

ГЕММОТЕРАПИЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА

Суставной синдром - это характерный симптомокомплекс, проявляющийся болями в суставах, их деформацией и деформацией, ограничением движений, изменениями сухожильно-связочного аппарата и окружающих мышц. В основе его патогенеза лежат воспалительные или дистрофические изменения в суставах и околосвязочном аппарате. Суставной синдром может быть как проявлением преимущественного поражения самих суставов, так и отражением системных поражений организма при диффузных заболеваниях соединительной ткани или системных васкулитах.

В настоящее время остеоартрит и ревматоидный артрит являются наиболее распространенными и социально значимыми из всех заболеваний, сопровождающихся суставным синдромом. Распространенность только остеоартрита среди населения составляет 20%, ревматоидного артрита: 0,5 – 2%.

При этом характеристика суставного синдрома при обоих этих заболеваниях значительно отличается.

Для ревматоидного артрита свойственен «воспалительный» характер болей при суставном синдроме, то есть боли беспокоят в покое, во второй половине ночи и утром, сопровождаются утренней скованностью, усиливаются при движении, днем, как правило, ослабевают, а к вечеру становятся незначительными.

При ревматоидном артрите суставному синдрому может предшествовать довольно типичный продромальный синдром, мигрирующие, но симметричные суставные боли. Первичная локализация артрита – пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые суставы II и III пальцев. Рано наблюдается нарушение функции кисти – пациенту трудно или невозможно сжать руку в кулак. При объективном обследовании выявляется болезненность суставов при боковом сжатии. К типичным проявлениям ревматоидного артрита относят ревматоидные узелки, хотя их редко обнаруживают на ранней стадии. Также в начальной стадии всегда отсутствует поражение суставов I и V пальцев («суставы исключения»). Однако относительно рано развивается атрофия межкостных (червеобразных) мышц. Течение заболевания носит прогрессирующий характер с вовлечением все новых суставов. При прогрессировании процесса возникает деформация пальцев кисти («шея лебедя», «пуговичная петля», а также ульнарная девиация («плавники моржа») кисти и ее деформация («паукообразная кисть»). Для ревматоидного артрита характерно развитие разнообразных системных внесуставных проявлений

(васкулит, перикардит, плеврит, интерстициальные заболевания легких, гломерулонефрит, амилоидоз почек, периферическая нейропатия, поражение глаз). В диагностике ревматоидного артрита используют определение ревматоидного фактора в крови, хотя на ранних этапах он выявляется примерно у 50% больных, определение титра антифилаггриновых антител: антикератиновых антител (АКА), антиперинуклеарного фактора (АПФ), антител к циклическому цитруллинсодержащему пептиду (cyclic citrullinfted peptide – ССР). Используется рентгенография, по показаниям МРТ.

Суставной синдром «воспалительного» характера встречается также при других воспалительных заболеваниях суставов, например, при ревматическом артрите, серонегативных спондилоартритах, подагре.

Для серонегативных спондилоартритов характерно асимметричное поражение преимущественно суставов нижних конечностей, сакроилеит, вовлечение в процесс позвоночника, склонность к развитию энтезитов, воспалительные изменения со стороны глаз, кишечника, урогенитального тракта, кожи, а также генетические особенности (высокая частота наличия антигена гистосовместимости HLA-B27). К этой группе заболеваний относят анкилозирующий спондилоартрит или болезнь Бехтерева, реактивный артрит, псориазический артрит, артриты, связанные с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника.

Обязательным признаком анкилозирующего спондилоартрита является двусторонний симметричный сакроилеит. Поражение позвоночника обычно носит восходящий характер: появляются боли сначала в крестце, затем в поясничном и грудном отделах позвоночника. Шейный отдел вовлекается в процесс на более поздних стадиях. Поражение суставов позвоночника сопровождается ограничением его подвижности за счет анкилозирования, образования синдесмофитов и кальцификации спинальных связок. В ряде случаев поражение периферических суставов (моноартрит или олигоартрит крупных и средних суставов нижних конечностей) при анкилозирующем спондилоартрите предшествует клинически явным признакам поражения позвоночника.

При асимметричном поражении суставов нижних конечностей с характерным «лестничным» типом прогрессирования (снизу вверх по спирали) следует предположить реактивный артрит, то есть артрит, связанный с перенесенной урогенитальной или кишечной инфекцией. Для реактивного артрита характерно поражение стоп с деформацией пальцев, пяточными бурситами, поражением ахиллова сухожилия и апоневроза, изменения кожных покровов и слизистых оболочек (кератодермия, ониходистрофия, баланит или баланопостит). В анамнезе часто выявляется поражение глаз по типу конъюнктивита.

