

# Людмила АЛЕКСЕЕВА: «Интенсивная боль – это фактор прогрессирования остеоартрита, поэтому ее нужно обязательно уменьшать»

Заболевания суставов занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения России. О важности проблемы остеоартрита и современных подходах к его лечению мы попросили рассказать Людмилу АЛЕКСЕЕВУ, заведующую отделом метаболических заболеваний суставов с центром профилактики остеопороза ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, д.м.н., профессора.

**?** *Уважаемая Людмила Ивановна, 12 октября во многих странах отмечается Всемирный день борьбы с артритом (World Arthritis Day), который проводится ежегодно по инициативе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) с 1996 г. В чем состоят основные цели этого Дня?*

– Данное мероприятие в первую очередь направлено на поддержание здорового образа жизни. В связи с этим чрезвычайно важна популяризация знаний об артрите и его возможных последствиях, позволяющая сформировать у населения правильное отношение к проблеме заболевания суставов. В качестве примера могу привести волонтерское движение «Здоровье суставов в надежных руках» (ЗдоровьеСуставов.рф). В нем участвовали наши специалисты, которые обучали волонтеров, как работать с больными. В рамках акции пациентам объясняли, почему болят суставы, как их надо беречь, какие физические упражнения необходимы, как поддерживать оптимальный вес и т.д. Это движение быстро распространилось на многие регионы страны и получило положительный отклик.

**?** *Насколько высока медико-социальная значимость проблемы остеоартрита?*

– Чрезвычайно высока. Согласно статистике, распространенность остеоартрита (ОА) практически во всех странах достигает 11–13%. Что касается нашей страны, то частота ОА по эпидемиологическим



Людмила АЛЕКСЕЕВА

данным нашего института тоже достигает 13%, Минздрав РФ оценивает данный показатель в 2,5%. Частично это расхождение объясняется тем, что в статистические талоны не всегда вносится информация об этом не всегда тяжелом заболевании, хотя в настоящее время оно признано серьезной болезнью, поскольку летальность при ОА выше по сравнению с общей популяцией.

**?** *В нашей стране существуют разночтения в использовании терминов «остеоартроз» и «остеоартрит». С чем это, по Вашему мнению, связано?*

– К сожалению, такая путаница действительно существует. Первоначально это заболевание называлось остеоартрозом. Оно относилось к дегенеративным патологиям опорно-двигательного аппарата,

связанным с возрастными изменениями. Последние данные подтвердили воспалительный характер этой патологии. Конечно, в этом случае воспаление не такое выраженное, как при других воспалительных артритах, но оно играет главную роль как в манифестации, так и в развитии ОА.

**?** *Чем, по Вашему мнению, объясняется столь высокая распространенность ОА?*

– Долгое время ОА относили к возрастной патологии, развивающейся естественным путем. С одной стороны, это действительно так: продолжающееся старение населения Земли, увеличение продолжительности жизни в значительной степени обуславливают повышение частоты ОА. Но есть и другая причина, очень существенная. Это неуклонный рост числа людей с лишним весом. Избыточная масса тела – это один из пусковых механизмов развития ОА. В России мы наблюдаем аналогичную картину. За последние десятилетия продолжительность жизни нашего населения заметно увеличилась и сегодня превышает 70 лет. Кроме того, в стране появляется все больше людей с избыточным весом. Эти 2 фактора приводят к увеличению распространенности ОА у россиян, что, кстати, подтверждают и результаты популяционного исследования, проведенного в разные годы нашими специалистами. Так, в 1988 г. частота выявления остеоартроза среди лиц старше 18 лет составила 6,4%, тогда как в 2011 г. – уже 13%, как и во всем мире.

**?** *Чем опасен ОА для пациентов и как часто его прогрессирование приводит к утрате трудоспособности и инвалидизации?*

– При ОА нарушаются привычные функции человека: он испытывает затруднение в движении, в самообслуживании и т. д. Раньше считалось, что это не представляет серьезной опасности и, как правило, не приводит к смерти. Но такое мнение оказалось ошибочным. В 2018 г. в нескольких странах было проведено масштабное проспективное когортное исследование, которое показало, что летальность у больных с ОА выше, чем в популяции. В том же году FDA признала ОА серьезной патологией. Здесь важно отметить, что повышенная смертность пациентов с ОА может быть обусловлена не только самим заболеванием, но и коморбидными состояниями. Нет такого пациента, который страдал бы только ОА. Как показывает практика, каждый из них имеет от 2 до 7 сопутствующих заболеваний. Другим тяжелым последствием ОА является утрата трудоспособности. По этому показателю эта болезнь занимает третье место после онкологической и сердечно-сосудистой патологий. Поражения крупных суставов – коленных и тазобедренных – одни из самых инвалидизирующих заболеваний.

