Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения России

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Зав. кафедрой: ДМН, проф. Петрова М.М.

Реферат на тему:

«Остеоартрит»

Выполнил: ординатор 2 года,210 группы,

специальности «Общая врачебная практика» Гринев А.П.

Красноярск 2022

Содержание

1.Введение, понятие, классификация…………….……………………………………………………………………3

2. Диагностика………….………………………………………………………………………4

3. Клиническая картина………….……………………………………………………………………………....5

4. Лаборатоные и инструментальные методы исследования………………………..................................……………………………………..6

5. Диагностические критерии………………...………………………………………………………………………7

6. Лечение…………….…………………………………………………………………………10

7. Алгоритм ведения пациентов……………………………………………………………………………………….16

8. Список литературы…………………………………………………………………………..17

Введение

Остеоартрит — хроническое заболевание, вызывающее повреждение хрящей и окружающих их тканей. Для заболевания характерна боль, скованность и утрата функции. С возрастом очень распространенным становится артрит, который развивается вследствие повреждения хрящевой ткани сустава и окружающих его тканей.

Остеоартроз - гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околосуставных мышц.

Шифры МКБ

МКБ-10: М15–М19 Артрозы

**Классификация**

Выделяют две основные формы остеоартроза: первичный (идиопатический) и вторичный, возникающий на фоне различных заболеваний.

|  |  |
| --- | --- |
| Первичный (идиопатический) | Локализованный (поражение менее 3 суставов)- Суставы кистей - Суставы стоп - Коленные суставы - Тазобедренные суставы - Позвоночник - Другие суставы Генерализованный (поражение 3 групп суставов и более) - Эрозивный |
| Вторичный | - Посттравматический - Врождённые, приобретённые, эндемические заболевания (болезнь Пертеса, синдром гипермобильности и др.)- Метаболические болезни ( охроноз, гемохроматоз, болезнь Вильсона—Коновалова, болезнь Гоше) - Эндокринопатии ( акромегалия, гиперпаратиреоз, сахарный диабет, гипотиреоз) - Болезнь отложения кальция (пирофосфат кальция, гидроксиапатит) - Невропатии (болезнь Шарко)- Другие заболевания (остеонекроз, ревматоидный артрит, болезнь Педжета и др.) |

**Диагностика**

Диагноз остеоартроза устанавливается на основании жалоб и анамнестических данных больного, клинико-инструментального исследования и исключения других заболеваний. Важным фактором диагностики является тщательный сбор анамнеза, позволяющий выделить определенные причины (факторы риска) развития остеоартроза.

Факторы риска, связанные с развитием остеоартроза

|  |  |
| --- | --- |
| Факторы | Описание |
| Системные | Возраст |
| Пол |
| Раса |
| Гормональный статус |
| Генетические факторы |
| Минеральная плотность кости |
| Витамин Д |
| Локальные | Предшествующее повреждение сустава |
| Слабость мышц |
| Неправильная ось сустава |
| Гипермобильность |
| Внешние факторы | Ожирение |
| Избыточная нагрузка суставов |
| Спортивная физическая нагрузка |
| Профессиональные факторы |

**Клиническая картина**

Чаще в процесс вовлекаются суставы, подвергающиеся большой на­грузке (коленные, тазобедренные), мелкие суставы кистей (дистальные и проксимальные межфаланговые суставы, первый пястно-запястный сус­тав) и позвоночник. Большое значение имеет поражение тазобедренных и коленных суставов, являющееся основной причиной снижения качества жизни и инвалидизации больных, страдающих ОА.

Клиническая картина ОА включает три основных симптома: боль, крепитацию и увеличение объёмов суставов.

• Ведущий клинический признак ОА - боль в суставах, продолжающаяся большинство дней предыдущего месяца. Причины суставных болей многочис­ленны. Они не связаны с поражением собственно хряща (он лишён нервных окончаний), а определяются изменениями в:

* субхондральной кости – усиление костной резорбции на ранних стадиях заболевания, отек костного мозга, рост остеофитов;
* синовиальной оболочке, связанными с воспалением;
* околосуставных тканях - повреждение связок, мышечный спазм, бурсит, растяжение капсулы сустава;
* психоэмоциональной сфере и др.

