

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 69 (1672)

(Продолжение.
Начало в № 83 от 07.11.2012.)

В дальнейшем боль появляется уже среди дня, даже при небольших нагрузках, и долго не проходит. Со временем всё меньшая нагрузка вызывает всё более интенсивную боль, в результате боль различной интенсивности сохраняется практически в течение всего дня. Даже нормальные физиологические нагрузки становятся для пораженного сустава избыточными. Пациент начинает щадить сустав, ограничивая нагрузку и объем движений, что способствует формированию мышечных контрактур и атрофий, еще больше нарушающих нормальную функцию. Вначале контрактуры являются миогенными, затем по мере нарастания дегенеративных изменений в мышцах, становящихся всё более ригидными, – миогендогенными, и по мере нарастания рубцовых изменений в капсуле сустава и деструкции суставных поверхностей – артрогенными.

В поздних стадиях развития остеоартроза появляются ночные боли, связанные как с венозным застоём в субхондральной кости и повышением внутрисуставного давления, так и с развитием вторичного синовита с высвобождением агрессивных лизосомальных ферментов – пациент плохо спит, долго не может найти удобную позу для сна.

Вторичный синовит часто сопровождается теносиновитом – воспалением слизистой сумки в месте прикрепления сухожилия с возникновением как локальной боли, так и иррадиирующей по ходу соответствующей мышцы. В воспалительный процесс при этом вовлекается и надкостница, вследствие чего такое поражение называют тендопериостеопатией. Это внесуставная патология, хотя и тесно связанная с заболеванием сустава, имеющая свои особенности диагностики и лечения.

Следует отметить также так называемую «блокадную» боль, возникающую из-за ущемления между суставными поверхностями крупного хрящевого фрагмента (суставная мышшь). Такая боль возникает, как правило, внезапно и остро на фоне резкого ограничения движений в суставе, но так же внезапно может и исчезнуть после устранения «блокады» сустава.

Причины болевого синдрома при остеоартрозе:

1. Стартовая боль (оседание хрящевого детрита на суставных поверхностях);
2. Боль в течение дня (в покое) (гипертонус параартикулярных мышц, тендопериостеопатии, вторичный синовит);
3. Боль при движениях (поражение сухожилий и мышц);
4. Боль механического ритма при нагрузке (снижение амортизационных свойств суставного хряща с увеличением давления на субхондральную кость);
5. Боль после нагрузки (тендопериостеопатии, мышечная гипотрофия);
6. Ночная боль (повышение внутрисуставного давления, вторичный синовит);
7. «Блокадная» боль (ущемление суставной мыши между суставными поверхностями).

Следует помнить, что сам суставной хрящ, лишенный нервных окончаний, не может болеть. Боль возникает из-за вторичного поражения других структур – субхондральной кости, надкостницы, синовиальной оболочки, капсулы, связок, параартикулярных мышц.

Причины артралгий при остеоартрозе (по К.Д. Brandt, 2005):

1. Синовиальная оболочка: воспаление.
2. Субхондральная кость: микропереломы, повышение внутрисуставного давления.
3. Остеофиты: отслойка надкостницы.
4. Капсула: перерастяжение.
5. Сухожилия, надкостница: тендобурситы, тендопериостеопатии.
6. Мышцы, связки: мышечный гипертонус, неравномерная избыточная нагрузка на фоне мышечной гипотрофии, перерастяжение связок.

Оценка интенсивности болевого синдрома при остеоартрозе – одна из важнейших задач, так как именно боль является ведущей жалобой у большинства пациентов. Интенсивность боли можно определять по шкале вербальной оценки (ШВО), которая, как правило, является 4-балльной: 0 баллов – нет боли, 1 балл – слабая, незначительная боль, 2 балла – умеренная боль, 3 балла – сильная боль. Иногда эту шкалу расширяют, прибавляя еще 1 балл (4 балла – очень сильная, трудно переносимая боль), хотя особого практического значения это расширение для случаев остеоартроза не имеет. Оценка боли по ШВО проводится самим пациентом и носит субъективный характер, причем зависит

не только от собственно интенсивности боли, но и в определенной степени от настроения пациента, степени его психозомоциональной лабильности, отношения к снижению уровня жизни, вызванному остеоартрозом.

