АКТУАЛИЗИРАНИ ПРЕПОРЪКИ ЗА ФИЗИЧЕСКА АКТИВНОСТ И НЕФАРМАКОЛОГИЧНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ОСТЕОАРТРОЗА

В. Терзиева[1], Вл. Бояджиева[1,2], М. Иванова[1,2], Н. Стоилов[1,2]

[1]Клиника по ревматология, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ – София, България
[2]Катедра по вътрешни болести, Медицински факултет, Медицински университет – София, България

Резюме. *Остеоартрозата е заболяване с голяма социална значимост, което значително понижава качеството на живот. Лечението включва комплексна терапевтична програма, комбинация от нефармакологични и фармакологични интервенции. Нефармакологичното лечение е съществено за редуциране на болката и подобряване на функционалния капацитет на опорно-двигателния апарат. След публикуването на препоръките на EULAR за нефармакологичното лечение на остеоартроза на тазобедрените и коленните стави през 2013 г., са представени много изследвания относно ефективността на основните нефамакологични методи на лечение и нови аспекти за тяхното прилагане и проследяване. Това показва необходимостта от актуализирането им, осъществено през 2018 г. и 2023 г. В допълнение, поради изключителното значение на физическата активност и новите публикации, включително новото ръководство на СЗО за физическа активност и заседнал начин на живот, както и приложението на различни технологии и апликации, се наложи актуализация на съществуващите до момента препоръки. Те са базирани на множество клинични проучвания и са утвърдени като основа на лечението при пациенти с ОА. Извършихме систематичен обзор на научна литература с цел представяне на необходимостта от приложението им в клиничната практика.*

Ключови думи: *препоръки, нефармакологично лечение, физическа активност, остеоартроза*

Въведение

Остеоартрозата (ОА) представлява хронично прогресиращо дегенеративно заболяване на ставния хрущял, субхондралната кост и околните меки тъкани, което води до болка, скованост и нарушен функционален капацитет [1]. По данни на Global Burden of Disease (2023) ОА засяга над 500 милиона души в световен мащаб и е четвъртата водеща причина за инвалидизация сред възрастните [2]. Характеризира се с поява на първите симптоми в края на 40 до средата на 50-годишна възраст, въпреки че може да засегне и по-млади хора, включително спортисти, хора, претърпели нараняване или травма, и такива, изложени продължително на рискови фактори в работната среда (вибрации, множество повтаряеми движения) [3].

Въпреки напредъка във фармакотерапията до момента няма лекарствен продукт, който да води до пълно излекуване на заболяването. Традиционно лечението на ОА се фокусира върху контрола на симптомите чрез нестероидни противовъзпалителни средства, хондропротектори и вътреставни инжекции, като в последните стадии на болестта се препоръчва ендопротезиране [4]. Публикациите през последните 15 години поставиха акцент към цялостно, мултимодално лечение и изместиха фокуса към нефармакологична терапия като основен елемент [5]. Образованието и модификацията на начина на живот придобиват ключово значение за осъзнато вземане на съвместно решение между лекар и пациент [6]. Поради изброените причини настоящият обзор цели да систематизира наличните доказателства и препоръки за физическа активност при пациенти с остеоартроза.

Международните професионални общества, включително Европейския алианс на асоциациите по ревматология (EULAR), Американската колегия по ревматология (ACR), Международното дружество за изследване на остеоартрита (OARSI) и Европейското дружество за клинични и икономически аспекти на остеопорозата / остеоартрита и мускулно-скелетните заболявания (ESCEO), единодушно препоръчват физическа активност, контрол на телесното тегло и обучение на пациентите, като интервенции от първа линия, преди да се обмислят фармакологични или хирургични варианти [7].

Въпреки това практическото приложение остава непоследователно в реалната клинична практика. Програмите за упражнения не са основен фокус, а пациентите често демонстрират

ниско придържане поради болка, съпътстващи заболявания или ограничен достъп до физиотерапия [8]. Тези несъответствия подчертават необходимостта от анализ на последните клинични проучвания в областта, както и на все по-големия брой препоръки, които се публикуват през последните години [9].