Характер болей разнообразный, но, как правило, механический, т.е. боли усиливаются при физической активности и ослабевают в покое. О наличии воспалительного компонента в происхождении болей может свидетельствовать внезапное без видимых причин их усиление, появ­ление ночных болей, утренней скованности (чувство вязкости, геля в поражённом суставе), припухлости сустава (признак вторичного сино-вита). Иногда интенсивность боли меняется в зависимости от погодных условий (усиливается в холодное время года и при высокой влажности) и атмосферного давления, оказывающего влияние на давление в полос­ти сустава. Гонартроз и коксартроз имеют определённые клинические особенности:

* При поражении коленного сустава боли возникают при ходьбе (осо­бенно при спуске по лестнице), локализуются по передней и внут­ренней поверхностям коленного сустава и усиливаются при сгибании, наблюдается слабость и атрофия четырехглавой мышцы, определяется болезненность при пальпации проекции суставной щели и/или периартикулярных областей (область «гусиной лапки»). У 30—50% больных развивается деформация коленного сустава с от­клонением его кнаружи (genu varum), нестабильность сустава.
* При поражении тазобедренного сустава в начале заболевания боли локализуются не в области бедра, а в колене, паху, ягодице, усилива­ются при ходьбе, стихают в покое, определяется ограничение и болезненность при внутренней ротации сустава в согнутом положении. Наблюдается атрофия ягодичных мышц, болезненность при пальпации паховой области латеральнее места пульсации бедренной артерии, укорочение ноги.
* Крепитация - характерный симптом ОА, проявляющийся хрустом, треском или скрипом в суставах при активном движении, возникает вследствие нарушения конгруэнтности суставных поверхностей, ограничения подвижности в суставе или блокады «суставной мышью» (фрагментом суставного хряща, свободно лежащего в суставной по­лости).
* Увеличение объёма сустава чаще происходит за счёт пролиферативных изменений (остеофитов), но может быть и следствием отёка около­суставных тканей. Особенно характерно образование узелков в области дистальных (узелки Гебердена) и проксимальных (узелки Бушара) меж-фаланговых суставов кистей. Выраженная припухлость и локальное повыше­ние температуры над суставами возникает редко, но может появляться при развитии вторичного синовита. Постепенно развиваются деформации конечностей (варусная деформация коленных суставов, «квадратная» кисть, узелки Гебердена и Бушара соответственно в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей).

В отличие от воспалительных заболеваний суставов внесуставные про­явления при ОА не наблюдают.

**Лабораторные исследования**

Патогномоничных для ОА лабораторных признаков не существует. Тем не менее, лабораторные исследования следует проводить в целях:

* Дифференциального диагноза (при ОА отсутствуют воспалительные изменения в клиническом анализе крови, не обнаруживают РФ, концентрация мочевой кислоты в сыворотке крови соответствует норме).
* Перед началом лечения (общий анализ крови и мочи, креатинин сыворотки крови, сывороточные трансаминазы) с целью выявления возможных противопоказаний для назначения ЛС.
* Для выявлениявоспаления необходимо исследовать СОЭ и С-реактивный протеин. Умеренное повышение характерно для вторичного синовита на фоне ОА. Выраженное повышение свидетельствует о другом заболевании.
* Исследование синовиальной жидкости следует проводить только при наличии синовита в целях дифференциального диагноза. Для ОА характерен невоспалительный характер синовиальной жидкости: прозрачная или слегка мутная, вязкая, с концентрацией лейкоцитов менее 2000/мм3.

**2.6. Инструментальные исследования**

Рентгенологическое исследование — наиболее достоверный метод диа­гностики ОА, который выявляет сужение суставной щели, краевые остеофиты и заострение мыщелков большеберцовой кости, субхондральный склероз.

