

# Деформирующий остеоартроз: взгляд ведущих специалистов

**Деформирующий остеоартроз (ОА) претендует на звание одного из наиболее распространенных заболеваний в мире. Около 10-12% населения земного шара предъявляют жалобы на боль в суставах.**

ОА (артроз, остеоартрит) — это хроническое дегенеративное заболевание суставов, при котором хрящевая ткань и прилегающая кость претерпевают изменения на фоне механической перегрузки. Помимо этого, происходит трансформация суставных поверхностей с последующим развитием краевых остеофитов, деформацией сустава, а также умеренно выраженного синовита. В результате возникают тугоподвижность и стартовая боль (в начале ходьбы). Поражаются преимущественно опорные суставы: коленные, тазобедренные, голеностопные. Характерны появление хруста и болей после физической нагрузки, затруднение при ходьбе по лестнице (особенно вниз). При рентгенологическом исследовании обнаруживаются узелки в области межфаланговых суставов кистей рук (узелки Гебердена или Бушара), которые приводят к стойкой деформации мелких суставов кистей, и плюснефаланговых суставов первых пальцев стоп. Существует мнение, что ОА — неизбежный спутник старения, подобно изменениям кожи и седым волосам.

Однако при своевременной диагностике, выявлении сопутствующей патологии и адекватной терапии ОА можно улучшить качество и увеличить продолжительность жизни больных.

Данной проблематике был посвящен круглый стол, в котором приняли участие ревматологи, травматологи, ортопеды и врачи смежных специальностей.



На актуальности своевременного выявления ОА акцентировал внимание **главный внештатный специалист МЗ Украины по специальности «Ревматология», президент Ассоциации ревматологов г. Киева, заведующий кафедрой внутренних болезней стоматологического факультета Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Олег Борисович Яременко.**

— ОА — наиболее распространенная патология суставов во всех странах мира, в том числе в Украине. Врачи семейной практики встречаются с ней ежедневно. По статистике, в Великобритании 25% обращений к врачам первого звена обусловлены заболеваниями суставов, из них больше половины — артрозы.

Дегенеративные изменения суставов считаются одним из компонентов естественного процесса — старения.

Диагностика остеоартроза базируется прежде всего на клинической симптоматике — жалобах и объективных данных. У людей старшего возраста признаки ОА выявляются с помощью инструментальных методов даже при отсутствии жалоб. При проведении рентгенографии, магнитно-резонансной томографии (МРТ) суставов практически у 100% людей старше 55 лет выявляются такие признаки ОА, как дегенеративные изменения хряща (сужение суставной щели) и краевые костные разрастания суставных поверхностей. Однако только в части случаев это сопровождается характерной клинической картиной. Диагноз устанавливается только при наличии клинических данных, соответствующих диагностическим критериям.

Достаточно распространенной является ситуация, когда у человека с болью в спине при проведении МРТ позвоночника обнаруживаются изменения в виде выпячивания дисков, краевых костных разрастаний (почти у 80% обследованных старшего возраста). При этом болевой синдром связывают с изменениями позвоночника, которые соответствуют таковым при ОА, не углубляясь в оценку клинической ситуации. Это приводит к позднему выявлению других патологий, которые также способны провоцировать боль в спине. Например, болезнь Бехтерева диагностируется с большим запозданием — в среднем через 8 лет от начала заболевания. Это связано именно с упрощенной трактовкой данных МРТ и привязкой этих изменений к тем проблемам, которые беспокоят пациента. При установлении диагноза ОА необходимо учитывать особенности болевого синдрома, его характер (чем провоцируется и как купируется), а также объективные данные, полученные при физикальном обследовании.

Основной целью при ведении пациентов с ОА является замедление его прогрессирования с помощью немедикаментозных методов, таких как минимизация нагрузки на суставы, снижение массы тела. Например, у женщин среднего возраста с избыточным весом при его уменьшении всего на 5 кг риск возникновения потребности в эндопротезировании коленного сустава по причине ОА снижается на 25%. Важную роль играет контроль коморбидной патологии (сахарного диабета, дисфункции щитовидной железы).

