

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У «Б е л Г У»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Терапевтических дисциплин

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ
ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 31.02.01 Лечебное дело
4 курса группы 03051520
Седовой Виктории Сергеевны

Научный руководитель:
преподаватель Пахомова Л.В.

Рецензент:
Варавина Л.Ю.
Заведующая поликлиническим
отделением № 1 ОГБУЗ «Городская
поликлиника г. Белгорода»,
поликлиническое отделение № 1

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА	5
1.1. Характеристика деформирующего остеоартроза.....	5
1.2. Остеоартроз и пенсионный возраст	8
1.3. Диагностика и лечение.....	10
1.4. Профилактика деформирующего остеоартроза.....	18
ГЛАВА 2. МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ	24
2.1. Материалы и методы исследования.....	24
2.2. Анализ и оценка результатов исследования.....	19
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	26
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	34
ПРИЛОЖЕНИЯ	36

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что согласно данным эпидемиологических исследований: «распространенность остеоартроза (ОА) составляет 11-13% в популяциях разных стран. В России количество больных с данным заболеванием составляет 14,3 млн. При этом за последние годы распространенность остеоартроза в Российской Федерации возросла на 48%, а ежегодная первичная заболеваемость - более чем на 20%, и ожидается еще больший ее рост, который связывают с увеличением продолжительности жизни населения, наличием избыточной массы тела» [2].

«Заболевание обычно начинается после 40 лет. Рентгенологические признаки остеоартроза обнаруживаются у 50% людей в возрасте 55 лет и у 80% людей старше 75 лет. Артроз коленного сустава (гонартроз) развивается чаще у женщин, а в тазобедренном суставе (коксартроз) – у мужчин. До 50 лет распространенность остеоартроза в большинстве случаев выше у мужчин, чем у женщин. После 50 лет остеоартроз коленных, кистевых и стоповых суставов чаще встречается у женщин. Остеоартроз встречается у молодых людей, она может развиваться после повреждения сустава, воспаления и врожденных нарушений опорно-двигательного аппарата» [3].

Выбор темы обусловлена ее актуальностью для практического здравоохранения.

Цель исследования: изучение профессиональной деятельности фельдшера при деформирующем остеоартрозе.

Задачи исследования:

– провести анализ научно-теоретической литературы по данной проблеме (определение, классификация, факторы риска, этиология, клинические проявления, диагностика);

– методы исследования и подготовка к ним;

– принципы лечения и профилактики остеоартроза;

Объектом исследования: являются пациенты с деформирующим остеоартрозом.

Предмет исследования: пациенты, страдающие деформирующим остеоартрозом (30 человек).

Методы исследования:

– научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;

– эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования: организационные, субъективные, объективные;

– биографический (анализ анамнезной информации, изучение медицинской документации);

– психодиагностика (разговор).

База исследования: ОГБУЗ «Белгородская центральная районная больница».

Теоретическая значимость: проведенного исследования состоит в том, что в нем проведен анализ профессиональной деятельности фельдшера при деформирующем остеоартрозе на догоспитальном этапе.

Практическая значимость: выявить значимость изучения комплекса проблем больных с деформирующим остеоартрозом, проанализировать результаты работы фельдшера и дать рекомендации по улучшению профессиональной деятельности фельдшера и улучшению качества жизни пациента.

Время исследования: 2018-2019 учебный год.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА

1.1. Характеристика деформирующего остеоартроза

Профессоры А.В. Наумов и Л.И. Алексеева: «Без сомнений, главным заболеванием, определяющим стремительное увеличение заболеваемости костно-мышечной патологией, является остеоартроз (от всех костно-мышечных заболеваний в Российской Федерации). остеоартроз - это заболевание суставов, характеризующееся клеточным стрессом и деградацией экстрацеллюлярного матрикса, возникающих при макро и микроповреждениях, с последующими анатомическими и физиологическими нарушениями (деградация хряща, ремоделирование кости, образование остеофитов, воспаление, потеря нормальной функции сустава), приводящими к развитию заболевания».

Свыше 50 % заболеваний костно-мышечной системы (КМС) составляет патология крупных суставов нижних конечностей, тяжелое нарушение функции которых приводит к нарушению ходьбы, требует дополнительной опоры или посторонней помощи, значительно снижает трудоспособность и социальную адаптацию. Одна треть дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов приходится на коленный сустав (КС), страдает около 10 % населения старше 55 лет, при этом у 25 % больных развиваются выраженные нарушения функции сустава.

Остеоартроз коленного сустава приводит к существенному снижению работоспособности и инвалидизации людей трудоспособного возраста» [2].

В клинических рекомендациях от 2017 года сказано, что: «Остеоартроз (ОА) (по международной классификации – остеоартрит) – гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околосуставных мышц» [1].

При анализе результатов работы О.Ю. Майко мы выявили следующую информацию: «Деформирующий остеоартроз поражает все ткани синовиальных суставов. Заболевание проявляется морфологическими, биохимическими, молекулярными и биомеханическими изменениями в клетках и матриксе, которые приводят к размягчению, образованию морщин, язве и уменьшению толщины суставного хряща, а также остеосклерозу с утолщением и уплотнение кортикального слоя, субхондральной кости, остеофитов и удвоения» [2, с.38].

Классификация артрозов

(МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра)

«АРТРОЗЫ (M15-M19)

Примечание. В этом блоке термин «остеоартрит» использован как синоним термина «артроз» или «остеоартроз». Термин «первичный» использован в его обычном клиническом значении.

Исключен: остеоартрит позвоночника (M47.-)

M15 Полиартроз.

Включен: артроз более чем одного сустава.

Исключено: двустороннее поражение одних и тех же суставов (M16-M19).

M16 Коксартроз (артроз тазобедренного сустава).

M17 Гонартроз (артроз коленного сустава).

M18 Артроз первого запястно-пястного сустава.

М19 Другие артрозы».

Патологическая анатомия

«Патологоанатомические проявления зависят от стадии остеоартроза. В ранней стадии по краям суставной поверхности хряща появляется шероховатость и разволокнение ткани.

Во второй стадии на суставной поверхности хряща обнаруживаются узур и бугры. Формируются костные разрастания (остеофиты).

В третьей стадии болезни суставной хрящ исчезает, суставы деформируются, на костях образующих сустав образуются вмятины, количество суставной жидкости уменьшено, внутрисуставные связки утолщаются.

Под микроскопом в первой стадии определяется уменьшается количества гликозаминогликанов в промежуточной и поверхностной зоне хряща, при этом хрящ сохраняет свою структуру.

Во второй стадии на поверхности суставного хряща формируются узур вокруг которых концентрируются хондроциты, во всех зонах суставного хряща уменьшается количество гликозаминогликанов. Узур на поверхности хряща могут отсутствовать, при этом в поверхностном и промежуточном слое определяются множественные «пустые лакуны» и хондроциты с пикнотическими ядрами.

В этой стадии происходит поражение субхондральной части кости. В третьей стадии остеоартроза поверхностная и промежуточная зона хряща разрушается и определяются глубокие узур.

В глубокой зоне увеличивается содержание хондроцитов при уменьшении количества гликозаминогликанов. Остеоартроз, во всех стадиях, сопровождаются развитием синовита различной выраженности, с макрофагально-лимфоцитарной инфильтрацией и пролиферацией фибробластов».

«Основными клиническими симптомами являются деформирующий остеоартроз болевые точки и густые утолщения по краю суставного пространства, хрипы, ослабление признаков воспаления, ограниченные болезненные движения, ощущение напряжения при нестабильности суставов.

Деформирующий остеоартроз (ДОА), утолщения по краю суставного пространства, болезненные точки, ослабленные признаки воспаления, хрипы, а также чувство напряжения при нестабильности суставов и ограниченные болезненные движения, все эти проявления являются главными и важными симптомами клиники остеоартроза»[4, с. 113].

Ведущими признаками остеоартроза у деформиантов являются отеки суставов и болезненность, деформации и жесткость суставов.

«Болевые ощущения в суставах при данной патологии неоднородны и разнообразны, поэтому являются самыми частыми проявлениями. Чаще всего это связано с разрушительными процессами, происходящими в хрящевой и субхондральной структурах. Проявляется заболевание суставов нарушением циркуляции крови, фиброзом суставной капсулы и спазмом мышц, расположенных рядом, реактивным воспалением синовиальной оболочки сустава и околосуставных мягких тканей.

Остеоартроз характеризуется механическим ходом болезненных ощущений, таким как возникновение боли от ежедневных физических нагрузок и уменьшение ее в ночное время, что тесно связано с нарушением способности. Когда происходят эти дегенеративно-деструктивные изменения, то костные лучи переходят на губчатую кость.

Для ранней стадии остеоартроза является характерным такой симптом как отек сустава. Он в основном непродолжительный по времени и имеет мягкую консистенцию. Отек сустава проявляется при значительных нагрузках, а после приема противовоспалительных средств и хорошего отдыха проходит.

В свою очередь остеоартроз делится на медленное и быстро прогрессирующее течение. Клиническая картина патологии суставов характеризуется периодическими изменениями, например, короткие периоды обострения заболевания чередуются со спонтанной ремиссией. При возникновении вторичного синовита могут возникнуть такие симптомы как выраженные отеки и повышение локальной температуры в суставах» [9, с. 156].

