18+

ВЛАДИМИР ДРЕСВЯННИКОВ

Артроз: что это и как лечить?

ГЛАЗАМИ ЗАИНТЕРЕСОВАННОГО ЧЕЛОВЕКА

Владимир Дресвянников

Артроз: что это и как лечить? Глазами заинтересованного человека

https://litres.ru/74761499
ISBN 9785007156745

Аннотация

Книга посвящена лечению артроза с упором на гонартроз. В доступной форме описаны причины и стадии болезни, диагностика, лекарства (НПВП, диацереин, хондропротекторы), внутрисуставные процедуры, физиотерапия, ЛФК и хирургия. Отдельно рассмотрены профилактика, реабилитация после эндопротезирования, разбор БАДов и помощь ИИ. Приведён словарь терминов. Адресована вдумчивым пациентам, готовым осознанно участвовать в лечении.

Содержание

Введение 5
Артроз — что это? 9
Виды артроза 24
Классификация методов лечения артроза 34
Конец ознакомительного фрагмента. 44

Артроз: что это и как лечить? Глазами заинтересованного человека

Владимир Дресвянников

© Владимир Дресвянников, 2026

ISBN 978-5-0071-5674-5
Создано в интеллектуальной издательской системе Ridero

Имеются противопоказания. Необходима консультация специалиста, так как рекомендации в книге могут быть связаны с риском для здоровья.

Введение

Часто в жизни человеку приходится заниматься тем, что не относится к его профессии (как говорят в народе: «Жизнь заставит!»). Это могут быть какие-то ремонтные дела, финансовые или юридические задачи, проблемы со здоровьем…

При этом человек может: а) заняться этим сам; б) полностью довериться специалистам; в) обратиться к специалистам, но и разобраться в теме самостоятельно.

В случае проблем со здоровьем это особенно актуально. К сожалению, система бесплатной медицины часто сталкивается с объективными ограничениями: трудности записи к узким специалистам, ограниченное время приёма, стандартизированные протоколы, высокая нагрузка на врача. И это не вина конкретного врача — такова сложившаяся реальность. В результате пациент может не получить достаточно времени и внимания для индивидуального подхода. Платная медицина с расширенными возможностями доступна не всем, особенно пожилым неработающим людям.

Из-за этого многие занимаются самолечением, делая упор на народные методы, упуская время и возможность эффективного лечения. Часть больных ограничивается тем, что рекомендовал врач, послушно и необдуманно выполняя его предписания (зачастую противоречивые от разных врачей).

Третья часть людей пытается вникнуть в проблему, изучить теорию, осознать то, как идёт лечение, общаться с врачом со знанием дела, создавать круг общения «товарищей по несчастью», перенимая их опыт и делясь своим.

Эта книга задумывалась как информационный помощник третьей части больных — самостоятельной, вдумчивой категории людей. Толчком к этому послужило заболевание близких автору людей (условно обозначим их по тексту как «Светлана» и «Алексей»). В ходе лечения появилось осознание того, что к рекомендациям врача нужно подходить со вниманием и, порою, осторожностью; часть лечебных мероприятий — физиопроцедуры, лечебная гимнастика, правильное питание и образ жизни в целом — можно организовать в домашних условиях. Полезна информационная помощь и душевная поддержка заинтересованных людей в близком окружении — семья, друзья, коллеги.

При написании книги активно использовались возможности искусственного интеллекта (ИИ): поиск нужной информации и получение дополнительной информации по инициативе ИИ, ответы на наводящие вопросы, классификация и структуризация информации. Но окончательное формирование структуры и содержания книги выполнено автором.

При этом автор постарался охватить большинство вопросов по данной болезни с упором на артроз коленного сустава (гонартроз), изложить материал доступным языком. В конце книги приведён алфавитный перечень медицинских терми-

нов по рассматриваемой теме. Уделено внимание, исходя из опыта автора, возможностям помощи со стороны ИИ.

Поскольку автор не является профессиональным врачом, он занялся самообразованием, чтобы не допустить ошибок: изучал учебники, научно-популярную литературу, тематические сайты, описания лекарств, читал отзывы пользователей. Тем не менее, возможны неточности и ошибки, а также использование мнений отдельных врачей, которые могут быть неоднозначными и не совпадать с официальными клиническими рекомендациями. Кроме того, любое заболевание протекает индивидуально, и то, что помогло одному пациенту, может не подойти другому. В связи с этим обращение к читателям — то, что будете «брать на вооружение» обязательно обсудите с лечащим врачом!

В связи с этим, особо отмечу, что книга является не медицинским руководством, а информационно-справочным ресурсом, и не заменяет консультацию врача. Все решения о лечении должны приниматься только лечащим врачом с учётом индивидуальных особенностей пациента! Автор-составитель не несёт ответственности за возможные последствия самолечения, за какой-либо ущерб здоровью или материальный ущерб, возникшие в результате использования материалов книги.

При этом книга представляет собой не авторское исследование, а сбор, обработку и структуризацию информации из открытых источников, учебников и научно-популярной

литературы, дополненную авторскими классификациями и комментариями (информация «пропущена через себя»).

Если вы не являетесь медицинским специалистом, то занимаясь самолечением, вы можете нанести непоправимый вред своему здоровью. Выбор лекарственных средств и их дозировки, должен быть оговорен со специалистом. Только врач может назначить нужное лекарство и его дозировку с учетом заболевания и состояния организма больного.

Поскольку главная цель автора — помощь людям не только информационно, но и финансово, то деньги, полученные за издание книги, будут перечислены в благотворительный фонд.

Если у читателя после прочтения этой книги появилась идея создания подобной по другой актуальной теме — поделитесь. Или, возможно, заказ…

Артроз — что это?

Артроз («остеоартроз») — это хроническое дегенеративно дистрофическое заболевание сустава, при котором постепенно разрушается его хрящевая ткань и меняются кости.

