

Комплексное лечение и реабилитация больных с дегенеративными заболеваниями суставов.

Взгляд реабилитолога



Н.Н. Кораблева, к.м.н., доцент кафедры травматологии РМАПО, Москва

Основы диагностики и стандарты лечения остеоартроза достаточно разработаны и хорошо известны. Однако добиться однозначно положительного результата в лечении этого заболевания не удается. Практически всех случаях развития остеоартроза формируется хроническое состояние, с систематическим развитием обострения, несмотря на проводимое лечение. Да и с лечением остеоартроза далеко не все однозначно. Одна из проблем лечения остеоартроза связана с пристальным вниманием практикующего терапевта к лечению обострения остеоартроза и выпадением из лечебного процесса периода реабилитации. Принципам лечения больных с дегенеративными заболеваниями суставов с точки зрения реабилитолога посвящена эта статья.

Что такое артроз? Под остеоартрозом понимают в общем смысле износ суставов, как целостного органа движения. Это заболевание может возникать под воздействием различных факторов, но чем старше становится человек, тем больше риск возникновения дегенеративного суставного синдрома. Многие считают, что основой остеоартроза (ОА) является только патология хряща. Однако это неверно. Нередко первично страдает кость, а именно губчатая кость – метаэпифиз и субхондральная пластина, которая является ростковой зоной хрящевых клеток. В силу этого, патология ростковой зоны сказывается и на качестве хряща. Микропереломы субхондральной кости и балок губчатой кости эпифизов приводят нарушению осей конечности и неконгруэнтности суставных поверхностей. В процессе заболевания хрящевая ткань суставной поверхности постепенно изнашивается, дегенеративно изменяются и разрушаются мениски, причем в первую очередь, обычно страдает более нагружаемый медиальный мениск, сустав деформируется, возникает нестабильность сустава. Развивается вторичное воспаление и появляется боль. Большое значение в формировании болевого синдрома имеет патология пателлфеморального сочленения и латерализация надколенника.

Компенсаторно формируются остеофиты. При повышенных нагрузках на сустав также компенсаторно появляется избыточное количество жидкости в суставе и околосуставной ткани – формируется киста Бейкера.

Вне зависимости от причин возникновения суставного синдрома, симптомы остеоартроза почти всегда одни и те же:

- ✓ Боли в суставе, которые могут изменяться в зависимости от физической нагрузки. Характерно волнообразное течение, болевой синдром беспокоит больного не только днем, но и ночью.
- ✓ При нагрузках проявляются припухлость и отечность сустава.

- ✓ При длительном течении дегенеративного процесса формируется контрактура – ограничение подвижности сустава.

Сопутствующая сосудистая патология – венозный стаз, резко усугубляет течение заболевания.

Является ли артроз и артрит одним и тем же заболеванием? На наш взгляд, несмотря на родственные причины и нередко похожие симптомы, это разные заболевания, имеющие свои особенности в тактике лечения. При артрите, поражение суставной ткани потенцируется дефектами иммунитета и гормональной системы. Воспаление суставов приобретает хронический характер и, как правило, не проходит в состоянии покоя. У пациентов с артрозом болезненные симптомы возникают периодически, нарастают при механических нагрузках на суставы и, в большинстве случаев, уменьшаются после отдыха.

Синовит, остеофиты – это плохо? И синовит и остеофиты – это защитная реакция организма в пределах его возможностей. Если хрящ начинает испытывать перегрузки развивается нестабильность сустава, которая часто встречается у пожилых лиц, вследствие атрофии мышц конечностей или хронической дисторзии (растяжения связочного аппарата сустава). Организм «выращивает» подпорки – остеофиты. Остеофиты направлены на ограничение гиперподвижности сустава, но в дальнейшем могут значительно ограничить его подвижность.

Какие сопутствующие факторы имеют значение при ОА? Знание факторов риска развития ОА оказывается важным в отношении модифицируемых факторов: повышенная масса тела пациента, гиподинамия, длительные статические нагрузки, сопутствующие заболевания, такие как эндокринная патология, хроническая сердечно-сосудистая недостаточность и др. Все эти факторы могут быть компенсированы. Таким образом, появляется дополнительный ресурс воздействия на суставной синдром.

