Введение

Актуальность. Деформирующий остеоартроз (ДОА) - дистрофическое заболевание, которым страдают в различных областях 7-12% населения [3, 8, 10, 39]. При начальных стадиях заболевания (I-II) применяется медикаментозная терапия в сочетании с физиотерапевтическими методами лечения, которые не всегда останавливают этот процесс, с течением времени остеоартроз прогрессирует и переходит в III-IV cтадию, принося еще большие страдания. В нормальных условиях и при оптимальных физиологических нагрузках давление равномерно распределяется по всей поверхности суставного хряща коленного сустава и хрящ почти не изнашивается. Хроническое прогрессирующее течение, большая потеря дней нетрудоспособности, частая инвалидность, отсутствие высокоэффективных лечебных факторов, обеспечивающих излечение данного заболевания, свидетельствуют об актуальности поиска эффективных методов лечения данной категории больных. Больные с разными формами остеоартроза (средней и тяжелой стадии) различной локализации, как правило, нетрудоспособны и являются частыми посетителями поликлиник.

Деформирующий артроз, как клиническая форма заболевания, был впервые описан П.Д. Монастырским (1887). Заболевание встречается у лиц среднего и пожилого возраста [3]. Чаще поражает большие суставы и суставы позвоночного столба. Поражения коленного сустава встречаются наиболее часто. Причиной развития артроза являются травматические повреждения (тяжелая физическая работа, спорт, резкое увеличение массы тела), инфекционные заболевания суставов, нарушения обмена веществ, нераспознанные аномалии развития, генетическая предрасположенность и др. Доминирующими клиническими симптомами являются боль и нарушения функции сегмента. Относительно коленного сустава - это нарушения опорно-динамической функции нижних конечностей.

Очень часто артроз коленного сустава (гонартроз) приводит к фронтальной деформации коленного сустава - варус или вальгус [30]. Гонартроз средней и тяжелой стадий с выраженными нарушениями опорно-двигательной функции нижней конечности требует (в большинстве случаев) хирургического лечения [29]. К оперативным способам лечения гонартроза относят - хейлопластику, дебридемент, корригирующие остеотомии, артропластику, артродез, эндопротезирование.

Существует несколько подходов к проведению реабилитации этой группы больных (в основном при консервативном лечении), которые преследуют разные цели, имеют разную продолжительность и способы в их проведения [23, 28, 35].

Отсутствие единого, научно-обоснованного подхода к проведению реабилитации этой категории пациентов (особенно перенесших хирургическое лечение) не позволяет во многих случаях быстро и качественно завершить процесс восстановления.

Предмет изучения сестринский процесс при деформирующем остеоартрозе.

Объект исследования является сестринский процесс при реабилитации больных с деформирующим остеоартрозом.

Цель работы изучение современного состояния проблемы реабилитации больных с деформирующим остеоартрозом методом аналитического обзора научной литературы и проведение профессионального сестринского ухода при данной патологии.

Для достижения данной цели нами поставлены следующие задачи:

· Проанализировать 10 историй болезней пациентов, при осуществлении сестринского процесса у пациентов с деформирующим остеоартрозом;

· основные результаты обследования и лечения описываемых больных в стационаре необходимые для заполнения листа сестринских вмешательств.

Таким образом:

- Изучить литературные источники по деформирующему остеоартрозу

- Проанализировать развитие и факторы риска деформирующего остеоартроза

- Определить значимость лечебной физкультуры в реабилитации больных деформирующим остеоартрозом

- Провести анкетирование больных и анализ историй болезни пациентов с деформирующим остеоартрозом

Методы исследования:

· научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;

· эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования: организационный, субъективный, объективный;

· биографический (анализ анемнестических сведений, изучение медицинской документации);

· психодиагностический (беседа).

Практическая значимость. Подробное раскрытие материала по данной теме позволит повысить качество сестринской помощи.

Работа изложена на 59 страницах машинописного текста и состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложений. Работа иллюстрирована рисунками и таблицами.

1. Деформирующий остеоартроз

1.1 Этиология и патогенез

До настоящего времени нет достоверных статистических данных эпидемиологии болезней суставов как в России, так и в других странах, а приводимые в публикациях показатели варьируют в широких пределах. В России заболеванию ОА подвержены от 10 до 12% населения [4, 38]. В связи с увеличением продолжительности жизни населения и увеличением факторов риска заболевания число больных ОА неуклонно растет [13, 20]. Более того, исследователи прогнозируют на 2020 год удвоение числа заболевших в различных возрастных группах, особенно среди лиц старше 50 лет [40].

Деформирующий остеоартроз является результатом действия механических и биологических факторов: травма; хроническая микротравматизация хряща; операции на суставах; плоскостопие; возраст; генетические факторы; воспаление; нарушение обмена веществ; ожирение; экология, которые нарушают процессы образования клеток суставного хряща и субхондральной кости.

Деформирующий остеоартроз поражает все ткани синовиальных суставов. Заболевание проявляется морфологическими, биохимическими, молекулярными и биомеханическими изменениями в клетках и матриксе, которые приводят к размягчению, разволокнению, изъязвлению и уменьшению толщины суставного хряща, а также к остеосклерозу с резким утолщением и уплотнением кортикального слоя субхондральной кости, формированию остеофитов и развитию субхондральных кист.

Среди заболеваний, значительно влияющих на здоровье, остеоартроз занимает 4-е место у женщин и 8-е у мужчин и чаще развивается у мужчин в возрасте до 45 лет и у женщин в возрасте старше 55 лет. У лиц обоих полов старше 70 лет остеоартроз встречается практически у каждого, и в последнее десятилетие распространенность его неуклонно увеличивается [2, 38, 40].

По снижению качества жизни больных остеоартрозы далеко опережают желудочно-кишечные, респираторные и сердечнососудистые заболевания. Вместе с ишемической болезнью сердца, алкоголизмом, депрессией и диабетом, остеоартроз суставов входит в число факторов, наиболее часто обусловливающих продолжительное нарушение здоровья. Остеоартроз оказывает негативное психологическое и экономическое воздействие не только на лиц, им страдающих, но и на их близких, а также на все общество в целом. Особенно это актуально, если пациент находится в молодом и трудоспособном возрасте [26].

Социальная значимость остеоартроза определяется ростом связанной с ним нетрудоспособности и инвалидности, особенно в старших возрастных группах, а также резким снижением качества жизни при этом заболевании. Прогностическими факторами низкого качества жизни при деформирующем остеоартрозе являются пожилой возраст, женский пол, длительное лечение и сопутствующие заболевания [26, 34].

Принято выделять первичный и вторичный остеоартроз.

Первичный (идиопатический) называют в тех случаях, когда не удается выявить непосредственную причину его возникновения. К первичному относят, в частности, остеоартроз суставов кистей, при котором имеются основания предполагать существование генетически детерминированной аномалии структуры хрящевой ткани.

Локализованный (< 3 суставов)

· суставы кистей;

· суставы стоп;

· коленные суставы;

· тазобедренные суставы;

· позвоночник.

Генерализованный (3 и более суставов)

· с поражением дистальных и проксимальных межфаланговых суставов;

· с поражением крупных суставов.

Вторичный остеоартроз является следствием различных заболеваний, травм и аномалий развития опорно-двигательного аппарата. При этом поражаются преимущественно крупные суставы нижних конечностей (коленные и тазобедренные), а также первые плюснефаланговые суставы. Одними из наиболее частых причин вторичного остеоартроза являются травмы суставов, а также различные аномалии развития суставов и образующих их костей: врожденная дисплазия тазобедренных суставов, варусное (О-образное) или вальгусное (Х-образное) отклонение оси голени по отношению к оси бедра, дефекты развития или положения надколенника (дисплазия, высокое стояние и др.), стоп (короткая или длинная первая плюсневая кость, полая или плоская стопа) и др. Вторичный остеоартроз может быть следствием хронических заболеваний суставов различной этиологии (ревматоидный артрит, пирофосфатная артропатия и др.), деформаций суставных концов костей или системных метаболических заболеваний, при которых преимущественно страдает хрящевая ткань (охроноз). Известен также эндемический остеоартроз (болезнь Кашина-Бека), наблюдающийся в определенных местностях и обусловленный краевыми особенностями минерального состава пищевых продуктов и воды.