При подозрении на ОА коленных суставов рентгеновский снимок делается в передне-задней и боковой проекциях в положении стоя, для исследования пателло-феморального сустава – снимок в боковой проекции при сгибании (В).

При подозрении на ОА тазобедренного сустава необходимо проводить рентгенологическое исследование костей таза с захватом обоих тазобедренных суставов (уровень С).

**Классификация рентгенологических изменений при остеоартрите**

**Келлгрена и Лоуренса (1957)**

|  |  |
| --- | --- |
| **0** | Изменения отсутствуют |
| **I** | Сомнительные рентгенологические признаки |
| **II** | Минимальные изменения (небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты) |
| **III** | Умеренные проявления (умеренное сужение суставной щели, множественные остеофиты) |

IV Выраженные изменения (суставная щель почти не прослеживается,

 выявляются грубые остеофиты)

Не редко рентгенологические признаки не коррелируют с клинической симптоматикой ОА и чаще только более выраженные рентгенологические изменения сопровождаются клиническими симптомами, поэтому в условиях первичной медицинской помощи пожилым больным с болью в колене при назначении лечения по поводу ОА рентгенологического подтверждения диагноза не требуется (С).

**Показания к проведению рентгенографического исследования коленных суставов при первом обращении пациента**

* Молодой возраст
* Травма, предшествовавшая появлению боли в суставе (для исключения перелома)
* Значительный выпот с выраженной дефигурацией сустава, особенно при поражении одного сустава
* Выраженное уменьшение объема движений в суставе
* Интенсивная боль в суставе, даже в случае, если диагноз ОА ранее был установлен
* Планируемая консультация ортопеда
* Неэффективность адекватной консервативной терапии

Повторное рентгенологическое исследование суставов при ОА должно использоваться только в клинических целях. Повторное рентгенологическое исследование суставов при ОА проводится при подозрении на присоединение новой патологии или планируемое хирургическое вмешательство на суставе(при направлении на консультацию к ортопеду).

**Диагностические критерии**

Классификационные критерии остеоартроза (Альтман и др., 1991)

|  |  |
| --- | --- |
| **Клинические** | **Клинические**, **лабораторные**, **рентгенологические** |
| **Коленные** **суставы** |
| 1. Боль | 1. Боль |
| *и* | *и* |
| 2а. Крепитация | 2. Остеофиты |
| 2б. Утренняя скованность ~~~~30 мин | *или* |
| 2в. Возраст ~~~~38 лет | 3а. Синовиальная жидкость, характерная для ОА (или возраст ~~~~40 лет) |
| *или* |  |
| 3а. Крепитация | 3б. Утренняя скованность ~~~~30 мин |
| 3б. Утренняя скованность ~~~~30 мин | 3в. Крепитация |
| 3в. Костные разрастания |  |
| *или* |  |
| 4а. Отсутствие крепитации |  |
| 4б. Костные разрастания |  |
| Чувствительность **89%** | Чувствительность **94%** |
| Специфичность **88%** | Специфичность **88%** |
| **Тазобедренные** **суставы** |
| 1. Боль | 1. Боль |
| *и* | *и не менее 2-х из 3 критериев* |
| 2а. Внутренняя ротация <15 | 2а. СОЭ <20 мм/ч |
| 2б. СОЭ < 15 мм/ч (или сгибание в тазобедренном суставе >115°) | 2б. Остеофиты |
| *или* | 2в. Сужение суставной щели |
| 3а. Внутренняя ротация <15°3б. Утренняя скованность <60 мин3в. Возраст >50 лет3г. Боль при внутренней ротации |  |
| Чувствительность **86%** | Чувствительность **89%** |
| Специфичность **75%** | Специфичность **91%** |
| **Суставы** **кистей** |
| 1. Боль продолжительная или скованность2. Костные разрастания 2-х и более суставов из 10 оцениваемых\*3. Менее 2 припухших пястно-фаланговых суставов4а. Костные разрастания, включающие 2 и более дистальных межфаланговых сустава\*\* (2-й и 3-й дистальные межфаланговые суставы могут приниматься во внимание в двух критериях: 2 и 4а) |
| *или* |  |
| 4б. Деформация одного и более суставов из 10 оцениваемых\* |
| Чувствительность **93**%Специфичность **91**% |  |