Более точное представление об интенсивности боли дает визуальная аналоговая шкала (ВАШ), хотя и с ее помощью можно отразить лишь субъективное ощущение боли пациентом. Оценку боли по ВАШ проводят с помощью 100-миллиметровой линейки, не имеющей делений с одной стороны (поверхность 1) и градуированной в мм (поверхность 2). По этой линейке перемещается двухсторонний бегунок-указатель. Отметка «0» означает отсутствие боли, отметка «100» – максимальную, нестерпимую боль. Пациент, оценивая свою боль, перемещает бегунок по неградуированной поверхности 1, что позволяет ему не ориентироваться на цифровое выражение своей оценки. По-

движений. Наибольший объем (до 200 мл) синовиальной жидкости может скапливаться в коленном суставе, что приводит к его выбуханию, появлению симптомов флюктуации и баллотирования надколенника.

В некоторых случаях синовиальная жидкость скапливается в подколенной области, формируя так называемую кисту Беккера. Эта киста представляет собой полость, образованную межсухожильной сумкой подколенной области или грыжевым выпячиванием капсулы коленного сустава. Если киста Беккера сообщается с полостью сустава, то ее размер изменяется в зависимости от наличия обострения синовита (при обострении объем синовиальной жидкости и, соответственно, размеры кисты, увеличиваются, а в «холодном периоде» – уменьшаются). В тех случаях, когда киста «отшнуровывается» от полости сустава, теряя сообщение с ней, ее объем стабилизируется и остается неизменным вне зависимости от процессов, протекающих в коленном суставе. При длительном существовании кисты Беккера заполняющая ее синовиальная жидкость загустевает, приобретая желеобразную консистенцию; в ней появляются мелкодисперсная взвесь, хлопья, внутренние перегородки, кальцинаты. Содержимое кисты является благоприятной средой для развития инфекции.

Ограничения движений в суставе при

Остеоартроз

сле того, как бегунок будет перемещен в нужное положение, пациент переворачивает линейку и фиксирует цифровое значение отмеченного им уровня боли по поверхности 2. ВАШ позволяет более точно оценить интенсивность болевого синдрома, получив ее выражение уже не по 4-5-балльной, а по 100-балльной шкале.

По ШВО и ВАШ можно определять как различные виды боли (стартовую, в покое, при движениях, «механического ритма», после нагрузки, ночную и др.), так и другие параметры, связанные с оценкой степени выраженности того или иного признака (например, чувство утренней скованности, наличие жидкости в суставе и др.).

Наличие и объем выпота в суставе при развитии вторичного синовита является важным диагностическим критерием. Следует отметить, что появление выпота в суставе не обязательно должно сопутствовать развитию остеоартроза. Более того, ряд авторов отмечает, что гиперпродукция синовиальной жидкости характерна лишь для обострения остеоартроза, а в «холодном» периоде чаще всего не встречается. Такие обострения могут быть связаны с эпизодом механической перегрузки сустава, появлением внутрисуставных препятствий для движений, а также прогрессированием системной патологии, приведшей к поражению сустава. В тех случаях, где капсула способна к значительному растяжению, на фоне вторичного синовита может скапливаться большой объем синовиальной жидкости, что приводит к визуально легко определяемой деформации, сглаженности контуров и появлению болезненного чувства «распирания», ограничению

остеоартрозе могут быть вызваны целым рядом причин. Прежде всего необходимо исключить наличие механических препятствий для движений, локализующихся в полости сустава. Это могут быть как повреждения внутрисуставных структур, произошедшие в результате травмы, так и образовавшиеся на фоне деструкции суставного хряща суставные мыши. Вызываемые этими фрагментами ограничения движений могут быть небольшими на фоне дискомфорта и незначительных болей, а могут привести к полной неподвижности («блокаде») сустава. Болевой синдром, характерный для остеоартроза, вызывает мышечный гипертонус; если боль беспокоит постоянно и достаточно длительный срок, то на этом фоне формируются стойкие мышечные контрактуры, препятствующие движениям. Как правило, пациент при остеоартрозе вначале ощущает боль только при определенных движениях (в зависимости от направления или амплитуды); эти движения он стремится ограничить или вообще исключить, что также способствует формированию мышечных контрактур. На фоне развития тендопериостеопатии определенные движения становятся резко болезненными, и пациент их, по возможности, вообще не допускает. Ограничения движений возникают также на фоне выраженного синовита, рубцовых изменений капсулы, формирования остеофитов, деструкции суставной поверхности. Гониометрия является одним из важных методов обследования пациентов с остеоартрозом: она позволяет оценить степень сохранности (или, наоборот, ограничения) функции сустава, используется в качестве одного из критериев во многих интегральных шкалах