Посттравматический

· врожденные, приобретенные или эндемические заболевания;

· метаболические болезни;

· гемохроматоз;

· эндокринопатии;

· сахарный диабет;

· гипотиреоз.

Возникновение и течение деформирующего хронического остеоартроза связывается в настоящее время с влиянием целого ряда факторов, одни из которых рассматриваются как необходимые и достаточные для развития болезни, другие - как необходимые, но сами по себе недостаточные, третьи - как предрасполагающие, но не обязательные. Определенное значение повышенного физического напряжения и частой травматизации сустава в развитии заболевания сейчас уже не подлежит сомнению и убедительно аргументируется следующими фактами:

- Деформирующий остеоартроз чаще поражает суставы нижних конечностей, которые являются наиболее нагруженными;

- Отмечаются случаи возникновения болезни вслед за прямой одиночной травмой сустава;

- Весьма подвержены остеоартрозам представители наиболее тяжелых профессий - горняки, грузчики;

- Так называемые профессиональные остеоартрозы поражают именно те суставы, которые принимают наиболее активное участие в том или ином виде труда: локтевые суставы − у работающих с пневматическими молотками, ключично-акромиальные суставы − у бурильщиков, пястно-фаланговый сустав большого пальца кистей − у столяров, шляпных мастеров и др., лучезапястные суставы − у маляров, плечевые − у кузнецов и т. д.;

- Относительно часто развивается остеоартроз нижних конечностей у тучных людей;

- При поражении полиомиелитом одной конечности нередко развивается остеоартроз в области другой, здоровой конечности, на которую приходится повышенная нагрузка;

- Особенно выраженные дегенеративно-деструктивные изменения при остеоартрозе развиваются в наиболее нагруженных участках суставных поверхностей;

- Прямое травмирование суставов и, в частности, суставного хряща в эксперименте приводило к развитию остеоартроза;



Рис. 1. Классификация остеоартроза

Накладывают отпечаток на развитие и прогрессирование остеоартроза негенетические (ненаследуемые) множественные факторы, такие как:

возраст, остеопороз;

избыточная масса тела;

нарушение эндокринного баланса организма, в том числе снижение секреции эстрогенов (постменопаузальный период);

метаболические нарушения в организме;

дефицит в организме микроэлементов;

нарушение развития (дисплазия) и приобретенные заболевания костей и суставов;

нейродистрофические проявления патологического процесса в пояснично-крестцовом (синдром пояснично-подвздошной мышцы), или в шейном отделе позвоночника (плече-лопаточный периартрит);

воспалительный процесс в суставе.

Следующие факторы риска остеоартроза - факторы окружающей среды:

 переохлаждение;

 нарушение экологического равновесия;

 действие химических токсинов;

 травма сустава, повторяющиеся микротравмы;

 операции на суставах (например, менискэктомия);

 род занятий и физическая активность на работе.

Большое значение в развитии остеоартроза имеют иммунные нарушения. Разрушение протеогликанов хряща сопровождается развитием иммунных реакций клеточного и гуморального типа. Сенсибилизация продуктами распада Т- и В-лимфоцитов проявляется повышенной выработкой лимфокинов и образованием иммунных комплексов, а также, возможно, образованием аутоантител к хрящевой ткани, ткани синовиальной оболочки. Это приводит к прогрессивному фиброзу синовиальной оболочки, патологическому изменению синовиальной жидкости, нарушению питания хряща. Выработка неполноценной синовиальной жидкости поддерживает прогрессирование дегенеративных изменений в суставном хряще.

Еще одним важным фактором, ведущим к более частому развитию остеоартроза, являются избыточные нагрузки на суставы. Так установлено, что чаще болеют лица, занятые тяжелым физическим трудом на протяжении более 5 лет. Чаще всего при остеоартрозе в процесс вовлекаются нагрузочные суставы (коленные, тазобедренные), мелкие суставы кистей (дистальные и проксимальные межфаланговые суставы кистей) и позвоночник. Профессиональные нагрузки, связанные со сгибанием коленных суставов, сидением на корточках и хождением по лестницам являются высоким риском развития остеоартроза коленного сустава, в то время как поднятие тяжестей, тяжелая физическая работа связаны с риском развития коксартроза. Однако оздоровительные физические упражнения, такие как бег, не увеличивают риск развития остеоартроза при отсутствии биомеханических нарушений в суставах.

У людей с избыточной массой тела наблюдается высокая частота остеоартроза коленных суставов. Потеря веса при ожирении может уменьшать риск развития остеоартроза. В Фрименгеймском исследовании женщины, снизившие свой вес в среднем на 11 фунтов, уменьшили риск развития остеоартроза коленных суставов на 50%. Взаимосвязь увеличенной массы тела с остеоартрозом тазобедренных суставов менее выражена, чем при остеоартрозе коленных суставов. Как правило, одностороннее поражение тазобедренного сустава не связано с избыточным весом, в отличие от двухсторонней локализации.

Перегрузка коленных и тазобедренных суставов ведет к повреждению хрящевой ткани и нарушениям в связочном аппарате, а также в других поддерживающих структурах. У лиц с избыточным весом в большинстве случаев повышен риск развития остеоартроза коленных и тазобедренных суставов. В некоторых, но не в большинстве исследований сообщено о взаимосвязи между избыточным весом и остеоартроз кистей, предполагается, что метаболические нарушения могут выступать в роли посредника (например, диабет или нарушение липидного обмена), однако достоверно такой посредник не был обнаружен.

##### Причины возникновения деформирующего артроза

- Генетическая наследственность: остеоартроз передается из поколения в поколение.

- Травмы: из-за переломов кости может развиться деформирующий артроз.

- Недостаток витаминов <http://apteka-ifk.ru/>: существует теория, что деформирующий артроз может возникнуть из-за недостатка витамина Д <http://www.likar.info/vitaminy/news-56854-vitamin-d-profilaktika-invalidnosti/>.

- Основные заболевания, в результате, которых развивается остеоартроз: сахарный диабет, псориаз, подагра.

- Сильные нагрузки на хрящ в результате физических упражнений или труда.

- Нарушение обмена веществ может привести к деформирующему артрозу (например, при повышенной секреции паращитовидных желез).

- Ожирение и лишний вес являются факторами риска возникновения деформирующего артроза коленей (который чаще развивается у женщин).

- Деформирующий артроз особенно распространен у спортсменов, которые занимаются контактными видами спорта.



Рис. 2. Патогенез остеоартроза

1.2 Клинические проявления и методы лечения

Основные признаки клинической картины деформирующего остеоартроза - это болезненные точки и плотные утолщения по краю суставной щели, крепитация, умеренные признаки воспаления, ограниченные болезненные движения, ощущения напряженности в суставе, нестабильность.

Основными клиническими проявлениями деформирующего остеоартроза являются:

· боль;

· деформация;

· припухлость суставов;

· тугоподвижность сустава.

Боль в суставе наиболее частый и выраженный симптом при остеоартрозе, носит неоднородный характер. Причинами ее могут быть деструктивные процессы в хрящевых и субхондральных структурах, нарушения микроциркуляции, фиброз капсулы сустава, воспалительный процесс в мягких околосуставных тканях, спазм близлежащих мышц и реактивный синовит. В целом для заболевания характерен механический ритм болей - возникновение боли под влиянием дневной физической нагрузки и стихание за период ночного отдыха, что связано со снижением амортизационных способностей хряща и костных подхрящевых структур к нагрузкам. При этом происходит прогибание костных балок в сторону спонгиозной кости.

Припухлость суставов на ранней стадии заболевания припухлость суставов обычно выражена слабо и сохраняется недолгое время. Возникая при больших нагрузках, после отдыха или приема противовоспалительных лекарственных средств, она проходит.

По течению остеоартроз подразделяют на медленно прогрессирующий и быстропрогрессирующий. Клиническое течение остеоартроза характеризуется волнообразностью, когда короткие периоды обострения сменяются спонтанной ремиссией. Выраженная припухлость и локальное повышение температуры над суставами не характерны, однако могут возникать при развитии вторичного синовита.