Всё материальное подвергается износу — и вещи, и человеческий организм. Более всего изнашиваются те части, которые трутся, и степень износа будет зависеть от величины нагрузки и времени работы (эксплуатации) неживой вещи или живого организма. Конечно, могут быть и форс-мажорные обстоятельства — падение, удар, разрез, сильное надавливание, скручивание, растяжение, сжатие… Ну, и, конечно, неправильная эксплуатация, что вещи, что организма «на износ». Фактором, ускоряющим износ, могут быть слабость (нерабостопособность) других частей, которые связаны с трущимися: поддерживают их, берут на себя часть нагрузки, обеспечивают необходимыми ресурсами, питанием.

Конечно, при артрозе происходит не пассивный «износ» хряща, как в механических изделиях, — это активный биохимический процесс, где ключевую роль играет дисбаланс между разрушением (катаболизмом) и восстановлением (анаболизмом).

Сустав — это две (или более) соединённых кости, которые вращаются в определённом направлении друг относительно друга и обеспечивают подвижность скелета. Чтобы они при

этом не разрушались, природа создала особую конструкцию: трущиеся концы костей покрыла особым (прочным, упругим, гладким, пористым) материалом — хрящом, а в промежутке (щели) между костями с хрящами поместила смазку — синовиальную жидкость (подобно машинному маслу в механизмах).

Жесткость и прочность хрящу обеспечивает сетчатый каркас из коллагеновых волокон (подобно металлическим тросам в строительных конструкциях). Внутри каркаса смесь молекул протеогликанов (белок плюс углеводы), хондроцитов и воды (70 — 80% массы хряща), которая формирует его упругие свойства, позволяет ему сжиматься и разжиматься под нагрузкой, принимать и отдавать жидкость.

С возрастом сустав «изнашивается»: хрящ истончается и теряет эластичность, объем воды уменьшается и увеличивается хрупкость, появляются трещины, прочность и амортизирующие свойства ухудшаются, промежуток между костями уменьшается и, в конечном итоге, кости соприкасаются (верхняя кость ложится и давит на нижнюю), деформируются, формируются костные разрастания (остеофиты), откалываются кусочки хряща или кости. При этом окружающие сустав мышцы ослабевают и не так хорошо помогают суставу переносить нагрузки (слабые амортизаторы!), направлять его движение; в меньшей степени работают как «насосы/отсосы» крови (питательных веществ для сустава!) и лимфы. Такая вот печальная картина! Отсюда боль, снижение

подвижности в суставе, трудность в движении, деформация формы сустава. При движении слышны треск, хруст, щелчки.

Здесь отметим, что состояние сустава напрямую зависит от того, как работают кровеносные и лимфатические сосуды в тканях вокруг сустава (в синовиальной оболочке, капсуле, связках).

Суставной хрящ не имеет собственных кровеносных сосудов, поэтому он получает кислород, глюкозу, аминокислоты и другие «строительные материалы» из крови через синовиальную жидкость в процессе движения (если бы у хряща были сосуды, он не мог бы выдерживать нагрузки и быстро разрушался!). Через неё также происходит забор продуктов обмена клеток хряща и других «отходов». Кровь, кроме того, участвует в формировании синовиальной жидкости. Также, по кровеносным сосудам к суставу мигрируют иммунные клетки (лейкоциты), которые реагируют на инфекцию, травму или другие угрозы.

Лимфатическая система удаляет из окружающих сустав тканей избыток жидкости, крупные молекулы и фрагменты, которые не могут забрать кровеносные сосуды. Она участвует в иммунном надзоре — по лимфатическим путям иммунные клетки поступают в воспаленный участок, транспортируют антигены в лимфатические узлы для запуска иммунного ответа.

Безусловно, травмы, перегруз сустава, различные физио-

логические стрессы (переохлаждение и перегрев, несбалансированное питание, недостаток отдыха, резкая смена образа жизни и пр.) влияют на состояние сустава не в лучшую сторону. Также и психологические стрессы, отрицательные эмоциональные состояния (горе, депрессия, тревожность), которые обуславливают повышенное выделение гормонов стресса, приводящее к снижению проницательности капилляров, ухудшению кровоснабжения суставов и, соответственно, их питания и очистки. Ухудшается также выработка гиалуроновой кислоты — важной составляющей синовиальной жидкости.

Ну и, безусловно, влияние неблагоприятной наследственности (генетические особенности):

— менее прочная структура хряща;

— несбалансированная работа хондроцитов по синтезу новых и разложению старых клеток хряща;

— предрасположенности к нарушениям обмена веществ, которые косвенно влияют на суставы;

— особенности строения и биомеханики тела, например, плоскостопие, чрезмерная подвижность суставов.

В определении артроза присутствует словосочетание «хроническое дегенеративно-дистрофическое заболевание», что это означает?

Хроническое — это долговременное заболевание с периодами обострения и облегчения (ремиссии).

Когда Светлана впервые принималась у хирурга с жало-

бами на работу коленных суставов (боль, трудность в ходьбе), то тот участливо сказал ей: «Привыкайте…», то есть, это теперь всё время будет и полностью оздоровить сустав не удастся.

Дегенеративное — заболевание, которое ухудшает состояние человека, качество работы его органов (в данном случае — сустава). В результате страдает качество жизни…

Дистрофическое («дистрофия» — «плохое питание» (от греч. Dys — нарушение, trophe — питание) — это заболевание связанное с нарушением питания и обновления ткани органа (в данном случае хряща через синовиальную жидкость — при движении жидкость «прокачивается» и отдаёт хрящу нужные вещества).

Более точен такой порядок слов: «дистрофично-дегенеративное хроническое заболевание»: нарушение питания хряща в суставе приводит к постепенному долговременному и практически необратимому его разрушению. Радикальный способ лечения — замена природного сустава на искусственный (эндопротезирование).