Классификационные критерии остеоартроза АСР

Для коленного сустава:

	Варианты сочетаний признаков		
	1	2	3
Боль в коленном суставе	+	+	+
Возраст 40 лет и старше	+		
Хруст (крепитация) при движениях	+	+	+
Утренняя скованность менее 30 мин	+	+	+
Костные разрастания в области сустава (визуально)		+	
Характерная синовиальная жидкость			+

Для тазобедренного сустава:

	Варианты сочетаний признаков		
	1	2	3
Боль в тазобедренном суставе	+	+	+
Возраст 50 лет и старше			+
Внутренняя ротация < 15°	+	+	+
Утренняя скованность менее 60 мин			+
Боль при внутренней ротации			+
Сгибание < 115°		+	
СОЭ < 15 мм/час	+		

Таблица 2

оценки. В тяжелых случаях остеоартроза движения ограничиваются и за счет деформации костных структур сустава с развитием дисконгруэнтности суставных поверхностей, искривлением оси конечности и выраженными нарушениями биомеханики.

Американской коллегией ревматологов (АСР) предложены классификационные критерии остеоартроза различных суставов, основанных на только клинических и клинико-лабораторных данных (см. табл. 2).

Эти критерии предназначены для верификации самого наличия остеоартроза, однако не могут служить основой диагностики степени его тяжести. Для этого целесообразно использовать дополнительные инструментальные методы исследования, наиболее распространенным из которых является рентгенография.

Рентгенологическая диагностика деформирующего остеоартроза в большинстве случаев проводится на основе двух стандартных проекций (прямой и боковой), хотя в некоторых случаях используют и дополнительные методы исследования, наиболее распространенным из которых является рентгенография.

Сужение суставной щели – один из первых рентгенологических признаков развивающегося остеоартроза и фактически единственный, который позволяет косвенно судить именно о состоянии суставного хряща. При моноартрозе это сужение вначале можно определить, лишь сравнивая симметричные суставы. По мере развития патологического процесса сужение становится всё более очевидным, а в конечных стадиях суставная щель едва прослеживается. В то же время сужение суставной щели не является патномоничным симптомом остеоартроза и может быть учтено в диагностике только в совокупности с другими признаками. Следует также помнить, что при оценке степени сужения суставной щели по рентгенограммам существенное значение имеет укладка при выполнении исследования, обеспечивающая необходимое направление потока рентгеновских лучей. Рентгенограммы, выполненные в нестандартных укладках, могут создать ошибочное мнение не только о существенном изменении ширины суставной щели, но и о взаимоотношениях костных компонентов сустава. Кроме того, при исследовании суставов нижних конечностей (особенно коленного) суставная щель в значительной степени меняется в зависимости от того, выполнена рентгенограмма с нагрузкой на сустав (стоя) или без нагрузки (лежа).

Позднее появляются остеофиты, вначале определяющиеся как небольшие заострения в области границы гиалинового хряща, в местах прикрепления синовиальной оболочки. В дальнейшем их размеры увеличиваются, изменяя конфигурацию сустава. Остеофиты разрастаются, но никогда не перекрывают полностью суставную щель. Само по себе наличие остеофитов на рентгенограммах в сочетании с болями в области сустава, согласно критериям АСР, может также служить признаком наличия остеоартроза. Следует различать остеофиты (разрастания кости, связанные с развитием остеоартроза) и энтезофиты (оссификаты в парартикулярных зонах (местах прикрепления связок, апоневроз к кости). Энтезофиты также могут являться источником боли и ограничений движений в суставе, однако не имеют значения в диагностике остеоартроза, так как непосредственно с суставом не связаны, а образуются вследствие перегрузок как первичные дегенеративные изменения.