Рис. 3. Деформирующий остеоартроз

Одна треть дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов приходится на коленный сустав, страдают около 10% населения старше 55 лет, при этом у 25 % больных развиваются выраженные нарушения функции сустава [34].

Остеоартроз коленного сустава приводит к существенному снижению работоспособности и инвалидизации людей трудоспособного возраста - от 10 до 21 % наблюдений [32].

Клинические критерии, позволяющие поставить диагноз «деформирующий остеоартроз»:

· боль в суставах, возникающая в конце дня и/или в первой половине ночи, а также после механической нагрузки, уменьшающаяся в покое;

· наличие деформации сустава за счет костных разрастаний;

· усиление и удлинение утренней скованности;

· нарушение функции - сгибания и разгибания в суставе пальпаторные боли вокруг сустава;

· потепление кожных покровов над суставом.

В целом для заболевания характерен механический ритм болей - возникновение боли под влиянием дневной физической нагрузки и стихание за период ночного отдыха, что связано со снижением амортизационных способностей хряща и костных подхрящевых структур к нагрузкам. При этом происходит прогибание костных балок в сторону спонгиозной кости.

Таблица 1. Клинические проявления и особенности деформирующего остеоартроза

|  |  |
| --- | --- |
| Вариант болевого синдрома | Клинические особенности |
| Механические боли | Возникают при нагрузке на сустав, больше к вечеру, стихают после ночного отдыха |
| Стартовые боли | Возникают при наличии реактивного синовита в начале ходьбы, затем быстро исчезают и возобновляются при продолжающейся физической нагрузке |
| Боли, связанные с наличием тендобурсита и периартроза | Возникают только при движениях, в которых участвуют пораженные сухожилия |
| Боли, связанные с венозной гиперемией и стазом крови в субхондральной кости на фоне внутрикостной гипертензии | Возникают ночью, исчезают утром при ходьбе |
| Рефлекторные боли | Обусловлены реактивным синовитом |
| Отраженные боли | Связаны с вовлечением в воспалительно-дегенеративный процесс капсулы сустава |
| «Блокадная боль» | Обусловлена ущемлением секвестра хряща (суставной «мыши») между суставными поверхностями |

Типы болей при ОА:

- механические боли возникают под влиянием физической нагрузки и стихают в течение ночи;

- непрерывные ночные боли, чаще в первой половине ночи, связаны с венозным стазом и повышением внутрикостного давления;

- стартовые боли - кратковременные боли, возникающие после периода покоя и проходящие через 15- 20 мин от начала движения;

- постоянные боли, обусловленные рефлекторным спазмом близлежащих мышц, а также реактивным синовитом.

Остеоартроз плюснефалангового сустава I пальца стопы чаще развивается вследствие различных аномалий переднего отдела стопы. Характерна боль при длительной ходьбе, стихающая в покое. Со временем могут возникать ограничения движений в суставе (hallux rigidus), его утолщение и деформация, развитие бурсита с наружной стороны, что создает предпосылки для более постоянных и интенсивных болевых ощущений.

Остеоартроз коленных суставов (гонартроз) во многих случаях является вторичным остеоартрозом и обусловлен чаще нарушениями анатомической оси голеней - варусной или вальгусной их деформацией. Для заболевания фемуропателлярного сочленения (между надколенником и бедренной костью) характерна боль при ходьбе по лестнице и любых других нагрузках на это сочленение: стояние на коленях, присаживание на корточки и т.п. Для остеоартроза фемуротибиального (между бедренной и большеберцовой костью) типична боль, возникающая после длительной ходьбы и стихающая в покое. При осмотре на этой стадии заболевания внешних изменений сустава обычно нет, выявляются лишь болевые ощущения и небольшая крепитация при пассивных движениях в суставе. По мере прогрессирования гонартроза сокращается время ходьбы без боли. В случае присоединения синовита изменяется ритм боли: она возникает при первых шагах пациента («стартовая боль»), быстро исчезает и возобновляется при продолжающейся физической нагрузке. Боль возникает также при стоянии в покое, в том числе ночью: появляется утренняя скованность. При осмотре может определяться увеличение коленного сустава вследствие небольшого выпота, гипертермия отдельных зон сустава, небольшое ограничение подвижности; при пальпации выявляется распространенная болезненность, нередко также и в области периартикулярных тканей. На поздних стадиях болезни синовит обычно становится постоянным, хотя выраженность его остается, как и раньше, небольшой, нередко отмечается деформация сустава, его сгибательная контрактура, атрофия мышц бедра, боль становится практически постоянной.

Остеоартроз тазобедренного сустава (коксартроз) в 50-60% случаев является вторичным, чаще всего следствием дисплазии сустава; наиболее прогностически неблагоприятная локализация заболевания. Вначале боль локализуется не в области бедра, а в колене, паху, ягодице, усиливается при ходьбе, стихает в покое. Боль может возникать при минимальных изменениях на рентгенограмме и обусловливаться мышечным спазмом. Характерны нарушения походки (прихрамывание), нарастающее ограничение подвижности сустава - сгибательно-приводящая контрактура. При полной потере подвижности боли в суставе стихают.

Остеоартроз межфаланговых суставов кистей в преобладающем большинстве случаев является примером первичной формы заболевания. У многих больных длительное время отмечается лишь узелковая деформация дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей. Узелки Гебердена представляют собой болезненные при пальпации костные краевые остеофиты величиной с горошину на тыльно-боковой поверхности дистальных межфаланговых суставов по одному с каждой стороны.

Для лабораторной диагностики деформирующего остеоартроза проводят анализ крови и синовиальной жидкости. В крови отмечается нормальный уровень СОЭ и отсутствие ревматоидного фактора. Эти данные позволяют исключить воспалительную природу заболевания суставов и являются косвенным подтверждением диагноза остеоартроза.

Синовиальную жидкость для исследования получают при пункции или артроскопии пораженного сустава. Для деформирующего остеоартроза характерным являются следующие показатели анализа синовиальной жидкости: высокая вязкость, содержание лейкоцитов менее 2000 в 1 мкл, нейтрофилов менее 25%.

Лекарственная терапия такого распространённого заболевания как остеоартроз, носит преимущественно симптоматический характер, нередко сопровождается побочными явлениями, что является основанием для поиска новых более эффективных методов физиотерапии. Лечение ДОА является трудной задачей. и многие вопросы до конца не решены. Многие исследователи отмечают, что лечение должно быть сочетанным и комплексным, включать в себя различные медикаментозные и комплексные факторы. Комплексное применение физических факторов в значительной степени расширяет возможности терапевтического воздействия, в большем объёме оказывает целенаправленное действие на определённые системы организма [12, 14, 17].

В последнее время наряду с медикаментозной терапией успешно применяется физиобальне лечение [5, 6]. С целью более эффективного воздействия на различные саногенетические и патогенетические звенья целесообразно комплексное лечение, позволяющее потенцировать действие каждого физического фактора, входящего в лечебный комплекс [18, 22, 33].

При составлении комплексной электробальнеотерапии мы пользовались имеющимися данными о благоприятном влиянии скипидарных ванн (белой эмульсии) на основу микроциркуляторных процессов - капиллярное кровообращение, о стимулирующем действии на защитную деятельность ретикулоэндотелиальных элементов кожи и на симпатическое звено симпатико-адреналовой системы [31, 39]. При назначении скипидарных ванн мы исходили из того, что при многих заболеваниях опорно-двигательного аппарата возникают нарушения периферического кровообращения, особенно у больных с атеросклеротическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, изменения нейроциркуляторных и метаболических процессов [1, 7].

Противовоспалительное, противоотёчное, нейротрофическое действие низкочастотных магнитных полей, улучшающее кровообращение, снимающее боль, нашло успешное применение при заболеваниях опорно-двигательного аппарата [3, 8, 31]. При определённых условиях магнитотерапия оказывает дезагрегационный и гипокоагуляционный эффекты, улучшает микроциркуляцию и регионарное кровообращение, благоприятно влияет на иммунореактивные и нейровегетативные процессы [33].