Стадии артроза (на примере коленного сустава — гонартроз):

1 стадия. Первоначально повреждаются молекулы протеогликанов (составляющая хряща, отвечающая за удержание воды). Хрящ «сохнет», теряет упругость и эластичность, появляются первые микроповреждения. Затем постепенно разрушаются коллагеновые волокна (каркас хряща) с наруше-

нием его прочности. Давление верхней кости на нижнюю увеличивается и она начинает деформироваться. При значительной нагрузке возникает боль и быстро проходит при её снятии.

2 стадия. Хрящ существенно истончён, суставная щель значительно сужается, головки костей расплющиваются, появляются остеофиты (перерождающаяся костная ткань). Синовиальная жидкость перерождается — становится густой и вязкой, снижаются её антифрикционные свойства и уменьшается передача хрящу питательных веществ, что ускоряет деградацию хряща.

Боль регулярная, хруст выраженный, подвижность сустава значительно снижается.

3 стадия. Хрящ сильно разрушен, щель значительно снижена или практически отсутствует, сильная деформация сустава и костей, их головки тесно соприкасаются друг с другом. Восстановление хряща фактически невозможно.

Боль беспокоит даже в покое, движения ограничены.

На этой стадии возможна долгая и сложная поддерживающая терапия, либо замена сустава на искусственный.

В качестве примера приведём результат рентгеноскопии колена Светланы:

R-суставные щели коленных суставов в медиальных отделах сужены на 2/3, в латеральных отделах расширены, субхондральный склероз, значительные краевые остеофиты. R-суставные щели бедренно-надколенниковых сочлене-

ний значительно сужены. Выраженная остеофитная деформация углов межмыщелковых возвышений, задних углов наколенников. Обызвествление сухожилий 4-х главой мышцы правого и левого бедра. В задних отделах правого коленного сустава — округлая тень 9×8 мм с чёткими контурами.

Заключение: Деформирующий артроз коленных суставов, 3 стадия, бедренно-надколенных сочленений, 3 стадия. Повреждение латеральной связки правого и левого коленных суставов. Обызвествление сухожилий 4-х главой мышцы правого и левого бедра. Не исключается киста Беккера правого коленного сустава.

Диагноз лечащего врача: Гонартроз двусторонний 3 степени

Лечение:

1. Ксефокам рапид 8 мг. 2 р. 14 дней.

2. Р-р Мукосат по схеме №25

3. НПВП гель местно

Примерно через полгода был сделан рентген коленных суставов в другом рентгенкабинете с диагнозом, сделанным другим врачом.

Результат ренгеноскопии:

Гонартроз двусторонний 2 — 3 степени.

Костно-деструктивных и травматических изменений нет.

Диагноз лечащего врача: Первичный гонартроз двухсто-

ронний

Лечение:

1. НПВП гель местно

А вот какой анализ по результатам рентгеноскопии сделал ИИ:

Я внимательно изучила оба заключения и снимки. Ситуация действительно непростая, и тут есть над чем подумать. Я бы разделила свой ответ на две части: сначала про то, что видно на снимках, а потом — про логику врачей и лечение.

Что показывают снимки.

В первом заключении картина очень детальная и действительно соответствует 3-й стадии гонартроза. Вот что там описано:

Неравномерное сужение суставных щелей: в медиальных (внутренних) отделах коленных суставов щель сужена на 2/3, а в латеральных (наружных) — даже расширена. Это частая картина при артрозе: нагрузка перераспределяется, и в одних зонах хрящ разрушается сильнее, в других возникают компенсаторные изменения.

Субхондральный склероз — уплотнение костной ткани под хрящом, реакция кости на повышенную нагрузку.

Массивные краевые остеофиты (костные разрастания) — типичный признак прогрессирующего артроза.

Остеофитная деформация углов межмыщелковых возвышений и задних углов надколенников — сустав деформи-

руется.

Обызвествление сухожилий четырёхглавой мышцы бедра — следствие хронического воспаления и дегенерации тканей.

Округлая тень в заднем отделе правого коленного сустава (9×8 мм с чёткими контурами). Врач справедливо отметил: это может быть киста Беккера (подколенная киста). Но важно: сама по себе рентгенография не всегда чётко дифференцирует кисту от других образований (например, гигромы, липомы, иногда даже сосудистых аномалий). Поэтому при таком подозрении обычно назначают УЗИ или МРТ для уточнения.

Также в первом заключении указаны повреждения латеральных связок — это важно, потому что нестабильность сустава усугубляет течение артроза.

Второе заключение («гонартроз двусторонний 2—3 степени») — это, по сути, более лаконичная формулировка той же сути. Врач во втором случае, вероятно, опирался не только на снимок, но и на клиническую картину (жалобы, осмотр), которая могла сгладить некоторые нюансы, видимые на первом снимке.

Что касается лечения.

Здесь есть нюансы. В первом курсе врач назначил:

Ксефокам рапид (НПВП) — для купирования болевого синдрома и воспаления.

Мукосат (хондропротектор) — препарат на основе хондроитина, который иногда назначают в надежде замед-

лить дегенерацию хряща (хотя доказательная база у таких средств дискуссионна).

НПВП-гель местно — для локального обезболивания.

Во втором случае врач ограничился только местным гелем. Это может быть связано с тем, что на момент второго осмотра болевой синдром был менее выраженным, или врач решил сделать акцент на немедикаментозных методах (ЛФК, ортезы, коррекция нагрузки).

Мой совет: не воспринимайте смену тактики как ошибку. Лечение при артрозе всегда комплексное и подбирается индивидуально. Иногда врач решает сделать акцент на одном методе, а в другой ситуации добавляет системную терапию.

Что делать дальше?

Учитывая 3-ю стадию, фокус должен сместиться с чисто медикаментозного лечения на сохранение функции сустава. Я бы рекомендовала обсудить с ортопедом или ревматологом:

— ЛФК — специальные упражнения для укрепления мышц вокруг сустава (это разгружает сам сустав).

— Ортезы — для стабилизации сустава и коррекции биомеханики.

— Контроль веса — каждый лишний килограмм сильно увеличивает нагрузку на колени.

— Дообследование — если есть подозрение на кисту Бекера, стоит сделать УЗИ или МРТ, чтобы понять, нужно

ли её пунктировать или наблюдать.