«Симптомы тревоги (красные флаги) при боли в суставах, требующие проведения дифференциального диагноза: Симметричный полиартрит (возможен коллагеноз). Моноартрит (возможна травма сустава в анамнезе, что требует консультации ортопеда). Продолжительная утренняя скованность (более 30 мин). Характеризуется невозможностью совершить движения в суставах, особенно суставах кисти и стоп (коллагеноз). Боли в суставах возникли после значимого стресса: травма, переохлаждение, операция и т.п. (возможен коллагеноз). Боли в суставах возникли после перенесенного инфекционного заболевания (возможен инфекционный артрит). Боли в суставах у молодых мужчин, злоупотребляющих белковыми коктейлями в фитнес-центрах (возможна подагра). Боли в суставах у пациентов с дисплазией соединительной ткани (необходима консультация ортопеда для подбора ортопедических приспособлений, снижающих нагрузку на сустав). Боли в суставах у больных с патологией щитовидной железы или у больных с сахарным диабетом (необходима консультация эндокринолога и акцент внимания на нейропатический компонент боли). Безрезультатность множества обследований, вовлечены группы мышц, болезненность мышц, острофазовые белки в анализах (возможна ревматическая полимиалгия). Боли в суставах у астеничных женщин с анамнезом частых заболеваний в детском возрасте (необходимо подумать об инфекционных артритах: Эпштейн-Барра, болезнь Рейтера и т.п.). Ассоциированные клинические синдромы: депрессия; нарушение сна; снижение когнитивных функций; гиперурикемия. Исходы остеоартроза:

длительные безболевыe периоды с оптимальным уровнем активности больного (целевой исход); асептический некроз; эндопротезирование.

Наиболее частые коморбидные состояния, встречающиеся при остеоартрозе и способствующие его прогрессированию (представлены в порядке ранжирования): ожирение; артериальная гипертензия; атеросклероз и ассоциированные с ним состояния (ишемическая болезнь сердца [ИБС], периферический атеросклероз, дисциркуляторная энцефалопатия); сахарный диабет; патология щитовидной железы; ХОБЛ; токсические висцеропатии; патология желудочно-кишечного тракта».

1.2. Остеоартроз и пенсионный возраст

«На развитие артроза влияет множество причин, одной из которых является факт: чем старше человек, тем больше шансов обнаружить у него данное заболевание суставов. По статистике, около 3-4% болеют артрозом в возрасте до 45 лет, причем поначалу «доминируют» мужчины в процентном соотношении между полами. Впрочем, пальму первенства с возрастом женщины «отбирают» у мужского пола. Каждый третий человек 45-64 лет имеет признаки артроза, а к 70 годам заболеваемость этим хроническим недугом суставов имеет 85% населения» [13].

Главными причинами артроза в пожилом возрасте становятся именно естественные процессы истончения хряща, ослабление связочного аппарата, уменьшение кальция в костях, а так же пагубные факторы, которые влияли на болезнь в молодом и среднем возрасте.

«Привычки, выработанные за много лет, могут, как способствовать развитию артроза, так и не допускать, или, как минимум, консервировать недуг

опорно-двигательной системы. Привычка питаться тяжелой, жирной, несбалансированной пищей обязательно приведет к проблемам обмена веществ, что, в свою очередь, отрицательно отразится на здоровье суставов. А человек, приучивший себя к ежедневной утренней гимнастике, даже в солидные 70 лет не будет жаловаться на состояние своих суставов. Вообще, во здравии доживают те люди, которые относились бережно к своему организму, кто был осторожен по жизни, избегая ненужных травм, кто меньше болел, больше уделял внимание здоровью. Кто вёл активный образ жизни, менее склонен к артрозу. Даже естественный износ хрящевой ткани будет минимальным, а упругие мышцы, связки не дадут перегружать хрящи; правильное питание обеспечит качество синовиальной жидкости в суставных капсулах и самой хрящевой ткани, кости не будут страдать дефицитом минералов. Из мелочей складывается положительная картина, не дающая развиваться артрозу. Либо наоборот» [14].

1.3. Диагностика и лечение

«Клинические рекомендации Российской Федерации (Россия) трактуют следующее: Чаще в процесс вовлекаются суставы, подвергающиеся большой нагрузке (коленные, тазобедренные), мелкие суставы кистей (дистальные и проксимальные межфаланговые суставы, первый пястно-запястный сустав) и позвоночник. Большое значение имеет поражение тазобедренных и коленных суставов, являющееся основной причиной снижения качества жизни и инвалидизации больных, страдающих остеоартрозом» [6, с. 96].

«Клиническая картина остеоартроза включает три основных симптома: боль, крепитацию и увеличение объёмов суставов.

Ведущий клинический признак остеоартроза - боль в суставах, продолжающаяся большинство дней предыдущего месяца. Причины суставных болей многочисленны. Они не связаны с поражением собственно хряща (он лишён нервных окончаний), а определяются изменениями в:

- субхондральной кости – усиление костной резорбции на ранних стадиях заболевания, отек костного мозга, рост остеофитов;
- синовиальной оболочке, связанными с воспалением;
- околосуставных тканях – повреждение связок, мышечный спазм, бурсит, растяжение капсулы сустава;
- психоэмоциональной сфере и др.

Характер болей разнообразный, но, как правило, механический, т.е. боли усиливаются при физической активности и ослабевают в покое. О наличии воспалительного компонента в происхождении болей может свидетельствовать внезапное без видимых причин их усиление, появление ночных болей, утренней скованности (чувство вязкости, геля в поражённом суставе), припухлости сустава (признак вторичного синовита). Иногда интенсивность боли меняется в зависимости от погодных условий (усиливается в холодное время года и при высокой влажности) и атмосферного давления, оказывающего влияние на давление в полости сустава. Гонартроз и коксартроз имеют определённые клинические особенности:

При поражении коленного сустава боли возникают при ходьбе (особенно при спуске по лестнице), локализуются по передней и внутренней поверхностям коленного сустава и усиливаются при сгибании, наблюдается слабость и атрофия четырехглавой мышцы, определяется болезненность при пальпации проекции суставной щели и/или периартикулярных областей (область «гусиной лапки»). У

30-50% больных развивается деформация коленного сустава с отклонением его кнаружи (*genu valgum*), нестабильность сустава.

При поражении тазобедренного сустава в начале заболевания боли локализуются не в области бедра, а в колене, паху, ягодице, усиливаются при ходьбе, стихают в покое, определяется ограничение и болезненность при внутренней ротации сустава в согнутом положении. Наблюдается атрофия ягодичных мышц, болезненность при пальпации паховой области латеральнее места пульсации бедренной артерии, укорочение ноги.

Крепитация - характерный симптом остеоартроза, проявляющийся хрустом, треском или скрипом в суставах при активном движении, возникает вследствие нарушения конгруэнтности суставных поверхностей, ограничения подвижности в суставе или блокады «суставной мышью» (фрагментом суставного хряща, свободно лежащего в суставной полости).

Увеличение объёма сустава чаще происходит за счёт пролиферативных изменений (остеофитов), но может быть и следствием отёка около-суставных тканей. Особенно характерно образование узелков в области дистальных (узелки Гебердена) и проксимальных (узелки Бушара) межфаланговых суставов кистей. Выраженная припухлость и локальное повышение температуры над суставами возникает редко, но может появляться при развитии вторичного синовита. Постепенно развиваются деформации конечностей (вирусная деформация коленных суставов, «квадратная» кисть, узелки Гебердена и Бушара соответственно в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей)» [10, с. 111].

«В отличие от воспалительных заболеваний суставов внесуставные проявления при остеоартрозе не наблюдают.

Лабораторные исследования

Патогномоничных для остеоартроза лабораторных признаков не существует. Тем не менее, лабораторные исследования следует проводить в целях:

Дифференциального диагноза (при остеоартрозе отсутствуют воспалительные изменения в клиническом анализе крови, не обнаруживают, концентрацию мочевой кислоты в сыворотке крови соответствует норме).

Перед началом лечения (общий анализ крови и мочи, креатинин сыворотки крови, сывороточные трансаминазы) с целью выявления возможных противопоказаний для назначения лекарственных средств.

Для выявления воспаления необходимо исследовать СОЭ и С-реактивный протеин. Умеренное повышение характерно для вторичного синовита на фоне остеоартроза. Выраженное повышение свидетельствует о другом заболевании.

Исследование синовиальной жидкости следует проводить только при наличии синовита в целях дифференциального диагноза. Для остеоартроза характерен невоспалительный характер синовиальной жидкости: прозрачная или слегка мутная, вязкая, с концентрацией лейкоцитов менее 2000/мм³.

Инструментальные исследования

Рентгенологическое исследование – наиболее достоверный метод диагностики остеоартроза, который выявляет сужение суставной щели, краевые остеофиты и заострение мыщелков большеберцовой кости, субхондральный склероз.

При подозрении на остеоартроз коленных суставов рентгеновский снимок делается в передне-задней и боковой проекциях в положении стоя, для исследования пателло-фemorального сустава – снимок в боковой проекции при сгибании.

При подозрении на остеоартроз тазобедренного сустава необходимо проводить рентгенологическое исследование костей таза с захватом обоих тазобедренных суставов» [7].

«Механическая разгрузка сустава является одним из важнейших моментов в лечении остеоартроза. Сюда входят рекомендации по снижению веса при ожирении, устранению длительного пребывания в фиксированной позе, длительной позе, длительных прогулках, повторяющихся стереотипных движениях и перевозке тяжелых грузов, что приводит к механической перегрузке определенных поверхностей такие же суставы. На ранних стадиях остеоартроза больные должны плавать, противопоказаны другие виды физической активности, особенно во время обострения; На более поздних стадиях заболевания пациенту рекомендуется использовать ортезы, ходить с тростью, костылями, любые виды упражнений, включая плавание, противопоказано. В случае сильной боли постельный режим и средний постельный режим можно отнести к острой фазе. В то же время устанавливается среднее физиологическое положение для расслабления связочно-конечного аппарата» [11, с. 75].

