

Профессор, д. м. н. Шостак Н. А., к. м. н. Правдюк Н. Г.

ОСТЕОАРТРОЗ

школа пациента



методические материалы для врачей

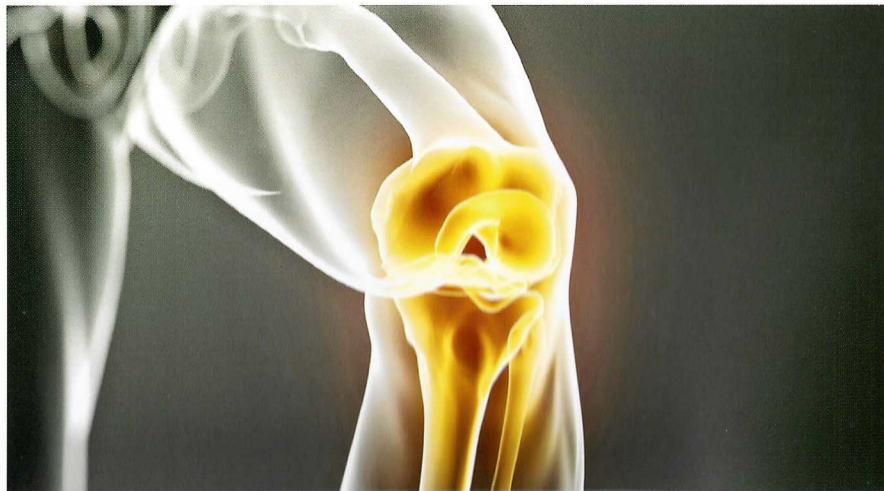


ЧТО ТАКОЕ ОСТЕОАРТРОЗ?

Остеоартроз (ОА) — хроническое прогрессирующее заболевание, в основе которого лежит, в первую очередь, разрушение суставного хряща. В последующем присоединяется поражение других компонентов сустава — кости, оболочки сустава, связок, капсулы, мышц. Врачи называют ОА еще «дегенеративной болезнью суставов», или «артрозом». В последнее время всё чаще подчеркивается и участие воспаления в развитии ОА, поэтому применяется термин «остеоартрит».

ОА — наиболее распространённое заболевание суставов, встречающееся более, чем у 20% населения земного шара. ОА развивается у каждого третьего пациента в возрасте от 45 до 64 лет и у 60–70% — старше 65 лет, причём соотношение мужчин и женщин составляет 1:3, а при ОА тазобедренных суставов — 1:7. Однако ОА — это не только болезнь пожилых людей, иногда он развивается и в возрасте 30–40 лет.

В основе развития ОА лежит несоответствие между механической нагрузкой, падающей на суставную поверхность хряща, и его способностью противостоять нагрузке. В результате суставной хрящ испытывает постоянную перегрузку, становится сухим, тусклым с шероховатой поверхностью и со временем истончается. «Слабость суставного хряща» обусловлена либо недостаточным образованием, либо усиленным распадом хрящевой ткани.



ПРИЧИНЫ И ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ РАЗВИТИЮ ОСТЕОАРТРОЗА

Выделяют первичный ОА, при котором причина заболевания не определяется, а имеется ряд факторов, способствующих развитию ОА. Вторичный ОА развивается в результате воздействия ряда причин, например, травм. Синдром гипермобильности (избыточной подвижности суставов), эндокринные заболевания (сахарный диабет, снижение функции щитовидной железы), нарушение статики суставов (плоскостопие, искривление ног, сколиоз) также приводят к развитию вторичного ОА.

Среди **факторов, способствующих развитию ОА**, выделяют возраст, женский пол, генетическую предрасположенность, снижение уровня женских половых гормонов (дебют заболевания часто приходится на начало менопаузы), профессиональные и спортивные нагрузки, избыточный вес, операции на суставах, нарушения развития костей, участвующих в образовании сустава.

Некоторые виды профессий и занятия профессиональным спортом сопровождаются подъёмом тяжестей, длительным пребыванием на ногах, часто повторяющимися стереотипными движениями, нагружающими одни и те же суставы, в результате чего происходит травматизация суставного хряща и его истончение.

