

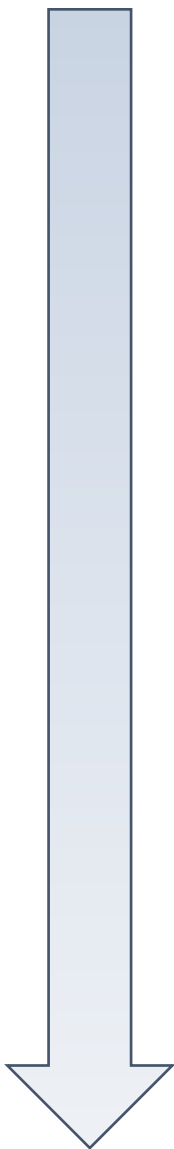
Актуальные вопросы диагностики, лечения, наблюдения пациентов с остеоартритом на современном этапе

26.03.2026 г. г.

Носова Е.Г.

Главный внештатный специалист по терапии, ОВП и ревматологии
Департамента здравоохранения Курганской области

Статистические данные по распространенности ревматологической патологии в России:



Очень часто (AA 5%)

- Боль в спине (поясница/шея) – 60-80%
- Остеоартрит – до 20-30%
- Остеопороз – 30-40% (в пожилой группе)
- Тендиниты/бурситы

Часто (0,5 - 5%)

- Ревматоидный артрит
- Подагра
- Фибромиалгия
- Спондилоартропатии
- Болезнь Педжета

Редко (< 0,5%)

- Системная красная волчанка
- Склеродермия

Очень редко (< 0,01%)

- Воспалительные миопатии
- Системные васкулиты

Наиболее распространенные заболевания протекающие суставным синдромом

- **Остеоартрит (артроз)**
 - Нагрузочные боли в коленных суставах
 - Узелки Гебердена (утолщение дистальных межфаланговых суставов за счет остеофитов)
- **Подагра**
 - Многочисленные самокупирующиеся атаки моноартрита в основании 1 пальца стопы, голеностопного или коленного сустава
- **Псориатический артрит**
 - Псориаз кожи + дактилит («сосикообразный палец») + асимметричный артрит суставов нижних конечностей или мелких суставов кистей (в том числе дистальных межфаланговых)
- **Ревматоидный артрит**
 - Симметричное поражение мелких суставов кистей (преимущественно пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые) + многочасовая скованность

По материалам:

1.Мазуров В.И. Болезни суставов: руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2008. - 397с.

2.Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Внутренние болезни: Учебник. – 5-е издание. – М.: ОАО «Издательство «Медицина». 2005. – 592с.

3.Насонов Е.Л. Насонова В.А. Ревматология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 720с.



Министерство
Здравоохранения
Российской Федерации

Клинические рекомендации

Коксартроз

Кодирование по Международной статистической классификации
болезней и проблем, связанных со здоровьем:

**M16, M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.9,
M24.6, M24.7**

Год утверждения (частота пересмотра):
2024

Пересмотр не позднее:
2026

ID:
870_1

Возрастная категория:
Взрослые, Дети

Специальность:

Разработчик клинической рекомендации
**Ассоциация ревматологов России, Ассоциация травматологов-
ортопедов России, Общероссийская общественная организация
Ассоциация реабилитологов России**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России



Министерство
Здравоохранения
Российской Федерации

Клинические рекомендации

Гонартроз

Кодирование по Международной статистической классификации
болезней и проблем, связанных со здоровьем:

M17, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9, M24.5

Год утверждения (частота пересмотра):
2024

Пересмотр не позднее:
2026

ID:
868_1

Возрастная категория:
Взрослые, Дети

Специальность:

Разработчик клинической рекомендации
**Ассоциация ревматологов России, Ассоциация травматологов-
ортопедов России, Общероссийская общественная организация
Ассоциация реабилитологов России**

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России



Министерство
Здравоохранения
Российской Федерации

Клинические рекомендации

Полиартроз (генерализованный остеоартрит)

Кодирование по Международной статистической классификации
болезней и проблем, связанных со здоровьем:

M15.1, M15.2, M15.0, M15.4, M15.8

Год утверждения (частота пересмотра):
2025

Пересмотр не позднее:
2027

ID:
256_2

Возрастная категория:
Взрослые

Специальность:

Разработчик клинической рекомендации
Ассоциация ревматологов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

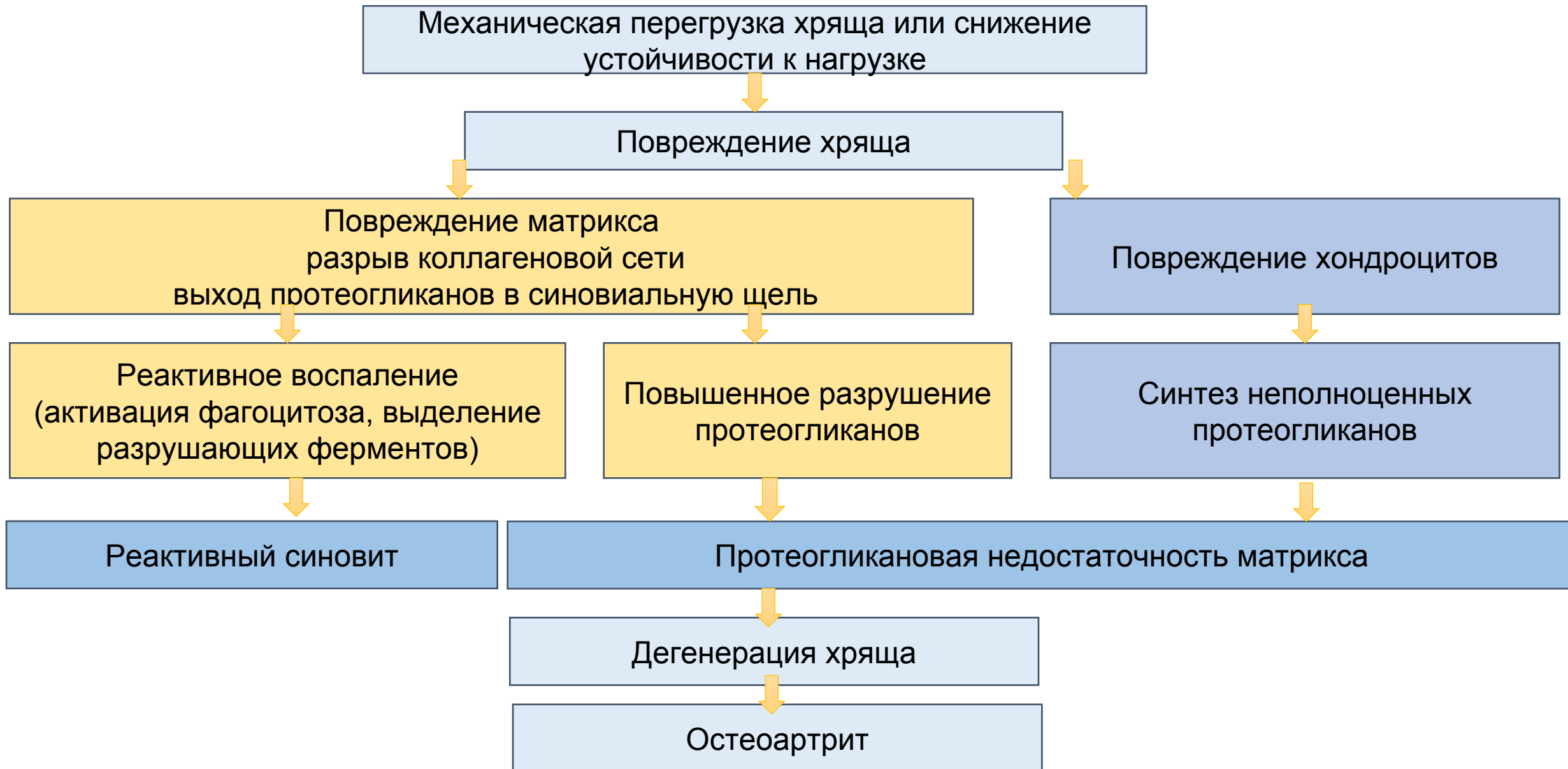
ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- Остеоартрит (ОА) – гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава: хряща, субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц.

Механизм заболевания

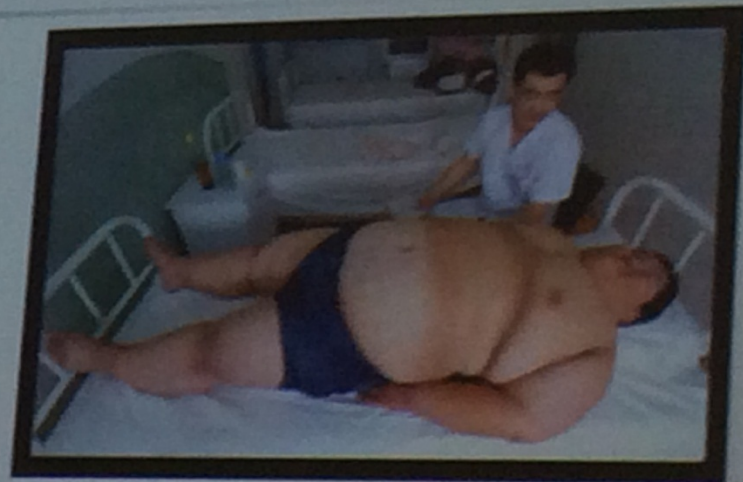
- Остеоартрит характеризуется клеточным стрессом и деградацией экстрацеллюлярного матрикса всех тканей сустава
- возникающих на фоне макро- и микроповреждений, при этом активируются патологические адаптивные восстановительные ответы
- В том числе провоспалительные пути иммунной системы.
- Первоначально изменения происходят на молекулярном уровне с последующими анатомическими и физиологическими нарушениями структур сустава :
- деградация хряща,
- костное ремоделирование,
- образование остеофитов,
- синовит и т.д.), приводящими к развитию заболевания.

Патогенез остеоартрита



Факторы риска

- Пол (OR – 5,66)
- Возраст (OR – 1,1)
- Избыточная масса тела (OR – 2,26)
- Проживание в сельской мест. (OR – 3,83)
- Травмы (микротравмы) в анамнезе
- Перенапряжение суставов
- Генетическая предрасположенность
- Гипермобильность
- Мышечная слабость



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Остеоартрит остается актуальной междисциплинарной проблемой.
- В последние десятилетия в мире наблюдается увеличение распространенности этого заболевания.
- Согласно отчетам Минздрава России, за 5 лет (с 2013 по 2017) число пациентов ОА в нашей стране увеличилось на 3,7% и составило более 4,3 млн человек
- Между тем эти данные не отражают истинного количества больных, поскольку учитывают только выявленные и зарегистрированные случаи заболевания.
- Результаты масштабного российского эпидемиологического исследования подтверждают, что ОА коленных и (или) тазобедренных суставов выявляется у 13% взрослого населения.
- Таким образом, истинная численность пациентов с ОА в России может достигать 14–16 млн человек.
- По результатам глобального исследования бремени болезней 2019 г., ОА выявляется у 7% населения земного шара, что составляет более 500 млн человек.
- Прогнозируется рост числа больных за счет увеличения продолжительности жизни и количества пациентов с избыточной массой тела



КЛАССИФИКАЦИЯ

- Выделяют две основные формы ОА – первичный (идиопатический) и вторичный, возникающий на фоне различных заболеваний.
- Первичный ОА может быть **локальным**, когда поражается одна группа суставов, или **генерализованным**, когда имеется поражение трех суставных групп и более.

Клиническая классификация ОА

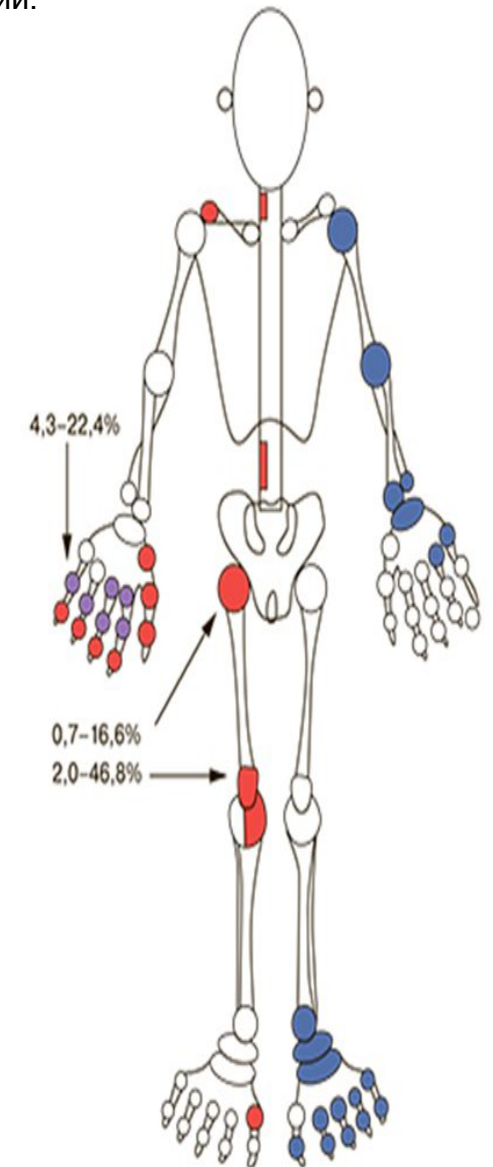
1. Первичный ОА:

- коленные суставы;
- тазобедренные суставы;
- суставы кистей;
- суставы стоп;
- позвоночник;
- другие суставы.

2. Вторичный ОА:

- посттравматический: травмы суставов, переломы или остеонекрозы, хирургические вмешательства на суставе (например, менискэктомия), профессиональное заболевание суставов;
- врожденные, приобретенные, эндемические заболевания: болезнь Блаунта, гемофилии, болезнь Педжета, синдром гипермобильности суставов (синдром Марфана, Элерса-Данлоса и др.), болезнь Легг-Кальве-Пертеса, врожденный вывих бедра, врожденное утолщение вертлужной впадины, эпифизарная дисплазия и другие дисплазии опорно-двигательного аппарата;
- метаболические и эндокринные заболевания: акромегалия, гиперпаратиреоз, охроноз, гемахроматоз, болезнь Вильсона-Коновалова, болезнь Гоше, кристалл-ассоциированные заболевания (подагра, пирофосфатная и гидроксипатитная артропатия), сахарный диабет, болезнь Шарко;

Рис. 1. Риск поражения суставов при первичном остеоартрите



Примечание: красный цвет – высокий, сиреневый – промежуточный, синий – низкий риск поражения суставов.

ДИАГНОЗ/ГРУППА ДИАГНОЗОВ В СООТВЕТСТВИИ С МКБ-10

- M15–M19 – остеоартрит:
- M15 – первичный генерализованный остеоартроз:
 - M15.1 – узлы Гебердена;
 - M15.2 – узлы Бушара;
- M16 – коксартроз;
- M17 – гонартроз;
- M18 – артроз 1-го запястно-пястного сустава;
- M19 – другие остеоартрозы.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 12 ноября 2012 г. N 900н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ ПО ПРОФИЛЮ "РЕВМАТОЛОГИЯ"

Первичная врачебная медико-санитарная помощь оказывается врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) больным:

остеоартрозом мелких и средних суставов, а также остеоартрозом крупных суставов без синовита, не нуждающимся в эндопротезировании, - после консультации врача-ревматолога;

воспалительными заболеваниями суставов и позвоночника и системными заболеваниями соединительной ткани вне обострения - по рекомендации врача-ревматолога;

метаболическими заболеваниями суставов (подагра, псевдоподагра, охроноз и другие) - по рекомендации врача-ревматолога;

хроническими ревматическими заболеваниями сердца (пороки) без признаков воспалительной активности;

первичным остеопорозом (постменопаузальный и сенильный) - по рекомендации врача-ревматолога или другого врача-специалиста.

Алгоритм обследования пациента с суставным синдромом



По материалам:

1.Мазуров В.И. Болезни суставов: руководство для врачей. СПб.: СпецЛит, 2008. - 397с.

2.Насонов Е.Л. Насонова В.А. Ревматология: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 720с.

Диагностика ОА устанавливается на основании: (КР)

Клинические критерии : Рекомендовано учитывать следующие особенности суставного синдрома при ОА:

- постепенное начало боли;
- боль в течение большинства дней предыдущего месяца;
- усиление боли при ходьбе/при нагрузке;
- «стартовые боли», которые возникают после периодов покоя и проходят на фоне двигательной активности;
- ночная боль (чаще при более выраженных стадиях ОА и свидетельствует о присоединении воспалительного компонента);
- припухлость сустава (за счёт небольшого выпота или утолщения синовиальной оболочки). При ОА не свойственны выраженная припухлость и гипертермия сустава;
- утренняя скованность продолжительностью менее 30 мин;
- крепитация в суставе (хруст, треск или скрип) при активном движении как следствие нарушения конгруэнтности суставных поверхностей;
- ограничение движений в суставе;
- изменение походки.

