

---

## МЕТОДОЛОГИЯ ПОДГОТОВКИ КОНСЕНСУСА ЭКСПЕРТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Из всех Федеральных округов РФ в обсуждении приняли участие 100 экспертов, среди которых: терапевты, кардиологи, ревматологи, неврологи, реабилитологи, травматологи-ортопеды, в том числе, главные специалисты регионов РФ, научные сотрудники профильных НИИ, а также практикующие врачи, сотрудники медицинских ВУЗов.

Опросный лист содержал ряд сценариев, в дальнейшем модулей, с необходимостью оценки стратегии ведения, инициальной терапии боли, местной терапии боли, приему НПВП, симптоматических медленно-действующих препаратов, назначению средств для купирования нейропатического и психогенного компонента хронической боли, дополнительных средств лечения ОА, в том числе немедикаментозное лечение, в дальнейшем интервенции. Каждый модуль был структурирован в соответствии с целью консенсуса и включал положения для обсуждения, которые получены при анализе литературы с позиций доказательной медицины и представлены в отечественных и зарубежных клинических рекомендациях и руководствах по ОА. Каждое положение, выносимое на обсуждение, встречается в 2-х и более клинических рекомендациях или иных официальных документах авторитетных международных ассоциаций специалистов и медицинских сообществ. Таким образом, изначально на обсуждение не выносились положения, которые используются в отечественной клинической практике, но не имеют доказательной базы.

Экспертам предложили оценить модули 3-х различных вариантов течения ОА:

- ОА без коморбидности
- ОА с коморбидностью, представленной ССЗ
- ОА с коморбидностью, представленной СД типа 2

Если, при рассмотрении возможных интервенций, предложенных в каждом модуле какая-то интервенция, оценивалась положительно более, чем 30% экспертов, то она зачислялась в консенсус, отражающий общее мнение.

Экспертам было предложено оценить «КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ» конкретной интервенции модулей по медикаментозному и не медикаментозному методу лечения. Данный критерий был специально введен для отображения конкретного мнения специалиста. «КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ» – критерий, отражающий достижение клинической цели терапии ОА.

Оценка интервенций в модуле «инициальная терапия боли», «НПВП», «местная терапия боли» с учетом критерия «КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ» осуществлялась в баллах от 0 до 3 по следующему принципу: Отсутствует эффект от терапии – 0 баллов; Снижение интенсивности боли на 20% – 1 балл; Снижение интенсивности боли на 50% – 2 балла; Снижение интенсивности боли на 70% – 3 балла.

Оценка интервенций в модуле «симптоматические медленно-действующие средства»,

---

«нейропатический и психогенный компонент хронической боли», «дополнительные средства» с учетом критерия «КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ» осуществлялась в баллах от 0 до 3 по следующему принципу: Не снижают дозу НПВП – 0 баллов; Снижают дозу НПВП на 1/3 от стартовой дозы – 1 балл; Снижают дозу НПВП на 1/2 от стартовой дозы – 2 балла; Позволяют отменить НПВП – 3 балла.

При оценке стратегических вопросов ведения больных ОА с/без коморбидности экспертам предлагалось рассмотреть основные интервенции каждого модуля и ответить согласием или не согласием на их включение в консенсус. Было предложено дополнительно представить и обосновать собственные интервенции (рекомендации) по ведению. Если дополнительные интервенции предлагались более, чем 3-мя экспертами, они заносились в консенсус.

Мнение и ответы экспертов по каждому модулю и каждой интервенции, содержащейся в опросном листе, были обобщены, проанализированы, предварительно представлены в виде отчета и проекта консенсуса, обсуждены на заседании Экспертного совета, под председательством президента РНМОТ, академика РАН, профессора А.И. Мартынова. В качестве членов совета на заседании присутствовали 13 человек, в том числе профессора по специальностям внутренние болезни, кардиология, неврология, ревматология, травматология, клиническая фармакология восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия, заведующая отделом изучения метаболических заболеваний костей и суставов ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, другие ведущие специалисты этого института, а также доктора наук, профессора, занимающиеся проблемой «остеоартрита» в МГМСУ им. А.И. Евдокимова, в Первом МГМУ имени И. М. Сеченова, в РНИМУ имени Н. И. Пирогова, в Саратовском ГМУ им. Разумовского МЗ РФ. Каждый член совета высказал свое мнение, внес комментарии или замечания по консенсусу, которые нашли отражение в итоговом документе консенсуса экспертов РФ. 197 врачей из различных городов приняли участие в онлайн трансляции экспертного совета (Москва, Санкт Петербург, Владивосток, Челябинск и др.)

