Заболевания опорно-двигательного аппарата в гериатрической практике.

МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

В.Н.Петров

Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования, Россия

Заболевания опорно-двигательного аппарата принадлежат к числу наиболее распространенных у лиц пожилого и старческого возраста. Они приносят физические страдания, ограничивают способность к передвижению и самообслуживанию, ухудшают качество жизни, нередко приводят к инвалидизации пожилых больных. Лечение этих заболеваний связано с существенными экономическими затратами.

Существуют воспалительные (ревматоидный артрит, реактивные артриты и др.), обменно-дистрофические (остеопороз, остеоартоз, подагра), вторичные (посттравматические, при злокачественных заболеваниях — рак, гемобластозы и др.) и развивающиеся на фоне эндокринных заболеваний (сахарный диабет, болезни гипофизарно-надпочечниковой системы, щитовидной и паращитовидных желез) поражения суставов. Лекция посвящена изложению роли медицинской сестры в профилактических и лечебно-диагностических мероприятиях, особенностей сестринского процесса и ухода при наиболее значимых в гериатрической практике обменно-дистрофических (дегенеративных) заболеваниях суставов.

Их возникновению способствуют возрастные изменения опорно-двигательного аппарата. При старении уменьшается объем мышечной массы, ухудшается сократительная способность мышц, они становятся атрофичными и дряблыми. В костях снижается содержание минеральных веществ, костной массы, они становятся менее прочными — более ломкими. Прогрессирует дегенерация суставного хряща, в сухожилиях и суставных сумках откладываются соли кальция (кальциноз).

**Остеопороз**

Остеопороз («пористая кость») — системное заболевание скелета со снижением костной массы и нарушением микроархитектоники костной ткани, приводящими к увеличению хрупкости кости и повышению риска переломов. Наиболее типичны переломы костей дистального отдела предплечья, проксимального отдела бедра (шейки, чресвертельной области) и позвоночника (тела позвонков).

По социальной значимости остеопороз уступает только сердечно-сосудистым, онкологическим заболеваниям и сахарному диабету и угрожает каждой второй женщине и каждому третьему мужчине старше 50 лет. В возрасте 61-70 лет это заболевание диагностируется у 40-66%, в возрасте 71-89 лет — у 70-90% женщин. Показатели заболеваемости у мужчин этого возраста ниже. Лечение и реабилитация больных остеопорозом, осложненным переломами костей, связаны со значительными материальными затратами.

**Этиология и патогенез.**

Нормальное строение и функционирование костей зависит от достаточного поступления в организм целого ряда веществ: кальция, фосфора, магния, цинка, меди, марганца, фтора, витамина D и др. В течение жизни костная ткань постоянно перестраивается при сбалансированности процессов разрушения старой и образования новой кости. Эти явления тесно связаны с кальциево-фосфорным обменом и регулируются сложной гормональной системой, ведущую роль в которой играют паратиреоидный гормон околощитовидных желез, кальцитонин щитовидной железы и витамин D. Последний поступает в организм с пищей, а также образуется в коже под влиянием ультрафиолетовых лучей. С возрастом (после 35-40 лет) начинается физиологическая потеря костной массы, которая увеличивается при наступлении менопаузы. С целью профилактики, ранней диагностики и последующего лечения остеопороза медицинская сестра должна знать, что риску развития этого недуга подвержены:

— женщины после наступления менопаузы;

— пожилые женщины и мужчины;

— женщины с нарушениями менструального цикла, аменореей, в том числе после удаления придатков;

— пациенты с наличием переломов костей в анамнезе и у их близких родственников;

— больные, длительное время находящиеся без движения (после переломов, травм и ортопедических операций);

— пациенты с хроническими эндокринными и ревматическими заболеваниями, а также с болезнями пищеварительной, мочевыделительной и кроветворной систем.

Способствуют возникновению остеопороза курение, недостаточные физическая активность (сидячий образ жизни) и поступление кальция с пищей, низкая масса тела (менее 57 кг), избыточное потребление алкоголя и кофе. Аналогичным эффектом обладает применение ряда лекарственных средств: глюкокортикостероидов (преднизолон и др.), противосудорожных (фенобарбитал) и мочегонных (фуросемид) препаратов, антикоагулянтов (гепарин), антацидов, содержащих алюминий (альмагель и др.), тиреоидных гормонов (тироксин).

