



Суставной синдром. Дифференциальная диагностика и лечение

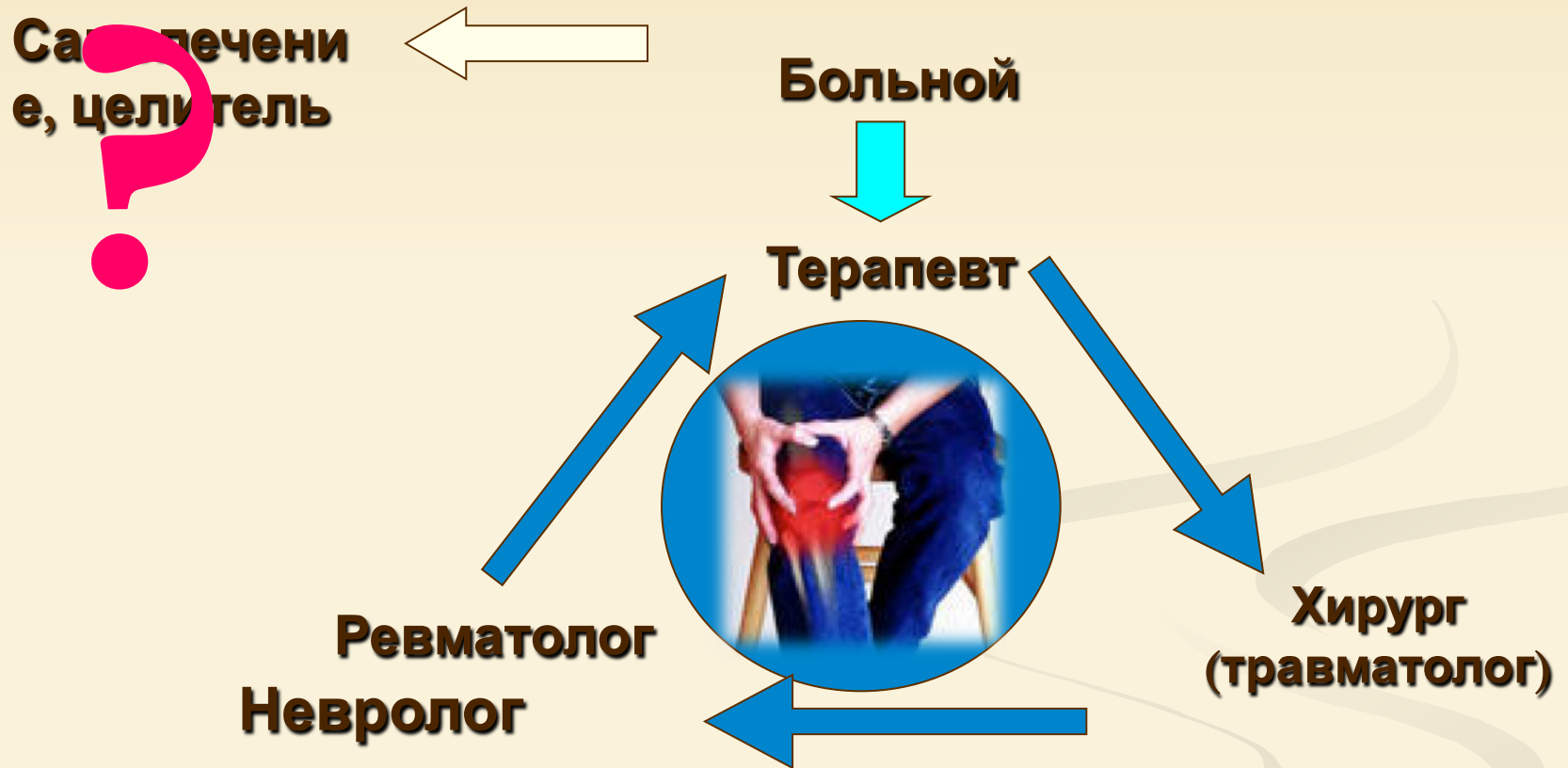


Лапшина

Светлана Анатольевна

доцент кафедры госпитальной терапии КГМУ, к.м.н.

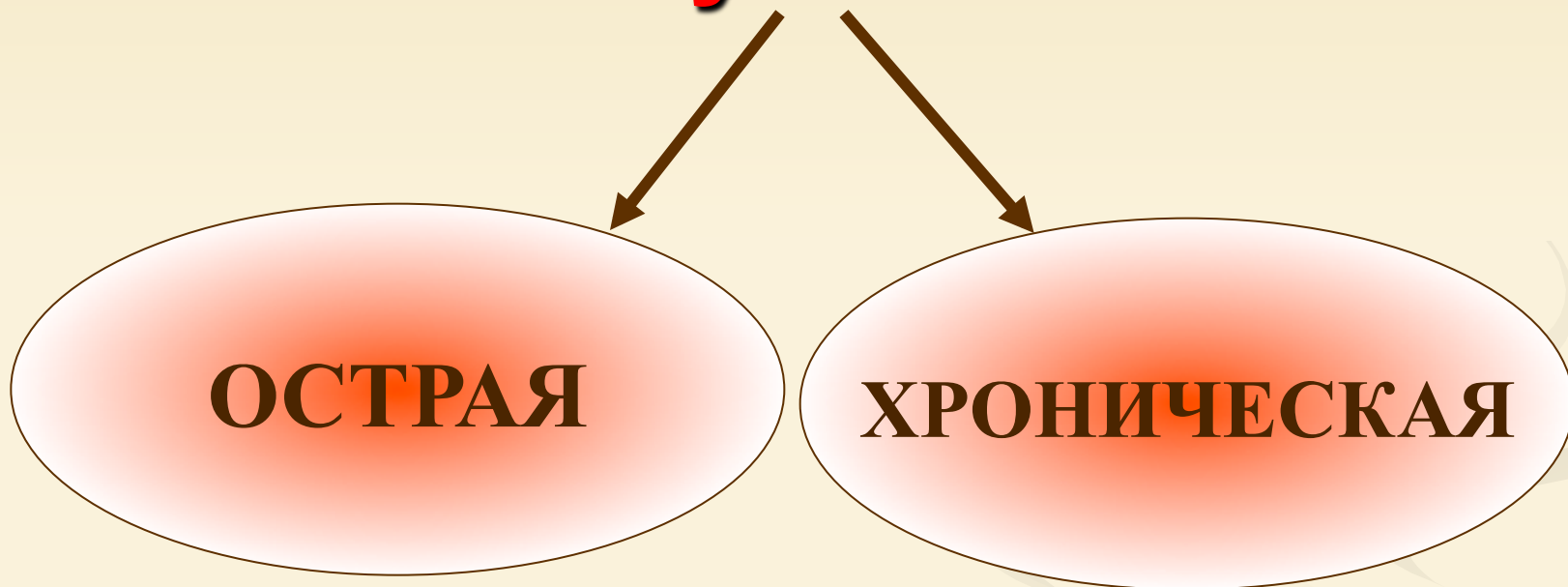
«Круг» больного с болью в суставах



Боль – первый и важнейший симптом ревматических заболеваний, снижающий качество жизни и социальную активность