**Дифференциальный диагноз**

Диагностика ОА с учётом диагностических критериев трудностей не вызывает. Тем не менее, каждую клиническую ситуацию необходимо проанализировать с точки зрения возможности вторичного происхождения ОА.

**Заболевания, с которыми необходимо проводить**

**дифференциальную диагностику ОА**

|  |  |
| --- | --- |
| Анкилозирующий спондилоартрит | Псевдоподагра |
| Реактивный артрит | Псориатический артрит |
| Подагра | Ревматоидный артрит |
| Инфекционный артрит | Фибромиалгия |
| Ревматическая полимиалгия | Диабетическая артропатия |
| Посттравматический синовит | Паранеопластическая артропатия |
| Врождённая гипоплазия головки бедра |  |

1. **Лечение ОА**

**Цели лечения**

* Обеспечить понимание больным своего заболевания и умение управлять им: изменение образа жизни, применение физических упражнений, поддерживающих функцию суставов, защита суставов
* Уменьшить боль
* Улучшить функциональное состояние суставов и предотвратить развитие деформации суставов и инвалидизации больного
* Улучшить качество жизни больных
* Предотвратить дальнейшее разрушение суставного хряща
* Избежать побочных эффектов фармакотерапии и обострения сопутствующих заболеваний

**При лечении ОА надо учитывать**

* Факторы риска ОА
* Интенсивность боли и степень нарушения функций сустава
* Наличие воспаления
* Локализацию и выраженность структурных нарушений
* Пожелания и ожидания больного

**Лечение остеоартроза должно быть комплексным и включать нефармакологические, фармакологические и хирургические методы**