Изменения субхондральной кости рентгенологически проявляются в виде остеоэксцелероза – уплотнения в области суставной поверхности, параллельно с нарастанием которого в эпифизарной зоне на фоне остеоартроза появляются очаги разрежения костного вещества (костные кисты). При дальнейшем развитии патологического процесса в наиболее нагружаемых участках развивается импрессия суставной поверхности с рентгенологическими признаками дисконгруэнтности. В некоторых случаях определяются участки окостенения капсулы сустава. Суставную мышшь выявить на рентгенограммах удается не всегда – хрящевая ткань рентгеноконтрастна, и фрагменты поврежденного мениска, суставного хряща на снимках не видны. В то же время рентгенография позволяет выявить костно-хрящевые фрагменты.

Клинико-рентгенологические критерии остеоартроза наиболее полно разработаны для коленного сустава, так как именно этот сустав наиболее часто поражается и влияет на качество жизни пациентов. M. Lequesne (1980) предложил использовать для диагностики остеоартроза коленного сустава следующие критерии:

- 1 – ограничение и/или болезненность при пассивном сгибании коленного сустава (сгибание в норме не менее 135°, разгибание – 0°);
- 2 – сужение суставной щели;

3 – наличие остеофитов и/или субхондрального склероза и/или субхондральных кист.

Диагноз устанавливается при наличии всех трех признаков.

В то же время такие же признаки могут определяться еще при 11 других заболеваниях сустава (ишемический некроз кости, костная болезнь Педжета, пирофосфатная артропатия, гемохроматоз, охроноз, гемофилия, артриты, инфекции сустава, нейроартропатия, пигментный виллезнодулярный синовит, хондроматоз), а также патологии околоуставных структур (сухожилий, синовиальных сумок). Все эти заболевания при проведении диагностики необходимо исключить. Таким образом, критерии M.Lequesne неспецифичны, что ограничивает их ценность для практического врача.

На основании рентгенологических признаков создано достаточно много классификаций остеоартроза, из которых наибольшее распространение получили следующие.

Согласно классификации J.Kellgren и J.Lawrence (1952), выделяют следующие стадии остеоартроза:

0 – отсутствие рентгенологических признаков;

I – линейный склероз субхондральной кости, появление маленьких краевых остеофитов (рентгенологические признаки сомнительные);

II – остеоартроз более выражен, суставная щель сужена, остеофиты определяются отчетливо (минимальные рентгенологические изменения);

III – выраженный субхондральный остеоартроз, большие краевые остеофиты, заметное сужение суставной щели (умеренные изменения).

A.Larsen (1987) выделяет в своей классификации следующие стадии:

0 – отсутствие рентгенологических признаков;

I – сужение суставной щели менее чем на 50%;

II – сужение суставной щели более чем на 50%;

III – слабая ремодуляция суставной поверхности;

IV – средняя ремодуляция суставной поверхности;

V – выраженная ремодуляция суставной поверхности.

В то же время степень выраженности рентгенологических изменений далеко не всегда соответствует клиническим проявлениям остеоартроза, в связи с чем были созданы классификации, включающие в себя данные клинического обследования.

В России «классической» считается классификация остеоартроза, предложенная Н.Косинской (1961), основанная на клинико-рентгенологических признаках. Согласно этой классификации, выделяют три стадии развития заболевания.

I стадия – умеренное ограничение суставной подвижности. Боль «стартовая» или после продолжительной нагрузки; в покое и при небольших нагрузках боль отсутствует. На рентгенограммах – небольшие остеофиты по краям сустава, очаги оссификации суставного хряща, суставная щель немного сужена.

II стадия – заметное ограничение подвижности, более выраженное в определенных направлениях, с отчетливым хрустом при движении. Болевой синдром резко выражен, боль уменьшается только после продолжительной разгрузки сустава. Появляются контрактуры, функциональные укорочения конечности, нарушения биомеханики движений. При поражении суставов нижних конечностей – функциональные перекосы таза и позвоночника. На рентгенограммах – значительные костные разрастания, сужение суставной щели в 2-3 раза по сравнению с нормой. Появление склероза субхондральной кости и формирование кистозных полостей в эпифизарной зоне.

III стадия – значительная деформация сустава, резкое ограничение движений, вплоть до сохранения лишь качательных движений. Ось конечности деформирована. На рентгенограммах – почти полное исчезновение суставной щели, выраженная деформация суставных поверхностей, обширные множественные краевые остеофиты. Грубый склероз сочлененных поверхностей с выраженными кистозными просветлениями. Могут определяться суставные мыши и обызвествление параартикулярных тканей.

