

КАРМАННЫЙ СПРАВОЧНИК

ОСТЕОАРТРИТ КОЛЕННОГО СУСТАВА

Диагностика и лечение



Остеoarthritis (OA) является ведущей причиной боли в опорно-двигательном аппарате и связанной с этим нетрудоспособности

Риск развития симптоматического OA коленного сустава в течение жизни оценивается в ~45% (40% у мужчин и 47% у женщин).^{1,2} Цель данного карманного руководства – предоставить врачу простой, но при этом всесторонний обзор принципов диагностики и лечения OA коленного сустава. Те же принципы применимы и при лечении остеоартрита других суставов.

ПРИНЦИПЫ

- OA – это гетерогенное заболевание, которому характерны различные клинические проявления.
- OA может развиваться в любом возрасте.
- Очень важна ранняя диагностика.

Первоочередная задача – комплексный подход к лечению пациентов с клинически выраженным OA:

- Фокус на обучение пациента, устранение сопутствующих рисков, оптимизацию нагрузки на сустав и механики движений.
- Купирование боли и лечение конкретных патологий, связанных с заболеванием.
- Минимизация риска хирургического вмешательства.

Остеoarthritis можно охарактеризовать разными способами. OA – это заболевание всего сустава, главные проявления которого – разрушение суставного хряща, ремоделирование костной ткани и дополнительные изменения в синовиальной оболочке, капсуле сустава и других окружающих мягких тканях. «Клинически выраженный остеоартрит» характеризуется наличием симптомов.

Остеoarthritis может поразить любой из трех отделов коленного сустава: медиальные и/или латеральные большеберцово-бедренные суставы или надколенно-бедренные суставы.

ДИАГНОСТИКА ОСТЕОАРТРИТА³

- Возраст > 45 лет.
- Боль в коленном суставе, связанная с физической активностью.
- Утренняя скованность, длящаяся < 30 минут.

- Возможно наличие воспалительного артрита.*

**Утренняя скованность > 30 минут, воспалительный артрит в семейном анамнезе, повышенный уровень СРБ/СОЭ, наличие ревматоидного фактора/анти-ЦЦП.*

Будьте бдительны!

- ОА все чаще встречается у более молодых пациентов – например, после травмы.
- Рентгеновские снимки при первичном обследовании могут выглядеть нормальными.
- Болезненность вдоль линии сустава часто присутствует при поражении большеберцово-бедренного, но не при поражении надколенно-бедренного сустава: в этих случаях боль более диффузная и локализуется спереди. Могут присутствовать отёк и ограничение подвижности сустава.
- Более поздние признаки включают разрастание костной ткани.

ВЕДЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ³⁻¹³

В момент постановки диагноза:

- Первоочередная задача – просвещение пациента в отношении ОА, оптимизация образа жизни, контроль сопутствующих заболеваний. Заметьте, что сопутствующие заболевания в отсутствие лечения могут способствовать прогрессированию ОА.
- Обучение пациента и предоставление ему консультаций в устной и письменной форме.

Дальнейшее наблюдение за пациентом:

- При ОА коленного сустава важнейшим модифицируемым фактором риска у многих пациентов является ожирение. Поэтому, если это уместно, предлагайте пациентам сбросить вес. Возможно направление к диетологу.

Примечание: У людей с избыточным весом снижение веса на один фунт (около 0,5 кг) приводит к снижению нагрузки на коленный сустав на 4 фунта (1,82 кг). Уменьшение веса в среднем на 5% у пожилых пациентов с избыточным весом и ожирением приводило к повышению общей функциональности сустава на 18%.

Обеспечьте рекомендации по поводу физической активности:

- Аэробная нагрузка средней интенсивности, не менее 150 минут в неделю – выберите ряд занятий, которые не вызывают боли.
- При ОА коленного сустава полезна ходьба.
- Избегайте активности с большой ударной нагрузкой (бег, прыжки), если у вас ОА коленного сустава.
- Выполняйте «основные» и местные укрепляющие упражнения для пораженного артритом сустава ежедневно, а общеукрепляющие упражнения для всех основных мышечных групп как минимум 2–3 раза в неделю. Показана консультация специалиста по ЛФК.

