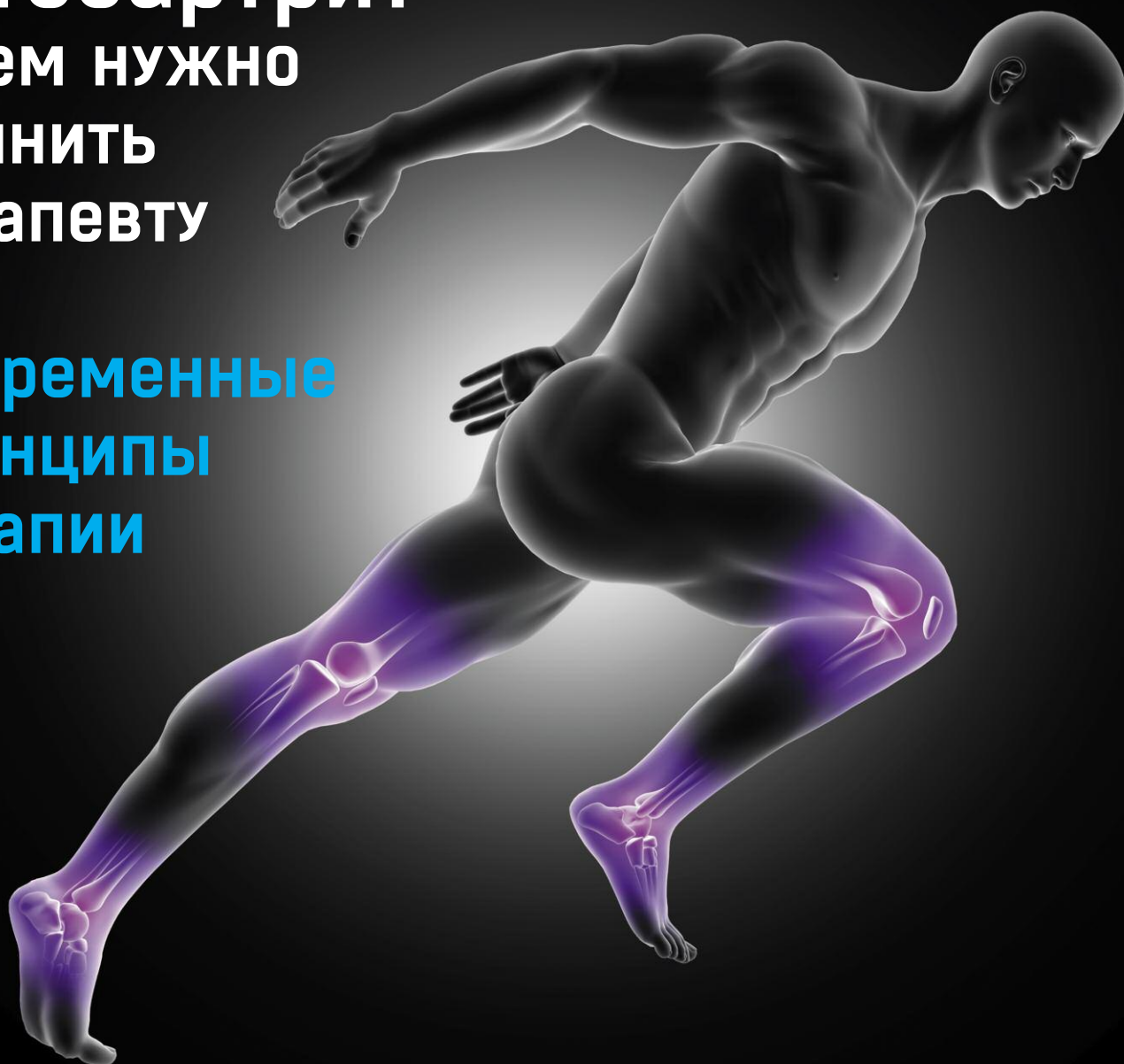


Первичный остеоартрит – о чем нужно помнить терапевту

Кому будет интересно:
#терапевт
#ревматолог

Современные принципы терапии



ОСТЕОАРТРИТ (ОА) – НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ПАТОЛОГИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА, КОТОРОЙ СТРАДАЕТ БОЛЕЕ 7% НАСЕЛЕНИЯ ВО ВСЕМ МИРЕ. ОА ЯВЛЯЕТСЯ ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ПРИЧИН ИНВАЛИДНОСТИ. ПО ПРОГНОЗАМ ЭКСПЕРТОВ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПАТОЛОГИИ БУДЕТ ПРОДОЛЖАТЬ РАСТИ В СВЯЗИ С УВЕЛИЧЕНИЕМ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ И РОСТОМ КОЛИЧЕСТВА ЛЮДЕЙ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА [1].

При ОА часто поражаются коленные, тазобедренные суставы и суставы кистей.

Факторы риска развития ОА

- Ожирение.
- Пожилой возраст.
- Женский пол.
- Предшествующие травматические повреждения суставов.
- Генетическая предрасположенность [1].



ри ОА применяют сочетание нефармакологических и фармакологических методов, а также хирургическое лечение при необходимости. Большое значение придается информированности пациентов о заболевании, необходимости выполнения физических упражнений и контроля веса. Активное вовлечение пациентов в лечебный процесс повышает приверженность к терапии [2].

Немедикаментозные методы терапии

Немедикаментозные методы играют важную роль в лечении пациентов с ОА. Согласно современным рекомендациям, физические упражнения под наблюдением специалиста являются одним из основных методов лечения ОА [3–5].