Постепенно развиваются деформации конечностей (Hallux valgus, варусная или вальгусная деформации коленных суставов, «квадратная» кисть, узелки Гебердена и Бушара соответственно в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей)

При обследовании пациента с подозрением на ОА рекомендуется:

тщательный сбор анамнеза и проведение полноценного клинического осмотра с целью точной диагностики заболевания и исключения других заболеваний опорно-двигательного аппарата

Необходимо выяснить

возраст дебюта заболевания, локализацию боли, ее характер, интенсивность, продолжительность, связь с движением, длительность, время появления, эффективность проводимой ранее терапии.

Чрезвычайно важно уточнить характеристику боли, испытываемой больным, для проведения дифференциальной диагностики и уточнения ее генеза.

Физикальное обследование Рекомендуются обращать внимание на основные признаки ОА, выявляемые при осмотре: боль при пальпации сустава, крепитация, ограничение движений, увеличение объёма сустава, костные разрастания - для диагностики, в том числе дифференциальной, и определения стратегии лечения

Всем пациентам с генерализованным ОА рекомендовано :оценивать интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ)

Дополнительно рекомендовано определять деформации (сгибательные контрактуры, укорочение конечности, плоскостопие, варусную или вальгусную деформации), нестабильность, отёк периартикулярных тканей, мышечную атрофию.

Осмотр больного проводят в положениях больного стоя и лёжа.

■ Методом пальпации рекомендовано обнаруживать: болезненность сустава и периартикулярных тканей, крепитацию в суставе, наличие синовита, состояние связочно-мышечного аппарата.

■ Для определения функции суставов рекомендовано изучать объём и качество активных и пассивных движений.

- Лабораторные диагностические исследования
- Специфичных для ОА лабораторных тестов в настоящее время нет.
- 📌 Рекомендовано всем пациентам проведение:

- общего (клинического) анализа крови,

- анализа крови биохимического общетерапевтического (исследование уровня

креатинина, глюкозы, мочевой кислоты в крови, определение активности

аланинаминотрансферазы (АЛТ), аспартатаминотрансферазы (АСТ) в крови),

анализ крови по оценке нарушений липидного обмена биохимический

с целью дифференциальной диагностики и выявления возможных противопоказаний для

назначения лекарственных средств

Инструментальные диагностические исследования

Рентгенологическое исследование — наиболее изученный и достоверный метод инструментальной диагностики ОА.

Одним из самых важных рентгенологических симптомов, позволяющих косвенно судить о состоянии суставного хряща, является ширина суставной щели.

Согласно рекомендациям WHO/ILAR, ширину суставной щели необходимо измерять в наиболее суженном участке.

Нормы рентгенологической суставной щели у взрослых (по Шинцу–Фридлеру) [69]:

- плечевой сустав – 2,0–4,0 мм;
- пястно-фаланговые и межфаланговые суставы – 1,5 мм;
- тазобедренный сустав – 4,0–5,0 мм;
- коленный сустав – 6,0–8,0 мм;
- плюснефаланговые суставы – 2,0–2,5 мм.

В зависимости от степени выраженности сужения суставной щели, субхондрального остеосклероза и размеров краевых костных разрастаний определяется стадия ОА (см. классификацию Келлгрена и Лоуренса).

📌 При подозрении и ОА коленных суставов рекомендовано выполнять рентгенографию коленных суставов в передне-задней и боковой проекциях в положении стоя, для исследования пателлофemorального сустава – в боковой проекции при сгибании с целью диагностики, определения рентгенологической стадии и оценки прогрессирования

При подозрении и ОА тазобедренных суставов рекомендовано проводить рентгенографию таза с целью диагностики, определения рентгенологической стадии и оценки прогрессирования

Не рекомендовано для диагностики ОА дугоотростчатых (фасеточных) суставов выполнять рентгенографию позвоночника

В качестве дополнительного метода выявления остеонекроза, остеоита, синовита, повреждение сухожилий, связок и/или мышц рекомендовано проведение МРТ суставов

В качестве дополнительного метода для выявления синовита, повреждения сухожилий, связок и/или мышц рекомендовано проведение УЗИ суставов

Таблица 1. Клинические методы обследования пациента с подозрением на остеоартрит

1. Изучение жалоб и анамнеза	- Оценка боли (боль на протяжении большинства дней предыдущего месяца). - Оценка скованности в суставе/суставах (не более 30 мин). - Выявление нарушений сна, вызванных болью
2. Стандартное клиническое обследование	- Осмотр пациента в положении лежа и стоя. - Оценка болезненности при пальпации, наличия выпота и деформации сустава. - Оценка боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ)* в наиболее болезненном суставе
! Выраженное воспаление, артриты многих суставов для остеоартрита не характерны; локальная гиперемия и гипертермия на фоне острого выпота более типичны для микрокристаллических артритов	
Примечание: * – используется 100-миллиметровая ВАШ, где 0 мм – нет боли, а 100 мм – максимально выраженная боль.	

Таблица 2. Лабораторные методы исследования пациента с подозрением на остеоартрит

ПАТОГНОМОНИЧНЫХ ДЛЯ ОСТЕОАРТРИТА ЛАБОРАТОРНЫХ ПРИЗНАКОВ НЕТ. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ:

1. В целях дифференциальной диагностики	При остеоартрите обычно не повышается СОЭ, отсутствуют АЦЦП, РФ; СРБ часто соответствует норме
2. Перед началом лечения	Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови (креатинин, глюкоза, общий билирубин, АСТ и АЛТ) в целях выявления возможных противопоказаний к назначению лекарственных средств

Примечание: СОЭ – скорость оседания эритроцитов; АЦЦП – антитела к циклическому цитруллиновому пептиду; РФ – ревматоидный фактор; СРБ – С-реактивный белок; АСТ – аспартатаминотрансфераза; АЛТ – аланинаминотрансфераза.

Таблица 3. Нормы рентгенологической суставной щели у взрослых

Коленный сустав	6,0–8,0 мм
Тазобедренный сустав	4,0–5,0 мм
Грудино-ключичный сустав	3,0–5,0 мм
Плечевой сустав	2,0–4,0 мм
Пястно-фаланговые и межфаланговые суставы	1,5 мм
Плюснефаланговые суставы	2,0–2,5 мм

Таблица 4. Рентгенологическая классификация остеоартрита

I стадия: сомнительные рентгенологические признаки	Сужения рентгенологической суставной щели нет или определяется незначительное сужение, заострения или мелкие остеофиты на краях суставных поверхностей
II стадия: минимальные изменения	Небольшое сужение суставной щели, единичные остеофиты на краях суставных поверхностей
III стадия: умеренные проявления	Умеренное сужение суставной щели, множественные небольшие или умеренно выраженные остеофиты на краях суставных поверхностей, незначительный субхондральный остеосклероз, небольшие деформации суставных поверхностей
IV стадия: выраженные изменения	Резко выраженное сужение суставной щели, множественные крупные остеофиты на краях суставных поверхностей, выраженный субхондральный остеосклероз, разной степени выраженности деформации эпифизов костей, образующих сустав

Динамика рентгенологической картины остеоартрита



ИСХОДНО
1 стадия
Сомнительные
рентгенологические
признаки



ЧЕРЕЗ 9 ЛЕТ
2 стадия
небольшое сужение
суставной щели,
единичные остеофиты



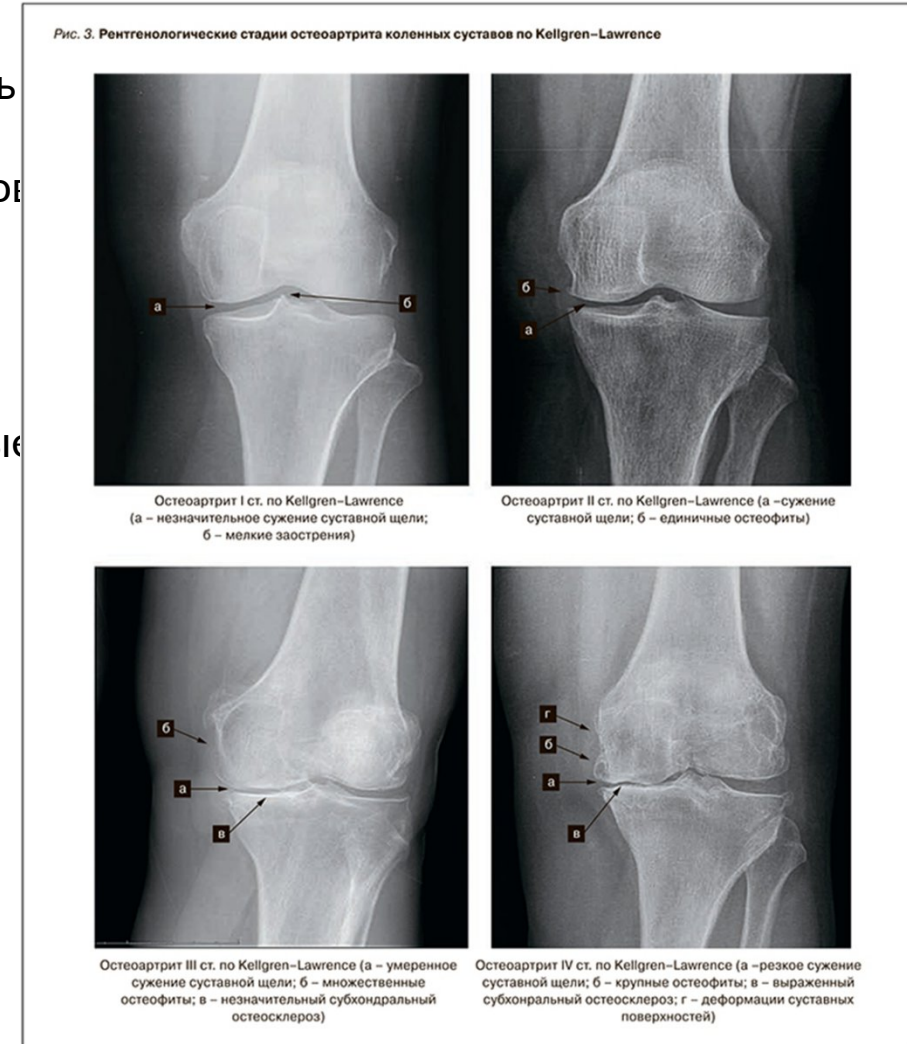
ЧЕРЕЗ 13 ЛЕТ
3 стадия
умеренное сужение
суставной щели,
множественные
остеофиты



ЧЕРЕЗ 19 ЛЕТ
4 стадия
суставная щель почти не
прослеживается,
выявляют грубые
остеофиты

ОСТЕОАРТРИТ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

- Клиническая картина
- Характеристика боли при ОА коленных суставов:
- усиливается при ходьбе вниз по лестнице или по пересеченной местности;
- обычно ограничивается передней и медиальной областью коленного сустава и верхней частью голени.
- При предполагаемом ОА коленных суставов обязательна оценка оси сустава. В случае выявления нарушенной биомеханики сустава необходимо рекомендовать ортопедические приспособления.
- Коррекция нарушений биомеханики суставов проводится с помощью супинаторов и ортезов.
- , при поражении медиального отдела коленного сустава, наличии варусной деформации (рис. 2) могут применяться коленные ортезы, разгружающие медиальные отделы сустава, и ортопедические стельки с приподнятым латеральным краем, при поражении латерального отдела коленного сустава, наличии вальгусной деформации – коленные ортезы, разгружающие латеральные отделы сустава, и также ортопедические **СТЕЛКИ**.



Для диагностики ОА коленных суставов необходимо руководствоваться классификационными критериями ACR (табл. 5). Соответствующий диагноз возможно установить на основании клинической картины, а также комбинации клинических и рентгенологических критериев.

Визуализационная диагностика

! Для рентгенологической диагностики ОА коленных суставов выполняется рентгенография **двух коленных суставов в прямой проекции** (в положении стоя с полусогнутыми коленными суставами) и **дополнительно в боковой проекции**.
! У лиц старше 40 лет с болью в коленном суставе, возникающей при нагрузке, с непродолжительной утренней скованностью и одним или несколькими типичными симптомами, выявляемыми при осмотре (крепитация, ограничение движений, костные разрастания), **диагноз ОА может быть установлен без рентгенологического исследования или при отсутствии изменений на рентгенограммах**.

! Алгоритм ведения пациента с остеоартритом коленных суставов в реальной клинической практике Согласно представленному алгоритму (рис. 4), при обращении пациента с болью в коленном суставе в случае наличия «красных флагов» необходимо направить его на консультацию к ревматологу; в их отсутствие лечение может осуществлять врач общей практики в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями [6, 7].

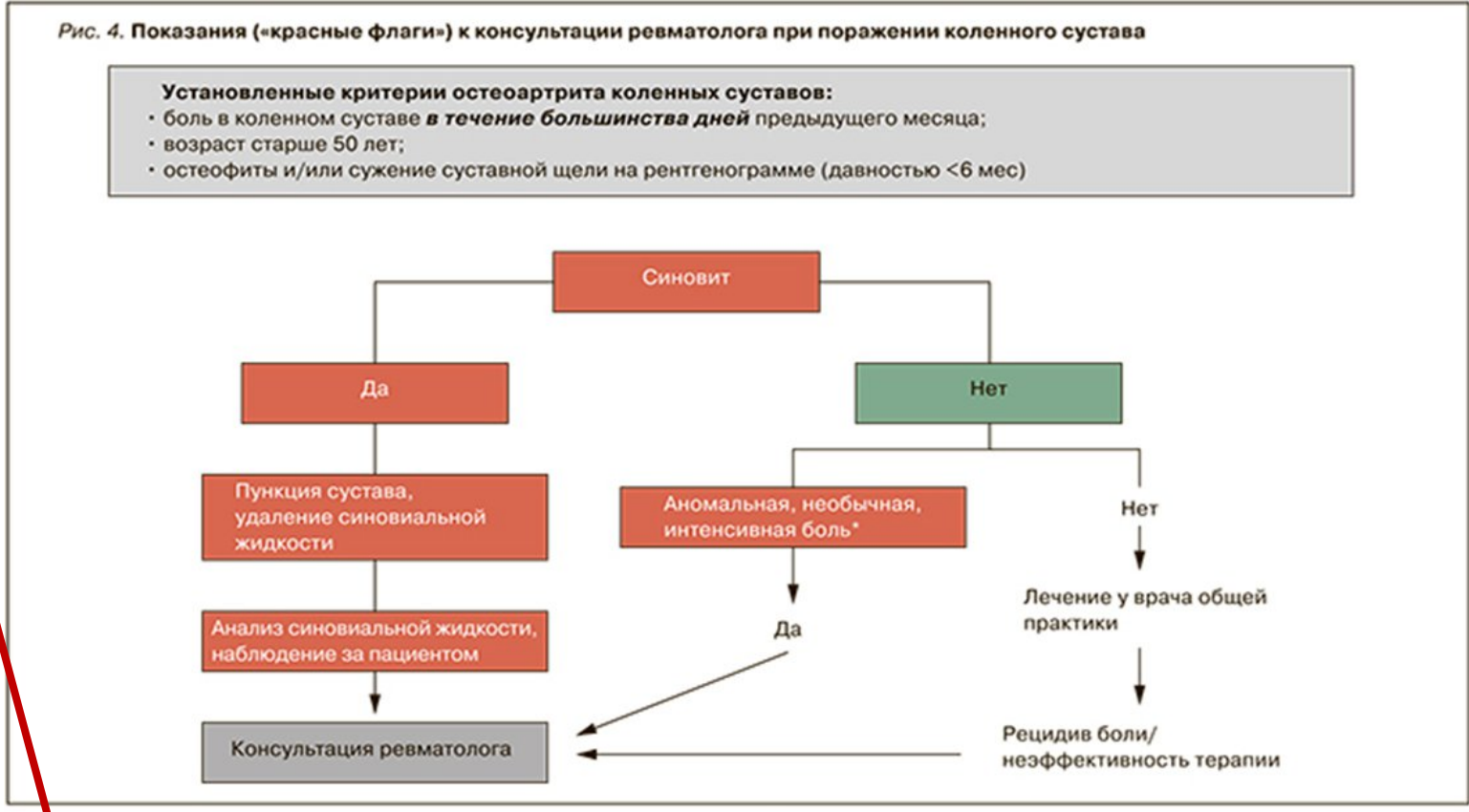


Таблица 5. Классификационные критерии остеоартрита коленных суставов Американской коллегии ревматологов (ACR) [5]

Признаки	Диагноз «остеоартрит коленных суставов»
Клинические критерии 1. Боль в течение большинства дней предыдущего месяца. 2. Возраст старше 50 лет. 3. Утренняя скованность (≤30 мин). 4. Крепитация. 5. Боль при пальпации. 6. Костные разрастания. 7. Отсутствие гипертермии	1-й критерий + 3 критерия из оставшихся шести (2, 3, 4, 5, 6, 7); чувствительность – 95%, специфичность – 69%. 1-й критерий + 4 критерия из оставшихся шести (2, 3, 4, 5, 6, 7); чувствительность 84%, специфичность 89%
Комбинация клинических и рентгенологических критериев 1. Боль в течение большинства дней предыдущего месяца. 2. Возраст старше 50 лет. 3. Утренняя скованность (≤30 мин). 4. Крепитация. 5. Остеофиты	1-й и 5-й критерии + 1 критерий из оставшихся трех (2, 3, 4); чувствительность – 91%, специфичность – 86%

ОСТЕОАРТРИТ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ

Клиническая картина

- При ОА тазобедренных суставов боль часто локализуется в паховой области, усиливаясь при внутренней ротации сустава.
- В то же время боль может отмечаться в коленном суставе, по наружной поверхности бедра, ягодице, поясничной области, что затрудняет диагностику.
- При болях в коленных суставах необходимо обязательно определять внутреннюю ротацию в тазобедренных суставах для исключения отраженных болей при ОА тазобедренных суставов.

