

Разработка инновационной программы для профилактики суставного болевого синдрома у пациентов с высокими рисками его возникновения в амбулаторной практике

К.м.н. М.А. Страхов¹⁻³, А.А. Шишкин², В.А. Бондаренко², член-корр. РАН Н.В. Загородний^{1,4}, профессор К.А. Егизарян², к.м.н. А.А. Ахпашев^{3,4}, Т.Г. Гаев³, Н.В. Шавалеева³, к.м.н. В.Ю. Левков²

¹ФГБУ «НМИЦ ТО им. Н.Н. Приорова» Минздрава России, Москва

²ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

³ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, Москва

⁴ФГАОУ ВО РУДН, Москва

РЕЗЮМЕ

В статье представлен авторский материал по разработке научно обоснованного алгоритма профилактики суставного болевого синдрома у пациентов с высокими рисками его возникновения. Данный алгоритм обеспечивает дифференцированный подход к ведению пациентов и предусматривает последовательное использование немедикаментозных (лечебно-профилактический комплекс упражнений) и медикаментозных методов лечения в зависимости от уровня боли. Комплекс упражнений подобран с учетом возраста пациента, его подготовленности к физическим нагрузкам, а также эффективности упражнений в соответствии с принципами доказательной медицины. После экспертного анализа направленности гимнастических упражнений были отобраны только те, которые способствовали проработке амплитуды движений, укреплению мышечной силы и координации. Причем комбинация гимнастических упражнений может не только выступать в качестве лечебной гимнастики, но и носить лечебно-профилактический характер. Фармакотерапия является следующим этапом работы с суставной болью и включает различные формы нестероидных противовоспалительных препаратов. Новизной работы является обсуждение темы профилактики болевого синдрома в свете научно обоснованного и подобранного на основе доказательной медицины лечебно-профилактического комплекса гимнастических упражнений и интеграция его в существующие международные рекомендации по купированию боли.

Ключевые слова: боль, суставной болевой синдром, лечебно-профилактическая программа, профилактика боли, доказательная медицина, нимесулид.

Для цитирования: Страхов М.А., Шишкин А.А., Бондаренко В.А. и др. Разработка инновационной программы для профилактики суставного болевого синдрома у пациентов с высокими рисками его возникновения в амбулаторной практике. РМЖ. 2021;6:40–47.

ABSTRACT

An innovative program for the prevention of joint pain in high-risk patients in outpatient practice

M.A. Strakhov¹⁻³, A.A. Shishkin², V.A. Bondarenko², N.V. Zagorodniy^{1,4}, K.A. Egizaryan², A.A. Akhpashev^{3,4}, T.G. Gaev³, N.V. Shavaleeva³, V.Yu. Levkov²

¹N.N. Priorov National Medical Research Center for Trauma & Orthopedics, Moscow

²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

³Federal Scientific & Clinical Center of the Federal Medical Biological Agency, Moscow

⁴Russian University of Peoples' Friendship, Moscow

This paper addresses the authors' materials on the development of the evidence-based preventive algorithm for joint pain in high-risk patients. This algorithm provides a differentiated management approach and involves consistent use of non-pharmacological (therapeutic and preventive exercises) and pharmacological treatments depending on pain severity. A set of exercises is shaped depending on the patient's age and physical performance and efficacy of exercises according to evidence-based medicine. After expert analysis of the type of gymnastics, only exercises improving motion amplitude, muscle strength, and coordination were selected. Moreover, a combination of gymnastics exercises can serve as both physical therapy and therapeutic and preventive instrument. Pharmacotherapy, the next step to manage joint pain, includes various non-steroidal anti-inflammatory drugs. The novelty of this project is the discussion of pain prevention in the light of evidence-based therapeutic and preventive gymnastics exercises and their integration into current international guidelines on pain management.

Keywords: pain, joint pain, therapeutic and preventive program, pain prevention, evidence-based medicine, nimesulide.

For citation: Strakhov M.A., Shishkin A.A., Bondarenko V.A. et al. An innovative program for the prevention of joint pain in high-risk patients in outpatient practice. RMJ. 2021;6:40–47 (in Russ.).

ВВЕДЕНИЕ

Боль как следствие полученной травмы наблюдается при большинстве повреждений скелетно-мышечных образований. Совершенно очевидно, что лучше не допустить травмы, чем лечить ее последствия. Относительно разных видов травм — дорожно-транспортных, производственных, спортивных — имеются свои механизмы профилактики травматизма. Существует целое направление профилактической медицины, построенное на ранней диагностике и мероприятиях, направленных на профилактику развития заболеваний и травм опорно-двигательного аппарата. В рамках этого направления сформировался новый, очень интересный взгляд на профилактику развития симптомов или синдромов при уже имеющихся заболеваниях, в том числе и болевого синдрома.