Например, фермеры могут страдать ОА тазобедренных суставов, строители — ОА тазобедренных и коленных суставов, парикмахеры, повара и продавцы — ОА коленных суставов, музыканты (пианисты, скрипачи) — ОА локтевых суставов и суставов кистей, лица, занимающиеся профессионально футболом, подвержены ОА тазобедренных, коленных и голеностопных суставов, у штангистов поражаются коленные суставы, у легкоатлетов страдают коленные и тазобедренные суставы, у спортсменов, занимающихся большим теннисом, может развиваться ОА плечевых и локтевых суставов.



СИМПТОМЫ



КАКИЕ СУСТАВЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ?

Учитывая связь развития ОА с избыточной физической нагрузкой, наиболее часто поражаются «опорные суставы» — тазобедренные и коленные. Кроме того, в процесс вовлекаются и суставы кистей — межфаланговые суставы, пястно-фаланговые суставы, первый запястно-пястный сустав, суставы стоп — первый плюсне-фаланговый сустав.

КАКОВЫ ИЗМЕНЕНИЯ В СУСТАВЕ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ?

Нарушения в хряще при ОА развиваются вследствие недостатка строительных макромолекул, а именно **протеогликанов**. Дефицит протеогликанов, ответственных за формирование прочного хряща, обусловлен неполноценным их синтезом поврежденными клетками хряща — хондроцитами. Здоровые хрящи содержат воду в значительном количестве, а хрящ при ОА без достаточного количества протеогликанов имеет её гораздо меньше, что уменьшает устойчивость хряща к механическому воздействию. В результате хрящ становится менее гомогенным, расслаивается, истончается. При этом другие структуры сустава (кость, капсула, связки) также страдают. Кость, лежащая под хрящом, начинает испытывать возросшую нагрузку, становится более грубой, уплотняется, формируется **зона субхондрального склероза**. Одновременно в краевых отделах хряща происходит компенсаторное разрастание хряща с последующим его окостенением — **образование остеофитов**. В участках обнажившейся костной ткани синовиальная жидкость под воздействием силы тяжести проникает в кость, образуя кисты. В суставе возникает воспаление — синовит с последующим утолщением синовиальной оболочки. Капсула сустава уплотняется, ограничивается подвижность сустава, атрофируются мышцы, окружающие сустав, на фоне сниженного объёма движений.



СИМПТОМЫ

КАК ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОСТЕОАРТРОЗ?

ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ ОА ЯВЛЯЮТСЯ:

- 1) Боль в суставах.
- 2) Ограничение движений.
- 3) Утренняя скованность менее 30 минут.
- 4) Хруст в суставах при движении.
- 5) Припухлость или деформация суставов.
- 6) Неустойчивость/нестабильность.
- 7) Нарушение функции суставов.

Ведущим клиническим симптомом ОА является **боль в суставах**. Источником боли могут быть синовиальная оболочка, капсула сустава, периартикулярные связки, периартикулярные мышцы (при их спазме), надкостница и субхондральная кость. Боль носит неоднородный характер и имеет разнообразные механизмы возникновения.

ТИПЫ БОЛИ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

- ▶ **«Механический» тип** характеризуется возникновением боли под влиянием дневной физической нагрузки и стиханием за период ночного отдыха, что связано со снижением амортизационных способностей хряща и костных подхрящевых структур. Это самый частый тип болей при ОА.
- ▶ **Непрерывные тупые ночные боли** чаще развиваются в первой половине ночи, связаны с венозным застоем в субхондральной спонгиозной части кости и повышением внутрикостного давления.
- ▶ **«Стартовые» боли** кратковременные (15–20 минут), возникают после периодов покоя и проходят на фоне двигательной активности. «Стартовые» боли обусловлены трением суставных поверхностей, на которых оседают фрагменты разрушенной хрящевой ткани.
- ▶ **Постоянные боли** обусловлены рефлекторным спазмом близлежащих мышц, а также развитием реактивного воспаления в полости сустава.
- ▶ **«Блокадная» боль** — внезапно возникающая резкая боль, блокирующая движения в суставе, обусловленная наличием в суставной полости крупного костного или хрящевого фрагмента, получившего название «суставной мыши», с периодическим ущемлением его между суставными поверхностями.

При наличии воспаления в полости сустава, помимо боли в суставе (как при движении, так и в покое) характерны утренняя скованность, припухлость сустава, повышение кожной температуры. По мере прогрессирования заболевания воспаление в полости сустава развивается всё чаще. Постепенно происходит деформация и тугоподвижность суставов. На ранней стадии ОА нарушения функции сустава обусловлены болью и рефлекторным спазмом мышц. На поздних стадиях на снижение объёма движений влияют сухожильно-мышечные контрактуры, остеофиты и нарушения сопоставимости суставных поверхностей.

