

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 70 (1673)

(Продолжение.)

Начало в № 83 от 07.11.2012.

Снижение нагрузки на сустав

Общим правилом для всех синовиальных суставов является то, что для них полезны движения, но не полезна опорная нагрузка, при которой возникает давление на суставные поверхности (хрящ и подлежащую кость). В определенной степени с этим связано и то обстоятельство, что идиопатический остеоартроз значительно чаще развивается в суставах нижних конечностей, регулярно подвергающихся такой нагрузке. Можно указать также на быстрое прогрессирование остеоартроза при посттравматических деформациях, приводящих к неравномерному перераспределению нагрузки на суставную поверхность.

При формировании стойкого болевого синдрома развивается гипертонус окружающих сустав мышц, за счет которого суставные поверхности постоянно испытывают дополнительное «сдавливание», что еще больше усугубляет патологические изменения.

Вообще, на роль мышечной системы в развитии суставного болевого синдрома до сих пор обращают недостаточно внимания, тогда как эта роль не только весьма существенна, но в ряде случаев может являться доминирующей в формировании жалоб пациента и характера ограничения функции. С одной стороны, сильные мышцы образуют своеобразный защитный «каркас» для сустава, предохраняя его от перегрузки и травм. С другой стороны, при нарушении биомеханики движений в суставе, хронической перегрузке, микротравматизации могут развиваться стойкие боли в области прикрепления мышечных сухожилий к костным выступам (энтезопатии), что также требует специального лечения. Так, в области коленного сустава достаточно часто (по оценкам различных авторов, от 10 до 20%) после успешно проведенной операции артроскопической менискэктомии пациент испытывает боль при ходьбе в области мыщелков бедренной или большеберцовой костей за счет асептического воспаления зоны прикрепления мышечных сухожилий к костным выступам. Эта боль проходит на фоне проведения местной противовоспалительной терапии и укрепления силы соответствующих мышц.

Какие же методы позволяют уменьшить нагрузку на суставные поверхности?

Режим. Следует помнить, что морфологически подтвержденный остеоартроз (с помощью рентгенографии, МРТ, УЗИ, артроскопической ревизии сустава) – это заболевание, которое, к сожалению, не позволяет в ходе лечения превратить сустав снова в полностью здоровый. Такой сустав будет нуждаться в постоянном внимании прежде всего со стороны пациента. Это не означает, что все поголовно пациенты с остеоартрозом должны полностью отказаться от активной жизни или занятий спортом, ведь степень физической активности является одной из важнейших составляющих качества жизни, сохранение которого, собственно, и является главной задачей проводимого лечения. Однако пациенты должны четко понимать, что для их суставов является полезным, а что – вредным. Так, например, утренний бег трусцой «для здоровья» приводит к перегрузке суставов нижних конечностей. Если человек считает такой ежедневный бег обязательным компонентом своего внутреннего комфорта, он может продолжать этим заниматься, однако при диагностированном остеоартрозе, скажем, коленного или тазобедренного сустава следует рекомендовать ему воздержаться от таких спортивных занятий. Разрушающе влияют на суставной хрящ также прыжки со скакалкой, приседания, упражнения со штангой и гириями. Лучше всего пациентов убеждает такое соображение, что сустав является трущейся деталью организма, имеющей свой ресурс. Регулярные интенсивные нагрузки на эту «деталь» сокращают ресурс бесперебойной работы, ограничение же нагрузок продлевает «срок годности».

Важно учесть специфику работы пациента и, по возможности, сменить вид деятельности, если работа связана с длительным пребыванием на ногах, толчковыми «ударными» нагрузками на суставы, приводящими к постоянной микротравматизации.