**?** **Какие еще факторы, помимо названных, могут приводить к развитию ОА, а также к широко распространенному среди трудоспособных людей остеохондрозу?**

– Важную роль могут также играть профессиональные особенности труда. Так, у шахтеров чаще болят колени, у рыбаков – локти. Кроме того, существуют спортивные факторы нагрузки, например у футболистов. Очень интересные данные получены относительно поражения суставов кистей рук у ткачих. Выяснилось, что у правой чаще поражается правая кисть, у левой – левая. То есть не только возраст и избыточная масса тела, но и профессиональные, и спортивные нагрузки, и перегрузки могут стать пусковым механизмом развития ОА. Это же касается остеохондроза, или более правильно, остеоартрита спины. Данное заболевание

проявляет себя неспецифическими болями в спине, подавляющая доля которых обусловлена развитием ОА в фасеточных суставах позвоночника, а также дегенерацией межпозвоночных дисков и спондилезом.

**?** **Кто чаще страдает ОА – мужчины или женщины?**

– Женщины болеют чаще, особенно после наступления менопаузы. Но к 70 годам уровень заболеваемости ОА у мужчин и женщин становится примерно одинаковым. Если у женщин главными причинами развития ОА являются менопауза и лишний вес, то у мужчин, наряду с избыточной массой тела, – профессиональные и спортивные нагрузки.

**?** **Какова клиническая картина ОА?**

– Прежде всего, это боль. Сначала она носит механический характер: возникает при ходьбе и проходит в состоянии покоя, не беспокоит или почти не беспокоит во время ночного сна. Но со временем характер боли может меняться: она начинает появляться ночью, что связано с развитием более выраженного воспаления. Следующим этапом заболевания становятся нарушения функции суставов.

Аналогичные процессы происходят у пациентов, страдающих болями в спине. Важно отметить отсутствие четкой корреляции между болью и структурными изменениями, которые можно увидеть на рентгенограмме. Но мы, клиницисты, устанавливая диагноз, рассматриваем только поражение, проявляющееся болью, поскольку это первый симптом, который приводит пациента к врачу. И наша основная задача – купировать эту боль, назначив соответствующее лечение. Причем начальная терапия будет одинакова при болях и в суставах, и в спине.

**?** **На чем основан современный подход к лечению данных заболеваний? Не могли бы Вы рассказать о последних научных достижениях в этой области?**

– Лечение ОА – это комплексная задача, которая включает использование немедикаментозных методов, лекарственной терапии и хирургического лечения.

При этом огромное значение имеет именно немедикаментозное лечение, в рамках которого пациент должен изменить свой образ жизни: не увеличивать массу тела и больше внимания уделять двигательной активности. Большая исследовательская работа, проведенная на Западе, показала, что только рациональное питание с преобладанием овощей и фруктов, а также отказ от употребления колбас и ряда других продуктов способствуют похудению, удержанию веса и улучшению состояния больных ОА. Доказано, что похудение более чем на 10% от первоначального веса улучшает клиническую симптоматику ОА. Ученые также выяснили, что при поддержании нормальной массы тела замедляется и сам процесс развития заболевания. Но, по нашему опыту, с помощью одной диеты справиться с заболеванием сложно. Известно, что если жировая ткань продуцирует провоспалительные цитокины, усугубляющие течение ОА, то мышечная ткань – цитокины, противодействующие им. Поэтому диету нужно сочетать с физическими нагрузками, причем не обязательно с тяжелыми. Достаточно проходить по 6000 шагов в день, чтобы улучшить не только состояние суставов, но и сердечно-сосудистой системы. Чем больше человек двигается, тем лучше это отражается на течении ОА. Только двигаться надо правильно. Согласно последним научным данным темп ходьбы должен быть не медленным, а умеренным, примерно 0,2 м/с. Не менее важны физические упражнения, но они должны быть без статических нагрузок и не такими интенсивными, как у спортсменов. Очень полезны для пациентов с ОА плавание, скандинавская ходьба, правильной технике которой следует обучаться у специалистов. В нашей стране разработаны специальные лечебные программы,

подготовлены брошюры, в которых представлена информация об упражнениях для пациентов с ОА. И конечно, больным нужно разъяснять, как они должны себя вести в быту, чтобы не ухудшить состояние суставов. В частности, им нельзя поднимать ведро с водой, наклонившись. Это нужно делать, присев на корточки. И таких рекомендаций существует довольно много, а сама физическая активность, как немедикаментозный подход к лечению ОА, сегодня широко популяризируется.