?Боль в суставе острая или хроническая
БОЛЬ В

суставах



- ✓ ТРАВМА
- ✓ КРИСТАЛЛИЧЕСКИЕ АРТРОПАТИИ (подагра)
- ✓ СЕПТИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ

- ✓ ХРОНИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ
- ✓ ХРОНИЧЕСКАЯ ТРАВМАТИЗАЦИЯ

Пациент с острой болью и гиперемией сустава (часто сустав I пальца стопы)



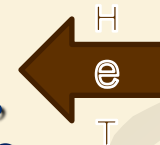
Ревматолог

- Анализ крови на мочевую кислоту?
- Факторы способствующие развитию подагры
(**мужской пол**, обильная трапеза, резкая потеря жидкости, ожирение, алкоголь, физическая перегрузка и стрессы, простудные и инфекционные заболевания, голодание или лечение голодом, диуретики, заболевания щитовидной железы, ХБП)

Хирург

Травматолог?

- Связь с травмой
- Рентгенологическое подтверждение



- ✓ До 30% пациентов с первым приступом подагры обращаются к хирургу/травматологу
- ✓ ~5% получают помощь по поводу травмы

Пациент с острой болью и гиперемией сустава (часто сустав I пальца стопы)



Ревматолог

- Анализ крови на мочевую кислоту? ?
- Факторы способствующие развитию подагры
(**мужской пол ?**, обильная трапеза, резкая потеря жидкости, ожирение, алкоголь, физическая перегрузка и стрессы, простудные и инфекционные заболевания, **голодание или лечение голодом, диуретики, заболевания щитовидной железы,**



НПВП

Хирург

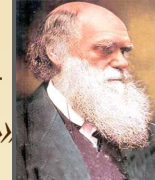
Травматолог?

- Связь с травмой
- Рентгенологическое подтверждение

- ✓ До 30% пациентов с первым приступом подагры обращаются к хирургу/травматологу
- ✓ ~5% получают помощь по поводу травмы



«Оставь мне, Господи, болезнь мою почетную, по ней я –
Н. Некрасов «Кому на Руси ~~дворянин~~ больше»»



Острый подагрический артрит

Современное определение подагры

Хроническое заболевание, связанное с нарушением пуринового обмена, повышенным содержанием в крови мочевой кислоты и отложением в тканях уратов, протекающее с рецидивирующими приступами острого артрита, кристалл-индуцированными синовитами и образованием подагрических узлов (тофусы).

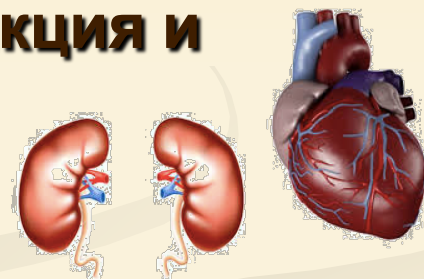


- Острейшее начало
- Выраженная боль и воспаление
- Максимальная выраженность в 1 день
- Высокая эффективность НПВП



новые подходы к диагностике и лечению подагры

- Характерно острейшее начало, выраженная боль и воспаление с максимумом в 1 день
 - У пациентов с подагрой и/или гиперурикемией должна быть определена почечная функция и рекомендуется оценка факторов кардиоваскулярного риска.
- При остром приступе подагры следует назначать низкие дозы колхицина (до 2 мг в день), **НПВП** и/или **ГК** (внутрисуставно, перорально или внутримышечно в зависимости от сопутствующих заболеваний и риска неблагоприятных



F Sivera, M Andrés, L Carmona et al. Multinational evidence-based recommendations for the diagnosis and management of gout: integrating systematic literature review and expert opinion of a broad panel of rheumatologists in the 3e initiative. Ann Rheum Dis 2014;73: 328–335



«Идеальный» НПВП для лечения подагрических атак

- **«Сильный» НПВП**
- **Селективность в отношении ЦОГ-2 (меньше гастроинтестинальный и СС-риск)**

нимесулидаркоксиа (эторикоксиб)
- **Длительное действие и стабильная фармакодинамика (прием 1 раз в сутки)**
- **Хорошая биодоступность (быстрое достижение пиковой концентрации в плазме быстрый обезболивающий эффект)**



?Боль воспалительная или дегенеративная

Поражение сустава: хроническая боль

Воспалительный

Характер
(артрит)

Невоспалительный
Характер (остеоартроз)

В популяции распространенность ОА составляет – 6,43%, после 45 лет – 13,9%, старше 50 лет – 27,1%, старше 60 лет – 97%, постоянно растет заболеваемость (более чем на 25% за 3 года).

Рекомендации EULAR по диагностике остеоартроза коленных суставов 2010

1. ОА коленных суставов клинически характеризуется болью, связанной с нагрузкой, и/или функциональными ограничениями.

У ~25% пожилых пациентов диагноз звучит как ОА

Проблема диагностики патологии суставов в реальной клинической практике. Галушко Е.А.



Пациентка А., 58 лет

Жалобы и анамнез:

- Беспокоят боли в коленных, голеностопных суставах, кистях рук в течение дня, усиливаются при движении. Утром встает тяжело, надо «расходиться» около 30 минут, боли до конца не проходят.
- В анамнезе суставной синдром около 8 лет: беспокоили боли в коленных суставах, трудно было ходить по лестницам. Наблюдается с диагнозом: Остеоартроз.
- Около 3х месяцев отекли кисти и стопы, появилась припухлость суставов, стало тяжело вставать по утрам из-за боли. Связывает свое состояние с перенесенным простудным заболеванием: слабость, ломота в теле. Принимала ибупрофен, нимесулид - эффект временный, несколько часов, хондропротекторы - без эффекта
- При осмотре: болезненность и припухлость в области лучезапястных, коленных, голеностопных суставов
- Нб 102 г/л, СОЭ 37 мм/ч, СРБ-5 mg/dL ,
- альбумин – 49,5%, α_1 – 3,7%, α_2 – 10,5%, β – 13,9%, γ – 20,4%.
- РФ 1:80, АЦЦП более 200 (норма до 20)

Ревматоидный артрит у

ПОЖИЛЫХ

У людей старше 60 лет приближается к 2%.