**Нефармакологические методы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результаты исследований | Рекомендации |
| Обучение больных | Повышение уровня знаний о заболевании  уменьшает боль и улучшает функции суставов. Обучение больных и их супругов навыкам ежедневных тренировок приводит к уменьшению боли. Эти методы обладают невысокой стоимостью затрат. | Обучение больных должно быть обязательным компонентом всех терапевтических программ при ОА, проводиться с учетом индивидуальных особенностей больного и включать рекомендации по изменению образа жизни, снижению веса и необходимости выполнения физических упражнений (А, В).  |
| Снижение веса тела | Снижение веса уменьшает боль и улучшает функцию коленных суставов, при уменьшении веса на 6,1 кг размер эффекта на боль и функцию коленных суставов составляет 0,20 и 0,23 соответственно. Снижение веса позитивно влияет на структурные изменения в хряще и биохимические маркеры обмена хряща и кости.  | Больным ОА с избыточным весом (ИМТ более 25 кг/м**2**) рекомендуется уменьшение веса (В,С). |
| Лечебная физкультура | Физические упражнения при ОА снижают боль и сохраняют функцию суставов , особенно при сочетании с образовательными программами. Упражнения для укрепления силы четырёхглавой мышцы бедра достоверно уменьшают боль и сопоставимы по эффективности с НПВП. При ОА тазобедренных суставов силовые физические упражнения (изометрические, упражнения с противодействием) уменьшают боль в суставах. Необходимо учитывать противопоказания для занятий лечебной физкультурой у больных ОА, как абсолютные (неконтролируемая аритмия, блокада 3 степени, недавние изменения на ЭКГ, нестабильная стенокардия), так и относительные (кардиомиопатия, пороки сердца, плохо контролируемая артериальная гипертензия). | При ОА коленных суставов необходимы регулярные физические упражнения для укрепления силы четырехглавой мышцы бедра и увеличения объема движений, аэробные нагрузки (А). При ОА тазобедренных суставов тоже требуется выполнение лечебной физкультуры, особенно силовых упражнений (С). |
| Ортопедические приспособления | Наколенники, фиксирующие колено при вальгусном положении, ортопедические стельки с приподнятым на 5–10° латеральным краем уменьшают нагрузку на медиальные отделы коленного сустава, оказывают обезболивающий эффект и улучшают функцию суставов. Коленные ортезы при варусной деформации уменьшают боль, улучшают функциональную активность и качество жизни. Эластичный наколенник облегчает боль и улучшает проприоцептивное чувство. С целью механической разгрузки суставов рекомендуют хождение с помощью трости, в руке, противоположной поражённой нижней конечности (специальные исследования по этому поводу отсутствуют; тем не менее, использование трости внесено в международные рекомендации). Ортез и шинирование 1–го запястно-пястного сустава устраненяет подвывих и улучшает функции кисти. | При поражении медиального отдела коленного сустава, варусной деформации или нестабильности коленного сустава могут использоваться коленные ортезы (В) и клиновидные ортопедические стельки (С). Рекомендуется хождение с тростью в руке, противоположной поражённой нижней конечности (С). При ОА 1–го запястно-пястного сустава применяются шинирование и ортезы (В).  |
| Физиотерапевтические методы | Местное применение поверхностного холода или тепла способствует обезболивающему эффекту.  Чрескожная электростимуляция нервов имеет достоверный, но непродолжительный анальгетический эффект. Акупунктура может использоваться у некоторых больных с гонартрозом с анальгетической целью. | При ОА коленных суставов с признаками воспаления можно рекомендовать применение холодовых аппликаций (пакеты со льдом, массаж льдом)(В). Для уменьшения боли при ОА коленных и суставов кистей рекомендуются тепловые процедуры (В), чрезкожная электронейростимуляция (А,В). У некоторых больных может использоваться акупунктура (В). |

**МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Симптоматические лекарственные средства быстрого действия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результаты исследований | Рекомендации |
| Анальгетики | Парацетамол показан при слабых или умеренных болях при ОА без признаков воспаления. В дозе 3,0 г/сут. доказана безопасность применения парацетамола при ОА в течение 2 лет. Высокие дозы сопровождаются развитием осложнений со стороны ЖКТ, почек и вызывают повышение артериального давления у мужчин и женщин. Препарат не следует назначать больным с поражениями печени и хроническим алкоголизмом. | При слабых или умеренных болях в суставах применяется парацетамол в минимальной эффективной дозе, но не выше 3,0 г/сут. (максимальная разовая доза должна не превышать 350 мг) (А). Парацетамол можно применять длительно (А). |
| Нестероидные противовоспалительные препараты | Применяют только в период усиления болей, для купирования болей назначаются минимальные эффективные дозы и по возможности не длительно. Больные должны быть детально информированы о достоинствах и недостатках НПВП, включая безрецептурные препараты.Все НПВП в эквивалентных дозах обладают сходной эффективностью, выбор НПВП определяется прежде всего его безопасностью в конкретных клинических условиях. Осложнения со стороны ЖКТ — одни из наиболее серьёзных побочных эффектов НПВП. Относительный риск их возникновения варьирует у различных НПВП и дозозависим. Наименьшим риском развития желудочно-кишечного кровотечения обладают селективные ингибиторы ЦОГ2. Их следует назначать при наличии следующих факторов риска развития нежелательных явлений: возраст старше 65 лет, наличие в анамнезе язвенной болезни или желудочно-кишечного кровотечения, одновременный приём ГКС или антикоагулянтов, наличии тяжёлых сопутствующих заболеваний. У больных ОА с факторами риска желудочно-кишечных кровотечений одновременно с НПВП необходимо рекомендовать приём ингибитора протонной помпы в полной суточной дозе. При назначении НПВП необходимо тщательно оценивать кардиоваскулярные факторы риска ,учитывать возможность развития НПВП-ассоциированных энтеропатий, токсического поражения печени, почек. Необходим контроль артериального давления и течения хронической сердечной недостаточности на фоне приёма НПВП. При назначении НПВП следует учитывать возможность лекарственных взаимодействий | НПВП применяют в случае неэффективности парацетамола, а также при наличии признаков воспаления (А). При сильной боли в  суставах лечение следует начинать сразу с НПВП (А). НПВП применяются в минимальной эффективной дозе назначаются на максимально короткие сроки (А).  |
| Трансдермальные (локальные) формы НПВП | Локальные НПВП оказывают достаточный анальгетический эффект при ОА коленных и суставов кистей, обладают хорошей переносимостью, но должны применяться в течение 2 недель с последующим перерывом, поскольку эффективность при более длительном приеме снижается. | Для уменьшения боли при ОА коленных и суставов кистей, не купирующейся приёмом парацетамола, или при не желании больного принимать НПВП внутрь рекомендуются трансдермальные (локальные) формы НПВП (А).  |
| Трамадол |  Опиоидный анальгетик применяют в течение короткого периода (в первые дни по 50 мг/сутки с постепенным увеличение дозы до 200–300 мг/сут)для купирования сильной боли при условии неэффективности парацетамола или НПВП, а также невозможности назначения оптимальных доз этих ЛС. | Применяют в течение короткого периода для купирования сильной боли при условии неэффективности парацетамола или НПВП, а также невозможности назначения оптимальных доз этих ЛС |
| Внутрисуставные глюкокортикоиды  | При ОА ГКС вводят в коленные суставы для уменьшения боли и симптомов воспаления, длительность эффекта от 1 нед до 1 мес. Рекомендуется использовать однократные инъекции метилпреднизолона (40 мг) или триамцинолона (20 мг или 40 мг). Не рекомендуется выполнять более 2–3 инъекций в год в один и тот же сустав. | Внутрисуставное введение глюкокортикоидов (ГЛК) показано при ОА коленных суставов с симптомами воспаления (А).  |

**Симптоматические лекарственные средства медленного действия**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результаты исследований | Рекомендации |
| Хондроитин сульфат и глюкозамин | Препараты, содержащие хондроитин сульфат и глюкозамин, обладают умеренным анальгетическим действием и высокой безопасностью. Получены данные об их возможном структурно-модифицирующем действии (замедление сужения суставной щели) при ОА коленных суставов (хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат) и мелких суставов кистей (хондроитин сульфат). Хондроитин сульфат применяют по 500 мг 2 раза в сутки, длительно. Глюкозамин сульфат назначают по 1500 мг/сутки в течение 4–12 нед., курсы повторяют 2–3 раза в год. | Препараты, содержащие хондроитин сульфат и глюкозамин сульфат рекомендуются при ОА для уменьшения боли, улучшения функции суставов; эффект сохраняется в течение нескольких месяцев после их отмены, хорошо переносятся больными (А).  |
| Диацереин | В эксперименте показано, что механизм действия заключается в ингибировании ИЛ-1β. Уменьшает боль, эффект сохраняется в течение нескольких месяцев после завершения лечения при ОА коленных и тазобедренных суставов.  Диацереин применяют по 50 мг 1раз в сутки, затем по 50мг 2 раза в сутки длительно. | Ингибитор интерлейкина 1 – диацереин применяют для уменьшения боли, улучшения функции суставов и, вероятно, замедления прогрессирования ОА (А). |
| Пиаскледин | Многочисленные исследования in vitro и in vivo показали, что НСАС повышают уровень стимуляторов тканевой продукции и оказывают хондропротективный эффект при индуцированном ОА. НСАС уменьшает боль, снижает потребность в НПВП и обладает последействием в течение нескольких месяцев после завершения лечения. Структурно-модифицирующий эффект НСАС продемонстрирован в 2 исследованиях при ОА тазобедренных суставов. Пиаскледин применяют по 300 мг 1раз в сутки, длительно. | Не омыляемые соединения авокадо и сои (НСАС) – пиаскледин применяют для уменьшения боли, улучшения функции суставов и, вероятно, замедления прогрессирования ОА (А). |
| Препараты гиалуроновой кислоты | Препараты гиалуроновой кислоты уменьшают боль, улучшают функции сустава, но отмечена большая гетерогенность в оценке исходов анализируемых исследований. В настоящее время применяют низкомолекулярные (мол. масса 500–730 килодальтон) и высокомолекулярные (мол. масса 12000 килодальтон) препараты гиалуроната. Низко-молекулярные и высоко-молекулярные препараты демонстрируют одинаковые результаты, эффект длится от 60 дней до 12 мес. Лечение хорошо переносится, очень редко при введении боли в суставе могут усиливаться по типу псевдоподагрической атаки.  | Производные гиалуроната применяют для внутрисуставного введения при ОА для уменьшения боли (А).  |
| Стронция ранелат | Обладает симптоматическим эффектом (уменьшает боль и улучшает функции сустава в дозе 2,0 в сутки) и структурно-модифицирующим действием в дозах 1,0 и 2,0 в сутки при ОА коленных и тазобедренных суставов, применяемых в течение 3-х лет | Применяют для уменьшения боли и замедления прогрессирования ОА крупных суставов (А) |