Модификация этих синдромов может заключаться в непосредственной фармакотерапии или в профилактике обострений костно-суставной патологии с помощью специальных комплексов лечебной гимнастики [1]. Профилактические комплексы упражнений позволяют предотвратить или отсрочить дальнейшее развитие заболевания и осложнений, уменьшить количество госпитализаций и проводимых операций, а также улучшить качество жизни пациента [2].

Одна из проблем заключается в отсутствии четких алгоритмов ведения пациента со слабовыраженным болевым синдромом или уже с регрессировавшим болевым синдромом на фоне проведенного лечения. В литературе и доступных веб-источниках по гимнастическим комплексам информация излагается по принципу: «Хочешь, чтобы не болела спина (например) — делай так!». К сожалению, у такого подхода имеются значительные недостатки: не учитываются фенотип пациента, диагноз, комплексность подхода к лечению, класс рекомендаций в соответствии с уровнем доказательности назначений, и как результат возникает неудовлетворенность пациента, отсутствует динамика состояния, не представляется возможным использовать данные упражнения как врачебную рекомендацию.

Авторы настоящей публикации, врачи травматологи-ортопеды, врачи лечебной физкультуры и спортивной медицины выступили в качестве экспертов по разработке научно обоснованного алгоритма ведения пациентов с высоким риском возникновения болевого синдрома на основе системного отбора пациентов, подбора комплекса упражнений в зависимости от подготовленности пациентов к физическим нагрузкам и их возраста, с учетом доказанной эффективности всех упражнений, и оптимизированного подбора медикаментозного лечения.

АЛГОРИТМ ПРОФИЛАКТИКИ СУСТАВНОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

Данный алгоритм обеспечивает дифференцированный подход к ведению пациентов и предусматривает последовательное использование немедикаментозных (лечебно-профилактический комплекс упражнений) и медикаментозных методов лечения в зависимости от уровня боли.

Степень болевого синдрома может варьировать. Для объективизации оценки боли используют оценочные шкалы, например визуально-аналоговую шкалу (ВАШ). Боль по ВАШ оценивается в баллах от 1 до 10 (или в миллиметрах от 10 до 100), где 1 балл (10 мм) — едва ощущаемая боль, а 10 баллов (100 мм) — невыносимая боль.

Мы предположили, что при уровне боли по ВАШ от 1 до 2 баллов, когда болевой синдром оценивается пациентом как слабовыраженный, а также при ремиссии болевого синдрома на фоне уже проведенной медикаментозной терапии можно предотвратить прогрессирование альгической симптоматики с помощью комплексов физических упражнений, направленных на укрепление стабилизирующего мышечно-сухожильного аппарата сустава. В этом случае гимнастические упражнения решают несколько задач:

- ♦ активизируют работу мышечной помпы, усиливающей микроциркуляцию и лимфоотток из таргетного сегмента;
- ♦ способствуют уменьшению отека и полному регрессу болевого симптома;
- ♦ увеличивают мобильность таргетной области конечности;
- ♦ способствуют увеличению мышечного тонуса и укреплению мышечного баланса;
- ♦ усиливают проприоцептивные механизмы контроля состояния конечности — афферентные взаимодействия и контроль за движением;
- ♦ формируют правильный стереотип движений в стрессовой ситуации;
- ♦ обеспечивают психологическую поддержку и положительный настрой на результат лечения;
- ♦ выступают инструментом профилактики боли за счет комплексного воздействия на различные механизмы ее формирования.

Таким образом, комбинация гимнастических упражнений может выступать не только в качестве лечебной гимнастики, но и в качестве лечебно-профилактического комплекса.

При разработке противоболевого лечебно-профилактического комплекса гимнастики для определения подготовленности пациента к физическим нагрузкам выбраны критерии: возраст — от 18 до 39 лет, от 40 до 60 лет, от 60 и старше и уровень физической подготовки — низкий, средний, высокий.

Отбор упражнений проводили, основываясь на данных высокого уровня доказательности, представленных в National Library of Medicine, National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Disease, American College of Rheumatology, Arthritis Foundation, Spondylitis Association, CDC, Lupus Foundation of America. За основу структуры комплекса взяты программы FIFA 11+, World Rugby ACTIVATE, Get Set — Train smarter.

