

# Острый болевой синдром при остеоартрите коленного сустава

Врач-хирург ГБУ РО «Городская поликлиника № 2»

**Аронов Александр Евгеньевич**

## Опыт лечения острого болевого синдрома при остеоартрите коленного сустава хирургом амбулаторно-поликлинического звена.

Остеоартрит коленного сустава – это воспалительно-дегенеративное состояние, которое носит неинфекционный характер и нередко приводит к инвалидизации человека.

В англоязычной литературе не используется термин остеоартроз, а используется термин остеоартрит. Термин «остеоартрит» происходит от греческих слов: *ostheon* – кость, *arthron* – соединение, *itis* – воспаление.

Остеоартроз представляет важную социально-экономическую проблему для здравоохранения. Это предопределено рядом факторов: его распространённостью, ростом заболеваемости за последние годы, снижением качества жизни, увеличением доли пожилых людей и лиц с повышенной массой тела.

По данной Чичасовой Н.В. (2010) остеоартроз занимает значительное место в структуре ревматических заболеваний – 60%. Заболеваемость артрозом подвержено от 10% до 12% населения России. Артрозы, согласно данным за 2010 год занимают второе место в структуре заболеваемости костно-мышечной системы. Первое место приходится на долю дорсопатий 23,4% патологии. Проявления дорсопатии и остеоартроза имеют непосредственную обоюдную связь, являя собою нестабильность двигательного сегмента.

По данным минздрава РФ, с 2000 по 2009 год число больных ОА увеличилось более чем в два раза, а распространённость заболевания на 100 тысяч населения возросла за 10 лет на 51%. Увеличение заболеваемости ОА в США в период с 1990 по 2010 год составило 64%. По последним оценкам, около 250 миллионов людей во всём мире страдают остеоартрозом коленных суставов. По данным Центра по контролю и профилактике заболеваний Национального института артрита костно-мышечных и кожных заболеваний, Фонда артрита США (2013), распространённость ОА коленного сустава составляет – 33%.

Лечение ОА связано с высокими затратами, обусловленными инвалидностью пациентов и наличием сопутствующих заболеваний. Анализ экономической стоимости лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата в пяти промышленно развитых странах (Австралия, Канада, Франция, Великобритания и США, 1997 год), в которых ОА был самым распространённым, составили от 1% до 2,5% валового национального продукта. Общие годовые расходы в США на ОА в 2003 году составили 89,1 млрд долларов.

Первая декада XXI века (2000 – 2010 г.г.) объявленная Всемирной ассоциацией здравоохранения декадой заболеваний костей и суставов, вызвала бурное развитие методов оперативного лечения (артропластические операции и эндопротезирование).

За последние сто лет у человека средняя физическая нагрузка снизилась во много раз. Современный человек привыкает изо дня в день длительно сидеть, стоять, выполнять продолжительную, однообразную работу, что приводит к увеличению встречаемости остеоартрита среди населения. Одной из ведущих причин развития болевого синдрома при остеоартрите коленного сустава является длительная неоптимальная нагрузка, которая приводит к состоянию дисбаланса всего опорно-двигательного аппарата, с преимущественным поражением именно данного сустава. В настоящее время всё чаще и чаще проявляет себя клиника значимых для человека переживаний боли в области коленного сустава. Это связано с дисфункцией опорно-двигательного аппарата, что имеет связь с участками мышечной дистонии, которые находятся в непосредственной или опосредованной связи с участками дистонии в области позвоночника и всего опорно-двигательного аппарата человека. Такое нарушение нормальной физиологии в поражённом суставе приводит к пролабированию и ущемлению фрагмента хрящевой ткани, которой представлен мениск. Естественным проявлением данного положения будет раздражение ноцицепторов с появлением выраженного болевого синдрома.