— Регулярный контроль — повторные снимки и осмотры, чтобы отслеживать динамику. Главное — не терять контакт со специалистом. Врач будет корректировать план в зависимости от того, как сустав реагирует на нагрузку и лечение. Если появятся новые симптомы (усиление боли, отёк, ограничение подвижности) — сразу сообщайте.

4 стадия. Практически полное разрушение хряща, соприкосновение и выраженная деформация костей, почти полная утрата подвижности. На этой стадии рекомендуют эндопротезирование. Отметим, что в клинической практике (по классификации Kellgren-Lawrence или по рентгену) выделяют 3 стадии гонартроза. Четвертую стадию обычно не выделяют, ее описывают как терминальную фазу 3-й, когда показано только эндопротезирование.

Ещё одно заболевание суставов — это артрит, т.е. воспаление (активная защитная, но патологическая реакция) сустава. Симптомы: отёк, покраснение, боль, особенно в покое или по утрам, скованность.

Причины артрита:

1. Аутоиммунные сбои. Иммунная система ошибочно атакует собственные ткани сустава (как при ревматоидном артрите).

2. Инфекции. Бактерии, вирусы или грибки попадают в сустав (через кровь, лимфу или при травме) и вызывают воспалительный ответ.

3. Нарушения обмена веществ. Например, при подагре в суставах откладываются кристаллы мочевой кислоты, что провоцирует острое воспаление.

4. Травмы. Механическое повреждение (ушиб, вывих, разрыв связок) может стать триггером воспаления.

5. Другие факторы: генетическая предрасположенность, гормональные сдвиги, некоторые лекарства или токсины.

Артрит может привести к артрозу (воспаление постепенно разрушает хрящ, меняются свойства синовиальной жидкости, нарушается кровообращение сосудов) или протекать параллельно с ним. А артроз провоцирует вторичное воспаление (воспаление синовиальной жидкости — синовит).

По болевым ощущениям артрит и артроз имеют отличия:

— при артрозе болевые ощущения возникают при активных движениях: ходьбе, беге, приседании и через некоторое время пропадают после снятия нагрузки в состоянии покоя; также для него характерна «стартовая боль», возникающая при движении после состояния покоя; ночная боль при третьей стадии артроза возможна из-за венозного застоя и внутрикостной гипертензии (повышения давления внутри кости);

— при артрите боль в основном возникает в состоянии покоя, ночью.

Подведём итог:

1. Артроз — это, как правило, возрастное заболевание, связанное со сложными физическими и биохимическими

изменениями, происходящими в организме. Важна профилактика артроза, а также своевременное его выявление и точный диагноз, основанный на рентгенографии (полезны компьютерная томография (КТ) для костей и магнитно-резонансная томография (МРТ) для хряща), анализе крови, беседе с пациентом и других методах анализа. При этом целесообразно обращение к профильному специалисту (ортопеду, врачу-ревматологу), а не к хирургу общей практики. Если это возможно, то есть смысл проконсультироваться у разных врачей для сравнения их оценок и дальнейшего уточнения диагноза и плана лечения.

2. Сложность строения сустава и функциональных и возрастных дегенеративных процессов, неоднородность структурных материалов обуславливают различные подходы (методики) профилактики и лечения артроза:

— физические (гигиена тела): общая физкультура, специальные виды гимнастики, массаж, мануальная терапия, здоровый режим дня; минимизация (если невозможно исключение) тех движений и нагрузок на суставы, которые причиняют боль, приводят к ухудшению состояния сустава; физиотерапия (лечение звуковыми и электромагнитными вибрациями, лазером); применение устройств, снижающих нагрузку на сустав (ортопротезы, специальная обувь, одежда, костыли, опорные палки);

— лечение медицинскими препаратами: а) тормозящими процессы разрушения сустава; б) поддерживающими мате-

риалы (субстанцию) сустава (хрящевую ткань, синовиальную жидкость), улучшающими обменные процессы в суставе; в) облегчающими болевое состояние;

— хирургические операции: корректировка деформации и нарушений строения сустава, замена на искусственный сустав;

— психологические: умение управлять своим мировоззрением, отношением к жизни (оптимизм, мудрость), эмоциональными состояниями, развитие полезных свойств характера (целеустремлённость, воля, стойкость).

Эффект даёт комплексное, системное, длительное лечение с учётом индивидуальных особенностей болезни, позволяющее сохранить функцию сустава на протяжении всей жизни. При этом лечение можно разделить на части: 1) улучшение питания сустава за счёт околосуставных тканей (мышцы, связки, сосуды); 2) укрепление мышц для поддержки и разгрузки сустава; 3) медикаментозное лечение лекарственными препаратами сустава.

4. Имеет смысл самому разобраться в подходах, методах, технологии профилактики болезни и её лечения для того, чтобы делать это осознано.

3. Важно умение человека слушать своё тело, переводить телесные ощущения на язык речи (описывать устно и письменно), осуществлять оценку, оперативный и длительный контроль (мониторинг) своего состояния. Это необходимо для выявления симптомов болезни, оценки и анализа хода

лечения. При этом следует понимать, что организм человека индивидуален, часто болевые ощущения и реальные процессы разрушения сустава не совпадают.

Виды артроза

В этой части сделаем классификацию видов артроза по различным признакам. Это позволит читателю идентифицировать свой вид артроза, понять его особенности, определиться с последующим лечением и подготовить вопросы лечащему врачу.

По причине возникновения выделяют артрозы:

1. Первичный (идиопатический). Возникновение и развитие его связано с возрастом или генетикой, особенной внешней причины (фактора влияния) нет.

2. Вторичный. Появляется на фоне других проблем: травм, эндокринных нарушений, воспалительных заболеваний (например, ревматоидного артрита), врождённых аномалий строения сустава.

По тому, сколько суставов поражено:

1. Локализованный. Затронут один сустав (моноартроз) или несколько (обычно 2—3) — олигоартроз).