Пациенты, которые имеют уже достаточно серьезные проблемы, связанные с остеоартрозом, сами будут выбирать щадящий режим жизни. Тех же, которые только вошли в группу риска (после перенесенной травмы, операции, воспаления или инфекции, при появлении системных заболеваний или нарушений обмена) следует аргументированно убедить в необходимости ограничения повышенных нагрузок. При умеренно вы-

Остеоартроз

раженном остеоартрозе эти рекомендации могут не затрагивать повседневного образа жизни, ограничиваясь вначале только спортивными упражнениями, которые должны приносить не вред, а пользу и выполняться только сидя или лежа.

У спортсменов возможность продолжения занятий спортом должна определяться индивидуально. На принятие решения влияет не только степень поражения сустава, но и вид спорта, интенсивность тренировок, значимость продолжения спортивных занятий для пациента, его психологический настрой.

2. Снижение собственного веса. Очевидно, что избыточный вес обуславливает дополнительную нагрузку на суставы, однако следует учитывать еще и то обстоятельство, что значительное увеличение веса в большинстве случаев связано с нарушениями обмена веществ, что само по себе отрицательно влияет на жизнеспособность суставного хряща.

Однако мало просто рекомендовать пациенту «сбросить» лишний вес. Подавляющее большинство тучных людей и без всяких врачебных рекомендаций неоднократно пробовали это сделать, но безрезультатно. Необходимо провести обследование, получить консультацию специалиста с целью выявить причину ожирения. Только тогда можно эффективно бороться с избыточным весом.

3. Разгрузка сустава с помощью внешних фиксаторов. Наиболее распространенным видом внешнего фиксатора является эластичный бинт. Однако для достижения ожидаемого результата необходимо уметь пользоваться таким бинтом. Если бинт затянуть слишком сильно, это может привести к затруднению венозного оттока и нарушению кровоснабжения дистального сегмента. Если бинт намотан только непосредственно на сустав (весьма распространенная ошибка пациентов), не захватывая прилежащие области конечности, эффективность такой фиксации будет достаточно низкой. Кроме того, эластичный бинт, особенно на нижней конечности, часто «сползает», образуются жгуты-перетяжки, его приходится перематывать, что неудобно и занимает время.

Сегодня для разгрузки практически любого сустава существуют специальные ортопедические изделия – начиная от эластических конструкций и заканчивая жесткими ортезами-брейсами. Изделия из эластической ткани фактически выполняют функцию эластического бинта, однако удобнее в использовании; некоторые имеют специальные укрепляющие вставки из более плотного материала. Они выпускаются в виде нескольких типоразмеров, подбираемых на основании измерения окружности пораженного сустава. При постоянном ношении такие изделия со временем растягиваются, их приходится заменять на новые.

Кроме этого, существуют ортезы различной степени жесткости, снабженные металлическими вставками-шарнирами для сохранения движений. Для голеностопного сустава и суставов стопы применяют также ортопедическую обувь в виде высокого ботинка на шнуровке.

Общий принцип работы всех таких приспособлений заключается в том, что они берут на себя часть той нагрузки, которая приходится на суставные поверхности и окружающие сустав мягкие ткани (включая мышцы). Фактически эти фиксаторы заменяют собой мышечный «каркас», защищающий и разгружающий сустав. В то же время следует помнить, что постоянное ношение

фиксаторов довольно быстро приводит к прогрессированию мышечной гипотрофии, и через определенное время пациенту уже будет трудно вообще отказаться от такой фиксации. Поэтому применение внешних фиксаторов должно быть, по возможности, ограничено: при обострении заболевания – постоянное ношение на фоне проводимой терапии не более 1,5-2 недель, при постоянном применении – не более 2-3 часов в день.

Наиболее полную разгрузку дают внешние иммобилизирующие повязки, исключающие вообще какие-либо движения в суставе, однако при остеоартрозах такие фиксаторы не применяют, так как неподвижность сустава способствует прогрессированию нарушенного обмена веществ суставного хряща, что приводит к ускорению его дегенеративных изменений и быстрейшему разрушению.