---

## ЭКСПЕРТЫ

**А.И. Мартынов**, (терапевт, академик РАМН, президент РНМОТ, Москва, член экспертного совета), **Л.И. Алексеева** (ревматолог, ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой, Москва, член экспертного совета), **И.С. Дыдыкина** (ревматолог, ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой, Москва, член экспертного совета), **Н.В. Чичасова** (ревматолог, Институт профессионального образования Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, член экспертного совета), **А.В. Наумов** (терапевт, ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, член экспертного совета, главный координатор), **А.Л. Верткин** (терапевт, ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, член экспертного совета), **Е.А. Прохорович** (терапевт, ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, член экспертного совета), **В.Б. Мычка** (кардиолог, ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, член экспертного совета), **Л.В. Меньшикова** (терапевт, ревматолог, ГБОУ ДПО Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования), **И.В. Меньшикова** (ревматолог, терапевт, ГОБУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, член экспертного совета), **Е.В. Зонова** (ревматолог, Новосибирский ГМУ), **М.В. Путилина** (невролог, РНИМУ имени Н.И. Пирогова), **В.В. Бадюкин** (ревматолог, ГБОУ ДПО РМАПО, Москва, (ревматолог, Институт профессионального образования Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, член экспертного совета), **Н.А. Третьякова** (терапевт, кардиолог, ГБОУ ВПО Амурская ГМА МЗ РФ, Благовещенск), **Р.Г. Камалова** (ревматолог, ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, Уфа), **М.В. Погребная** (терапевт, ревматолог, ГБОУ ВПО Амурская ГМА МЗ РФ Благовещенск), **Р.И. Стрюк** (терапевт, кардиолог, ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва (ревматолог, Институт профессионального образования Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, член экспертного совета)), **Е.Ю. Майчук** (терапевт, кардиолог, ГБОУ ВПО МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Москва, член экспертного совета), **Г.Ф. Фатхуллина** (ревматолог, ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, Уфа), **Н.М. Никитина** (ревматолог, ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. Разумовского МЗ РФ, член экспертного совета), **А.П. Ребров** (терапия, ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского МЗ РФ), **О.А. Кичерова** (невролог, ГБОУ ВПО Тюменская ГМА МЗ РФ), **Л.И. Рейхерт** (невролог, ГБОУ ВПО Тюменская ГМА МЗ РФ), **Л.М. Валишина** (ревматолог, Республиканская клиническая больница им. Куватова, Уфа), **Л.Н. Елисеева** (терапевт, ревматолог, кардиолог, ГБОУ ВПО КубГМУ МЗ РФ), **Э.Г. Муталова** (терапевт, ревматолог, Башкирский государственный медицинский университет), **С.Е. Мясоедова** (терапевт, ревматолог, кардиолог, ГБОУ ВПО Ивановская государственная медицинская академия МЗ РФ), **Л.К. Пешехонова** (ревматолог, Воронежская государственная медицинская академия), **О.Б. Несмеянова** (ревматолог, ГМЛПУЗ ЧОКБ, Челябинск), **П.С. Пухтинская** (терапевт, врач общей практики, ревматолог, ГБОУ ВПО УГМУ МЗ РФ), **Р.А. Салеев** (невролог, Уральский государственный медицинский университет), **О.В. Теплякова** (терапевт, ревматолог, ГБОУ ВПО УГМУ МЗ РФ, Екатеринбург), **Л.В. Трибунцева** (невролог, врач общей практики, ВГМА им. Н.Н. Бурденко), **Е.М. Филипченко** (терапевт, кардиолог, врач общей практики, ГБОУ ВПО КУБГМУ МЗ РФ), **Л.Ю. Широкова** (ревматолог, Ярославский государственный медицинский университет), **Е.В. Борисова** (хирург, ОАО «Доктор-А»), **И.Б. Виноградова** (ревматолог, Ульяновский Государственный Университет, Ульяновская областная клиническая больница), **А.И. Дубиков** (ревматолог, Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток), **В.Н. Исакова** (ревматолог, ДВГМУ, Хабаровск),