Общим принципом лечения деформирующего остеоартроза является ограничение нагрузки на пораженные суставы. Выбор методов лечения зависит от стадии заболевания. Пациенты лечатся главным образом амбулаторно.

Основные типы лечения деформирующего остеоартроза:

· лечебная физическая культура (ЛФК)

· медикаментозная терапия

· внутрисуставная оксигенотерапия

· эндопротезирование суставов

· санаторно-курортное лечение

· оперативное вмешательство

· механическая разгрузка сустава

· диета

· физиотерапевтические методы

Механическая разгрузка сустава - один из самых важных моментов при лечении остеоартроза. Сюда входит рекомендации по снижению веса тела при ожирении, исключение длительного пребывания в фиксированной позе, долгого стояния на ногах, длительной ходьбы, повторяющихся стереотипных движений, переноса больших тяжестей, что ведет к механической перегрузке определенных поверхностей одних и тех же суставов. В начальных стадиях артроза больным надо заниматься плаванием, другие виды физической нагрузки, особенно в периоде обострения противопоказаны; в далеко зашедших стадиях заболевания пациенту рекомендуется ортезы, ходить с тростью, костылями, противопоказаны любые нагрузки включая и плавание. При выраженных болях, в фазу обострения может быть назначен постельный и полупостельный режим. При этом для расслабления мышечно-связочного аппарата конечности придается среднефизиологическое положение.

Диета - к полезным продуктам следует отнести холодец или хаш. При варке хрящей, говяжьих и свиных ножек, ушей и костей коллаген, обеспечивающий их прочность, переходит в бульон. Вещества, образующиеся при расщеплении желатина, обеспечивают многие жизненно важные функции организма: сохраняют слизистую желудка, улучшают память, препятствуют склеиванию тромбоцитов. А это в свою очередь снижает риск развития острого нарушения кровообращения, замедляет старение. При остеоартрозе рекомендуют также продукты, богатые кальцием (молочнокислая диета) и витаминами группы B и C, лечебное голодание. Прием алкоголя традиционно и обосновано считают провоцирующим фактором, вызывающим усиление суставной и мышечной боли при остеоартрозе.

Внутрисуставная оксигенотерапия в условиях кислородной недостаточности усиливается гликолиз в тканях сустава, в результате чего накапливаются недоокисленные продукты обмена: молочная, пировиноградные кислоты. Для их окисления требуется усиленная доставка кислорода в ткани сустава при лечении артроза суставов. Кроме того, кислород растягивает капсулу сустава и создает разгружающую «газовую» подушку. Методика заключается в 5-6 кратном введении медицинского кислорода в полость коленного (40-80 мл.) и тазобедренного (10-20 мл.) суставов с интервалом 5-7 дней. Применяется как самостоятельный способ лечения, так и в сочетании с хондропротекторами и кортикостероидами.

Медикаментозная терапия артроза направлена на купирование болевого синдрома, уменьшение реактивного воспаления, нормализацию обменных процессов в тканях сустава.

Высоким аналгезирующим и противовоспалительным действием обладают нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП). Наиболее хорошо зарекомендовал себя вольтарен в виду хорошей переносимости при применении. Бруфен, ибупрофен, обладая несколько меньшей лечебной активностью, также хорошо переносится пациентами, особенно в пожилом возрасте. Хорошо переносится и высокоэффективна новый НПВП - ксефокам. С успехом можно применять препараты других групп НПВП: флугалин, пироксикам, индометацин. Больного необходимо сориентировать на рациональную диету, а также прием медикаментов, защищающих слизистую желудка. Альтернативой назначения НПВП, является применение их в виде ректальных свечей и внутримышечных инъекций, хотя при этом также сохраняется риск развития гастропатий. Длительное или постоянное применение НПВП нецелесообразно ввиду повышения риска развития осложнений, а также отрицательного влияния ряда препаратов этой группы на метаболизм хряща. Поэтому данные препараты рекомендуются больному на период обострения артроза. Необходимо помнить, что уменьшение суставной боли при приеме НПВП может побудить пациента к нарушению режима, увеличению двигательной активности.

Внутрисуставное введение глюкокортикоидов (ГК). Основным показанием для применения ГК является наличие синовита, причем перед введением ГК необходимо удалить синовиальную жидкость, тем самым уменьшив давление в суставе и предотвратив растяжение капсулы и связок. Местное назначение ГК является паллиативным методом лечения, и на протяжении одного года число внутрисуставных введений в один сустав не должно превышать четырех. Считается, что необходимость двукратного введения ГК в один сустав на протяжении 12 мес. свидетельствует о неэффективности проводимого лечения деформирующего остеоартроза и требует пересмотра всего плана ведения больного и коррекции медикаментозной терапии. В пересчете на кеналог доза ГК в зависимости от пораженного сустава колеблется от 20 мг для коленного сустава до 4 мг для проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кисти. Эффективность ГК зависит от техники внутрисуставаного введения, выраженности синовита, размера сустава и типа препарата. Наименее эффективным ГК, обладающим при этом большими по сравнению с другими побочными реакциями, является гидрокортизон.

Физиотерапевтические методы лечения артроза широко применяются и уменьшают болевой синдром, мышечный спазм, воспалительные процессы, улучшают микроциркуляцию и благоприятно воздействуют на метаболические процессы в тканях сустава. К ним относятся электромагнитные поля высоких и сверхвысоких частот (индуктотермия, дециметровая и сантиметровая волновая терапия), ультразвуковое воздействие, импульсные токи низкой частоты - синусоидальные модулированные и диадинамические, электрофорез лекарственных препаратов (анальгина, новокаина, димексида, лития), ультрафиолетовое облучение, электрическое поле УВЧ, магнитотерапия, фонофорез гидрокортизона. Тепловые процедуры, включая аппликации парафина, озокерита, иловой, торфяной грязи показаны при артрозе без синовита с болевым синдромом, пролиферативными явлениями, вазотрофическими расстройствами, контрактурами. При отсутствиии синовита в I-II-й стадии заболевания эффективны морские, родоновые, сульфидные, йодобромные ванны.

Ударно-волновая терапия. <http://www.sp-raduga.ru/Procedures/Procedures140.aspx> В Швейцарии был разработан уникальный метод лечения артроза коленного сустава, где применялся метод ударно-волновой ультразвуковой терапии.

Лазеротерапия <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D0%B7%D0%B5%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F> применяется как основной метод лечения (противовоспалительный, аналгезирующий, стимулирующий эффекты).

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.

Хирургическое лечение при артрозе чаще всего применяется при коксартрозе и гонартрозе. Используются паллиативные разгрузочные операции, меняющие силовые оси нагрузки в суставе, реконструктивные операции с удалением нежизнеспособных участков кости и хряща.

Эндопротезирование является кардинальной операцией лечения артроза. Использованные ранее цельнометаллические отечественные протезы вызывали осложнение - металлоз, то есть инфильтрацию окружающих мягких тканей металлической пылью, возникающей в результате постоянного трения металлических поверхностей протеза. Поэтому перспективны новые эндопротезы, в которых узел скольжения состоит из пары металл-полиэтилен.

Лабораторные данные. Клинический анализ крови и мочи обычно нормальные. При синовите может быть ускорение СОЭ до 20-25 мм/ч. Биохимические и иммунологические показатели соответствуют норме. Увеличение СРБ. a2-глобулина и фибриногена, обычно отсутствующее при ОА, может выявляться при наличии синовиита, однако повышение обычно незначительное.

При исследовании синовиальной жидкости определяется ее нормальная вязкость с хорошо формирующимся муциновым сгустком, количество клеток нормальное или слегка увеличено (не более 5 Ч 103). Количество нейтрофилов при развитии реактивного синовита обычно не превышает 50 %.

При морфологическом исследовании биопсированной синовиальной оболочки наблюдается ее фиброзно-жировое перерождение без пролиферации покровных клеток, с атрофией ворсин и наличием небольшого количества сосудов. Увеличение количества сосудов, небольшая очаговая пролиферация покровных клеток, очаги слабо выраженной лимфоидной инфильтрации выявляются только при развитии синовиита.