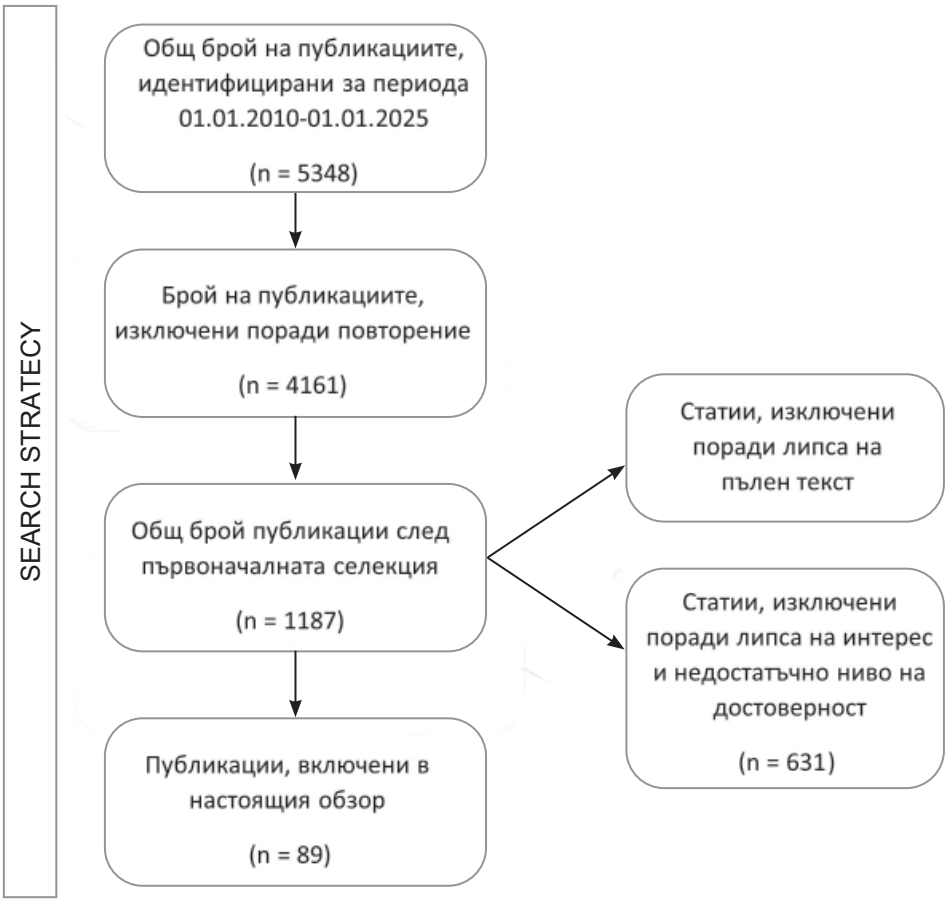
Методи

Извърши се систематичен преглед на публикациите в електронните бази данни PubMed, Scopus и Google Scholar за периода от 01.01.2010 г. до 01.01.2025 г. Бяха идентифицирани общо 5348 статии, които отговарят на ключови думи „физическа активност“, „нефармакологично лечение“, „остеоартрит“ и „препоръки“. От тях бяха селектирани публикациите, отговарящи на включващите и изключващите критерии. Критерии за включване: статии на английски език, достъпни в пълен текст; рандомизирани контролирани проучвания, метаанализи, систематични обзори и клинични ръководства; статии за възрастни пациенти с ОА на колянна, тазобедрена или гривнена става. Изключващи критерии: дублиращи се публикации, обзорни статии без оригинални данни, проучвания върху животни, конферентни резюмета и проучвания с комбинирани интервенции, включващи медикаменти.

От първоначално идентифицирани 5348 публикации 89 отговарят на критериите за включване и са анализирани подробно.

Актуализираните препоръки за нефармакологично лечение на остеоартроза наблягат на физическите упражнения като основа на терапията при коксартроза и гонартроза, както и при ангажиране на стави на ръцете [10].