Если говорить о медикаментозной терапии, то следует назначать препараты, которые имеют доказательную базу и указаны в европейских и мировых руководствах по лечению артрозов. Первое место по частоте применения занимает симптоматическая терапия — нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), предназначенные для снятия боли, скованности и дискомфорта. Вместе с тем использование НПВП или парацетамола не оказывает положительного влияния на прогрессирование болезни (напротив, купирование болевого синдрома устраняет физиологический защитный механизм от неадекватных нагрузок на суставы, что может привести к ускорению разрушения хряща). Некоторые НПВП оказывают негативное воздействие на метаболизм хрящевой ткани, особенно при длительном применении, таким образом ускоряя дегенеративные процессы в суставах.

Рекомендовано использовать лекарственные средства, которые способны замедлить дегенерацию хрящевой ткани, — т. н. хондропротекторы, к которым относятся неомыляемые соединения авокадо и сои, хондроитин и глюкозамина сульфат. Данные препараты имеют доказательную базу в отношении лечения и замедления прогрессирования ОА.

Относительно внутрисуставных инъекций вопрос в международном ревматологическом и ортопедическом сообществе решен достаточно однозначно. Однако в Украине подходы к такому виду лечения не оптимизированы. Имеется в виду, что в суставы вводят препараты, не предназначенные для внутрисуставных инъекций или не имеющие адекватной доказательной базы. Согласно мировым рекомендациям оправдывают свое применение глюкокортикоиды пролонгированного действия при наличии реактивного синовита. Вводить

в «сухой» сустав эти препараты нельзя. Частота введения даже при наличии синовита должна быть разумной. Для крупных суставов, например коленных, это не чаще, чем 1 раз в 3 мес, то есть 3-4 раза в год. Нередко препараты используют с большей частотой, что приводит к разрушению внутрисуставного хряща и ускорению прогрессирования заболевания. Также целесообразно внутрисуставно вводить препараты гиалуроновой кислоты, которые оказывают симптоматическое и некоторое положительное метаболическое воздействие на внутрисуставные ткани. Эти средства чаще применяют на поздних рентгенологических стадиях ОА. При этом уменьшается боль за счет улучшения скольжения суставных поверхностей.

ОА не оказывает непосредственного влияния на прогноз жизни: ее продолжительность может уменьшаться за счет ассоциированной с ним патологии, однако качество жизни заметно ухудшается.



**Заведующий кафедрой травматологии и ортопедии НМУ им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук, профессор Александр Анатольевич Бурьянов** остановился на подходах к эндопротезированию при ОА.

— Частота встречаемости заболевания достаточно велика; его признаки отмечаются у подавляющего большинства женщин после 45 лет и мужчин старше 60 лет.

Основными задачами врача-ортопеда являются своевременное выявление заболевания, предотвращение разрушения хряща, уменьшение интенсивности болевого синдрома и повышение функциональной активности сустава. Известно, что хрящ не имеет сосудов и не подлежит восстановлению после разрушения. В связи с этим заболевание имеет прогрессирующее течение.

Данная патология представляет не только медицинскую проблему, но и социальную. На поздних стадиях больных мучают сильные боли, значительно ухудшаются качество жизни и работоспособность. Усугубляется морально-психологическое состояние пациента за счет ограничения подвижности и возможности нагружать сустав. В таком случае на 3-4 стадиях заболевания прибегают к эндопротезированию сустава (метод высокотехнологичного эффективного хирургического вмешательства, при котором компоненты сустава заменяются имплантатами, имеющими характерную для здорового сустава анатомическую форму). Данная операция позволяет больному вернуться к полноценной повседневной жизни и сопровождается восстановлением подвижности сустава; кроме того, исчезает болевой синдром. Наиболее часто подлежат эндопротезированию коленные и тазобедренные суставы. Современные эндопротезы изготавливаются из различных материалов, которые максимально сочетаются с биологическими тканями человека. По способу крепления выделяют бесцементные и цементные протезы. В качестве материала используют титан, никель, сталь, молибден (в случае отсутствия аллергической реакции на металл). Помимо этого, используют керамику, полиэтилен и др. Керамика имеет уникальное свойство не истираться в процессе эксплуатации, однако является достаточно хрупким материалом. Полиэтилен, наоборот, больше стирается, но при этом менее хрупкий. Операция проходит с применением как местного, так и общего наркоза.