Диета:

Кандидат медицинских наук Л.И. Алексеева считает, что: «Важность снижения массы тела у пациентов с остеоартрозом и отметила, что уменьшить его симптомы можно только при снижении массы тела более чем на 10% от исходной. Исследования показали, что снижение веса приводит к уменьшению боли и улучшению функционального состояния суставов» [5].

«Вещества, которые образующиеся при распаде желатина, обеспечивают многие жизненно важные функции организма, так же они сохраняют слизистую оболочку желудка, улучшают память, предотвращают адгезию тромбоцитов. А это, в свою очередь, снижает риск острых нарушений кровообращения, замедляет старение. При остеоартрозе мы также рекомендуем продукты, богатые кальцием (диета с молочной кислотой), витамины групп В и С, а также продукты натошак. Употребление алкоголя традиционно и по праву считается пусковым механизмом, вызывающим усиление боли в суставах и мышцах при остеоартрозе»[5, с. 55].

«Внутриуставная кислородотерапия в условиях дефицита кислорода улучшает гликолиз в тканях суставов, после чего накапливаются окисленные продукты метаболизма: молочная и пировиноградная кислоты. Из-за их окисления требуется большой запас кислорода в суставных тканях при лечении остеоартрита суставов. Кроме того, кислород растягивает суставную капсулу и создает «газовую» выхлопную подушку» [12].

Профессор Насонова В. А. считает, что «Диетические мероприятия при коррекции массы тела обязательно должны сочетаться с физическими нагрузками. Основная проблема при рекомендации снижения веса пациентам с остеоартрозом связана с низкой двигательной активностью данной группы больных по целому ряду факторов: усиление болей в суставах при расширении двигательной активности, обострение кардиоваскулярных заболеваний и болевого синдрома при занятиях в группах здоровья. В связи с этим, пациентам с коморбидной патологией необходимо рекомендовать целый ряд специально подобранных реабилитационных мероприятий. Начинать занятия лечебной физкультурой лучше в режиме индивидуальных занятий с частым повторением упражнений в течение дня и постепенным наращиванием нагрузки, расширением объема движений во всех суставах» [2, с. 39].

«Методика заключается во введении лечебного кислорода 5-6 раз в полость колена (40-80 мл.) И в тазобедренный сустав (10-20 мл.) В суставы с интервалом 5-7 дней. Он используется в качестве самостоятельного метода лечения и в сочетании с хондропротекторами и кортикостероидами.

Фармакологическая терапия артроза направлена на уменьшение боли, уменьшение реактивного воспаления и нормализацию обменных процессов в тканях сустава» [10].

«Длительное время медикаментозное лечение остеоартроза ограничивалось применением обезболивающих и нестероидных противовоспалительных

препаратов (НПВП). Использование лекарственных средств других групп, влияющих, возможно, на патогенез заболевания, оставалось ограниченным из-за отсутствия убедительных доказательств их эффективности. Расширение и углубление представлений о природе остеоартроза и тонких механизмах его развития, лучшее понимание механизмов суставного повреждения и восстановления привело к пересмотру точки приложения и оценки патогенетической значимости большинства лекарств, применяемых сегодня, и способствовало разработке новых лекарств, способных замедлять или останавливать прогрессирование заболевания.

В настоящее время принята классификация противоартрозных препаратов по их фармакологическому действию, включающая в себя 3 класса лекарственных средств. К первому относятся симптоматические препараты немедленного действия, а именно анальгетические и НПВП, способные уменьшать боль, припухлость, скованность и улучшать функцию суставов. В противоположность им выделяют группу препаратов, модифицирующих структуру болезни, хотя до настоящего времени ни для одного препарата не подтверждено истинное хондропротективное действие у человека. Промежуточное положение занимают симптоматические препараты замедленного действия.

Так называемые простые анальгетики (например, парацетамол до 4 г/сут) рекомендуются как препараты первого ряда для уменьшения боли при остеоартрозе, особенно у больных с умеренными непостоянными болями без признаков воспаления. Механизм действия парацетамола до конца не ясен, хотя приводятся доказательства прямого действия на центральную нервную систему. Главное преимущество парацетамола заключается, по-видимому, в его низкой токсичности для верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), особенно по сравнению с НПВП, которые часто назначаются пожилым людям» [13].

«Внутрисуставные введения кортикостероидов для лечения остеоартроза используются давно, главным образом, в коленный сустав при наличии суставного выпота, и по эффективности превосходят плацебо. Однако, несмотря на большой клинический опыт отдельные аспекты этой терапии остаются противоречивыми: эффективность, потенциально повреждающее и структурно-модифицирующее действие. Поэтому место длительного применения внутрисуставной кортикостероидной терапии для лечения остеоартроза остается не ясным, необходимы длительные двойные слепые исследования. В настоящее время считается, что число введений в один сустав не должно превышать 4 на протяжении года.

Медленно действующие симптоматические препараты занимают как бы промежуточное положение. С одной стороны, они обладают выраженным действием на боль и функциональное состояние суставов, как и НПВП, с другой - некоторыми хондропротективными свойствами. Эффективность для ряда препаратов уже доказана – это хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат для перорального лечения и гиалуроновая кислота, вводимая внутрисуставно. Отличительной особенностью этих препаратов является время наступления эффекта, обычно спустя 2—8 недель от начала лечения, и сохранение эффекта в течение 2-3 месяцев после прекращения лечения» [12].

«Внутрисуставное введение гиалуронана способствует восстановлению её концентрации в суставной жидкости, стимулированию эндогенного образования. Гиалуроновая кислота имеет также анальгетический эффект, что связывают с подавлением синтеза простагландина E₂, субстанции P, противовоспалительный эффект достигается путем ингибирования таких медиаторов воспаления: лейкотриенов, простагландинов и некоторые матриксных металлопротеиназ, обладает хондропротективным действием, способствует синтезу гликозаминогликана и хондроитинсульфата. Связываясь с рецепторами,

находящихся на поверхности хондроцитов, стимулирует их пролиферацию. На продолжительность нахождения препарата гиалуроновой кислоты в суставе влияет её молекулярная масса, что также определяет вязкоэластические свойства внутрисуставной жидкости, эти факторы напрямую влияют на эффективность препарата. Предполагается, что чем больше молекулярная масса и соответственно вязкоэластические свойства препарата, тем дольше он находится в суставе и тем выше должна быть его эффективность. Внутрисуставное введение гиалурона является эффективным методом лечения остеоартроза, прежде всего крупных суставов, который обеспечивает симптоммодифицирующий эффект на длительный период времени» [14, с. 81].

«Физиотерапевтические методы лечения остеоартроза широко применяются и уменьшают боль, мышечные спазмы, воспаление, улучшают микроциркуляцию и оказывают благотворное влияние на обменные процессы в тканях сустава. К ним относятся электромагнитные поля высокой и очень высокой частоты (индуктивная, десятичная и сантиметровая волновая терапия), ультразвуковой эффект, модулированные низкочастотные импульсные токи и синусоидальная диадинамика, электрофорез лекарств (анальгин, новокаин, димексид, литий), ультрафиолетовое излучение, поле электрическая УФ-магнитотерапия, фонофорез гидрокортизона. Термические процедуры, в том числе с применением парафина, озокерита, ила, торфяной грязи, показаны при остеоартрозе без синовита с болевым синдромом, пролиферативных явлениях, вазотрофических расстройствах, контрактурах. При отсутствии синовита на I-II стадии эффективны морские, радоновые, сульфидные и бромные ванны.

Ударно-волновая терапия. В Швейцарии был разработан уникальный метод лечения остеоартрита коленного сустава с использованием ударно-волновой ультразвуковой терапии.

Лазеротерапия используется в качестве основного метода лечения (противовоспалительное, обезболивающее, стимулирующее действие).

Лечебная физкультура проводится с щадящими механическими нагрузками на суставы (сидя, лежа) для снижения болевого мышечного спазма, повышения тонуса ослабленных групп мышц, усиления трофики пораженных суставов, улучшения функциональной способности больного. Аналогичные цели преследуются и при выполнении лечебного массажа, который должен также быть щадящим по отношению к пораженным суставам, избегать механического раздражения суставной капсулы, обратить особое внимание на работу с прилегающими к суставу мышцами» [10, с. 72].

«Хирургическое лечение при артрозе чаще всего применяется при коксартрозе и гонартрозе.

При коксартрозе используются паллиативные операции типа разгрузочной операции - чрезвертельной остеотомии при которой меняются силовые оси нагрузки в суставе, реконструктивных операций по коррекции врожденной патологии сустава, фенестрация широкой фасции бедра, в результате чего уменьшается давление на головку бедренной кости, улучшается регионарное кровоснабжение и уменьшается боль.

Хирургическое лечение остеоартроза чаще всего применяется при коксартрозе и гонартрозе. Используются операции паллиативной разгрузки, которые изменяют оси силы нагрузки в реконструктивной хирургии суставов с удалением нежизнеспособных костей и хрящей.

Эндопротез – это кардинальная операция по лечению остеоартроза. Цельнометаллические домашние протезы, использовавшиеся ранее, вызвали осложнение: металлоз или инфильтрация» [14].

«Лечение остеоартроза затруднено по ряду обстоятельств. Основной целью лечения больных является рациональная обезболивающая и

противовоспалительная терапия, замедление прогрессирования болезни и сохранение качества жизни пациентов. Согласно современной классификации препаратов, используемых в лечении остеоартроза, их подразделяют на следующие группы:

Симптоматические средства быстрого действия (нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), ацетаминофен, опиоидные анальгетики, кортикостероиды и др.), которые оказывают влияние на клинические симптомы заболевания (боль, воспаление и др.).