---

**П.П. Калинин** (невролог, Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток), **Э.Н. Оттева** (ревматолог, КГБУЗ «ККБ №1», ИПКСЗ, Хабаровск), **Т.А. Щербаносова** (невролог, ИПКСЗ, Хабаровск), **Г.Р. Еникеева** (ревматолог, ГБУЗ РБ ГКБ №13, Уфа), **М.З. Насыров** (травматолог – ортопед, реабилитолог, ФГБУ РНЦ «ВТО» им. акад. Г.А. Илизарова), **Л.А. Левашева** (ревматолог, Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток), **И.Ф. Кроткова** (терапевт, ГБОУ ДПО РМАПО, Москва), **О.А. Никитинская** (ревматолог, ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва), **И.В. Кирпичев** (травматолог – ортопед, ГБОУ ВПО Ивановская ГМА, Иваново), **Е.П. Шарипова** (ревматолог, ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва), **А.С. Карабаева** (ревматолог, поликлиника Федеральной таможенной службы, Москва), **С.Г. Аникин** (ревматолог, ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва), **Е.Ю. Эбзеева** (терапевт, ГБОУ ДПО РМАПО, Москва), **Р.М. Балабанова** (ревматолог, ФГБНУ НИИ Ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва), **О.Г. Маркова** (ревматолог, ГБУ РС Якутская городская клиническая больница, Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова, Якутск), **Т.Ю. Большакова** (ревматолог, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ), **Н.В. Кулакова** (терапевт, кардиолог, Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток), **А.А. Синенко** (ревматолог, Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток), **М.Ф. Марковская** (ревматолог, ГБУЗ РХ Республиканская больница им. Г.Я. Ремишевской, Хакасия), **М.П. Петрова** (терапевт, ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ), **Г.А. Пальшин** (травматолог-ортопед, Медицинский институт СВФУ им. М.К. Аммосова, Якутск), **В.В. Шабалин** (ревматолог, ГБОУ ВПО Красноярский ГМУ им. Профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ), **И.В. Марусина** (ревматолог, ОБУЗ Городская больница, Кострома), **Т.А. Короткова** (ревматолог, ФГБНУ НИИ Ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва), **Н.А. Верещагин** (травмотолог-ортопед, Нижегородская государственная медицинская академия), **О.В. Симонова** (терапевт, ревматолог, ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия МЗ РФ), **Е.В. Соловьева** (терапевт, кардиолог, ревматолог, Нижегородская государственная медицинская академия), **Т.А. Раскина** (ревматолог, Кемеровская государственная медицинская академия), **И.А. Грибачева** (невролог, Новосибирский государственный медицинский университет), **Н.В. Иванова** (терапевт, клинический фармаколог, ФГБОУ ВПО Псковский государственный университет), **Е.В. Крюкова** (ревматолог, Вологодская областная клиническая больница), **И.В. Плесовская** (ревматолог, филиал ГБОУ ВПО Кировская ГМА МЗ РФ, республика Коми), **Л.В. Титова** (ревматолог, Северный Государственный Медицинский Университет, Архангельск), **Б.В. Заводовский** (ревматолог, ФГБНУ НИИ клинической и экспериментальной ревматологии, Волгоград), **О.Н. Аношенкова** (ревматолог, медицинский центр «Максимум Здоровья», Томск), **Т.И. Батудаева** (ревматолог, ГБОУ ДПО Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Улан-Удэ), **Ю.В. Бочкарева** (терапевт, ГБОУ ДПО Пензенский институт усовершенствования врачей МЗ РФ), **Е.И. Бусалаева** (терапевт, АУ Институт усовершенствования врачей Минздравсоцразвития Чувашской Республики), **Т.Л. Визило** (невролог, Новокузнецкий Государственный Институт Усовершенствования Врачей), **Е.Д. Голованова** (терапевт-геронтолог, Смоленская государственная медицинская академия), **М.Г. Жестикова** (невролог, ГБОУ ДПО НГИУВ МЗ РФ), **А.В. Затеев** (терапевт-ревматолог, Алтайский государственный медицинский университет),

---

**П.Р. Камчатнов** (невролог, ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова), **Г.В. Клочкова** (ревматолог, БУ Сургутская городская больница№4), **С.В. Колбасников** (врач общей практики, ревматолог, кардиолог, ГБОУ ВПО Тверская государственная медицинская академия), **Н.Н. Кораблева** (травматолог-ортопед, ГБОУ ДПО РМАПО, Москва), **Д.И. Лахин** (ревматолог, Липецкая областная клиническая больница), **М.Ф. Осипенко** (терапевт, Новосибирский государственный медицинский университет), **В.С. Петров** (терапевт, ревматолог, ГБОУ ВПО Рязанский ГМУ МЗ РФ, Рязань), **А.А. Попов** (терапевт, ревматолог, гастроэнтеролог, ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет МЗ РФ), **С.Ю. Романова** (ревматолог, ГБУЗ ТО ОКБ № 1), **В.Н. Сороцкая** (ревматолог, Тульский государственный университет), **Э.Ф. Хазеева** (ревматолог, ГБУЗ РКБ им. Г.Г. Куватова, Уфа), **И.Г. Хрипунова** (ревматолог, Ставропольский государственный медицинский университет), **М.И. Шупина** (терапевт, ревматолог, ГБОУ ВПО Омская государственная академия МЗ РФ), **Т.Н. Янковая** (врач общей практики, ГБОУ ВПО СГМА МЗ РФ, Смоленск), **С.А. Лапшина** (терапия, ревматология, кардиология, ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет МЗ РФ), **А.И. Мирончева** (ревматолог, ГБУЗ ГКБ №1, Оренбург), **И.А. Осетрова** (невролог, НОУ ВПО «СМИ «Реавиз»), **Ф.Ф. Гашилова** (невролог, МСЧ №2, Томск), **Ю.В. Лалов** (невролог, нейрохирург, ГБОУ ВПО Омская государственная академия МЗ РФ), **А.Е. Барулин** (невролог, ГБОУ ВПО Волгоградский ГМУ МЗ РФ, Волгоград), **О.Б. Несмеянова** (ревматолог, ГМЛПУЗ ЧОКБ МЗ Челябинской области), **А.О. Исаканова** (ревматолог, МБУЗ ОТКЗ ГКБ №1, Челябинск), **Е.И. Копилов** (ревматолог, Ивановская ОКБ), **Г.В. Шавкута** (терапевт, ФПК и ППС Ростовский ГМУ), **Л.А. Князева** (терапевт, Кафедра внутренних болезней № 1, Курский ГМУ), **Е.А. Логачёва** (невролог, Курский ГМУ)

