
ДИСКУССИИ

© Коллектив авторов, 2018
DOI:10.23888/HMJ20181172-180

**В ПОМОЩЬ МОЛОДОМУ ВРАЧУ:
ОСТЕОАРТРИТ – ЛЕГКО ДИАГНОСТИРОВАТЬ, А КАК ЛЕЧИТЬ?**

Е.В. ЛЫГИНА, Л.А. ЗОТОВА, В.С. ПЕТРОВ, Е.В. ЗАЙКИНА

Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
ул. Высоковольтная, 9, 390026, г. Рязань, Российская Федерация

Представлены вопросы диагностики и современных подходов к терапии остеоартрита. Рассматриваются требования, предъявляемые к постановке диагноза, классификации остеоартрита, а также уделяется внимание немедикаментозной и медикаментозной терапии. Последовательно описана тактика врача при диагностике заболевания и выявлению невоспалительного характера болей в суставах. Разбираются причины развития болевого синдрома в суставе при остеоартрите. Показано, что при первичном остеоартрите преимущественно поражаются коленные, тазобедренные суставы, проксимальные и дистальные межфаланговые суставы кисти (узелки Гебердена и Бушара), первый плюсне – и пястно-фаланговый сустав. Описаны показания к лабораторной и инструментальной диагностике, рентгенологические стадии остеоартрита. Подробно описаны методы немедикаментозной терапии: снижение массы тела, лечебная физкультура, использование трости, стелек, ортезов. Уделяется внимание правилам использования трости и упражнениям на четырехглавую мышцу бедра. Обсуждаются препараты быстро и медленно модифицирующие симптомы болезни. Разбираются показания к применению нестероидных противовоспалительных препаратов, ацетаминофена, трамадола. Подчеркивается важность оценки безопасности нестероидных противовоспалительных препаратов перед назначением пациенту. Описаны дозы и показания к применению симптоматических медленно действующих препаратов: хондроитина, глюкозамина, диацереина, неомыляемых соединений авокадо и сои, гиалуроновой кислоты. Отмечено, что эффект от этих препаратов развивается к восьмой неделе применения. Определены моменты направления пациента на консультацию ортопеда и важность своевременного эндопротезирования суставов. В контексте проблемы остеоартрита основная задача молодых врачей заключается в том, что диагностику и лечение данного заболевания необходимо проводить согласно современным международным и национальным рекомендациям.

Ключевые слова: остеоартрит, нестероидные противовоспалительные препараты, хондроитин, глюкозамин, диацериин, гиалуроновая кислота.

Остеоартрит в настоящее время является самой распространенной формой поражения суставов. По последним дан-

ным ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, распространенность ОА среди населения России составила 13% – 13 тыс. больных

на 100 тыс. населения [1].

При этом в порядке оказания помощи по профилю ревматология указано, что первичная врачебная помощь должна оказываться терапевтами. Поэтому врачу терапевту надо четко представлять, как поставить диагноз и какие методы лечения доказали свою эффективность, а какие нет.

Следует понимать, что остеоартрит – это разнородная группа заболеваний, в основе которой лежит поражение всех компонентов сустава, хотя в реальной практике врач и пациент чаще обсуждают поражение хряща [2]. Конечно же, выделяют факторы риска развития остеоартрита [3], но, большинство из них являются немодифицируемыми, и соответственно, повлиять на них не представляется возможным (возраст, пол, наследственная предрасположенность, дефекты развития). Вероятно, какое-то влияние врач и пациент могут оказать на такие потенциально модифицируемые факторы, как спортивная активность, профессиональная деятельность и ожирение, но зачастую пациенты не могут сменить работу и не очень хотят худеть.