Полная неподвижность в суставе допустима только при острой травме (переломе), но даже в этих случаях современная травматология нацелена на то, чтобы на фоне надежной фиксации перелома стали возможны как можно более ранние движения в поврежденном суставе.

4. Укрепление мышечного каркаса. При остеоартрозе постепенно прогрессирует ограничение функции пораженного сустава. Само наличие болевого синдрома закономерно влечет за собой подсознательное снижение функциональной нагрузки. Снижается также интенсивность работы мышц, что достаточно быстро приводит к их гипотрофии. Таким образом, запускается порочный круг. Чем больше проблем (прежде всего связанных с болевым синдромом и ограничением движений) в пораженном суставе, тем больше пациент «щадит» этот сустав, нарастает мышечная гипотрофия и снижается защитная функция мышечного «каркаса». Мышцы уже не только в меньшей степени защищают сустав от каких-либо травм, но и не могут взять на себя в необходимой мере свою часть нагрузки, которая практически вся теперь приходится непосредственно на суставные поверхности. От этого сустав страдает еще больше, ускоряется разрушение суставного хряща, усиливаются симптомы остеоартроза, в том числе болевой синдром. Пациент еще больше начинает «щадить» больной сустав, и мышечная гипотрофия продолжает прогрессировать.

В связи с этим укрепление мышц является одной из важнейших задач, на которую порой в комплексном лечении остеоартрозов обращают пока еще явно недостаточно внимания. Особенно важна борьба с мышечной гипотрофией в тех случаях, когда пациентам приходится носить внешний фиксатор, в значительной степени подменяющий собой мышечную работу и освобождающий мышцы даже от сниженной нагрузки.

Одним из распространенных заблуждений пациентов является убеждение в том, что справиться с уже развившейся мышечной гипотрофией можно, существенно увеличив традиционную бытовую нагрузку. Так, например, при гипотрофии мышц нижней конечности на фоне остеоартроза коленного сустава стремление больше ходить или даже бегать не приведет к желаемому результату. Во-первых, пораженный сустав из-за усиления нагрузки на суставную поверхность получит гораздо больше вреда, чем получит пользы ослабленные мышцы вследствие своей интенсивной работы. Во-вторых, при стандартных для человека стереотипах движений организм подсознательно будет продолжать «щадить» ослабленные мышцы, не давая им подвергаться той же нагрузке, что и на симметричной конечности. Для борьбы с мышечной гипотрофией на фоне остеоартроза необходимо проводить лечебную физкультуру, селективно занимаясь конкретной мышцей или группой мышц с помощью специальных упражнений или на тренажерах, исключив при этом опорную нагрузку на суставные поверхности.

Предлагаемые методы электростимуляции имеют вспомогательное значение и сами по себе, без регулярной физической работы мышц, не могут решить проблему борьбы с мышечной гипотрофией.

То же относится и к массажу. Ошибочно возлагать надежды на то, что массаж сам по себе способен увеличить мышечную массу. Это возможно только на фоне регулярных

мышечных нагрузок, эффект от которых массаж способен лишь усилить.

Следует, однако, различать причины мышечной гипотрофии. В некоторых случаях она вызвана не снижением функциональной нагрузки, а другими, более серьезными причинами. Так, например, при полном разрыве крестообразных связок коленного сустава помимо стабильности сустава нарушается и проприоцепция, обеспечивающая мышечный тонус и биомеханический баланс мышечного «каркаса» коленного сустава, что неизбежно приводит к гипотрофии, которую за счет упражнений можно уменьшить, но не компенсировать полностью.