Методология формирования лечебно-профилактического комплекса основывалась на системных метаанализах по использованию гимнастических упражнений в качестве основного компонента лечения остеоартрита [3–6]. В связи с этим в качестве базовых принципов подбора упражнений были определены следующие: специфичность, вариабельность, позитивный подход, автономность, индивидуальный подход. В качестве приоритетных упражнений, в соответствии с принципами доказательной медицины, пациенту в первую очередь должны быть рекомендованы аэробные нагрузки (быстрая ходьба, езда на велосипеде, плавание, водная аэробика, легкое садоводство, групповые занятия и танцы и т. д.) из расчета 150 мин аэробной активности средней интенсивности в неделю, например езда на велосипеде со скоростью менее 16 км/ч, или 75 мин аэробной активности высокой интенсивности, например езда на велосипеде со скоростью 16 км/ч или быстрее, каждую

неделю. Таким образом, 1 мин активности высокой интенсивности равна примерно 2 мин активности средней интенсивности. Помимо аэробной активности, пациент выполняет упражнения для укрепления мышц, тренировки гибкости и баланса 2 (или более) дня в неделю. Пациенты должны соблюдать основные принципы, необходимые при выполнении упражнений:

1. Начните с малого, идите медленно.
2. При усилении симптомов остеоартрита измените активность, но при этом старайтесь оставаться активным.
3. Активность должна быть «суставная дружеская».
4. Узнавайте безопасные (подготовленные) места для занятий спортом и ведите активный образ жизни.
5. Поговорите со специалистом по физическим упражнениям.

При разработке лечебно-профилактического комплекса упражнений мы учитывали, что приверженность пациентов профилактическому лечению всегда ниже приверженности терапии заболевания и что профилактический вид лечения не должен быть сложным для выполнения. Поэтому после экспертного анализа направленности гимнастических упражнений из различных источников были отобраны только те, которые способствуют проработке амплитуды движений — мобильности, укреплению мышечной силы и координации — балансу.

Подбор упражнений для каждого сустава осуществляли с учетом возможных движений в конкретном суставе. Также в каждый комплекс были включены упражнения на все группы мышц, воздействующие на конкретный сустав, так как тренированные мышцы позволяют значительно снизить нагрузку на сустав. Чередование статистических и динамических нагрузок способствует развитию как выносливости, так и силы мышц.

В таблицах 1 и 2 в качестве примера представлен алгоритм подбора программы упражнений для коленного и тазобедренного суставов.

По вертикали упражнения разделены в зависимости от уровня подготовки пациентов, по горизонтали — по возрасту. Упражнения снижают интенсивность болевого синдрома, улучшают функцию сустава, а также уменьшают структурные повреждения сустава [7].

Комплексы упражнений для профилактики и лечения начальной стадии болевого синдрома коленного и тазобедренного суставов в основном направлены на укрепление групп мышц бедра. Также включены упражнения, мобилизующие конкретный сустав, упражнения на баланс и растяжку.

При выраженности болевого синдрома 3 балла и выше лечебно-профилактический комплекс утрачивает свою актуальность, так как пациент нуждается в обследовании и уточнении причин болевого синдрома. На этом этапе требуется гимнастика уже строго лечебной направленности, комплекс упражнений которой подбирается после индивидуального осмотра пациента и тестирования.

Предложенный лечебно-профилактический комплекс получил практическое применение при работе с пациентами с остеоартритом в клинике «Чайка», в рамках обучения, и как практическое занятие с врачами — слушателями циклов непрерывного медицинского образования ФГБУ ФНЦ ФМБА России.

Подбор гимнастических упражнений включал следующие этапы: регистрацию, ответы на вопросы опросника с учетом индивидуальных особенностей (пол, возраст, работа, сопутствующие заболевания и т. д.), самостоятельное тестирование функции сустава и определение выраженности болевого синдрома по ВАШ. Для отбора пациентов в группы по уровню гимнастических упражнений были разработаны критерии включения, критерии исключения и критерии разделения. Предложенные критерии исключения, которых в общей сложности оказалось более 20 (ночные боли, локальная температура, IV стадия остеоартрита и т. д.), на этапе тестирования должны отсортиро-

Таблица 1. Подбор упражнений для коленного сустава

Возрастная группа	Уровень физической подготовки		
	низкий	средний	высокий
18+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост 2. Подъем на носки 3. Баланс на одной ноге 4. Сжатие мяча 5. Подъем + разгибание колена сидя 6. Отведение ноги назад стоя 7. Ракушка 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост 2. Подъем на носки 3. Баланс часы 4. Приседание с мячом 5. Подъем + разгибание колена сидя 6. Отведение ноги назад стоя с резинкой 7. Ракушка с резинкой 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост с резинкой 2. Подъем на носки 3. Баланс часы 4. Приседание с мячом 5. Подъем + разгибание колена сидя 6. Отведение ноги назад стоя с резинкой 7. Ракушка с резинкой
40+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост 2. Подъем на носки 3. Баланс на одной ноге 4. Сжатие мяча 5. Ходьба сидя 6. Отведение ноги назад стоя 7. Ракушка 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост 2. Подъем на носки 3. Баланс часы 4. Приседание с мячом 5. Подъем + разгибание колена сидя 6. Отведение ноги назад стоя 7. Ракушка 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост с резинкой 2. Подъем на носки 3. Баланс часы 4. Приседание с мячом 5. Подъем + разгибание колена сидя 6. Отведение ноги назад стоя с резинкой 7. Ракушка с резинкой
60+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост 2. Подъем на носки 3. Баланс на одной ноге 4. Сжатие мяча 5. Ходьба сидя 6. Подъем ноги на животе 7. Ракушка 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост 2. Подъем на носки 3. Баланс на одной ноге 4. Сжатие мяча 5. Ходьба сидя 6. Подъем ноги на животе 7. Ракушка 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост 2. Подъем на носки 3. Баланс на одной ноге 4. Сжатие мяча 5. Подъем + разгибание колена сидя 6. Отведение ноги назад стоя 7. Ракушка