- Острое начало суставного синдрома с выраженным экссудативным компонентом
- Варианты течения:
 - Преимущественно поражаются крупные суставы (коленные, плечевые)
 - Ассиметричный олигоартрит с резким ограничением движений
 - Множественные поражения мелких и крупных суставов, выраженные боли, диффузный отек и ограничение подвижности (ремитирующий серонегативный синовит с «подушкообразным» отеком).

У ~25% пожилых пациентов диагноз звучит как ОА

Диагностические критерии РА ACR / EULAR 2010

Поражение суставов	0-5 баллов
1 средний/крупный сустав	0
2-10 средних/крупных суставов	1
1-3 мелких сустава	2
4-10 мелких суставов	3
> 10 мелких суставов	5
Серология	0-3 балла
РФ – отр. АЦЦП – отр.	0
РФ и/или АЦЦП позитивный тест в низких титрах	2
РФ и/или АЦЦП позитивный тест в высоких титрах	3
Длительность симптомов	0-1 балл
< 6 недель	0
> 6 недель	1
Острофазовые показатели	0-1 балл
Нормальные и СОЭ, и СРБ	0
Повышение или СОЭ, или СРБ	1

Счет ≥ 6 баллов указывает на определенный РА



Длительность заболевания - 2 месяца асимметричный олигоартрит суставов кисти, РФ(-), АЦЦП (+)

РФ – ревматоидный фактор
АЦЦП – антитела к циклическому цитрулинированному пептиду

Исследования при подозрении на артрит




Лабораторные


- ОАК, ОАМ
- СРБ и СОЭ
- ревматоидный фактор, АЦЦП
(антитела к циклическому цитрулинированному пептиду)
- показатели функции печени (АЛТ, АСТ, ЩФ)
- показатели функции почек – креатинин
- исследование на вирусы гепатита В и С
(гепатотоксичность препаратов).

Рентген:

- при первичном обследовании проводить рентгенографию не только кистей, но и стоп в прямой проекции
- рентгенографическое исследование должно быть двухсторонним
- рентгенография должна проводиться ежегодно в течение первых трех лет болезни - контроль за течением болезни и эффективности базисной терапии



Что болит (сам сустав или периартикулярные ткани)?



Поражение сустава

Боль постоянная, как в покое, так и при движении

Разлитая, по всей проекции сустава

Уменьшение объема как активных, так и пассивных движений

Определяется выпот в суставе, утолщение синовиальной оболочки

Поражение периартикулярных тканей или мышц

Боли возникают при определенных движениях

Локальные, больной указывает точку максимальной боли

Уменьшение объема активных при сохранении объема пассивных движений

Асимметрия, связь отечности с конкретной бурсой, сухожильным влагалищем

Спондилоартриты

■ Клинические варианты дебюта АС:

- Воспалительная боль в спине (75-85%),
- Периферический артрит (15-25%),
- Дактилит (менее 1%),
- Увеит (5%),
- Энтезит (~ 5%),
- Псориаз (вероятно менее 3%),
- ВЗК (вероятно менее 3%)

Воспалительная боль в спине

При наличии боли в спине, длительностью более 3-х месяцев -

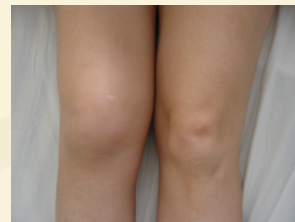
1. Начало в возрасте до 40 лет
2. Постепенное начало
3. Улучшение после физических упражнений
4. Отсутствие улучшения после отдыха
5. Ночная боль (с улучшением после вставания)

• Воспалительная боль в спине диагностируется при наличии 4 из 5 признаков

Критерии ~~экспертов~~ ASAS, 2009

**Молодой пациент с
асимметричным олиго- и
полиартритом**

Боль в пятках, области грудины и т.д.



Как болят суставы?

Остеоартроз

- **Боли в суставах** и спине усиливаются
 - ✓ *в конце дня или/и в первую половину ночи*
 - ✓ **при физической нагрузке**, ходьбе, спуске по лестнице
 - ✓ *уменьшаются в покое*
- **Часто крупные суставы** (коленные, тазобедренные)
- Деформация суставов за счет костных разрастаний над дистальными межфаланговыми (*узелки Гебердена*) или/и проксимальными межфаланговыми (*узелки Бушара*) суставами.
- **Рентгенография «болящего» сустава**

Артрит

- **Боли в суставах** постоянные (нередко симметричные), **утром, в покое**
- Боли могут ослабевать после физической нагрузки
- Утренняя скованность (более 30 мин)
 - **Чаще мелкие суставы рук и ног**
- Часто другие симптомы
- **Рентген кистей и стоп**

Подагра

- Остро возникающий артрит
- Резкая болезненность и гиперемия сустава
- часто сустав I пальца стопы
- «Хороший»

Рекомендации EULAR по диагностике остеоартроза коленных суставов 2010

6. Всех больных с болью в колене необходимо обследовать физикально. Об ОА говорят

- крепитация,
- болезненные или ограниченные движения в коленном суставе,
- костные разрастания
- отсутствие либо умеренный выпот.

7. Красные флаги (выраженное местное воспаление, покраснение, прогрессирующая боль, не связанная с нагрузкой) могут говорить о

- сепсисе,
- **микрокристаллической патологии,**
- тяжелой патологии костной ткани.