В моём видении синдром острых болей в коленном суставе, без видимой на то причины, например, травмы, связан с пролабированием мениска в суставную щель, с ущемлением мениска между поверхностями костей, которые участвуют в образовании коленного сустава. Гораздо реже болевой синдром обуславливается ущемлением в вышеуказанных местах хондроматозного тела. Видимой

конечной причиной возникновения данного болевого синдрома могут быть, как правило, неудобные движения, часто с элементами скручивания в коленном суставе, которые возникают на фоне перегрузок, или длительных однообразных нагрузок, что усугубляет нарушенные взаимоотношения между составляющими частями опорно-двигательного аппарата человека. Мениск коленного сустава смещается в суставную щель, где происходит его ущемление, что и сопровождается сильными, ломящими болями в коленном суставе, которые, заставляя человека замедлить движение, остановиться. Данные боли чаще проявляют себя с внутренней стороны коленного сустава, что обуславливается ущемлением медиального мениска. Пролабирование и ущемление только латерального мениска коленного сустава в моей практике встречается около 10 – 15% случаев. Данные боли в коленном суставе без должного лечения могут в значимой мере беспокоить человека без выраженного снижения интенсивности дни, месяцы, годы.

Мануальное вправление мениска в моей практике эффективно используется для купирования острого болевого синдрома в коленном суставе, которое обусловлено пролабированием и ущемлением мениска в суставной щели.

Вправление мениска, как правило, осуществляется руками врача при помощи подушечек первых пальцев кистей рук, приставленных друг к другу по длине. Положение больного лёжа на спине, больная нога сгибается и разгибается в коленном суставе с опорой на пятку, что при движении в таком положении создаёт необходимое для данной манипуляции расслабление в коленном суставе. Человек, лёжа на спине, по указаниям врача сгибает и разгибает больную ногу. В момент движения больной конечности, производится мерное давление в проекции ущемлённого мениска. Если последний ущемлён, человек испытывает локальную, выраженную, ломящую боль. Данное мануальное воздействие проводится в проекции суставной щели от переднего до заднего рога мениска. Данная манипуляция проводится там, где при пальпации в проекции суставной щели проявляет себя значимый болевой синдром. Таким образом, обычно, двадцати – шестидесяти секунд хватает для устранения болевого синдрома.



Хорошо расслабляет мягкие ткани нижней конечности и снимает интенсивность боли в коленном суставе массаж прямых и широких мышц бедра, мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра, и массаж в проекции подвздошно-берцового тракта. Где во время массажа проявляет себя боль, там хорошо помогают умеренно плотные, не агрессивные, сдерживаемые мануальные воздействия, не вызывающие значимых болей. Агрессивные массажные движения приводят к увеличению напряжения в нижней конечности, что создаёт препятствия для проведения данной лечебной манипуляции. Где во время массажа человек переживает чувство мышечного зуда, там

снижают боль и напряжение в конечности плотные, массажные, круговые движения, например, площадью подушечки первого пальца или поверхностью ладони, в частности, тенором и гипотенором.

Подобные воздействия расслабляют конечность перед основной манипуляцией и, в своей мере, снимают переживания боли во время вправления ущемлённого в суставной щели предмета. Данное мануальное воздействие также в значимой мере снимает фоновую боль и напряжение после вправления мениска, которая обуславливается и болезненным напряжением мягкотканного компонента опорно-двигательного аппарата и, как правило, проявляет себя от нескольких часов до нескольких дней. Нередко сразу после вправления ущемлённого в суставной щели коленного сустава мениска, человек отмечает лёгкость в ноге, боль отсутствует, ходьба становится ровной и безболезненной. На фоне облегчения состояния, как правило, некоторое время человек переживает слабость в коленном суставе и незначительные боли. Ходьба ровная, скованности нет. В данном периоде человеку предпочтительнее не залёживаться и почаще отдыхать. По рекомендациям врача, больной совершает, по возможности, раскованные, если необходимо, медленные движения. Задача, что бы при ходьбе всё тело человека участвовало в движении. Необходимо избегать длительных, однообразных, рывковых нагрузок, вращательных движений в коленном суставе, что может вызывать нежелательные последствия, особенно при усиленной, опорной нагрузке. При отсутствии противопоказаний, человеку проводится физиотерапия. В

частности, больному человеку назначается сухое тепло в области передней поверхности и боковых поверхностей коленного сустава, в проекции квадрицепса бедра, мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра, в проекции подвздошно-берцового тракта по 20 минут, 15 – 20 дней два, три раза в день. Хорошо помогает безболезненная, лечебная физкультура, проводимая на возможном расслаблении. Применяются, по возможности, раскованные движения, с постепенной оптимизацией физической, безболезненной и малоболезненной нагрузки.