5. Уменьшение мышечной контрактуры. Как уже говорилось, постоянный болевой синдром приводит к формированию мышечного гипертонуса, вплоть до возникновения мышечных контрактур. Это, в свою очередь, приводит к возрастанию силы «сдавливания» суставных поверхностей за счет мышечной тяги и способствует усугублению деструкции суставного хряща. Возникает парадоксальная ситуация. С одной стороны, развивается мышечная гипотрофия, и мышцы уже не в состоянии в необходимой степени ни разгрузить сустав, ни защитить его от внешних механических травмирующих и нагрузочных воздействий. С другой стороны, эти слабые мышцы находятся в состоянии гипертонуса и почти все свои силы расходуют не на защиту сустава, а на неблагоприятное для сустава «сдавливание» суставных поверхностей.

Устранение такого гипертонуса является одной из лечебных задач. Достаточно эффективен метод постизометрической релаксации, входящий в арсенал мануальных терапевтов. Кроме мануального воздействия для снятия мышечного гипертонуса можно применить медикаментозное и физиотерапевтическое лечение.

6. Использование внешних приспособлений для ходьбы. К таким приспособлениям можно отнести трость, ходунки и костыли. Очень часто пациенты берут трость в руку на стороне пораженного сустава. Это неправильно. Трость необходимо использовать на стороне, противоположной пораженному суставу. Только в этом случае можно достичь правильного распределения нагрузки. Костыли при остеоартрозе применяют чаще всего с локтевой опорой (оба костыля или один в качестве усиленной трости), однако в наиболее тяжелых случаях используют и полноразмерные костыли с опорой в подмышечной области. Ходунками пользуются, как правило, пожилые, физически ослабленные пациенты, которым трудно удерживать равновесие.

Указанные приспособления дают возможность уменьшить или (при использовании костылей) даже полностью исключить нагрузку на пораженный сустав. Однако следует помнить, что при этом существенно увеличивается нагрузка на противоположную ногу. Нередко через некоторое время пациенты начинают предъявлять жалобы на появление болей и в противоположной, опорной ноге, что свидетельствует о недопустимом превышении нагрузки. Поэтому использование внешних приспособлений носит, как правило, временный характер и может быть рекомендовано только в течение сравнительно непродолжительного периода времени. Постоянное их применение говорит об инвалидизации пациента.

Следует также учитывать психологическую реакцию пациента на применение внешних приспособлений. Необходимость использования трости пациентом воспринимается значительно легче, чем костылей, так как в последнем случае налицо явные признаки инвалидности, издали заметные всем окружающим, и смирились с таким статусом при отсутствии острой травмы, сопровождающейся переломом, порой бывает нелегко.

Лечебное вытяжение. Метод лечебного вытяжения (тракционная терапия) предложен еще в середине XX века и не потерял своей актуальности до сих пор. Применяют его для лечения остеоартроза тазобедренного и коленного суставов. Основан он на этапном растяжении сустава с помощью специальной шины и постепенное возрастание грузовой нагрузки. На конечность пациента надевают специальную манжету с петлей или мягкой «сапог» на голень и стопу со шнуровой и петлей в пяточной области. Ногу укладывают на шину Белера со сгибанием в коленном суставе до 130°, после чего к петле подвешивают груз с тракцией по оси. Курс рассчитан на 28 дней.

В течение этого периода вес груза, продолжительность и кратность процедур вытяжения постепенно увеличивают, а затем уменьшают до начальных значений. Для разгрузки тазобедренного сустава начальный вес составляет 4 кг, максимальный – 12 кг. Для коленного сустава начальный вес – 2

кг, максимальный – 7 кг. При значительной мышечной массе груз может быть увеличен, но не должен превышать для тазобедренного сустава 1/7 веса тела + 4 кг, а для коленного сустава – 1/14 веса тела + 2 кг. Продолжительность сеансов вытяжения – от 30 минут до 1 часа, кратность – от 2 до 3 раз в день.

В течение всего периода лечения пациент должен соблюдать полупостельный режим. Важно правильно осуществить завершение курса тракционной терапии, так как резкое возобновление нагрузки после проведенного курса может привести к обострению, усилению болевого синдрома.