ОА неизлечим ? На сегодняшний день полностью вылечить остеоартроз не представляется возможным, как и радикально воздействовать на старение организма. Главная задача лечения – остановить дальнейшее развитие болезни, ликвидировать болевой синдром, улучшить качество жизни и восстановить функциональный статус больного.

Почему при лечении артроза, особенно на поздних стадиях, мы видим малый эффект? К сожалению, не контролируемое, от обострения к обострению, использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), кортикостероидных препаратов (гормонов), игнорирование влияния соматических сопутствующих заболеваний, а также не понимание или отрицание роли ортопедического образа жизни, приводит к усугублению и прогрессированию дегенеративного процесса, инвалидизации пациентов и пожизненно рецидивирующему течению заболевания. Это связано с тем, что острое воспаление – защитная природная реакция организма человека, при неправильном лечении переходит в хроническую стадию. Хронические состояния чрезвычайно плохо поддаются лечению, в связи с тем, что защитные механизмы организма, которые не смогли обеспечить купирование патологического процесса, как бы начинают игнорировать такой «депонированный» процесс и дегенеративные изменения в пораженном сегменте продолжают неуклонно прогрессировать.

Какие критерии периода реабилитации?

Как показывают наши долговременные клинические наблюдения достижение реабилитационного периода возможно только при проведении правильного этапного лечения. «Правильное» лечение подразумевает не стандартный подход: от обострения к обострению, а комплексный трехкратный (четырёхкратный, в зависимости от индивидуальных особенностей) курсы медикаментозных и реабилитационных мероприятий через каждые полгода, вне обострения. Таким образом, курсовое лечение направлено на «опережение» рецидива и достижение длительной повторяемой ремиссии.

Исключением являются пожилые лица старше 65-70 лет, которые не способны выполнять все рекомендации лечащего врача. Таких пациентов относим к группе первичной реабилитации и больные получают постоянный однократный курс лечения ежегодно.

Реабилитация пациента подразумевает минимизацию медикаментозного воздействия с акцентом на нефармакологические мероприятия, такие как, правильно индивидуально подобранная ЛФК для поддержания тонуса параартикулярных мышц, координацию, глубокий миофасциальный массаж, обучение релаксирующим практикам и правильное пространственное поведение, или ортопедический образ жизни.

Что такое ортопедический образ жизни и что необходимо знать об ортопедическом образе жизни.

Умение правильно пользоваться своим телом – это целая наука, которая во многом определяет быть человеку здоровым или нет. Резкие некоординированные движения, например, во время спортивных игр, ко-

торые не характерны для человека в обычной жизни, приводят к частичному повреждению связочного, сухожильно-мышечного аппарата. Накапливаясь, эти микроповреждения вызывают вторичные нарушения: повреждение межпозвонковых дисков, суставов, хронический миотонический и корешковые синдромы. Рассмотрим основные факторы ортопедического поведения.

1. Поддержание правильной осанки.

Критериями правильной осанки являются:

- ✓ развернутые плечи с чуть приподнятой головой
- ✓ лопатки симметричны и явно не определяются под одеждой,
- ✓ живот не выступает за линию реберной дуги.

Для сохранения правильной осанки целесообразно включать в схему физических нагрузок упражнений, направленных на укрепление мышц шеи, спины и живота.

2. Как правильно сидеть?

Ориентиром удобного сидячего положения является изгиб спинки стула – спина человека должна прочно помещаться в этот изгиб, в этом случае осанка будет соответствовать анатомическим требованиям скелета. Хорошая опора в месте физиологических изгибов позвоночника особенно важна за рулем автомобиля.

Стремитесь сидеть прямо, избегая наклонять голову или верхнюю часть туловища. Такое положение туловища позволяет не напрягать мышцы и исключает формирование хронического миотонического синдрома.