Можно проводить данную, лечебную манипуляцию по устранению острого болевого синдрома в коленном суставе и в положении сидя на стуле (ягодичные складки на краю стула, для более свободного движения нижней конечности, при сгибании и разгибании коленного сустава с опорой на пятку).

Данной манипуляцией человеку можно и самому у себя ставить на место пролабирванный, ущемлённый мениск и устранять, таким образом, выраженный болевой синдром в собственном коленном суставе. Для этого человек находится в положении стоя, с опорой на здоровую ногу и совершает движения в страдающем коленном суставе с незначительной опорой на больную ногу, что позволяет воздействовать на коленный сустав в положении относительной раскованности. Во время незначительного сгибания и разгибания в коленном суставе подушечками первых пальцев производится давление в проекции суставной щели. Во время данного воздействия человек переживает выраженную, локальную, ломящую боль. Данный способ вправления мениска приводится из личной практики.



Учитывая, причинно-следственную связь острого болевого синдрома в области коленного сустава, который происходит от пролабирования и ущемления, например, мениска в суставной щели коленного сустава с дисфункцией опорнодвигательного аппарата человека, значимую помощь в профилактике возобновления данных болей, обеспечивает выполнение блокады с дипроспаном в пояснично-крестцовой области, в частности, блокады напряжённой и болезненной при пальпации, грушевидной мышцы, блокады болевых точек и в области нижних конечностей. Достаточно одной, двух, редко, трёх блокад для значимого снятия фоновой дисфункции в условиях опорно-двигательного аппарата данного, конкретного человека. Для воздействия с этой целью можно использовать только местные анестетики, для чего, как правило, достаточно трёх, четырёх, пяти блокад, например, 2% новокаина, 2% лидокаина, ультракаина. Далее полученный, таким образом, положительный эффект укрепляется физиотерапией, массажем, лечебной, безболезненной физкультурой. Человеку необходимо научиться раскованно ходить, прямо и раскованно сидеть, распределять оптимальные нагрузки в течении трудового дня, что станет выполнять функцию лечебной физкультуры, станет создавать и поддерживать относительно оптимальное состояние опорнодвигательного аппарата конкретного человека. Ориентирование больного на данный стиль поведения станет разрывать патологический круг причинно-следственных связей, которые приводят к возникновению стойкого болевого синдрома и в коленном суставе. Современной медициной проверено и доказано, что целенаправленно и планомерно применяемая каждый день лечебная физкультура, через полтора года приносит стойкие положительные результаты.

Кстати, здесь надо привести случай из моей практики. В поликлинику обратилась женщина 50 лет, занимающаяся активным физическим трудом. В анамнезе – 2 месяца назад травма, падение на правый

коленный сустав с высоты своего роста. Больная проходила лечение с диагнозом: Ушиб и растяжение связок области правого коленного сустава нестероидными противовоспалительными препаратами, принимала физиотерапию, применяла эластичную компрессию в условиях амбулаторного травматологического центра. На фоне проводимого лечения у больной возникает усиление болей, появляется симптоматика выраженного синовита правого коленного сустава. Больная с обострением заболевания поступает в травматологическое отделение БСМП, где проводятся пункции коленного сустава. С незначительным улучшением больная выписывается на амбулаторное лечение. Травмированная, нижняя конечность иммобилизована гипсовой лангетой. При осмотре отёк более выражен в проекции верхнего заворота коленного сустава. При пальпации резкая болезненность в проекции латерального и медиального менисков. После мануального воздействия значимые боли при опорной нагрузке в травмированном коленном суставе не беспокоят. Женщина самостоятельно покинула кабинет хирурга. Через четыре дня больная выписана к труду. Через семь — десять дней больная явилась на приём и оповестила врача, что свою работу может выполнять в полном объеме. Через десять месяцев больная жалоб не предъявляет. Физический труд с выраженной нагрузкой на ноги выполняет в полном объёме.

