НЕГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ИВАНОВСКИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОЛЛЕДЖ

КУРСОВАЯ РАБОТА

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВАДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТРИТА

Дисциплина: ФАРМАКОЛОГИЯ

Специальность: ФАРМАЦИЯ

Выполнил:

студент ИВАНОВА О.А.

курс 3 группа 30

**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение

1. Классификация артритов

. Этиология и патогенез

. Клиническая картина

4. Основные принципы лечения болезней суставов

. Лекарства, применяемые при заболеваниях суставов

.1 Противовоспалительные, болеутоляющие лекарственные средства

5.2 Глюкокортикостероиды

5.3 Препараты базисной терапии ревматических заболеваний

.4 Хондропротекторы

.5 Витамины при заболеваниях суставов

Заключение

Список литературы

**ВВЕДЕНИЕ**

Боли в суставах - одна из наиболее частых причин, по которым люди обращаются в аптеку. Однако хотелось бы сразу заметить, что боль в суставах - грозный симптом тяжелых хронических заболеваний - артрозов и артритов.

Артриты (arthritis, ед. ч.; греч. arthron сустав + -itis) - воспалительные заболевания суставов. Термин «артрит», введенный еще Гиппократом, в последующие столетия использовали для обозначения любой суставной патологии. Начиная с 16 века, стали постепенно выделять отдельные нозологические формы артрита.

Так, Байю (G. de Baillou) выделил среди артритов ревматизм. В 17 веке Сиденгам (Т. Sydenham) описал как самостоятельные нозологические формы подагру и ревматоидный артриты. Несколько десятилетий спустя, инфекционные специфические артриты были объединены Бушаром (С. J. Bouchard) под общим названием «инфекционный псепдоревматизм». В 19 веке Мюллер (F. Muller), сделав первую попытку классифицировать патологию суставов, четко отграничил воспалительные заболевания суставов (артриты) от дистрофических (артрозов). Это подразделение сохраняет свое значение и по настоящее время.

Существует более 100 типов артрита, но больше всего распространен остеоартрит и ревматоидный артрит. Другие типы включают анкилозирующий спондилит (воспаление позвоночника), склеродерму (заболевание соединительной ткани, вызывающее утолщение и отвердение кожных покровов) и волчанку.

Остеоартрит - самая распространенная форма артрита. Она обычно поражает людей старше 60 лет и характеризуется прогрессирующим изнашиванием суставного хряща. При истирании защитного хряща в суставе края костей трутся друг о друга, что вызывает боль. Некоторые факторы ускоряют изнашивание хряща. Один из них - ожирение, способствующее увеличению нагрузки на суставы поясницы, колени и тазобедренные суставы. Чем тяжелее человек, тем больше нагрузка, и тем быстрее стирается суставной хрящ.

Недостаток физической активности столь же вреден для суставов, как и перегрузка. Недостаток нагрузки ослабляет мышцы, поддерживающие суставы и снижает подвижность суставов. При этом возрастает риск травм, которые также способствуют развитию остеоартрита.

Травмы, воспалительные заболевания (например, подагра <http://2med.org/index.php/%D0%9F%D0%BE%D0%B4%D0%B0%D0%B3%D1%80%D0%B0>) и врожденные деформации суставов тоже повышают вероятность развития остеоартрита. (Подагра - это метаболическое нарушение, вызывающее приступы артрита.)

Ревматоидный артрит - аутоиммунное заболевание, при котором иммунная система атакует собственное тело. Чаще всего страдают пальцы рук, запястья, колени, тазобедренные суставы и шея. Как и другие аутоиммунные заболевания, ревматоидный артрит в 2-3 раза чаще поражает женщин, чем мужчин. Обычно он начинается в молодости или в среднем возрасте, но может развиваться и позднее.

Хотя эмоциональный и психологический стресс сам не вызывает развития артрита, он может вызвать его обострение, поскольку сопровождается напряжением мышц, усиливающим суставную боль.