2. Генерализованный. Затронуто три и более суставных группы.

По локализации (месту поражения):

— гонартроз (коленный сустав);

— коксартроз (тазобедренный сустав);

— спондилоартроз (межпозвонковые суставы);

— артроз суставов кистей или стоп;

— артроз плечевого, локтевого, голеностопного суставов;

— пателлофеморальный артроз (надколенно-бедренное сочленение);

— артроз височно-нижнечелюстного сустава.

Наиболее важна для нас классификация артрозов по локализации (какие именно суставы больны), поскольку поражение этой болезнью опорно-двигательного аппарата индивидуально и, в тоже время, определённые суставы страдают у массы населения чаще всего.

Приведём рейтинг по частоте проявления локации сустава:

1. Коленные суставы (гонартроз) — одна из самых частых локализаций. Часто развивается из-за хронических нагрузок, травм, избыточного веса.

2. Тазобедренные суставы (коксартроз) — одна из наиболее тяжёлых форм, которая нередко приводит к серьёзному ограничению подвижности.

3. Мелкие суставы кистей (в том числе с образованием узелков Гебердена и Бушара). Такой артроз заметно чаще встречается у женщин, особенно в период менопаузы.

4. Позвоночник (спондилоартроз) — встречается, но в общей статистике по всем локализациям его доля меньше, чем у трёх предыдущих.

5. Другие суставы (плечевые, голеностопные, суставы стоп, первый палец стопы) — встречаются реже.

Распространённость артроза коррелирует с возрастом. Ес-

ли в молодом возрасте болезнь редкость, то после 50 лет её выявляют примерно у 30% людей, а к 60—70 годам признаки артроза находят уже у 70—80% обследованных. Поэтому в общей статистике доля «популярных» локализаций (колени, тазобедренные суставы) выглядит ещё весомее — именно на эти суставы ложится основная нагрузка в течение жизни.

При генерализированном виде артроза (полиостеоартроз — когда поражено сразу несколько групп суставов одновременно) сложно, но целесообразно, выделить одну «главную» локализацию.

Более подробно рассмотрим первые (наиболее частые), выделив причины, симптомы и другие особенности.

1. Гонартроз (коленный сустав):

— Что происходит. Разрушаются не только хрящ и подлежащая кость, но и другие структуры: мениски, синовиальная оболочка, связки, а также окружающие мышцы.

— Причины возникновения. Ключевые факторы: возраст (риск резко растёт после 45—50 лет), избыточный вес (лишняя нагрузка на сустав), травмы (разрывы связок, повреждения менисков), наследственная предрасположенность.

У женщин гонартроз встречается чаще из-за более широкого таза, что ведет к изменению биомеханики и повышенной нагрузке на внутренний мыщелок бедра, а также из-за гормональных изменений (падение эстрогенов в менопаузе, влияющее на костную ткань). Отрицательным фактором яв-

ляется и сильное варикозное расширение вен на ногах.

— Симптомы и ощущения. Механическая боль (усиливается при нагрузке, стихает в покое), утренняя скованность (обычно до 30 минут), ограничение подвижности в коленном суставе, иногда — хруст при движении. Происходит припухание сустава, связанное с синовитом (скоплением в колене патологической жидкости). Если её очень много, то она распространяется и на заднюю поверхность бедра в подколенную ямку («киста Бейкера»). На поздних стадиях возможна деформация сустава (например, варусная или вальгусная деформация — «О-образное» или «Х-образное» искривление ног). Походка становится переваливающейся.

Часто проявляется несоответствие между тем, что видно на рентгене (изменения могут быть выраженными), и тем, насколько сильно человек чувствует боль.

— Последствия. Одна из главных причин хронической боли и инвалидизации при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. На терминальных стадиях (конечная третья стадия) может потребоваться эндопротезирование.

2. Коксартроз (тазобедренный сустав):

— Что происходит. Поражаются все компоненты тазобедренного сустава: хрящ, субхондральная кость, синовиальная оболочка, связки.

— Причины возникновения. Возраст, генетика, а также врождённые аномалии (дисплазия тазобедренного сустава), перенесённые травмы, воспалительные заболевания, некото-

рые эндокринные нарушения.

— Симптомы, ощущения. Боль в паху, которая может отдавать в бедро или колено, скованность, ограничение подвижности (особенно затруднено отведение ноги в сторону, подъём к груди, сворачивание бедра вправо-влево). Боль возникает в основном, когда человек встаёт со стула (кровати) или ходит. Зачастую болезнь прогрессирует медленно и непрерывно. На поздних стадиях — хромота, возможно укорочение конечности, выраженная деформация сустава, атрофия мышц бедра.

— Последствия. Без своевременного лечения он нередко приводит к значительной утрате функции сустава и инвалидности. При выраженном коксартрозе одним из основных методов лечения является эндопротезирование.

3. Артроз первого плюснефалангового сустава стопы (большой палец), иначе — hallux rigidus «тугоподвижный большой палец»):

— Что происходит. Это дегенеративный процесс: постепенно разрушается хрящ, меняются суставные поверхности, появляются костные разрастания (остеофиты) — сустав теряет подвижность.

— Причины возникновения. Как правило, это длительная нагрузка на стопы (стоячая работа, длительная ходьба), неудобная тесная обувь или обувь с каблуком. Значимы анатомические особенности (например, избыточно длинная первая плюсневая кость), травмы, наследственная предрас-

положенность. Артроз может развиваться на фоне подагры или артроза коленного или голеностопного сустава.

— Симптомы, ощущения. Первоначально это дискомфорт, лёгкая боль после нагрузки. По мере развития артроза боль становится постоянной, проявляется деформация в области сустава («шишка», «косточка»), заметно ограничивается подвижность, может возникать хруст.

— Последствия. В первую очередь нарушается тыльное сгибание пальца, что со временем влияет на биомеханику всей стопы: меняется походка, возрастает нагрузка на другие суставы, что может приводить к вторичным проблемам. На поздних стадиях хрящ истончается, и палец практически теряет подвижность

Часто артроз первого плюснефалангового сустава стопы сочетается с другими деформациями стопы, например, с отклонением большого пальца в сторону остальных пальцев или плоскостопием.