В практике любого специалиста может встретиться «воспалительный» суставной синдром, характерный для псориатического артрита. Постановка диагноза «псориатический артрит» не вызывает затруднений, если у пациента обнаружены псориатические кожные бляшки, имеются признаки поражения ногтей в виде «наперстка», поперечная и продольная исчерченность помутневших ногтевых пластинок и др. В начальный период болезни изменения выявляются именно в «суставах исключения» для ревматоидного артрита. Типично для псориатического артрита поражение дистальных межфаланговых суставов, межфалангового сустава I пальца, проксимального межфалангового сустава V пальца, поражение всех суставов одного пальца, что приводит к характерному изменению формы сустава в виде сосиски из-за сливающейся отечности периартикулярных тканей. Достаточно характерно поражение I пальца стоп. Вовлечение в патологический процесс новых суставов происходит по осевой линии, а не симметрично. Даже при симметричном поражении суставов их деформация отличается беспорядочностью: оси суставов хаотично направлены в разные стороны. При таком расположении пораженных суставов и отсутствии видимых бляшек на коже их следует активно искать, особенно на волосистой части головы. Помогает поставить правильный диагноз наличие псориаза у родственников.

Для подагрического артрита характерен артрит I плюснефалангового сустава стопы. Резкие боли, настолько сильные, что больной не в состоянии терпеть прикосновение одеяла, простыни. Любое движение болезненно. Кожа над распухшим суставом гиперемирована, горячая, натянутая и блестящая. Острый криз может сопровождаться лихорадкой (иногда до 40°) и ознобом. При объективном осмотре достаточно часто обнаруживаются безболезненные подкожные подагрические тофусы с типичной локализацией в области локтевых суставов, ушных раковин, пальцев кистей. Отмечается повышение мочевой кислоты в крови.

Боли «механического» типа характерны для дегенеративного поражения суставов у больных с деформирующим остеоартрозом или остеоартритом. Боли возникают при нагрузке на больной сустав, при ходьбе, усиливаются к вечеру. По мере прогрессирования патологического процесса боли появляются в положении стоя, усиливаются при подъеме и, особенно, при спуске по лестнице. Разновидностью механической боли являются стартовые боли, возникающие непосредственно в начале движения и стихающие по мере его продолжения. Возникновение болей при статической нагрузке свидетельствует о выраженных изменениях в хряще и суставе.

При клиническом обследовании можно обнаружить хруст в суставах, костные разрастания: узелки Гебердена – костные разрастания в области дистальных фаланг на

тыльно-боковой поверхности суставов; узелки Бушара – разрастания в области боковой поверхности проксимальных межфаланговых суставов кисти; уменьшение объема движений в пораженном суставе, нарушение совпадения суставных поверхностей, стойкое увеличение СОЭ до 25-35 мм/час, рентгенологические изменения: субхондральный остеосклероз, кисты, нерегулярное сужение межсуставных щелей, но полного исчезновения межсуставного пространства не бывает.

С патогенетической точки зрения в развитии остеоартрита играют роль чрезмерная нагрузка на хрящ (при избыточной массе тела, особенностях профессиональной деятельности - грузчики, профессиональные спортсмены) и функциональная неполноценность самого хряща в связи с поражениями синовиальной оболочки сустава и нарушением трофики хряща. Однако ключевую роль в его возникновении, судя по всему, играет развитие хронического воспалительного процесса. Изменения метаболизма хрящевой ткани сопровождаются увеличением выработки провоспалительных цитокинов, в особенности интерлейкина-1 β (ИЛ-1 β) и фактора некроза опухоли- α (ФНО- α), а также накоплением в полости сустава продуктов деградации хрящевой ткани, что способствует возникновению хронического синовита. Воспалительный процесс при деформирующем остеоартрозе характеризуется умеренно выраженным утолщением и гиперемией синовиальной оболочки, воспалительной клеточной инфильтрацией. В суставе накапливаются провоспалительные факторы: протеолитические ферменты, простагландины, свободные радикалы, которые, возможно, и являются основными раздражителями болевых рецепторов. Характерная суточная динамика болевого синдрома при этом заболевании может быть обусловлена особенностями изменения метаболизма хрящевой ткани под влиянием нагрузки. Постоянное или перемежающееся давление на хрящ способствует существенному увеличению выработки оксида азота хондроцитами, что, в свою очередь, может стимулировать повышение активности воспалительного процесса.