Медикаментозная терапия

В медикаментозном лечении остеоартрозов можно выделить два направления – симптом-модифицирующее, имеющее целью снижения проявлений заболевания и прежде всего – борьбу с болью и асептическим воспалением, и структурно-модифицирующее, направленное на коррекцию происходящих в суставе патологических изменений.

Симптом-модифицирующие средства

1. Анальгетики. Сегодня как для врачей, так и для пациентов очевидно, что применение анальгетиков прямого действия – крайнее средство, применимое только при выраженных болях, связанных с обострением остеоартроза. Уменьшение страданий пациента при приеме этих препаратов достаточно кратковременно и не решает практически никаких сколько-нибудь долгосрочных проблем. Можно говорить, что уменьшение болевого синдрома снижает болевой мышечный гипертонус, вследствие чего в определенной степени уменьшается нагрузка на суставные поверхности. Однако этот структурно-модифицирующий эффект на фоне общих патологических изменений в суставе крайне незначителен и не может считаться существенным в лечении остеоартроза.

2. Противовоспалительные препараты.

2.1. Золотым стандартом в лечении остеоартрозов сегодня остаются **нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)**, чья противовоспалительная и анальгетическая активность связана с уменьшением продукции простагландинов E. Сегодня около 30 млн человек в мире регулярно принимают НПВС. Эволюция этой группы лекарственных средств имеет достаточно длительную историю. Общие проблемы, связанные с применением НПВС, заключаются в их побочном воздействии, прежде всего – на желудочно-кишечный тракт, что, особенно при длительном применении, приводит к развитию гастритов и язвенной болезни. Большинство НПВС представляют собой слабые органические кислоты и полностью адсорбируются при пероральном приеме: около 95% принятого препарата связывается с сывороточным альбумином, поэтому гипоальбуминемия, особенно у пожилых людей с хроническими соматическими заболеваниями, может приводить к повышению концентрации НПВС в сыворотке и, как следствие этого, к увеличению токсичности. Прием НПВС вместе с пищей может уменьшить его адсорбцию. НПВС метаболизируются в основном в печени и экскретируются с мочой, что необходимо учитывать при назначении этих препаратов больным с нарушениями функции печени или почек. Концентрация препаратов в плазме варьирует и зависит от клиренса в почках и скорости метаболизма.

Считают, что противовоспалительный эффект НПВС обусловлен подавлением активности циклооксигеназы (ЦОГ) – основного фермента метаболизма арахидиновой кислоты на пути превращения ее в простагландины. Кроме того, есть данные о том, что НПВС ингибируют также активацию и хемотаксис нейтрофилов, уменьшают продукцию токсических кислородных радикалов в стимулированных нейтрофилах, способствуют нормализации жизненного цикла клеток в очаге воспаления.

Известно существование как минимум двух изомеров ЦОГ – ЦОГ-1 и ЦОГ-2. ЦОГ-1 находится в организме постоянно, регулируя нормальные клеточные процессы и обеспечивая физиологические функции. При ее ингибации возникает ряд побочных эффектов, важнейшими из которых являются бронхоспазм, язвенная болезнь, нарушение почечной функции. ЦОГ-2 является индуцибельной, то есть включается при определенных ситуациях, например при воспалении. Она экспрессируется макрофагами, синовиоцитами, фибробластами, гладкой мускулатурой, хондроцитами и эндотелиальными клетками после индуцирования их цитокинами или факторами роста. Анальгетический и противовоспалительный эффект НПВС связан, прежде всего, с их воздействием на ЦОГ-2.

Изначально в качестве основного противовоспалительного средства применяли ацетилсалициловую кислоту, воздействие которой основывалось на селективной ингибции ЦОГ-1. В связи с этим положительный терапевтический результат от применения данного препарата был сравним по степени выраженности с нежелательными побочными эффектами. Далее появились препараты, ингибирующие все фракции ЦОГ (неселективные ингибиторы). Эти НПВС сейчас наиболее распространены и считаются «традиционными» при проведении противовоспалительной терапии: диклофенак (вольтарен, ортофен), бутадион, ибупрофен, кетопрофен, индометацин, кеторол, напроксен и др.

