

3/2015

Здоровье и успех

Гончаров И.И.
Остеоартроз коленных
суставов. с. 5-7.

**ВЕСНА,
ГЕРПЕС...**

ОСТЕОАРТРОЗ

**НАРУШЕНИЯ
СНА**

ДЕПРЕССИИ

**КОНТРАЦЕПЦИЯ
«ПОСТОАКТУМ»**

СОРНЯКИ-ЦЕЛИТЕЛИ

ISSN 1818-7291





ОСТЕОАРТРОЗ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

*Легкий живот кароче работящего.
(Народная поговорка)*

Остеоартроз (ОА) – тяжелое деструктивно-дистрофическое заболевание, способное поражать любой сустав человека. Для него характерно длительное и прогрессирующее течение с обострениями, поражением суставного хряща, других тканей сустава и околоуставных образований.

Это самое распространенное заболевание суставов. Женщины страдают им вдвое чаще мужчин. Преобладающий возраст начала болезни – 40–60 лет. Наиболее часто поражаются тазобедренные и коленные суставы.

ПРИЧИНЫ

По современным представлениям, ОА возникает в результате множества внутренних и внешних (средовых) факторов. В основе средовых лежат экстремальные внешние воздействия и в первую очередь травмы. Любое повреждение или оперативное вмешательство на суставе всегда приводит впоследствии к ОА.

Среди внутренних факторов особую роль играют генетически обусловленные аномалии развития суставов, определяющие их неполноценность.



Иван ГОНЧАРИК,
доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней БГМУ

их неполноценность. Большое значение имеют заболевания главных физиологических систем человека (ревматизм, подагра, системные заболевания соединительной ткани, нарушения обмена, аллергии и др.), при которых патология суставов становится лишь синдромом этих заболеваний.

МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

В основе ОА лежит дистрофия, т. е. расстройство питания тканей суставного хряща. Причиной раннего изнашивания хряща может быть либо длительная нагрузка на него, значительно превышающая физиологическую, либо снижение выносливости хряща к повседневной физиологической нагрузке вследствие метаболических нарушений. Избыточная нагрузка на хрящ особенно характерна для представителей ряда профессий – артистов балета, грузчиков и т. д., а также для спортсменов всех атлетических и подвижных игровых видов спорта.

Отдельную группу будущих пациентов с ОА составляют полные люди. Ожирение является одним из существенных факторов риска ОА нижних конечностей.

Риск возникновения **гонартроза** – остеоартроза коленных суставов повышается у женщин с 35 лет, у мужчин с 45.

Важная роль в развитии ОА отводится нарушению кровообращения и микроциркуляции в тканях пораженного сустава, в первую очередь в капсуле и субхондральной кости.

Заболевание начинается с поражения хрящевой ткани суставной поверхности. Долгое время процесс протекает скрытно или с незначительными проявлениями, а яркая картина, как правило, свидетельствует уже о значительном поражении тканей сустава.

Изменяются физические свойства хрящевой ткани. Она теряет эластичность, появляется сухость, шероховатость и даже трещины, что влечет увеличение нагрузки на субхондральный отдел кости. Происходит перелом костных балок, нарушается целостность кости.

В суставе формируются соединительнотканнные тяжи. Происходит фиброзное (рубцовое) замещение капсулы. При этом

меняется химический состав внутрисуставной жидкости. Краевые костные разрастания (остеофиты) формируются за счет роста тканей по периферии.

Параллельно изменениям в суставе за счет ограничения движений развивается гипотрофия (прогрессирующее вырождение и функциональная недостаточность) прилегающих мышц, что, в свою очередь, ухудшает кровоснабжение сустава, ведет к резкому ограничению подвижности, нестабильности а нем.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Для ОА характерны следующие симптомы:

- тупая боль глубоко в суставных областях, которая усиливается при физической активности и ослабевает в покое;
- утренняя скованность – в отличие от воспалительных заболеваний суставов, при ОА она длится не более 30 минут;
- нестабильность суставов – человек ощущает неуверенность при ходьбе, опасность вывиха. Возможна патологическая подвижность;
- небольшая крепитация (хруст) в пораженном суставе даже при выполнении пассивных движений в полном объеме;
- ограничение объема движения в суставе вследствие боли, синовита или блокады суставной мышью (фрагментом суставного хряща, выпавшего в полость сустава);
- атрофия мышц;
- феномен геля – возникновение отечности сустава после его длительной иммобилизации.