КУПИРОВАНИЕ БОЛИ

- Купирование боли проводится, чтобы помочь пациенту, способствовать поддержанию должной физической активности и улучшить функцию сустава.
- Подбирайте варианты с наилучшим соотношением риск/польза.
- Подробно расскажите пациенту о связанных с вмешательством рисках.

ПЕРВОНАЧАЛЬНАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Местные средства

Сначала используйте местные средства

- Лёд, тугая повязка, приподнятое положение конечности (методика ICE) после физических упражнений или при обострении
- Тепло при боли в мышцах рядом с суставом



если необходимо, добавьте

- НПВП для местного применения
- Лекарственные средства природного происхождения для местного применения: Траумель®, Цель®, Капсаицин (эффект развивается через 2 недели применения)



если необходимо, дополнительно назначьте

Препараты для приема внутрь

- Парацетамол (внимание: риск для печени и ЖКТ)
- Лекарственные средства природного происхождения: Траумель®, Цель®

Если симптомы сохраняются, перейдите к следующему шагу



РАСШИРЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ

Возможно назначение НПВП для приема внутрь

Следует ограничиться применением «при необходимости», регулярно следить за состоянием пациента и предупредить его о возможных рисках

Пациент из группы низкого риска

- НПВП/селективный ингибитор ЦОГ-2
- В сочетании с ИПН

Пациент с повышенным риском со стороны ЖКТ

- Показан селективный ингибитор ЦОГ-2 в сочетании с ИПН

Пациент с повышенным сердечно-сосудистым риском

- Показан НПВП с меньшим сердечно-сосудистым риском, например, напроксен

Пациент с повышенным риском со стороны ЖКТ в сочетании с повышенным сердечно-сосудистым риском, и/или с повышенным риском со стороны почек, или принимающий антикоагулянты

- Избегайте НПВП/селективных ингибиторов ЦОГ-2

Кроме того, многим пациентам могут лучше подходить внутрисуставные инъекции

- Гиалуриновая кислота (применение зависит от препарата)
- Траумель® и Цель® (можно применять длительно)
- Кортикостероиды** (ограниченное применение)

Если симптомы сохраняются, перейдите к следующему шагу



ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЁЛЫХ СЛУЧАЕВ

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

СИОЗСН: Дулоксетин

- Для регулярного применения

Опиоиды и габапентиноиды

- Краткосрочное или длительное применение
- Внимание: повышают риск падения у пожилых людей

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО

- Выбор времени и конкретных процедур зависит от пациента, врача, местных рекомендаций и от того, какие участки сустава (суставов) поражены
- Артроскопию проводят тем, у кого недостаточно эффективными оказались нехирургические методы

СРБ – С-реактивный белок; СОЭ – скорость оседания эритроцитов; анти-ЦЦП – антитела к циклическому цитруллиновому пептиду;

НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты; ЖКТ – желудочно-кишечный тракт; ЦОГ-2 – циклооксигеназа-2;

ИПН – ингибитор протонного насоса; СИОЗСН – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина-норадринерина.

** Внимание: риски применения кортикостероидов включают сепсис, обострение после инъекции, гипергликемию, преходящую артериальную гипертензию, дегенерацию хряща, хондротоксичность. При инъекциях у пациентов, принимающих антикоагулянты, будьте осторожны.