Диагностика

- Для диагностики ОА тазобедренных суставов необходимо руководствоваться классификационными критериями ACR, включающих комбинацию клинических и рентгенологических признаков (табл. 6).

Визуализационная диагностика

! При подозрении на ОА тазобедренных суставов всем пациентам необходимо проводить обзорную рентгенографию таза (рис. 5) с внутренней ротацией стоп под углом 20° с захватом обоих тазобедренных суставов и проксимальных отделов бедренных костей.

! Алгоритм ведения пациента с остеоартритом тазобедренных суставов в реальной клинической практике:

при обращении пациента с болью в тазобедренном суставе в случае наличия «красных флагов» необходимо направить его на консультацию к ревматологу;

в их отсутствие лечение может осуществлять врач общей практики в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями

Рис. 5. Рентгенологические стадии остеоартрита тазобедренных суставов по Kellgren–Lawrence



Рис. 6. Показания («красные флаги») к консультации специалиста при поражении тазобедренного сустава

Установленные критерии остеоартрита тазобедренных суставов:

- боль в тазобедренном суставе;
- сужение суставной щели и/или остеофиты

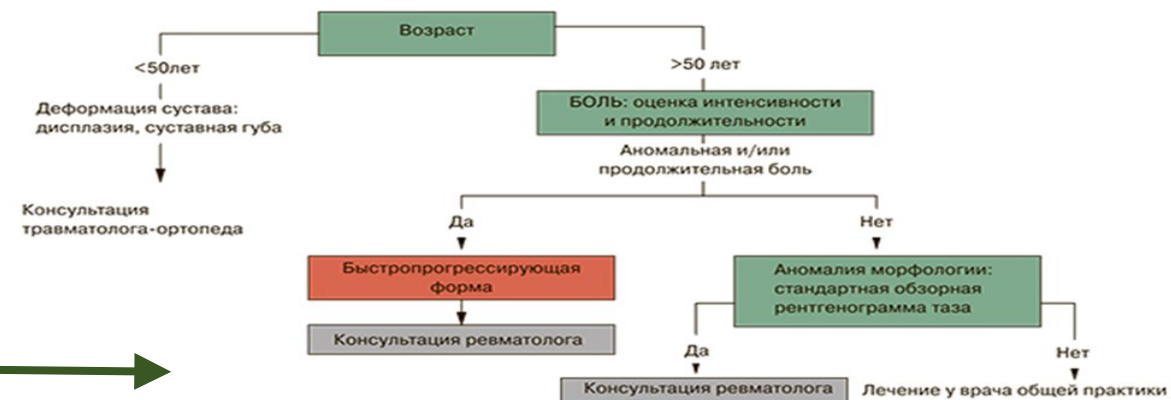


Таблица 6. Классификационные критерии остеоартрита тазобедренных суставов Американской коллегии ревматологов [ACR] [8]

Признаки	Диагноз «остеоартрит тазобедренных суставов»
Комбинация клинических и рентгенологических критериев	1-й и 2-й критерии или
1. Боль в течение большинства дней предыдущего месяца.	1-й и 3а
2. Остеофиты в области бедренной головки и/или вертлужной впадины.	или
3а. Скорость оседания эритроцитов (СОЭ) <20 мм/ч (по Вестегрену).	1-й и 3б.
3б. Сужение суставной щели	Чувствительность – 89%, специфичность – 91%

ОСТЕОАРТРИТ СУСТАВОВ КИСТЕЙ

- Клиническая картина
- К типичным симптомам ОА суставов кистей относятся боль при движении и незначительная утренняя скованность или тугоподвижность в одном или нескольких суставах в любое время суток на протяжении большинства дней предыдущего месяца. Симптомы обычно имеют интермиттирующее течение и возникают в дистальных межфаланговых (ДМФС) и проксимальных межфаланговых суставах (ПМФС).
- Типичные клинические признаки ОА суставов кистей — узелки Гебердена (костные разрастания в области ДМФС) и Бушара (костные разрастания в области ПМФС; рис. 7).

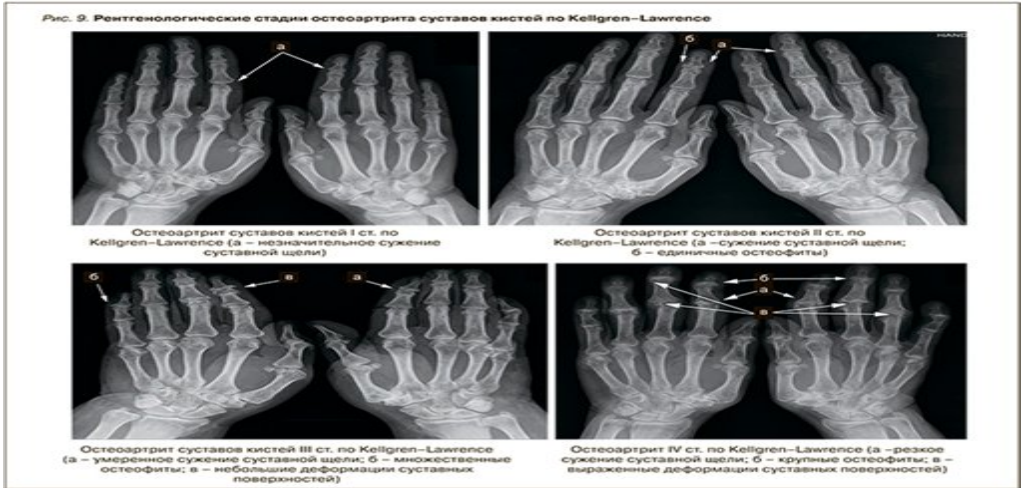
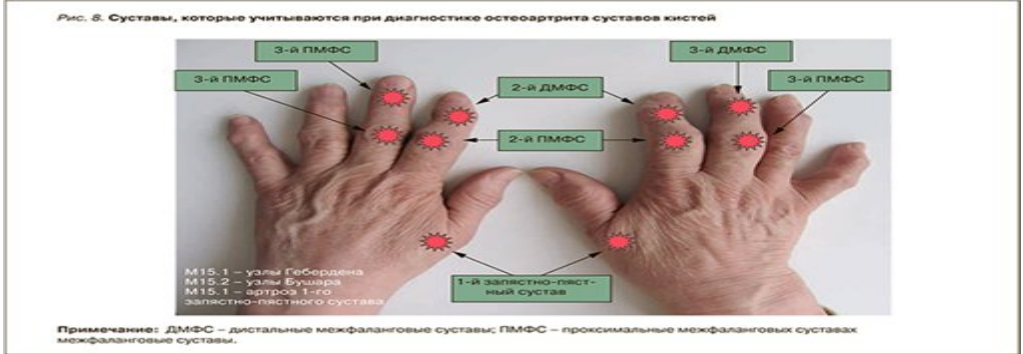


Рис. 7. Узелки Гебердена и Бушара



Таблица 7. Классификационные критерии остеоартрита суставов кистей Американской коллегии ревматологов (ACR) [9]

Признаки	Диагноз «остеоартрит суставов кистей»
Клинические критерии	
1. Боль в течение большинства дней предыдущего месяца или скованность.	1-й, 2-й, 3-й и 4а критерии
2. Костные разрастания ≥ 2 суставов из 10 оцениваемых*.	или
3. Менее 3 припухших пястно-фаланговых суставов.	1-й, 2-й, 3-й и 4б
4а. Костные разрастания, включающие ≥ 2 дистальных межфаланговых сустава.	Чувствительность – 92%, специфичность – 98%
4б. Деформация ≥ 1 суставов из 10 оцениваемых*	
Примечание: * – 2-й и 3-й дистальные межфаланговые суставы, 2-й и 3-й проксимальные межфаланговые суставы, 1-й запястно-пястный сустав обеих кистей (рис. 8).	

Алгоритм ведения пациента с остеоартритом суставов кистей в реальной клинической практике

Согласно алгоритму (рис. 10), при обращении пациента с болью в кисти/суставах кистей в случае наличия «красных флагов» необходимо направить его на консультацию к ревматологу;

в их отсутствие лечение может осуществлять врач общей практики в соответствии с актуальными клиническими рекомендациями

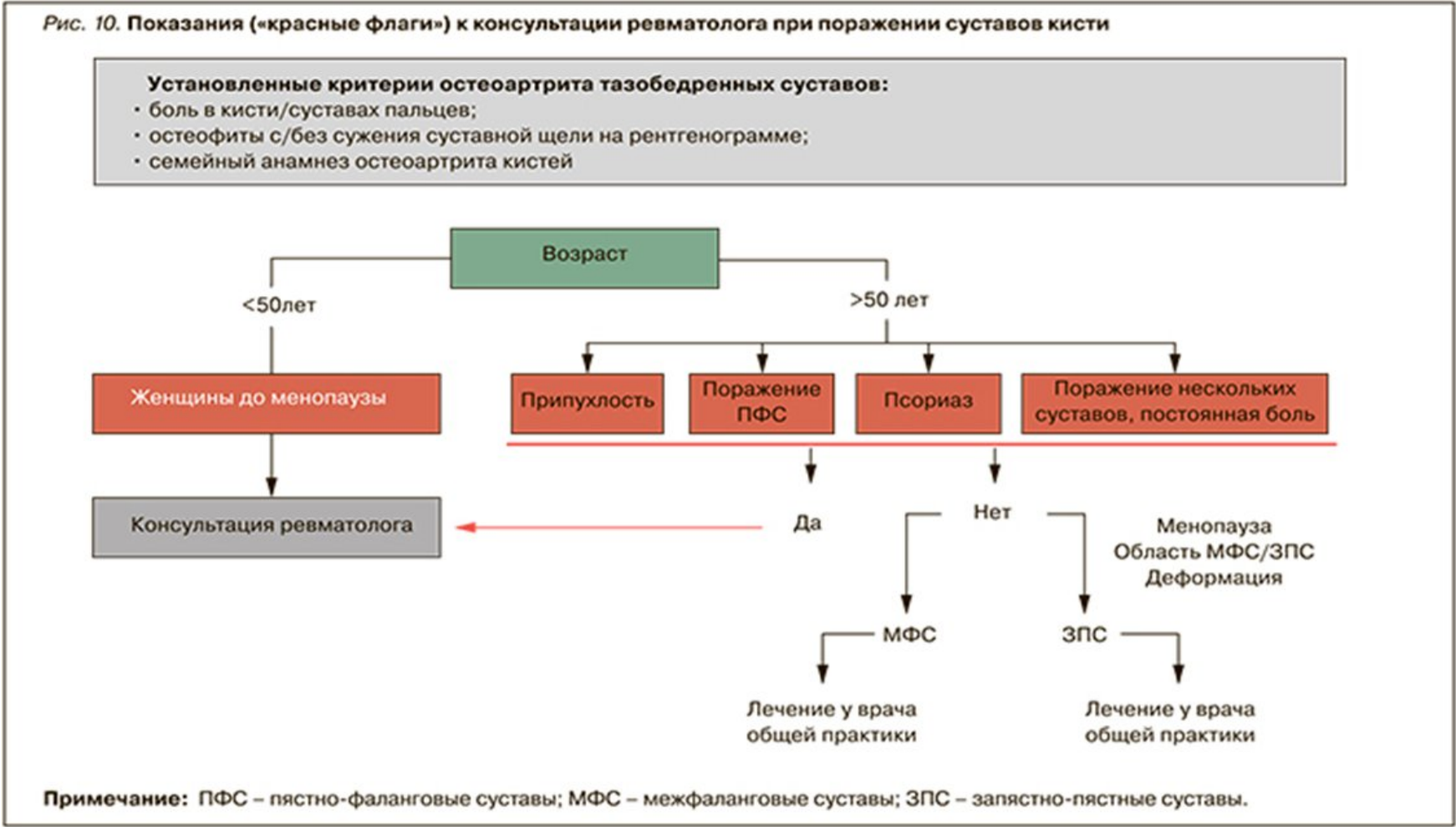


Таблица 8. Принципы проведения лечебной физкультуры при остеоартрите

Регулярные занятия лечебной физкультурой приводят к уменьшению болей и улучшению движений в суставах
Физические упражнения при остеоартрите должны проводиться без статических нагрузок (сидя, лежа); альтернативой служат упражнения в бассейне, плавание 2–3 раза в неделю вольным стилем
Главный принцип лечебной физкультуры – частое повторение упражнений в течение дня. Не следует делать упражнения, преодолевая боль. Выполняют упражнения медленно, плавно, постепенно увеличивая нагрузку
Заниматься лечебной физкультурой необходимо не менее 30–40 мин в день, по 10–15 мин несколько раз в течение дня

ПРАВИЛА ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА

- Диагноз ОА устанавливается на основании классификационных критериев ACR.
- Необходимо указывать локализацию процесса: коленные и тазобедренные суставы, суставы кистей, иные суставы.
- **!!!**Если поражении не менее 3 групп суставов, следует использовать термин «**генерализованный остеоартрит**».
- При формулировке диагноза необходимо указывать рентгенологическую стадию по Kellgren–Lawrence.
- Хотя тяжесть рентгенологических изменений не всегда коррелирует с выраженностью боли и функциональными нарушениями, рентгенологическая картина может быть полезна при проведении дифференциальной диагностики, выявлении осложнений (например, развития остеонекроза) и формулировки показаний для эндопротезирования крупных суставов.
- Следует вносить в диагноз осложнения ОА и сопутствующую патологию околоуставных мягких тканей (например, синовит, энтезит), наличие деформации.

Примеры формулировки диагноза

Вариант: Остеоартрит коленных суставов 3 ст., синовит правого коленного сустава. Варусная деформация коленных суставов. Поперечное плоскостопие. ФН 2.

Вариант: Остеоартрит генерализованный: с вовлечением суставов позвоночника, узелковая форма (узелки Гебердена, Бушара), двусторонний остеоартрит тазобедренных суставов 2 ст., двусторонний остеоартрит коленных суставов 3 ст. справа и 2 ст. слева. ФН 2.

Osteoarthritis

Xuan Song ^{1,2,3,4}, Changping Zheng ^{1,4}, Wan Min Gu ^{1,4}, Gu Yu ⁵, Ming Anze Xidong ¹,
 Xia M Bernice Zeng ⁶, Tufan Yang ⁷, Ibrahim Alkhalifa ⁸, Anne Marie Mallat ⁹,
 Changhe Jing ^{10,11,12}, David J Hunter ^{13,14,15}

*Тератип (Theratype) - это терапевтический подход или стратегия лечения, разработанная и подобранная специально для конкретного заболевания. Другими словами, это персонализированное лечение, основанное на понимании основных биологических механизмов, приводящих к болезни

Фенотипы остеоартрита

Метаболический:

- Эндотип: патологический метаболизм хрящевой и костной ткани, патологическая воспалительная реакция
- Лечение*: метформин, снижение массы тела, гиполипидемические препараты и др.