В пожилом и старческом возрасте преобладает первичный (постменопаузальный и сенильный), значительно реже встречается вторичный остеопороз, обусловленный различными хроническими заболеваниями: эндокринными, ревматическими, желудочно-кишечными, мочевыделительной и кроветворной систем.

Постменопаузальный (климактерический) остеопороз развивается у женщин в возрасте 50-70 лет. Его основной причиной — «пусковым механизмом» — является недостаточное образование в организме женских половых гормонов — эстрогенов. Их дефицит инициирует нарушения в гормональной системе, регулирующей кальциево-фосфорный обмен. Процессы разрушения начинают преобладать над процессами образования костной ткани, развивается дефицит витамина D с последующим уменьшением всасывания кальция в желудочно-кишечном тракте. В итоге уменьшается костная масса и плотность костей, увеличивается их хрупкость и ломкость.

Сенильный остеопороз диагностируют в возрасте старше 70 лет, чаще у женщин по сравнению с мужчинами. Целый ряд факторов заинтересован в его возникновении:

— уменьшение поступления кальция с пищей преимущественно за счет ограничения употребления молочных продуктов;

— снижение образования витамина D в организме в результате уменьшения физической активности и длительности инсоляции («солнечных ванн»);

— уменьшение всасывания кальция в желудочно-кишечном тракте в результате дефицита витамина D;

— повышение активности паращитовидных желез — выработки паратиреоидного гормона с последующей мобилизацией кальция из костей и развитием остеопороза.

**Клиническая картина.**

Остеопороз длительное время может протекать скрыто — бессимптомно и впервые проявляться переломами костей. Часто единственным его признаком является боль в спине при длительном нахождении в вертикальном положении и при движениях.

С течением времени эти боли усиливаются и проходят только в положении лежа. К ним присоединяются непостоянные, летучие, различной интенсивности боли в костях конечностей, усиливающиеся при физических нагрузках и в холодное время года. При прогрессировании заболевания боли в позвоночнике становятся постоянными, появляется неустойчивая или «утиная» походка, иногда хромота, ограничивается физичес¬кая активность (подвижность) пациента. Нередко боли приковывают его к постели и требуют постоянной посторонней помощи и ухода.

Для постменопаузального остеопороза характерны переломы тел позвонков, ребер и лучевой кости, а для сенильного — трубчатых костей и шейки бедренной кости. Эпизоды острых и достаточно длительных болей (2-3 недели) преимущественно в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, нередко обусловленные физической нагрузкой или травмой, обычно свидетельствуют о компрессионных переломах позвонков. Они сопровождаются характерными изменениями внешнего вида пожилых: укорочением позвоночника и деформацией грудной клетки, уменьшением роста, развитием сутулости, «выступающего живота». По мере развития остеопороза уменьшается рост, который у взрослого здорового человека равен размаху рук. Преобладание длины размаха рук над ростом свидетельствует о возможности остеопороза.

Сестринский уход. При сборе анамнеза у пожилого с подозрением на остеопороз медицинская сестра может использовать опросник Международного фонда остеопороза, помогающий оценить риск возникновения этого заболевания.

Пациенту следует задать следующие вопросы.

1.Был ли перелом шейки бедра после незначительной травмы у кого-либо из Ваших родителей?

2.Был ли у Вас перелом после незначительной травмы?

3.Принимали ли Вы стероидные гормоны (преднизолон и др.) более 6 месяцев?

4.Уменьшился ли Ваш рост более, чем на 3 сантиметра?

5.Употребляете ли Вы алкоголь раз в неделю или чаще?

6.Часто ли у Вас бывает диарея (понос)?

7.Выкуриваете ли Вы более пачки сигарет в день?

Для мужчин:

8.Были ли у Вас проблемы, связанные с низким уровнем тестостерона (снижение полового влечения, импотенция)?

Для женщин:

9.Когда у Вас наступила менопауза, был ли Ващ возраст менее 45 лет?

10.Прекращались ли у Вас менструации на срок более года (кроме периода беременности)?