Модифицирующие средства замедленного действия (глюкозамин, дицерин, хондроитин, гиалуроновая кислота, неомыляемые соединения авокадо и сои), эффект которых проявляется более медленно по сравнению с симптоматическими средствами и длится после окончания их применения. Данные фармакологические агенты обладают хондромодифицирующим действием, предупреждая деградацию суставного хряща.

Лечение остеоартроза (ОА) начинается с симптоматической терапии. Врач должен стремиться провести надежное обезболивание у пациента с остеоартрозом, что затруднено преимущественно пожилым возрастом этого контингента больных, наличием у них большого количества сопутствующих заболеваний. Традиционно используемые НПВП оказывают симптоматическое действие, уменьшая болевой синдром и проявления воспаления в суставах.

Основным недостатком данных препаратов является наличие выраженных побочных реакций, особенно в отношении желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы; более того, некоторые из них отрицательно влияют на метаболизм суставного хряща» [8].

1.4. Профилактика деформирующего остеоартроза

«Профилактика артроза сложна, во многом еще до конца не разработана. Важную роль в этом отношении играет выявление и своевременное лечение ортопедических аномалий, особенно врожденного вывиха бедра, варусной и вальгусной деформации голени. Адекватная ортопедическая коррекция этих патологий позволяет предотвратить раннее развитие вторичного артроза. В профессиональной деятельности необходимо исключить длительные статические и стереотипные механические нагрузки на суставы. Существенным условием профилактики артроза также является нормализация избыточной массы тела» [11].

Прогнозирование остеоартрозной деформации

Болезнь может иметь довольно серьезные осложнения. Деформация остеоартроза приводит к полному разрушению пораженных суставов, к серьезным нарушениям функций конечностей и хромоты. Артроз часто вызывает инвалидность и необходимость в специальных протезах.

Для пациентов, относящихся к «группе риска» заболевания артрозом (травма или дисплазия сустава, избыточный вес, низкая физическая подготовленность), рекомендуется упражнения с дозированной нагрузкой на сустав (дозированная ходьба, восхождения, велосипед, плавание).

«Ходьба – это основная естественная локомоция человека. Повседневной ходьбой человек занят несколько часов в день. Это в любом случае больше, чем время специальных ежедневных занятий физической культурой. Поэтому важно, чтобы ходьба стала основным средством профилактики остеоартроза. Именно поэтому при последствиях травм и артрозах суставов нижних конечностей рекомендуют дозированную ходьбу как основной метод профилактики и лечения. Рекомендую увеличить двигательную активность, прежде всего имеют в виду

пройденные километры в течение дня (до 7 км). Дозирование ходьбы - это ограничение времени непрерывного (без отдыха) пребывания «на ногах» не более 30-40 минут, но не пройденного расстояния за день» [14].

ГЛАВА 2. МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ.

2.1. Материалы и методы исследования

Практическая часть дипломной работы направлена на выявление среди граждан распространенности деформирующем остеоартрозе и факторов риска его развития. Для этого провели анонимное анкетирование среди пациентов в ОГБУЗ «Белгородская центральная районная больница». Количество анкетированных составило 30 человек. (Приложение 1)

2.2. Анализ и оценка результатов исследования

В ходе проведенного исследования нами было выявлено, что по половому признаку деформирующий остеоартроз распределяется следующим образом: 69% мужчин и 31% женщин (Рис. 1).

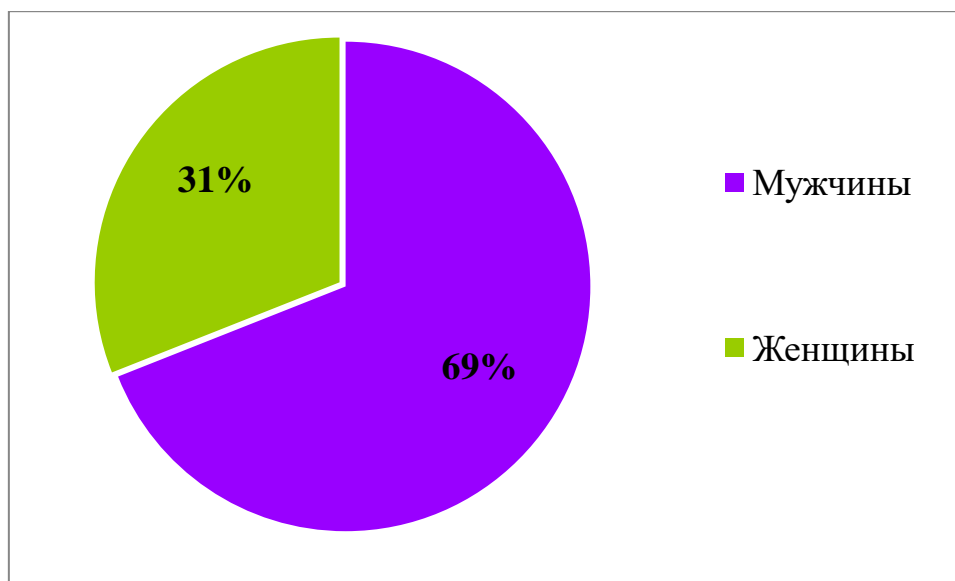


Рис. 1. Данные по полу

Возрастная группа распределились следующим образом: 15% опрошенных входят в возрастную категорию 30-39 лет, 22% респондентов составляют категорию 40-49 лет, 30% анкетированных входят в группу 50-59 лет, оставшиеся 33% составляют возрастную категорию 60-69 лет (Рис. 2).

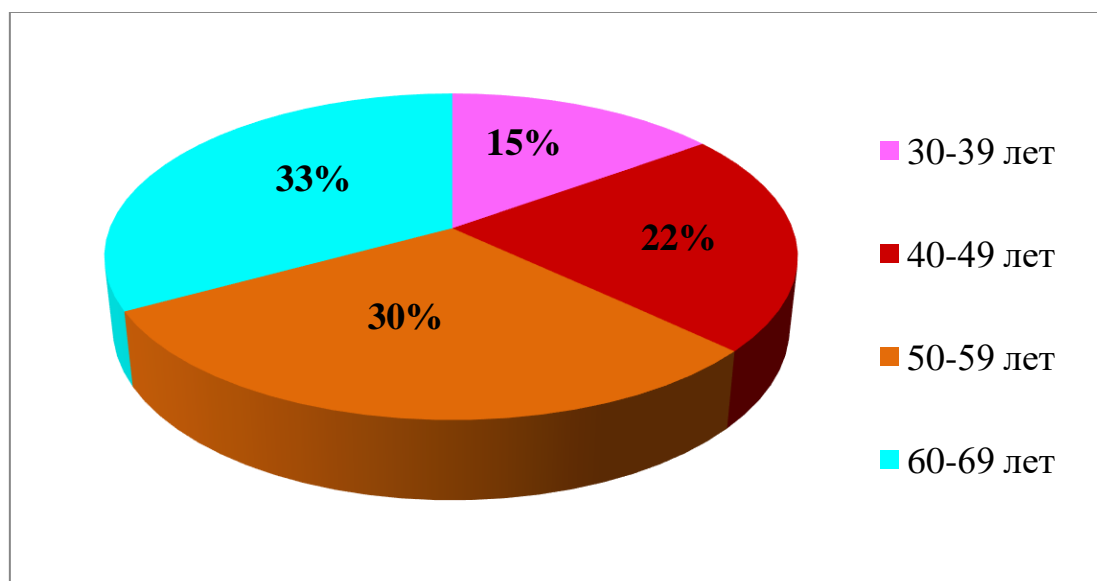


Рис. 2. Возрастная группа

Исследование показало, что больше всего больных проживают в городе (72%), а за городом всего лишь (28%) (Рис. 3).

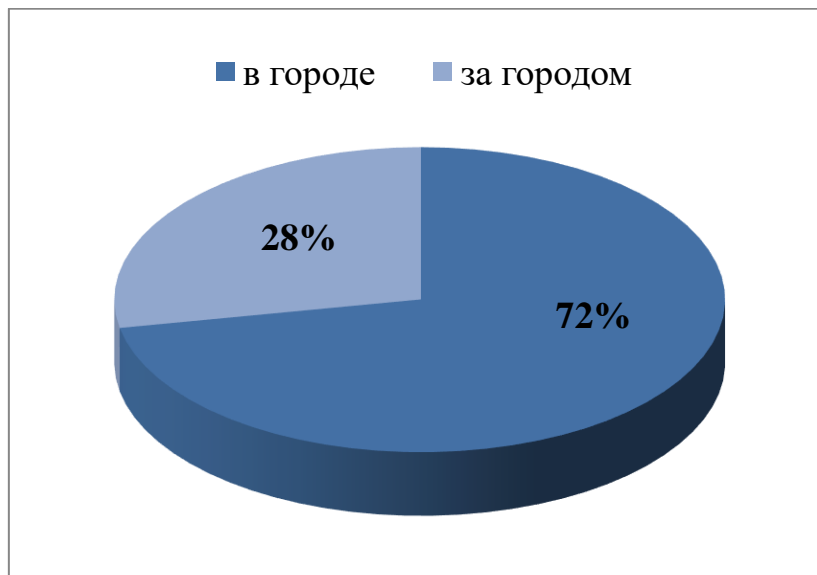


Рис. 3. Проживание в городе или за городом

По результатам нашего исследования, мы выявили, что болевой синдром имеет наибольшую интенсивность в вечернее время суток, в основном после активного рабочего дня (Рис. 4).