Обращает на себя внимание, что при остеоартрозе в ряде случаев отсутствует корреляция между рентгенологической картиной, болевым синдромом и функцией сустава. Так, в возрасте старше 60 лет свыше 90% людей имеют рентгенологические признаки остеоартроза, однако боль в суставах испытывают лишь около 40%. Порой при крайне неблагоприятной рентгенологической картине, дисконгруэнтности суставных поверхностей функция сустава может быть относительно удовлетворительной, а пациент не предъявляет серьезных жалоб. И наоборот, выраженные боли и дисфункция сустава могут отмечаться при достаточно благополучной рентгенологической картине. Это диктует необходимость

учета в различных классификациях всех данных обследования – клинических, рентгенологических, лабораторных, инвазивных (пункция, артроскопия). Чем больше данных удастся проанализировать, тем точнее будет диагностика.

Ультразвуковое исследование. Этот вид инструментальной диагностики является доступным и достаточно информативным. Метод позволяет выявить прежде всего изменения рентгенонегативных структур сустава: менисков, связок, синовиальной оболочки, капсулы, суставного хряща. Информативность УЗИ для диагностики остеоартроза, по оценкам различных авторов, колеблется в пределах 78-92%. К недостаткам метода следует отнести то обстоятельство, что качество исследования и достоверность получаемой при этом информации в значительной степени зависят от квалификации проводящего его врача. Данные УЗИ самостоятельно способны интерпретировать значительно меньшее число врачей, чем данные рентгенографии, в связи с чем в ряде случаев приходится полагаться на прилагаемое заключение, составленное без учета клинического обследования пациента и в связи с этим являющееся в определенной степени формальным.

Компьютерная томография для обследования пациентов с остеоартрозом не может считаться основным методом, так как с ее помощью не удается в достаточной степени визуализировать рентгенонегативные суставные структуры. Мы получаем четкие данные о структуре кости, ее плотности (в том числе остеоартрозу), наличии костных кист, ширине суставной щели, остеофитах. Однако на основании КТ сложно судить о состоянии суставного хряща, связок, менисков, суставной капсулы, синовиальной оболочки.

Значительно более полноценную картину, позволяющую визуализировать все упомянутые структуры, удается получить при проведении **магнитно-резонансной томографии**, которая при исследовании суставов имеет очень высокую достоверность (до 87-96%), и наряду с УЗИ сегодня считается золотым стандартом неинвазивного обследования пациентов с остеоартрозом. К недостаткам метода можно отнести его относительно высокую стоимость, громоздкость аппаратуры и, как следствие, меньшую распространенность и доступность, чем, например, УЗИ.

К инвазивным методам исследования при остеоартрозе относят пункцию сустава и артроскопию. С появлением современных высокоинформативных неинвазивных методов исследования (КТ, МРТ, УЗИ) такие инвазивные методы, как контрастная артрография или пневмоартрография, практически перестали применяться.

Пункция сустава проводят при наличии синовита для исследования синовиальной жидкости преимущественно с целью дифференциальной диагностики. Нормальная синовиальная жидкость должна быть соломенно-желтого цвета, прозрачная, без хлопьев и примесей. В норме количество синовиальной жидкости в суставе достаточно мало, и при пункции ее редко удается набрать достаточное количество для исследования. При развитии же синовита из сустава в ряде случаев удается эвакуировать большой объем синовиальной жидкости. Ее оценивают визуально и направляют на лабораторное и/или микробиологическое исследование. При таких исследованиях удается провести дифференциальную диагностику с туберкулезным поражением, трихомонозом, гонорейным артритом и другими заболеваниями, при которых могут поражаться суставы. В случаях же остеоартроза избыток синовиальной жидкости определяется, как правило, лишь в периоде обострения; вне этого периода синовиальную жидкость на анализ удается получить не всегда. Имеются публикации, в которых показана диагностическая ценность определения активности ферментов, содержащихся в синовиальной жидкости, в частности лейкоцитарной эластазы, что служит маркером наличия и степени выраженности воспалительного процесса. Техническая сложность пункции суставов различна. Так, если пункция коленного сустава обычно не вызывает особых проблем, то пунктировать тазобедренный сустав значительно сложнее. В таких случаях иногда используют УЗИ-навигацию, позволяющую визуализировать процесс продвижения пункционной иглы в сустав. Таким образом, анализ синовиальной жидкости при остеоартрозе имеет ценность преимущественно для дифференциальной диагностики в случаях наличия выраженного, длительно текущего или рецидивирующего синовита.