Положительный ответ на один или более вопросов является поводом для обращения к врачу и проведения лабораторно-инструментальных исследований. Дополнительно выясняют особенности питания и содержание в рационе молочных продуктов, характер физической активности, вопросы соблюдения личной безопасности и безопасности жилища, наличие хронических заболеваний, способствующих развитию вторичного остеопороза. Больному с установленным диагнозом остеопороза следует задать вопросы: соблюдает ли он диету и водно-солевой режим, выполняет ли физические нагрузки, контролирует ли рост и массу тела, принимает ли предписанные лекарственные препараты, не занимается ли самолечением.

При осмотре нередко обнаруживают различной степени выраженности деформацию грудной клетки, обусловленную кифозом или лордозом позвоночника, «старческий горб», низко опущен¬ную реберную дугу и подбородок, укорочение и изменение формы конечностей. Нарушается осанка пожилого человека, появляются сутулость, «поза просителя».

Физикальное исследование выявляет болезненность при пальпации или поколачивании позвоночника и паравертебральных точек, костей конечностей в местах переломов.

На основании данных опроса и объективного исследования медицинская сестра формулирует сестринский диагноз — проблемы пациента, наиболее важными из которых при остеопорозе являются:

— боли в спине (позвоночнике) и костях конечностей;

— ограничение физической активности;

— риск развития переломов;

— деформация скелета и нарушения осанки, обусловленные переломами костей;

— психологические и социально-экономические проблемы в связи с заболеванием и изменениями обычного стиля (образа) жизни.

При планировании ухода медицинская сестра объясняет пациенту целесообразность и диагностические возможности лабораторных и инструментальных исследований, в перечень которых входят: клинический анализ крови, общий белок, белковые фракции и холестерин крови, концентрация кальция, фосфора, магния, сахара, креатинина, щелочной фосфатазы в крови, суточная экскреция кальция и фосфора с мочой, общий анализ мочи, а также флюорография органов грудной клетки, рентгенография костей. Визуальная оценка рентгенограмм позволяет диагностировать остеопороз в далеко зашедших стадиях при утрате костной массы на 20-30%, выявить деформацию и переломы костей.

В настоящее время самым надежным методом диагностики признана костная денситометрия (рентгеновская и ультразвуковая). С ее помощью можно оценить плотность и потери костной ткани с точностью до 2-6% на ранних стадиях остеопороза. Аппаратами для денситометрии оснащены центры остеопороза, имеющиеся во многих городах России.

В диагностически сложных случаях изучают содержание в крови и моче гормонов половых, щитовидной и паращитовидной желез, витамина D, а также используют радиоизотопные методы (сцинтиграфия скелета) и биопсию костной ткани.

Консультации врачей-специалистов (ревматолог, травматолог, гериатр, эндокринолог и др.) проводят по показаниям.

Обследование и лечение больных остеопорозом можно проводить как в стационаре, так и в амбулаторно-поликлинических условиях. Роль семейной медицинской сестры и врача возрастает при оказании медицинской помощи больному в амбулаторных (домашних) условиях.

Основная роль в решении различных проблем пациента принадлежит лечебному питанию и лекарственной терапии, способствующих нормализации обменных процессов в костной ткани, прекращению или замедлению потери костной массы, повышению прочности кости, предотвращению переломов, расширению физической активности и улучшению качества жизни. Правильное питание является важнейшим фактором предупреждения и комплексного лечения остеопороза у пожилых. Оно должно удовлетворять энергетические потребности организма, быть разнообразным и сбалансированным по содержанию основных питательных веществ, обеспечивать достаточное поступление кальция, фосфора и некоторых других микроэлементов, витамина D.

Суточная потребность пожилого человека в кальции составляет в среднем 1500 мг. Она обеспечивается за счет увеличения содержания в рационе богатых этим веществом молока и молочных продуктов (сыр, йогурт, творог), рыбы, печени, некоторых овощей (сельдерей, капуста брокколи, соя, фасоль, горох, репа и др.), фруктов (курага, инжир, яблоки, чернослив и др.) и орехов (кунжут, миндаль, грецкие орехи и др.). Необходимая суточная доза кальция содержится в 1 литре молока или кисломолочных продуктов, либо в 400-500 г сардин с костями, либо в 200 г твердого сыра. Молоко и молочные продукты богаты фосфором, а рыба и печень — витамином D, который способствует всасыванию кальция и фосфора в кишечнике.