Таблица 2. Подбор упражнений для тазобедренного сустава

Возрастная группа	Уровень физической подготовки		
	низкий	средний	высокий
18+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост 2. Назад-вперед 3. Подъем нижней ноги лежа на боку 4. Маятник 5. Отведение согнутой ноги вбок 6. Подтягивание супинированной ноги лежа 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост с резинкой 2. Назад-вперед с резинкой 3. Подъем нижней ноги лежа на боку 4. Маятник с резинкой 5. Боковая планка от коленок 6. Подтягивание супинированной ноги сидя 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост с согнутой ногой 2. Назад-вперед с резинкой 3. Выпады 4. Копенгагенская планка 5. Маятник с резинкой 6. Подъем ноги из планки 7. Подтягивание супинированной ноги сидя
40+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост 2. Назад-вперед 3. Подъем нижней ноги лежа на боку 4. Маятник 5. Подъем верхней ноги лежа на боку 6. Лежа на боку — подъем голени вверх 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост 2. Назад-вперед с резинкой 3. Подъем нижней ноги лежа на боку 4. Маятник 5. Отведение согнутой ноги вбок 6. Подтягивание супинированной ноги лежа 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост с резинкой 2. Назад-вперед с резинкой 3. Подъем нижней ноги лежа на боку 4. Маятник с резинкой 5. Отведение согнутой ноги вбок 6. Подтягивание супинированной ноги лежа
60+	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост 2. Назад-вперед 3. Подъем нижней ноги вверх 4. Маятник 5. Подъем верхней ноги лежа на боку 6. Лежа на боку — подъем голени вверх 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост 2. Назад-вперед 3. Подъем нижней ноги вверх 4. Маятник 5. Подъем верхней ноги лежа на боку 6. Лежа на боку — подъем голени вверх 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ягодичный мост 2. Назад-вперед с резинкой 3. Подъем нижней ноги вверх 4. Маятник 5. Подъем верхней ноги лежа на боку 6. Лежа на боку — подъем голени вверх

вать пациентов, у которых успешность комплекса лечебно-профилактических гимнастических упражнений сразу считается сомнительной и для которых его применение может быть даже опасным, что предполагает скорейшее направление пациента к врачу (рис. 1).

Подбор упражнений по данным опросника осуществляли на основании критериев разделения. В рамках комплекса пациент получал рекомендации по технике выполнения и дозировке упражнений, по повторной оценке функции сустава и болевого синдрома спустя 3 нед., а также рекомендации по прогрессии в упражнениях или консультации врача. Для удобства пациентам было представлено подробное описание подобранных упражнений, которое было проиллюстрировано короткими видеороликами (рис. 2). Полученная обратная связь с пациентами свидетельствует об их высокой приверженности лечебно-профилактическому программному комплексу как инструменту положительных эмоций, вызывающему уверенность и ощущение стабильности.

Выполнение данных программ при уровне боли по ВАШ выше 3 баллов в совокупности с приемом лекарственной терапии также возможно, но по назначению врача. Комбинирование немедикаментозного подхода в профилактике и лекарственной терапии способствует улучшению состояния пациента в кратчайшие сроки и предотвращает развитие отсроченных осложнений заболевания [3].

При разработке рекомендаций по назначению медикаментозной терапии нами был использован предыдущий опыт применения комплекса упражнений у пациентов с патологией позвоночника и медикаментозной терапии на основе международных рекомендаций [8, 9].

Начиная с уровня боли 3 балла по ВАШ, когда болевой синдром оценивается как терпимый, требуется фармакологическая поддержка. Клинические рекомендации ESCO (2019) [8] рассматривают терапию локальными формами нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в качестве первого шага медикаментозной терапии на фоне базового использования немедикаментозных методов в сочетании с медленнодействующими симптом-мо-

дифицирующими и структурно-модифицирующими препаратами и короткими курсами парацетамола. На втором этапе, при отсутствии эффекта от первичной терапии, рекомендуется сочетать топические и пероральные формы НПВП с инъекционной терапией препаратами гиалуроновой кислоты и глюкокортикоидами (рис. 3) [10].