1. **Классификация артритов**

Выделяют две основные группы артритов:

) Артриты - самостоятельные нозологические формы;

) Артриты, связанные с другими заболеваниями.

К *самостоятельным нозологическим формам* относятся:

· ревматоидный артрит- тяжелое воспалительное заболевание суставов, часто рано приводящее больных к инвалидности. Заболевание обусловлено нарушением иммунных систем в организме. Предрасполагающими факторами являются очаги инфекции в организме;



Деформация суставов кистей при ревматоидном артрите

· ревматический полиартрит (болезнь Сокольского- Буйо);

· анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева);

· инфекционные специфические артриты (гонорейный, туберкулезный, дизентерийный, вирусный и др.);

· инфекцнонно-аллергический полиартрит (включая палиндромный ревматизм и перемежающуюся водянку сустава);

· псориатический полиартрит;

· болезнь Рейтера.

К *артритам при других заболеваниях* отнесены артриты при:

· аллергических заболеваниях;

· диффузных заболеваниях соединительной ткани;

· метаболических нарушениях (подагра и др.);

· заболеваниях легких;

· крови;

· пищеварительного тракта;

· саркоидозс;

· злокачественных опухолях;

· и некоторых синдромных заболеваниях.

При аллергических и диффузных заболеваниях соединительной ткани, болезнях легких, крови, пищеварительного тракта и др. заболеваниях артриты являются частым, но непостоянным проявлением. Обычно они имеют нестойкий характер, в основе их лежат изменения в суставах, что проявляется болями и припухлостью суставов.

Длительное применение медикаментов может привести к лекарственной болезни и сопровождающему ее аллергическому артриту

При дерматомиозите боли в суставах обычно обусловлены околосуставными изменениями кожи и мышц. Нередко наблюдаются также контрактуры суставов преимущественно верхних конечностей миогенного происхождения. На рентгенограммах суставов, как правило, никаких изменений не обнаруживается.

Кроме двух основных групп, в отдельную группу выделены *травматические артриты* (вследствие особенностей их возникновения и лечения).

**2. Этиология и патогенез**

Причиной развития воспалительного процесса в суставе может быть местная или общая инфекция, аллергия, аутоаллергня, местная травма и другие. Однако этиология некоторых тяжелых воспалительных суставных заболеваний до сих пор недостаточно ясна. Факторами, способствующими развитию артритов, являются переохлаждение, физическая перегрузка сустава.

Патогенез артритов сложен и многообразен. Особенности структуры суставных тканей обусловливают способность суставов быстро отвечать воспалительной реакцией на различные прямые и опосредованные воздействия.

При инфекционных специфических артритах возможен бактериально-метастатический и токсико-аллергический путь поражения суставов. В первом случае возбудитель болезни гематогенным или лимфатическим путем заносится непосредственно в полость сустава и может быть обнаружен в синовиальной жидкости. Поражение суставов в таких случаях наиболее тяжелое. Иногда имеет место токсико-аллергический механизм развития инфекционных артритов, когда воздействие микробных токсинов вызывает при наличии повышенной чувствительности суставных тканей развитие аллергического синовита.

Менее изучен патогенез так называемых неспецифических артритов. Участие инфекции в их происхождении до настоящего времени остается недоказанным.

Согласно современным представлением важнейшим патогенетическим фактором этих артритов является изменение общей и тканевой реактивности организма, развитие аллергии.

В клинической картине артритов имеются признаки, указывающие на то, что в развитии заболевания играют роль сдвиги со стороны нервной системы и особенно ее вегетативной части (симметричность поражения суставов, нарушение трофики мышц, костей, кожи,нарушение потоотделения, сосудистого тонуса и т. д.).Однако конкретно роль нервнойсистемы в патогенезе артритов пока не ясна. Также недостаточно изучена роль эндокринных нарушений.

Причины воспаления суставов:

• Аутоиммунное или инфекционно-аллергическое - агрессивность иммунитета в отношении тканей суставов;

• Нарушение обмена веществ - часто сопровождается образованием кристаллов солей в полости суставов и околосуставных тканях, что и приводит к их воспалению;

• Инфекционное - бактериальное, или вирусное воспаление одного или нескольких суставов.