При составлении лечебной тактики суставного синдрома, как правило, учитывается характер болей и особенности отдельной нозологической формы. В качестве дополнительной терапевтической методики с целью профилактики, противорецидивного лечения, реабилитации у больных с заболеваниями суставов эффективно применять геммотерапию.

Геммотерапия (фитоэмбриотерапия) - направление в области натуротерапии, в котором используются молодые, меристемные (недифференцированные) клетки различных растений. Термин «геммотерапия» берет свое начало от латинского слова «gemma» - почка, жемчужина.

Геммотерапевтическая, как и гомеопатическая, коррекция основана на поддержке и мягкой синергетической модуляции физиологических систем и органов, способствующих повышению внутренних резервов и саморегуляции организма. Кроме того каждый геммоэкстракт обладает органотропизмом, что позволяет их использовать как при функциональных, так и органических изменениях.

Так как первопричиной любого суставного синдрома является воспаление, для лечения ревматических заболеваний следует использовать геммоэкстракты, обладающие способностью регулировать воспаление и оказывающие доказанный антиартритический эффект, это, прежде всего, Геммоэкстракт из почек Смородины Черной, Геммоэкстракт из почек Винограда и Геммоэкстракт из ростков Мамонтового дерева (секвойи гигантской).

Геммоэкстракт из почек Смородины Черной регулирует воспаление и лимфодренаж, как на системном, так и на местном уровне, оказывает иммуномодулирующий эффект, что не мало важно при таких аутоиммунных заболеваниях, как ревматоидный артрит. Кроме того, исследования на моделях с адьювантом Фрейнда доказали наличие антиартритического эффекта у данного средства.

Геммоэкстракт из почек Винограда обладает местным противовоспалительным и противоотечным действием, небольшим анальгезирующим и хондропротекторным эффектом, а также способствует улучшению подвижности суставов.

Геммоэкстракт из ростков Мамонтового дерева, является, прежде всего, антидегенеративным средством, которое способствует замедлению инволютивных процессов и оказывает противоартритическое действие.

Таким образом, «золотым» стандартом геммотерапии при суставном синдроме любой этиологии является следующая схема:

- ✓ Геммоэкстракт из почек Смородины черной 3 мл в небольшом количестве за 30 минут до завтрака
- ✓ Геммоэкстракт из почек Винограда 3 мл в небольшом количестве воды за 30 минут до обеда
- ✓ Геммоэкстракт из ростков Мамонтового дерева 3 мл в небольшом количестве воды за 30 минут до ужина.

При подагре стоит обратить внимание на патогенетические средства, оптимизирующие метаболизм и элиминацию мочевой кислоты и мочевины в организме, такие как, геммоэкстракт из почек Ясеня обыкновенного и геммоэкстракт сока Березы серебристой.

В связи с тем, что суставной синдром часто беспокоит пациентов пожилого и старческого возраста, а также женщин в мено- и постменопаузе, у которых патология

суставов может развиваться на фоне остеопороза, у данного контингента больных необходимо проводить диагностику, профилактику и лечение этого заболевания. В контексте натуротерапии эффективно использовать сочетание гомеопатии и геммотерапии. Например, геммоэкстракт из ростков Брусники регулирует фосфорно-кальциевый обмен и улучшает всасываемость кальция в тонкой кишке. Поэтому при назначении таким пациентам препаратов кальция, в том числе гомеопатических – *Calcarea carbonica*, *Calcarea phosphorica*, *Calcarea fluorica*, целесообразно рекомендовать и геммоэкстракт из ростков Брусники.

В заключение хотелось бы отметить, что геммотерапия открывает ряд дополнительных возможностей в лечении суставного синдрома, а также позволяет уменьшить количество и дозировку нестероидных противовоспалительных препаратов и других обезболивающих, а, значит, и снизить риск развития побочных эффектов.

Список литературы:

1. Клинические рекомендации. Ревматология. / Главн. ред. Е.Л. Насонов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 272 с.
2. Ревматология. Национальное руководство. / Под ред. Е.Л.Насонова, В.А.Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 720 с.
3. Сторожаков Г.И., Касатова Т.Б. Дифференциальный диагноз суставного синдрома. – 2006. - hppt // [www. medlinks.ru](http://www.medlinks.ru)
4. Ledoux F., Gueniot G. La phytembyotherapie. – Bruxelles. – Ed. Amyris. – 2014 – 383p.