В процессе работы чаще меняйте позу, вставайте, потягивайтесь, наконец чуть-чуть потанцуйте (особенно хороша «цыганочка» – элементы этого (всем известного) знаменитого танца позволяют хорошо релаксировать воротниковую зону, мышцы шеи). Тщательно отрегулируйте высоту стула в соответствии со своими размерами – критерий правильного положения, Ваши ощущения. Сидение должно быть на высоте не менее полуметра от пола.

Наличие подлокотников у стула также оказывает положительное влияние на здоровье опорно-двигательного аппарата (ОДА): облокачиваясь, время от времени на них, вы снижаете нагрузку на позвоночник, а при вставании – предупреждаете избыточную нагрузку на связочный аппарат позвоночника.

Поставьте под ноги маленькую скамеечку – этим Вы уменьшите давление на задние отделы бедер.

Если Ваша цель долгая здоровая жизнь, избегайте пользоваться слишком мягкими и низкими сидениями.

3. Как правильно стоять и ходить?

Любая наша поза не должна быть длительной: не следует стоять неподвижно, надо чаще менять опорную ногу. При необходимости длительной работы в вертикальном положении, целесообразно иметь под ногой опору – маленькую скамеечку или ящик. Используйте особенности мебели или помещения для дополнительной опоры. Положение на одном колене предпочтительнее, нежели наклон туловища.

Старайтесь носить каждодневную обувь на «школьном» устойчивом каблуке не выше четырех сантиметров, с ортопедической стелькой-супинатором.

4. Как правильно поднимать и переносить тяжелые предметы?

При заболеваниях позвоночника поднимать и переносить большие тяжести – усугублять патологический процесс. Не следует использовать своих близких для ношения больших тяжестей – это приведет к тому, что ваши близкие станут вам еще ближе, посещая одного врача. При крайней необходимости найдите возможность разделить груз – лучше сделать несколько маршрутов, но не переносить тяжести за один раз.

Тяжелую ношу целесообразно переносить частями и, чтобы не перегружать позвоночник, нести в обеих руках. Поднимая тяжести, следует сгибать ноги, а не спину. Груз следует держать максимально ближе к телу. Поднимая груз на поднятых руках, и укладывая его на высоте, целесообразно использовать устойчивую скамейку, стул или стремянку. При поднятии тяжелых предметов, следует избегать ротационных движений туловищем – такие движения способствуют повреждению связочного аппарата позвоночника и межпозвонковых дисков. При необходимости перемещения груза на большое расстояние целесообразно использовать рюкзак.

5. Правила «здорового» сна.

Все крайности: слишком мягкая и слишком жесткая постель могут приводить к патологии позвоночника. В последние годы появились ортопедические матрасы, которые отвечают требованиям здорового образа жизни. Матрас должен быть упругим и создавать ощущение лежания на воде. Наиболее рациональным положением для сна является положение на боку, рука – под головой. Подушка должна быть удлиненной, упруго-мягкой, легко принимать форму головы и шеи человека. Следует помнить, что во время сна плечо не должно лежать на подушке.

Сон без подушки вреден, поскольку в этом случае шея будет в положении длительного сгибания, что, безусловно, нарушает вертебробазилярное кровообращение и способствует формированию миотонического синдрома.

Использование трости или костылей – признак глубокой инвалидности?

Использование трости или костылей – высоко эффективное безмедикаментозное лечебное мероприятие, позволяющее уменьшить лекарственную нагрузку на организм человека, правильно подобранная трость (костыли) позволяют уменьшить нагрузку на больной сегмент, разгрузить напряженные мышцы, улучшить координацию и нормализовать пространственное поведение опорно-двигательного аппарата. Обычно трость или костыли рекомендуют либо на определенный период, либо при выраженных нагрузках, т.е. трость – такое же лечебное мероприятие, как ортез или лекарственный препарат. Следует помнить, что при асимметричной опоре, опору помещают со здоровой стороны.

Как следует использовать ортезы в реабилитационном периоде дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата?