Таблица 2. Схема этапного лечения больных деформирующим остеоартрозом (по О.А. Латышеву, 1984)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадия болезни |  Этап | Лечебно-профилактические мероприятия |
| Преартроз | Амбулаторный Курортный | Снижение массы тела (диета 8) Коррекция нарушений статики, походки Периодическое применение мазевых растираний (№ 6 - 5) Бальнеологические лечения (ванны) Электролечение, тепловое лечение ЛФК, массаж Применение мазевых растираний (15 - 20) Нестероидные противоревматические препараты короткими курсами 5 - 7 дней Препараты, улучшающие регионарное кровообращение (10 -14 дней) 10. Бальнеологические лечения (ванны) 11. Электролечение, тепловое лечение 12. ЛФК, массаж |
| 1. Компенсированный артроз | Амбулаторный Курортный | 1. Нестероидные противоревматические препараты (курсы по 10 -14 дней) 2. Препараты, улучшающие регионарное кровообращение (10 -14 дней) 3. Витаминотерапия (В1, В12, №10) 4. Физиотерапия: 4.1 Тепловое лечение (озокерит, грязи); 4.2 Электролечение (Электрофорез, динамические токи и др. №6) 4.3 Ультразвук №6 |
| 3. Декомпенсированный артроз: | Амбулаторный (лечение с оформлением больничного листа на 5 -7 дней). | 1. Нестероидные противоревматические препараты (курс 4 -6 недель) 2. Препараты, улучшающие регионарное кровообращение (3 -4 недели) 3. Витаминотерапия (В1, В12, №10) 4. Препараты, улучшающие репаративные процессы в хрящевой ткани (румалон, АТФ, экстракт алоэ № 25 -30) 5. Физиотерапия №6, ЛФК, массаж. 6. Продолжение лечения, начатого в поликлинике. Проводят коррекцию лечения |
| 3.1. С выраженным умерено болевым синдромом. | Амбулаторный (лечение с оформлением больничного листа на 7 -10 дней, при отсутствии эффекта - направление в стационар).  | 1. Нестероидные противоревматические препараты (курс 6 -7 недель) 2. Гидрокортизон (120 мг внутрисуставно) 3. Препараты, улучшающие обменные процессы в хрящевой ткани. 4. Производные аминохинолинового ряда (6 -8 месяцев) 5. Физиотерапия (электрофорез салицилатов, фонофорез гидрокортизона №10). 6. Массаж, ЛФК. |
| 3.2 С выраженным болевым синдромом. | Стационарный |  |
| 3.3 С вторичным синовитом. | Стационарный |  |

2. Реабилитация больных

.1 Методы реабилитации больных деформирующим остеоартрозом

Изучение вопросов, связанных с реабилитацией больных с остеоартрозом коленных суставов после хирургического лечения, требует оценки тех наработок, которые имеются на сегодня. Так, Макарова И.Н. и Героева И.Б. [23] утверждают, что «при любой стадии остеоартроза средства ЛФК должны быть направлены, прежде всего, на стабилизацию и разгрузку сустава за счёт укрепления и тренировки мышечных групп, его окружающих». Эти же авторы, говоря об особенностях методик функционального лечения при гонартрозе после проведенных оперативных вмешательств (корригирующие остеотомии, эндопротезирование), ограничиваются тремя-четырьмя общими фразами.

Кононов А.Б. предлагает для объективизации процесса реабилитации больных с патологией крупных суставов нижних конечностей изучать показатели кровенаполнения, биоэлектрическую способность, сократительную способность и силу мышц прилежащего к суставу сегмента, опороспособность конечности и данные гониометрии [19].

Каптелин А.Ф., обсуждая вопросы применения лечебной физкультуры после хирургического лечения больных с деформирующим артрозом тазобедренного и коленного суставов, подчёркивает особую значимость в раннем послеоперационном периоде гимнастики общеукрепляющего характера. Большое внимание уделяется укреплению мышц здоровой ноги, так как на неё приходится большая часть нагрузки [15].

Киверцева Н.А. и Литвиненко А.Г. подчёркивают особую роль проведения восстановительного лечения у больных с заболеваниями крупных суставов в условиях санаторно-курортного лечения. Гидрокинезотерапия в сочетании с грязелечением значительно повышают эффект лечения [16].

В последнее время наряду с медикаментозной терапией успешно применяется физиобальне лечение [29, 30].

Таким образом,

. Количество научных работ, посвящённых проблеме реабилитации больных с остеоартрозом коленного сустава, пролеченных хирургически, весьма ограничено.

. Приведенные в литературе методики и способы реабилитации лаконичны и не систематизированы.

. Увеличение (в процентном отношении ко всем методам лечения) хирургического лечения больных с остеоартрозами коленного сустава требует разработки комплексных научно-обоснованных подходов к реабилитации этих пациентов.

Лазерная терапия применяется как основной метод лечения (противовоспалительный, анальгезирующий, стимулирующий эффекты), так и в качестве фактора, снижающего риск применения кортикостероидов и манипуляций на костях и суставах (антиоксидантное и протекторное действие монохроматического красного света лазера (МКС)). Для лазеротерапии применяют излучение He - Neлазера с длиной волны 632 нм. Время обучения одной зоны составляет 1-3 мин., не более 15 минут в течение 1 сеанса при мощности потока 100 мВт/см2. Число сеансов от 10 до 20.

Санаторно-курортное лечение позволяет проводить комплексную реабилитацию, включающую положительное воздействие лечебных грязей, ванн, сауны, физиотерапевтических процедур, массажа, занятий лечебной физкультурой. Немаловажную роль играет смена обстановки, снятие стрессорных воздействий, нахождение на свежем воздухе. Санаторно-курортное лечение можно проводить только вне обострения болезни.

Из физиотерапевтических средств рекомендуют озокерит, парафинотерапию.

Для укрепления мышц - электромиостимуляция.

Рекомендуют массаж больших мышечных групп. При проведении массажа, капсулу сустава не рекомендуется массировать, так как это может способствовать распространению процесса. Крайне неверное представление - это разработка сустава, разгонка солей.

.2 Лечебная физическая культура

Восстановление подвижности и необходимой амплитуды движений в суставе; увеличения силы и выносливости мышц; аэробная тренировка, - вот главные цели ЛФК. На этой основе собственно и располагаются все остальные методы восстановительного лечения.

Многочисленные исследования показывают, что на благоприятный прогноз в лечении суставов влияет образование больного и уровень его интеллекта. Понимание того, что с больным суставом надо жить, работать, что с заболеванием надо считаться, должно привести к изменению образа жизни больного, в котором высокая двигательная активность должна разумно сочетаться со строгим режимом разгрузки сустава. Пробуждение мотивации к двигательной активности, к здоровому образу жизни, воспитание необходимых двигательных качеств, обучение пациента методикам ЛФК для самостоятельного применения, - все это также является важнейшей задачей ЛФК при лечении артрозов.

Дозирование нагрузки самая трудная задача ЛФК. С одной стороны достижение лечебного эффекта физической нагрузки при коротком воздействии просто невозможно, с другой стороны, перегрузка сустава, обострение болезни, необходимость постельного режима перечеркнет все усилия проделанной работы.

Двигательный режим (объём эффективной, но безопасной нагрузки, необходимость дополнительной опоры) и конкретные формы, средства и методики ЛФК зависят от стадии, локализации, особенности течения заболевания и определяются индивидуально врачом после обследования и оценки функционального состояния пациента.

Задачами лечебной гимнастики в период ремиссии являются укрепление мышечных групп, прилегающих к суставу, полное восстановление или сохранение достигнутой амплитуды движений в суставе (в зависимости от стадии артроза); повышение физической работоспособности больного. Хорошо развитая мускулатура конечностей способствует разгрузке больного сустава и повышает его устойчивость, поэтому лечебную гимнастику необходимо проводить <http://220-volt.ru/> регулярно и длительно.

Основные принципы лечебной физкультуры при деформирующем остеоартрозе: неинтенсивные движения, осторожно и постепенно. Движения через боль противопоказаны! При усилении боли в ходе занятия физические упражнения прекращают либо меняют.