Около 10 лет оказания данного вида помощи пациенту, который страдает выраженным болевым синдромом в коленном суставе показали, что при данном виде лечебного воздействия острый болевой синдром в коленном суставе купируется на кушетке. Человек встаёт с кушетки, к которой подходил, хромая из-за сильной боли в коленном суставе, и отмечает отсутствие сильной боли, испытывая не только снижение или устранение болевого синдрома, но и чувство лёгкости в ноге во время ходьбы, что связано, как и с устранением ущемления мениска, так и с попутным расслаблением мягкотканного компонента опорно-двигательного аппарата. Далее человеку на фоне курса восстановительной терапии требуется внимательное распределение в течении дня оптимальной физической нагрузки. Человек начинает понимать и отмечать, что является причиной и данного, болевого синдрома в коленном суставе, что явилось и является, по своей сути, травмой, пусковым механизмом данных болей. Нередко человек не обращается ко врачу за помощью, так как верным собственным отношением к происходящему получает возможность избегать обострения болевым синдромом нестабильности в коленном суставе. Человек учится стабилизировать опорно-двигательный аппарат.

В 10 – 15% приходится второй и третий раз совершать данное воздействие для устранения болевого синдрома в коленном суставе, как правило, в течении одной, двух недель. Около 5 – 10% обращающихся за данным видом помощи людей не получают желаемого результата.

Из числа людей, которые переживают выраженный болевой синдром в коленном суставе, некоторые, около 10 – 15% обратившихся за помощью, после вправления испытывают значимые боли в коленном суставе в течении суток. В течении последующих суток боль снижается. Ходьба становится ровной или близкой к ровной. Создаётся впечатление, что в число больных, которые попадают в данное положение, оказываются люди, у которых, по какой либо причине мышечный аппарат, в частности, нижних конечностей находится в состоянии выраженного, длительного, принудительного напряжения. Причиной данного нездорового положения, опорно-двигательного аппарата во многом является психологическая составляющая.)

Опираясь на изложенное, можно предположить, что выраженность болевого синдрома в коленном суставе напрямую зависит от степени нестабильности и смещения составляющих частей коленного сустава, как правило, мениска и ущемления последнего в суставной щели, что получает возможность и проявляет себя в условиях нестабильности опорно-двигательного аппарата больного человека. Выраженность болевого синдрома не имеет прямой зависимости от степени выраженности артроза, хотя степень выраженности артроза коленного сустава зависит от меры и времени проявления нестабильности в условиях коленного сустава. Доформирующий остеоартрит активно развивается на фоне дистопии, пролабирования и ущемления менисков. Данное состояние коленного сустава вызывает выраженные боли в области коленного сустава, как при ходьбе, так и в покое. Быстрейшее устранение дистопии и ущемления менисков коленного сустава с последующей поддерживающей, плановой терапией и оптимальной ежедневной нагрузкой являют собою эффективную профилактику прогрессирования деформирующего остеоартрита коленного сустава.

Человек с третьей степенью артроза коленных суставов и сильными болями, которые в течении нескольких месяцев не купировались курсом лекарственной терапии, после оптимизации коленного сустава выше описанным способом, тут же перестаёт испытывать боль, получает возможность ровной

ходьбы, с последующим планомерным поддержанием данного, относительно удовлетворительного физиологического состояния опорно-двигательного аппарата верными, физическими нагрузками.

Уважаемые коллеги, возможно, изложение данного взгляда на проблему боли в области коленного сустава, изложение моего клинического опыта, поможет в решении вопросов при купировании болевого синдрома в области коленного сустава.