Клиническая картина ОА определяется конкретным суставом, вовлечённым в болезнь. Наиболее значимыми формами ОА являются гонартроз — поражение коленного сустава и коксартроз — поражение тазобедренного сустава.

Остеоартроз тазобедренных суставов (коксартроз) — наиболее частая и тяжёлая форма ОА. Первые клинические симптомы (боль, ограничение объёма движений) появляются при отсутствии рентгенологических изменений сустава, они обусловлены мышечным спазмом. Постепенно нарастает ограничение объёма движений в суставе. Коксартроз приводит к изменению походки — вначале прихрамывание, затем укорочение конечности и хромота. При двустороннем поражении формируется «утиная походка».

Остеоартроз коленных суставов (гонартроз) — вторая по частоте локализация ОА. Основным симптомом является боль механического типа, возникающая при ходьбе и особенно при спуске или подъёме по лестнице. Боли локализуются в передней или внутренней частях коленного сустава и могут распространяться на голень. Появляется ощущение «подкашивания ног». Движения в коленных суставах уменьшаются в основном при сгибании. Уменьшение разгибания в коленных суставах наблюдается при длительном течении болезни.

Остеоартроз дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кисти (узелки Гебердена и Бушара) — третья характерная локализация остеоартроза. Плотные, величиной с горошину, иногда болезненные, обычно множественные узелки встречаются чаще у женщин в период менопаузы на пальцах кистей. Они обусловлены костными краевыми остеофитами.

Типичными симптомами ОА кистей являются боли в кистях, незначительная скованность одного или нескольких суставов по утрам или в состоянии покоя у людей старше 40 лет. Симптомы ОА кистей имеют, как правило, периодический характер. Обычно поражаются дистальные или проксимальные межфаланговые суставы, пястно-фаланговый сустав (ПФС) большого пальца, а также указательный и средний ПФС. При поражении мелких суставов кистей «мелкие» движения могут быть затруднены.

Остеоартроз голеностопного сустава — обычно посттравматического происхождения, обуславливает нарушение ходьбы, деформацию сустава.

Остеоартроз первого плюснефалангового сустава — как правило, двусторонний, большей частью обусловлен плоскостопием, возможно, травмой, профессиональными факторами. Основные симптомы: болезненность и ограничение подвижности большого пальца стопы, затруднения при ходьбе, отклонение пальца в наружную сторону (hallux valgus), деформация сустава (за счет остеофитов). Поражённый сустав часто травмируется (неудобной обувью), может возникать воспаление околосуставной сумки (бурсит).

Остеоартроз запястного-пястного сустава большого пальца кисти наблюдается обычно у женщин в периоде климакса, чаще двусторонний, проявляется болями по внутреннему краю запястья при движениях большого пальца. Одновременно отмечается ограничение движений большого пальца и хруст. Выраженная стадия заболевания приводит к значительной деформации кисти.

Остеоартроз локтевого сустава — имеются боли при движении в суставе, возможно, некоторое ограничение подвижности (преимущественно разгибание сустава), что обусловлено значительными костными разрастаниями вокруг суставной поверхности локтевой кости.

Остеоартроз плечевого сустава сопровождается болезненным ограничением отведения плеча в сторону. При движениях в плечевом суставе отмечается хруст. Плечевой артроз первичный бывает очень редко, чаще это вторичный остеоартроз.

ЧТО НЕОБХОДИМО ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОАРТРОЗА?

Диагноз ставится на основании характерной картины заболевания, однако обязательно учитываются лабораторные и инструментальные данные.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ

Показатели в клиническом анализе крови практически не изменяются, однако в некоторых случаях может быть незначительное повышение уровня СОЭ.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Рентгенография остается наиболее простым и общедоступным методом исследования суставов, позволяющим провести оценку анатомических изменений структуры костей при ОА. Хрящ при рентгенографии не визуализируется, однако показателем его истончения является сужение щели между сочленяющимися костями, участвующими в образовании сустава. Рентгенография позволяет определить стадию заболевания. Несмотря на огромное значение рентгенографического метода в диагностике ОА, его чувствительность на ранних стадиях ограничена.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) является одним из самых современных методов исследования, позволяющих визуализировать практически все структуры сустава. МРТ обеспечивает контрастность в изображении хрящевого слоя, позволяет идентифицировать поверхностные изменения различных размеров и отклонения в обмене веществ.