Вовлечение других суставов может говорить о других



Остеоартроз – мультифакторное заболевание

Рекомендации EULAR по диагностике остеоартроза коленных суставов 2010

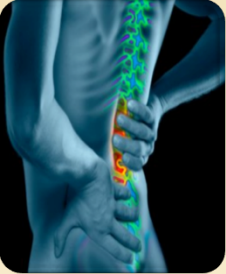
3. Существуют подтипы ОА коленных суставов с различными факторами риска и исходами в зависимости от

- пораженного отдела КС (медиальный, латеральный);
- ответа кости (атрофический, гипертрофический);

Показана ассоциация минеральной плотности костной ткани со стадией и тяжестью гонартроза

Brytve O. (2003), McAlindon TE. (1991), Boegard T. (1998), Dieppe P. (1993)

- глобальности ОА (генерализованный, локализованный);
- присутствия кристаллов (пирофосфат, основной фосфат кальция)
- выраженности воспаления



Варианты течения остеоартроза

Суставной



Остеоартроз

- В патогенезе повреждение хряща и субхондральной кости

- **Боль при физической нагрузке**
- **Усиление болей к концу дня**
- **"стартовая" и "блокадная" боль ("заклинивание" сустава)**
- **Нестабильность**
- **Остеофиты**
- **Крепитация**



Остеоартрит

В патогенезе ↑ИЛ-1, ЦОГ-2

- **Минимальная утренняя скованность (<20 мин)**
- **Отек**
- **Уменьшение объема движений**



Рекомендации EULAR по диагностике остеоартроза коленных суставов 2010

4. Типичные симптомы ОА КС

- боль при нагрузке, часто усиливающаяся к концу дня, проходящая в покое;
- ощущение «болтающейся» («отстегивающейся») ноги,
- очень умеренная утренняя скованность или скованность после пребывания в покое,
- нарушение функции сустава.
- при более выраженном ОА могут присутствовать боль в покое или ночная боль.

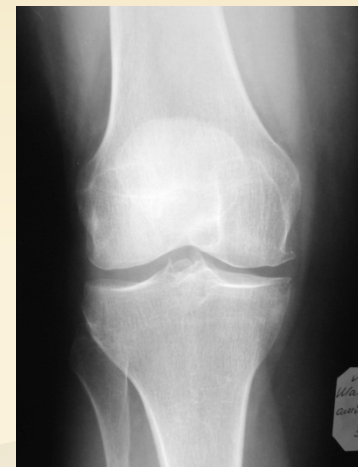
Симптомы ОА обычно эпизодичны или варьируют по тяжести и меняются медленно

- ## **5. У взрослых в возрасте старше 40 лет с механическим ритмом боли, кратковременной утренней скованностью, функциональными ограничениями и изменениями при физикальном исследовании (крепитация, ограничение движения в суставе, костные разрастания) диагноз ОА может быть уверенно выставлен без рентгенологического подтверждения или даже тогда**



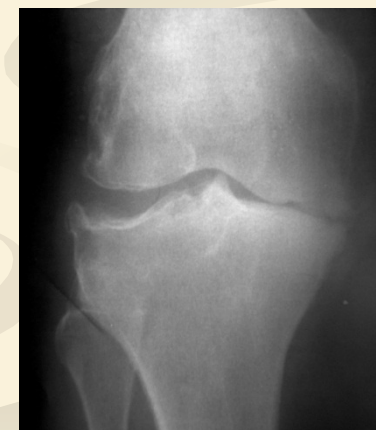
Рекомендации EULAR по диагностике остеоартроза коленных суставов 2010

8. Рентгенограммы суставов (оба колена, в положении стоя при нагрузке весом, передне-задний вид с полусогнутым коленом; плюс латеральный вид + полусогнутый сустав) – золотой стандарт.

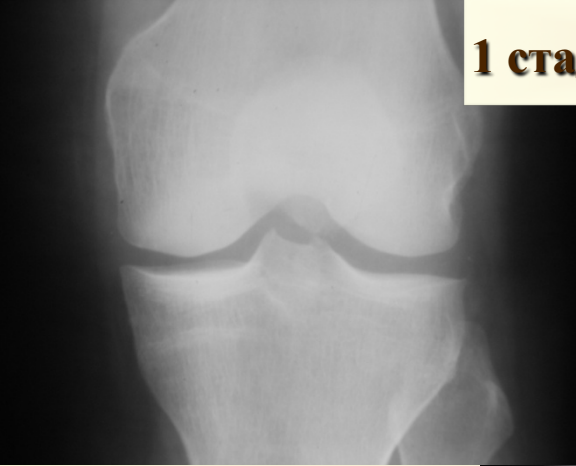


Другие инструментальные техники (МРТ, сонография, сцинтиграфия) редко показаны для диагностики ОА

- * Основными показаниями для повторного рентгенологического исследования суставов при остеоартрите являются подозрение на присоединение новой патологии или планируемое хирургическое вмешательство на суставе (при направлении на консультацию к ортопеду).
- * Рентгенологическое исследование должно использоваться в клинических целях, оно не должно проводиться с целью наблюдения за прогрессированием заболевания.