Посттравматический:

- Эндотип: повреждение мениска; патологический метаболизм костной и хрящевой ткани; патологическая воспалительная реакция
- Лечение: терапия, направленная на хрящ и противовоспалительная терапия

Механический:

- Механизм: патологическое ремоделирование костной ткани, усиленная дегралация хряща
- Лечение: снижение массы тела, коррекция биомеханики

Возрастной:

- Эндотип: сенилентные клетки
- Лечение: сенолитические и сеноморфные препараты

Генетический:

- Эндотип: патология коллагена, аномальный метаболизм хряща
- Лечение: терапия, направленная на хрящ

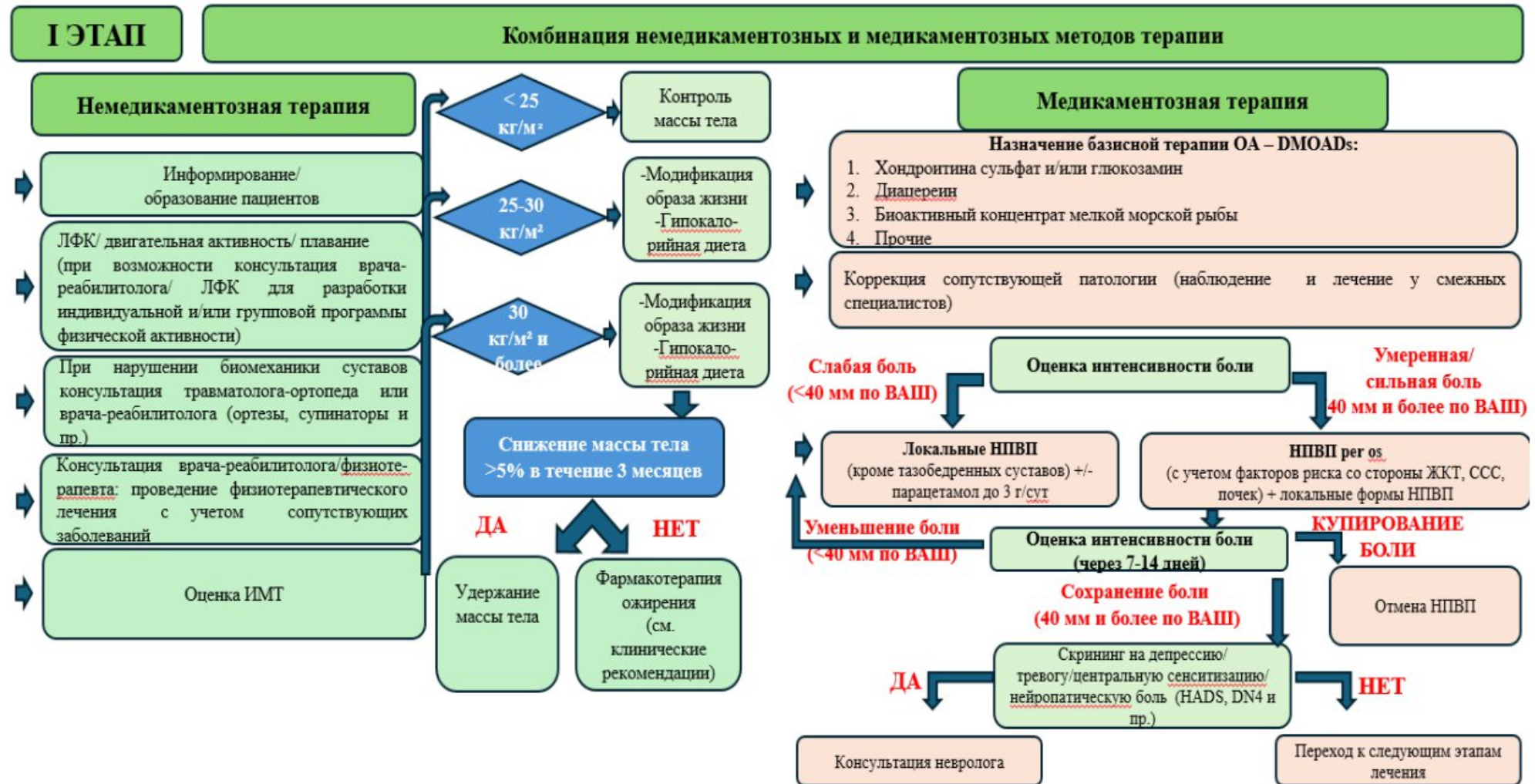
Гормональный:

- Эндотип: патологический метаболизм хрящевой и субхондральной костной ткани
- Лечение: гормонозаместительная терапия

Воспалительный:

- Механизм: синовит
- Лечение: противовоспалительная терапия (МТ, ингибиторы ИЛ-1, ИЛ-6 и др.)

Приложение Б. Алгоритм лечения генерализованного ОА



Продолжение алгоритма

II ЭТАП

При сохранении боли (неэффективность предшествующей терапии)
Внутрисуставное введение препаратов гиалуроновой кислоты, глюкокортикоидов (не чаще 2-3 раз год в один сустав)

III ЭТАП

При сохранении боли (неэффективность предшествующей терапии)
Короткие курсы трамадола

IV ЭТАП

При сохранении боли (неэффективность предшествующей терапии)
Консультация травматолога-ортопеда, при необходимости хирургическое лечение

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ

- Комбинации фармакологических и нефармакологических методов лечения сразу же после установления диагноза ОА.
- Обязательным компонентом всех терапевтических программ является образование пациентов!!! которое проводится с учетом индивидуальных особенностей больного и включает информацию о заболевании, рекомендации по изменению образа жизни, снижению массы тела и необходимости выполнения физических упражнений.
- Основная цель программ обучения – повышение эффективности выполняемой терапии путем активного вовлечения пациента в лечебный процесс.
- Такие программы должны быть организованы на постоянной основе с привлечением волонтерского движения. В частности, действующая в настоящее время Всероссийская социально-профилактическая программа «Здоровье суставов в надежных руках», разработанная при поддержке НИИР им. В.А. Насоновой, Ассоциации ревматологов России, Российского научного медицинского общества терапевтов что оказывает положительное влияние на симптомы заболевания, функцию суставов и качество жизни, но и уменьшению числа визитов к врачу и повышению комплаентности лечения.
- Школы здоровья

Этиотропная фармакотерапия ОА до настоящего времени не разработана, поэтому медикаментозное лечение имеет симптоматическую направленность.

Пациентам преимущественно с начальными стадиями ОА вне зависимости от выраженности болевого синдрома рекомендуется назначение симптоматических лекарственных средств замедленного действия (СЛСЗД)

- Препаратов хондроитина сульфата, глюкозамина, а также их комбинаций взрослым пациентам перорально или в виде растворов парентерально в соответствии с инструкциями по применению указанных препаратов для эффективного облегчения симптоматики гонартроза и получения структурно-модифицирующего эффекта при длительном использовании
- Препарата на основе неомыляемых соединений масел авокадо и сои (МНН: авокадо плодов и соевых бобов масел неомыляемые соединения) для облегчения симптоматики гонартроза у пациентов с 18 лет и старше в дозе 300 мг в день
- Препарата диацереин для облегчения симптоматики гонартроза у пациентов с 18 лет и старше
- Препаратов из группы M09AX «Прочие препараты для лечения заболеваний костно-мышечной системы» на основе биоактивного концентрата из мелких морских рыб или гликозаминогликан-пептидного комплекса для снижения выраженности симптоматики ОА у пациентов с 18 лет и старше

3.1.1 Базисная терапия остеоартрита

- Рекомендовано всем больным с первичным генерализованным ОА сразу после установления диагноза назначение болезнь-модифицирующих препаратов (хондроитина сульфат и/или глюкозамин, или неомыляемые соединения авокадо и сои, или диацереин, биоактивный концентрат из мелких морских рыб или гликозаминогликан-пептидный комплекс) [50, 51,60,98,100,108–123].

Таблица 4. Коды АТХ и фармакотерапевтические группы болезнь-модифицирующих препаратов

МНН	Фармако-терапевтическая группа Государственного реестра лекарственных средств	Коды АТХ ВОЗ
Хондроитина сульфат	Репарации тканей стимулятор	M01AX25
Глюкозамин	Репарации тканей стимулятор; противовоспалительные и противоревматические препараты; НПВП и противоревматические препараты; другие противовоспалительные и противоревматические препараты	M01AX05
Глюкозамин+Хондроитина сульфат	Репарации тканей стимулятор;	M01BX, M09AX
Авокадо плодов и соевых бобов масел неомыляемые соединения	Другие нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты	M01AX26
Диацереин	Другие нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты	M01AX21
Рыбы морской мелкой биоактивный концентрат (Алфлутоп)	Прочие препараты для лечения заболеваний костно-мышечной системы	M09AX
Гликозаминогликан-пептидный комплекс	Прочие препараты для лечения заболеваний костно-мышечной системы	M09AX

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

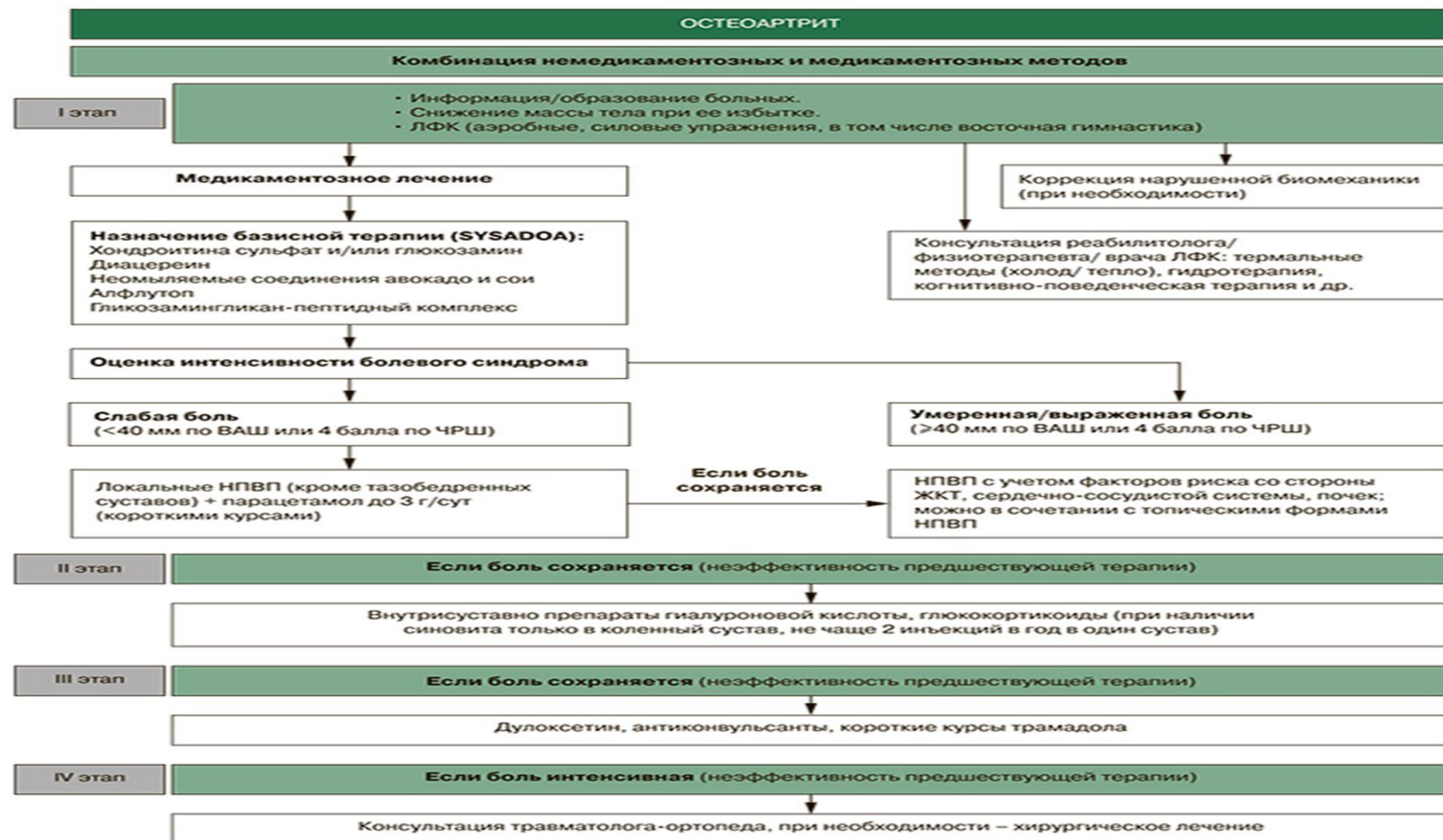
Симптоматическая терапия НПВП

		Государственного реестра лекарственных средств	
Диклофенак**	Капсулы; таблетки; раствор для внутримышечного введения	Производные уксусной кислоты и родственные соединения	M01AB05
Диклофенак	Порошок для приготовления раствора для приема внутрь	противовоспалительные и противоревматические препараты; нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты; производные уксусной кислоты и родственные соединения	M01AB05
Диклофенак	Гель для наружного применения	Нестероидные противовоспалительные препараты для местного применения	M02AA15
Ацеклофенак	Таблетки; порошок для приготовления суспензии для приема внутрь	Производные уксусной кислоты и родственные соединения	M01AB16
Ацеклофенак	Крем для наружного применения	Нестероидные противовоспалительные препараты для местного применения	M02AA25
Этодолак	Таблетки	Производные уксусной кислоты и родственные соединения	M01AB08
Кеторолак**	Таблетки; раствор для внутривенного, внутримышечного	Производные уксусной кислоты и родственные соединения	M01AB15

Эффективные и неэффективные методы лечения боли, вызванной ОА

Неэффективно	Эффективный
Колхицин [9]	Внутрисуставное введение флутиказона [7]
Гидроксихлорохин [11]	Преднизон 10 мг ежедневно [8]
Интерлейкин-6 [19]	<u>Митотриксат</u> [[12] , [13] , [14]]
Фактор некроза опухоли α [[20] , [21] , [22] , [23]]	ϵ Деносумаб [34 , 36]
Интерлейкин-1 [24]	Окопник местный/дубильная кислота [44]
Бифосфонаты [31]	Куркумин [45 , 47]
Путь WNT [39]	Масло криля 4 г/день [49]
Путь ADAM TS [40]	Йога [56]
$\pm$ Сприфермин [41]	Снижение веса на 7 % [59]
Терапия стволовыми клетками [43]	Метформин [61]
Рыбий жир [48]	Семаглутид [62]
Масло криля 2 г/день [50]	Фактор роста нервов [65]
Витамин D [[53] , [54] , [55]]	Вещество Р (местное или внутрисуставное) [67 , 68]
Статины [57]	

Рис. 11. Алгоритм лечения пациентов с остеоартритом



Примечание: ЛФК – лечебная физкультура; ВАШ – визуально-аналоговая шкала (100 мм); ЧРШ – числовая рейтинговая шкала (0–10 баллов); НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты; ЖКТ – желудочно-кишечный тракт.

Таблица 9. Дозы и продолжительность применения некоторых симптоматических препаратов замедленного действия (SYSADOA)

Состав	Лекарственная форма	Режим применения
Комбинация хондроитина сульфата и глюкозамина		
Глюкозамин гидрохлорид 500 мг + хондроитина сульфат 400 мг	Капсулы	По 1 капсуле 3 раза/сут в течение 3 нед, затем по 1 капсуле 2 раза/сут в течение 6 мес
Глюкозамин сульфат 250 мг + хондроитина сульфат 200 мг + ибупрофен 100 мг	Капсулы	По капсуле 3 раза/сут – до 3 нед.
Диацереин		
Диацереин 50 мг	Капсулы	По 1 капсуле в течение 4 нед, затем при хорошей переносимости – по 1 капсуле 2 раза/сут курсом не менее 4 мес
Неомыляемые соединения авокадо и сои		
Авокадо масла неомыляемые соединения 100 мг, соевых бобов масла неомыляемые соединения 200 мг	Капсулы	По 1 капсуле в день в течение 6 мес
Препараты для парентерального введения		
Гликозаминогликан-пептидный комплекс (Румалон)	Раствор для инъекций	Внутримышечно в первый день – 0,3 мл, во второй день – 0,5 мл и далее по 1 мл по 1 мл через день № 25. Два курса в год.
Биоактивный концентрат мелких морских рыб (Алфлутоп)	Раствор для инъекций	Внутримышечно по 1 мл ежедневно № 20 или по 2 мл через день № 10. Внутрисуставно по 1–2 мл в каждый сустав с интервалом 3–4 дня. Всего на курс 5–6 инъекций в каждый сустав. Возможно сочетание внутрисуставного и внутримышечного методов введения. Два курса в год

Важное преимущество симптоматических лекарственных средств замедленного действия (СЛСЗД) – возможность на фоне их применения снижения дозы или полной отмены нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП).

Это приводит к уменьшению частоты неблагоприятных явлений (НЯ), связанных с использованием НПВП.

Применение СЛСЗД должно быть длительным.