Деление остеоартрита на первичный и вторичный мало значимо для тактики ведения больного. Понятно, что при наличии метаболических болезней (охроноз, болезнь Вильсона и Гоше, гемахромоз), эндокринопатиях (акромегалия, гиперпаратиреоз, сахарный диабет, гипотиреоз), болезни отложения кристаллов пирофосфата кальция или гидроксипатита кальция, нейропатии (болезнь Шарко), синдроме гипермобильности и т.п. все внимание врача будет уделено основному заболеванию. Постановка диагноза вторичного остеоартрита будет иметь скорее вопрос к «правильности» формулировки диагноза, чем реальной помощи пациенту. Следует иметь в виду, что термин «деформирующий остеоартроз» является устаревшим и его не следует использовать. На современном этапе диагноз должен звучать как генерализованный или локализованный остеоартрит, подчеркивая тем самым количество пораженных суставов и воспалительный компонент патогенеза заболевания.

Так же при формулировке диагноза следует обязательно указывать рентгенологическую стадию заболевания и степень функциональной недостаточности суставов.

Если говорить о первичном остеоартрите, то надо понимать, что речь в первую очередь идет о поражении коленных, тазобедренных суставов, проксимальных и дистальных межфаланговых суставах кисти, первом плюсне- и пястно-фаланговом суставе. Поражение других суставов должно насторожить врача и заставить задуматься о наличии у пациента, скорее всего, вторичного остеоартрита, связанного в первую очередь с воспалительными или иными заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Постановка диагноза остеоартрита в реальной практике не вызывает затруднений. Наличие не воспалительного характера болей (усиливающихся при нагрузке и стоя, проходящих при отдыхе, отсутствие ночных болей), нарастающих постепенно. Со временем боли становятся постоянными, и появляется утренняя скованность, длительностью не более 30 мин, поэтому важно выяснить у пациента как давно его беспокоят боли в суставах. Следует кратко отметить, что сам хрящ боль не дает (в нем просто нет сосудов и нервов), а генез болей крайне разнообразен: появление трабекулярных микропереломов, костного венозного стаза и внутримедуллярной гипертензии, хронический синовит, усиление давления на субхондральную кость, возникновение спазма околосуставных мышц и дегенеративных изменений интраартикулярных связок, раздражение остеофитами окружающих тканей. Причиной изменения характера болей у пациента с остеоартритом может быть развитие вторичного реактивного синовита (боли беспокоят преимущественно в ранние утренние часы, увеличивается продолжительность утренней скованности). При осмотре следует обращать внимание не только на припухлости пораженных суставов, температуру над суставами, но и на наличие, например, узелков Гебердена и Бушара, варусную деформацию коленей, квадратизацию кисти. Со временем возможны

также: крепитация, ограничение активных и пассивных движений в суставе, атрофия окружающих мышц, нестабильность связочного аппарата.

Далее необходимо выполнить рентгенограмму суставов и обычно этого достаточно (вместе с клиникой) для установления диагноза. К типичным рентгенологическим изменениям следует отнести: сужение суставной щели, субхондральный склероз, остеофиты. Помимо этого, выделяют рентгенологические стадии остеоартрита (классификацию Келлгрена и Лоуренса (1957)), которые необходимо указывать в диагнозе: I – сомнительные рентгенологические признаки; II – минимальные изменения (небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты); III – умеренные проявления (умеренное сужение суставной щели, множественные остеофиты); IV – выраженные изменения (суставная щель почти не прослеживается, выявляют грубые остеофиты. Рутинное лабораторное обследование (общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимический анализ крови (креатинин, АСТ, АЛТ) не являются актуальными для постановки диагноза, но крайне необходимы для контроля безопасности лечения, особенно при использовании нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) у лиц пожилого и старческого возраста [4].

В лечении важнейшим компонентом является немедикаментозная терапия, которая имеет, в отличие от ряда других заболеваний, хорошую доказательную базу [5]. Поскольку большинство больных с поражением остеоартритом нижних конечностей имеют избыточную массу тела, то необходимо настоятельно рекомендовать пациенту нормализовать диету и снижать массу тела. При необходимости – направить к диетологу.