К нелекарственным методам лечения ОА также относятся использование ортопедических стелек (при плоскостопии), костыля (при движении держать его нужно в руке, противоположной пораженной ноге), ортезов на коленные суставы с целью их разгрузки и т.д.

**?** *Но что делать, если боль, причем сильная, несмотря на принятые меры, по-прежнему остается? Какова роль фармакотерапии?*

– Интенсивная боль – это фактор прогрессирования болезни, поэтому ее нужно обязательно снижать. Есть данные, что люди, которые испытывают очень сильную боль в суставе, в 8 раз чаще подвергаются эндопротезированию. Если говорить о медикаментозном лечении ОА, то согласно последним европейским и российским рекомендациям пациенту, у которого диагностировали это заболевание, следует назначить один из препаратов группы симптоматических средств замедленного действия. Это препараты хондроитина, глюкозамина и других с доказанной эффективностью. Однако нужно помнить, что эффект от применения хондропротекторов развивается не сразу, а спустя 8–12 нед. от начала приема. Врач должен объяснить это пациенту, чтобы тот понимал, в какие сроки стоит ожидать наступления терапевтического действия препарата. Накоплен большой опыт применения ЛС этой группы в медицинских учреждениях нашей

страны, в т.ч. в нашем институте. Мы, безусловно, включаем их в свои рекомендации.

В случае интенсивных болей, особенно на первых этапах развития ОА, врачи также назначают НПВП. Но здесь приходится учитывать все индивидуальные особенности пациента, риск развития нежелательных явлений, наличие коморбидных состояний. Как уже говорилось, пациент с ОА может страдать целым комплексом заболеваний. Поэтому врач должен четко понимать, какие препараты можно назначать больному, чтобы не навредить его здоровью.

**?** *Сегодня на российском рынке представлен широкий выбор хондропротекторов. Среди них – препарат Алфлутоп, активным компонентом которого является биоактивный концентрат из мелкой морской рыбы. Какими эффектами обладает данный препарат?*

– Этот препарат хорошо известен и с успехом применяется в отечественной клинической практике. Наши специалисты провели двойное слепое плацебо-контролируемое клиническое исследование, в котором доказали, что Алфлутоп оказывает выраженное влияние на симптомы ОА: уменьшает боль, улучшает функции суставов. Нам также удалось показать, что этот препарат замедляет прогрессирование ОА. Об этом свидетельствовали как рентгенографическое исследование, так и изменение уровня некоторых маркеров, которые отражают дегградацию хряща.

Сегодня применяют две схемы внутримышечного введения Алфлутопа: 20 инъекций по 1 мл раствора ежедневно (более ранняя схема) и 10 инъекций через день по 2 мл раствора препарата. По эффективности обе схемы совершенно идентичны, но вторая может повысить комплаентность к терапии из-за уменьшения количества инъекций.

**?** *С чем связано анальгезирующее действие этого*

*препарата и его противовоспалительный эффект?*

– Я думаю, что в данном случае нужно говорить о комплексном действии препарата Алфлутоп, содержащего, помимо хондроитин сульфата, ряд других компонентов и обладающего различными противовоспалительными свойствами. Хондроитин сульфат не только угнетает активность гиалуронидазы (фермента, который расщепляет гиалуроновую кислоту в суставе) и замедляет процесс разрушения матрикса суставного хряща, но также ингибирует провоспалительные цитокины ИЛ-6 и ИЛ-8 и факторы, отвечающие за рост остеоцитов. Именно такое комплексное воздействие обеспечивает эффективное уменьшение боли и снижение воспаления.

**?** *Насколько безопасен Алфлутоп и как он переносится больными?*

– Этот препарат безопасен, что особенно важно в условиях коморбидности, когда врачи ограничены в применении ряда НПВП, например, при ишемической болезни сердца. Также нужно отметить, что Алфлутоп прекрасно переносится, и частота нежелательных явлений сравнима с плацебо. Кстати, недавно у этого препарата были открыты гастропротективные свойства, что позволяет назначать его совместно с НПВП.

**?** *Как длительная терапия Алфлутопом влияет на симптомы болезни и качество жизни больных?*

– Наши специалисты изучали этот препарат в течение 2 лет – 4 курса его внутримышечного введения. В результате было показано, что Алфлутоп достоверно уменьшает боль, улучшает функцию сустава и замедляет прогрессию ОА, поэтому его можно рекомендовать для использования во врачебной практике при поражении суставов и позвоночника.

Беседовала **Ирина Широкова**, «Ремедиум»