4. Артроз суставов кистей (полиостеоартроз суставов пальцев рук):

— Какие суставы поражаются. Чаще всего страдают дистальные межфаланговые суставы (узелки Гебердена), проксимальные межфаланговые суставы (узелки Бушара) и первый запястно-пястный сустав большого пальца.

— Причины возникновения. Возраст, генетика, механические факторы: повторяющиеся микротравмы во время физической работы руками, гормональные изменения (особен-

но у женщин в период менопаузы).

— Симптомы и ощущения. Формирование костных разрастаний (остеофитов), которые выглядят как плотные узелки в проекции суставов. Узелки Гебердена обычно возникают на дистальных суставах, узелки Бушара — на проксимальных (последние встречаются реже). Со временем это приводит к деформации пальцев, может появляться латеральная девиация (отклонение пальцев в сторону), подвывихи. Зачастую боль и утренняя скованность.

В отличие от ревматоидного артрита, при артрозе кистей специфические ревмопробы (ревматоидный фактор, АЦЦП — специфический лабораторный маркер, который используется в диагностике ревматоидного артрита) отрицательны, а базовые маркеры воспаления (СОЭ — специфический лабораторный маркер, который используется в диагностике ревматоидного артрита, СРБ — белок, который вырабатывается печенью в ответ на воспалительный процесс, инфекцию или повреждение тканей) чаще всего в норме, если нет выраженного вторичного синовита.

5. Артроз голеностопного сустава:

— Причины возникновения. В большинстве случаев он вторичный — возникает и развивается на фоне какой-то другой причины. По данным статистики до 70—80% случаев этого вида артроза связаны с перенесёнными травмами: внутрисуставными переломами лодыжек или таранной кости, вывихами, разрывами связок. Также имеют значе-

ние биомеханические факторы: неправильная нагрузка из-за плоскостопия (продольного или поперечного), разницы в длине ног (даже небольшой — около 1 см), варусной или вальгусной установки стопы меняет распределение нагрузки в голеностопе. Одна сторона начинает получать избыточную нагрузку, что повышает риск артроза. Этот артроз характерен для людей с избыточным весом. Для профессионалов в спорте: футбол, волейбол, прыжки, баскетбол, бег… Для людей, чья работа связана с длительным стояние или ходьбой. Неправильная обувь, высокий каблук тоже имеют значение.

— Симптомы и ощущения. Как и у других видов артроза ног, боль возникает при ходьбе, стихает в покое и прекращается ночью, усиливается при нагрузке, длительной ходьбе, подъёме/спуске по лестнице. «Стартовая» боль — ярко выражена в начале движения, после нескольких шагов она может уменьшаться. Проявляются хруст или щелчки (крепитация). Иногда в области лодыжки появляется лёгкая припухлость, которая может усиливаться к вечеру или после нагрузки.

— Последствия. Постепенно снижается объём движений: становится труднее полностью согнуть или разогнуть стопу. На более поздних стадиях сустав деформируется, появляется хромота.

По нашим случаям:

1. У Светланы — гонартроз третьей стадии на обоих коленных суставах. Другие суставы опорно-двигательного

аппарата болезнь не затронула. Артроз стал первоначально проявляться болями на одном суставе в возрасте 60 лет. Консультировалась у хирурга общей практики. Пила назначенные лекарства (какие не помнит), получила укол в колено (возможно, гиалуроновой кислоты). Ситуация нормализовалась.

Резкое, но временное, обострение произошло во время отдыха на море. Возможный фактор этого — ежедневное посещение солёного озёра (около получаса утром, вода холодная) и бассейна с термальной минеральной водой (ближе к обеду, вода горячая).

В настоящее время (71 год) — поражены оба сустава, боли в движении, «О-образное» искривление ног, ограничение подвижности суставов (тяжело подниматься/спускаться по ступенькам, в автобус), их разбухание (синовит).

Отметим как сопутствующий фактор, что Светлана с детства не предрасположена к физкультуре, активному образу жизни.

2. У Алексея:

— Гонартроз. Слабые боли в правом колене, которые проявляются только под избыточной нагрузкой. При этом они не постоянны и возникают несколько раз в году. Появились недавно в возрасте 70 лет. При этом по внешней стороне бедра под кожей в лежачем состоянии есть ощущения типа «бегающих мурашек», что может быть связано с проблемой кровообращения. В свою очередь это может вызвать

недостаток питания хряща. Но это довольно слабые предположения.

— Артроз суставов кистей. Проявляется как тугоподвижность и ограничение движения суставов пальцев рук: на левой кисти — средний палец, на правой — указательный. Сгибаются не до конца. При сгибании-разгибании — боли. Узелки не наблюдаются. Эти явления также как и гонартроз появились в возрасте 70 лет. Возможный отрицательный фактор — сильное переохлаждение (с болевыми ощущениями) кистей рук в зимний мороз.

— Артроз первого плюснефалангового сустава стопы (большой палец) левой ноги. Проявляется как некоторые трудности в сгибании большого пальца. Боли бывают, но не постоянно. Возможная причина — удар по пальцу тяжёлым предметом.

Алексей не наблюдается у врача. Использует рекомендации врачей, данные для Светланы, принимая решение о методах лечения самостоятельно. Что, конечно, неправильно.

Отметим, что Алексей с детства занимается спортом и физкультурой. В настоящем много плавает, ездит на велосипеде, совершает пешие прогулки по лесу, в парковых зонах.