В последние годы все большее значение приобретает **артроскопия — инвазивный хирургический диагностический метод**, позволяющий детально изучить хрящ и уточнить диагноз с помощью проведения прицельной биопсии. Артроскопия может нести и лечебную функцию: в ходе процедуры очищается хрящ от разрушенных воспалённых элементов, удаляется воспалительная жидкость, полость сустава промывается физиологическим раствором, на фоне проведённых мероприятий наступает облегчение симптомов заболевания.

КАК ЛЕЧИТЬ ОСТЕОАРТРОЗ?

Лечебные мероприятия при ОА включают:

- 1) Механическую разгрузку поражённых суставов.
- 2) Купирование боли и воспаления.
- 3) Предотвращение прогрессирования заболевания.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

- 1) Лечение должно начинаться как можно раньше (желательно на I и II стадиях заболевания).
- 2) Лечение должно быть комплексным.
- 3) В комплекс лечебных мероприятий должны обязательно входить препараты, улучшающие обменные процессы хрящевой ткани.

В соответствии с рекомендациями Европейской антиревматической Лиги больным ОА показано сочетание лекарственных и нелекарственных методов лечения.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ▶ Посещение школ для пациентов по ОА.
- ▶ Коррекция двигательных стереотипов.
- ▶ Лечебная физкультура (ЛФК), плавание.
- ▶ Снижение избыточной массы тела.
- ▶ Ортопедическая коррекция — использование специальных приспособлений, ортезов (наколенников, ортопедических стелек и др.).
- ▶ Физиотерапия.
- ▶ Иглорефлексотерапия.
- ▶ Массаж.
- ▶ Бальнеотерапия (сульфидные, радоновые ванны и т. д.).

ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗКУЛЬТУРА

Как и при многих заболеваниях суставов, при ОА необходима гимнастика. Она позволяет надолго сохранить подвижность суставов. Физическими упражнениями следует заниматься в положении лежа или сидя, когда максимально снижена нагрузка весом на суставы. Упражнения не надо делать через боль, лучше приступить к ним после приёма обезболивающих средств. Интенсивность занятий и частота повторений определяются выраженностью болевого синдрома, выполнять упражнения необходимо без избыточных усилий. Возрастных ограничений для физических занятий нет. Объём движений следует увеличивать постепенно. Главный принцип ЛФК при ОА — частое повторение упражнений в течение дня по несколько минут. У большинства больных эти упражнения не вызывают усиления боли в суставах. Однако если на фоне физических упражнений возникла боль в суставе и продолжается более 20 минут, необходимо уменьшить число повторов до пяти упражнений за раз, постепенно увеличивая их число до 15-ти.

КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ПРИ ОА КОЛЕННОГО СУСТАВА

- ▶ Каждое упражнение выполнять минимум пять раз.
- ▶ Исходное положение — сидя на столе. Сесть на столешницу стола. Сидеть прямо. Двигать ногами с умеренной амплитудой движений (рис. 1).

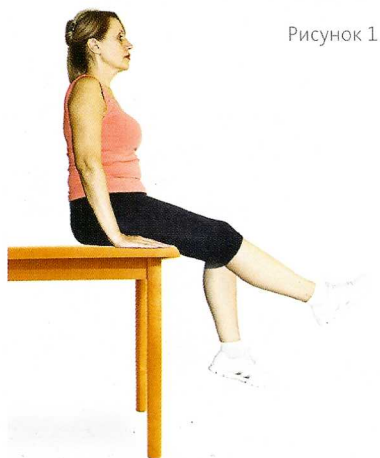


Рисунок 1

- ▶ В том же положении поднять ногу и держать её три секунды параллельно полу, стопа при этом находится под прямым углом к голени. Сменить ногу. При выполнении этого упражнения необходимо почувствовать напряжение в мышцах бедра и голени.
- ▶ Стоя на полу, ягодицами опереться о столешницу. Колени чуть согнуты и разведены. Носки в стороны. Не сгибая спины, наклоняться вперед и возвращаться в исходное положение (рис. 2).