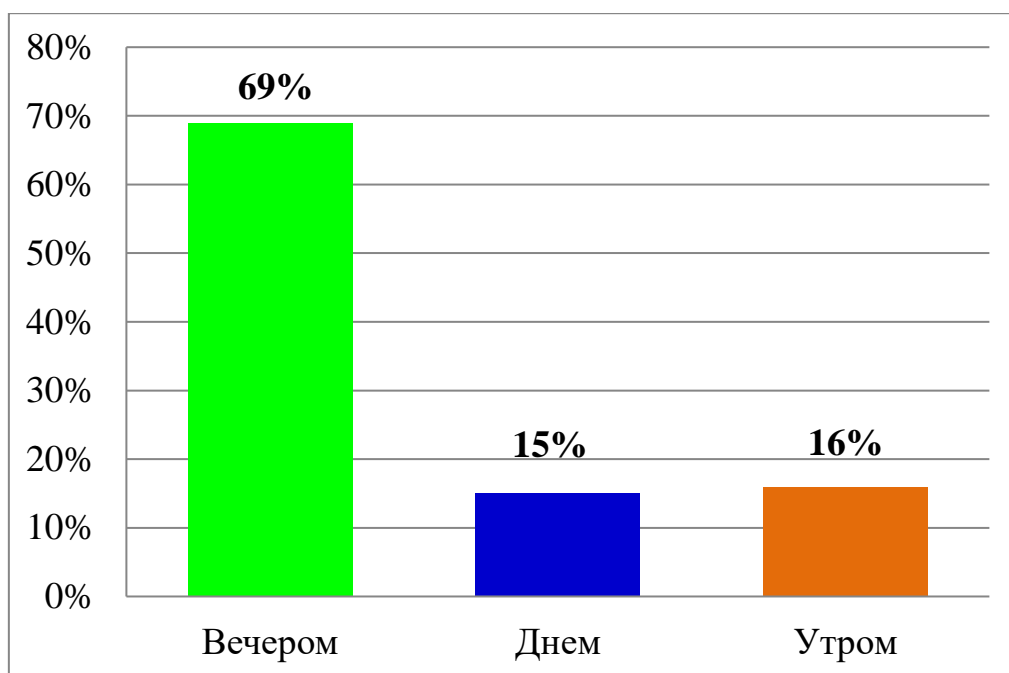


Рис. 4. Ощущение боли

При анализе анкетирования среди наших респондентов были выявлены страдающие проблемой коленного сустава, что составило (26%), пястно-фалангового сустава (24%), тазобедренного сустава (31%), локтевого сустава (19%) (Рис. 5).

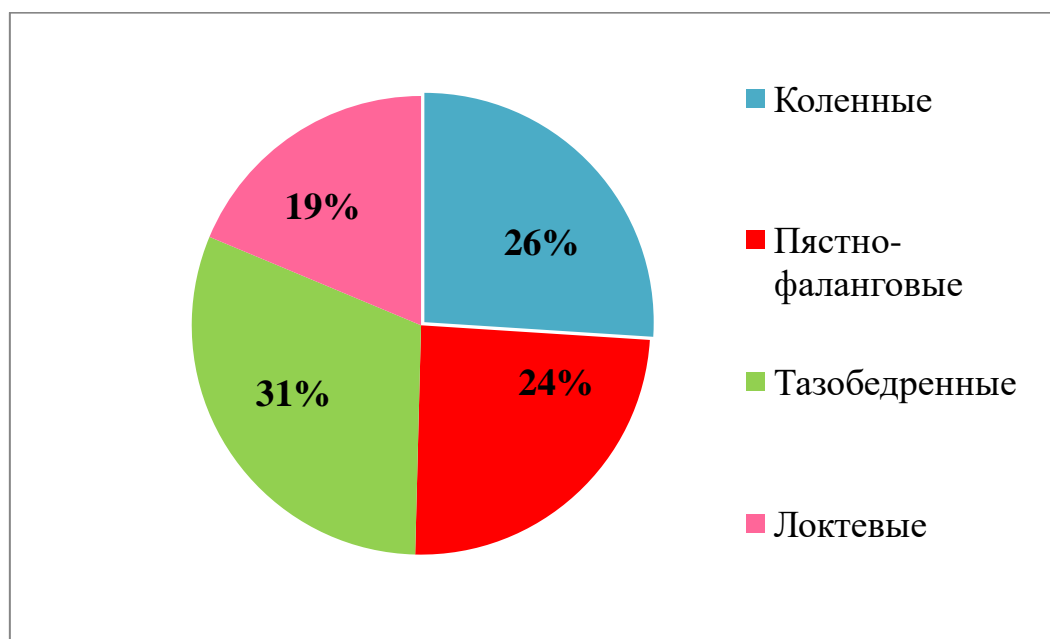


Рис. 5. Боль в суставах

При анализе летучести болей, отмечается чуть больше половины респондентов, что составило (55%) (Рис. 6).

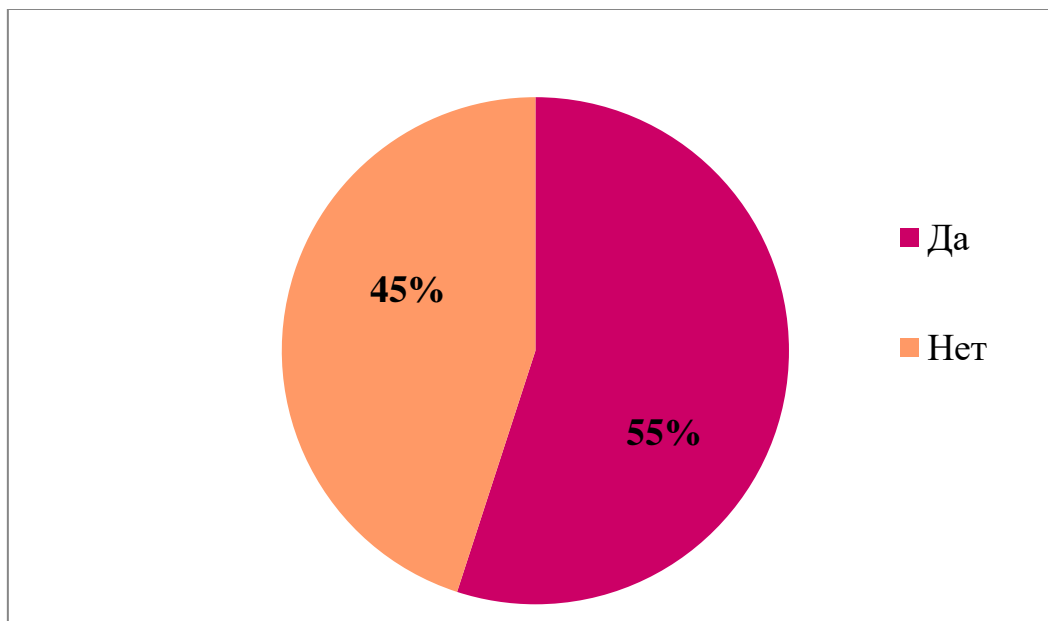


Рис. 6. Летучесть болей

По данным анкетирования мы установили, что боль утихает преимущественно у пациентов принимающих нестероидные противовоспалительные препараты, что составило (68%), а при активных движениях (32%) (Рис. 7).

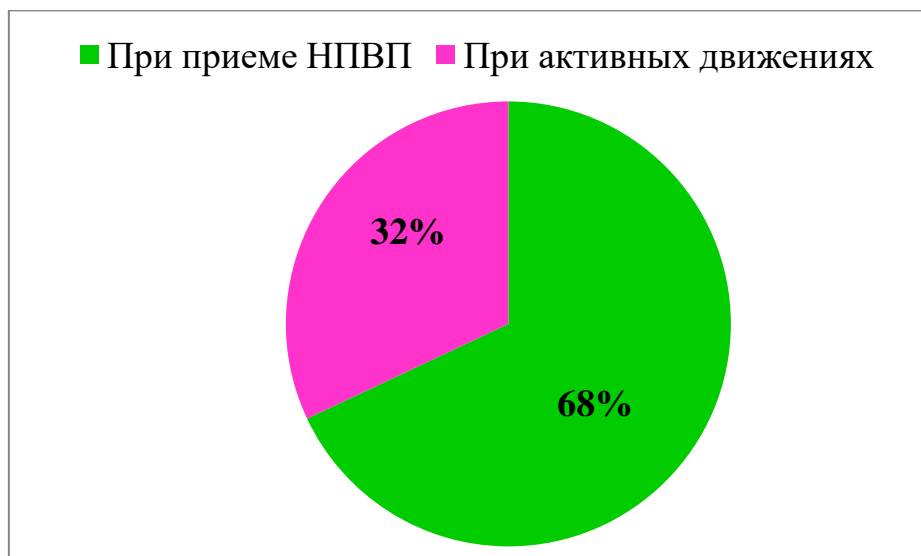


Рис. 7. Утихание болей

По результатам оценки анкетирования, мы установили следующее, что преимущественно пациенты жалуются на ограниченность в суставах, что составило (29%), узелки (26%), повышение температуры (33%), скованность движений (12%) (Рис. 8).