Классификация методов лечения артроза

Исходя из описания заболевания «артроз» в общем и по его видам, можно обобщённо сказать, что лечение должно быть направлено на:

— устранение болей;

— устранение воспаления;

— замедление разрушительных процессов;

— поддержка и восстановление составляющих сустава, его питания;

— укрепление околосуставных мышц и связок;

— при необходимости: хирургическая корректировка сустава (устранение осколков кости, обрывов хрящевой ткани), замена сустава на искусственный;

— психологическая поддержка больного (самоподдержка и от окружающих);

— организация образа жизни, способствующего выздоровлению: сон, питание, физическая активность, контроль массы тела, факторов состояния организма (другие заболевания, влияющие на артроз, например, сахарный диабет), управление стрессами, социальная адаптация.

На это и направлены методы лечения артрозов, которые для различных видов схожи, так как их природа одинакова.

Приведём классификацию методов и препаратов лечения, указав при этом несколько их конкретных образцов.

1. По действию:

1.1. Препараты с патогенетическим (структурно-модифицирующим) действием, которые влияют на механизмы развития болезни, а не только на симптомы, снимают (блокируют) воспалительные процессы, замедляют действие ферментов, стимулирующих разрушение хряща.

Образцы:

— Диацереин. Воздействует на интерлейкин-1 (ИЛ-1) — главную молекулу, запускающую воспаление и разрушение хряща. Замедляет сужение суставной щели, стимулирует синтез протеогликанов. Эффект развивается через 2—4 недели, снижает потребность в противовоспалительных препаратах. Обладает противовоспалительным и хондропротективным действием.

1.2. Анальгетики:

1.2.1 Препараты НПВП (нестероидные противовоспалительные препараты). Основной эффект — симптоматический (облегчение боли и воспаления). Влияние на долгосрочное прогрессирование (замедление разрушения хряща) остается предметом исследований и не доказано для всех препаратов этой группы, но некоторые коксибы (эторикоксиб и целекоксиб) показывают хондропротективный потенциал — замедляют скорость сужения суставной щели за счет снижения уровня металлопротеиназ (ферментов, разру-

шающих хрящ) в синовиальной жидкости.

Выделяют:

— Неселективные НПВП — эффективны, но выше риск для желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

Образцы: «Диклофенак», «Ибупрофен», «Аэртал», «Ксефокам рапид», «Артоксан».

— Селективные НПВП (коксибы) — эффективны, лучше переносятся желудком, но требуют контроля давления и проявления сердечно-сосудистого риска.

Образцы «Целекоксиб», «Эторикоксиб».

1.2.2. Глюкокортикостероиды (ГКС). Мощные противовоспалительные препараты. При артрозе используются строго ограниченно — для купирования выраженного синовита (воспаления) при неэффективности НПВП. Различаются способом введения:

— Образцы для внутрисуставных инъекций: «Бетаметазон», «Триамцинолон». Это «скорая помощь» суставам — значительно снимают отек и боль на 2—4 недели, но, если их колоть чаще 3—4 раза в год в один сустав, то при этом разрушают хрящ. В связи с чем применяются только для прерывания сильного обострения, а не как курсовая терапия.

— Образцы для системного приема (таблетки/внутривенно): «Метилпреднизолон», «Преднизолон» (применяются крайне редко).

1.3. Хондропротекторы.

Хондропротекторы — это не одно вещество, а группа

средств с разными механизмами действия, объединённых общей целью: поддержать хрящ и замедлить его разрушение. К ним относятся:

— Хондроитина сульфат — основной компонент хрящевого матрикса. Тормозит ферменты, разрушающие хрящ, и стимулирует синтез протеогликанов.

— Глюкозамин (сульфат или гидрохлорид) — предшественник гликозаминогликанов. Стимулирует выработку коллагена и протеогликанов, поддерживает эластичность связок и сухожилий.

— Гиалуроновая кислота — ключевой компонент синовиальной жидкости и хрящевого матрикса. Улучшает смазку и амортизацию сустава.

— Неомыляемые соединения авокадо и сои (препарат «Пиаскледин 300») обладают противовоспалительным и структурно-модифицирующим действием, подавляют ИЛ-1 и металлопротеиназы.

— Биоактивный концентрат мелкой морской рыбы (препарат «Алфлутоп») содержит гликозаминогликаны, аминокислоты и микроэлементы, поддерживает метаболизм хряща.

— Нативный (неденатурированный) коллаген II типа (UC-II) работает как иммуномодулятор: в низких дозах (20—40 мг) снижает аутоиммунное воспаление, направленное против собственного хряща.

В целом осуществляется поддержка хрящевой ткани: за-

медление её разрушения, улучшение метаболизма хондроцитов и качества синовиальной жидкости, что может со временем уменьшить боль и повысить подвижность. Восстановление утраченного хряща с применением хондропротекторов научно не доказано.

Наибольший эффект их применения достигается на ранних стадиях заболевания. В комплексной терапии (вместе с коррекцией веса, ЛФК, ортопедическими приспособлениями) они дают наибольшую пользу, поскольку действуют на разные звенья болезни. При этом многое зависит от индивидуальных особенностей пациента.

Образцы: «Мукосат», «Румалон» (Гликозаминогликан-пептидные комплексы), «Хондроитин сульфат».

1.4. Внутрисуставные препараты гиалуроновой кислоты (вископротезы/протезы синовиальной жидкости) — разновидности хондропротекторов. Эффективны только на 1—2 стадиях при невыраженном воспалении. На 3 стадии — малоэффективны.

Образцы: «Флексотрон Соло», «Остенил», «Гиалган», «Синвиск».

1.5. Блокаторы нервных окончаний (PRP-терапия и плазмолифтинг). Аутоплазма (PRP) — инъекция собственной плазмы пациента, богатой факторами роста. Стимулирует репаративные процессы, особенно при сочетании с повреждением менисков.

1.6. Стромально-васкулярная фракция (СВФ) — клеточ-

ный концентрат, который получают из собственной жировой ткани пациента. Под местной анестезией берут 20—200 мл жира (обычно с живота или бедра), центрифугируют в закрытой системе и выделяют фракцию, содержащую стволовые клетки, эндотелиоциты и иммунные клетки. Полученный препарат вводят в сустав под УЗИ-контролем.