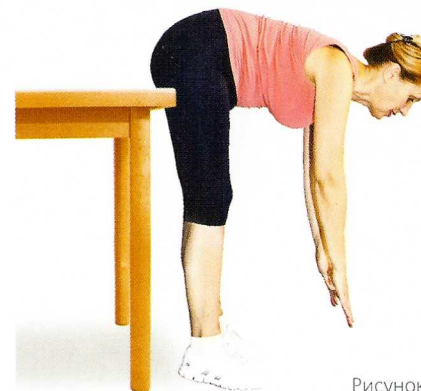


Рисунок 2

- ▶ «Малый велосипед». Согнуть обе ноги в коленях, стопы на полу. Правую ногу привести к животу коленом, затем выпрямить ее и медленно опустить на пол и вновь привести ко второй ноге. Стопа при этом всегда находится под прямым углом. Сменить конечность (рис. 3–4).

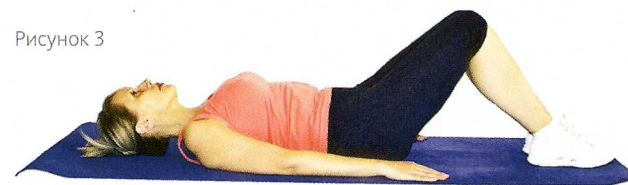


Рисунок 3



Рисунок 4

УПРАЖНЕНИЯ



- ▶ Лёжа на спине. Ноги вытянуты. Согнуть колено, при этом стопу чуть приподнять над полом. Удерживать в течение пяти секунд. Далее выполнять с участием другой ноги (рис. 5–6).

Рисунок 5



Рисунок 6



- ▶ «Большой велосипед». Лежа на спине осуществлять вращение ногами как на велосипеде. Выполнять сначала медленно, затем быстрее; чередовать темп выполнения упражнений. Обращать внимание на напряжение в мышцах бедра.
- ▶ Лёжа на спине согнуть ногу в колене, обхватить бедро рукой и подтянуть к животу. Вытянуть колено (стопа под прямым углом, «натягивать» пятку). Почувствовать напряжение в мышцах. Удерживать 5–8 секунд. Опустить пяткой на пол, затем выпрямить ногу. Ноги менять одну за другой. Вторую ногу, которая располагается на полу, стараться не сгибать (рис. 7).

Рисунок 7



- ▶ Лёжа на животе сгибать попеременно ноги в коленях. Следить, чтобы таз не отрывался от пола.

УПРАЖНЕНИЯ



- ▶ В том же положении согнуть ногу в коленном суставе и удерживать 5–10 секунд, чередовать конечности (рис. 8).

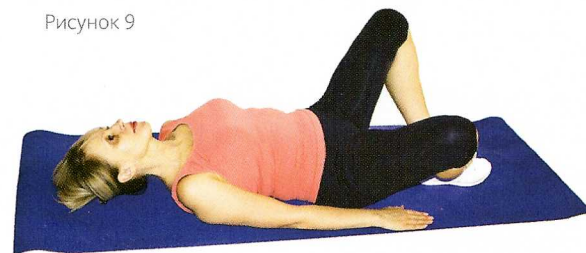
Рисунок 8



КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ ПРИ ОА ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

- ▶ Минимальное число повторений физических упражнений — пять раз.
- ▶ Положение лёжа на спине. Обе ноги максимально сгибаются в коленных суставах, стопы не отрываются от пола. В таком положении колени разводятся в стороны и снова сводятся. Стараться постепенно увеличивать амплитуду движений. Повторять 10–15 раз (рис. 9).

Рисунок 9



- ▶ Упражнение «ножницы». Исходное положение — лёжа на спине, ноги выпрямлены. Одна нога отрывается от пола и совершает движения из стороны в сторону с максимально возможной амплитудой. При этом стараться не сгибать ногу в коленном суставе. Повторять 10 раз (рис. 10–11).

Рисунок 10

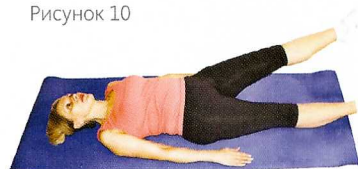


Рисунок 11



УПРАЖНЕНИЯ

- ▶ Положение лёжа на спине. Приподнимаем выпрямленную ногу от пола на максимально возможную высоту, затем ногу опускаем. Повторять 10 раз одной ногой, затем сменить ногу.
- ▶ Положение сидя на стуле. Постараться в наклоне туловища вперед коснуться руками кончиков пальцев стоп, затем выпрямиться. Повторять 10 раз (рис. 12).