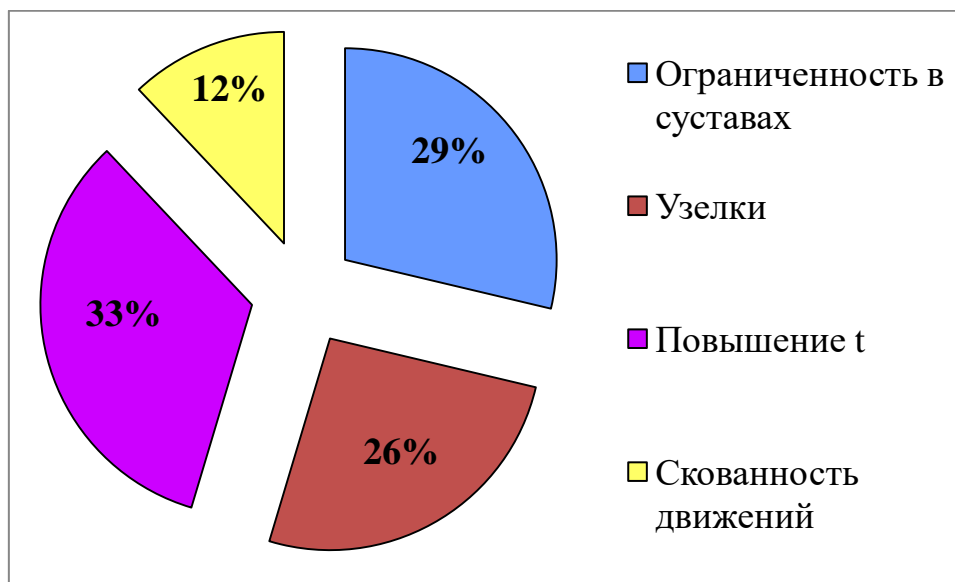


Рис. 8. Жалобы

По результатам исследования мы выявили, что наследственный характер имеют лишь 32% опрошенных нами респондентов (Рис. 9).

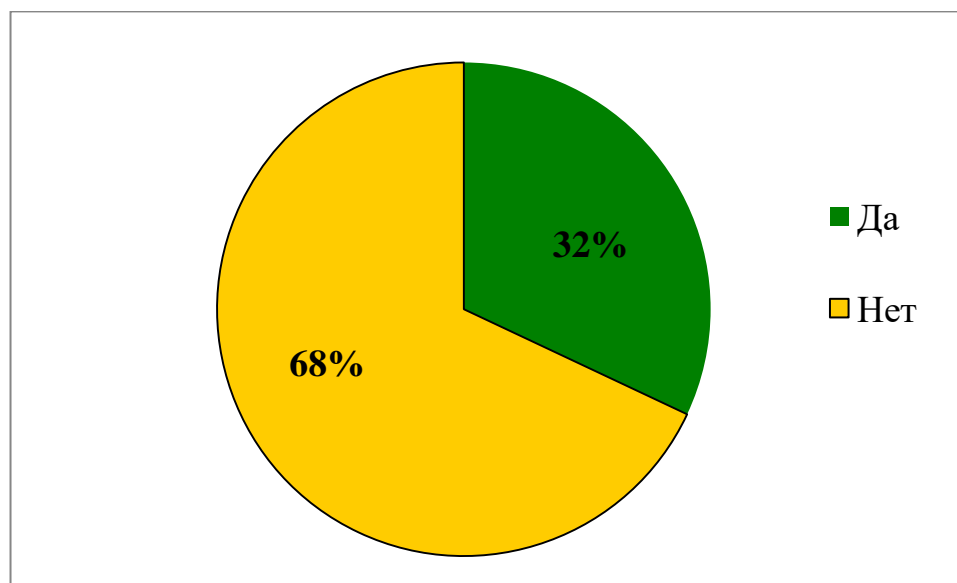


Рис. 9. Наследственность

В ходе исследования мы не увидели особых отличий в пищевом поведении респондентов, примерно в равных долях отмечали повышение аппетита, что составило (36%), снижение аппетита (34%), изменение вкуса (30%) (Рис. 10).

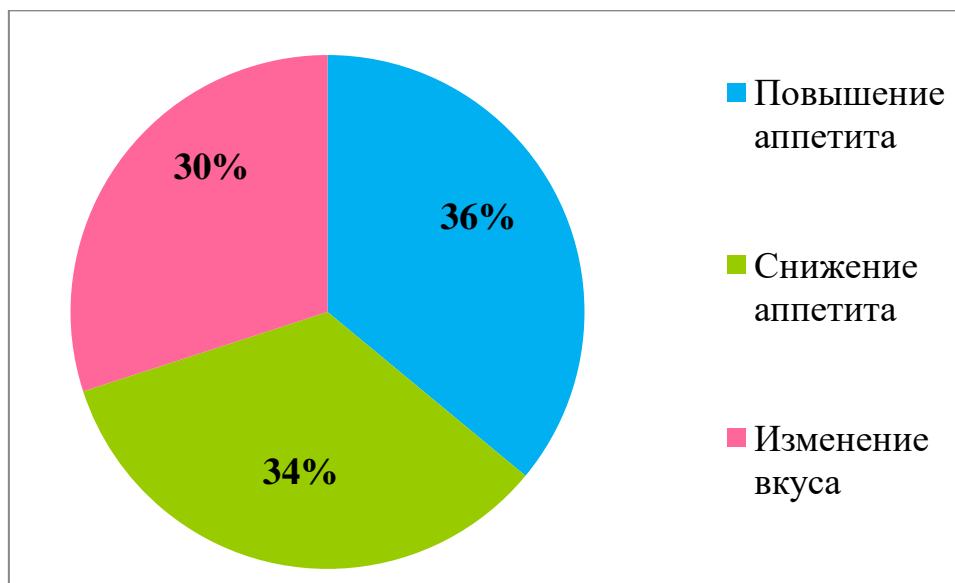


Рис. 10. Питание

Также в ходе проведенного нами исследования мы выявили, что практически у всех пациентов имеется избыточный вес, что составило (78%), нормальный вес (22%) (Рис. 11).

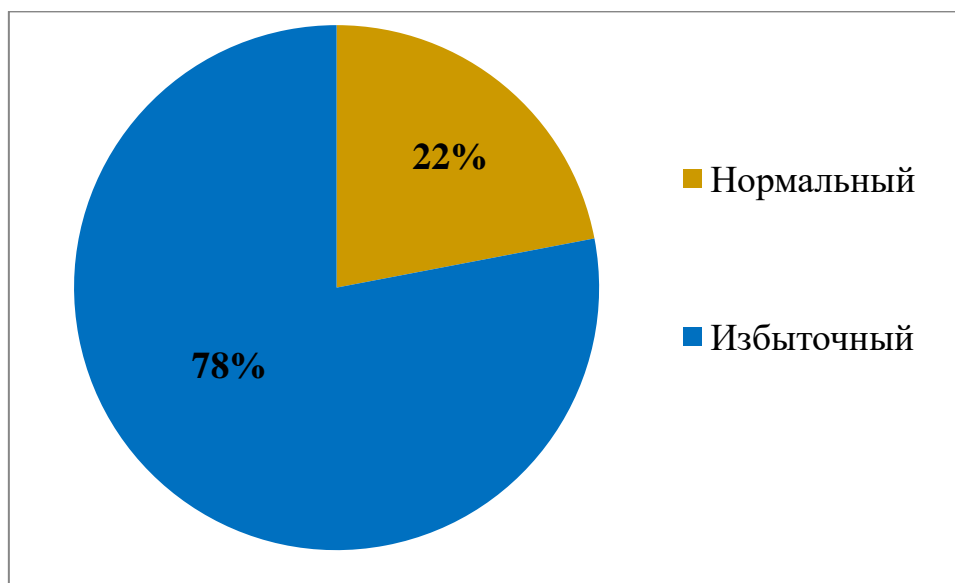


Рис. 11. Вес пациентов

При анализе аналитических данных мы выявили, что более чем у половины респондентов (55%), была травма в молодом возрасте (Рис. 12).

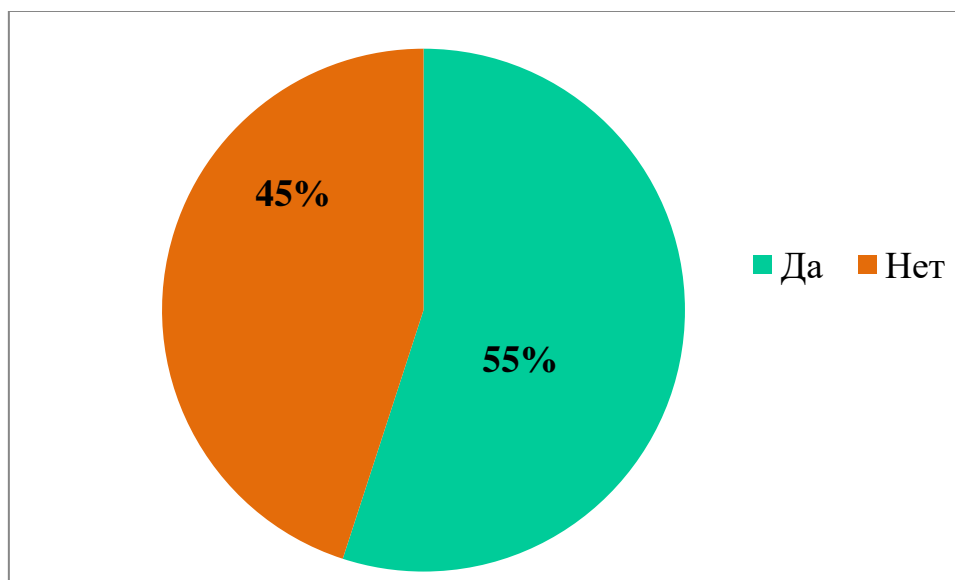


Рис. 12. Травмы

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенного нами исследования было установлено, что на развитие деформирующего остеоартроза огромное влияние оказывают такие факторы риска, как плоскостопие, врожденные деформации суставов, укорочение одной из конечностей, перенесенные ранее травмы, растяжения, повреждения, первичные дегенеративно-дистрофические заболевания (артроз, полиартрит и др.), нарушение обмена веществ, заболевания эндокринной системы.

Таким образом, в клинических рекомендациях сказано, что: «Болевой синдром при остеоартрозе (ОА) может манифестировать на различных стадиях процесса и не зависит от выраженности рентгенологических проявлений. Источники болевых импульсов при остеоартрозе локализуются практически во всех суставных структурах за исключением хряща. Единого, общепринятого метода лечения, позволяющего быстро и максимально полно устранить боль при остеоартрозе, нет. Эффективное управление болью при остеоартрозе требует понимания патофизиологии, тщательной клинической оценки симптоматики и наряду с этим знания фармакологии, особенностей эффективности лекарственных препаратов, применяемых для купирования болевых синдромов» [3].