**Хирургическое лечение**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результаты исследований | Рекомендации |
| Эндопротезирование суставов |  Уменьшает боль, улучшает двигательную функцию и улучшает качество жизни при ОА тазобедренных суставов. Продолжительность эффекта составляет около 10 лет, частота инфекционных осложнений и повторных операций — 0,2–2,0% ежегодно. Наилучшие результаты эндопротезирования отмечены у больных в возрасте 45–75 лет, с массой тела <70 кг, с высоким социальным уровнем жизни. Эндопротезирование коленных суставов приводит к уменьшению боли и улучшению двигательной функции.  | Показано при ОА с выраженным болевым синдромом, не поддающимся консервативному лечению, при наличии серьёзного нарушения функций сустава (до развития значительных деформаций, нестабильности сустава, контрактур и мышечной атрофии) (А). |

**Алгоритм ведения больных остеоартроза коленных и тазобедренных суставов**

Первое посещение врача

Продолжение фармакологического и нефармакологического лечения

Первое посещение врача

Диагностика ОА

Физиотерапия

Парацетамол 3 г/с

Снижение веса тела

ЛФК

Обучение больного

Через 2 недели

Отсутствие эффекта

Уменьшение боли

В/с стероиды при выпоте

Нефарм.методы

Нефарм.методы

Снижение дозы парацетамола

Мази с НПВП

Парацетамол 3 г/с

или

НПВП + ИПП

нет

Риск НПВП гастропатий

Низкие дозы НПВП

Селективные НПВП

есть

Через 6 недель

Недостаточный эффект

Уменьшение боли

НПВП + ИПП

нет

Риск НПВП гастропатий

Увелич. дозы НПВП

Снижение дозы НПВП /парацетамола

Нефарм.методы

или

есть

Селективные НПВП

Нефарм.методы

Хондроитин сульфат

Глюкозамин сульфат

Комбинированные препараты

Стронция ранелат

Трамадол (титрование дозы)

в/с гиалуронан

Через 12 недель

Недостаточный эффект

Уменьшение боли

Хондроитин сульфат

Глюкозамин сульфат

Комбинированные препараты

Стронция ранелат

Нефарм.методы

в/с гиалуронан

НПВП или селективные НПВП

Нефарм.методы

Снижение дозы НПВП /парацетамола

Через 16 недель

Недостаточный эффект

Уменьшение боли

Продолжение фармакологического и нефармакологического лечения

Артроскопический лаваж

Первое посещение врача

Список литературы:

1. Клинические рекомендации Ассоциации ревматологов России 2013 года