Вторым после снижения веса нефармакологическим методом лечения является лечебная физкультура, которая снижает уровень боли и замедляет деструкцию суставов. Важно, чтобы упражнения выполнялись пациентом сидя или лежа, в первую очередь с нагрузкой на четырехглавую

мышцу бедра. Очень полезны пациентам езда на велосипеде и занятия в бассейне [6].

Так же пациентов при нестабильности, например, в коленных суставах необходимо обеспечить ортезами, а при варусной деформации – клиновидными стельками. При остеоартрите первого запястно-пястного сустава применяются шинирование и ортезы. В случае сопутствующего плоскостопия врач должен направить пациента на подбор ортопедических стелек. Важным является и правильное применение трости. При этом необходимо проговорить с пациентом не только правила использования трости, но и посоветовать – не стесняться ею пользоваться, так как ряд больных испытывают психологические трудности в применении трости. Последнюю следует носить в руке, противоположной максимально пораженному суставу, длина трости подбирается с учетом обуви, в которой пациент планирует ходить, рукоять трости должна быть на уровне складки запястья. Если остеоартрит выражен с обеих сторон пациенту следует рекомендовать костыли канадского типа.

В рекомендациях обсуждается применение тепла и холода, чрезкожная электронейростимуляция, акупунктура. Никакие другие физиопроцедуры не имеют доказательной базы и при остеоартрите не показаны.

Медикаментозная терапия на сегодняшний день сводится практически к купированию боли. На настоящее время убедительных доказательств болезни модифицирующего действия у препаратов для лечения остеоартрита нет. Поэтому, лекарственные препараты разделяют на две группы: быстро и медленно модифицирующие симптомы болезни. К препаратам быстрого действия относят: парацетамол, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), трамадол и опиоиды. К медленно действующим: хондроитина сульфат, глюкозамин, хиалуронат, диасереин, препараты гиалуроновой кислоты.

Какой же общий подход к пациенту должен быть? Если у больного неинтенсивный болевой синдром, то лечение сле-

дует начинать с ацетаминофена. Рекомендуемая доза последнего при длительном приеме до 3,0 грамм в сутки. Однако, привычки назначения этого препарата в Российской практике, к сожалению, нет. При интенсивном болевом синдроме следует назначить НПВП на максимально короткий срок в минимально возможной дозе, обычно на 5-7 дней [7]. Следует обращать внимание на длительность использования отдельных препаратов из группы НПВП, которая указана в инструкции по применению, что является чрезвычайно актуальным не только с позиций безопасности пациента, но и позиций «юридической безопасности» врача. При назначении НПВП следует руководствоваться факторами риска гастроинтестинальных и сердечно-сосудистых осложнений, а не предпочтениями врача [8]. Если же эффекта от НПВП нет, или они противопоказаны, назначают трамадол с дозы 50 мг/сут, с возможным постепенным увеличением дозы до достижения обезболивающего эффекта, но не более 200-300 мг в сутки. В ряде случаев, например, при противопоказаниях к системным НПВП, используют локальные формы – НПВП мази и гели. Локальные формы обычно назначают пациенту не менее 4-х раз в день на срок до 14 дней, но детальную информацию по отдельным препаратам следует также уточнять в медицинской инструкции по применению.

Если болевой синдром у пациента хронический или мы предполагаем длительное сохранение боли надо назначать медленно действующие препараты. При этом пациента следует предупредить, что эффект появиться только к 8 неделе регулярного применения. Выбор же медленно действующего препарата целиком остается на врача и пациенте, а при желании эти препараты можно назначать совместно или использовать готовые фиксированные комбинации [9]. Но важно помнить о минимальной суточной дозе, для которой доказана эффективность. Например, для

глюкозамина это 1,5 грамма в сутки, для хондроитина 1,0 грамм в сутки. Применение меньших доз не окажет эффекта и дискредитирует лечение. Для неомыляемых соединений авокадо и сои доза 300 мг в сутки. Для диацериина – начальная доза 50 мг в сутки, при отсутствии побочных эффектов доза увеличивается до 50 мг – 2 раза в день. Отдельно следует остановиться на препаратах гиалуроновой кислоты. Препараты должны вводиться внутрисуставно, эффект от терапии длиться от двух месяцев до года. Принципиальным является введение препаратов из данной группы в невоспаленный сустав. Препараты гиалуроновой кислоты с небольшой молекулярной массой должны вводиться 4-хкратно с интервалом в 1 неделю, с высокой молекулярной массой – однократно.