В актуализирани препоръки на EULAR за нефармакологично лечение на ОА (коленни и ТБС) от 2023 г., актуализирани препоръки на EULAR за нефармакологично лечение на ОА на ставите на ръцете от 2018 година, актуализирани препоръки на EULAR за физическа активност при пациенти с ОА и ВСЗ от 2018 г., както и препоръките на ACR за нефармакологично лечение на ОА от 2019 г., съществува високо ниво на съгласуваност за упражнения и физическа активност – силно препоръчителни за всички пациенти; намаляване на теглото – силно препоръчителни за хора с наднормено тегло/затлъстяване; обу-



Фиг. 1. Селекция на публикациите според включващите и изключващите критерии

чение и самоконтрол – от съществено значение; допълнителни методи (мануална терапия, водни упражнения, корсет) – условно препоръчителни; фармакологична терапия – допълнение към нефармакологичната основа.

Актуализираните препоръки на EULAR за нефармакологично лечение на ОА (коленни и ТБС) от 2023 г. са структурирани в две категории, вкл. 2 основни принципа и 8 препоръки, базирани на доказателства. Базирани са на принципите:

1. Биопсихосоциален подход (физическия и психологичен статус, ежедневните активности, участието в работния процес и факторите на околната среда)

2. Споделено вземане на решения (shared decisionmaking).

Препоръките включват индивидуализиран и многокомпонентен план; обучение, което трябва да бъде включено и постоянно промотирано по време на всеки медицински преглед; програма от упражнения, индивидуално адаптирани към всеки пациент; постигане и поддържане на здравословно телесно тегло; помощни средства (напр. ортези, стелки, наколенки, патерици и други); съвети за коригируеми работни фактори и използване на техники за промяна на поведението и начина на живот, когато е необходимо.

Актуализираните препоръки на EULAR за нефармакологично лечение на ОА на ставите на ръцете от 2018 г. са базирани на 5 принципа: обучение, индивидуализирано лечение, споделено взимане на решения, мултидисциплинарен подход и контрол на симптоматиката и 10 препоръки, от които 1-3 са за нефармакологично лечение (обучение, упражнения, ортези при рицартроза).

Актуализирани препоръки на EULAR за физическа активност (ФА) при пациенти с ОА и ВСЗ от 2018 г. разглеждат физическата активност като задължителна част от лечението на ОА. Необходимо е да се подберат индивидуализирани упражнения спрямо придружаващите заболявания и състоянието на всеки пациент. EULAR препоръчва ревматолозите да насочват пациентите за провеждане на упражнения, основани на доказателства. Видът и количеството физическа активност трябва да бъдат съобразени с техните предпочитания и способности. Обхващат 4 принципа (вкл. оптимизиране на качеството на живот, ползи за здравето, безопасно за хора с ВСЗ и ОА, споделено решение) [14]. Физиотерапията, кинезитерапията и балнеолечението са задължителни в комплексното лечение на ОА. 10-те препоръки, вкл. промотиране (измерване на крачки, мобилните приложения), общите и специфичните за заболяването противопоказания за ФА трябва да бъдат взети предвид при насърчаването на ФА, персонализиране, идентифициране на бариери, свързани с извършването на ФА, включително знания, социална подкрепа, контрол на симптомите и саморегулация, вкл. на техники за промяна на поведението, определяне на начини на предоставяне на ФА (напр. контролирана/неконтролирана, индивидуална/групова, лице в лице/онлайн, бустер стратегии) в съответствие с предпочитанията на хората [16].

Установено е, че над 50% от мъжете и до 80% от жените с гонартроза не следват насоките за физическа активност [17].

Според консенсуса за артрозна болест на Българското дружество по ревматология специфични физически занимания за укрепване на бедрената мускулатура в комбинация с аеробни нискоинтензивни натоварвания като ходене по равен терен остават най-добрият документиран подход за повлияване на гонартрозата [18].

Препоръките на ACR за нефармакологично лечение на ОА от 2019 г. силно препоръчват редукция на тегло (≥5% от телесното тегло) при пациенти с остеоартроза на коляното и/или тазобедрената става, които са с наднормено тегло или затлъстяване. Когнитивно-поведенческата терапия (КПТ) се препоръчва условно при пациенти с остеоартроза на коляното, тазобедрената става и/или ръката. Силно са препоръчани упражнения, включително аеробни, укрепващи, невромоторни, водни и умствено-телесни методи (напр. тай чи), като лечение на първа линия за всички пациенти с ОА, независимо от стадия или фенотипа на заболяването [20].

Няма един вид упражнения, които да са подобри; изборът трябва да бъде индивидуализиран въз основа на предпочитанията на пациента, достъпа и съпътстващите заболявания [21].