Хочу привести ещё один пример из личной практики. Во время спуска с горы на лыжах, произошло падение на неровном льду. Удар пришёлся в область левого надколенника. После вставания на ноги боль значительная в области левой препателлярной. Боль даёт возможность двигаться. Зная о том, что раскованное движение приносит облегчение боли продолжаю движение по лыжне. Через несколько километров движения стали раскованные. Спустился два, три часа при ходьбе прихрамывание. Боли продолжают значимо проявлять себя в левой препателлярной области. Массажными движениями определяю, что небольшая болезненность и еле заметное почёсывание в проекции бицепса бедра, подвздошно-берцового тракта, и в проекции латеральной головки четырёхглавой мышцы бедра. Большой зуд в проекции мышцы, напрягающей широкую фасцию бедра и в проекции ягодичных мышц. Наибольший зуд, сравнимый с сильным кожным зудом, во время проведения массажного воздействия, в проекции выхода нервов Sc 2-3, 3-4 слева. Кратковременный массаж (две, три минуты) данных зон, мягкое, расслабляющее воздействие в зоне, где преобладает боль и упругое воздействие в зоне преобладания при пальпации зуда, тут же привели к выраженному снижению боли в месте травмы. Ходьба ровная. В быту боль не замечается.

-----

Уважаемые коллеги, таким образом, можно сделать вывод, что интенсивность и продолжительность болевого синдрома при механической травме во многом зависит от изменений состояния опорно-двигательного аппарата, происходящих в рефлекторных зонах. Боль в месте травмы гораздо быстрее проходит в результате активного снятия напряжения, например, мягкотканного компонента в зонах, которые имеют прямую и явную рефлекторную связь с местом приложения травмирующего воздействия.

За последние несколько месяцев мною была оказана помощь по данной методике не одному десятку людей, обращающихся ко мне с болями в коленном суставе. Тридцать человек из них оценили переживаемую ими боль по десятибалльной шкале до и после применения описываемой мною манипуляции.

В группе людей количеством 30 человек, обратившихся за данной помощью, общая сумма, до проведения данной лечебной манипуляции, составила 235 баллов по десятибалльной шкале боли. После манипуляции общая сумма составила 58 баллов. Что является 24,7% от первоначальной суммы баллов. Средний уровень боли до манипуляции составил 7,83 балла. После манипуляции средний уровень боли составил 1,93 балла.

Из них до процедуры 10 баллов было у 11-ти человек. 9 баллов у 1-го человека. 8 баллов у 6-ти человек. 7 баллов у 3-х человек. 6 баллов у 2-х человек. 5 баллов у 3-х человек. 4 балла у 1-го человека. 3 балла у 2-х человек.

После процедуры 6 баллов у 1-го человека. 5 баллов у 3-х человек 4 балла у 2-х человек. 3 балла у 3-х человек. 2 балла у 6-ти человек. 1 балл у 8-ми человек. 0 баллов у 7-ми человек.

-----

- Мужчина, 29 лет. Диагноз: ОА коленного сустава 1 ст. Боль – 8 баллов. Сразу после манипуляции – 1 балл. (Далее диагноз ОА здесь имеется ввиду Гонартроз).
- Женщина, 63 года. Слева ОА 2 ст. В анамнезе ушиб две недели назад. 10 баллов, после вправления сразу – 1-0.
- Женщина, 70 лет. ОА 2 ст. Боль 6 баллов, сразу после вправления мениска боль – 1 балл.
- Мужчина, 1971 г. р. В анамнезе ушиб правого коленного сустава 10 дней назад. Боль оценил в 7 баллов. После процедуры вправления боль – 4 балла.
- Женщина, 60 лет. Диагноз: О.А. 2-3 ст. Боль – 10 баллов, на второй день – 7 баллов, на седьмой день – 6 баллов.