Помимо клинических проявлений, важное значение в установлении диагноза ОА имеют рентгенологические признаки: сужение суставной щели, субхондральный остеосклероз, краевой остеофитоз и др.

ЛЕЧЕНИЕ

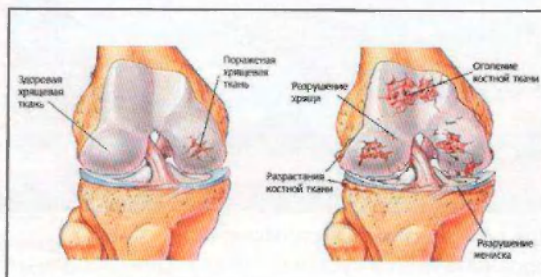
Включает как медикаментозную терапию, так и немедикаментозные методы, модификацию образа жизни и применение вспомогательных средств, облегчающих нагрузки на поврежденные суставы (трости, костыли, ходунки и пр.).

При избытке массы тела для успеха лечения необходимо в первую очередь снизить вес!

Следует избегать больших физических нагрузок и травматизации суставов: нельзя

поднимать и переносить тяжести, выполнять упражнения с весовыми нагрузками (приседания, прыжки и др.), работать на коленях (мыть пол, полоть на даче). Бег, в том числе трусцой, хождение по лестнице также ухудшают состояние хряща и подлежащей кости. Резкое глубокое приседание, поворот или бег с горы вниз могут вызвать травму связки или мениска коленного сустава и повреждение хряща.

Лечебная гимнастика – основной немедикаментозный метод. Ее нельзя заменить ничем другим! ЛФК включает как общеукрепляющие упражнения для всех мышечных групп, так и специальные. Цель лечебной физкультуры – восстановление силы мышц, улучшение кровоснабжения и нормализация обменных процессов в пораженном суставе.



ВАЖНО! Физические упражнения должны быть без увеличения нагрузки весом на пораженный сустав.

Интенсивные физические упражнения обычно ускоряют процесс разрушения сустава при артрозе. Дело в том, что в хрящевой ткани сустава отсутствует кровеносная сеть, и все питание, весь обмен в хряще осуществляется через суставную (синовиальную) жидкость. Она выделяется стенками суставной сумки и, кроме питания хряща, смазывает трущиеся поверхности. Синовиальная жидкость проникает в зоны контакта хрящей лишь при движении сустава. Поэтому полезны лишь упражнения, которые обеспечивают длительное, постоянное питание суставов, но при этом не травмируют их.

Упражнения выполняются лежа или сидя с очень малой амплитудой, медленно и с расслабленными мышцами. Они не тренируют мышцы, не нагружают, но при этом хорошо питают суставы. В эту группу входят также упражнения, основанные на так называемом изометрическом сокращении мышц (без движения в суставах).

Приведу несколько упражнений для больных коленных суставов.

На изометрическое сокращение мышц:

- **«Застывшее колено».** Исходное положение – лежа на спине, пораженное колено выпрямлено. В течение 20–30 секунд напрягайте большую мышцу бедра спереди, как будто пытаетесь еще больше разогнуть коленный сустав. Повторять 2–5 раз и более. Далее перевернитесь на живот и напрягайте мышцы бедра и колени сзади, поднимая на 20–30 секунд то одну, то другую ногу. Повторять 2–5 и более раз.

Упражнения с малой амплитудой движений:

- **«Шалтай-болтай».** Сядьте на высокий стул или стол так, чтобы ноги свободно свешивались, не доставая пола. Качайте ногами как маятником. Ноги полностью расслаблены. Амплитуда движений небольшая, всего несколько сантиметров. Время выполнения 10–15 минут, 2 раза в день. При болтании ногами нагрузка на колени нулевая, а движение есть, оно и обеспечивает протекание синовиальной жидкости между хрящами, способствует реабилитации сустава.