**Остеоартрит** – гетерогенная группа хронических, дегенеративно-воспалительных заболеваний суставов со сходными прогрессирующими морфологическими изменениями (хряща, субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц), приводящими к снижению функциональной активности больного и дестабилизации коморбидных состояний (А.В. Наумов)

ИСХОДЫ ОСТЕОАРТРИТА	ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА	ПРОГНОЗ
1. Хроническая боль	1. Синовит	Благоприятный при рациональном, мультимодальном лечении больных
2. Деформация суставов	2. Инсомния	
3. Длительная иммобилизация	3. Депрессивные состояния	
4. Эндопротезирование суставов	4. Асептический некроз костной ткани	

## РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРИТА

Остеоартрит является самым распространенным хроническим заболеванием суставов, которое встречается примерно у 11–13 % населения земного шара; 81 млн больных ОА зарегистрированы в Германии, Италии, Франции, Великобритании, Испании и 383 млн больных – в России, Бразилии, Индии и Китае.

Значительное увеличение частоты ОА обусловлено прежде всего быстрым постарением популяций и пандемией ожирения, поэтому ОА в настоящее время становится одной из основных проблем здравоохранения практически во всех странах. Прогнозируют, что к 2020 г. встречаемость ОА в популяциях может достичь 57 %, причем существенно увеличиваются и затраты на лечение.

Болезни костно-мышечной системы, где большую долю составляют больные с остеоартритом – являются 3-ей по частоте причиной инвалидизации населения РФ, вслед за ССЗ и онкологической патологией (см. табл. 1).

**Таблица 1. Причины инвалидизации населения РФ**  
(данные Федеральной службы государственной статистики, 2015)

ПРИЧИНЫ ИНВАЛИДИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ РФ	2005	2013
Болезни системы кровообращения	85,8	22,7
Злокачественные новообразования	17,5	16,0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	11,5	6,5
Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин	6,7	3,6
Психические расстройства и расстройства поведения	4,8	2,7
Болезни нервной системы	4,0	2,4
Болезни глаза и его придаточного аппарата	5,8	1,8
Туберкулез	3,2	1,7
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	5,5	1,5
Болезни органов дыхания	5,1	1,4
Болезни органов пищеварения	2,1	1,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	1,0	0,9
Последствия производственных травм	0,7	0,3
Профессиональные болезни	0,3	0,2

Распространенность ОА в России, по данным эпидемиологического исследования (Галушко Е.А., 2011), составила 13 %, что превышает официальные данные почти в 2 раза.

Среди больных с коморбидными состояниями (ССЗ, СД типа 2, ХОБЛ) 80% больных имеют боли в суставах, а у 59% – выявлены рентгенологические симптомы остеоартрита (А.В. Наумов, А.Л. Верткин, 2012).

**Средние затраты на лекарственное обеспечение больных с остеоартритом в РФ**

ИНТЕРВЕНЦИИ	СТОИМОСТЬ	КОММЕНТАРИИ
НПВП при рецидиве боли	80 – 750 рублей	Рассчитано при использовании НПВП на 15 – 20 дней
Местные формы НПВП	400 – 1000 рублей	На 1 месяц применения
Симптоматические медленно действующие препараты	900 – 1300 рублей	На 1 месяц приема
Ортопедические приспособления	1000 – 5000 рублей	Одноразовые траты (ортезы, стельки, обувь)
Колекальциферол	30 – 40 рублей	На 1 месяц приема

---

## КЛИНИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ АССОЦИИРОВАННЫЕ С ОСТЕОАРТРИТОМ

- Ожирение
- Сердечно – сосудистые болезни: атеросклероз, артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, алкогольная висцеропатия
- Инсулинорезистентность и сахарный диабет типа 2
- Заболевания легких: ХОБЛ, БА
- Остеопороз
- Заболевания ЖКТ: язвенная болезнь, стресс-индуцированные эрозии и язвы, НПВП-гастропатия, ГЭРБ, дисфункциональные заболевания

### ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ О ВЕДЕНИИ ОСТЕОАРТРИТА В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)

При первичном осмотре пациента с остеоартритом необходимо оценить и отразить в клинической документации:

- Указать болезненные суставы
- Определить интенсивность боли используя визуальную аналоговую шкалу (ВАШ), продолжительность, наличие стартовой боли (утром, после периода покоя)
- Получить сведения о купировании предыдущих рецидивов боли
- Осмотреть и пропальпировать сустав для оценки наличия: деформации сустава, выпота в полость сустава, костных разрастаний, включая узелки Гебердена и/или Бушара, болезненности при пальпации, атрофии околосуставных мышц
- Изучить движения в суставе (ограничение подвижности, наличие крепитации при движении), и оценить влияние поражения сустава(ов) на выполнение бытовых функций
- Оценить походку
- Выявить нарушения сна и депрессию, вызванных болью

Для диагностики ОА лабораторные исследования не нужны (100% мнение экспертов). При рентгенографии обязательно проводится одновременное исследование симметричных суставов (100% экспертов): на рентгенограммах выявляют сужение суставных щелей, остеосклероз, краевые остеофиты. Ультразвуковое исследование проводится для выявления синовита (100% экспертов).