В момент обострения - необходима разгрузка поражённого сустава (полный покой): ходьба чередуется с отдыхом, при синовиите дополнительно используется трость, нельзя длительно стоять и ходить.

С целью разгрузки суставов рекомендуется плавание в бассейна. Допустима езда на велосипеде, бег желательно ограничить. Обувь должна быть с мягкой пружинящей подошвой (кроссовки).

Медицинская сестра может рекомендовать следующие мероприятия:

. Ходьба с опорой на трость.

. Мягкие стельки в обуви.

. Снижение массы тела.

. Ограничение физической нагрузки.

. Хирургические ортопедические операции.

. Применение биостимуляторов, витаминов и других геропротекторов.

. Аппликации бишофита, димексида, мазей отвлекающего действия, таких как: индометациновая, бутадионовая, а также кремы: Софья, Ревматин, Аура, Франт, Тигровый глаз.

ЛГ назначают в подострой стадии процесса. В занятиях используют дыхательные и общеразвивающие упражнения для непораженных суставов и мышечных групп. Для пораженной конечности рекомендуют активные с помощью или активные без помощи упражнения в облегченных условиях, выполняемые в исходных положениях лежа на спине, на боку. Специальные упражнения чередуют с дыхательными и упражнениями на расслабление мышц. По мере стихания болевого синдрома и увеличения амплитуды движения в суставе используют упражнения с гимнастическими предметами и в воде.

Дифференцированное применение физических упражнений зависит в первую очередь от локализации процесса. После стихания болевого синдрома назначают массаж. Для устранения гипертонуса необходимо массировать мышцы, окружающие пораженный сустав. В области последнего массируют места прикрепления сухожилий и суставные сумки. Время процедуры 10-15 мин; курс - 12 процедур.

Упражнения при деформирующем остеоартрозе проводят вначале в положении лежа, в дальнейшем - стоя. Применяют динамические упражнения с сопротивлением и статические упражнения, чередуя их с расслаблением. Можно использовать велотренажеры и механотерапевтические аппараты. Рекомендуется плавание.

Приводим комплекс физических упражнений, используемый при артрозе тазобедренных суставов, это заболевание нередко существенно затрудняет жизнь больных (приложение 5).

2.2 Диетотерапия

Пациентам рекомендуют достаточное количество белка с равным содержанием животного и растительного происхождения, обогащенная полиненасыщенными жирными кислотами класса «Омега-3». Норма углеводов соответственно возрасту со снижением легко усвояемых углеводов, снижение количества натрия, достаточное количество витаминов, минералов.

Необходимо включать в рацион антиоксидантный комплекс витаминов (А, Е, С). Необходимо включать в рацион продукты сои, авокадо. Эти продукты снижают разрушение хряща.

Эффект от диетотерапии проявляется не ранее, чем через 2 месяца. Длительное лечение диетотерапией обеспечивает снижение болевых ощущений, улучшает общее самочувствие.

2.3 Принципы первичной и вторичной профилактики

Принципы первичной профилактики заключаются в контроле тех состояний, которые могут привести к остеоартрозу:

- - врожденные заболевания суставов и костей, постменопауза - путем приема эстрогенов, витамина D;

- ожирение - соблюдение диеты;

- избыточная нагрузка на сустав, травмы суставов - контролем за дозированностью физических нагрузок.

 Вторичная профилактика направлена на предупреждение ухудшения, прогрессирования заболевания. Это опять включает в себя запрещение длительной ходьбы, длительного стояния на ногах, ношения тяжестей, не рекомендуются частые спуски и подъемы по лестнице. Ходьба должна чередоваться с 5-10 минутным отдыхом. Следует пользоваться палкой. Возможна смена профессии, если имеются показания к этому.

Среди многочисленных путей профилактики остеоартроза можно выделить следующие, наиболее значимые:

- профилактика и эффективное лечение травмы сустава

- достаточная двигательная активность на протяжении всей жизни

- снижение избыточного веса тела

- своевременная коррекция приобретенного или врожденного нарушения биомеханики сустава (например, коррекция плоскостопия, исправление травматической деформации оси конечности, лечение врожденного вывыха бедра и т. п.)

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. Рекомендуя 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.

Избыточная масса тела - важный фактор развития и прогрессирования остеоартроза. Снижение массы тела уменьшает риск развития заболевания и сопровождается улучшением функции суставов, поэтому в программу лечения обязательно включают диетотерапию. Принято считать, что уменьшение веса тела на 1 килограмм снижает нагрузку на сустав на 4 килограмма. Именно поэтому при лечении артроза применяют программы ЛФК для снижения массы тела больного, - в основе которых лежит аэробная тренировка.

3. Профессиональный сестринский уход при заболевании деформирующим остеоартрозом

За период прохождения преддипломной практики были проанализированы 17 больных с ДОА I, II и III стадиями заболевания.

Методом исследование послужил опрос-анкетирование больных и анализ историй болезни пациентов ревматологического отделения РКБ г. Нальчик (приложение 4).

По результатам анкетирования и анализа историй болезней, было выяснено, что у 12 человек были поражены плечевые, межфаланговые, коленные суставы, у 5 - коленный и бедренный. Большой процент больных составляли женщины. Длительность заболевания у 85% больных превышала 3-12 лет. Их возраст был от 33 до 65 лет (рис. 4). Диагноз артроза у всех больных был подтверждён рентгенологически. Распределение больных по стадиям ДОА проведено согласно клинико-морфологической классификации данного заболевания, предложенной П.Г. Царфисом [36, 37].



Рис. 4. Распределение больных по полу и возрасту

Исходя из данных диаграммы, можно сказать, что деформирующим остеоартрозом преимущественно болеют женщины старше 40 лет.

Все исследованные больные жаловались на ноющие, интенсивные боли, с преимущественной локализацией в дистальных суставах пальцев рук, находящихся в состоянии припухлости; чувство онемения, распространяющееся проксимально на руках до локтевых сгибов, и на ногах в области стоп, появляющееся вскоре после выхода на холод и физической работы, и во время сна, от чего больная часто просыпается; выраженные боли ноющего, ломящего характера в локтевых, коленных и голеностопных суставах, возникающие при смене погоды, переохлаждении и усиливающиеся к вечеру; хруст при движениях в коленных и голеностопных суставах; быструю утомляемость, снижение работоспособности, слабость. У 72% наблюдаемых больных отмечено ограничение движения в поражённых суставах, у 69% деформация суставов, у 7% заметная гипотрофия мышечного аппарата.



Рис. 5. Исследование жалоб больных

По нашим данным среди поражения периферических суставов на первом месте стоят коленные суставы и характеризовались болями механического типа, иногда болевые ощущения бывали в виде утомления.

На втором месте чаще у мужчин, стоят тазобедренные суставы. Поражение этого сустава прогностически неблагоприятно: обездвижение одного сустава приводит к инвалидности в 60-70% случаев, а обездвиженность двух и 100% случаев. С появлением обездвиженности ослабевает болевой синдром, но появляется нарастающая мышечная атрофия бедра, а на поздних стадиях и голени. Походка у больного становится «утиной». Очень тяжело протекает двухсторонний коксартроз, выраженный в виде синдрома «связанных ног», при котором обе конечности фиксированы в Х - образном положении. При этом теряется способность к самообслуживанию.

У женщин на втором месте по частоте поражения стоит деформирующий остеоартроз дистральных межфаланговых суставов кистей (Геберденовские узелки). В основном больных беспокоит деформация суставов и увеличение их в объёме. Палец приобретает веретенообразную форму.

Деформирующий остеоартроз локтевых, плечевых, голеностопных суставов встречается реже.

В нашем исследовании более половины больных (58,8%) отмечают в анамнезе травму: растяжение связок коленного сустава - 29,4%, ушиб коленного сустава - 23,5%, повреждение мениска - 1 (5,8%). Причем среди женщин травма коленного сустава отмечена у 52,9%, среди мужчин у 61,5%.