Симптоматическая фармакотерапия служит основной частью любого лечебного подхода, и в случае патологии опорно-двигательного аппарата сочетание противоболевого и противовоспалительного лечения с немедикаментозной терапией, направленной на сохранение сустава и восстановление его анатомической структуры и функции, является основной задачей специалиста.

Интерес к препаратам группы нимесулидов связан с хорошим профилем безопасности и переносимости этой группы НПВП.

При выраженности боли по ВАШ от 2 до 3 баллов, или от 20 до 30 мм, пациенту в качестве топической формы НПВП может быть рекомендован препарат Найз® Активгель — комбинация нимесулида с диметилсульфоксидом, которая способствует уменьшению боли, отека и воспаления, увеличению объема движений в суставах, при этом не оставляет следов на одежде. При боли от 4 баллов, или 40 мм, применяются наружная и пероральная формы препарата. Важно, что частота использования препарата Найз® Активгель должна составлять не менее 3 р/сут [11].

Уникальность препаратов линейки Найз® заключается в том, что в отличие от представленных на рынке других НПВП он имеет в арсенале пероральную и местную формы с одинаковым действующим веществом и является лучшим выбором. Важным преимуществом нимесулида в составе таблетированной формы Найз® как препарата для купирования острой боли является быстрое достижение пиковой концентрации в крови благодаря хорошему всасыванию из пищеварительного тракта [12]. После приема препарата в стартовой дозе через 30 мин достигается 55–80% его максимальной концентрации, в среднем

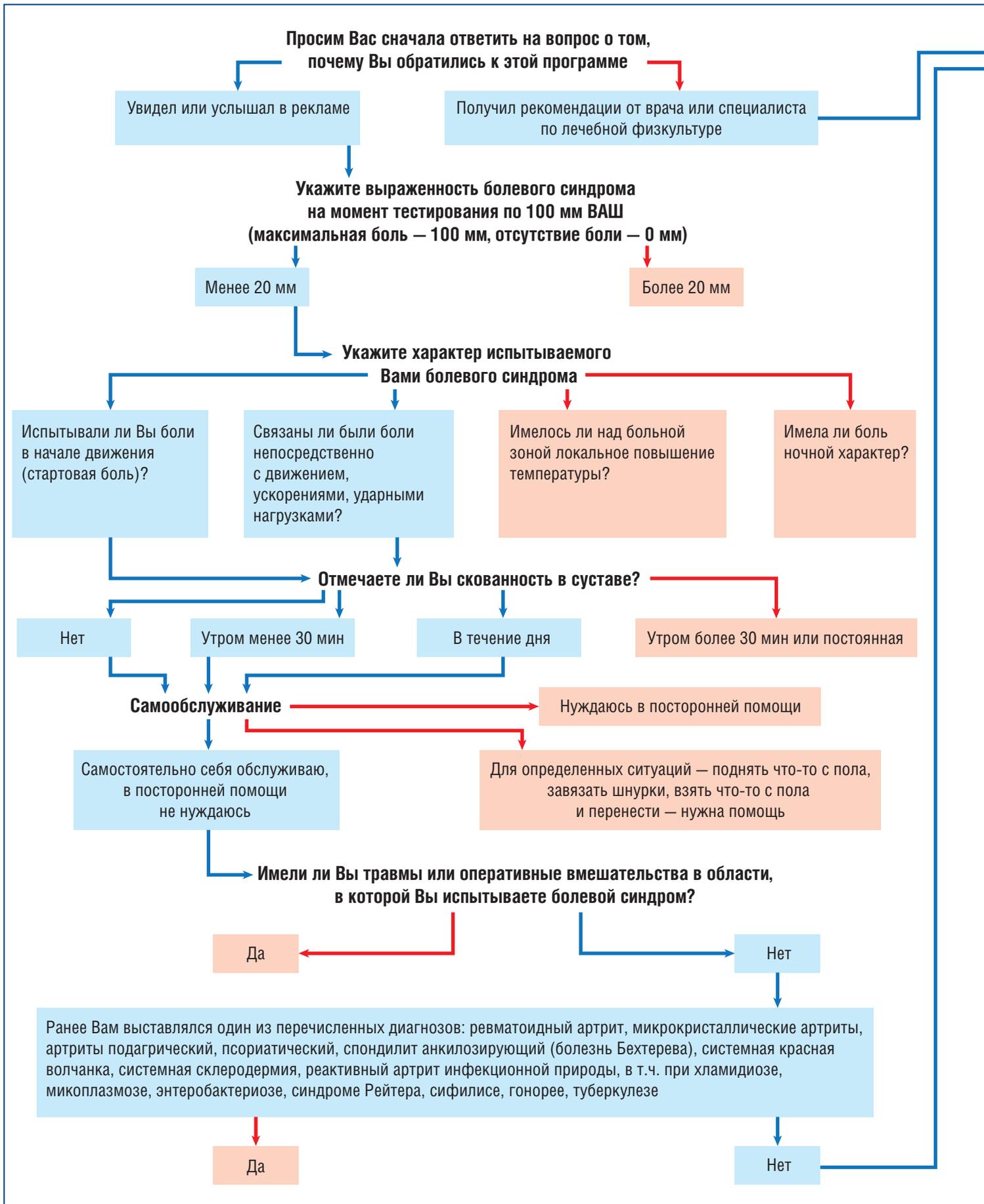


Рис. 1. Графическое представление протокола опроса и распределения пациентов на группы по степени подготовленности к физическим нагрузкам (на примере гонартроза)