Только рентгенологических изменений недостаточно для клинического диагноза ОА (необходимо наличие клинических симптомов) (100% экспертов).

С целью дифференциальной диагностики проводятся следующие исследования: общий анализ крови (СОЭ) (100% экспертов), мочевая кислота (100% экспертов), креатинин (80% экспертов), С-реактивный белок (100% экспертов), АЦЦП (40% экспертов), антитела к двуспиральной ДНК (35% экспертов), ревматоидный фактор (45% экспертов), общий анализ мочи (100% экспертов).

С целью персонификации фармакотерапии следует уточнить коморбидный статус пациента: биохимические показатели липидного и углеводного обмена, аминотрансферазы (78% экспертов).

К дополнительным методам исследования, проведение которых строго регламентировано специальными показаниями, можно отнести следующие: магнитно-резонансная томография суставов, костная денситометрия; чаще данные методы используются для дифференциальной диагностики (94,4% экспертов).

## ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИИ РЕВМАТОЛОГА ПРИ ПЕРВИЧНОМ ОБРАЩЕНИИ В ПОЛИКЛИНИКУ

- Длительно (более месяца) существующий синовит
- Подозрение на воспалительные заболевания суставов или системные заболевания соединительной ткани (длительное припухание сустава, ускоренное СОЭ, высокий уровень С-реактивного белка)

При **повторном осмотре** больных необходимо оценить и отразить в клинической документации:

- Указать болезненные суставы, или присоединение новых болезненных суставов (в т.ч. фасеточные суставы и пояснично-крестцовое сочленение)
- Отметить динамику интенсивности боли (используя ВАШ) и продолжительности
- Определить динамику синовита (если был)
- Охарактеризовать оценку терапии пациентом
- При наличии коморбидности оценить клиническую динамику коморбидного заболевания

## ПОКАЗАНИЯ К ВНУТРИСУСТАВНОМУ ВВЕДЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

- **ГЛАВНЫЙ КРИТЕРИЙ:** отсутствие выпота в сустав (УЗИ сустава)
- ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ТЕРАПИИ
  - Прием НПВП 3 и более месяца
  - Плохой и очень плохой эффект от симптоматических медленно-действующих препаратов в течение 3 и более месяцев

## ПОКАЗАНИЯ К ВНУТРИСУСТАВНОМУ ВВЕДЕНИЮ ДЕПО-СТЕРОИДОВ

- Выпот в суставе

КРИТЕРИИ НЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ:

- Если через неделю выпот накопился вновь, повторное введение не рекомендовано
- Следует проводить дифференциальную диагностику и консультацию ревматолога

### *Протокол врачебных интервенций при коморбидности ОА*

№	С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ БОЛЕЗНЯМИ	Согласие экспертов
1	Общий медицинский осмотр и формирование развернутой диагностической концепции	100%
2	Проверить наличие показаний для антиагрегантов и статинов	84,7%
3	Обсудить допустимый уровень интенсивности лечебной физкультуры	93,4%
4	Определить стартовую терапию боли	100%
5	Мониторинг артериального давления в сроки приема НПВП	58,8%
6	Определить нейропатический компонент боли	74,8%
7	ССЗ – относительное противопоказание для НПВП	42,6%
8	Достичь целевых показателей липидного обмена, артериального давления, компенсации ХСН	100%

№	С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ТИПА 2	Согласие экспертов
1	Общий медицинский осмотр и формирование развернутой диагностической концепции	100 %
2	Проверить наличие показаний для метформина и инкретинов	78,4%
3	Обсудить допустимый уровень интенсивности лечебной физкультуры	86,7%
4	Определить стартовую терапию боли	100%
5	Определить наличие диабетической микро -, макроангиопатий, нейропатий	64,3%
6	Определить нейропатический компонент боли	68,7%
7	Достичь целевых уровней показателей углеводного обмена	100%

---

## ПРИЕМ НПВП У ПАЦИЕНТОВ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

НПВП влияют на функцию почек, замедляя почечный кровоток, скорость клубочковой фильтрации, что приводит к задержке калия и натрия. Связанная с этим задержка жидкости может вызвать повышение АД и гиперкалиемию. У большинства людей эти эффекты не вызывают клинических проблем, но некоторые пациенты с измененной функцией почек могут столкнуться с осложнениями. Механизм повышения АД на фоне приема НПВП обусловлен подавлением ЦОГ-2. По мнению ряда авторов, это связано с задержкой натрия на фоне изменений почечного кровотока и скорости клубочковой фильтрации.