Не менее важным вопросом является реабилитация после хирургического вмешательства. Этим занимаются в отделениях физиотерапии, в которых высококвалифицированные специалисты подбирают индивидуальную программу восстановления поврежденных суставов. Комплекс реабилитационных мероприятий носит системный, последовательный и плановый характер и направлен на восстановление функции сустава. Больному ОА необходимо ограничить нагрузки в течение месяца, после чего можно приступить к активному образу жизни. Для восстановления функции сустава достаточно 3-4 мес.

Принцип сохранения хряща на ранних стадиях является единым, но особенности лечения зависят от биомеханики и характера поражения сустава. Если есть нарушения развития, например дисплазия, то на ранних стадиях проводят профилактически ориентированные операции. С помощью остеотомии восстанавливают ось конечности и форму суставов, моделируются впадина, шеечно-диафизарный угол, достигается биомеханически правильное взаимоотношение суставов.

Однако эндопротезирование не решает суть проблемы, это т. н. операция отчаяния, крайняя мера. Задача ортопеда — сохранить сустав и его функцию, провести комплекс необходимых мер на этапах оказания помощи.

На сегодня предпочтение отдают артроскопическим малоинвазивным технологиям как максимально щадящему способу хирургического вмешательства. Преимущества такого лечения — минимальное повреждение окружающих сустав мягких тканей и связок, отсутствие необходимости в гипсовой иммобилизации, достаточно короткие сроки госпитализации и послеоперационной реабилитации. В зависимости от операции врач производит либо резекцию поврежденной части сустава,

либо пластику и анатомическое восстановление поврежденных структур.

Следует отметить, что проблема ОА комплексная. Заболевание невозможно вылечить одной таблеткой, фиксатором или чем-то другим. Однако благодаря совместным усилиям ортопедов, ревматологов, врачей общей практики можно выявить ОА на ранних стадиях и назначить соответствующее лечение.



**Профессор кафедры пропедевтики внутренней медицины № 2 НМУ им. А.А. Богомольца, доктор медицинских наук Игорь Анатольевич Палиенко** охарактеризовал ОА с терапевтической точки зрения.

— В группу риска артрозов входят люди пожилого возраста, женщины в постменопаузе, пациенты в посттравматическом периоде, с остеопорозом и др. Если на начальных этапах изменения в хрящах возникают вследствие травмы, нарушений обменных функций, сосудистой патологии, то на поздних стадиях заболевания они обусловлены преимущественно механическими факторами. При этом возникают дефект хряща, костные разрастания, что влияет на подвижность конечности, и формируется вторичная деформация.

Несмотря на то что данная патология часто встречается, диагноз удается установить не сразу, как правило, при возникновении болевых ощущений; при этом анатомические и функциональные нарушения могут быть уже значительными. Дифференциальную диагностику следует проводить практически со всеми заболеваниями суставов, которых насчитывается около 100. Основные из них — ревматоидный артрит, подагра, хондрокальциноз,

системные заболевания соединительной ткани, например системная красная волчанка, склеродермия, полиомиозит.

Больным ОА специалисты в первую очередь назначают обезболивающие препараты. Однако большинство лекарственных средств данной группы имеют побочные эффекты, которые могут усугублять течение сопутствующей патологии. Например, парацетамол оказывает неблагоприятное влияние на функцию печени. Селективные НПВП не рекомендовано назначать при кардиоваскулярной патологии ввиду высокого риска сосудистых осложнений. Неселективные НПВП часто вызывают осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта. Их необходимо с осторожностью назначать больным с гастритом, язвенной болезнью, заболеваниями кишечника.

Достаточно безопасны препараты на основе имбиря, однако их эффективность и группа больных, отвечающих на их применение, нуждаются в уточнении. Местно применяются средства на основе капсаицина, блокирующего С-терминали нервов, отвечающих за болевую чувствительность. При этом не только снижается интенсивность болевых ощущений, но и увеличивается выработка простагландинов и коллагеназы, которые уменьшают проявления воспалительного процесса.

К сожалению, комплексное лечение достаточно дорогостоящее и не каждый пациент может себе это позволить. Поэтому данная патология будет актуальна еще многие годы. Одним из возможных путей решения проблемы представляется создание специальных школ для терапевтов, врачей общей практики — семейной медицины, посвященных вопросам диагностики и лечения патологии суставов различного характера.

Подготовила **Мария Бобришева**