В реабилитационном периоде, при патологии опорно-двигательного аппарата ортезы целесообразно

использовать только при выраженных нагрузках: работа на дачном участке, генеральная уборка жилища, спортивные игры, тяжелые профессиональные нагрузки. При этом, следует учитывать индивидуальные особенности: возраст, состояние мышечного аппарата, степень тяжести заболевания, наличие таких явлений как, латерализация надколенника, наличие выраженного медиального синдрома, нестабильность сустава, нестабильность в сегментах позвоночника и др. Таким образом, ортезы даже максимальной готовности необходимо подбирать индивидуально.

При наличии у пациента варикозной болезни ортезы нижних конечностей нередко ухудшают состояние венозной недостаточности. В этом случае целесообразно использовать лечебный трикотаж: чулки или колготы, которые неплохо фиксируют суставы ног. В комплексе с серийной ортопедической обувью со шнуровкой или застежкой-липучкой лечебный трикотаж может заменить фиксаторы суставов нижних конечностей.

Почему подвижные игры (игровые виды спорта) могут приводить к дегенеративным заболеваниям опорно-двигательного аппарата.

Во время игры человек не контролирует свои движения. Главная цель игры – победа любой ценой. В результате спортсмен неоднократно выполняет движения, которые в обычной жизни ему не свойственны. При этом возникает перегрузка ОДА и частично повреждается мышечно-сухожильно-связочный аппарат, после чего на фоне нарушения кровообращения и нейрогенной трофики тканей формируются ранние дегенеративные изменения.

ЛФК полезна всем? Мы лечим опорно-двигательный аппарат, т.е. систему, предназначенную природой для постоянного движения и опоры. Однако, как и во всем в нашей жизни нужно придерживаться «золотой середины». Например, физкультура полезна и необходима в любом возрасте. Спорт, как правило, в конце спортивной карьеры приводит к множеству проблем, в т.ч. к дегенеративным заболеваниям позвоночника и суставов. Оптимальными являются физические нагрузки, которые осуществляют в реабилитационном периоде в течение 40–60 минут 2–3 раза в неделю. При отсутствии болевого синдрома в суставах нижних конечностей, важным фактором оздоровления являются ежедневные пешие прогулки в течение часа, плавание в теплом бассейне, танцы под быстрые музыкальные ритмы. Важным аспектом лечебной физкультуры являются релакс-упражнения, которые должны составлять четверть от всей нагрузки и распределяться в соответствии с нагрузками на все сегменты скелета. Например, при патологии коленного сустава чрезвычайно полезным упражнением следует считать махи максимально расслабленными ногами в положении сидя на высоком столе или скамье.

Следует ли активно «разрабатывать» сустав при артрозе, преодолевая боль? Ни в коем случае. Разработка

движений «через боль» будет приводить к ухудшению состояния: усилению болевого синдрома, уменьшению объема движений в суставе – контрактуре. Показаны релаксирующие упражнения, а укрепляющие следует проводить в положении лежа-сидя, т.е. исключая вертикальные или чрезмерные нагрузки. Для этого хорошо применять статические и изометрические упражнения с использованием резинового эспандера лыжника и небольших гантелей.