Симптоматический эффект от **применения пероральных препаратов развивается через 4–12 нед** после начала применения.

При применении парентеральных форм через **20 дней**

ДЛЯ реализации структурно-модифицирующего действия препаратов **продолжительность лечения должна составлять не менее 2 лет.**

Для определения дальнейшей тактики лечения ОА врачу необходимо оценить интенсивность боли в наиболее болезненном суставе.

НПВП



Для определения дальнейшей тактики лечения ОА врачу необходимо оценить интенсивность боли в наиболее болезненном суставе.

Если боль слабая (до 40 мм по ВАШ), то назначаются локальные формы НПВП или парацетамол.

У больных с умеренной или сильной болью в суставах целесообразно использование системных НПВП (при отсутствии противопоказаний)

Таблица 10. Принципы использования локальной терапии при остеоартрите

Суставы	Доза (длина полоски)	Длительность применения
Крупные (коленные, плечевые)	До 10 см	До 4 раз/сут в течение 14 дней
Средние (голеностопные, локтевые, лучезапястные)	До 5 см	
Мелкие суставы кистей и стоп	До 2–3 см	

- Локальные формы НПВП обладают хорошим обезболивающим эффектом. Согласно данным систематического обзора и метаанализа 2021 г.,
- НПВП для наружного применения при ОА коленного сустава имеют значимое превосходство над плацебо по анальгетическому действию (стандартизированная разность средних (SMD)=0,365; 95% ДИ: 0,24–0,49) и способствуют улучшению функциональной способности (SMD=0,354; 95% ДИ: 0,268–0,493)
- Препараты этой группы следует применять в течение 2 нед с кратностью не менее 3–4 раза/сут. Необходимо соблюдать и рекомендации по дозировке локальных средств (табл. 10). При поражении тазобедренных суставов топические НПВП использовать нецелесообразно. Локальные формы НПВП, благодаря низкой системной абсорбции, характеризуются высоким профилем безопасности.
- Эти препараты не увеличивают риск развития класс-специфических нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы и почек, что дает возможность назначать их пациентам с выраженной мультиморбидностью.

Парацетамол может назначаться пациентам со слабым болевым синдромом, а также при наличии противопоказаний к пероральным НПВП, но не более 3 г/сут (непродолжительными курсами).

В последние годы появилась информация о недостаточной эффективности препарата. Представленные в 2017 г. в журнале Lancet результаты сетевого метаанализа свидетельствуют о том, что эффективность парацетамола в дозах 3900–4000 мг/сут незначительно выше плацебо (размер эффекта (ES)=−0,16; 95% ДИ: от −0,27 до −0,06). В связи с этим авторы высказали мнение, что монотерапия ОА парацетамолом не оправдана. Кроме того, на фоне его приема отмечена высокая частота развития НЯ со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), печени и почек, особенно на фоне высоких суточных доз.

В 2019 г. Conaghan P.G. et al. [13] представили обзор литературы, где подтвердились опасения по поводу профиля безопасности парацетамола, причем риски развития НЯ возрастали при увеличении дозы и длительности приема препарата. В то же время последний Кокрановский систематический обзор (n=3541) не выявил увеличения риска НЯ на фоне приема парацетамола, однако подтвердил незначительный симптоматический эффект этого анальгетика (абсолютное снижение боли составило всего 3%; 95% ДИ: 1–5%) [14].

Таблица 11. Алгоритм назначения системных форм нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) с учетом коморбидности [17]

Риск осложнений		Сердечно-сосудистая система		
		Низкий	Умеренный и высокий	Очень высокий
ЖКТ	Низкий	Любые НПВП	НПВП с наименьшим сердечно-сосудистым риском: напроксен, целекоксиб, низкие дозы ибупрофена (≤ 1200 мг/сут)	По возможности избегать назначения НПВП**
	Умеренный	Неселективные НПВП + ингибитор протонной помпы или селективные НПВП	Целекоксиб* или напроксен* + ингибитор протонной помпы	
	Высокий	Целекоксиб или эторикоксиб + ингибитор протонной помпы	Целекоксиб* + ингибитор протонной помпы	

Примечание: * – рекомендуемая доза для длительного приема целекоксиба – 200 мг/сут, напроксена – 500 мг;
 ** – возможность назначения НПВП у лиц с очень высоким сердечно-сосудистым риском следует рассматривать лишь в тех случаях, когда предполагаемая польза от приема НПВП превышает вероятный вред, связанный с риском развития кардиоваскулярных осложнений. Решение вопроса о таком назначении лечащий врач принимает при обязательном согласовании с пациентом. НПВП у больных с очень высоким риском сердечно-сосудистых осложнений следует применять в минимальной эффективной дозе кратковременным курсом, достаточным для достижения требуемого клинического эффекта. На сегодняшний день препаратом выбора в этой ситуации следует считать напроксен.

Системные формы НПВП занимают центральное место в фармакотерапии болевого синдрома при ОА, обладая хорошим анальгетическим потенциалом [15]. Систематический обзор и метаанализ (2020), включивший 72 рандомизированных контролируемых исследований ($n=26\,424$), еще раз подтвердил значимое обезболивающее действие этих препаратов ($SMD=-0,43$; 95% ДИ: от $-0,48$ до $-0,38$), достигающее максимума к 10–14-му дням лечения [16]. Вместе с тем было обращено внимание на то, что эффективность НПВП снижается при длительном приеме (3–6 мес). Идентичная закономерность была отмечена и при оценке функции суставов: максимальное улучшение функциональной способности наблюдалось через 2 нед лечения ($SMD=-0,45$; 95% ДИ: от $-0,52$ до $-0,38$) со значительным снижением эффекта к 26-й неделе ($SMD=-0,19$; 95% ДИ: $-0,32$ до $0,07$). Кроме того, авторы еще раз продемонстрировали, что применение НПВП ассоциируется с увеличением НЯ со стороны ЖКТ (относительный риск (ОР) 1,36; 95% ДИ: 1,25–1,49) и сердечно-сосудистой системы (ОР 1,37; 95% ДИ: 1,05–1,77). Большинство желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых НЯ было преходящим и легкой степени тяжести; наиболее часто развивались диспепсия, диарея, периферические отеки, повышение артериального давления. Таким образом, назначая НПВП, врач всегда должен учитывать наличие факторов риска НЯ (прежде всего при мультиморбидности) и выбирать препараты с наилучшим профилем безопасности.

В рутинной клинической практике назначение НПВП сопряжено с рядом сложностей, в частности с отсутствием мониторинга НЯ и учета мультиморбидных состояний, неоправданно длительными курсами лечения, одновременным назначением пациенту нескольких препаратов этой группы, что приводит к значимому увеличению риска осложнений без увеличения эффективности.

При лечении пациентов с ОА целесообразно ограничивать прием НПВП не только в плане дозировки, но и продолжительности приема.

Важнейшее значение при выборе НПВП имеет сопутствующая патология: артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, метаболический синдром, заболевания ЖКТ, депрессия и др. В связи с этим при подборе НПВП следует руководствоваться клиническими рекомендациями «Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов» где представлен алгоритм назначения лекарственных средств этого класса с учетом сопутствующей патологии (табл. 11).

Важно!!!

- эффективность как селективных, так и неселективных НПВП сопоставима и зависит от дозы;
- необходим дифференцированный подход к выбору НПВП в зависимости от наличия у пациента сопутствующих заболеваний;
- у пациентов при наличии факторов риска развития НПВП-гастропатии необходимо сочетать назначение селективных НПВП с ингибиторами протонной помпы;
- при наличии сердечно-сосудистых заболеваний НПВП применяются в минимальной эффективной дозе на короткие сроки.
- НЯ со стороны сердечно-сосудистой системы свойственны всем препаратам НПВП.
- Риск их развития зависит от индивидуальных характеристик препарата и используемой дозы, но не от селективности в отношении циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2).
- Противопоказанием для назначения любых НПВП является очень высокий риск кардиоваскулярных осложнений (инфаркт миокарда, острый коронарный синдром, ишемический инсульт, декомпенсированная хроническая сердечная недостаточность и др.), прием двойной/тройной антикоагулянтной терапии;
- Прием любых НПВП может спровоцировать развитие острой почечной недостаточности, особенно в первый месяц лечения. Этот риск снижен у пациентов с нормальной функцией почек. Пациентам со скоростью клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин **прием НПВП не рекомендован;**

при назначении НПВП следует учитывать возможность лекарственных взаимодействий.

- Не рекомендован одновременный прием НПВП из различных групп, так как при этом значительно повышается риск развития НЯ;
- Принимать решение об изменении НПВП-терапии рекомендуется через 10–14 дней от начала лечения препаратами этой группы.

II–IV этапы лечения остеоартрита

- Следующие этапы лечения (II–IV) ОА необходимо проводить при неэффективности I шага терапии.
- Они подразумевают консультацию пациентов врачами-ревматологами, а при необходимости – травматологами-ортопедами.
- При наличии противопоказаний к применению НПВП или недостаточного ответа на проводившуюся ранее терапию (нефармакологические методы, SYSADOA, локальные и/или системные НПВП) врачу первичного звена необходимо **направить пациента на консультацию к специалисту (ревматологу).**
- Эффективность проводимой терапии оценивается по ВАШ.
- Под недостаточным ответом на проводимую терапию понимается сохранение боли в анализируемом суставе (наиболее болезненном) **более 40 мм.**

Внутрисуставные инъекции

Пациентам с ОА в т.ч. гонартроз и коксартрозом при болевом синдроме и функциональных нарушениях сустава

- рекомендуется внутрисуставное введение средств для замещения синовиальной жидкости на основе гиалуроновой кислоты
- В случаях сохранения синовита у пациентов, получающих адекватные дозы НПВП, **рекомендуется внутрисуставное введение глюкокортикоидов, но не чаще 1 раза в 3 месяца, а курсовое применение этих препаратов следует исключить**
- Взрослым пациентам может быть рекомендовано введение обогащенной тромбоцитами плазмы в область КС, ТБС **при наличии инициативы со стороны пациента**
- Взрослым пациентам может быть рекомендовано введение аутологичной стромально-васкулярной фракции в полость сустава и/или аутоклеток красного костного мозга **при наличии инициативы со стороны пациента**

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение рекомендовано взрослым и детям :

- Больным ГА , КА , ОА II – III стадий по классификации Косинской и III – IV ст, по классификации Келлгрена и Лоуренса
- при неудовлетворительном эффекте комплексной консервативной терапии (болевым синдромом не купируется комплексным немедикаментозным и фармакологическим лечением) или
- ситуациях, когда при первичном обращении за медицинской помощью определяются выраженные дегенеративно-дистрофические изменения в суставе, сопровождающиеся стойкими функциональными нарушениями

Выбор метода лечения определяет травматолог – ортопед.

Организация оказания медицинской помощи

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) Пациенты с наличием заболевания коленного, т/б сустава
- интенсивный болевой синдром или усиление боли на фоне лечения;
- изменение характера болевого синдрома в суставе(ах) на фоне проводимой терапии;
- синовит или рецидивирующий синовит;
- выраженные функциональные нарушения, влияющие на двигательную активность пациента.

Показания к выписке пациента из медицинской организации:

- 1) достигнутое клинически-значимое улучшение в лечении заболеваний коленного, т/б суставов

Форма помощи

- Проведение диагностических и лечебных мероприятий пациентам при первичном гонартрозе, коксартрозе носит плановый характер.
- Условия оказания медицинских услуг проведения диагностических мероприятий на этапе постановки диагноза может осуществляться в амбулаторных условиях.

Проведение реабилитационных мероприятий может осуществляться в условиях дневного стационара и амбулаторно.

- В последних опубликованных систематических метаанализах было показано, что снижение веса, особенно в сочетании с лечебной физкультурой (табл. 8), вызывает уменьшение боли, улучшение функционального состояния суставов, позитивно влияет на структурные изменения в хряще и биохимические маркеры обмена хряща и кости.
- Недавние результаты крупномасштабного исследования убедительно продемонстрировали, что потеря веса на 1% снижает риски тотального эндопротезирования коленного сустава на 2% [10].
- С первых шагов при отсутствии противопоказаний пациентам с ОА рекомендовано физиотерапевтическое лечение. При этом выбор того или иного метода физиотерапии должен носить индивидуализированный характер с учетом показаний и противопоказаний (например, при наличии признаков воспаления в суставе предпочтительнее криотерапия и т.д.) и мультиморбидности.
- При обращении пациента в медицинское учреждение, в том числе к врачу общей практики, необходимо определить нарушения биомеханики конечностей (варусная или вальгусная деформация, плоскостопие и др.) и рекомендовать ортезы, супинаторы. Для разгрузки суставов при продвинутых стадиях ОА рекомендуется хождение с тростью в руке (противоположной пораженной конечности), использование костылей или других вспомогательных приспособлений

Основу медикаментозного лечения ОА

составляют симптоматические препараты замедленного действия (СЛСЗД)), которые назначаются сразу после установления диагноза

Выбор инъекционной или пероральной формы препарата зависит от клинической ситуации, пожеланий пациента и решения врача.

По результатам международных исследований, симптоматический эффект (СЛСЗД) при приеме пероральных средств проявляется на 4–12-й неделе.

По данным российских исследований, значимый анальгетический эффект при парентеральном применении (СЛСЗД) наступает через 20 дней.

В настоящее время есть серьезные доказательства симптоматического и противовоспалительного действия этих препаратов и их способности замедлять прогрессирование ОА при длительном их применении.



Клинические рекомендации

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – 1)

Препараты хондроитина сульфата, глюкозамина из группы **M01AX25 «Противовоспалительные и противоревматические препараты»**, а также их комбинаций для эффективного облегчения симптоматики остеоартрита и получения структурно-модифицирующего эффекта при длительном использовании

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2)

Препаратов из группы **M09AX «Прочие препараты для лечения заболеваний костно-мышечной системы» на основе биоактивного концентрата из мелких морских рыб** для снижения выраженности симптоматики остеоартрита у пациентов с 18 лет и старше

*«Пациентам преимущественно с начальными стадиями гонартроза, коксартроза вне зависимости от выраженности болевого синдрома **рекомендуется назначение симптоматических лекарственных средств замедленного действия**»*



Клинические рекомендации
Гонартроз

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:
M17, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9, M24.5

Год утверждения (частота пересмотра):
2024

Пересмотр не позднее:
2026



Клинические рекомендации
Коксартроз

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:
M16, M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.9, M24.6, M24.7

Год утверждения (частота пересмотра):
2024

Пересмотр не позднее:
2026

Код АТХ: M09AX, M01AX25

Гликозаминогликаны

64,5% хондроитин-4-сульфат

16,5% хондроитин-6-сульфат

9,5% хондроитин

4,0% кератансульфат

3,4% дерматансульфат

2,1% гиалуронат



Пептиды

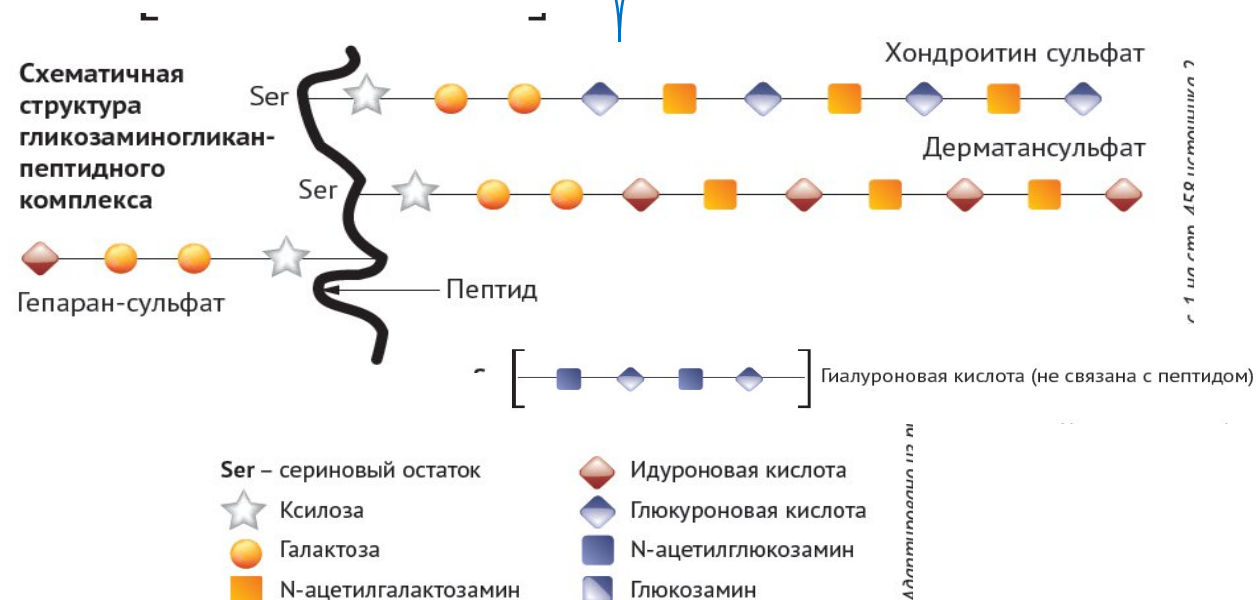
биорегуляторные
низкомолекулярные

пептиды

фибронектин

ламинин

коллаген¹



Отличительные характеристики:

1.Тканеспецифичность: ГАГ-пептидный комплекс обладает действием преимущественно на клетки и биохимические процессы, характерные для ткани, из которой он был получен – хрящевая ткань и надкостница². Установлено, что наибольшей тканеспецифичностью **обладают гликозаминогликаны, полученные из хрящевой ткани телят².**

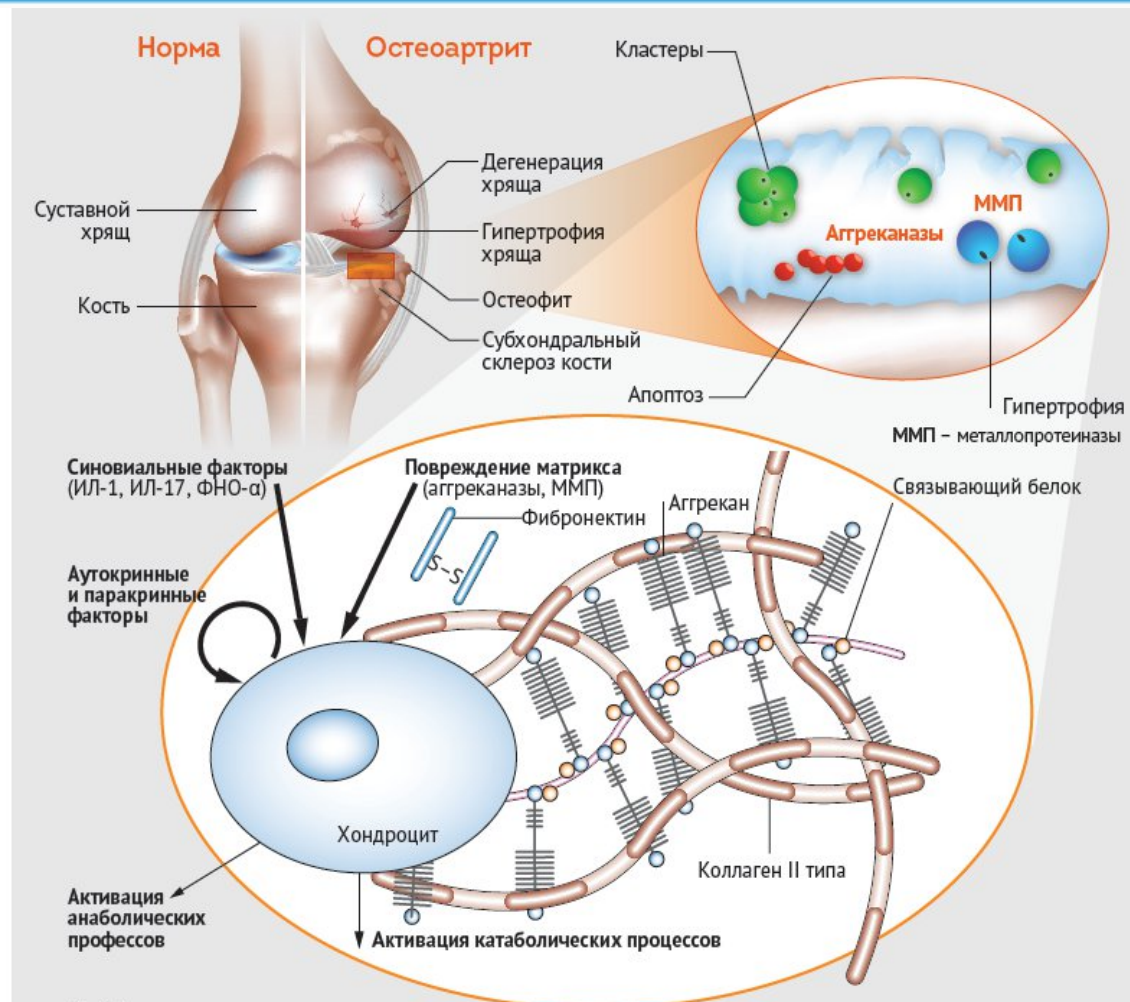
2.Биорегуляторные пептиды активируют гены, стимулирующие более активную работу хондроцитов – **синтез собственного коллагена и гиалуроновой кислоты**

3.Тканеспецифичность и активность биорегуляторных пептидов обеспечивают быстрое включение компонентов препарата в метаболизм тканей сустава

Румалон®, содержит уникальный ГАГ-пептидный комплекс, который тканеспецифичен для хрящевой ткани¹ и оказывает комплексное действие:

• **анаболическое:** регуляторные пептиды активируют хондроциты, стимулируя их активнее синтезировать собственный коллаген, протеогликаны матрикса и гиалуроновую кислоту, а также запускают и стимулируют репаративные процессы в тканях сустава и субхондральной кости

• **антикатаболическое:** комплекс тормозит активность ферментов, которые разрушают хрящевую ткань - коллагеназы, металлопротеиназ, гранулоцитарной эластазы, β -глюкуронидазы, а также повышает продукцию тканевого ингибитора матриксных металлопротеиназ²



Эффекты гликозаминогликан-пептидного комплекса

- » Уменьшает воспаление, противодействуя подавляющему действию провоспалительных цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-6) на синтез протеогликанов в хрящевой ткани⁷
- » Повышает уровень тканевого ингибитора матриксных металлопротеиназ⁷
- » Снижает активность коллагеназы и гиалуронидазы⁷
- » Стимулирует синтез протеогликанов, коллагена II типа, гиалуроновой кислоты в хондроцитах⁷
- » Подавляет апоптоз хондроцитов¹

1. Зайдман А.М. и соавт. Вестник трансплантологии и искусственных органов. №3, 2005. С:59-61

2. Steeve Kwan Tat, Jean-Pierre Pelletier et al. The Journal of Rheumatology 2010; 37:3; doi:10.3899/jrheum.090696

Клинические исследования

Возможности патогенетического лечения хронической боли в спине

Л.И. Алексеева¹, д-р мед. наук, профессор, Г.Н. Бельская², д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой, Ю.В. Каракулова³, д-р мед. наук, профессор, А.Н. Комаров⁴, канд. мед. наук, Л.И. Рейхерт⁵, д-р мед. наук, профессор, А.И. Федин⁶, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой, Т.А. Филимонова⁷, аспирант, Т.А. Щербаносова⁸, канд. мед. наук, зав. кафедрой, А.Б. Данилов⁹, д-р мед. наук, профессор, Ал.Б. Данилов⁹, д-р мед. наук, профессор

¹ Отдел метаболических заболеваний костей и суставов с центром профилактики остеопороза, ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

² Кафедра неврологии, ФПДПО ГБОУ ВПО ЮГМУ Минздрава России

³ ФГБОУ ВО «Пермский ГМУ им. акад. Е.А.Вагнера»

⁴ Центральная клиническая больница с поликлиникой УДП РФ

⁵ ФГБОУ ВО «Тюменская ГМА»

⁶ ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

⁷ Кафедра нервных болезней, нейрохирургии и психиатрии, КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения», заведующая неврологическим отделением КГБУЗ «Клиническая больница №1 им. профессора Сергеева» МЗ ХК

⁸ Кафедра нервных болезней ФПДПО ГБОУ ВПО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России, Ассоциация междисциплинарной медицины

Многоцентровая наблюдательная программа
61 пациент с ХНБС

✓ **Снижение интенсивности боли в спине уже к 5-6-ой инъекции**

Оригинальные исследования

Оценка эффективности и безопасности гликозаминогликан-пептидного комплекса при лечении остеоартрита коленного сустава у больных с предшествующей неэффективностью пероральных медленно действующих противовоспалительных препаратов (многоцентровое открытое исследование ПРИМУЛА: Применение Румалона® при Исходно Малом Успехе в Лечении остеоАртрита)

Каратеев А.Е.¹, Алексеева Л.И.¹, Лиля А.М.¹, Макаров С.А.¹, Чичасова Н.В.², Зонова Е.В.³, Кашеварова Н.Г.¹, Таскина Е.А.¹, Шарапова Е.П.¹

Многоцентровое открытое исследование 115 пациентов с ОА
Отсутствие эффекта от предшествующей терапии ХС+ГС

✓ **Снижение интенсивности боли в суставах уже к 5-7-ой инъекции**

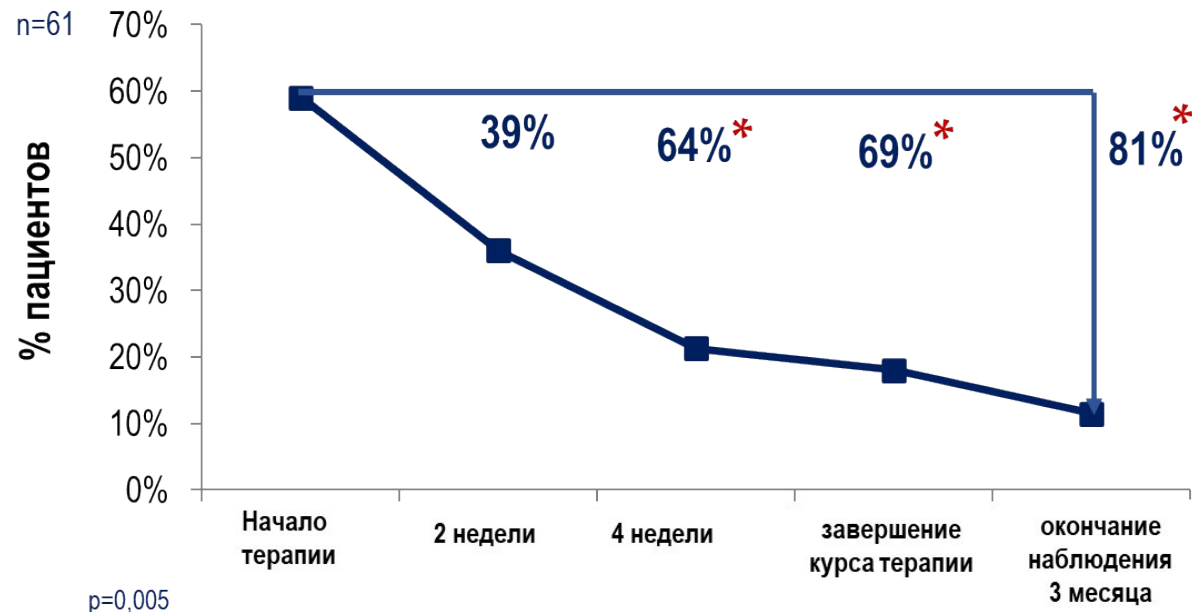


В исследовании ПРИМУЛА через 1 месяц после окончания курса лечения Румалоном:

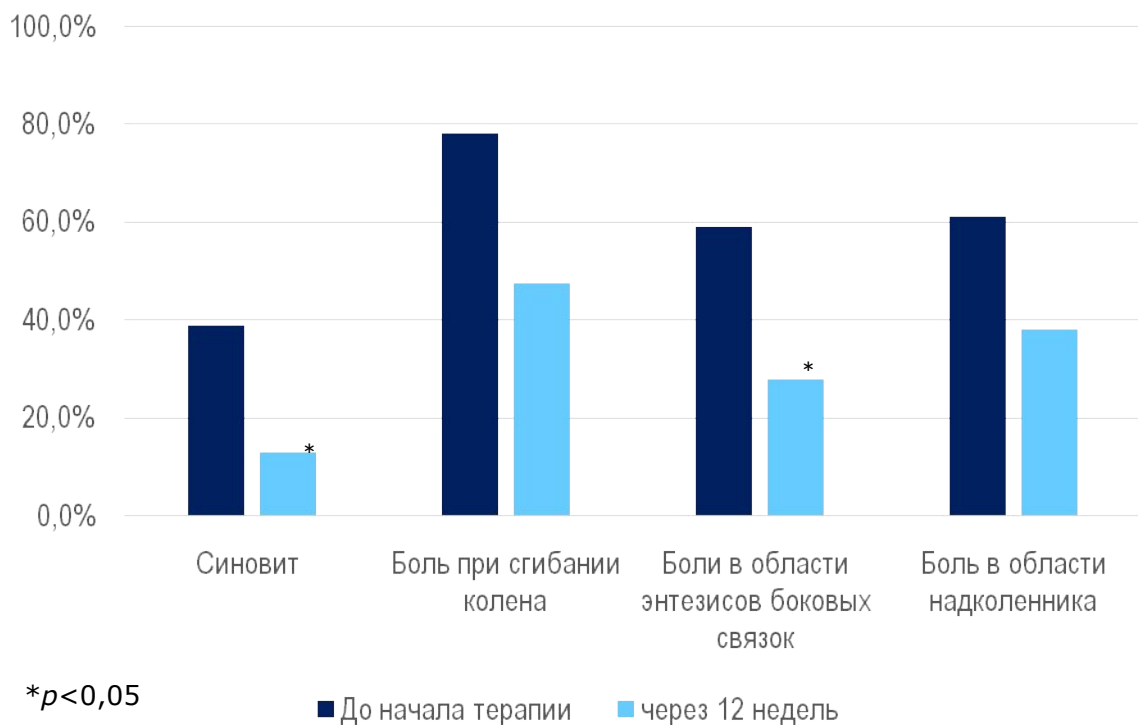
- **31,7%** пациентов с остеоартритом отказались от применения НПВП
- **32,4%** пациентов перешли на прием «по требованию»



терапия Румалоном способствует снижению риска развития кардиоваскулярных осложнений и НПВП-гастропатии



Через 2 недели терапии **39% пациентов с ХНБС** смогли отказаться от приёма НПВП, а через 1,5 месяца после окончания курса терапии - уже **81%**



К 12 неделе существенно уменьшились:

- ✓ симптомы синовита на 66,6%
- ✓ боль при сгибании колена на 39,1%
- ✓ проявления энтезита – на 52,6%
- ✓ боли в области надколенника – на 37,5%

Эффект терапии как **отличный** или **хороший** оценили **75,6%** пациентов



1 центр, Москва

Пациенты

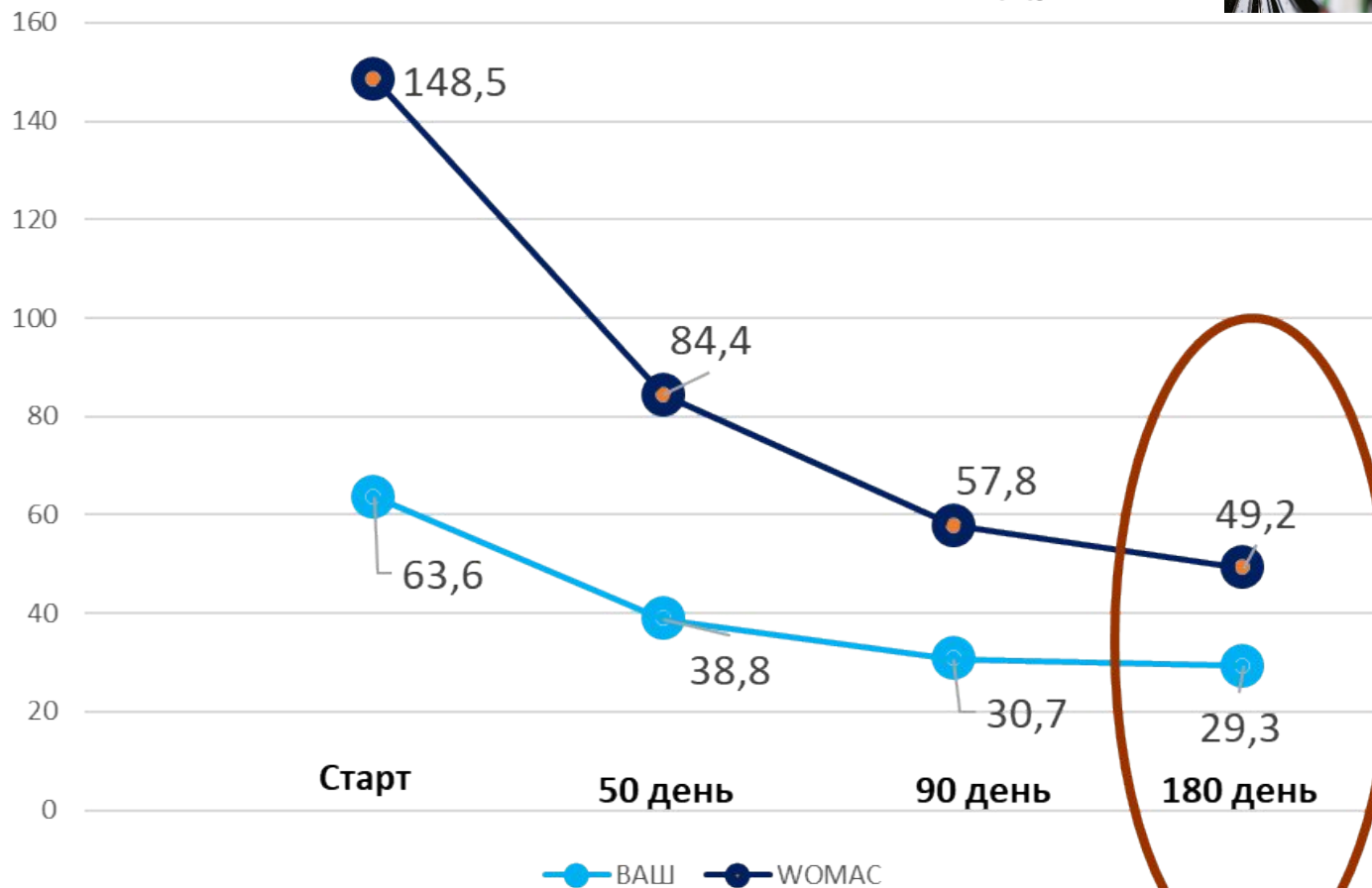
- n = 50, 74% - женщины
- средний возраст $58,4 \pm 8,4$
- гонартроз 2-3 ст.
- длительность болезни – $8,1 \pm 5,2$ года
- ВАШ > 40 мм и/или потребность в НПВП
- все пациенты коморбидные – в среднем $2,7 \pm 1,2$ заболевания