Артроскопия – малоинвазивный метод, позволяющий максимально повысить точность диагностики, доведя ее в руках опытного специалиста практически до 100%. Первые артроскопии были выполнены на коленном суставе, сегодня существует возможность выполнения артроскопии практически любого синовиального сустава, включая мелкие суставы стопы и кисти. С широким распространением артроскопии диагностика суставной патологии шагнула на принципиально новый

уровень. Впервые появилась возможность провести детальную инспекцию всех внутрисуставных структур как визуально, так и с помощью инструментальной «пальпации», а при необходимости – выполнить биопсию под видеоконтролем. На основе данных артроскопического исследования появились классификации, отражающие степень поражения суставного хряща. Одной из первых таких классификаций, получивших широкое распространение, стала классификация, предложенная Outerbridge в 1961 г.:

I степень – снижение тонуса («размягчение») суставного хряща;

II степень – нарушение однородности суставной поверхности, появление трещин и небольших дефектов;

III степень – отслойка хрящевых тканей в виде пластинчатых фрагментов без обнажения подлежащей кости, появление поверхностных разволокнений хряща в виде «бахромь»;

IV степень – изъязвление, формирование дефектов хрящевой поверхности с обнажением субхондральной кости.

В дальнейшем эту классификацию неоднократно уточняли, дополняли и модифицировали.

Пожалуй, наиболее сегодня известна и широко используется классификация поражений суставного хряща, предложенная в 2003 г. ICRS (International Cartilage Repair Society).

1. Размягчение суставного хряща, неглубокие поверхностные трещины.

2. Разрушение суставного хряща, не достигающее до субхондральной кости.

3. Разрушение суставного хряща, достигающее до субхондральной кости.

4. Разрушение суставного хряща и субхондральной кости.

Таким образом, сегодня при определении степени тяжести остеоартроза используют данные не только клинико-радиологического и лабораторного, но и артроскопического исследований.

Помимо непосредственной оценки изменений, произошедших в суставе, пораженном остеоартрозом, большое значение имеет определение степени нарушения функции как самого сустава, так и качества жизни пациента в целом. Эти параметры отражают так называемые интегральные шкалы.

Оценка качества жизни играет важнейшую роль как в диагностике, так и в ходе проводимого лечения, так как лечение проводится в конечном итоге именно для улучшения этого показателя. Согласно определению ВОЗ, качество жизни трактуется как «осознание человеком своего положения в жизни, в системе культурных и материальных ценностей, в которых он существует, исходя из представлений о собственном предназначении, связанных с этим его планов на будущее, требований к уровню своей жизни и своей значимости для окружающих».

Инструменты, используемые для оценки качества жизни, затрагивают сразу несколько областей и отражают различные аспекты, в частности общее состояние, боль, дискомфорт, физические кондиции, повседневную активность, способность к самообслуживанию, социальную адаптацию, эмоциональный статус, сон, психическое состояние и ряд других.

При этом используют как данные объективного обследования, так и субъективное мнение пациента, выражающего свои ощущения в виде ответов на вопросы или самостоятельного заполнения специально разработанных анкет.

К важным характеристикам любого варианта (типа) подобной шкалы относят:

- Надежность – степень, с которой оцениваемая в баллах переменная отражает истинное состояние, то есть точность измерения.

- Валидность (достоверность) – способность достоверно измерять ту основную характеристику, которая в нем заложена.

- Чувствительность – способность выявлять изменение показателей (например, в процессе лечения больного) в соответствии с возможными изменениями в состоянии респондента.

Разделяют общие и специфические шкалы. Общие шкалы содержат вопросы, касающиеся общего состояния пациента, качества его жизни. Они позволяют оценить изменения в функциональном или психологическом статусе пациента без непосредственного анализа течения заболевания.

Первые общие шкалы были очень объемными (приблизительно 100 вопросов), например Sickness Impact Profile (SIP) и Medical Outcome Study (MOS), но в последующие годы появилась тенденция к более коротким опросникам. Примерами являются Short-Form Health Survey (SF-36) и Nottingham Health Profile (NHP), состоящие из 36 и 45 вопросов соответственно.