Пищевые продукты, содержащие оксалаты (овощная зелень, чай, шоколад) и большое количество растительной клетчатки (корнеплоды, бахчевые овощи) снижают усвоение кальция. Не стоит перегружать ими пищевой рацион. Не следует злоупотреблять солью, кофе и алкогольными напитками, способствующими выведению кальция из организма. Рекомендуется разумно ограничить употребление блюд из красного мяса (телятина, говядина).

У пожилых людей, особенно малообеспеченных, нередко развивается дефицит витамина D. Причинами этого явления могут быть недостаточное поступление его с пищей (рыба, рыбий жир и печень), уменьшение всасывания в кишечнике и образования в коже под действием ультрафиолетовых лучей (дефицит инсоляции). В этих случаях по назначению врача пожилые принимают лекарственные препараты витамина D в суточной дозе 600-800 ME. Напомним, что этот витамин усиливает усвоение кальция из пищи и восстановление костной ткани, его применение способствует снижению частоты перелома шейки бедра у женщин.

При недостаточном содержании кальция в рационе питания, обусловленном индивидуальной непереносимостью молочных продуктов или нежеланием их использовать, для предупреждения развития остеопороза или его прогрессирования дополнительно применяют лекарственные препараты кальция.

Медикаментозное лечение остеопороза достаточно сложная и ответственная проблема, относящаяся к компетенции врача. В зависимости от вида и выраженности остеопороза, пола и возраста пожилого человека, наличия переломов и сопутствующих хронических заболеваний решают вопросы выбора лекарственных препаратов и длительности их использования. С целью адекватного поступления кальция в организм и эффективного его всасывания в желудочно-кишечном тракте рекомендуют комбинированные препараты с высоким содержанием элементарного кальция и витамина D (Кальций-Dз Никомед, Кальций-Dз Никомед форте, Витрум Кальциум+Dз и др.). Показана эффективность сочетанного применения препаратов кальция (Витакальцин, карбонат, цитрат, трифосфат кальция и др.) и витамина D (холекальциферол, эргокальциферол). Оптимальные суточные дозы элементарного кальция и витамина D равны, соответственно, 1500 мг и 800 ME. К патогенетической терапии, направленной на приостановление прогрессирования остеопороза и предупреждение переломов, относится:

— заместительное лечение женскими половыми гормонами (эстрогены, эстрадиол);

— применение биофосфонатов (алендронат, ризедронат, золедронат);

— использование препаратов кальцитонина (миакальцик).

Значительно реже в лечебных целях приме¬няют селективные модуляторы рецепторов эстрогенов (ралоксифен). Все перечисленные виды терапии предупреждают разрушение костной ткани. К средствам, стимулирующим ее образование (фторид натрия), в последнее время относятся весьма настороженно ввиду их токсичности и недостаточной эффективности.

В процессе ухода за больным медицинская сестра старается снять его страх и беспокойство в связи с недостатком информации, объяснить сущность заболевания, методы его профилактики и лечения. Она способствует созданию спокойной и доброжелательной атмосферы в окружении пациента — в палате и домашних условиях, контролирует характер и режим питания (соблюдение диеты), применение назначенных врачом медикаментозных средств, выявляет их отрицательные реакции, следит за динамикой клинических проявлений остеопороза и своевременно информирует об этом врача.

В круг обязанностей медицинской сестры входят рекомендации по изменению образа жизни, соблюдению мер личной безопасности пожилого человека и безопасности его жилища, предупре¬ждению падений и переломов костей. Она должна заподозрить или диагностировать перелом, оказать доврачебную медицинскую помощь.

**Профилактика.**

Первичная профилактика остеопороза включает пропаганду и организацию здорового образа жизни пожилого человека, в том числе правильного питания с достаточным содержанием кальция и витамина D, разумных физических нагрузок и упражнений, укрепляющих костную мускулатуру, развивающих гибкость и способность сохранять равновесие, исключение вредных привычек (курение, злоупотребление алкоголем и кофе). По показаниям используется длительная заместительная терапия женскими половыми гормонами (эстрогенами), рекомендуемая, как правило, женщинам старше 45-50 лет.

Немаловажной составной частью профилактических мероприятий является просвещение и обучение пациентов и членов их семей, включающее основные сведения о факторах риска, способах выявления, профилактики и экономически выгодного лечения остеопороза.