**Выберите локализацию боли. Если Вас беспокоит несколько областей, укажите все варианты.
Рекомендуем Вам провести самостоятельную пальпацию места, где Вас беспокоит болевой синдром,
для более точного выбора ответа (возможен выбор нескольких ответов)**

Область шейного отдела позвоночника без иррадиации болей в плечо, верхнюю конечность

Область суставов кисти и пальцев

Область пояснично-крестцового отдела позвоночника без иррадиации болей в промежность, нижнюю конечность

Область голеностопного сустава

Область коленного сустава

Область тазобедренного сустава, преимущественно в паху

Область тазобедренного сустава, преимущественно по наружной поверхности бедра, таза

Внутренняя поверхность голени в верхней трети, фактически под коленным суставом

Ягодичная область и область крестца без иррадиации в нижнюю конечность

Область плечевого сустава с затруднением заведения руки за спину, поднятия тяжестей

Область шейного отдела позвоночника с иррадиацией болей в плечо, верхнюю конечность

Область пояснично-крестцового отдела позвоночника с иррадиацией болей в промежность, нижнюю конечность

Подошвенная область или область ахиллова сухожилия

Ваша область болевого синдрома в списке не указана

Выставлялся ли Вам ранее диагноз остеоартрита (остеоартроза) и знаете ли Вы стадию заболевания (классификация Kellgren – Lawrence)

Ранее не обследовался или диагноз артрита не выставлялся

I стадия

II стадия

III стадия

IV стадия

Связаны ли Ваши физические активности с конкретным видом спорта (исключая занятия фитнесом и посещения спортивного клуба)

Ваши физические активности не связаны с конкретным видом спорта, Вы посещаете спортклуб или занимаетесь фитнесом

Занимаюсь конкретным видом спорта как любитель

Спорт — это моя профессия

Укажите свой возраст

18–39 лет

40–59 лет

60 лет и больше

Выберите свой вариант двигательной или физической активности

Низкая физическая активность: отсутствие нагрузок, соответствует состоянию покоя, например, когда человек спит или мало двигается

Умеренная физическая активность: уровень нагрузки, при которой несколько повышается частота пульса и остается ощущение тепла и легкой одышки, например, при быстрой ходьбе, плавании, езде на велосипеде по ровной поверхности, танцах, количество шагов в день

Интенсивная физическая активность: нагрузка, которая значительно повышает частоту пульса и вызывает появление пота и сильной одышки («не хватает дыхания»), например усилия, затрачиваемые здоровым человеком при беге, занятиях аэробикой, плавании на дистанцию, заезде, быстрой езде на велосипеде, подъеме в гору, количество шагов в день