Рисунок 12



- ▶ Исходное положение — стоя. Одна нога стоит на невысокой подставке, рукой опираемся о стол/стул, другой ногой совершаем махи вперед и назад, постепенно увеличивая амплитуду. Позже добавляются движения ногой в сторону. Повторить 15 раз (рис. 13).

Рисунок 13



УПРАЖНЕНИЯ

ФИЗИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ ПРИ ОА ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА

- ▶ Исходное положение — сидя с опорой на руки сзади. На счет 1 «взять» носки на себя; 2 — вернуть носки, стараясь коснуться большими пальцами пола (рис. 14–15).

Рисунок 14

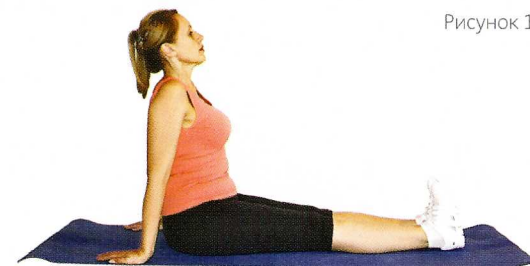
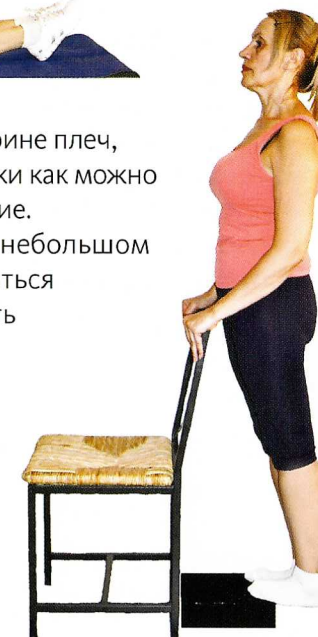


Рисунок 15



- ▶ Исходное положение — стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе. На счет 1 подняться на носки как можно выше; 2 — вернуться в исходное положение.
- ▶ Исходное положение — стоя, носки на небольшом возвышении, пятки на весу, руками взяться за опору. На счет 1 постараться опустить пятки как можно больше вниз; 2 — вернуться в исходное положение (рис. 16).

Рисунок 16





- ▶ Исходное положение — стоя лицом к спинке стула в положении выпада с опорой руками. На счет 1–2, сгибая сзади стоящую ногу, потянуть ее коленом к полу, пятки от пола не отрывать; 2 — вернуться в исходное положение. То же с другой ноги (рис. 17).

Рисунок 17



- ▶ Плавание является оптимальным видом спорта при заболеваниях опорно-двигательного аппарата. В воде возможно выполнение движений в максимальном объеме и без нагрузки весом, что является оптимальным для суставного хряща. Если вы не умеете плавать, можно заниматься в группах аквааэробики.

КОРРЕКЦИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ СТЕРЕОТИПОВ ПРИ ПОРАЖЕНИИ ОПОРНЫХ СУСТАВОВ

- 1) Избегать часто повторяющихся, стереотипных движений.
- 2) Избегать подъема тяжёлых предметов и ношения тяжестей больше 3 кг.
- 3) Равномерно распределять груз в обеих руках.
- 4) Избегать длительного стояния.
- 5) Не рекомендуется ходьба на длительные расстояния.



- 6) При начальных стадиях ОА ходьба в течение 40 минут должна сопровождаться последующим отдыхом в течение 5–10 минут, каждые 40 минут длительного сидения должны сопровождаться ходьбой в течение 10 минут.
- 7) Необходимо избегать подъёмов и спусков по лестнице — пользуйтесь лифтом.
- 8) При вставании опирайтесь на подлокотники.
- 9) Высота стула должна быть выше уровня коленного сустава.
- 10) Избегайте сидения «на корточках».
- 11) Используйте вспомогательные приспособления при уборке помещений (швабра на длинной ручке).
- 12) Избегайте спортивных нагрузок и любительских подвижных игр.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РАЗВИТИЯ КОНТРАКТУР

Фиксированные ограничения движений в суставах, не позволяющие полностью согнуть или разогнуть конечность, являются одним из осложнений ОА. Эффективным способом профилактики являются физические упражнения, направленные на увеличение объёма движений в суставе и некоторые рекомендации для статичных поз. На примере ОА коленных суставов представлен перечень необходимых рекомендаций:

- 1) В положении сидя полностью разгибайте суставы.
- 2) В положении стоя не сгибайте суставы.
- 3) В положении лёжа не сгибайте суставы, не подкладывайте валики и подушки под сустав.