Рис. 6. Анамнез проанализированных историй болезни

Остеоартроз коленного сустава приводит к существенному снижению работоспособности и инвалидности людей трудоспособного возраста - от 10 до 21% наблюдений. В нашем исследовании среди мужчин инвалидов было 3 человека (17,6%), среди женщин 4 (23,5%), что соответствует литературным данным [32].

Нами выяснено, что большинство больных деформирующим остеоартрозом страдают избыточной массой тела, что является основным фактором риска возникновения остеоартроза (рис. 7).



Рис. 7. Масса тела больных деформирующим остеоартрозом

Проведя анкетирование, были получены результаты, что за последние 3 года пациенты, у которых снизилась масса тела, чувствовали себя намного лучше, так как уменьшение веса тела на 1 килограмм снижает нагрузку на сустав на 4 килограмма.

Также выяснено, что большинство больных в силу профессии имеют нагрузку на ноги (частое стояние), 1/3 пациенток были учителями или продавцами крупных магазинов.

Мы проводили исследование влияния лечебной физкультуры в реабилитации больных деформирующим остеоартрозом. На занятиях лечебной гимнастикой мы применяли общетонизирующие упражнения для здоровых частей тела, всех суставов здоровой конечности, и щадящие упражнения для коленного сустава; использовали упражнения с предметами; вводили упражнения для тренировки осевой нагрузки на оперированную ногу. При работе с больными нами всегда соблюдался принцип рассеивания физических нагрузок. Активные движения, направленные на восстановление подвижности в суставах, мы чередовали с упражнениями, способствующими как укреплению, так и расслаблению мышц. Гимнастические упражнения наши больные начинали выполнять из облегченных исходных положений (лежа, сидя); с подведением под конечность скользящих плоскостей, уменьшающих силу трения.

В результате проведенных лечения и реабилитационных мероприятий боли и отек исчезли, функция сустава частично восстановлена (рис. 8).



Рис. 8. Результаты исследования после проведения занятий ЛФК

Сестринский процесс при деформирующем остеоартрозе

-й этап - сестринское обследование пациента.

При расспросе пациента с анемиями медсестра выясняет все его жалобы

-этап - диагностирование или определение проблем пациента.

После оценки состояния пациента, медсестра выявляет проблемы пациента. При деформирующем остеоартрозе они могут быть следующими:

· боль;

· деформация;

· припухлость суставов;

· тугоподвижность сустава.

После оценки сестра решает вопрос об их приоритетности.

-й этап - планирование сестринских вмешательств.

Медсестре необходимо ознакомить пациента со своей оценкой его состояния и потребности в уходе.

-й этап - реализация плана сестринских вмешательств.

Сестринские вмешательства проводятся в сотрудничестве с другими медицинскими работниками. В этот период надо координировать действия медсестры с действиями пациента, других медработников, родственников, учитывая их планы и возможности.

-й этап - оценка сестринских вмешательств.

Оценка сестринских вмешательств проводится постоянно. Эффективность сестринского ухода определяется после достижения поставленных целей.

Медсестра в сестринской истории болезни фиксирует мнение пациента об оказанной ему помощи, выполнение плана по уходу, эффективность сестринских вмешательств, побочные действия и неожиданные результаты при выполнении сестринских вмешательств.

Сестринский диагноз ставится на основании данных сестринского обследования, опроса. Целью сестринского диагноза является установка существующих или потенциальных проблем, факторов, способствующих или вызывающих развитие этих проблем, сильные стороны, которые способствовали бы предупреждению или разрешению этих проблем.

Клинический пример

Пациентка В., 40 лет, находится на лечении в ревматологическом отделении с диагнозом: деформирующий остеоартроз, обострение, нарушение функции суставов 2-й степени, медленно прогрессирующее течение. При сестринском обследовании установлены жалобы на: боль в суставах кистей рук, отечность кистей, скованность по утрам, слабость, быструю утомляемость, ограничение движений в суставах.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Голеностопные суставы и суставы кистей отечны, увеличены в объеме, деформированы, горячие на ощупь, движение в них ограничено из-за болезненности. Температура тела 37,8 оС, пульс 86 в минуту, удовлетворительных качеств. АД 130/90 мм РТ. Ст. пациентка обеспокоена своим состоянием, боится стать инвалидом.

этап. Диагноз. Деформирующий остеоартроз

этап. Проблемы пациента:

Настоящие:

- Боль в суставах

- Утренняя скованность

- Нарушение движений в суставах

- Субфебрильная лихорадка

- Дефицит самообслуживания

- Беспокойство за исход заболевания

Потенциальные:

- Высокий риск развития анкилоза суставов

Приоритетная:

- Боль в суставах кистей рук

Краткосрочная цель:

- Пациентка отметит уменьшение боли в суставах кистей рук к 7-му дню лечения.

Долгосрочная цель:

- Пациентка отметит отсутствие боли в суставах к моменту выписки

этап. Медсестра должна знать все правила ухода за пациентами, умело и правильно выполнить 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. В связи с этим возрастает роль медсестры в своевременном и эффективном лечении.

этап. Сестринские вмешательства

Таблица 3

|  |  |
| --- | --- |
| Независимые сестринские вмешательства | Зависимые сестринские вмешательства |
| оказание помощи пациентке в самообслуживании (помочь адаптироваться к вынужденной обездвиженности) | взятия биологического материала (крови и мочи) для лабораторных исследований |
|  наблюдение за реакцией пациентки на лечение и уход, а также за адаптацией в условиях медицинской организации | своевременная раздача лекарственных средств, выполнение инъекций и вливаний |
| объяснить правила приема медикаментов и возможные побочные эффекты |  |

Таблица 4

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Обеспечить психический и физический покой, диету №15 | Для уменьшения нагрузки и уменьшения болей в суставах |
| 2. Придать удобное положение, положить подушки и валики под пораженные суставы | Для фиксации сустава и уменьшения боли |
| 3. Обеспечить проведение гигиенических мероприятий | Для профилактики травматизма |
| 4. Поставить согревающие компрессы | Для уменьшения воспаления суставов |
| 5. Обеспечить проведение ЛФК | Для улучшения функций суставов |
| 6. Контроль режима физической активности | Для уменьшения боли в суставах |
| 7. Обеспечить диету, богатую витамином С (овощи, фрукты, соки), и ограничить прием соли до 5 г/сут. | Для эффективного лечения |
| 8. Своевременно и правильно выполнять назначения врача | Для эффективного лечения |
| 9. Обеспечить контроль побочных эффектов лекарственной терапии | Для коррекции лечения по назначению врача |
| 10. Обеспечить контроль общего состояния пациентки, ЧДД, АД, пульс | Контроль состояния |
| 11. Обеспечить подготовку к дополнительным исследованиям | Для правильного проведения исследований |

этап. Оценка: В результате выполненных манипуляций к концу лечения у пациентке уменьшились боли, увеличились движения в суставе - краткосрочные цели достигнуты.

Клинический пример

Больная С., 59 лет, учительница. Жалобы на боли в коленных суставах, которые появляются при движении, при длительном сидении. Иногда боли усиливаются при переохлаждение и реагируют на перемену давления (магнитные бури). Отмечает наличие скованности утром. Но она проходит примерно через 10-15 минут. Беспокоит хруст в суставах при движении. Отмечает некоторое ограничение движения в суставах.

Считает себя больной около 10 лет. Связывает это с постоянным стоянием на ногах (учитель в младших классах). В начале беспокоили только боли в суставах, особого внимания не обращала, к врачам не обращалась. При сильных болях принимала диклофенак, боль снималась.

Работа связана длительным стоянием на ногах. Большим количеством ходьбы.

этап. Сестринский диагноз: болевой синдром, суставной синдром

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ, указанный врачом

. Диета <http://berry-goji.com/> № 8

. Контроль АД, пульса

. Нимесулид 100 мг 2раза в сутки

. Хондроитин сульфат 500 мг 3 раза в сутки

. Электрофорез с новокаином на коленные суставы

. Массаж на область коленных суставов №10

. Консультация ортопеда

этап. Осмотр. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимая слизистая физиологической окраски, нормальной влажности. Чистые, высыпаний нет. Повышенного питания. Рост 168 см, вес 88 кг. Нормостеник.