**3. Клиническая картина**

Течение артритов может быть острым, подострым и хроническим. Общая клиническая симптоматика - боль в суставах, деформация их, нарушение функции, изменение температуры и окраски их кожных покровов.

Боль при артритах носит спонтанный характер, наиболее интенсивна во вторую половину ночи и утром, уменьшается после движения.

Деформация сустава является следствием изменения мягких тканей, подвывихов и контрактур.

Нарушение функции сустава может быть обусловлено как болью, так и морфологическими изменениями суставных тканей. Оно бывает выражено в различной степени - от легкой, не лишающей больных трудоспособности, до полной неподвижности сустава вследствие фиброзного или костного анкилоза.

При острых артритах ограничение подвижности обычно носит обратимый характер. Для хронических форм характерно прогрессирующее ограничение подвижности, вначале обусловленное болью, затем развитием пролиферативного и фиброзного процессов. В редких случаях вследствие остеолитическнх процессов, подвывихов, наоборот, отмечается развитие патологической подвижности сустава.

Изменение температуры кожных покровов сустава - довольно частый симптом артритов. Повышение температуры может отмечаться при острых, подострых артритах и обострении хронических.

Больные обычно жалуются на боли, изменение формы и ограничение подвижности суставов. Характер жалоб может указывать на наличие в суставе воспалительного процесса (сильная спонтанная боль, прогрессирующее ухудшение функции сустава, быстро возникшая деформация др.).

При остром артрите боль в суставе обычно очень сильная и постоянная. Характерно значительное болевое ограничение функции сустава. При осмотре может наблюдаться изменение кожных покровов, увеличение сустава в размере.

При подостром артрите все вышеописанные проявления выражены в меньшей степени.

При хроническом артрите боль возникает главным образом при движении в суставе, при осмотре обнаруживают изменение формы суставов, обусловленное не столько воспалительным отеком тканей, сколько пролиферативно-фиброзными изменениями, контрактуры, подвывихи, анкилозы, показывает наличие плотной болезненной припухлости мягких тканей. Лабораторные показатели свидетельствуют о меньшей выраженности воспалительного процесса.

Хронические формы нередко приводит к инвалидизации больных.

**4. Основные принципы лечения болезней суставов**

. *Противовоспалительное лечение.* Воспаление очень быстро разрушает суставы, что может привести к ранней тяжелой инвалидности. Для борьбы с воспалением разработаны и успешно применяются несколько групп лекарственных препаратов, поэтому держать активность воспаления под контролем удается почти всегда. В острых случаях противовоспалительные препараты могут быть введены путем инъекции непосредственно в очаг воспаления.

. *Щадящий режим нагрузки* на больные суставы, который позволяет избежать их механического повреждения. Это специальный дозированный режим движений, фиксирующие бандажи, ортопедические стельки и др.

. *Курсовое лечение* препаратами - хондропротекторами, стимулирующими восстановление хряща суставов. Хондропротекторы возвращают суставам подвижность и предотвращают их дегенерацию.

. *Мануальная терапия и лечебная гимнастика.* При дистрофических болезнях суставов важно восстановить правильную биомеханику суставов. Это позволяет предотвратить или замедлить разрушение хряща. При воспалениях - необходимо поддерживать подвижность суставов, эластичность и работоспособность мышц. Это достигается с помощью специальных методик гимнастики, массажа.

. *Физиотерапия.*

. *Правильное питание* - с низким содержанием животного жира и высоким содержанием растительной клетчатки и витаминов. Дополнительный прием витаминов.

. При далеко зашедших формах артроза, когда сустав становится несостоятельным для опоры и движения, проводится *хирургическое лечение* (протезирование сустава).

**5. Лекарства, применяемые при заболеваниях суставов**

Применение лекарственных средств является важной составляющей лечения артритов, хотя это лишь часть комплексной терапии этих заболеваний. Успех лечения зависит от ряда факторов, в том числе от образа жизни. В настоящий момент не существует средств, гарантирующих излечение, поэтому лекарственные препараты могут только помочь справиться с симптомами и замедлить развитие заболевания.