- Женщина, 1946 г. р. Диагноз: ОА 2 ст. Ушиб в анамнезе 10 дней назад. Боль – 5 баллов. После вправления сразу – 0 баллов.
- Женщина, 70 лет. О.А. 2 ст. Боль – 10 баллов, сразу после манипуляции – 0 баллов.
- Мужчина, 1995 г. р. Спортсмен. Травму отрицает. Диагноз: ОА 1 ст. Оценил боль в 5 – 6 баллов. Сразу после манипуляции – 1 балл.
- Женщина, 56 лет. Диагноз: ОА 2 ст. Боль – 8 баллов, сразу после манипуляции – 0 баллов.
- Женщина, 35 лет. 2,5 мес. назад поставлен Диагноз: Частичное повреждение боковой связки коленного сустава. Боль – 2 – 3 балла. Сразу после манипуляции – 1 балл.
- Женщина, 56 лет. Диагноз: ОА 2 ст. Боль – 5 баллов. После вправления менисков сразу – 1-0 баллов.
- Женщина, 1964 г. р. В анамнезе О.А. 2 ст. Боль – 8 баллов. Сразу после вправления – 2 балла.
- Мужчина, 1945 г. р. Диагноз: О.А. 2 степени. Боль – 10 баллов, через две недели после вправления менисков боль оценивает в 4 балла.
- Мужчина, 30 лет. В анамнезе диагноз: Растяжение связок правого коленного сустава 1 месяц назад. О.А. Боль оценивает в 3 балла, сразу после вправления боль 1 балл. Скованность прошла.
- Мужчина, 1971 г. р. 4 дня назад поставлен диагноз: Ушиб правого коленного сустава. Боль – 8 баллов, сразу после манипуляции боль – 4 балла, через 4 дня боль оценивает в – 1 – 2 балла.
- Мужчина, 1991 г. р. Диагноз: ОА 1 ст. На фоне бега возникла и держалась несколько дней боль – 10 баллов. Сразу после вправления менисков боль оценивает в 2 балла.
- Женщина, 65 лет. Диагноз: Гонартроз 3 ст. Последнее обострение 5 дней назад. Боль оценивает в 8 баллов, сразу после манипуляции боль – 1 балл.
- Женщина 1961 г. р. Диагноз: ОА 2 ст. В анамнезе растяжение связок. 10 баллов. Через две недели 5 баллов.
- Мужчина, 26 лет. В анамнезе ушиб коленного сустава два дня назад. Боль оценивает в 3 – 4 балла. После вправления через двое суток боли 2 – 3 балла. Боли спереди колена нет.
- Женщина, 75 лет. Диагноз: ОА справа 3 ст. Боль – 8 – 9 баллов. Сразу после вправления менисков боль – 2 – 3 балла.
- Женщина, 1960 г. р. Диагноз: ОА 2 ст. Боль – 10 баллов. Через 6 дней после манипуляции боль оценивает в 3-4 балла.
- Мужчина, 1951 г. р. Диагноз О.А. 2 степени. Боль – 7 – 8 баллов. Через 15 дней после вправления – 0 баллов.
- Мужчина, 50 лет. Диагноз: ОА 2 ст. Боль оценивает в 10 баллов боль. Через 1,5 часа после вправления боли нет – 0 баллов.
- Женщина, 76 лет. Диагноз: ОА 2-3 ст. Боль – 10 баллов. После вправления боль оценивает в 3 балла. Через месяц боль – 1 – 2 балла.
- Женщина, 1960 г. р. Диагноз: ОА 2 ст. Боль – 10 баллов. Сразу после вправления менисков боль – 5 баллов. Через месяц боль – 5 баллов.
- Мужчина, 27 лет. Растяжение связок коленного сустава 6 дней назад. Боль – 8 – 10 баллов боль. После вправления менисков боль – 2 – 3 балла.
- Мужчина, 72 г. р. Диагноз: ОА 2 ст. Боль – 10 баллов. Через 3 дня после вправления – 5 баллов.
- Женщина, 68 лет. Диагноз: ОА 2-3. Боль – 7 баллов. Через 2 дня боль – 3 балла.
- Женщина, 1974 г. р. В анамнезе растяжение связок правого коленного сустава 5 дней назад. Боль – 8 баллов. Сразу после вправления боль – 0 баллов.
- Мужчина, 1995 г. р. В анамнезе подвернул колено три дня назад. Боль – 5 баллов. Через три дня после вправления менисков боль – 1 балл.