

Остеоартрит и остеоартроз: как повысить качество жизни пациента?

«Современная стратегия обезболивания при остеоартрите», Каратеев А. Е.

Остеоартрит: современный взгляд

Боль и нарушение функции суставов тесно взаимосвязаны между собой. Это две стороны одного процесса.

- Остеоартрит — самое частое заболевание суставов. Одна из основных причин развития хронической боли и утраты трудоспособности.
- Воспалительное заболевание. Возникает в ответ на механический стресс, повреждение. Характеризуется различными дегенеративными и воспалительными процессами: неоваскуляризация, гетеротопическая оссификация. Что в итоге приводит к хронизации воспаления, дальнейшему разрушению ткани сустава и утрате нормальной биомеханики.

Основные проявления остеоартрита

- Боль
- Нарушение функции (снижение скорости ходьбы, боязнь движения)
- Усталость (мышечная слабость, нарушение биомеханики)
- Депрессия и тревога
- Обострение хронических заболеваний (диабет, сердечно-сосудистая патология, ожирение)

Механизм хронической боли

- Воспаление, дегенерация, механический стресс → активация ноцицепторов, периферическая гипералгезия
- Дисфункция ноцицептивной системы → ноципластические процессы, центральная сенситизация
- Изменения восприятия боли → депрессия, тревога, катастрофизация

Мультимодальный подход при остеоартрите

- Все пациенты различны: необходимо титровать и адаптировать лечение при всех клинических ситуациях
- Синергический эффект НПВП и медленнодействующих симптоматических препаратов для ОА (SYSADOA*)
- Комбинированный эффект локальной инъекционной терапии, SYSADOA и пероральных НПВП

* Symptomatic slow acting drugs for osteoarthritis

Медикаментозные методы

№1 Контроль боли

НПВП / ЛИТ* глюкокортикоиды / Антидепрессанты, габапентоиды / Капсаицин, местные анестетики

*локальная инъекционная терапия

№2 Замедление прогрессирования

МДСС SYSADOA / ЛИТ гиалуронат / PRP МСК / Контроль коморбидности

Немедикаментозные методы

Диетотерапия, контроль веса, нутриенты / ЛФК, тренировки / Трудотерапия, психотерапия и активность / Различные виды физиотерапии

Цель обезболивания

- Уменьшить страдания больного, улучшить качество жизни, и избежать тем самым формирование синдрома хронической боли.
- Уменьшить риск обострения коморбидных заболеваний, прежде всего кардиоваскулярных.
- Сформировать позитивный настрой и доверие пациента.

НПВП

Кеторолак

- Эффективное средство для купирования острой боли после травм и хирургических операций
- Мощный анальгетик для контроля острой боли при различной скелетно-мышечной патологии
- Локальная форма НПВП с высоким терапевтическим потенциалом и благоприятным профилем безопасности
- В 12 исследованиях, почти 2000 пациентов, показали, что кеторолак обеспечивает хороший уровень обезболивания, не уступает и превосходит другие НПВП.
- Метаанализ 74 работы, 150 тысяч пациентов показал, что по трем категориям: размер гематомы, необходимость повторного вмешательства и объем гемотрансфузии, не было выявлено достоверного отличия между НПВП и плацебо.

Осложнения НПВП

- Диспепсия / НПВП-гастропатия / НПВП-энтеро/колопатия
- Артериальная гипертензия / Тромбоэмболия / Сердечная недостаточность
- Острая почечная недостаточность / Прогрессирование ХБП

Нимесулид

- Более 200 РКИ: нимесулид при острой боли:
Травмы / Хирургическая боль / Стоматология / Гинекология / Онкология / Поражение околосуставных тканей
- Низкий риск ЖКТ-кровотечений
- Низкий риск инфаркта миокарда
- Низкий риск осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы

Нимесулид (Найз®) при остеоартрите:

- Пациенты с остеоартритом разной локализации, которым другие средства не помогали
- Все пациенты были коморбидные (АГ, СД)
- Пациенты, принимающие Найз®, были довольны качеством обезболивания
- Прекращение приема препарата было связано в большей степени с достижением целевого уровня боли

Выводы

- Остеоартрит - серьезная медицинская и социальная проблема
- Контроль боли при остеоартрите должен носить комплексный мультимодальный характер
- НПВП занимают важную позицию в терапии остеоартрита.

Кеторолак - мощное средство для контроля интенсивной острой боли. Нимесулид - представитель НПВП с благоприятным сочетанием эффективности и безопасности, который можно использовать для лечения как острой, так и хронической боли.

«Остеоартроз и хирургия: когда пора менять тактику?», Исаев А. В.