Однако не у всех людей АД повышается вследствие задержки натрия или высокого потребления соли. Существуют больные с разной чувствительностью к приему соли. У людей нечувствительных к соли АД может не меняться в ответ на прием НПВП.

Повышение концентрации простагландина  $E_2$  отмечается у больных эссенциальной гипертонией. По данным метаанализа, подавление простагландинов НПВП может приводить к большему повышению АД у не леченных гипертоников, чем у нормотоников.

У следующих категорий больных есть риск повышения АД на фоне лечения НПВП: пожилые, с нарушением функции почек, страдающие СД. Если пациент принимает лекарственные средства, эффективность которых повышается приемом диуретиков или натрийурезом, то риск также повышен. К таким препаратам относятся: иАПФ, блокаторы рецепторов к ангиотензину,  $\alpha$ - и  $\beta$ -адреноблокаторы, вазодилаторы и диуретики (зависит от потребления натрия).

Рандомизированные исследования установили, что повышение диастолического АД на 5–6 мм рт. ст. в течение нескольких лет увеличивает частоту инсульта на 67% и ИБС — на 15%. Это утверждение действительно для нормотоников и гипертоников, но неизвестно, можно ли его экстраполировать на лиц, принимающих НПВП, т. к. в эти исследования не включали таких пациентов.

В 2 исследованиях, выполненных в Австралии, среди пожилых больных АГ индометацин приводил к повышению АД, успешно до этого контролируемого с помощью эналаприла, и не оказывал влияния на АД у больных, принимавших амлодипин или фелодипин. Длительность антигипертензивной терапии не имеет значения, учитывая, что влияние НПВП на АД сопоставимо в группах гипертоников, получающих терапию недели–месяцы, и добровольцев-нормотоников, принимающих препараты 1 день.

Влияние разных НПВП на АД варьирует. В метаанализе исследований по краткосрочному применению НПВП показано, что индометацин и напроксен приводят к максимальному повышению АД, тогда как пироксикам, ибупрофен, сулидак и аспирин, по-видимому, воздействуют на АД в меньшей степени и клинически незначимо. Различие эффектов НПВП позволяет предположить наличие механизма, отличного от подавления простагландина. НПВП не изменяют массу тела, выведение натрия с мочой, клиренс креатинина, активность ренина плазмы, суточное выделение простагландина  $E_2$  с мочой. В исследовании, в котором индометацин коротким курсом назначался здоровым мужчинам, отмечены достоверное повышение АД и

---

периферического сопротивления и снижение сердечного выброса. В метаанализе, опубликованном в 1994 г., показано, что НПВП повышают АД на 5 мм рт. ст. по крайней мере в течение нескольких недель, и этот эффект больше выражен при приеме  $\beta$ -блокаторов, чем диуретиков или вазодилаторов. Гипертензивный эффект НПВП максимально выражен у гипертоников и минимально — у здоровых добровольцев, принимающих антигипертензивные препараты. Этот эффект клинически значим, особенно у пожилых со многими хроническими заболеваниями.

## СОВМЕСТНОЕ НАЗНАЧЕНИЕ НПВП И АЦЕТИЛСАЛИЦИЛОВОЙ КИСЛОТЫ

Известно, что совместное применение аспирина с традиционными НПВП повышает их гастродуоденальную токсичность, а сочетание аспирина с коксибами в значительной мере уменьшает желудочно-кишечную безопасность последних.

В этом случае ряд исследователей выделяют преимущества специфических ингибиторов ЦОГ-2: согласно результатам метаанализа 31 контролируемого исследования, использование целекоксиба с малыми дозами аспирина не увеличивает частоту эндоскопически выявляемых язв по сравнению с лечением НПВП без аспирина и уменьшает ее по сравнению с приемом НПВП с аспирином. По усредненным данным, тяжелые ЖК осложнения при применении комбинации целекоксиб + аспирин развиваются на 51% реже по сравнению с комбинацией НПВП + аспирин.

Следует помнить, что использование покрытого кислотоустойчивой оболочкой аспирина по сравнению с обычным аспирином не снижает риск ЖК кровотечений, а применение обычного аспирина сопряжено с меньшим риском кровотечений из нижних отделов ЖК тракта по сравнению с медленно высвобождающимся.

С учетом повышения ЖК риска при совместном применении аспирина и НПВП или коксибов целесообразно параллельно назначать наиболее эффективные гастропротекторы – ингибиторы протонной помпы (ИПП). У лиц без факторов риска ЖК осложнений можно ограничиться приемом ИПП в первые три месяца лечения, когда риск возникновения язв и кровотечений максимален. В плане вероятности развития ЖК кровотечений комбинация коксибов с ИПП более безопасна по сравнению с комбинацией НПВП с ИПП.

## НПВП У ЛИЦ ПЕРЕНЕСШИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЯХ

Применение всех НПВП противопоказано у больных, недавно перенесших аортокоронарное шунтирование. Вероятно, эта рекомендация может быть распространена и на лиц, подвергшихся операциям ангиопластики или стентирования, хотя данные доказательной медицины на этот счет отсутствуют.

## ИНИЦИАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТЕОАРТРИТЕ

Международные эксперты считают целесообразным начинать терапию боли с применения парацетамола в дозе 2 – 4 г. в сутки. Эксперты РФ отмечают недостаточную (низкую) эффективность обезболивания парацетамолом. Однако стоит обратить внимание практикующих врачей на возможность и необходимость мультимодального подхода к обезболиванию. Например, назначение парацетамола может сочетаться с назначением местных форм НПВП, лидокаина, и регулярной физической нагрузкой, регламентированной функциональными возможностями.

ПРЕПАРАТ	КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ		
	ОА БЕЗ КОМОРБИДНОСТИ	ОА И ССЗ	ОА И СД ТИПА 2
ПАРАЦЕТАМОЛ	1,1	1,2	0,8
НПВП	2,3	2,4	2,1
КОМБИНАЦИЯ ХС, ГС И ИБУПРОФЕНА	2,4	2,5	2,4
КОМБИНАЦИЯ ХС, ГГ	1,5	1,9	1,3

Особое место в инициальной терапии боли эксперты РФ отводят комбинации хондроитин сульфата, глюкозамин сульфата и ибупрофена. Это можно объяснить, с точки зрения, фармакокинетических возможностей комбинации ГС и ибупрофена, увеличивающей анальгетический потенциал ибупрофена, что позволяет использовать минимально эффективную дозу последнего.

Однако, большой клинический результат эксперты РФ отмечают и в группе НПВП. Однако, риск нежелательных явлений последних, должен учитываться, особенно у больных с коморбидными состояниями. Учету также подлежит спектр коморбидности при выборе и назначении НПВП.

## ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОАРТРИТА С КОМОРБИДНОСТЬЮ

### **ОСТЕОАРТРИТ БЕЗ/С КОМОРБИДНОСТЬЮ**

ПЕРВАЯ СТРАТЕГИЯ ВЕДЕНИЯ

Парацетамол

Местная  
терапия боли

Немедикаментозные  
интервенции

Симптоматические  
медленно-действующие препараты

НЕДОСТАТОЧНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

НПВП

Антиконвульсанты

Антидепрессанты

НЕДОСТАТОЧНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ  
ТРИ И БОЛЕЕ МЕСЯЦЕВ

Внутрисуставное введение препаратов  
гиалуроновой кислоты

## КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ ОТДЕЛЬНЫХ НПВП

Большинство международных и отечественных официальных формуляров подчеркивает отсутствие существенной разницы в эффективности большинства представителей группы НПВП. Особо обращается внимание на профиль переносимости, учитывающий как частые и предсказуемые нежелательные эффекты препарата, так и реакции идиосинкразии, так и непредсказуемые эффекты.

Сегодня стоит отметить три принципиальные группы неблагоприятных эффектов НПВП, часто возникающие у пациентов, как «с», так и «без» коморбидности: НПВП-гастропатия, тромбозэмболические осложнения и повышение артериального давления, истощение антиноцицептивных резервов больного.

Следовательно, ведущими стратегическими задачами при назначении НПВП являются:

- Использование минимально эффективных доз НПВП
- Снижение потребности в НПВП

Эксперты РФ высоко оценивают клинический результат селективных НПВП при ОА без коморбидности, и отдадут предпочтение неселективным НПВП при ОА с коморбидностью ССЗ или СД типа 2.

ПРЕПАРАТ	КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ		
	ПРИ ОА БЕЗ КОМОРБИДНОСТИ	ПРИ ОА И ССЗ	ПРИ ОА И СД ТИПА 2
Диклофенак	2,4	2,2	2,4
Кетопрофен	2,3	2,1	2,1
Лорноксикам	1,9	1,9	1,3
Ибупрофен	2,1	2,1	2,2
Ацеклофенак	2,1	1,9	2,3
Мелоксикам	1,9	1,9	1,3
Нимесулид	2,1	1,9	1,7
Целекоксиб	2,1	0,9	1,4
Эторикоксиб	2,3	2,1	1,7

## МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛИ

Местная терапия боли имеет существенное значение в комплексной терапии больных с ОА. Международные данные демонстрируют отчетливый клинический эффект местных форм НПВП, капсаицина и лидокаина.

ПРЕПАРАТ	КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ		
	ОА БЕЗ КОМОРБИДНОСТИ	ОА И ССЗ	ОА И СД ТИПА 2
Местные формы НПВП	1,3	1,65	1,01
Местные формы лидокаина	1,1	1,5	1,8
Местные формы капсаицина	1,2	1,3	1,2
Местные формы ХС	1,03	0,5	0,4

Эксперты РФ отмечают лучший клинический результат у местных форм НПВП и лидокаина.

Важность данной интервенции обусловлена и самим анальгетическим потенциалом лекарства, но и возможностью сократить дозы и сроки приема системных форм НПВП.

## СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ МЕДЛЕННО-ДЕЙСТВУЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ

При проведении терапии ОА одной из ведущих задач является комплексное воздействие на хрящ с целью сохранения его функции. Амортизационные свойства хряща уменьшаются по мере увеличения возраста, под воздействием различных факторов риска и коморбидных состояний. Изменения в субхондральной кости на фоне нарушения костного ремоделирования, развитие остеита, появление остеофитов рассматривается как один из компонентов прогрессирования заболевания в патогенезе ОА. По данным доказательной медицины и мнению международных экспертов, комплексная терапия ОА должна включать препараты замедленного действия (глюкозамин сульфат, хондроитин сульфат, комбинация ХС и ГГ, неомыляемые соединения авокадо/сои, диацериин и гиалуроновую кислоту). Сущность такого подхода к лечению ОА обусловлена воздействием этой группы препаратов на метаболические процессы в хрящевой ткани и регенерацию репаративных возможностей хондроцитов.

ПРЕПАРАТ	КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ		
	ПРИ ОА БЕЗ КОМОРБИДНОСТИ	ПРИ ОА И ССЗ	ПРИ ОА И СД ТИПА 2
Хондроитин сульфат	1,3	1,5	0,9
Глюкозамин сульфат	1,4	1,4	1,2
ХС+ГГ	2,2	2,5	2,6
Не омыляемые соединения авокадо и сои	1,6	1,5	2,2
Диацериин	1,2	1,6	1,1
Гиалуронаты	1,9	1,9	2,2

Как видно, большинство экспертов РФ выделяют наибольший клинический результат при использовании комбинированных препаратов хондроитин сульфата и глюкозамин гидрохлорида. Эта точка зрения совпадает с мнением международных экспертов, с результатами многоцентрового исследования, отвечает современному международному тренду, а именно, что комбинация ГГ+ХС ассоциируется с анальгетическим потенциалом, сопоставимым с эффектом ряда селективных НПВП. Комбинация ГГ+ХС предлагается как альтернатива лечения боли при ОА в случае высокого риска не желательных эффектов НПВП.

## ТЕРАПИЯ НЕЙРОПАТИЧЕСКОГО И ПСИХОГЕННОГО КОМПОНЕНТА ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ПРИ ОА И КОМОРБИДНОСТИ

Лечение основного заболевания (остеоартрита) не всегда приводит к редукции боли. Нередко наблюдается диссоциация между выраженностью боли и степенью поражения нервной системы. Многие пациенты с нейропатической болью длительно принимают НПВП, которые при этом типе боли неэффективны. При нейропатической боли главными патогенетическими механизмами являются не процессы активации периферических ноцицепторов, а нейрональные и рецепторные нарушения, периферическая и центральная сенситизация.

ПРЕПАРАТ	КЛИНИЧЕСКИЙ РЕЗУЛЬТАТ		
	ПРИ ОА БЕЗ КОМОРБИДНОСТИ	ПРИ ОА И ССЗ	ПРИ ОА И СД ТИПА 2
Дулоксетин	1,7	1,6	2,2
Прегабалин	2,1	2,2	2,4
Габапентин	1,8	1,8	1,9
Амитриптиллин	0,9	1,3	1,5

Эксперты РФ выделяют прегабалин и габапентин – как основные средства для лечения нейропатического компонента хронической боли, строго по регламентирующим показаниям.

В качестве коррекции психогенного компонента хронической боли выделяют дулоксетин.

## НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОА С КОМОРБИДНОСТЬЮ

Установлено, что регулярная физическая активность и физические упражнения положительно влияют на симптомы, функцию и качество жизни, они являются решающими компонентами ведения пациентов с остеоартрозом. Упражнения должны быть направлены на расширение объема движений, увеличение гибкости, пребывание на свежем воздухе и улучшение работы мышц. Функция мышц может улучшаться не только благодаря силовым, но и за счет функциональных упражнений, улучшающих выносливость мышц и контроль двигательной активности. Режим ежедневных упражнений, особенно направленных на мышечную силу, должен учитывать локальную патологию суставов и нарушения, такие как изменение оси сустава и недостаточность связочного аппарата.

Немедикаментозная интервенция	% Экспертов, согласных с интервенцией
Плавание	100
Аквааэробика	64,3
Аквакинезиотерапия	56,4
Лечебная ходьба	87,2
Регулярный комплекс лечебных упражнений	84,5
Лечебная физкультура с инструктором	78,6
Ортопедические стельки	100
Ортопедическая обувь	65,3
Ортезы	68,4

Заключая обзор мнений экспертов РФ о «Ведении остеоартрита с коморбидностью в общей врачебной практике», следует выделить **несколько принципиальных позиций**:

1. Первичный прием, наблюдение и ведение диспансерной группы больных с остеоартритом может и должен осуществлять врач общей практики
2. Каждый осмотр больного с остеоартритом должен сопровождаться изучением статуса коморбидных состояний
3. Адекватная патогенетическая коррекция коморбидности (ССЗ, СД типа 2, ожирение) является ключевым аспектом лечения остеоартрита
4. Лечение остеоартрита должно быть комплексным и соответствовать стратегическим задачам (терапия боли, лечение болезни, увеличение активности)