Вторичная профилактика направлена на предотвращение прогрессирования остеопороза, падений и переломов костей. С этой целью используют лекарственные препараты с высоким содержанием элементарного кальция и витамина D, при умеренно выраженном и тяжелом остеопорозе — длительное медикаментозное лечение, включающее применение женских половых гормонов, биофосфонатов, гормонов щитовидной железы (кальцитонинов). Ограничивают или исключают применение некоторых лекарств, способствующих потере костной массы (кортикостероиды и др.).

Мероприятия по предупреждению падений включают:

— регулярную проверку остроты зрения и ис¬пользование очков;

— улучшение прикроватного и общего освещения квартиры;

— применение вспомогательных средств (трости, ходунки, поручни) при передвижении по квартире, ограничение передвижения в транспортных средствах, и без сопровождения;

— освобождение проходов от лишних предметов (коврики, проводи и др.), перестановка мебели, затрудняющей движение;

— установку дополнительных телефонных аппаратов в квартире;

— использование удобной обуви (на плоской подошве, без каблука);

— исключение резких движений, подъема тяжестей;

— ограничение использования снотворных и психотропных препаратов, способствующих нарушению координации движений, появлению головокружений.

Пожилым людям полезны прогулки на свежем воздухе, особенно в солнечную погоду — под влиянием солнечного света в коже образуется витамин D, занятия физической культурой и спортом (бег, игровые виды спорта, гимнастика), лечебная физкультура и танцы.

**Остеоартроз**

Остеоартроз (ОА) — хроническое прогрессирующее дегенеративно-дистрофическое заболевание суставов, характеризующееся деструкцией суставного хряща, изменениями суставных поверхностей эпифизов костей и в околосуставных мягких тканях.

ОА приблизительно у половины больных дебютирует в пожилом и старческом возрасте и составляет 69-70% всех ревматических болезней. Этому заболеванию подвержено 10-12% населения и его частота к 50 годам увеличивается до 27%, к 60 годам и старше — до 97%

Медицинское и социально-экономическое значение ОА определяется его распространенностью, склонностью к хроническому течению, неблагоприятным влиянием на состояние здоровья и качество жизни пожилого человека, существенными материальными затратами на лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия.

Этиология и патогенез.

По современным представлениям, ОА — многопричинное заболевание, в происхождении которого играют роль наследственные (генетические), возрастные и половые факторы, избыточная масса тела, воспалительные заболевания суставов (ревматоидный артрит и др.), профессиональные вредности и условия труда.

Генетически обусловленные дефекты строения и функции хряща, аномалии развития опорно-двигательного аппарата (избыточная подвижность суставов, сколиоз, плоскостопие и др.), приводящие к нарушению статики тела, нередко только предрасполагают к формированию ОА. Наиболее важным фактором риска развития этого заболевания является пожилой возраст со свойственным ему прогрессированием дегенерации (разрушения) суставного хряща. Преобладание в этой возрастной группе больных ОА женщин над мужчинами объясняют усилением этих разрушительных процессов при недостаточной выработке женских половых гормонов (эстрогенов) в менопаузе.

Вне зависимости от пола избыточная масса тела является существенной причиной поражения суставов, особенно коленных, в результате их большей подверженности механическим воздействиям. Тяжелый физический труд, повышенная травматизация суставов в связи с профессиональной деятельностью (шахтеры, докеры, водители грузовых автомашин, швеи, ткачи и др.) или занятиями спортом предрасполагает к развитию ОА. Аналогичным эффектом обладает работа, связанная с длительным вынужденным положением тела, часто повторяющимися однообразными движениями.

К факторам риска развития этого заболевания относят повышение содержания липидов в плазме крови и сахарный диабет.

В самом общем виде последовательность от¬дельных звеньев патогенеза ОА можно представить следующим образом. В результате вышеперечисленных причин процессы разрушения хрящевой ткани начинают преобладать над процессами ее образования, нарушаются нормальные структура и функции суставного хряща, он размягчается и разрыхляется — становится менее эластичным и прочным. Снижение амортизационных качеств суставного хряща сопровождается неравномерным распределением механических нагрузок на костные суставные поверхности, их деформацией и образованием краевых костно-хрящевых разрастаний (остеофитов). Нередко развивается реактивное воспаление синовиальных оболочек (синовит) и околосуставных тканей.