1 стадия гонартроза



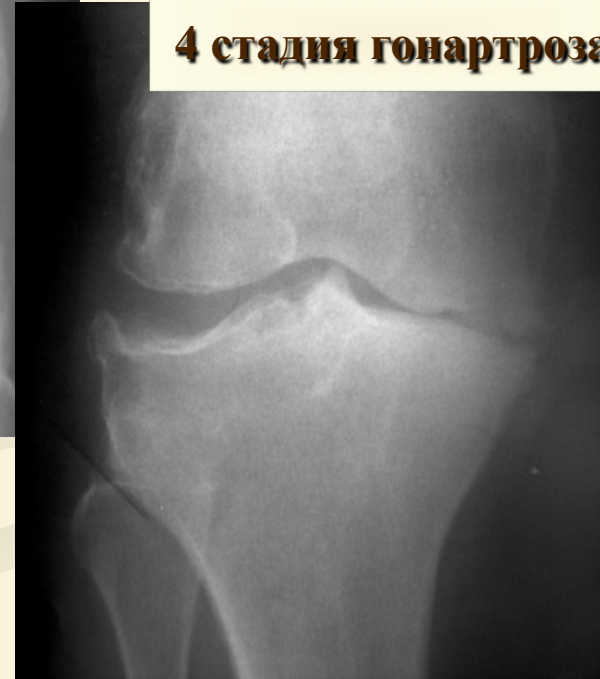
2 стадия гонартроза



3 стадия гонартроза

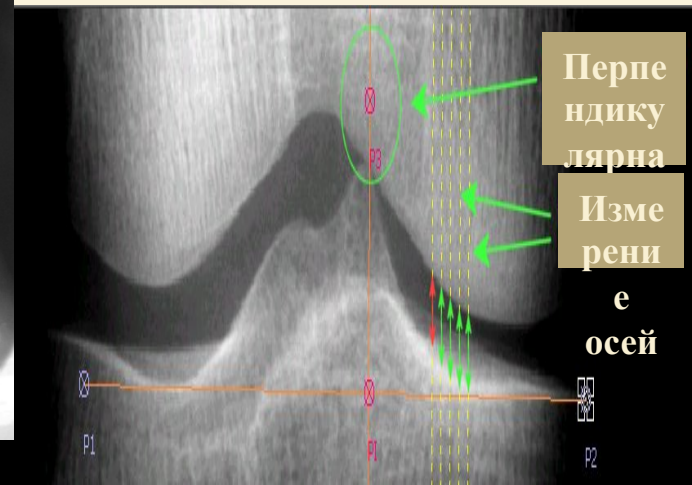
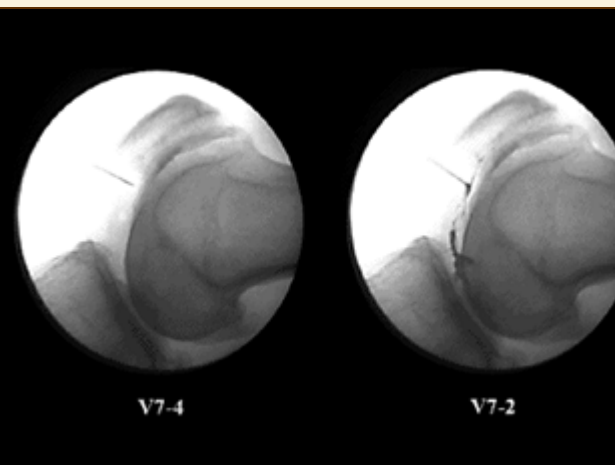
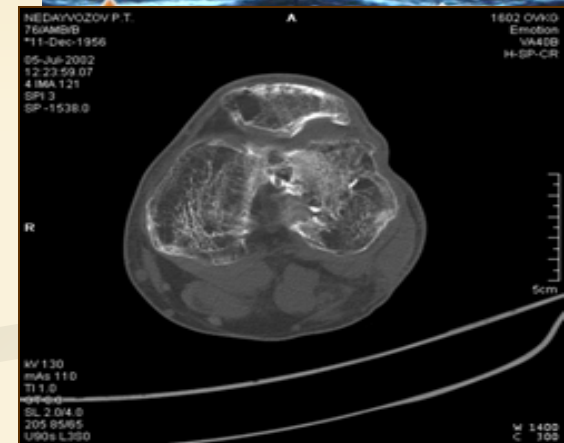
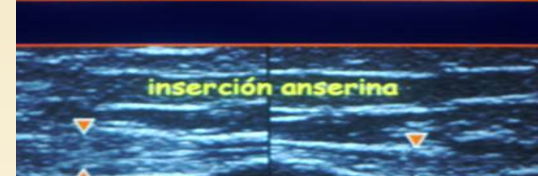


4 стадия гонартроза



Методы диагностики

- Рентгенологический
- УЗИ
- Компьютерная томография и ЯМРТ
- Артроскопия



Лечение остеоартроза

Задачи:

- уменьшить боль
- повысить функциональную активность
- замедлить прогрессирование остеоартроза
- лечить с учетом коморбидности
(сахарный диабет, артериальная гипертензия, ИБС, заболевания ЖКТ, ожирение и др)



Методы:

- нефармакологические
- фармакологические
- хирургические

55% пациентов с остеоартрозом страдают артериальной гипертензией*

Сопутствующие заболевания у пациентов с остеоартрозом

Артериальная гипертензия	55,2%
Хронические заболевания ЖКТ	21,8%
Диабет	17,2%
ИБС	12,9%
Астма	9,6%
Инсульт в анамнезе	4,5%



*Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J. Osteoarthritis: quality of life, comorbidities, medication and health service utilization assessed in a large sample of primary care patients. J Orth Surg Res. 2007;2:12.

Принципы терапии остеоартроза

Обоснованность существующих традиций

Акцент на немедикаментозное

ACR 2012



AMERICAN COLLEGE
OF RHEUMATOLOGY
EDUCATION • TREATMENT • RESEARCH



The Royal Australian College of General Practitioners, 1 Palmerston Crescent, South Melbourne, VIC 3205 Australia
ACN 080 225 807, ABN 34 000 225 807

*Австралийский колледж
врачей общей практики
2009*

EXTENDED REPORT

EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT)

K M Jordan, N K Arden, M Doherty, B Bannwarth, J W J Bijlsma, P Dieppe, K Gunther, H Hauselmann, G Herrero-Beaumont, P Kalkmanis, S Lohmander, B Leeb, M Lequesne, B Mazieres, E Martin-Malo, K Pavelka, A Pendleton, L Punzi, U Smeri, B Svoboda, G Verbruggen, I Zimmerman-Gorska, M Dougados

Ann Rheum Dis 2003;600:1-13

NICE 2008

Что рекомендует врач больному с ОА в клинической практике. Рекомендации OARSI

- Уменьшение нагрузки на суставы: избегать такие виды нагрузки, как бег, прыжки и приседания; длительного нахождения в одном и том же положении,
- пользоваться при ходьбе вспомогательными средствами (трость, костыли, рама), (IV)
- ношение удобной обуви, *40% пациентов с ОА коленных суставов нуждаются в трости*
- использование специальных наколенников (Ia) или специальных стелек (IV)
- Ежедневное выполнение специальных упражнений (Ia, IV)
- Общие оздоровительные мероприятия
- Коррекция веса (Ia, IV),
- Физиотерапевтические мероприятия и массаж



Рекомендации по упражнениям в лечении ОА

Вид упражнений	OARSI 2014	NICE 2014	AAOS 2013	EULAR 2013	ACR 2012
Аэробные упражнения	++	++	++	++	++
Упражнения на объем движений / растяжку	++			++	+
Укрепление квадрицепса бедра	++	++	++	++	++
Комплексы ЛФК с мануальной		+	?		+

Недавний сетевой мета-анализ проанализировал 60 РКИ с общим числом участников более 8000: «лучшими» видами упражнений можно назвать программы, **комбинирующие силовые упражнения с аэробными и упражнениями на развитие гибкости**

Принципы терапии остеоартроза.