Лечение артрита зависит не только от успешных действий врача, но и от самого пациента. Доверительные отношения с врачом, регулярный прием лекарств, четкое соблюдение других рекомендаций могут значительно улучшить качество жизни пациента.

Поиск наиболее эффективного и безопасного средства лечения артрита обычно требует некоторого времени. Чаще всего препараты подбирают методом проб и ошибок. Поэтому когда врач прописывает лекарство, он должен сообщить основную информацию о нем, рассказать, какого эффекта и когда ожидать, каковы побочные действия.

Следует как можно больше узнать о назначаемых препаратах. Лучше уточнить у врача не только о возможных побочных действиях, но и о том, сколько времени потребуется, прежде чем препарат подействует, что произойдет, если пропустить прием препарата, влияет ли на действие лекарства алкоголь и прием пищи и пр.

Основные группы препаратов, используемых для лечения артрита:

- болеутоляющие средства

- нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)

- ингибиторы циклооксигеназы-2

- глюкокортикостероиды

- препараты базисной терапии ревматических заболеваний

- иммуномодулирующие препараты

**5.1 Противовоспалительные, болеутоляющие лекарственные средства**

Эти препараты снимают или облегчают боль, но не борются с воспалением, в отличие от НПВС. Чаще всего их прописывают при лечении остеоартрита и других невоспалительных, но болезненных форм артрита. Некоторые из них продаются без рецепта. Но в любом случае применять эти препараты следует только после консультации врача.

Такие препараты могут содержать парацетамол, кодеин, аспирин (ацетилсалициловая кислота) или комбинацию этих веществ. При правильном применении этих препаратов редко возникают побочные эффекты. Аспирин, однако, может вызывать боль в желудке, кодеин - тошноту и запоры.

Для снятия воспаления и боли в суставах используются следующие группы препаратов:

- НПВС - нестероидные противовоспалительные средства;

- глюкокортикостероиды;

- миорелаксанты;

- антидепрессанты;

- ГАМК-эргические антиконвульсанты;

- инъекции местных анестетиков в триггерные точки;

- блокада суставов введением местных анестетиков и кортикостероидов;

- эпидуральное введение анестетиков и кортикостероидов;

- венотоники.

Хотелось бы отдельно остановиться на НПВС (нестероидные противовоспалительные средства), так это самые популярные препараты, применяемые при заболевании суставов. Это объясняется тем, что они обладают противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим эффектами.

В настоящее время в класс НПВС входят около 40 оригинальных лекарственных препаратов, которые по химической структуре подразделяются на несколько групп: производные салициловой, индоловой, гетероарилуксусной, пропионовой, эноликовой кислот, производные пиразолона, коксибы и др. Несмотря на определенные различия в химической структуре и имеющиеся особенности, все НПВС обладают общими фармакологическими (подавляют развитие отека, гиперемии и боли, связанных с воспалением, уменьшают выраженность лихорадки) и побочными (поражение ЖКТ, нарушение почечного кровотока, угнетение агрегации тромбоцитов и др.) эффектами.

Нестероидные противовоспалительные средства обладают разной степенью выраженности анальгезирующего и противовоспалительного действия.

*По способности снимать болевой синдром*, НПВС можно расположить в следующей последовательности (по степени убывания):

. кеторолак (кетанов, кетальгин),

. теноксикам (Артоксан)

. диклофенак (Вольтарен, Диклонат, Ортофен, Наклофен и проч.)

. индометацин

. анальгин

. пироксикам

. напроксен

. ибупрофен

. фенилбутазон (бутадион)

*По длительности действия*: самый длительный эффект при парентеральном введении (внутримышечном и внутривенном ведении) 65 - 72 часа наблюдается у теноксикама (Артоксан).

Противовоспалительный эффект у НПВС распределяется следующим образом:

. Индометацин

. диклофенак

. теноксикам (Артоксан)

. мелоксикам

. напроксен, фенилбутазон, ибупрофен, кетопрофен

. кеторолак.