Прогнозы – эпидемия ОА

- В 2020 году остеоартроз диагностирован у 595 млн. чел., все чаще встречается в молодой популяции
- Высокий индекс массы тела был причиной – более 25 %

Клиническая картина гонартроза

- Ведущим клинический симптом - боль, усиливающаяся при движениях или нагрузке на сустав, к концу дня, при охлаждении и в сырую погоду.
- На ранних стадиях боль проходит после периода покоя.
- Интенсивность болевого синдрома прямо не коррелирует со стадией заболевания и степенью морфологических изменений в суставе.
- С развитием заболевания боль приобретает постоянный характер.
- С болью связаны жалобы на хромоту, необходимость в дополнительной опоре при ходьбе на трость, затруднения при подъеме или спуске по лестнице, а также при подъеме со стула или кресла.
- По мере прогрессирования патологического процесса появляется ограничение амплитуды движений (контрактура): в начале сгибания, а затем и разгибания, крепитация, деформация сустава и увеличение его в размерах, периодические синовиты.
- Постоянная ирритация периферической и центральной нервной системы является причиной формирования хронического болевого синдрома, характеризующегося механической аллодинией и гипералгезией.

Особенности суставного синдрома при ОА

- Постепенное начало боли;
- Боль в течение большинства дней предыдущего месяца;
- Усиление боли при ходьбе;
- "Стартовые боли", которые возникают после периодов покоя и проходят на фоне двигательной активности;
- Ночная боль (чаще при более выраженных стадиях ОА и свидетельствует о присоединении воспалительного компонента);
- Припухлость сустава (за счет небольшого выпота или утолщения синовиальной оболочки);
- Утренняя скованность продолжительностью менее 30 мин;
- Крепитация в суставе;
- Ограничение движений в суставе;
- Изменение походки.
- Постепенно развиваются деформации конечностей (варусная или вальгусная деформации коленных суставов).

Диагностика гонартроза

- Рекомендовано всем пациентам (взрослым и детям) с ОА выполнить рентгенографию коленного сустава в 2-х проекциях для оценки стадии развития заболевания и определения его этиологического типа.
- При наличии данных РГ изменений, для подтверждения диагноза ГА, дообследование не требуется.

РГ признаки гонартроза

Исследование в 2-х проекциях (стоя и лежа)

Классические признаки:

- Сужение просвета
- Остеофиты
- Субхондральный склероз
- Субхондральные кисты

Магнитно-резонансная томография

(диагностика ранних повреждений хряща)

- МРТ-поражения позволяют нам изучить очень тонкие, потенциально обратимые ранние отклонения в морфологии сустава до начала рентгенографических изменений, что позволит предотвратить прогрессирующие изменения.
- С появлением методов количественной оценки хряща и оценки состава, используемых в исследованиях, чувствительность еще больше возросла.
- МРТ оценки выраженности патологических изменений при остеоартрите у взрослых наибольшее распространение получили BLOKS, WORMS и MOCART

Анализ синовиальной жидкости

- Анализ синовиальной жидкости позволяет сориентировать нас в выборе определенной лечебной тактики
- Есть две группы пациентов:
С дегенеративными изменениями (лейкоциты: <2 000/мкл, вязкость: резко ↓, белок: норма или слегка ↑)
С инфекционной патологией (лейкоциты: >50 000/мкл (↑↑↑), нейтрофилы: >90%, глюкоза: резко ↓ (≤50% от сыворотки))

Артроскопия

- Диагностическая артроскопия остается «золотым стандартом» для оценки поверхностей суставов и обеспечивает наиболее точные средства диагностики.
- Хотя это хирургическая процедура с сопутствующими рисками, ее можно легко использовать для диагностики, а также лечения хрящевых повреждений колена в тех же условиях или в качестве поэтапной процедуры.
- Оценка состояния хряща при артроскопии может быть проведена с использованием критериев, предложенных International Cartilage Repaire Society (ICRS)
- Эрозия хряща до 50% его толщины (поверхностная - средняя зона) считается морфологической границей раннего гонартроза и своеобразной «точкой невозврата».
- Показания: пациенты молодого и среднего возраста, с-м «блокады сустава», внутрисуставные травматические поражения

Лечение

- Лечение, которое корректирует патомеханику, оказывает долгосрочное благоприятное воздействие на боль и функцию сустава по сравнению с лечением, которое подавляет лишь воспаление и имеет только временный эффект.
- Необходимость в изменении образа жизни (общение с пациентом)
- Уменьшение осевой нагрузки (разгрузка сустава) (трость, роллаторы)
- Ортезы