Многие авторы утверждают, что шкала SF-36 наиболее приемлема для исследований с небольшим количеством пациентов, где необходима высокая чувствительность.

Использование общих шкал более оправдано у пациентов, имеющих хроническую патологию (в том числе остеоартроз). При

обострении хронического заболевания, когда пациент на определенный период времени вынужден существенно изменить привычный образ жизни, а происходящие изменения на фоне проводимого лечения имеют выраженную динамику, более рационально использовать так называемые специфические шкалы, нацеленные на выявление этой динамики применительно к характеру и локализации конкретной патологии. Одни из них основаны исключительно на субъективной оценке пациентом своего состояния и заполняются только им, другие – на комбинации субъективных ощущений пациента и объективных данных, полученных при физикальном обследовании (например, амплитуда движений в суставе, деформация оси конечности, степень нестабильности), и заполняются совместно пациентом и врачом. Для оценки функции каждого сустава разработаны собственные специфические шкалы с учетом его анатомо-физиологических особенностей.

Среди субъективных опросников, заполняемых самими пациентами, наиболее распространенными являются шкалы для оценки нарушений при остеоартрозе тазобедренного (Hip disability and Osteoarthritis Outcome – HOOS) и коленного (Knee Injury & Osteoarthritis Outcome – KOOS) суставов, а также WOMAK (для тазобедренного и коленного суставов), OXFORD (для тазобедренного, коленного, плечевого и локтевого суставов), DASH (Disabilities of arm, shoulder & hand) для верхней конечности. Большинство шкал, включающих также и объективную оценку функции сустава врачом, хотя и могут применяться при остеоартрозе, но всё же более информативны в случаях оценки в посттравматическом и послеоперационном периодах.

Лечение

В лечении остеоартрозов до сих пор существует значительное разнообразие подходов. Это связано с рядом причин. Прежде всего, распространенность заболевания приводит к тому, что многие пациенты достаточно длительное время занимаются самолечением, хаотично принимая те препараты, о которых они узнали из достаточно агрессивной рекламы или рассказов знакомых. Предпочтение при этом отдается симптом-модифицирующим средствам, так как именно они быстро приносят заметный эффект. Такое симптоматическое лечение приводит к закономерному прогрессированию патологического процесса и обращению к врачу уже на достаточно поздней стадии, когда симптом-модифицирующие препараты перестают приносить желаемый эффект. С другой стороны, среди врачей также нет единства лечебной тактики. Участие в амбулаторном лечении пациентов, страдающих остеоартрозом, участков терапевтов, хирургов, ревматологов, травматологов вызывает к жизни весьма различные подходы и рекомендации. Порой возникает впечатление, что речь идет вообще о разных заболеваниях. Как правило, врач ориентирован на 2-3 хорошо известных ему препарата, с помощью которых он и пытается помочь пациентам с остеоартрозами различной этиологии, локализации и степени тяжести. Одними из наиболее типичных ошибок в амбулаторном лечении пациентов являются систематическое внутрисуставное введение гормональных препаратов, длительное назначение возрастающих доз нестероидных противовоспалительных препаратов, автоматическое назначение во всех случаях внутрисуставного введения синовиальных протезов, несвоевременное определение показаний к хирургическому вмешательству (прежде всего к артроскопии). Стационарное лечение пациентов с остеоартрозом преимущественно ориентировано на хирургические вмешательства (прежде всего на эндопротезирование). Возможность получить курс стационарного комплексного консервативного лечения, включающего медикаментозную терапию, физиопроцедуры, лечебную физкультуру крайне ограничена.

Примечательно, что, несмотря на широкое распространение остеоартроза и значительные усилия, направленные на изучение и лечение этого заболевания, его профилактика до сих пор ограничивается преимущественно борьбой с факторами риска – избыточным весом, травматизацией суставов, нарушениями походки. Проводится также медикаментозная коррекция развития остеоартроза различного генеза. Данные о возможности безопасной и эффективной медикаментозной профилактики, направленной непосредственно на сохранение суставного хряща, противоречивы и не могут считаться достаточно достоверными.

В связи с изложенным уточнение подходов в обследовании и лечении пациентов с остеоартрозом является важной и актуальной задачей.

(Продолжение следует.)

Андрей ГАРКАВИ,
профессор кафедры травматологии,
ортопедии и хирургии катастроф.

**Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М.Сеченова.**