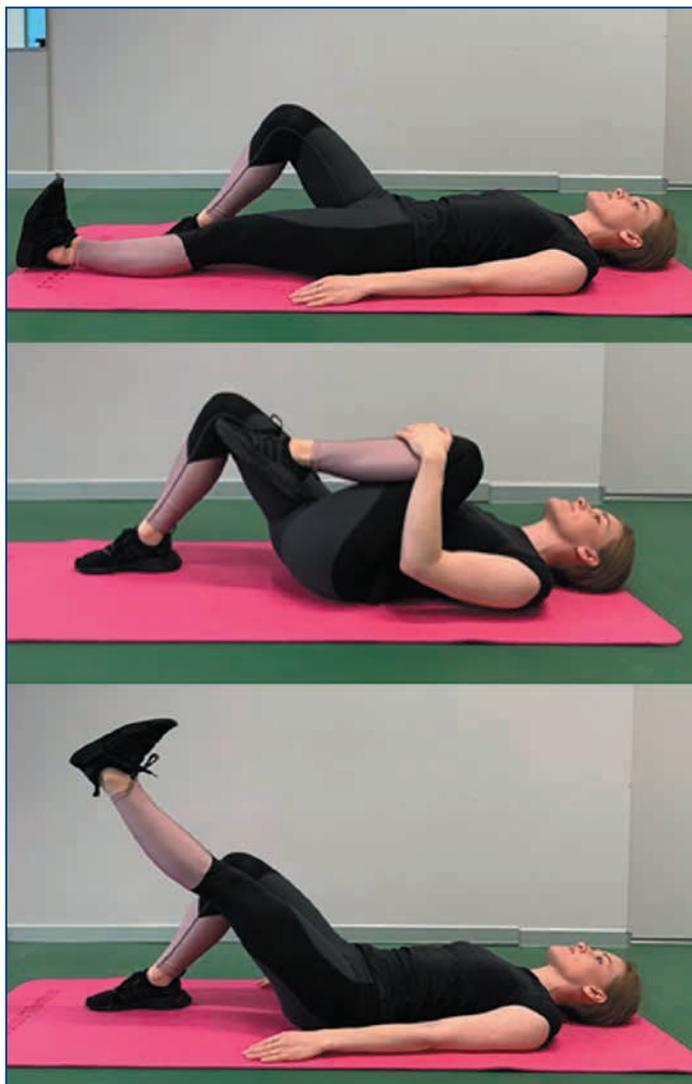


Рис. 2. Пример упражнения «Поднятие прямой ноги вверх» из положения лежа, позволяющего укрепить переднюю группу мышц бедра, в частности прямую мышцу, и способствующего мобилизации тазобедренного сустава

в это же время наступает обезболивание, однако в ряде работ отмечено и более быстрое действие — уже в течение 15–20 мин после приема [13, 14]. Анальгетический эффект нимесулида развивается быстро, в том числе благодаря хорошему проникновению в синовиальную жидкость [15].

Гастроинтестинальная безопасность нимесулида обусловлена отсутствием влияния на ЦОГ-1 и химическими свойствами препарата. Большинство традиционных НПВП по химической структуре — кислоты, которые оказывают повреждающее действие на слизистую оболочку верхних отделов ЖКТ. Это является дополнительным, не связанным с угнетением синтеза простагландинов механизмом развития гастропатии. Нимесулид, напротив, имеет слабые кислотные свойства и не накапливается в слизистой оболочке желудка и кишечника. Кроме того, нимесулид снижает продукцию окислительных радикалов и лейкотриенов, а также выброс гистамина из тучных клеток, чем обеспечивает дополнительную протекцию слизистой оболочки ЖКТ. Таким образом, сочетание эффективности и безопасности наряду с достоинствами в виде наличия двух форм — это ключевой фактор выбора препарата специалистами и пациентами и доверия к нему.

Комбинация немедикаментозных и фармакологических методов

Основной набор: информирование, снижение веса, лечебная физкультура

Парацетамол <3 г коротко	Реабилитолог
Хондроитина сульфат	Нормализация биомеханики
Глюкозамина сульфат	Ортезы, стельки, ходьба
Диацереин	Термальные методы
Неомыляемые соединения авокадо/сои	Чрескожная стимуляция

↓
Локальные средства

ШАГ 1
Базисное лечение

Персистирующая симптоматика

НПВП с учетом нежелательных явлений со стороны ЖКТ, сердечно-сосудистой системы, почек

↓
Гиалуроновая кислота и глюкокортикостероиды для внутрисуставного введения

ШАГ 2
При персистирующей симптоматике

Персистирующая симптоматика

Короткие курсы опиоидов
Дулоксетин

ШАГ 3
При неэффективности всех других противоболевых методов

Персистирующая симптоматика

Тотальное эндопротезирование
Эндопротезирование отдельных частей суставов

ШАГ 4
Хирургическое лечение

Рис. 3. Пошаговая стратегия ведения пациентов с остеоартритом коленного сустава согласно рекомендациям ESCEO (2019) (по [8])

Таким образом, разработка лечебно-профилактического комплекса гимнастических упражнений в сочетании с уже имеющимся опытом лечения суставного болевого синдрома позволила рассматривать сочетание этих методов лечения и профилактики как программу профилактики суставного болевого синдрома у пациентов с высокими рисками его возникновения в амбулаторной практике.

Иновационность предложенного алгоритма ведения пациентов заключается в том, что он применим не только тогда, когда болевой синдром себя проявил, но и тогда, когда он уже купирован или выявлен на начальной стадии. Использование ВАШ для оценки выраженности болевого синдрома позволяет определять различные диапазоны для выбора тактики лечения пациента с последовательным назначением гимнастических упражнений различной направленности и симптоматической терапии. При боли от 0 до 2 баллов применяется лечебно-профилактический комплекс упражнений, начиная с 2 баллов — комплекс лечебной направленности с обязательным осмотром пациента врачом ЛФК. При хорошем уверенном регрессе болевого синдрома на фоне симптоматического лечения пациенту снова может быть рекомендован лечебно-профилактический комплекс как заключительный этап немедикаментозной терапии. Симптоматическая терапия при боли от 0 до 2 баллов не требуется. При выраженности боли от 2 до 4 баллов показаны топические формы НПВП, например Найз® Активгель, при боли 4 балла и выше — комбинация топической и пероральной форм Найз®.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поставленная авторами цель по разработке научно обоснованного алгоритма профилактики суставного болевого синдрома у пациентов с высокими рисками его возникновения, который бы учитывал фенотип пациента, включал комплекс упражнений, соответствующий подготовленности пациента к физическим нагрузкам и его возрасту, а также обладал бы доказанной эффективностью и был дополнен оптимальным медикаментозным лечением, была достигнута.