Необходимо предупреждать пациентов, что вначале при выполнении упражнений могут усилиться боли и дискомфорт, но регулярное и длительное их выполнение способствует уменьшению симптомов заболевания, улучшению функции суставов и повышению качества жизни [4].

При ОА коленного и тазобедренного суставов можно рекомендовать ходьбу, езду на велосипеде или велотренажере, силовые упражнения с отягощением или без него, нервно-мышечную тренировку, водные упражнения, гимнастику тайцзы [3].

В настоящее время нет убедительных доказательств эффективности какого-то одного вида физических упражнений при ОА. Рекомендуется назначать упражнения исходя из индивидуальных предпочтений больных и доступности конкретного вида тренировок для них. Считается, что более эффективными будут занятия, выполняемые под контролем специалиста индивидуально или в группах [3]. Тренировки под наблюдением специалиста обеспечивают контроль со стороны инструктора, социальную поддержку и могут повысить приверженность пациентов к регулярному выполнению физических упражнений [4].

Снижение массы тела у пациентов с избыточным весом или

ожирением, особенно в сочетании с физическими упражнениями, также способствует уменьшению болевого синдрома и улучшению функциональной активности суставов. Проведенные исследования показывают, что потеря массы телана 1% снижает риск замены коленного сустава на 2% и тазобедренного сустава на 3% [2, 6].

Методы физиотерапии, совместно с физическими упражнениями и мероприятиями по снижению массы тела, также могут применяться для лечения пациентов с ОА. Но нет убедительных данных, подтверждающих эффективность того или иного метода физиотерапевтического лечения при ОА [3].

Медикаментозное лечение

При ОА коленных суставов рекомендовано применение местных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). При ОА тазобедренных суставов и суставов кисти отмечается снижение эффективности данных препаратов.

Пероральные НПВП применяются при ОА независимо от локализации поражения. Средства этой группы должны применяться в наименьшей эффективной дозе в течение как можно более короткого периода времени.

При наличии противопоказаний или неэффективности НПВП может быть рекомендован парацетамол. Но на сегодняшний день нет убедительных данных о его эффективности при ОА [3, 4].

Также нет достоверных доказательств эффективности применения наркотических опиоидных анальгетиков, например трамадола. Кроме того, не исключается риск развития побочных эффектов и зависимости. Препараты этой группы могут быть рекомендованы в качестве альтернативы коротким курсом в минимальных дозах при наличии противопоказаний или неэффективности применения ненаркотических анальгетиков [3, 5].

Препараты глюкозамина и хондроитина сульфата активно используются при лечении ОА. Проводится большое количество исследований по изучению эффективности этих препаратов.



Но результаты данных исследований неоднородны. Так, например, в обновленных рекомендациях Американского колледжа ревматологии (American College of Rheumatology, ACR) и Национального института здоровья и качества медицинской помощи Великобритании (National Institute for Health and Care Excellence, NICE) препараты не рекомендованы к применению у пациентов с ОА в связи с отсутствием достоверных данных об их эффективности [3, 4].

Напротив, Европейское общество по клиническим и экономическим аспектам остеопороза, остеоартрита и скелетно-мышечных заболеваний (European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases, ESCEO, 2019 г.) рекомендует длительное применение глюкозамина сульфата и хондроитина сульфата в качестве базисной терапии ОА. Комбинации глюкозамина и хондроитина сульфата не рекомендованы к применению из-за отсутствия убедительных доказательств эффективности. В качестве альтернативных препаратов рекомендованы диацереин и неомыляемые соединения авокадо [5].



КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ESCEO

В некоторых исследованиях рассматривалась эффективность применения антидепрессантов при ОА коленных и тазобедренных суставов. В результате было показано, что для небольшого количества людей прием антидепрессантов способствует уменьшению болевых ощущений на 50% и более. Но также в группе пациентов, принимавших антидепрессанты, наблюдалась более высокая частота побочных эффектов, чем в группе плацебо [7]. ESCEO рекомендует антидепрессант дулоксетин в качестве альтернативы опиоидным анальгетикам при неэффективности других методов [5].

Внутрисуставные инъекции кортикостероидов могут быть рекомендованы при неэффективности или наличии противопо-

казаний к применению других лекарственных препаратов. Положительный эффект от данного вида лечения недолгий – от 2 до 10 недель [3–5].

Эффективность внутрисуставного введения гиалуроновой кислоты как препарата первой линии не доказана. Некоторые исследования показали повышенный риск возникновения побочных явлений, связанных с применением инъекций гиалуроновой кислоты [8]. Она может применяться при ОА коленного сустава легкой и умеренной степени при наличии противопоказаний или неэффективности других методов лечения [3, 5, 9]. Не рекомендовано применение внутрисуставных инъекций гиалуроновой кислоты при ОА тазобедренных суставов вследствие доказанного отсутствия пользы.

Было проведено небольшое количество исследований, показавших отсутствие эффективности внутрисуставного введения ботулинического токсина [3].

В РФ разработаны клинические рекомендации по лечению первичного ОА на основе принципов ESCEO [2].



РОССИЙСКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Хирургические методы лечения

При выраженном болевом синдроме, существенном снижении физической активности, неэффективности консервативной терапии рекомендована консультация травматолога-ортопеда для решения вопроса о дальнейшем хирургическом лечении.



Полная версия статьи и список литературы вы найдете в интерактивной версии журнала DIGITAL DOCTOR

digital-doc.ru