*Основным побочным эффектом* НПВС является негативное воздействие на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ). Препараты, которые селективно воздействуют на ЦОГ-2, обладают наименее выраженным побочным действием. И наоборот, если ЦОГ-1 угнетается больше чем ЦОГ-2, побочные эффекты проявляются сильнее.

Например, ацетилсалициловая кислота, индометацин, пироксикам, ибупрофен ингибируют ЦОГ- 1 в большей степени, чем ЦОГ- 2., поэтому эти препараты наиболее сильно раздражают слизистую ЖКТ. Наиболее широко применяемый НПВС диклофенак в одинаковой степени угнетает оба изофермента.

К селективным или избирательным ингибиторам ЦОГ-2 относят нимесулид (нимесил), мелоксикам (Мовалис), набуметон. Однако необходимо учитывать, что с повышением дозы их селективность в значительной степени ослабляется.

артрит лечение сустав лекарственный

Высокоселективными или специфическими ингибиторами ЦОГ-2 являются коксибы: целекоксиб, рофекоксиб, валдекоксиб, парекоксиб, лумиракоксиб, эторикокосиб и др. Эти препараты практически не оказывают негативного влияния на ЖКТ. Однако, достигнув за счет такой селективности самого низкого в классе НПВС риска желудочно-кишечных осложнений, получаем повышение риска тромботических сердечно-сосудистых осложнений.

НПВС отличаются еще по локализации действия в организме. Можно выделить препараты действие, которых выражено:

- в периферических тканях / диклофенак, индометацин

- на уровне центральной нервной системы / парацетамол

- препараты, действие которых выражено и на уровне центральной нервной системы и в периферических тканях /теноксикам (Артоксан).

Кроме поражения ЖКТ, для НПВС в различной степени характерно нефротоксическое, гепатотоксичкое, ототоксическое и прочие побочные эффекты.

С целью улучшения переносимости и сведения к минимуму действия НПВС на ЖКТ, рекомендуется:

1. Комбинирование их приема с ингибиторами протонной помпы (омепразол, эзомепразол), Н2-гистаминоблокаторами или гастропротекторами; изменение тактики дозирования НПВС (снижение дозы);

2. Применение кишечно-растворимых лекарственных форм препаратов;

. Переход на парентеральное (внутримышечное), ректальное (в виде свечей) или местное (в виде гелей, мазей) введение НПВС.

. Применение специфических ингибиторов ЦОГ-2.

В некоторых случаях, целесообразным является применение комбинированных препаратов, сочетающих в себе действие различных НПВС. Например, комбинация диклофенака и парацетамола: Парадик, Диклофенак плюс.

Применение различных лекарственных форм НПС позволяет добиться разных результатов, которые необходимы в зависимости от характера болезни. Например, внутримышечное введение НПВС позволяет добиться быстрого снятия болевого синдрома, т. к. максимальная концентрация в плазме достигается через 10-20 минут.

Ректальное применение (в виде свечей) позволяет значительно снизить отрицательное влияние НПВС на ЖКТ и получить снятие болевого синдрома уже через 20-30 минут.

При применении таблеток и капсул максимальная концентрация в плазме достигается через 1-2 ч. На данный момент на рынке присутствует диклофенак в виде таблеток в ретардированной и рапидной формах. Форма ретард (Диклоберл ретард, Реводина ретард и проч.) характеризуется медленным высвобождением действующего вещества, что позволяет получить прологированный эффект и принимать препарат 1 раз в сутки.

В форме рапид (Вольтарен рапид) действующее вещество быстро всасывается в ЖКТ и терапевтический эффект наступает уже через 10-15 мин. Эта форма удобна, когда необходимо быстро снять боль.

**5.2 Глюкокортикостероиды (ГКС)**

ГКС играют важную роль в лечении ревматоидного артрита и других воспалительных заболеваний суставов. Инъекции ГКС проводят в суставы для быстрого снятия воспаления и боли и восстановления подвижности. Небольшие дозы ГКС обычно не вызывают серьезных побочных эффектов.