- Основным способом фармакологического лечения остеоартроза является анальгезия простыми анальгетиками и НПВП



AMERICAN COLLEGE
OF RHEUMATOLOGY
EDUCATION • TREATMENT • RESEARCH

ACR 2012

EXTENDED REPORT

EULAR Recommendations 2003: an evidence based approach to the management of knee osteoarthritis: Report of a Task Force of the Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutic Trials (ESCISIT)

K M Jordan, N K Arden, M Doherty, B Bannwarth, J W J Bijlsma, P Dieppe, K Gunther, H Hauselmann, G Herrero-Beaumont, P Kaklamakis, S Lohmander, B Loebl, M Lequesne, B Mazieres, E Martin-Mola, K Pavelka, A Pendleton, L Punzi, U Smeri, B Swoboda, G Verbruggen, I Zimmerman-Gorska, M Dougados

Ann Rheum Dis 2003;000:1-13

OARSI
OSTEOARTHRITIS
RESEARCH SOCIETY
INTERNATIONAL



THE ROYAL AUSTRALIAN
COLLEGE OF
GENERAL PRACTITIONERS

The Royal Australian College of General Practitioners, 1 Parliament Crescent, South Melbourne, VIC 3205, Australia
ACR 000 221 807, ACR 94 000 221 807

Австралийский колледж
врачей общей практики
2009

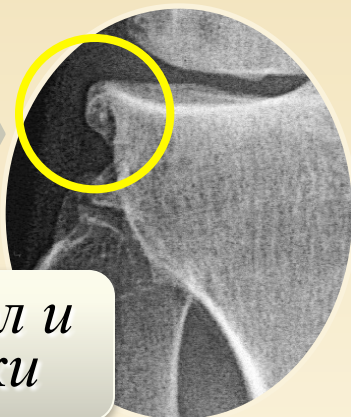
NICE 2008

При хронической боли основная цель терапии - снижении интенсивности болевых ощущений до уровня достаточного для осуществления обычной ежедневной активности, нормального ночного сна и вхождения в обычный рабочий ритм;

При остеоартрозе выраженность боли прогрессирует быстрее, чем структурные изменения в хряще*



Травма
тканей
остео-
фитами



Дисфункция болевой
системы

Парацетамол и
анальгетики



Спазм
мышц

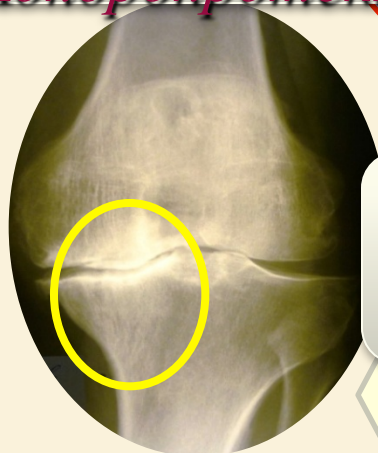
Локальная терапия
и миорелаксанты

Хрони-
ческий
синовит



НПВП (\downarrow ЦОГ1/ЦОГ2)

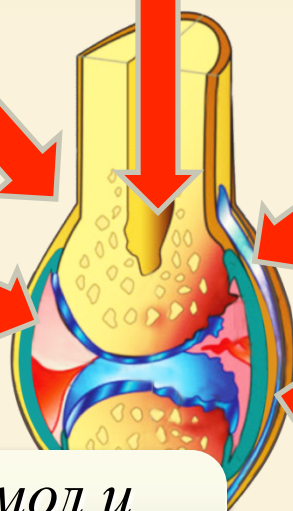
Хондропротекторы



Парацетамол и
анальгетики

Хондропротекторы

субхондральной
кости



Энтезопатия



Локальная терапия

Применение парацетамола при ОА как препарата «первой линии»
рекомендовано ACR, EULAR и APP

Принципы противовоспалительной терапии артроза

- ❖ НПВП коротким курсом (7-14 -21 день) в минимально эффективной дозе

Уровень доказательства – IA, сила рекомендации – 93%

W. Zhang Ph.D. et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Osteoarthritis and Cartilage (2008) 16, 137-162

- ❖ Исключение из терапии производных индолуксусной кислоты (индометацин, метиндол) и с большим периодом полураспада (пироксикам)
- ❖ Неселективные НПВП следует использовать в невысоких дозах до 10-12 дней
- ❖ У пожилых больных, у пациентов с факторами риска, при длительном приеме, целесообразно сразу начинать лечение с селективных ингибиторов ЦОГ-2;

Рекомендации по применению НПВП при ревматических заболеваниях, 2012

Нет риска

Любые НПВП

НПВП - гастропатия

- Пожилой возраст без дополнительных факторов риска
- Язвенный анамнез (редкие рецидивы язв)
- Прием ГК
- Курение и прием алкоголя
- Инфицированность *H.pylori*

Кардиоваскулярные осложнения

- Компенсированная лечением артериальная гипертензия (АГ) и сердечная недостаточность (СН)
- Наличие традиционных кардиоваскулярных факторов риска при отсутствии ИБС

с-НПВП в комбинации с низкими дозами аспирина (НДА) или н-НПВП (НАП, ацеклофенак, кетопрофен, ибупрофен);

- Язвенный анамнез
- Прием препаратов, влияющих на свертываемость крови (например, аспирин)

- Некомпенсированная АГ и СН, не осложненная ИБС

НАП или с-НПВП + НДА (уровень док.А) + амлодипин

- Осложненные язвы (кровотечение, перфорация)
- Часто рецидивирующие язвы (особенно НПВП - индуцированные)
- Комбинация 2-х и более факторов риска

- ИБС + перенесенный инфаркт миокарда, операции на сердце (АКШ, эндоваскулярное стентирование и др.), ишемический инсульт

~~НПВП~~

Умеренный риск

Высокий

Очень высокий

НПВП

Неселективные ЦОГ-2 ингибиторы (нНПВП)

- Диклофенак
- Индометацин
- Ибупрофен

наименее выражено влияет на
прогрессирование АГ

- Напроксен
- Кетопрофен
- Кеторолак
- Лорноксикам
- Ацеклофенак

Селективные ЦОГ-2 ингибиторы (сНПВП)