Среди этих препаратов выделяют так называемые «короткоживущие», выводятся из организма в течение 3-5 часов (ибупрофен, диклофенак) и «долгоживущие» (пироксикам, напроксен, фенилбутазон). Длительное применение последних повышает опасность возникновения побочных нежелательных реакций.

Потом распространение получили НПВС, также воздействующие на все фракции ЦОГ, однако с преимущественной ингибцией ЦОГ-2: нимесулид (нимесил, найз, кокстрал), оксикамы (мелоксикам, ксефокам, лорноксикам, мовалис, локсидол).

И наконец, последним поколением НПВС считают селективные ингибиторы ЦОГ-2 (коксибы) – рофекоксиб, целебрекс, аркоксиа.

Однако опыт применения селективных ингибиторов ЦОГ-2 показал, что и эти препараты не решают всех проблем и не являются абсолютно безопасными. Во-первых, эффективность их применения не выше, а в ряде случаев уступает «традиционным» неселективным ингибиторам. Это говорит о том, что ингибция ЦОГ-1 в подавлении воспалительных и болевых реакций также играет определенную роль. Во-вторых, нежелательные побочные эффекты от применения селективных ингибиторов ЦОГ-2, хотя и существенно ниже, однако имеют ту же направленность и не могут вообще не учитываться, особенно у пациентов, относящихся к группе риска в отношении таких осложнений. Кроме того, имеются наблюдения, что длительное применение селективных ингибиторов ЦОГ-2 увеличивает риск неблагоприятных сердечно-сосудистых эффектов, что особенно важно в лечении пожилых пациентов.

Побочные реакции при применении НПВС:

- 1. Центральная нервная система:** головные боли, депрессия, тремор, спутанность сознания, галлюцинации, асептический менингит, нейропатия.
- 2. Кровеносная система:** анемия, депрессия костного мозга, уменьшение агрегации тромбоцитов.
- 3. Аллергические реакции:** астма, фотосенсибилизация, синдром Стивенса – Джонса.
- 4. Печень:** гепатотоксичность, гепатит.
- 5. Почки:** гломерулонефрит, интерстициальный нефрит, индукция отека, нарушение выведения натрия.
- 6. Желудочно-кишечный тракт:** тошнота, рвота, диспепсия, запоры эрозии, язвы, перфорация, кровотечение.
- 7. Взаимодействие с препаратами:** диуретики, β-блокаторы, сахароснижающие препараты.

При этом как лечебный эффект, так и развитие нежелательных действий НПВС часто зависят от дозы. Для большинства препаратов этого класса прослеживается тенденция к преобладанию противовоспалительного эффекта при назначении высоких доз и анальгетического – при приеме низких. В целом НПВС обладают примерно одинаковой анальгетической активностью, но различаются по токсичности. В настоящее время основное внимание привлечено к созданию и использованию не столько более эффективных, сколько безопасных НПВС.

Для снижения нежелательного эффекта от приема НПВС, связанного с их ulcerогенным воздействием, при регулярном и длительном их использовании, а также у всех пациентов группы риска рекомендовано параллельно принимать так называемые ингибиторы протонной помпы (омепразол, нормопразол, эзомепразол, лансопразол и др.).

В литературе имеются отдельные сообщения о влиянии НПВС на суставной хрящ, то есть о структурно-модифицирующем воздействии. Однако убедительных объективных доказательств этому до сих пор нет.

Арсенал НПВС постоянно растет, появляются новые перспективные лекарства, сочетающие эффективность и безопасность.

Многие НПВС представлены различными лекарственными формами: таблетки (капсулы), суппозитории, суспензии, капли, растворы для инъекций, мази и гели для местного применения, а также в комбинациях с препаратами других классов. Это расширяет возможности врача, позволяя индивидуализировать лечение.