Комбинация упражнений может выступать в качестве не только лечебной гимнастики, но и носить лечебно-профилактический характер, а фармакотерапия — являться следующим этапом работы с суставной болью.

Этапность работы с болевым синдромом — ключевое условие лечебной тактики во многих программах и рекомендациях. Несомненной новизной работы является обсуждение темы профилактики болевого синдрома в рамках научно обоснованного и подобранного на основе доказательной медицины лечебно-профилактического комплекса гимнастических упражнений, а также интеграции его в существующие международные рекомендации по купированию боли.

Однако совершенно очевидно, что предложенная программа профилактики болевого синдрома, построенная на сочетании и этапности программного лечебно-профилактического комплекса гимнастических упражнений и фармакотерапии топическими и пероральными формами НПВП, требует тщательного анализа и проведения двойных слепых плацебо-контролируемых исследований для оценки эффективности и безопасности.

Благодарность

Редакция благодарит ООО «Др. Редди'с Лабораторис» за оказанную помощь в технической редакции настоящей публикации.

Литература

1. Мазуров В.И., Повзун А.С. Основные принципы диагностики и лечения больных с острым суставным синдромом. Политравма. 2010;3:38–43. [Mazurov V.I., Povzun A.S. Main principles of diagnostics and management of patients with acute junction syndrome. Polytrauma. 2010;3:38–43 (in Russ.).]
2. Общероссийская общественная организация «Ассоциация травматологов-ортопедов России» (АТОР). Гонартроз. Клинические рекомендации. (Электронный ресурс.) URL: <https://ator.su/storage/app/media/KP%20Гонартроз.pdf>. (дата обращения: 20.02.2021). [All-Russian public organization «Association of Traumatologists and Orthopedists of Russia» (ATOR). Gonarthrosis. Clinical guidelines. (Electronic resource.) URL: <https://ator.su/storage/app/media/KP%20Гонартроз.pdf>. (access date: 02.20.2021) (in Russ.).]
3. About CDC's Arthritis Program. (Electronic resource.) URL: <https://www.cdc.gov/arthritis/about/index.html>. (access date: 02.20.2021).
4. Franssen M., McConnell S., Harmer A.R. et al. Exercise for osteoarthritis of the knee: a Cochrane systematic review. Br J Sports Med. 2015;49:1554. DOI: 10.1136/bjsports-2015-095424.
5. Hunter D.J., Harvey W., Gross K.D. et al. A randomized trial of patellofemoral bracing for treatment of patellofemoral osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2011;19:792. DOI: 10.1016/j.joca.2010.12.010.
6. Nelson A.E., Allen K.D., Golightly Y.M. et al. A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: The chronic osteoarthritis management initiative of the U.S. bone and joint initiative. Semin Arthritis Rheum. 2014;43:701. DOI: 10.1016/j.semarthrit.2013.11.012.
7. Dale R., Stacey B. Multimodal treatment of chronic pain. Med Clin North Am. 2016;100(1):55–56. DOI: 10.1016/j.mcna.2015.08.012.
8. Bruyère O., Honvo G., Veronese N. et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). Semin Arthritis Rheum. 2019;49(3):337–350. DOI: 10.1016/j.semarthrit.2019.04.008.

Полный список литературы Вы можете найти на сайте <http://www.rmji.ru>

Найз®

СИЛА 3D-ЭФФЕКТА
растворения таблетки



ТАБЛЕТКА НАЙЗ® РАСТВОРЯЕТСЯ В СЧИТАНЫЕ СЕКУНДЫ¹
БЛАГОДАРЯ ДЕЗИНТЕГРАНТУ КРАХМАЛ ГЛИКОЛЯТ* В СОСТАВЕ



УСКОРЕННОЕ ВЫСВОБОЖДЕНИЕ
АКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА¹



НАПРАВЛЕН НА ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ
И ВОСПАЛЕНИЯ²

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ



*Карбоксиметилкрахмал натрия

1. Правильный нимесулид — взгляд фармаколога. Г. Ю. Кнорринг, А. Л. Верткин, Доктор.ру, № 6 (165), 2019.

2. Инструкция по медицинскому применению препарата Найз® таблетки 100 мг № 20. Регистрационные удостоверения П № 012824/02 от 20.03.2017; П № 012824/03 от 14.01.2019.

РЕКЛАМА