Преимущественно селективные НПВП

• Нимесулид

острая и хроническая боль

• Мелоксикам

Лечение хронической боли, в/м форма

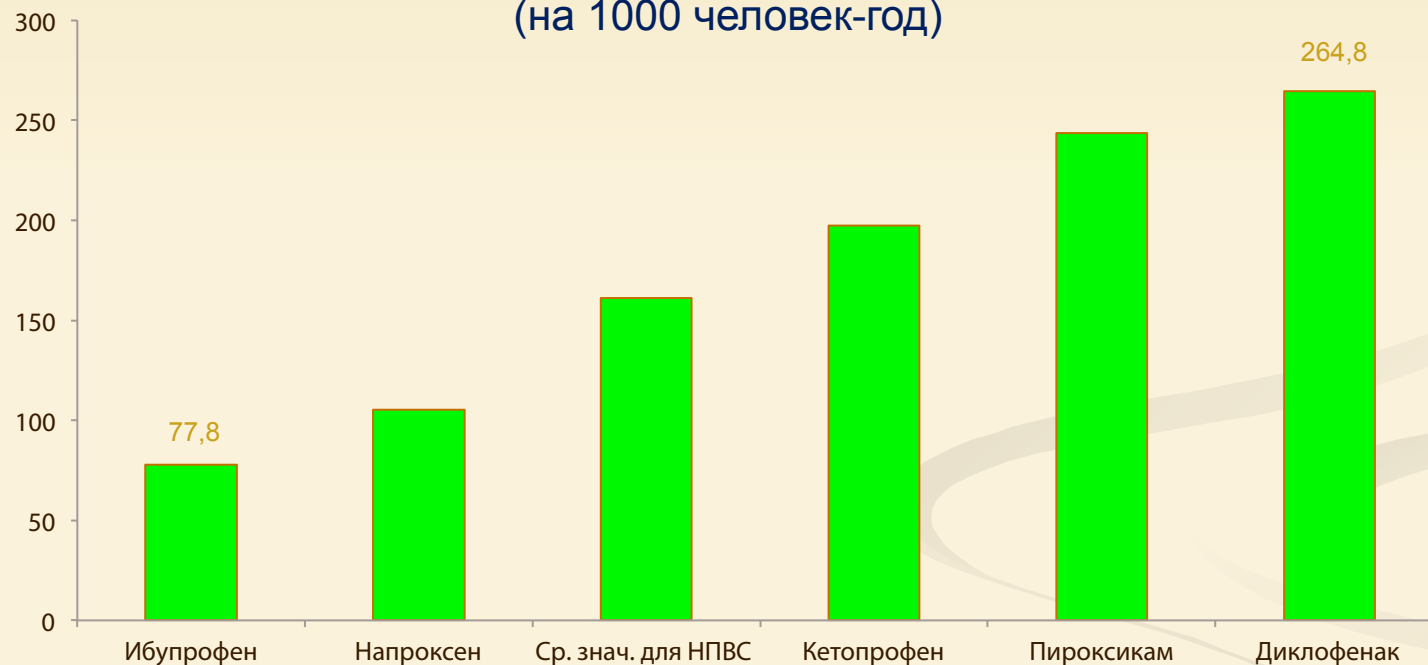
Высоко селективные НПВП

«Коксибы»

- Целекоксиб
- Эторикоксиб

Ибупрофен наименее выражено влияет на прогрессирование АГ в сравнении с другими НПВС*

Частота коррекции схемы лечения АГ на фоне приема НПВС
(на 1000 человек-год)



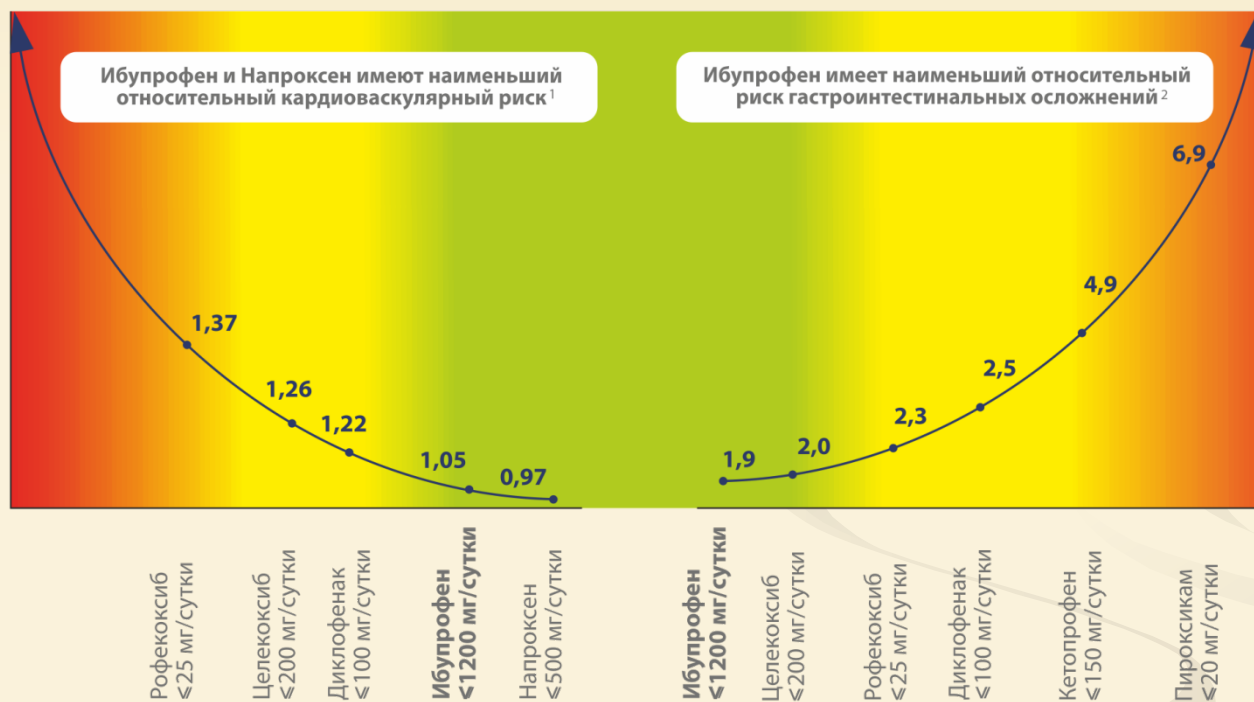
Коррекцией является увеличение дозы ранее назначенного препарата или добавление в схему другого антигипертензивного препарата



Ибупрофен в суточной дозе до 1200 мг имеет высокий профиль безопасности

ПРОФИЛЬ БЕЗОПАСНОСТИ МАЛЫХ ДОЗ НПВС

ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫЙ РИСК



ОТНОСИТЕЛЬНЫЙ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЙ РИСК



¹ McGettigan P, Henry D (2011) Cardiovascular Risk with Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs: Systematic Review of Population-Based Controlled Observational Studies. PLoS Med 8(9): e1001098. doi:10.1371/journal.pmed.1001098

² Castellsague J et al Individual NSAIDs and Upper Gastrointestinal Complications A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies (the SOS Project). Drug Saf. 2012 Dec 1;35(12):1127-46.