Отдельную группу НПВС составляют препараты для местного применения. Практически все неселективные ингибиторы ЦОГ выпускаются в том числе в виде мазей или гелей (диклофенак, ибупрофен, индометацин, бутадион, фербофид, фастум-гель, кеторол, флексен, диклоран и др.). В ряде случаев эти препараты дают достаточно быстрый положительный эффект, однако исследования показали, что уже через 2 недели регулярного применения этот эффект практически исчезает и становится сравним с применением плацебо.

Выбор схемы лечения с помощью НПВС осуществляется на основе учета различных факторов. Помимо вида препарата необходимо принять во внимание его переносимость пациентом, эффективность, безопасность, наиболее комфортный для пациента способ введения, а также стоимость. Последний фактор в ряде случаев является весьма существенным и сам по себе может повлиять на выбор препарата.

2.2. Гормональные препараты при остеоартрозах применяют в виде локальных инъекций. Стероидные гормоны вводят в сустав, или параартикулярно в область локального асептического воспаления (как правило, в зону прикрепления сухожилий к кости или переходу сухожилия в мышцу) при лечении энтезопатий.

Внутрисуставное введение стероидных гормонов для достижения противовоспалительного эффекта применяют достаточно давно. Вначале распространение получил гидрокортизон, затем – кенолог-40. В настоящее время наиболее распространенным препаратом этой группы является дипроспан. Применение стероидных гормонов внутрисуставно – достаточно опасная и далеко не безразличная для сустава процедура, отношение к которой в последнее время существенно пересмотрено. Хорошо известен местный катаболический эффект глюкокортикоидов: они способствуют потере протеогликана хряща, а при частом введении – прогрессированию суставной деструкции вплоть до остеонекроза.

Таким образом, наряду с безусловным быстро наступающим выраженным противовоспалительным и анальгетическим эффектом повторные инъекции существенно ускоряют дегенерацию суставного хряща, тем самым способствуя прогрессированию заболевания. К сожалению, до сих пор достаточно много врачей амбулаторного звена регулярно пользуются таким паллиативным анальгетическим эффектом, фактически не оставляя своим пациентам шансов на длительное сохранение приемлемой функции сустава. Эффект от повторных внутрисуставных инъекций постепенно снижается, неумолимо приближая необходимость эндопротезирования.

Кроме того, выявлено, что локальность внутрисуставного введения глюкокортикоидов весьма условна. Значительное количество препарата, введенного в сустав, проникает в системный кровоток. Это по сути приравняет локальную терапию к системному назначению стероидных гормонов со всеми соответствующими побочными эффектами. В связи с этим если в 1995 г. в рекомендациях ВОЗ по лечению остеоартроза локальная терапия с помощью внутрисуставного введения глюкокортикоидов занимала одну из ведущих позиций, то в редакции 2003 г. этот метод как вид лечения отсутствует вовсе.

В то же время нельзя говорить о том, что внутрисуставные инъекции стероидных гормонов абсолютно противопоказаны. Показания к их применению существуют, но они ограничены необходимостью купирования острого воспаления, проявляющегося в виде сильных болей или выраженного синовита. Как правило, достаточно бывает одной, максимум двух (с интервалом 5-7 дней) инъекций. Если необходимый эффект достигнут, необходимость дальнейшего гормонального лечения отпадает, если не достигнут – следует искать и устранять причину такого упорного асептического воспаления. Часто это бывают те или иные внутрисуставные повреждения. Так, например, при повреждении мениска коленного сустава с дислокацией и ущемлением поврежденного фрагмента между суставными поверхностями внутрисуставное введение дипроспана может уменьшить боль на 1-2 суток, после чего она возобновится и будет сохраняться или нарастать до тех пор, пока пациент не будет прооперирован. Известны случаи, когда диагноз повреждения мени-

ска не был поставлен своевременно, и на фоне постоянных болей и дискомфорта в коленном суставе пациенты получили по 8-10 внутрисуставных инъекций стероидных гормонов, чем суставу был нанесен несомненный вред.