1.7. Концентрат аспирата костного мозга (Bone Marrow Aspirate Concentrate — BMAC). Технология использования BMAC аналогичная СВФ. Отличие в том, что источник материала костный мозг пациента, а не жировая ткань. Под местной анестезией врач делает прокол в «подвздошной кости таза» и забирает 60—180 мл костной крови. Материал центрифугируют в закрытой системе, при этом выделяют концентрат, богатый мезенхимальными стволовыми клетками, факторами роста и тромбоцитами. Готовый концентрат (≈5 мл) вводят в сустав под УЗИ контролем.

1.8. Методы физиотерапии (более подробно см. разделы «Физиотерапия»)

1.8.1. Магнитотерапия. Уменьшает воспаление, улучшает микроциркуляцию и снижает боль.

Образцы: «Алмаг».

1.8.2. Акустические волны. УВТ (ударно-волновая терапия) — на ткани организма воздействуют акустическими волнами высокой энергии. Они относятся к инфразвуковому диапазону (частота 1—20 Гц), не слышны человеку, но проникают вглубь тела и целенаправленно влияют на проблем-

ные зоны. УВТ эффективна для устранения остеофитов и фиброзных спаек, но противопоказана при выраженном воспалении (отеке) и на 3 стадии!

Образцы: «Longest LGT-2500S Plus».

1.8.3. Виброакустическая терапия (низкочастотные микровибрации) — на ткани организма воздействуют низкоинтенсивные механические колебания звукового диапазона, воспринимаемые как мягкая микровибрация, которая может влиять на микроциркуляцию, венозный и лимфатический отток, мышечный тонус и болевую афферентацию (поток нервных импульсов, который поступает в центральную нервную систему от органов чувств). Лечебную процедуру нельзя проводить при остром воспалении (синовите), отеке или высокой температуре в области сустава.

Образцы: «Ретон», «Витафон».

1.8.4. Электрофорез — лекарственные вещества вводятся в организм через неповреждённую кожу или слизистые оболочки с помощью постоянного электрического тока:

— обезболивание: «Новокаин», «Анальгин», «Салицилат натрия»;

— для противовоспалительного эффекта: «Димексид»;

— для поддержки соединительной ткани: сульфат цинка, хлорид лития (микроэлементы важны для связок и суставной капсулы);

— для рассасывания: йодид калия.

1.9. Массаж. Укрепляет мышцы и связки, улучшает кро-

воснабжение и лимфоток.

1.10. Мануальная терапия. Снимает боль, убирает мышечные спазмы, улучшает подвижность сустава и нормализует распределение нагрузки.

1.11. Рефлексотерапия (иглотерапия, акупунктура). Помогает снять мышечный спазм вокруг сустава, уменьшить боль и улучшить локальное кровообращение.

1.12. Немедикаментозные методы: лечебная физкультура (ЛФК), коррекция веса, использование ортопедических приспособлений (ортезы, стельки, бандажи).

Есть ещё два фактора, которые влияют на успешность лечения: психическое состояние человека и образ его жизни. Они образуют благоприятный или неблагоприятный фон лечения.

К методам, обеспечивающим благоприятное, антидепрессивное психическое состояние, можно отнести:

1. Знание о физиологическом характере болезни, её протекании, влиянии на здоровье, возможных последствиях — «осведомлён, значит — вооружён». Это поможет снять панику, растерянность, «поднять опустившиеся руки» и настроиться на грамотное лечение болезни.

Больному важно понимать, что цель терапии — не «полное восстановление хряща любой ценой», а снижение боли, сохранение функции сустава, замедление прогрессирования болезни. Если человек упорно хочет «возвращения к прежнему состоянию», то через время высок риск разочарования

и, даже, отказа от лечения. Объяснение и понимание реалистичных целей (например, «мы не вернём 100% хряща, но можем убрать боль и сохранить ходьбу без трости») снижает тревожность.

Чёткий алгоритм поведения: «если усилилась боль/появился отёк — делаю это и это…» (режим, нагрузка, посещение врача…) даёт чувство самоконтроля и повышает уверенность.

Полезно ведение дневника лечения и самочувствия. Планирование своей жизнедеятельности.

2. Эффективное взаимодействие с лечащим врачом, выполнение его предписаний, самоконтроль и осознание своего состояния, динамики протекания болезни.

3. Методы психической корректировки: самонастрой и самовнушение, воспитание воли и настойчивости в достижении цели, аутогенная тренировка, беседы с психологом, общение в группах взаимной поддержки, соучастие и помощь со стороны родных и близких, активная социальная жизнь (не замыкаться, участвовать в организованных для пожилых людей движениях, мероприятиях, неформальных организациях типа «Активное долголетие»).

Образ жизни включает правильное питание (в частности, ограничение калорийности при избыточном весе, достаточность белковой пищи, поддержание водного баланса), режим отдыха (полноценный сон, перерывы на отдых при работе), температурный режим (исключение переохлаждения орга-

низма и суставов, высокой влажности), оптимальную (с учётом стадии заболевания) физическую активность по принципу «движение — это смазка, питание сустава» (плавание, велотренажёр, «скандинавская ходьба»), контроль нагрузки на сустав и щадящая техника движений (ограничение веса тяжести, использование тележек вместо ручной сумки).

Конечно же, набор методов лечения будет определяться, прежде всего, стадией заболевания, а затем индивидуальными (генетическими, физическими, физиологическими, возрастными, психическими, образа жизни) особенностями человека.

Общий набор методов в привязке к стадии артроза:

1-я стадия. Хрящ начинает терять эластичность, суставная щель сужена незначительно, могут появляться первые остеофиты. Симптомы — эпизодическая боль после нагрузки, иногда лёгкая скованность.

Применяемые методы

1. Немедикаментозные методы. Коррекция веса (даже снижение веса на 5—10% существенно разгружает сустав), подбор щадящих активностей («скандинавская ходьба», плавание, велотренажёр), ЛФК для укрепления мышц-стабилизаторов.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, купив полную легальную версию на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.