Врачи иногда прописывают ГКС для приема внутрь для облегчения острых симптомов артрита. По мере улучшения состояния пациента дозу постепенно снижают.

ГКС имеют *опасные побочные эффекты*, особенно при использовании в течение длительного времени. К ним относятся остеопороз, катаракта и усугубление симптомов глаукомы, а также нарушение функции надпочечников.

Для предотвращения развития побочных эффектов используются различные специально разработанные схемы применения ГКС в составе комплексной терапии ревматологических заболеваний. Не следует резко отменять ГКС.

**5.3 Препараты базисной терапии ревматических заболеваний**

Эти стандартные препараты для лечения ревматоидного артрита широко используются для предупреждения разрушения суставов при артрите и для лечения других ревматических заболеваний, таких как волчанка, анкилозирующий спондилоартрит и синдром Шегрена.

В отличие от НПВС, препараты этой группы могут подавлять развитие ревматоидного артрита, но никак не влияют на его симтомы. Может пройти от 3 до 6 месяцев, прежде чем наступит улучшение. Поэтому препараты базисной терапии обычно используют вместе с НПВС или кортикостероидами.

Подбор таких препаратов требует некоторого времени, т.к. иногда необходимо проверить эффективность разных препаратов этой группы для достижения заметного улучшения. Необходимо помнить, что они могут также вызывать серьезные побочные эффекты, например, ухудшение иммунитета и поражение желудочно-кишечного тракта.

При нормальной переносимости препаратов базисной терапии очень важно выдержать полностью начальный период терапии, даже если в первые несколько недель нет видимого улучшения. Если наблюдается улучшение, терапия может продолжаться в течение нескольких лет.

Некоторые препараты этой группы могут повредить плоду и нарушить его нормальное развитие, поэтому женщинам необходимо применять эффективные средства контрацепции. Обязательно нужно проконсультироваться с врачом о методах контрацепции, т.к. есть вероятность, что эти препараты могут снизить эффективность противозачаточных препаратов.

При планировании беременности необходима консультация и возможно потребуется изменение терапии. Препараты также могут влиять на мужскую плодовитость.

**5.4 Хондропротекторы**

Хондропротекторы - это препараты, улучшающие структуру хряща. Прием этих препаратов, способствует замедлению прогрессирования артроза, укреплению хрящевой ткани. Как правило, хондропротекторы принимаются длительным курсом - по 2-3 месяца. Для лечения и профилактики рецидивов артритов, курс лечения необходимо проводить 2 раза в год.

Хондропротекторы бывают:

- В таблетках, капсулах, порошках: ДОНА, Структум, Терафлекс, Артра, Стропартроз форте Хондрозамин.

- Во внутримышечных уколах: Мукосат, Алфлутоп, Румалон

- В виде мазей: Хондроитин Акос, Хондроксид, Хондроарт.

- Во внутрисуставных уколах («смазки»): Остенил, Ферматрон (в Минске отсутствуют). Введение таких препаратов возможно только в специализированных медицинских учреждениях.

**5.5 Витамины при заболеваниях суставов**

При артритах и артрозах, необходимо принимать следующие витамины:

- Витамины С

- Витамин Е

- Витамин А

- Витамин В3 (Никотинамид)

- Витамин В6

- Фолиевая кислота

- Витамин В12

- Пантотеновая кислота, никотиновая кислота

- Натуральный бета-каротин

Минералы при ревматоидном артрите: селен, цинк, марганец, медь, сера, молибден.

Таким образом, при воспалениях в суставах можно использовать как монопрепараты, содержащие один из вышеуказанных витаминов или микроэлементов, так и комплексные препараты:

. Антиоксидантный комплекс - витамины А,Е,и С (триовит, тривит, антиоксикапс с цинком, с селеном)

. Комплексные препараты витаминов группы В (В1,В6, В12) - неуробекс, нейрорубин, мильгамма (бенфотиамин+пиридоксин).