Лекарственные препараты для лечения остеоартроза Ранее большинство специалистов использовали исключительно нестероидные противовоспалительные препараты. Действие их наступает достаточно быстро, однако они оказывают целый ряд отрицательных побочных эффектов на организм. Среди побочных эффектов – негативное воздействие на паренхиматозные органы, кровотечения ЖКТ, язвообразование, повышенный риск сердечно-сосудистых осложнений, в первую очередь – инфаркта миокарда и инсульта. Некоторые нестероидные препараты из-за частоты тяжелых осложнений даже сняты с продажи и запрещены к производству. Так что нестероидные препараты – не панацея. Мало снять боль – как для остеоартроза, так и для других суставных заболеваний, нужны препараты базисного лечения, которые не просто снимают боль и воспаление, а предупреждают дальнейшую дегенерацию сустава. В остром периоде большое значение придаем не просто купированию воспаления – защитной реакции, а скорее ее коррекции. Причем важным является локальное и общее воздействие на разные точки приложения. Мы рекомендуем назначение коротким курсом НПВП, с переходом на использование хондропротекторов и препарата Артрофоон. Лекарственный препарат Артрофоон регулирует выработку и функциональную активность эндогенного фактора некроза опухоли альфа (ФНО α), оказывает противовоспалительное и анальгезирующее действие. За счет уменьшения продукции ряда провоспалительных цитокинов, медиаторов воспаления препятствует прогрессированию воспалительного поражения тканей и органов-мишеней при воспалительно-дегенеративных заболеваниях. Практически не имеет значимых противопоказаний и побочных эффектов. Препарат чрезвычайно актуален при лечении хронического дегенеративного процесса, поскольку в этом случае основной заболеванием является вялое, слабо проявляющееся воспаление. Однако оно проявляется практически со стороны всех элементов сустава и параартикулярных тканей. Артрофоон принимают сублингвально вне приема пищи. Препарат безопасен при длительном курсовом применении. При назначении Артрофоона в комплексе с коротким курсом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и хондропротекторами действие последних усиливается, а со стороны НПВП – уменьшается уровень побочных эффектов.

Что относится к медикаментозным реабилитационным мероприятиям при ОА?

В фазе ремиссии НПВП в обычной жизни совершенно бесполезны. Более того, некоторые обезболивающие при длительном приеме из-за разрушительного влияния на хрящ могут осложнить развитие болезни и вызвать огромное число побочных эффектов со стороны внутренних органов. В период ремиссии возможно применение противовоспалительного препарата на фоне избыточных экстремальных нагрузок.

Реабилитационный период подразумевает минимум лекарственной терапии – весь акцент делается на четкое и неукоснительное выполнение ортопедического режима жизни. В этот период пациенту рекомендуют курсовой прием Артрофоона, хондропротекторы и препараты, улучшающие качество костной ткани. Артрофоон, может назначаться с лечебной целью воздействия на патогенетическое звено ОА, а также с профилактической целью в группах риска или на реабилитационном этапе. Нами разработаны схемы применения Артрофоона в период реабилитации. При ОА 1–2 ст. 3-х месячные курсы Артрофоона с полугодовым перерывом, при 3–4 ст. 6-месячные курсы с полугодовым или 12-месячным перерывом (в зависимости от функциональных результатов и нагрузок, которые несет пациент). Для целей превентивной терапии каскада воспаления при чередующихся нагрузках, препарат Артрофоон оптимален курсовым приемом по 2 таблетки 2 раза в день сублингвально по 3 месяца в сезон возможного обострения ОА (например, весной и осенью). Параллельно, при наличии нестабильности и гипотрофии мышц пораженного сустава показана адекватная ЛФК, электростимуляция, массаж мышц ног. Локальное использование компресса на основе трансдермального переносчика – димексида позволяет не просто снять воспаление, но ввести в параартикулярные ткани те вещества, которые, по мнению лечащего врача, в данный момент максимально быстро обеспечат вышеуказанные эффекты. Использование компресса, который используется в основном в домашних условиях, чрезвычайно эффективно у геронтологического контингента в зимнее время. Только комплексная терапия обеспечивает стабилизацию сустава, купированию болевого синдрома и улучшению функции конечности. Дополнительная медикаментозная терапия назначается лечащим врачом по строгим показаниям. К таким назначениям могут относиться ферменты, сосудистая терапия, гирудотерапия, витамины группы В.

РЕЗЮМЕ. Пациенту необходимо четко объяснить бесперспективность самолечения. Только профилактическое направление действий и рекомендаций врача, позволит получить общество здоровых людей, только максимально рано начатое лечение и адекватные реабилитационные мероприятия, в том числе, воздействие на модифицируемые факторы риска, могут прервать порочный круг формирования хронического патологического процесса и вернуть человеку утраченное качество жизни.