«Остеоартроз развивается преимущественно в среднем и пожилом возрасте, в молодом возрасте может встречаться после перенесенных травм суставов, воспалительных процессов, у пациентов с врожденной патологией опорно-двигательного аппарата. В большинстве исследований остеоартроз тазобедренного сустава (коксартроз) более чем в 2 раза чаще наблюдается у мужчин, при этом женщины чаще страдают остеоартроз коленного сустава (гонартроз). Хотя развитие остеоартроз и не влияет на жизненный прогноз, заболевание является одной из основных причин преждевременной потери трудоспособности и

инвалидности, хронического болевого синдрома, значительно снижающего качество жизни пациентов.

Медицинский работник должен знать все правила ухода за пациентами, уметь и правильно выполнять лечебные процедуры, ясно и четко представлять действие лекарственных средств на организм больного. Лечение деформирующего остеоартроза зависит от тщательного и правильного ухода, соблюдения режима и диеты.

Очень важное значение имеет и профилактика деформирующего остеоартроза: медицинский работник обучает членов семьи организации режима, питания и рассказывает о профилактическом лечении пациента» [7].

Проведя исследование сделаем следующие выводы:

- деформирующим остеоартрозом страдают преимущественно женщины в возрасте старше 50 лет;
- основным фактором риска при деформирующем остеоартрозе по данным литературы является избыточный вес;
- травмы в анамнезе и тяжелая физическая работа способствуют более быстрому прогрессированию деформирующего остеоартроза;
- по нашим исследованиям среди поражения периферических суставов на первом месте стоят коленные суставы, на втором у женщин - деформирующий остеоартроз дистальных межфаланговых суставов кистей;
- реабилитация больных на ранней стадии развития заболевания может дать хорошие результаты, особенно это относится к функции сустава;
- эффективным средством лечения деформирующего артроза является лечебная гимнастика.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Заболотных, И.И. Особенности деформирующего остеоартроза в пожилом и старческом возрасте [Текст]: // Болезни суставов в пожилом возрасте / И.И. Заболотных, В.А. Заболотных. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 46 с.
2. Зайцева Е.М., Алексеева Л.И. Причины боли при остеоартрозе и факторы прогрессирования заболевания (обзор литературы) [Текст] / Е.М. Зайцева, Л.И. Алексеева // Научно-практическая ревматология. – 2018. № 1. С. 50-57.
3. Зайцева, Е.М. Причины боли при остеоартрозе и факторы прогрессирования заболевания [Текст] / Е.М. Зайцева. – М.: Медицина, – 2015. – 115 с.
4. Калягин, А.Н. Использование фонофореза Фастумгеля при заболеваниях мягких тканей в ревматологической практике [Текст] / А.Н. Калягин, О.В. Антипова, Ю.А. Горяев и др. // Боль и паллиативная помощь. – Новосибирск, – 2017. – С. 100-102.
5. Кононов, А.Б. Динамика функциональных показателей у больных с заболеваниями крупных суставов нижней конечности в процессе реабилитации [Текст] / А.Б. Кононов // Реабилитация больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата : сб. научн. тр. – Иваново. – 2015. – С. 63-66
6. Королева, С.В. Остеоартроз. Этиология и патогенез. Диагностика и лечение [Текст] : учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / С.В. Королева, С.Е. Львов. – Иваново, – 2015. – 96 с.
7. Кропотина, И.Е. Ревматология [Текст] : Российские клинические рекомендации / И.Е. Кропотина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, – 2017. – 355 с.

8. Майко, О.Ю. Оценка эффективности терапии с использованием препарата хондроитина сульфата у больных остеоартрозом в амбулаторных условиях [Текст] / О.Ю. Майко // Лечащий врач – 2019 – № 4 – С. 32-38.
9. Насонова, В.А. Остеоартроз коленного сустава: причины развития, диагностика, профилактика [Текст] / В.А. Насонова. // Consilium medicum. – 2015 – Т.5. №2. – С. 90-95.
10. Насонова, Е.Л. Ревматология [Текст] : Российские клинические рекомендации / Е.Л. Насонова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 252 с.
11. Пустозёров, В.Г. Роль городского ревматологического центра в проведении многоцентрового эпидемиологического исследования по изучению ревматических заболеваний. [Текст] / В.Г. Пустозеров, Ю.А. Горяева // Современные проблемы ревматологии – Иркутск, 2016. – С. 50-53.
12. Реуцкий, И.А. Физическая диагностика заболеваний суставов, мышц, фасций и сухожилий [Текст] / И.А. Реуцкий. – М.: ТЕИС, 2017. – 220 с.
13. Чепой, В.М. Диагностика и лечение болезней суставов [Текст] / В.М. Чепой. – М.: Медицина, 2016. – 304 с.
14. Шупин, М.И. Диагностика и лечение болезней суставов [Текст] / М.И. Шупин. – М.: Медицина, 2018. – 304 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Добрый день!

Мы проводим опрос, на основе которого будет выполнена выпускная квалификационная работа.

Вы были отобраны для участия в опросе по специальной статистической процедуре, поэтому важно, чтобы именно Вы, а не кто-то другой ответил на наши вопросы. Ваши ответы, вместе с ответами многих других людей, будут использованы лишь в обобщенном виде после обработки на компьютере. Анкета полностью анонимная – свою фамилию указывать не надо.

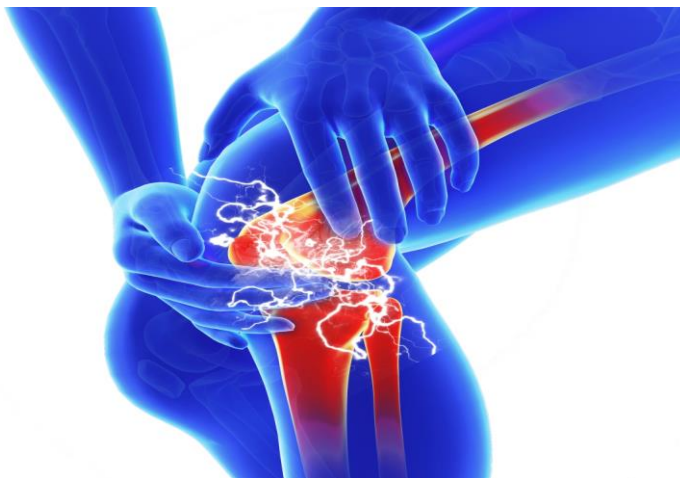
Заранее благодарим Вас за уделенное нам время и за ответы на интересующие нас вопросы!

Анкета №		Дата:
Где проживаете (просто укажите город, или село и в каком районе)		
Вес		Рост
Группа крови		Резус Фактор
Ваш возраст лет		
№ п/п	Вопрос	Ответ
1.	Ощущаете ли вы усиление болей в суставах в ночное время, между тремя и пятью часами утра?	1 – нет 2 – да
2.	Чувствуете ли вы по утрам, сразу после пробуждения, скованность во всем теле и суставах, которая не проходит в течение часа и более?	1 – нет 2 – да
3.	Отмечаете ли вы у себя воспаление и припухание пястно-фаланговых суставов, то есть суставов, находящихся в основании пальцев рук (выпирающие косточки согнутого кулака)?	1 – нет 2 – да
4.	Имеется ли у вас воспаление и припухание лучезапястных суставов?	1 – нет 2 – да
5.	Заметили ли вы, что ваши пальцы стали похожи на сосиски, покраснев и припухнув от основания до самого кончика?	1 – нет 2 – да
6.	Носит ли воспаление ваших суставов "летучий" характер, когда воспаление одних суставов проходит без следа, но сразу вслед за этим воспаляются другие суставы и т.д.?	1 – нет 2 – да
7.	Бывают ли у вас приступы сильнейшей боли в суставах больших пальцев рук или ног или в коленных суставах, сопровождающиеся их припуханием и явным покраснением, которые возникают без причины и также внезапно	1 – нет 2 – да

	исчезают через 3-7 дней, а затем вновь регулярно повторяются примерно через одинаковые промежутки времени?	
8.	Уменьшаются ли боли в суставах от активных движений?	1 – нет 2 – да
9.	Быстро ли ликвидируют боль в суставах нестероидные противовоспалительные препараты? (Отвечать "да" надо в том случае, если препараты этой группы устраняют боль практически полностью.)	1 – нет 2 – да
10.	Ощущаете ли вы явную ограниченность движения в поясничном отделе позвоночника и невозможность наклониться в обе стороны - вправо или влево или повернуть тело в одну из сторон?	1 – нет 2 – да
11.	Имеются ли у вас в области локтей под кожей плотные узелки размером с горошину?	1 – нет 2 – да
12.	Отмечали ли у вас у себя повышение температуры до 37°C и выше на протяжении более 4-х недель?	1 – нет 2 – да
13.	Страдаете ли вы от воспаления глаз, зуда или ощущения "песка" в глазах?	1 – нет 2 – да
14.	Болеете ли вы или ваши ближайшие родственники кожной болезнью псориазом?	1 – нет 2 – да
15.	Появилась ли у вас за время болезни явная слабость?	1 – нет 2 – да
16.	Отмечаете ли вы, что за последние полгода, год резко похудели, притом, что ваше питание не изменилось?	1 – нет 2 – да
17.	Произошло ли у вас за время болезни резкое снижение аппетита или явное изменение пристрастий в питании?	1 – нет 2 – да
18.	Часто ли у вас бывает озноб?	1 – нет 2 – да
19.	Часто ли вы ощущаете, что пот льет с вас градом?	1 – нет 2 – да
20.	Бывают ли у вас аномальные выделения из половых путей?	1 – нет 2 – да
21.	Предшествовало ли началу болезни длительное нарушение деятельности кишечника (речь идет только о жидком стуле)?	1 – нет 2 – да
22.	Имеется ли у вас воспаление и зуд кожи ступней ног, сопровождающееся образованием на ней пузырей и покраснения?	1 – нет 2 – да

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Что такое остеоартроз?