Румалон применялся по схеме 1 мл курсом № 25

Коморбидные заболевания	%
Артериальная гипертензия	62%
Ожирение	50%
Сахарный диабет 2 типа	8%
ИБС	6%

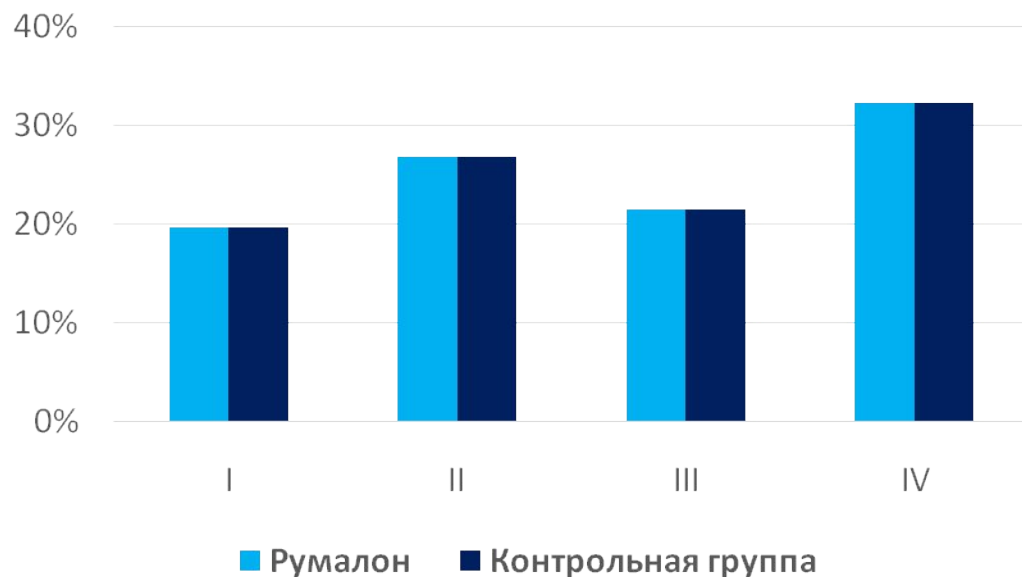


Интенсивность болевого синдрома



Начало терапии

n=224

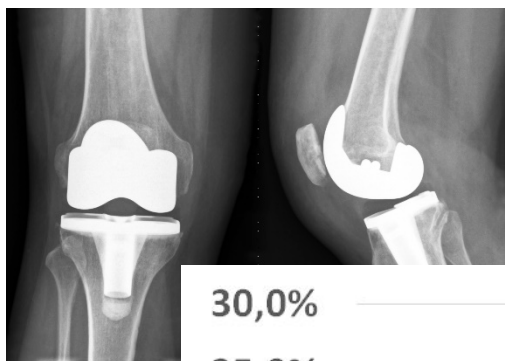


10 лет курсовой терапии

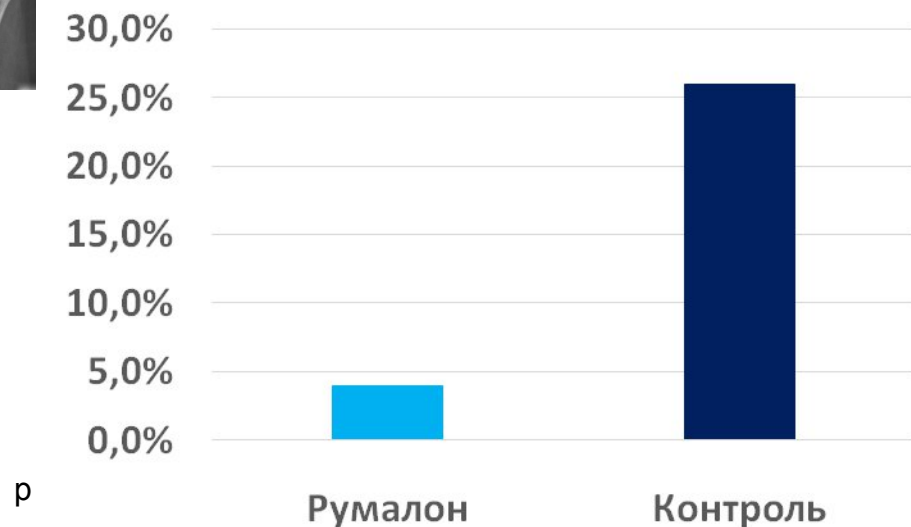


- В начале исследования группы были идентичны по количеству пациентов с различными рентгенологическими стадиями ОА (по Келлгрону)
- Через 10 лет в группе терапии Румалоном:**
 - в 3 раза больше (13%) пациентов остались на начальной стадии заболевания**
 - почти вдвое (на 45%) – на второй стадии**
 - на 30% меньше пациентов достигли 3 и 4 стадий**





n=100



В шесть раз меньше пациентов (только 2) из группы терапии Румалоном за 5 лет исследования нуждались в тотальном эндопротезировании КС



n=224

Годы исследования	Румалон	Контрольная группа
1-5	0	0
6-й	1	1
7-й	-	3
8-й	-	2
9-й	2	5
10-й	3	6
Всего	6	17

В три раза меньше пациентов в группе терапии Румалоном за 10 лет исследования нуждались в тотальном эндопротезировании ТБС

Диафлекс **Хондро**

Новый уникальный
комбинированный препарат



Действующие вещества: диацереин 25 мг + хондроитина сульфат 200 мг
капсулы №60 и 90

Показания к применению: для симптоматического лечения остеоартроза коленных и тазобедренных суставов у взрослых.

Режим дозирования:

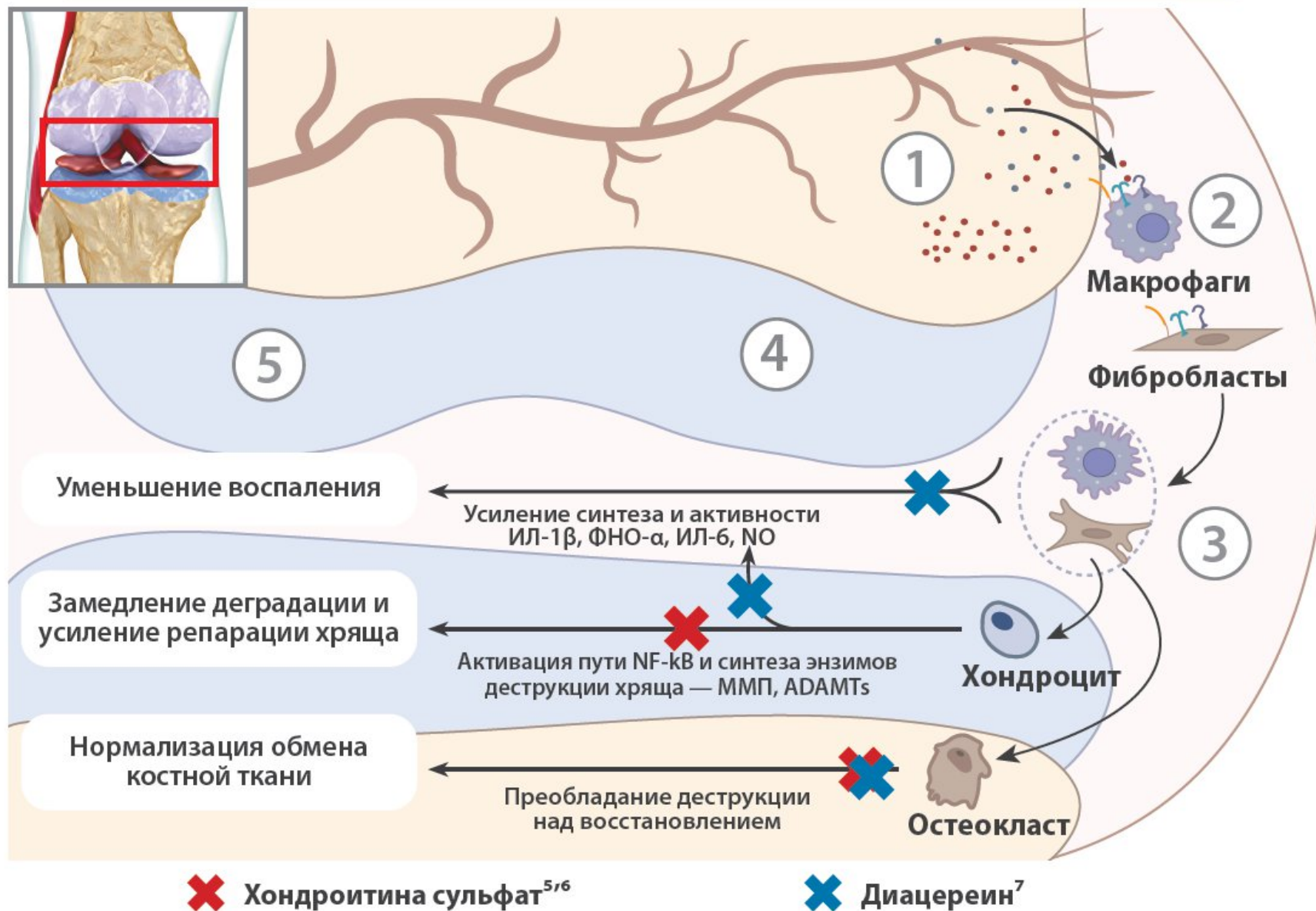
Рекомендуемая доза: по 2 капсулы вечером во время приёма пищи в течение 4 недель, далее по 2 капсулы 2 раза в сутки (утром и вечером) во время приёма пищи не менее 12 недель или непрерывно длительно.

Оптимальное сочетание двух действующих веществ – диацереина и хондроитина сульфата приводит к взаимному дополнению их терапевтического действия:

-противовоспалительного - ингибирование синтеза и активности интерлейкина-1 и других провоспалительных цитокинов (ФНО-α, ИЛ-6, ММП, ADAMTs и т.д.)

-хондропротективного – стимуляция синтеза протеогликанов замедление резорбции и ускорение восстановления субхондральной кости

Диафлекс Хондро - синергичное действие на патогенез остеоартрита



Оптимальное сочетание двух действующих веществ — **диацереина и хондроитина сульфата** приводит к взаимному дополнению их терапевтического действия — противовоспалительного и хондропротективного

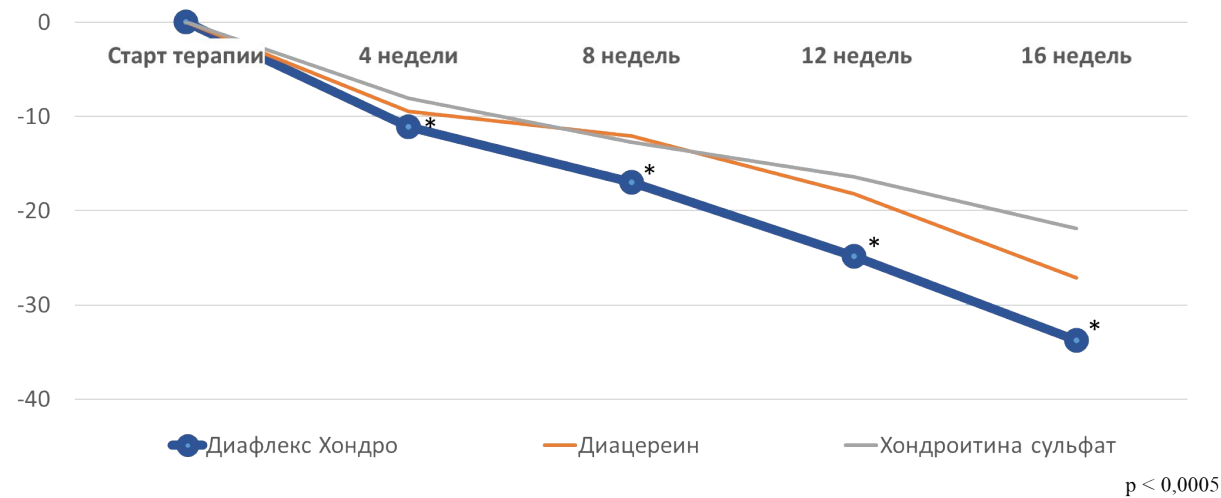


Диафлекс **Х**ондро

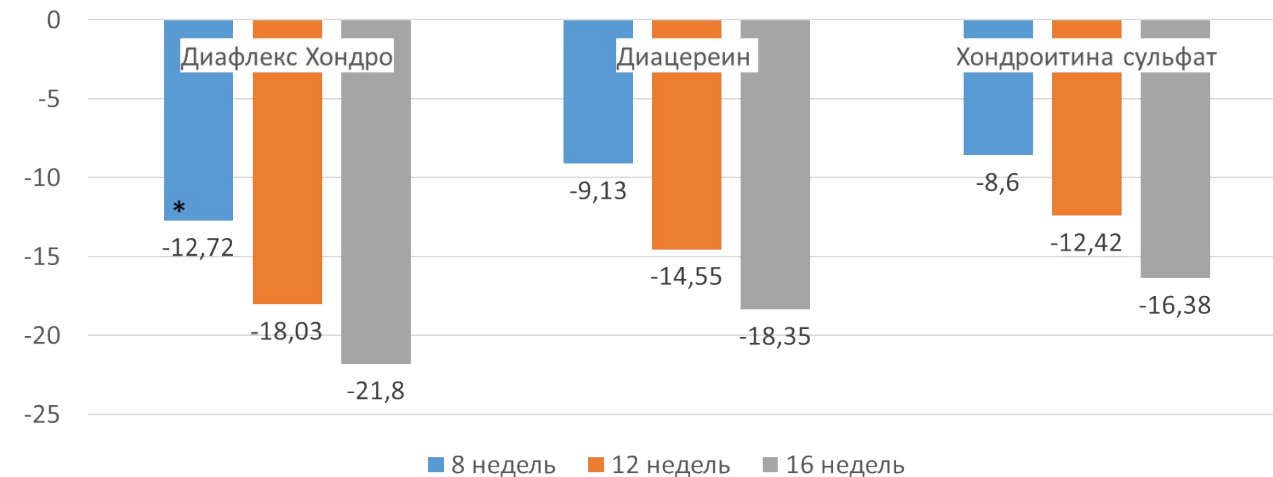
Диафлекс **Х**ондро показал превосходящую эффективность в сравнении с монотерапией по результатам регистрационного КИ: статистически достоверное более выраженное снижение интенсивности боли по шкалам ВАШ и WOMAC



Динамика снижения интенсивности боли по ВАШ, мм



Динамика снижения интенсивности боли по WOMAC, баллы



Потребность в НПВП и переносимость терапии Диафлекс **Хондро**

Терапия **Диафлексом Хондро** позволяет значительно снизить потребность в НПВП

Показатель	Диафлекс Хондро	Диацереин	Хондроитина сульфат	Значение Р
Количество принятых доз ибупрофена (400 мг) за 16 недель	13,58 ± 13,96	19,45 ± 15,19	27,03 ± 22,56	p = 0,0056