эторикоксиб

- Быстрый обезболивающий эффект уже через **24 минуты**
- Длительный обезболивающий эффект в течение **24 часов**
- Применение 1 раз в сутки

Безопасность ЖКТ как у плацебо

Безопасность СС (программа МЕДАЛ)

Эторикоксиб не влияет на антиагрегантное действие АСК

Таблетки 60 мг , 90 мг № 7 и № 28

Симптоматическая терапия ОА



Анальгетики быстрого действия

**Боль,
ограничение движения
нейропатии**

**Анальгетик
и**

НПВП

**Боль,
воспаление**

**Ацетоминофен,
Трамадол,
опиоиды,
Антиконвульсант
ы,**

**Локально
Капсаици
н
лидокаин**

НПВП

**в/с
депостероид
ы**

Нельзя вводить
гормональный
препарат более 2-3
раз в один
пораженный сустав

антидепрессанты

**Миорелаксанты
Антитела к фактору
Роста нерва IV**

**Локальные
НПВП**

3- 4 раза в день!

**в/с
гиалуронат**

**Применение парацетамола при ОА как
препарата «первой линии» рекомендовано ACR,
EULAR и APP**

E A. Tindall, NM. Furfaro, R D. Altman

[MedscapeCME Rheumatology 11/13/2009](#)

**Хирургические
методы**



Принципы терапии остеоартроза

- SYSADOA (глюкозамина сульфат, хондроитина сульфат, диацерин, неомыляемые соединения авокадо и сои и гиалуроновая кислота) имеют симптоматический эффект и могут иметь структурно-модифицирующие свойства (А)

Национальные рекомендации, 2012



AMERICAN COLLEGE
OF RHEUMATOLOGY
EDUCATION • TREATMENT • RESEARCH

ACR 2012



OARSI OSTEOARTHRITIS
RESEARCH SOCIETY
INTERNATIONAL



THE ROYAL AUSTRALIAN
COLLEGE OF
GENERAL PRACTITIONERS

*Австралийский колледж
врачей общей практики
2009*

NICE 2008

Симптоматические препараты замедленного действия (SYSADOA)

- Хондроитин сульфат
- Глюкозамин сульфат
- Диацереин
- Авокадо/соя
- Гиалуроновая кислота
- Хондроитин сульфат + глюкозамин гидрохлорид (
- Глюкозамина сульфат + хондроитин сульфат
- *Клинически «ожидание» эффекта*
 - *Эффект «последствия»*

ОА коленного сустава

	ГГХ	ГС или Г	ХС	комбинация
Боль, скованность	NS	NS	+ (в 1 РКИ)	+ (ГС+ХС, но не ГГХ+ХС)
функция	NS	NS Кроме одного РКИ (индекс Лекена)	NS (только влияние на отек)	Индекс Лекена в одном исследовании
Качество жизни		NS	+	Ментальное, но не физическое (1РКИ)
Минимальная ширина суставной щели		+	+	
Средняя ширина суставной щели		NS	+	Лучше у плацебо

ОСТЕОАРТРОЗ

Уникальный механизм фармакологического действия



Вопрос пациента:

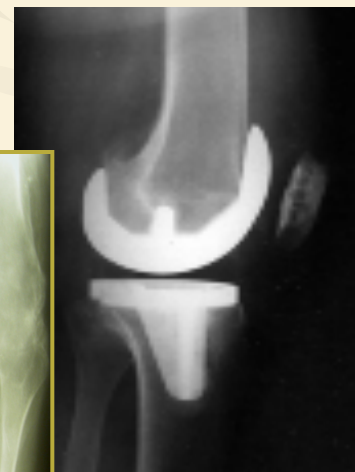
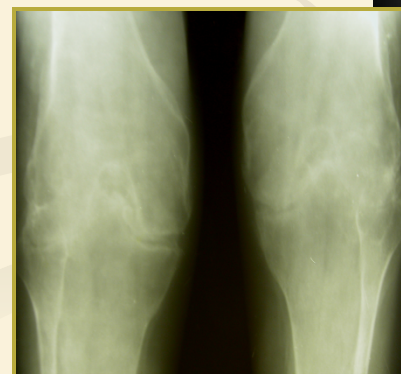
- Я устал (а) от таблеток.....
- Таблеток так много, может эту я потом буду принимать.....
- Мой желудок больше не выдерживает
- У меня проблемы с желудочно-кишечным трактом
- Можно укол? **Что делать?**



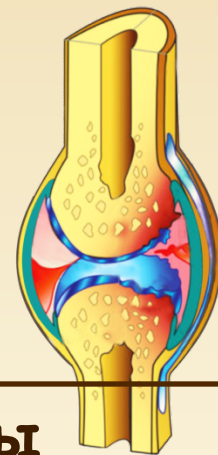
Хирургическое лечение при поражении коленных и тазобедренных суставов в ряде случаев остается единственным способом помощи тяжелым пациентам

Эндопротезирование не следует считать вмешательством последнего выбора, его следует предлагать пациентам, когда их качество жизни нарушено

Облегчение боли и восстановление функции можно ожидать более чем у 90% пациентов
Частота осложнений низкая, и уровень смертности составляет менее 1%



Комплексная терапия ОА



Средства для
лечения
нейропатической
боли

Препараты
гиалуроновой
кислоты

Опиоиды

Локальные ГК

«Хондропротекторы»

Парацетамол
(при умеренной
боли)

НПВП
(при выраженной боли)

Немедикаментозная терапия: контроль
веса, образование, ортезирование





Движение может по своему действию
заменить любое средство, но все лечебные
средства мира не могут заменить действие
движения.

Торквато Тассо



Спасибо за внимание!