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Патологоанатомические изменения при артритах определяются его особенностями и зависят от остроты и продолжительности процесса, а также от глубины поражения. В воспалительный процесс могут быть вовлечены все элементы, формирующие сустав (кости, хрящи, синовиальные оболочки, связки, суставная жидкость и т. п.).

Важную роль в диагностике артритов играет анамнез. Он помогает выяснить, носят ли изменения в суставе воспалительный характер, и является ли данный артрит основным заболеванием или связан с наличием другого патологического процесса.

Воспалительный характер заболевания определяется при физикальном исследовании сустава (местная припухлость, болезненность при пальпации, изменение кожной температуры, наличие выпота, уплотнение мягких тканей).

Методов профилактики ревматоидного артрита не существует, но можно снизить вероятность развития остеоартрита и подагры. Для уменьшения риска развития остеоартрита следует избегать дополнительной нагрузки на суставы. Необходимо бориться с лишним весом, стараться избегать травм, для этого при занятиях спортом всегда необходимо использовать защитные приспособления. необходимо использовать адло лечить травмы суставов, давать суставу достаточно отдыха, чтобы полностью восстановиться. Различные травмы, особенно спортивные, позже могут привести к развитию остеоратрита (например, повреждение сухожилий, ведущее к нестабильности сустава и повреждению хряща). Переломы костей могут вызывать деформации конечностей, при которых нагрузка на суставы станет неравномерной, что вызовет неравномерное изнашивание хряща. Прямые травмы суставов, чаще всего разрыв мениска или передней крестообразной связки колена или повреждение тазобедренного сустава, также способствуют развитию остсоартрита. Хотя и артрит верхних конечностей может развиваться в результате травм, это в меньшей степени влияет на жизнедеятельность, поскольку верхние конечности не участвуют в поддержании веса тела.

Здоровая диета помогает предотвратить подагру. Причиной подагры является накопление в организме мочевой кислоты - продукта распада, который обычно выводится с мочой. Это может быть связано с чрезмерной продукцией мочевой кислоты или нарушением функции почек. Высокий уровень мочевой кислоты ведет к ее кристаллизации в суставах, вызывая боль и воспаление. При этом чаще всего страдают большие пальцы ног.

Мочевая кислота образуется при распаде пуринов, которые входят в состав всех тканей человека и содержатся во многих продуктах. Злоупотребление алкоголем и пищей, богатой пуринами (субпродукты, сельдь, анчоусы и сардины), повышает риск развития подагры.

В связи с большой склонностью к хроническому течению артритов часто приводят к утрате трудоспособности. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, 3.1% общей инвалидности обусловлено хроническими артритами.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Бакулев А.Н., Петров Ф.Ф. Популярная медицинская энциклопедия. - СПб.: 1998.

2. Большая медицинская энциклопедия/ Под ред. Б.В. Петровского - М.: Сов. Энциклопедия, 1975, Т. 2.

3. Викторов А.П. Побочное действие современных нестероидных противовоспалительных препаратов: проблемы остаются? // Медицинский вестник. 2003, №1.

. Ингибиторы ЦОГ-2: эффективность и влияние на качество жизни. Материалы симпозиума. XI Национальный конгресс «Человек и лекарство». - Москва, 2004.

5. Клименко Н.А. Клинические аспекты исследования проблем общей патологии воспаления // Врачебная практика. 1999, № 6.

. Лазебник Л.Б., Дроздов В.Н., Коломиец Е.В. Сравнительная эффективность и безопасность применения кетопрофена, лорноксикама, нимесулида и целекоксиба у больных остеоартрозом // Русский медицинский журнал. 2004, Т. 12, № 14.

7. URL: Артриты, диагностика, нетрадиционное лечение - http://www.lechebnik.info/

8. URL: Доктор Видаль - http://www.vidal.ru/

9. URL: Общие сведения об артрите - http://www.artrit.info

10. URL: Ревматоидный артрит. Артроз. Лечение артрита, лечение артроза - http://www.tiensmed.ru/