СРЕДСТВА ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

Ортопедическая обувь и **супинаторы** назначаются при плоскостопии, **наколенники** уменьшают разболтанность коленного сустава и, соответственно, травматизацию хряща при ходьбе.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Любые лечебные назначения при ОА должен производить врач.

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА БОЛЬ

- ▶ **Анальгетики (парацетамол)** — препарат первого выбора для купирования боли при ОА.



▶ **Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)**

показаны пациентам, у которых применение парацетамола оказалось неэффективным. Используются как внутрь, так и внутримышечно, а также в виде местной терапии (мази, кремы, гели).

УЛУЧШЕНИЕ ОБМЕННЫХ ПРОЦЕССОВ В ХРЯЩЕ

- ▶ **Хондропротекторы** — препараты, «защищающие» хрящ. Стимулируют процессы в суставном хряще, предупреждают и замедляют его разрушение. Без хондропротекторов остановить прогрессирование ОА невозможно. Лечебный эффект от приема этой группы препаратов является отсроченным.

Одним из современных, эффективных и безопасных хондропротекторов является препарат **«Хондрогард»**, в состав которого входит хондроитин сульфат протеогликан — структурный элемент нормального хряща.

Препарат предназначен для внутримышечного введения. **«Хондрогард»** накапливается в хрящевой ткани суставов. В экспериментах показано, что через 15 минут после внутримышечной инъекции препарат поступает в полость сустава и проникает в суставной хрящ. Хондроитин сульфат способствует активному восстановлению хряща. Особенностью хондроитин сульфата является его способность сохранения воды в толще хряща в виде водных полостей (микропространства — водные подушки), создающих хорошую амортизацию и поглощающих удары, что в итоге повышает прочность хрящевой ткани.

Важной особенностью хондроитина сульфата является его способность угнетать действие ферментов, разрушающих хрящ при ОА. Хондроитин сульфат оказывает противовоспалительное и анальгезирующее действие, уменьшает боли в суставах в состоянии покоя и при ходьбе. Хондроитин сульфат оказывает лечебное воздействие и при болях в спине, обусловленных поражением межпозвоночного диска и мелких суставов позвоночника.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ,
ПОЛУЧАЮЩИХ ПРЕПАРАТ «ХОНДРОГАРД»

- ▶ Прием препарата необходимо начинать как можно раньше. Результатом лечения является улучшение качества жизни, предупреждение инвалидизации и снижение вероятности замены сустава.
- ▶ Препарат «Хондрогард» назначают внутримышечно по 100 мг через день. При хорошей переносимости дозу увеличивают до 200 мг, начиная с четвертой инъекции. Курс лечения составляет 25–30 инъекций. Рекомендуется проведение повторных курсов через шесть месяцев.
- ▶ Уменьшение боли и улучшение подвижности суставов наступает уже через 2–3 недели от начала приема препарата и сохраняется в течение двух месяцев после завершения курса лечения.
- ▶ **«Хондрогард»** хорошо переносится пациентами, не вызывает серьезных побочных эффектов, не оказывает влияния на слизистую оболочку желудка. Не влияет на прием препаратов для снижения артериального давления, лечения сахарного диабета, на лечение антибиотиками и т. п.
- ▶ Наилучший эффект от лечения достигается сочетанным использованием препарата **«Хондрогард»** с лечебной физкультурой, нормализацией веса, коррекцией двигательного стереотипа.

Внутрисуставные инъекции кортикостероидов применяют для подавления активного воспалительного процесса в полости сустава. Показаны только при наличии воспалительной жидкости в полости сустава.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ▶ Эндопротезирование суставов (применяется у пациентов с тяжёлым ОА при неэффективности других видов терапии).
- ▶ Артроскопические манипуляции (например, лаваж коленных суставов, удаление «суставной мыши» и др.).
- ▶ Остеотомия.

Профилактика ОА включает выявление и своевременную ортопедическую коррекцию врождённых аномалий опорно-двигательного аппарата, исключение длительных статических и механических перегрузок суставов, нормализацию массы тела.