодня как маркеры метаболизма хрящевой ткани, уровни которых коррелируют с деградацией хряща.

В исследовании пожилые пациенты с радиологически подтвержденным гонартрозом были распределены на группы, получавшие глюкозамин, ибупрофен или плацебо в течение 12 нед на фоне силовых тренировок с фокусом на четырехглавые мышцы бедер. До и после периода нагрузок изучалась мышечная сила, уровни COMP в плазме и СТХ II в моче.

Оказалось, что после 12 нед тренировок мышечная сила достоверно увеличилась во всех трех группах, а содержание COMP в плазме достоверно сократилось в группе, получавшей глюкозамин, в отличие от плацебо и ибупрофена. Уровень СТХ II мочи в группах достоверно не изменялся. Полученные результаты подтверждают благотворное влияние глюкозамина на метаболизм хрящевой ткани в условиях физических нагрузок у пациентов с ОА коленного сустава.

? Исходя из Вашего опыта, какие еще мероприятия можно рекомендовать для оптимизации лечения пациентов с ОА?

— Чрезвычайно важным аспектом лечения и реабилитации хронического суставного синдрома, особенно в геронтологической практике, является обучение пациента бытовым действиям и навыкам. Для многих наших пациентов со стойкими морфологическими изменениями структуры суставов становятся малодоступными простейшие элементарные движения. Страх и ожидание боли, контрактура или гипермобильность

сустава затрудняют ходьбу, повороты в постели, присаживание или вставание со стула и кровати. Такие пациенты нуждаются в групповых и индивидуальных занятиях для восстановления повседневной двигательной активности.

Следует отметить целесообразность использования ортезов у большинства пациентов. Квалифицированно подобранный ортез позволяет в значительной степени уменьшить болевой синдром при поражении суставов, разгрузить и нормализовать его функцию. Целесообразно включение в комплекс лечебных мероприятий ручного массажа и/или электростимуляции гипотрофированных мышц, кинезиотейпирования.

Эффективность массажа трудно переоценить: будучи научно обоснованным методом, он восстанавливает физическую работоспособность, улучшает функциональное состояние нервно-мышечного и суставно-связочного аппарата, позволяет снять рефлекторный мышечный спазм, активизировать кровообращение в тканях суставов, ликвидировать лимфостаз и нормализовать внутрикостное давление.

Под влиянием массажных процедур повышается эластичность, тонус мышц, сократимость, устраняется мышечная атрофия.

Важно помнить, что ОА нередко в пожилом возрасте сочетается с остеопорозом, в связи с чем необходимо минимизировать или исключить длительные вертикальные и физические нагрузки, а также упражнения на гибкость и «скручивание», которые могут приводить к переломным переломам, особенно в зоне эпифиза кости.

Таким образом, обучение пациента, разъяснение ему важности лечебной физкультуры, сочетание физической реабилитации с назначением хондропротекторов и при необходимости с НПВП — существенно повысят эффективность лечения пациентов с ОА. Продлению работоспособности пациентов и повышению качества их жизни будут способствовать также адекватное лечение коморбидных заболеваний и психологическая реабилитация.

Подготовила **Наталья Очеретяная**

Справка ЗУ

ТЕРАФЛЕКС® содержит глюкозамин и хондроитин в доказано эффективных дозах.
1 капсула содержит:
глюкозамина гидрохлорида 500 мг,
хондроитин сульфата 400 мг.

Терафлекс Адванс® содержит глюкозамин, хондроитин и ибупрофен в доказано эффективных дозах.
1 капсула содержит:
глюкозамина сульфата 250 мг,
хондроитин сульфата 200 мг,
ибупрофена 100 мг.
1 доза = 2 капсулы.

ТЕРАФЛЕКС®

ПОСЛІДОВНЕ ЛІКУВАННЯ СИМПТОМІВ ОСТЕОАРТРОЗУ



ПОСИЛЕНИЙ ЗНЕБОЛЮВАЛЬНИЙ ЕФЕКТ*



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

- Терафлекс® по 3 капсули на добу



**1-й КРОК
ВПРОДОВЖ
ПЕРІОДУ ЗАГОСТРЕННЯ**

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



*До складу Терафлексу Адванс®, на відміну від Терафлексу®, входить ібупрофен.
Реклама лікарського засобу. Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA7749/01/01 від 29.12.2016.
№ UA3142/01/01 від 13.12.2019. Перед застосуванням обов'язково ознайомтесь з інструкцією, що додається,
та проконсультуйтеся з лікарем. Зобов'язати в місцях, недоступних для дітей. Інформація для споживачів.
© ІПК МКТ СС 08.2016.0072