Лекарственная терапия

Купирование острой боли и воспаления

- Показания: умеренный, средней тяжести болевой синдром
Найз® - внутрь: 1 таб (100 мг) x 2 раза в сутки - 5, 7 - 10 дней (ВАШ 2-5)
- Показания: выраженный болевой синдром
Кеторолак - внутрь: 1 таб (10 мг) x 2 - 4 раза в сутки - не более 5 дней (ВАШ 5-8)
Предусмотреть сочетанное применение с ИПП

Топическое применение НПВС

Холодовые аппликации циклами 3 раза по 3 минуты

После отогрева кожных покровов нанести гель (Кеторол)

Наружно: 2 - 4 раза в сутки - до 21 дня

Кортикостероиды

- Многоцентровое рандомизированное исследование OREA (2017): у пациентов, получавших внутрисуставной триамцинолон (40 мг) каждые 3 месяца в течение 2 лет, наблюдалось ускоренное истончение хряща (по данным MPT) по сравнению с плацебо. Потеря хряща была наиболее выражена в медиальном тибioфemorальном отделе.
- Клинические рекомендации OARSI (2023): при редком использовании (1-2 инъекции в год) кортикостероиды не ускоряют потерю хряща, но обеспечивают кратковременное облегчение боли (уровень доказательности A).
- Эффективность стероидов отмечается в течение 1-2 недель после инъекции, а затем исчезает.

Гиалуроновая кислота

Тотальное эндопротезирование было отсрочено на > 7 лет в 75% случаев из 1863 пациентов с гонартрозом IV степени (1342 пациента), леченных hylan GF 20 в ортопедической практике.

ЛФК - когда начинать?

- По мере купирования воспаления, когда болевой синдром уменьшился субъективно в 2 раза можно приступать к упражнениям. (обычно 5-7 день)
- Упражнения (в положении лежа, без осевых нагрузок)
- Увеличение объема движений (сначала разгибания, потом сгибания, потом силовые тренировки)
- Развитие проприорецепции (возможно только после исчезновения отёка)

76 % пациентов отказались от тотального эндопротезирования после данного лечения!!!

Оценка консервативного лечения в динамике

- Контрольное наблюдение 3, 7 и 10 дней
- Насколько уменьшился болевой синдром?
- Что изменил пациент в своей жизни?
- Какие новые привычки себе приобрел?

Показания к хирургическому лечению гонартроза:

- Стойкий болевой синдром на фоне проведенной комплексной терапии более 3 месяцев
- Объективные признаки износа хряща (более 50%)
- Выраженное ограничение движения
- Снижение качества жизни (оценка пациента)
- Польза > риск

К операции тоже надо готовиться:

- Снижение веса ИМТ до целевого 30 (если возможно)
- Укрепление мышц, ЛФК (дозированная)
- Санация любых очагов инфекции
- Коррекция сопутствующих заболеваний при декомпенсации

Противопоказания:

- ИМТ > 40
- Декомпенсация заболеваний
- Социальные показания
- Низкий реабилитационный потенциал
- Наличие источников инфекции

Остеотомия (при ранних стадиях ОА)

- Операция позволяет сохранить коленный сустав и избежать эндопротезирования на ранних стадиях заболевания.
- Улучшение качества жизни: после операции уменьшается боль, восстанавливается подвижность и улучшается функциональность конечности.
- По данным, позволяет отсрочить тотальное эндопротезирование коленного сустава в среднем на 10-12 лет.

Инструментальный анализ походки (IGA)

- Не зависит от опыта наблюдателя
- Улучшенная обработка многомерных данных (ИИ, машинное обучение и пр.)
- Совершенствование датчиков
- Компактные устройства (тренд)
- Быстрая и объективная оценка
- Сбор данных и хранение
- Анализ в динамике (до и после ЛФК)
- Создание индивидуальной программы ЛФК или реабилитации
- Предиктивная аналитика

Выводы

- Купирование воспаления (5-10 дней) без устранения патобиомеханики в суставе не даст длительного положительного результата
- НПВС остается общепризнанным базовым препаратом при остром воспалении и болевом синдроме
- Снижение веса и его контроль
- Изменение повседневных привычек (уровень активности, ходьба, спорт. обувь, выбор спорта)
- Использование разгрузочной трости и ортезов (в острый период)
- Рациональное использование ортезов в зависимости от патологии (после снятия отека, явлений синовита (подбор размера утром, до нагрузки)
- Профилактика полипрагмазии – контроль лечения в динамике!
- Более ранний отбор пациентов с нарушениями биомеханики опорно-двигательного аппарата (инструментального анализа походки, МРТ, артроскопия, выявление предикторов)
- Разработка индивидуальных программ реабилитации и сопровождение пациента
- Рост приоритета суставосохраняющих операций (у пациентов молодого и среднего возраста)
- Тотальное эндопротезирование в запущенных случаях (выраженное нарушение биомеханики и снижение качества жизни).