Поражаются преимущественно испытывающие наибольшие физические нагрузки суставы нижних конечностей — тазобедренные, колен¬ные и первые плюснефаланговые суставы, а также дистальные и проксимальные межфаланговые суставы кистей.

Диагностика.

Клинические проявления ОА зависят от локализации (вида) и количества пораженных суставов и характеризуются болью, деформацией и тугоподвижностью суставов.

Заболевание развивается медленно и незаметно, дебютирует появлением ощущения дискомфорта или малоинтенсивной (ноющей), периодической боли первоначально в одном, а затем и в другом суставе. Боли возникают под влиянием физических нагрузок к концу дня и уменьшаются или исчезают после ночного отдыха. Постепенно нарастает интенсивность и продолжительность боли, которая возникает при незначительной физической нагрузке и нередко беспокоит пациента в ночное время.

Характерны кратковременные «стартовые» боли, появляющиеся при первых шагах утром и проходящие достаточно быстро под влиянием физической активности. Следует упомянуть и о внезапно возникающем и резко выраженном болевом синдроме вследствие «блокады сустава» — ущемлением между его суставными поверхностями костного или хрящевого обломка («суставной мыши»). В этой ситуации больной может быть обездвижен.

В пораженном суставе ощущается характерный хруст (крепитация), напоминающий скрип снега под ногами. При прогрессировании заболевания суставы увеличиваются в объеме и деформируются, ограничивается их подвижность. Эти явления обусловлены развитием костно-хрящевых разрастаний (остеофитов), сухожильно-мы¬шечных контрактур, разрушением хряща и суставных поверхностей костей, накоплением в полости сустава синовиальной жидкости (синовит) и отеком околосуставных тканей. Типичны утолщения дистальных (узелки Гебердена) и проксимальных (узелки Бушара) межфаланговых суставов пальцев рук.

Боли постоянного характера, в том числе и в состоянии покоя, резкое ограничение подвижности суставов в конечной стадии заболевания нередко приносят пожилым сильные страдания, способствуют ухудшению сна, аппетита, похудению и развитию депрессии.

При объективном исследовании пожилого с заболеваниями опорно-двигательного аппарата медицинская сестра обращает внимание на осанку, особенности походки, объем движений в суставах и их конфигурацию. Проверку объема активных и пассивных движений проводят с помощью специальных транспортиров (измерителей) и выражают в градусах.

Подвижность больного может быть ограничена, особенно при ОА тазобедренных суставов. Суставы в большей или меньшей степени деформированы, движения в них болезненны и в неполном объеме. При пальпации определяют болезненность в области суставной щели и крепитация. Признаками воспаления синовиальной оболочки является припухлость сустава, местное повышение температуры и покраснение кожи.

Перечень лабораторных исследований при ОА мало чем отличается от таковых при остеопорозе. По показаниям его дополняют определением активности С-реактивного белка, сиаловых кислот и ревматоидного фактора в крови, а также анализом синовиальной жидкости, полученной при пункции суставов. Инструментальная диагностика включает рентгенологическое, ультразвуковое и эндоскопическое (артроскопия) исследования. Наиболее простым, доступным и экономически выгодным методом диагностики ОА является рентгенография, с помощью которой выявляют наиболее характерные признаки этого заболевания: сужение суставной щели, остеофиты, субхондральный остеосклероз (уплотнение расположенной под суставным хрящом костной ткани), деформацию суставных поверхностей костей.

Сестринский уход.

При опросе медицинскую сестру должны интересовать сведения о заболеваниях и травмах суставов у пациента в предыдущие годы, характере его профессиональной деятельности и занятиях спортом, наличии других заболеваний (ожирение, сахарный диабет). Анализ жалоб и данных объективного исследования дополняют клиническую картину заболевания и позволяют поставить сестринский диагноз — сформулировать проблемы пациента, наиболее важными из которых при ОА являются:

— хронические боли в суставах, усиливающиеся при физических нагрузках;

— ограничение подвижности суставов и физической активности пациента;

— нарушение сна вследствие боли в суставах;

— потребность пациента и членов его семьи в информации о заболевании, методах его лечения и реабилитационных мероприятиях.

Медицинская сестра выясняет степень осведомленности больного и его родственников о заболевании, информирует их о сущности ОА, необходимости и безопасности лабораторных исследований и лечебных мероприятий, ожидаемых результатах.