Сегодня внутрисуставное введение глюкокортикоидов в лечении гонартрозов рассматривают как исключительный метод, требующий особых показаний (в основном для купирования выраженного вторичного синовита). Рекомендации Минздрава России (2001) определяют отсутствие признаков синовита («сухой сустав») как противопоказание для внутрисуставного введения глюкокортикоидов.

Чтобы популярно для врачей объяснить отношение к внутрисуставному применению стероидных гормонов, можно провести параллель с инъекциями наркотических анальгетиков. В некоторых случаях, при острой боли, это – высокоэффективное средство, которое может быть рекомендовано, например, после операции или получения тяжелой травмы. Однако если назначить наркотики онкологическому больному, не устранив причину возникновения боли, то выполнять такие инъекции приходится всё чаще, эффект от них становится всё менее выраженным, а в итоге смерть наступает не от рака, а от возрастающих доз наркотических препаратов.

Следует в то же время помнить, что сказанное относится именно к лечению остеоартроза. В лечении же некоторых других заболеваний, например ревматоидного артрита, стероидные гормоны входят в стандартную терапевтическую схему и у некоторых пациентов применяются (как в виде внутрисуставных инъекций, так и перорально) достаточно регулярно.

3. Местные отвлекающие анальгетические средства.

К таким средствам относят горчичное масло, метилсалицилат, скипидар, ментол, камфора, производные никотиновой кислоты, капсаицин, эвкалиптовое масло, диметилсульфоксид и др. Они входят по отдельности или в различных сочетаниях в состав препаратов для локального применения (эфкамон, аписартрон, финалгон, эспол, артро-хвоя). Действие указанных препаратов симптоматическое во время обострения болевого синдрома, применение – непродолжительное (при длительном применении развивается кожное раздражение).

4. Гомеопатические средства.

Для лечения пациентов с остеоартрозом применяют также гомеопатические препараты, действие которых определяется большим числом входящих в их состав ингредиентов. Наибольшее распространение получили цель-Т и траумель-С. Они выпускаются в различных лекарственных формах – капли, таблетки, раствор для инъекций (в том числе и для введения в сустав), мазь, гель. Описаны как симптом-модифицирующие, так и структурно-модифицирующие свойства указанных гомеопатических препаратов. При этом цель-Т применяют преимущественно для хондропротекторной терапии, а траумель-С – как противовоспалительное и анальгетическое средство. Гомеопатические препараты не имеют побочных нежелательных эффектов, вследствие чего их можно применять длительное время. Обладающий выраженным анальгетическим и противовоспалительным эффектом траумель-С многие авторы рассматривают как альтернативу НПВС, особенно при наличии противопоказаний к таким препаратам. В то же время их можно принимать совместно или в различных комбинациях.

Одной из рекомендованных схем такого совместного применения гомеопатических средств с НПВС в случаях обострения остеоартроза является назначение НПВС (например, диклофенака) в виде инъекций или перорально в течение 3-5 суток с последующим переходом на пероральный прием траумеля-С в течение 3-4 недель. В этой схеме НПВС позволяет добиться более быстрого анальгетического и противовоспалительного эффекта, однако его длительное применение нежелательно. Поэтому для улучшения и закрепления полученного результата далее назначают траумель-С.

При отсутствии необходимости добиваться быстрого анальгетического эффекта (вне выраженного обострения) многие авторы рассматривают траумель-С как безопасную альтернативу НПВС.

(Продолжение следует.)

Андрей ГАРКАВИ,
профессор кафедры травматологии,
ортопедии и хирургии катастроф.
Первый Московский государственный
медицинский университет им. И.М.Сеченова.