ОСТЕОАРТРИТ КОЛЕННОГО СУСТАВА



ССЫЛКИ

1. Murphy L et al. Lifetime risk of symptomatic knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 2008;59:1207–13. 2. Jordan JM et al. Prevalence of knee symptoms and radiographic and symptomatic knee osteoarthritis in African Americans and Caucasians: the Johnston County Osteoarthritis Project. *J Rheumatol.* 2007 Jan;34(1):172–80. 3. NICE Guideline. Osteoarthritis: Care and management in adults. [CG177]. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg177>. 4. Bruyère O et al. A consensus statement on the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) algorithm for the management of knee osteoarthritis – from evidence-based medicine to the real-life setting. *Semin Arthritis Rheum.* 2016 Feb;45(4 Suppl):S3–11. 5. Fernandes L et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 2013 Jul;72(7):1125–35. 6. McAlindon TE et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage.* 2014 Mar;22(3):363–88. 7. Hochberg MC et al. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osteoarthritis of the hand, hip, and knee. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012 Apr;64(4):465–74. 8. Lozada C et al. A double-blind, randomized, saline-controlled study of the efficacy and safety of co-administered intra-articular injections of Tr14 and Ze14 for treatment of painful osteoarthritis of the knee: The MOZART trial. *Eur J Integr Med.* 2017;13:54–63. 9. González de Vega C et al. Traumeel vs. diclofenac for reducing pain and improving ankle mobility after acute ankle sprain: a multicentre, randomised, blinded, controlled and non-inferiority trial. *Int J Clin Pract.* 2013 Oct;67(10):979–89. 10. Wodick RE, Steininger K, Zenner S. The biological treatment of articular affections – results of a study conducted with 498 patients. *Biologische Medizin.* 1993;3:127–35. 11. Birnesser H, Klein P, Weiser, M. Treating Osteoarthritis of the Knee: A Modern Homeopathic Medication Works as well as COX 2 Inhibitors. *Der Allgemeinarzt.* 2003;25(4):261–4. 12. Messier SP et al. Weight loss reduces knee-joint loads in overweight and obese older adults with knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum.* 2005 Jul;52(7):2026–32. 13. White DK et al. Daily walking and the risk of incident functional limitation in knee osteoarthritis: an observational study. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2014 Sep;66(9):1328–36.

Разработано: **Проф. Кэти Спид**, Кембриджский Центр здоровья и эффективности (Cambridge Centre for Health and Performance), Кембридж, Великобритания; **Проф. Андрей Гаркави**, кафедра травматологии и ортопедии, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова, Москва, Россия; **доцент Алекс Скотт**, факультет медицины, кафедра физической терапии, университет Британской Колумбии, Ванкувер, Канада; **Проф. Карлос Гонзалес де Вега**, спортивная медицина и медицинская реабилитация, Клиника MED'YR, Мадрид, Испания; **Проф. Бернд Волфарт**, кафедра спортивной медицины, Берлинский университет им. Гумбольдта, Германия.

Данный карманный справочник выпущен при поддержке образовательного гранта от Биологиче Хайльмитель Хеель GmbH.

Biologische Heilmittel Heel GmbH, Dr. Reckeweg-Straße 2–4, 76532 Баден-Баден, Германия. Тел +49 7221 501-00 www.heel.com

Ни одна часть настоящей публикации не может быть сохранена в информационно-поисковой системе или воспроизведена любыми другими средствами без предварительного письменного разрешения издателя. Данный карманный справочник содержит полезную медицинскую информацию, основанную на научных данных и предназначенную для сугубо образовательных целей. Данная информация и/или рекомендации по лечению не предназначены в качестве конкретного лечения для кого-либо, и к ним не следует относиться как к сведениям, заменяющим профессиональные рекомендации по лечению, полученные от лечащего врача или другого квалифицированного медицинского работника, или противоречащим им. Компания Хеель не несет ответственности за ущерб или убытки, нанесенные или якобы нанесенные прямым или косвенным образом на основании информации, представленной в этом документе. Примите к сведению, что названия лекарственных средств, их показания и/или состав могут отличаться в разных странах, и вкладыши могут содержать актуальную информацию для определенной страны.

Отпечатано в Великобритании. Май 2017 г. © 2017 Aspen Medical Media. Все права защищены.