Решение основных проблем больного ОА осуществляется с помощью комплексного лечения, направленного на замедление прогрессирования дегенерации (разрушения) суставного хряща и сохранение функции сустава и включающего немедикаментозную (диету, физио-, фито-, трудотерапию, лечебную физкультуру, массаж) и медикаментозную терапию. Успех лечебных и реабилитационных мероприятий во многом зависит от эффективности взаимодействия медицинской сестры и врачей (семейного врача, гериатра, ревматолога, физиотерапевта, диетолога).

Для коррекции избыточной массы тела используют гипокалорийную диету и разгрузочные дни.

Механическая разгрузка пораженных суставов способствует уменьшению интенсивности болевого синдрома и тормозит прогрессирование ОА. Медицинская сестра объясняет пациенту технику ходьбы, необходимость избегать резких движений, ношения тяжестей, длительного сто¬яния и пребывания в фиксированной позе, целесообразность чередования ходьбы с отдыхом. С целью укрепления мышц она обучает выполнять комплекс пассивных движений в суставах, упражнения на изометрическое сокращение мышц, делает массаж. Медицинская сестра обеспечивает больному достаточный отдых и сон, спокойную окружающую обстановку, обучает его технике расслабления и дает перед сном предписанные врачом успокаивающие, снотворные и обезболивающие препараты. При тяжелом течении заболевания возникает необходимость научить пациента пользоваться тростью, косты¬лями, ходунками.

Перечисленные способы сестринского ухода важны, но скорее имеют вспомогательное значение в комплексе лечебных мероприятий при ОА. Главную роль в этом плане играет назначенная врачом медикаментозная терапия:

— актуальная, способствующая купированию болевого синдрома и воспалительных процессов

(синовит) и включающая применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и опиоидных обезболивающих средств (трамал и др.);

— базисная, направленная на замедление и предупреждение дегенерации (разрушения) суставного хряща и улучшение его функций путем использования хондропротекторов (румалон, артепарон, дона, структум и др.);

— дополнительная — локальная терапия (внутрисуставное введение глюкокортикоидных гормонов, анестезирующих средств).

Применение НПВП сопровождается появлением неблагоприятных — побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой, мочевыделительной и кроветворной систем: эрозий и язв в желудке с возможным развитием кровотечений и перфораций, повышения артериального давления и декомпенсации сердечной недостаточности, снижения функции почек и агрегационных свойств тромбоцитов. В гериатрической практике используют относительно безопасные препараты: диклофенак, кетонал, целебрекс, мовалис, ксефокам, аулин.

Медицинская сестра контролирует выполнение предписаний врача, выявляет неблагоприятные побочные действия лекарственных средств, следит за динамикой клинических проявлений ОА и своевременно информирует об этом врача.

В сферу ее деятельности входят аппликации на суставы болеутоляющих и противовоспалительных мазей, физиотерапевтические процедуры (ультрафиолетовое облучение, магнитотерапия, УВЧ, электрофорез новокаина, анальгина и др.), лечебная физкультура и массаж.

В случае хирургического лечения, в первую очередь тотального эндопротезирования коленного или тазобедренного сустава (больной сустав полностью заменяется искусственным), у пациента возникают дополнительные проблемы, в решении которых наряду с врачом немаловажную роль играет медицинская сестра. Она способствует предупреждению и лечению болевого синдрома, обусловленного оперативным вмешательством, обучает пациента методам самоухода, предупреждения повреждений (травм) сустава, инфекционных и тромбоэмболических осложнений, нарушений целостности кожных покровов (пролежней) в послеоперационном периоде, объясняет объем и характер физической активности.

Профилактика остеоартроза — достаточно сложная задача. Она включает раннее выявление и лечение наследственных аномалий развития опорно-двигательного аппарата, модификацию профессиональной деятельности с исключением длительных статических и однообразных механических нагрузок на суставы, коррекцию избыточной массы тела.

Для профилактики прогрессирования ОА применяют комплекс мероприятий по механической разгрузке пораженных суставов, личной безопасности пациента и безопасности окружающей среды, предотвращению падений, а также длительное медикаментозное лечение препаратами, способствующими замедлению и предупреждению разрушения суставного хряща и улучшению функций сустава.