- **«Топ-топ».** Сядьте на низкий стул или скамейку, стопы полностью насаются пола. «Ходите», отрывая и опуская пятки. Амплитуда движений небольшая. Делайте так по часу в день, свободно и расслабленно.

- **«Шлеп-шлеп».** Упражнение похоже на предыдущее: опираясь на пятку, расслабленно, не спеша шлепайте носками об пол. Приподнимайте носки не более чем на 1–2 см от пола.

При серьезных заболеваниях упражнения «топ-топ» и «шлеп-шлеп» рекомендуется выполнять по несколько часов в день – всюду, где это возможно: дома, на работе, в транспорте и даже в театре. Разуваться не надо. Надо только не лениться!

Ни одно из рекомендуемых упражнений не должно доставлять болевого ощущения. Если почувствовали боль, прекращайте немедленно! Боль крайне вредна вашим суставам.

Различные тепловые процедуры (баня, горячий песок или соль, компрессы и др.) временно снижают выраженность боли при ОА.

Физические факторы – ультрафиолетовое облучение, УЗ-облучение, лазерная терапия, парафиновые и грязевые аппликации при отсутствии синовита; курорты с серными, серо-водородными, радоновыми источниками, лечебными грязями или рапой. Массаж, в том числе и самомассаж.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) применяют при ОА в 2–3 раза меньших дозах, чем при артритах, причем на короткий срок. При назначении НПВП (индометацин, ибупрофен, лорноксикам, диклофенак и др.) следует помнить, что они негативно влияют на слизистую оболочку желудка и противопоказаны при гастритах и язвенной болезни. Возможно местное применение НПВП в мазях и гелях.

Местное лечение в виде мазей, гелей является неотъемлемой частью комплексного воздействия на больные суставы, особенно коленные, где зона поражения расположена фактически сразу под кожным покровом и ее легко достигают активные вещества наносимого средства. Таких средств сегодня великое множество. В их состав входят как НПВП, так и природные компоненты (снигпидар, намфора, экстракты лекарственных растений). Местные средства оказывают противовоспалительный, обезболивающий эффекты. Некоторые из них вызывают раздражение кожных рецепторов и улучшение кровоснабжения больного сустава, микроциркуляции в его тканях.

Признавая в патогенезе ОА роль циркуляторных нарушений, для улучшения снабжения тканей кислородом, уменьшения вязкости крови назначают:

- препараты никотиновой кислоты по 2 табл. 3 раза в день после еды в течение 3 месяцев;
- дипиридамола по 2 табл. 3 раза в день длительно или пентоксифиллин по 5 мл на растворе натрия хлорида внутривенно в течение 7–10 дней.

С целью подавления процессов перекисного окисления липидов, уменьшения образования свободных радикалов и за счет этого торможения деструкции хряща показан витамин Е по 2 мл 10% раствора внутримышечно в течение 20 дней.

Для расслабления скелетных мышц (по показаниям) назначается диазепам (сибазон) в низких дозах.

С целью облегчения скольжения суставных поверхностей и оказания противовоспалительного эффекта показано внутрисуставное введение 5 мл 5% раствора поливинилпирролидона.

К сожалению, все перечисленные средства относятся к разряду симптоматических, т. е. облегчающих состояние пациента, но не излечивающих от ОА. Надежных лекарств от артрозов на сегодняшний день, увы, не существует.

В последние десятилетия в медицинскую практику активно внедряются хирургические методы лечения ОА путем замены разрушенного сустава искусственным. Широко применяется замена тазобедренных суставов, гораздо реже – коленных. Но искусственные суставы не вечны, хотя и более надежны, чем костные ткани пациента, которые разрушаются раньше, особенно в местах прикрепления искусственных суставов. Если речь заходит об оперативном лечении коленных суставов, прежде чем решиться на него, следует хорошо подумать.

ОАО "БОРИСОВСКИЙ ЗАВОД МЕДИЦИНСКИХ ПРЕПАРАТОВ"



Магнекард



При ишемической болезни сердца



Лекарственное средство

По рекомендации врача

Препарат имеет медицинские противопоказания и побочные действия

Отрицательно воздействует на беременность и развитие плода
Перед применением ознакомьтесь с инструкцией,
проконсультируйтесь с врачом

На правах рекламы