Отмечается деформация и дефигурация коленных суставов с обеих сторон. Некоторое ограничение движения в этих же суставах. Суставы на ощупь нормальной температуры.

этап. План сестринских манипуляций включает в себя

- Контроль приема препаратов

- Контроль прохождения ФТЛ

- Контроль самочувствия и возможных побочных эффектов от приема препаратов

- Контроль прохождения инструментальных методов исследования

- Контроль ограничения физических нагрузок

- Контроль психологического статуса пациента.

- Проведение профилактических бесед

4 этап. Сестринские вмешательства

Таблица 5

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Обеспечить психический и физический покой, диету №15 | Для уменьшения нагрузки и уменьшения болей в суставах |
| 2. Придать удобное положение, положить подушки и валики под пораженные суставы | Для фиксации сустава и уменьшения боли |
| 3. Обеспечить проведение гигиенических мероприятий | Для профилактики травматизма |
| 4. Поставить согревающие компрессы | Для уменьшения воспаления суставов |
| 5. Обеспечить проведение ЛФК | Для улучшения функций суставов |
| 6. Контроль режима физической активности | Для уменьшения боли в суставах |
| 7. Обеспечить диету, богатую витамином С (овощи, фрукты, соки), и ограничить прием соли до 5 г/сут. | Для эффективного лечения |
| 8. Своевременно и правильно выполнять назначения врача | Для эффективного лечения |
| 9. Обеспечить контроль побочных эффектов лекарственной терапии | Для коррекции лечения по назначению врача |
| 10. Обеспечить контроль общего состояния пациентки, ЧДД, АД, пульс | Контроль состояния |
| 11. Обеспечить подготовку к дополнительным исследованиям | Для правильного проведения исследований |

этап. В результате всех манипуляции ожидаемые результаты в ближайшее время - уменьшение болей, увеличение движения в суставе. Отсроченные результаты - стабилизация состояния в виде уменьшения болей, уменьшения приема анальгетиков.

Нами выяснено, что большинство больных деформирующим остеоартрозом страдают избыточной массой тела, что является основным фактором риска возникновения остеоартроза. Проведя анкетирование, были получены результаты, что за последние 3 года пациенты, у которых снизилась масса тела, чувствовали себя намного лучше, так как уменьшение веса тела на 1 килограмм снижает нагрузку на сустав на 4 килограмма.

Также выяснено, что большинство больных в силу профессии имеют нагрузку на ноги (частое стояние), 1/3 пациенток были учителями или продавцами крупных магазинов.

Мы проводили исследование влияния лечебной физкультуры в реабилитации больных деформирующим остеоартрозом. На занятиях лечебной гимнастикой мы применяли общетонизирующие упражнения для здоровых частей тела, всех суставов здоровой конечности, и щадящие упражнения для коленного сустава; использовали упражнения с предметами; вводили упражнения для тренировки осевой нагрузки на оперированную ногу. При работе с больными нами всегда соблюдался принцип рассеивания физических нагрузок. Активные движения, направленные на восстановление подвижности в суставах, мы чередовали с упражнениями, способствующими как укреплению, так и расслаблению мышц. Гимнастические упражнения наши больные начинали выполнять из облегченных исходных положений (лежа, сидя); с подведением под конечность скользящих плоскостей, уменьшающих силу трения.

В результате проведенных лечения и реабилитационных мероприятий боли и отек исчезли, функция сустава частично восстановлена.

Заключение

Деформирующий остеоартроз - хроническое прогрессирующее дегенеративное заболевание суставов, характеризующееся деградацией суставного хряща с последующими изменениями в субхондральной кости и развитием краевых остеофитов, приводящее к потере хряща и сопутствующему поражению других компонентов сустава (синовиальная оболочка, связки).

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. Так, если в возрасте до 29 лет болеет 8,4 человека на 1000 населения, в 30-39 лет - 42,1; 40-49 лет - 191,9; 50-59 лет - 297,2; то в 60-69 лет - 879,7 на 1000 человек. 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.

Медсестра должна знать все правила ухода за пациентами, умело 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. В связи с этим возрастает роль медсестры в своевременном и эффективном лечении.

Очень важное значение имеет и профилактика деформирующего остеоартроза: медсестра обучает членов семьи организации режима, питания и рассказывает о профилактическом лечении пациента.

Выводы

остеоартроз заболевание лечебный сустав

Таким образом, проведя исследование можно сделать 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 отеартроза;

- по нашим исследованиям среди поражения периферических суставов на первом месте стоят коленные суставы, на втором у женщин - деформирующий остеоартроз дистральных межфаланговых суставов кистей, а у мужчин - тазобедренные суставы.

- 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 использованной литературы

1. Астапенко, М.Г. // Ревматология. - 1986. - № 1. - С. 22-24.

2. Бадокин В.В. Целесообразность применения нестероидных противовоспалительных препаратов в терапии остеоартроза // Трудный пациент. 2010. Т. 8, № 11. С. 25-30.

. Боголюбов, В.М, Медицинская реабилитация. - М., 1998. - T.II - С. 311-368

. Болезни суставов: руководство для врачей / под ред. В. И. Мазуров. СПб. : СпецЛит, 2008. 397 с.

. Вульфан, И.З.// Йодобромные воды и их лечебное применение при заболеваниях суставов. - М., 1973.

. Голубченко, Т.А., Данилова, И.Н., Вашкевич, Д.Л. // Курортология и физиотерапия. - М., 1990. - Т. 4. - С. 33-35.

. Горбунов, Ф.Е., Туровая, Е.А., Сичинова, А.В.// Вопросы курортологии и физиотерапия. - 2001. - Т.6. - С. 23-27.

8. Григорьева, В.Д., Барнацкий, В.В.// Вопросы курортологии. - 1997. - № 3. - С. 45-46.

9. Григорьева, В.Д., Фёдорова, Н.Е., Киселёв, В.И. // Вопросы курортологии. - 1996. - Т.1. - С. 18-21.

10. Дичева, М.А., Хышктуев, Б.С., Аникина, Л.В., Попов, В.В.// Вопросы курортологии. - 1998. - Т.3. - С. 37-38.

11. Заболотных И.И. Первичный деформирующий остеоартроз. Клиника, диагностика, лечение и экспертиза трудоспособности. - Л., 1989.

. Заболотных И.И., Заболотных В.А. Особенности деформирующего остеоартроза в пожилом и старческом возрасте. // Болезни суставов в пожилом возрасте. - СПб.: Петрополис, 2000.- С. 3-46.

. Зайцева Е.М., Алексеева Л.И. Причины боли при остеоартрозе и факторы прогрессирования заболевания (обзор литературы) // Научно-практическая ревматология. 2011. № 1. С. 50-57.

. Каменская, Н.С., Фёдорова, Н.Е. // Вопросы курортологии. - М., 1990. - Т.6. - 47-50.

. Каптелин А.Ф. Восстановительное лечение при травмах и деформациях опорно-двигательного аппарата. - Москва: Медицина, 1989. - С.350-353

. Киверцева Н.А., Литвиненко А.Г. Курортные факторы в реабилитации артрозов.// Современные проблемы лечения и реабилитации. Тез.докладов 11 Всеукр. Конференции. - Киев, 1998. - С. 247-249.

. Кирьянова, В.В. // Физиотерапия при деформирующем остеоартрозе. - Л., 1988.

. Комарова, Л.А., Кирьянова, В.В., Заболотных, И.И., Заболотских, В.А. // Курортология. - М., 1988. - Т.5. - С. 27-29.

. Кононов АБ. Динамика функциональных показателей у больных с заболеваниями крупных суставов нижней конечности в процессе реабилитации// Реабилитация больных с травмами и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Сб. научн. тр. - Иваново. - 1995. - С. 63-66

. Королева С.В., Львов С.Е., Мясоедова С.Е., Рослова Э.П. Остеоартроз. Этиология и патогенез. Диагностика и лечение: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей. Иваново, 2005. 96 с.

21. Корягина Н.Ю., Широкова Н. В. - Организация специализированного сестринского ухода - М.: - ГЭОТАР - Медия, 2009. - 464 с.

Приложение 1