Метаанализ от 2025 г. на 217 рандомизирани контролирани проучвания установява, че аеробните упражнения вероятно са най-ефективният метод за подобряване на болката, функцията, походката и качеството на живот при гонартроза, с умерена сигурност на доказателствата [22].

Упражненията подобряват болката, физическата функция и качеството на живот, независимо от стадия на заболяването или засегнатата става. Данни от множество рандомизирани контролирани проучвания показват, че както аеробните, така и укрепващите упражнения водят до клинич-

но значими подобрения в болката и функцията, особено при остеоартроза на коляното и тазобедрената става.

По отношение на редукцията на телесно тегло повечето насоки препоръчват комбинирани диетични и тренировъчни стратегии, водени от мултидисциплинарни екипи, включително ревматолози, физиотерапевти и диетолози.

Допълнителни помощни средства, като например наколенки при гонартроза и ортези при ОА на първа карпометакарпална става, са определени като подходящи за някои пациенти. Използването на помощни средства (бастуни, модификации на обувки) и ортопедични стелки трябва да бъде съобразено с индивидуалните нужди и функционални ограничения [25].

Следва да се обърне внимание на бариерите при придържането към упражненията, включително достъп, транспорт и предпочитание. Дистанционните и технологично подпомагани интервенции (напр. телерехабилитация, онлайн приложения) са ефективни и надеждни алтернативи на присъствените програми [26].

Сред основните бариери се открояват ограничен достъп до физиотерапевтични услуги, ниска мотивация и погрешни вярвания на пациентите. Решенията включват: телерехабилитация, обучение на пациенти от лекари и използване на мобилни приложения за самоконтрол.

Ревматолозите трябва да играят водеща роля в интегрирането на предписания за упражнения, основани на доказателства, в рутинната практика и да се застъпват за мултидисциплинарни модели на грижа.

Приоритетите на изследванията за следващото десетилетие включват:

- Определяне на оптимална доза упражнения (честота, интензивност, продължителност) за всяка става;
- Разработване на персонализирани алгоритми за упражнения, включващи профили на съпътстващи заболявания;
- Оценка на инструменти за дигитално здравеопазване за дистанционно наблюдение и мониторинг на придържането;
- Провеждане на изпитвания за внедряване, свързващи изследванията с първичната и общностната медицинска помощ;
- Оценка на рентабилността на сложни нефармакологични интервенции.

Заключение

Нефармакологичното лечение включва промени в начина на живот, като индивидуализираният подход и активното участие на пациента гарантират успех.

Съвременните доказателства и ръководства препоръчват физическата активност и нефармакологичното лечение като основни компоненти на лечението на ОА. Бъдещите изследвания трябва да изяснят оптималните параметри за предписване на упражнения на пациентите и да разработят стратегии за прилагане, поддържащи дългосрочно придържане към този начин на живот. Предизвикателствата през следващото десетилетие са свързани с персонализиране на програмите, интегриране на дигитални технологии и осигуряване на равен достъп до услуги.

В обобщение, структурираните упражнения и редукцията на телесно тегло са основата на нефармакологичното лечение на остеоартроза. Допълнителна полза и неотменно значение имат обучението и избрани биомеханични интервенции.

Таблица 1. Обобщение на пречките и факторите, улесняващи прилагането

Бариера	Определение	Препоръки за оптимизация
Ограничен достъп до физиотерапевтични услуги	Ограничения, свързани с финансиране, географско разстояние и здравна система	Въвеждане на телерехабилитационни модели, оптимизация на политиката за реимбурсация
Ниско придържане към упражненията	Персистираща болка, недостатъчна мотивация	Методи за промяна на поведението, увеличаване на мотивацията, активно насърчаване от лекуващия лекар и използване на инструменти за самонаблюдение
Недостатъчно насочване към лекар	Подценяване на клиничната ефективност	Продължаващо медицинско обучение за ревматолози и общопрактикуващи лекари
Придружаващи заболявания	Сърдечно-съдови и други клинично значими коморбидности	Индивидуализирани програми, съобразени с придружаващите заболявания
Погрешни схващания на пациентите	„Упражненията влошават артрита“	Структурирани образователни кампании с доказана ефективност