Остеоартроз (ОА) – самое частое заболевание среди болезней опорно-двигательного аппарата. По данным Всемирной Организации Здравоохранения остеоартрозом болеет 4% населения земли. В 10% случаев он приводит к инвалидности. Остеоартроз - не болезнь «изнашивания» суставов, а состояние, при котором происходит нарушение процессов восстановления и разрушения суставных тканей, прежде всего гиалинового хряща и прилегающей к нему кости. Разрушение хряща происходит по разным причинам: вследствие нарушения обмена веществ, травм, профессиональных или спортивных перегрузок суставов. Хрящ теряет способность удерживать влагу, сохранять упругость и эластичность. Первый признак этого - хруст в суставах. Удерживают влагу в хряще особые вещества, к которым относится хондроитинсульфат. Хондроитинсульфат бывает двух типов: ХС 4 и ХС 6 ХС 4 типа преобладает в «молодом» хряще и способен

удерживать на себе большее количество молекул воды. Чем старше мы становимся, тем меньше у нас содержание ХС 4 типа и больше содержание ХС 6 типа.

Аналогичные изменения происходят и в позвоночнике. При остеохондрозе (ОХ) межпозвонковые диски («прокладки» между позвонками) теряют до 50% хондроитинсульфата. Исчезает гибкость в позвоночнике, на смену этому приходят: хруст, утренняя скованность, «усталость, слабость» и боль в спине, которую мы замечаем при длительном пребывании в одном положении (долгое сидение за компьютером, за рулем автомобиля, работа стоя у прилавка магазина). При повышенной нагрузке на позвоночник (садово-огородные работы, перенос тяжестей, генеральная уборка квартиры) в межпозвонковых дисках появляются трещинки, разрушения. Как результат - приступ острой боли, ущемление нервов и сосудов, проходящих по ходу позвоночника, образование межпозвонковых грыж.

Почему развивается остеоартроз?

Остеоартроз (ОА) развивается в результате взаимодействия различных внутренних (возраст, женский пол, дефекты развития, наследственная предрасположенность) и внешних факторов.

Выделяют две основные формы остеоартроза: первичный и вторичный. Вторичный остеоартроз развивается на фоне травм суставов (бытовых: шел, поскользнулся, упал, ударился), профессиональных (у шахтеров при работе с отбойным молотком развивается остеоартроз плечевого сустава), спортивных (остеоартроз коленных и голеностопных суставов у футболистов и хоккеистов) и целого ряда заболеваний (ревматоидный артрит, подагра).

В отличие от вторичного остеоартроза (ОА), вызванного травмой или заболеванием, первичный ОА развивается после 45 лет. Страдают суставные хрящи и подлежащие костные ткани коленей, кистей рук, первый палец стопы, тазобедренные суставы и позвоночник. Женщины чаще мужчин страдают остеоартрозом, особенно после наступления менопаузы. Наличие избыточного веса у представительниц прекрасного пола способствует развитию артроза коленных суставов в четыре раза чаще, чем у женщин с нормальным весом.



Как проявляется остеоартроз?

А прежде всего проявляется болями в суставах и только затем, постепенно, развивается ограничение движений (тугоподвижность, скованность). В начале заболевания человек ощущает легкий дискомфорт в суставе при ходьбе, но не обращает на это внимание (в течение длительного бессимптомного периода). Далее боль возникает при движении и/или физической нагрузке на сустав. В покое боль проходит. Иногда интенсивность боли меняется в зависимости от температуры, влажности воздуха и атмосферного давления (которое оказывает влияние на давление в полости сустава). Постепенно, по мере прогрессирования ОА, боль усиливается, может возникать при изменении положения тела, при вставании со стула, ходьбе по лестнице. Ночные боли свидетельствуют о присоединении воспалительного компонента.

Болевой синдром при остеоартрозе (ОА) имеет некоторые особенности в зависимости от локализации поражения. Так, при остеоартрозе коленного сустава боль обычно ограничивается передней и средней областью коленного сустава и верхней частью голени; усиливается при ходьбе, спуске вниз по лестнице. При остеоартрозе тазобедренного сустава боль локализуется в паховой области, может распространяться на ягодицу, переднебоковую поверхность бедра, в колено или голень. Нередко боль локализуется только в области колена, но в отличие от боли при остеоартрозе коленного сустава, носит диффузный характер, уменьшается после растирания, и возникает при движении, но не в коленном, а в тазобедренном суставе.

При остеоартрозе (ОА) возникает ощущение скованности (тугоподвижности

сустава). Чаще всего скованность человек замечает утром после пробуждения, после некоторого периода неподвижности сустава (сидение на стуле), длится она недолго: от нескольких минут до получаса. Возможно кратковременное припухание пораженного сустава, что связано с присоединением воспаления. Боль при этом усиливается, особенно ночью. При прогрессировании заболевания суставы деформируются. Это хорошо видно при поражении суставов кистей, когда образуются узелки (костные разрастания) в области суставов. Боль и деформации суставов ограничивают двигательную активность человека.



Больные суставы надо защищать от перегрузки

Этого можно добиться использованием специальных приспособлений и правильно подобранной обуви.

Обувь. Следует носить обувь на низком, широком каблуке с мягкой эластичной подошвой. Такая подошва позволяет гасить «удар», который травмирует хрящ, распространяясь по ноге во время ходьбы. Обувь должна быть достаточно широкой и мягкой сверху.

Дополнительные приспособления. При остеоартрозе коленных суставов рекомендуется ношение наколенников, которые фиксируют суставы, уменьшают их нестабильность, замедляют прогрессирование заболевания. Для уменьшения статической нагрузки рекомендуется хождение с палочкой (трость), которая почти на 50% уменьшает нагрузку на тазобедренный сустав. Трость нужно держать в руке, противоположной пораженному суставу. При двустороннем тяжелом поражении тазобедренных или коленных суставов рекомендуется хождение с помощью костылей канадского типа. При наличии плоскостопия следует носить обувь со вставленными внутрь супинаторами (специальные стельки, которые поддерживают свод стопы, тем самым снижая нагрузку на сустав).

Физиотерапия. Дополнительные методы лечения (магнитотерапия, ультразвук, лазеротерапия) назначаются врачом-физиотерапевтом при отсутствии противопоказаний. Так, иглорефлексотерапия помогает расслабить напряженные мышцы вокруг сустава, способствует уменьшению боли; массаж снимает болезненный спазм мышц и улучшает кровообращение в суставе (массаж

используется только вне обострения, причем массируется не сам сустав, а окружающие его ткани).

Физическая активность полезна

При артрозе суставов ног не рекомендуются, бег, прыжки и приседания, быстрая ходьба, особенно подъем в гору, перенос тяжестей и участие в соревнованиях. Так как при таком виде физических нагрузок на суставы действует сила, превышающая вес тела, что усугубляет нагрузку на уже измененный хрящ.

Ходьба в спокойном темпе, плавание, велосипедные и лыжные прогулки, гимнастика и лечебная физкультура. Для пациентов с остеоартрозом - плавание - оптимальный вид физической нагрузки и лучший вид занятий спортом. В воде объем движений в суставах максимальный, а нагрузка весом минимальна. Если Вы не умеете плавать - занимайтесь в группе аквааэробики: под музыку, весело, в коллективе!

Полезны велосипедные прогулки. Езда на велосипеде не только улучшает кровообращение в суставах, поддерживает мышечный тонус, но и дает положительный эмоциональный настрой. Следует избегать езды по неровной местности, если Вы неуверенно держитесь на велосипеде, так как падения и ушибы ничего полезного не принесут. Безопасный путь - занятия на велотренажере. Для начала достаточно 15-20 мин. тренировки, потом продолжительность занятий можно увеличить до 40 мин.

Зимой чаще ходите на лыжные прогулки. Полезна ходьба на лыжах в

спокойном ритме: за счет скольжения нагрузка весом уменьшается, улучшается насыщение крови кислородом, укрепляются мышцы и суставы.

Пациентам с остеоартрозом необходимы регулярные занятия лечебной физкультурой (ЛФК), проводимой с учетом определенных правил для больных ОА. Физические упражнения должны проводиться в положении сидя, лежа, в бассейне, без статических нагрузок (в положении стоя).

Главный принцип ЛФК - частое повторение упражнений в течение дня

Не надо делать гимнастику, преодолевая боль. Выполнять упражнения нужно медленно, плавно, постепенно увеличивая нагрузку. Заниматься гимнастикой необходимо не менее 30-40 минут в день, по 10-15 минут, несколько раз в течение дня.

При ОА коленных суставов основными являются упражнения, способствующие укреплению мышц бедра (например, поднять выпрямленную ногу в положении лежа на спине и удерживать ее несколько секунд); упражнения, направленные на увеличение объема движений («велосипед»); упражнения, способствующие улучшению общего аэробного состояния мышц (ходьба по ровной местности в умеренном темпе). Начинать ходить следует с расстояния, которое не вызывает боль, и постепенно увеличивать продолжительность ходьбы до 30-60 минут пять - семь дней в неделю. Такие прогулки будут дополнительно способствовать снижению веса тела.

Пациентам с выраженной болью в суставах и контрактурами необходима

консультация специалиста ЛФК для составления индивидуальной программы занятий.