Основной задачей терапевта и ревматолога при сохранении интенсивного болевого синдрома, не поддающегося медикаментозной терапии или значительном нарушении функции сустава вовремя направить пациента к ортопеду для решения вопроса о способе хирургической коррекции. На современном этапе в большинстве случаев предпочтение отдается протезированию сустава.

В заключении хотелось бы отметить, что правильная и ранняя диагностика остеоартрита не вызывает затруднений даже у начинающего терапевта. Однако молодые доктора должны правильно формулировать диагноз исходя из современных представлений о терминологии и классификации данного заболевания.

Грамотное, наиболее эффективное и безопасное, лечение остеоартрита до сих пор является краеугольным камнем и волнует умы ведущих ревматологов мира. В контексте проблемы остеоартрита основная задача молодых врачей заключается в том, что лечение данного заболевания необходимо проводить согласно современным международным и национальным рекомендациям.

Конфликт интересов отсутствует.

Литература

1. Фоломеева О.М., Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф. Распространенность ревматических заболеваний в популяциях взрослого населения России и США // Научно-практическая ревматология. 2008. №4. С. 4-13.
2. Насонов Е.Л. ред. Ревматология: клинические рекомендации. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 738 с.
3. Насонов Е.Л., ред. Ревматология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. 714 с.
4. Наумов А.В., Алексеева Л.И., сост. Ведение больных с остеоартритом и коморбидностью в общей врачебной практике: клинические рекомендации. М. 2016. 37 с.
5. Zhang W., Moskowitz R. ., Nuki G., Abramson S., Altman R.D., Arden N. et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis // Osteoarthritis and Cartilage. 2008. №16. P. 137-162.
6. McAlindon T.E., Bannuru R.R., Sullivan M.C., Arden N.K., Berenbaum F., Bierma-Zeinstra S.M. et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis // Osteoarthritis and Cartilage. 2014. №22. P. 363-388.
7. Лыгина Е.В. Эффективность и безопасность применения нимулида у больных с остеоартрозом в сочетании с гипертонической болезнью // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2006. №1. С. 44-50.
8. Зотова Л.А., Петров В.С. Нестероидные противовоспалительные препараты в современной клинической практике: фокус на безопасность // Наука молодых (Eruditio Juvenium). 2015. №1. С. 25-30.
9. Лыгина Е.В. Хондропротекторы в лечении остеоартроза // Современная ревматология. 2012. №2. С. 59-64. doi: 10.14412/1996-7012-2012-729.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Петров В.С. – к.м.н, доцент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация; SPIN 4553-3581, ORCID ID 0000-0001-8631-8826.
E-mail: dr.vspetrov@gmail.com

Лыгина Е.В. – к.м.н, ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация; SPIN 9655-8070, ORCID ID 0000-0001-6746-6743.

Зотова Л.А. – к.м.н, ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация; SPIN 8299-2259, ORCID ID 0000-0001-7658-7846.

Заикина Е.В. – к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней и поликлинической терапии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, г. Рязань, Российская Федерация.

FOR YOUNG DOCTOR ASSISTING: OSTEOARTHRITIS – EASY TO DIAGNOSE, HOW TO TREAT?

E.V. LYIGINA, V.S. PETROV, L.A. ZOTOVA

Ryazan State Medical University, Vysokovoltynaya str., 9, 390026, Ryazan, Russian Federation

Presents the questions of diagnosis and modern approaches to osteoarthritis therapy. Review requirements for diagnosis, classification of osteoarthritis, as well as paid attention non-pharmacological and medication treatments. Consistently described tactics of the doc-