Переносимость терапии **Диафлекс Хондро** значительно лучше,
чем монотерапии диацереином



Новости

Индекс ATC / DDD

Обновления включены
в индекс ATC / DDD

Методология ATC / DDD

УВД

DDD

Списки временных УВД / DDD и изменений

Изменения ATC / DDD, сводные списки

Индекс и рекомендации ATC / DDD

Использование ATC / DDD

Курсы

Встречи / открытая сессия

Сроки

Ссылки

Почтовый адрес:
Сотрудничающий центр
ВОЗ по методологии
статистики
лекарственных средств
Норвежский институт
общественного
здравоохранения
Postboks 222 Skøyen
0213 Осло
Норвегия

[Новый поиск](#)

[Показать текст из рекомендаций](#)

Н **СИСТЕМНЫЕ ГОРМОНАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ИСКЛ. ПОЛОВЫЕ ГОРМОНЫ И ИНСУЛИНЫ**

H02 **КОРТИКОСТЕРОИДЫ ДЛЯ СИСТЕМНОГО ПРИМЕНЕНИЯ**

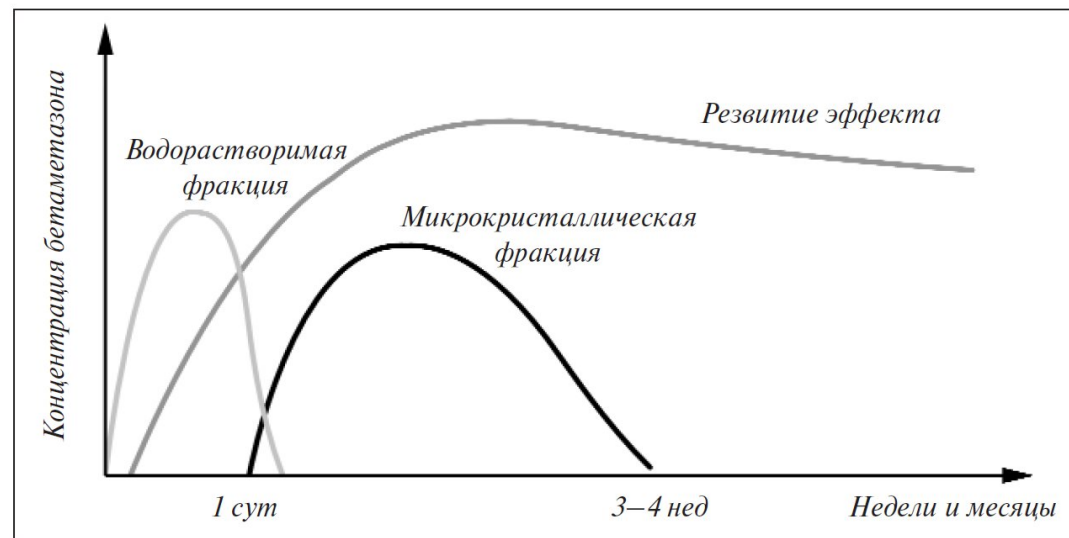
H02A **КОРТИКОСТЕРОИДЫ ДЛЯ СИСТЕМНОГО ПРИМЕНЕНИЯ,**

ОБЫЧНЫЕ H02AB **Глюкокортикоиды**

Код УВД	Имя	DDD	U	Adm.R	Примечание
H02AB01	бетаметазон	1.5	мг	O	
		1.5	мг	п	
		0,4	мг	п	депо

Особенности фармакокинетики

- Бетаметазона натрия фосфат (2 мг) хорошо растворим в воде, после внутримышечного введения быстро подвергается гидролизу и абсорбируется из места введения, что обеспечивает быстрое начало терапевтического действия. Практически полностью выводится в течение одного дня после введения
- Бетаметазона дипропионат (5 мг) медленно абсорбируется из депо, метаболизируется постепенно, что обуславливает длительное действие препарата, и выводится в течение более чем 10 дней



Бадокин В.В. Терапия пролонгированными кристаллическими глюкокортикоидами заболеваний опорно-двигательного аппарата. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013; 5 (2): 88-92. (В рус.)

Дипромета

- оказывает **противовоспалительное, иммунодепрессивное и противоаллергическое действие**
- подходит для внутримышечного, внутритканевого, внутрикожного, внутрисуставного, околосуставного, интрабурсального введения
- **применяется у взрослых и детей старше 3-х лет**
- выпускается в **преднаполненном шприце BD Нурак™**, оснащённом упорами для удобной фиксации в руке и системой Luer Lock для надежного крепления иглы
- **преднаполненный шприц более удобен в применении и исключает риск микробной контаминации** при проведении инъекции
- для проведения комплексной локальной терапии в объёме 2 мл и более – Дипромета в ампулах 1 мл №5
- в комплект входит **тонкостенная игла (21G, 0,8 x 40 мм) с лазерной заточкой острия** для максимально безболезненного введения суспензии
- в системе Luer Lock может быть зафиксирована игла любого нужного размера (G - 16, 18, 20, 21, 23, 25, 27)
- производится по стандартам **GMP**



Безопасность Дипрометы

Профиль безопасности пролонгированных ГК при локальном введении

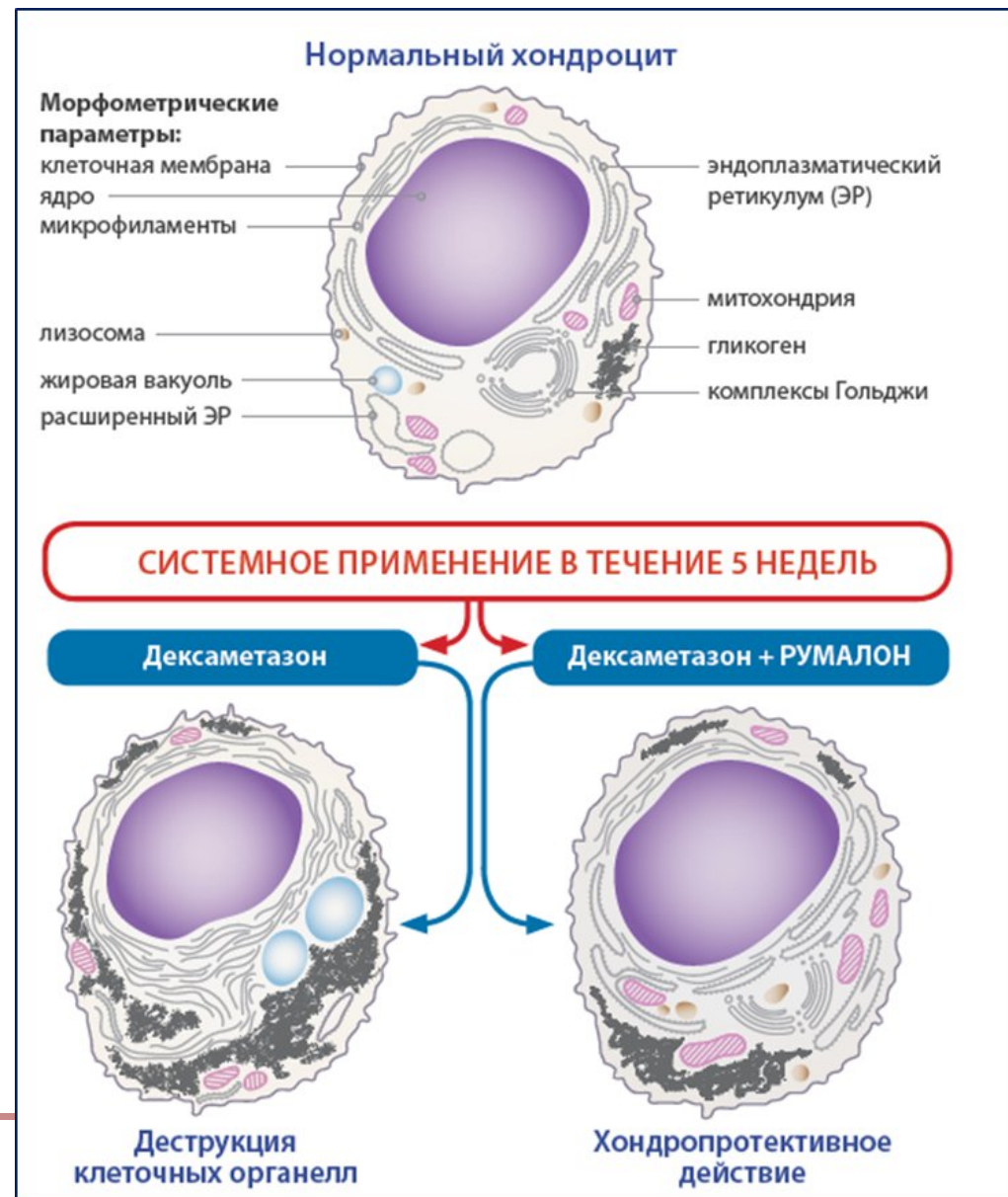
Препарат	Местнодистрофическое действие	Микрокристаллические реакции	Системное побочное действие
Триамцинолон	+	+	+
Метилпреднизолон	-	+	±
Бетаметазон	-	-	±

Особенность суспензии бетаметазона - малые размеры его кристаллов (5,3 мкм). Они в 3 раза меньше, чем у триамцинолона (кеналог, суспензия), и в 5 раз меньше, чем у метилпреднизолона.

Малые размеры кристаллов обеспечивают возможность использовать его интра- и периартикулярно, не вызывая кристаллического синовита или местно-дистрофических реакций в виде очагов депигментации, атрофии кожи и мышц, липодистрофии

В/м или в/с введение глюкокортикоидов нарушает синтетические, секреторные и энергетические возможности хондроцитов, приводит к увеличению доли погибших клеток или значительному снижению их работоспособности и негативному влиянию на структуру хряща в целом.

Одновременное применение РУМАЛОНА препятствует разрушению внутриклеточных структур и гибели клеток, которые возникают в результате применения глюкокортикоидов. Применение Румалона способствует сохранению нормальной морфологии и функции хондроцитов¹



Миотолид



МНН: толперизон + [лидокаин]

Форма выпуска: раствор для внутримышечного введения, ампулы 1 мл №5.

Фарм. группа: другие миорелаксанты центрального действия. Код АТХ: M03BX04

Состав на 1 мл:

• *действующие вещества:* толперизона гидрохлорид 100,00 мг и лидокаина гидрохлорида моногидрат – 2,50 мг.

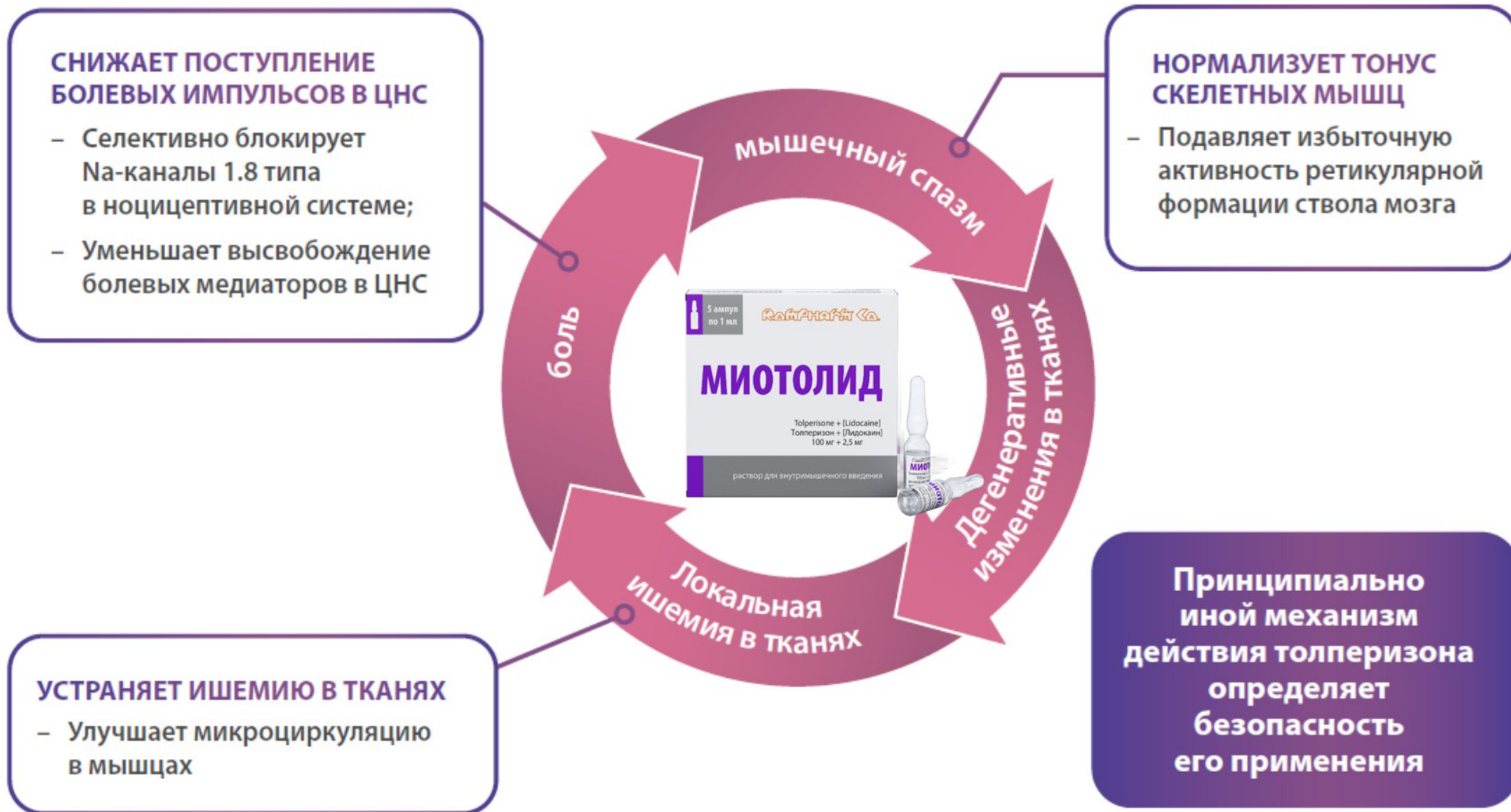
Показания к применению: для симптоматического лечения у взрослых пациентов:

- миофасциального болевого синдрома средней и тяжелой степени (в т.ч. мышечного спазма при дорсопатиях),
- спастичности, обусловленной инсультом.

Режим дозирования и способ применения: рекомендуемая доза - ежедневно внутримышечно по 1 мл (100 мг толперизона) 2 раза в сутки.

Миотолид

действует на основные компоненты
«порочного круга» боли



Миотолид

преимущества

- Стартовая терапия болевого синдрома с мышечным спазмом - инъекционная форма выпуска делает Миотолид незаменимым при состояниях, которые требуют быстрого терапевтического эффекта
- Обладает комплексным механизмом действия: миорелаксирующее + анальгезирующее
- Улучшает периферическое кровообращение
- Не оказывает седативного эффекта и не влияет на скорость реакции
- Не вызывает привыкания и мышечной слабости
- Нет клинически значимых лекарственных взаимодействий
- Хорошо переносится менее 1% побочных эффектов

Комбинированная терапия

Оптимально комбинировать
с Румалоном и Диафлексом Хондро –
не нужно корректировать дозы и курс лечения



Ревматология для практикующего врача

ВТОРОЕ ИЗДАНИЕ



Министерство
Здравоохранения
Российской Федерации

Клинические рекомендации

Коксартроз

Кодирование по Международной статистической классификации
болезней и проблем, связанных со здоровьем:
M16, M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.8,
M24.6, M24.7

Год утверждения (частота пересмотра):

2024

Пересмотр не позднее:

2026

ID:

870_3

Возрастная категория:

Взрослые, Дети

Специальности:

Разработчик клинической рекомендации:
Ассоциация ревматологов России, Ассоциация травматологов-
ортопедов России, Общероссийская общественная организация
Ассоциация реабилитологов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России



Министерство
Здравоохранения
Российской Федерации

Клинические рекомендации

Гонартроз

Кодирование по Международной статистической классификации
болезней и проблем, связанных со здоровьем:
M17, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9, M24.5

Год утверждения (частота пересмотра):

2024

Пересмотр не позднее:

2026

ID:

868_3

Возрастная категория:

Взрослые, Дети

Специальности:

Разработчик клинической рекомендации:
Ассоциация ревматологов России, Ассоциация травматологов-
ортопедов России, Общероссийская общественная организация
Ассоциация реабилитологов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России



Минист
Здравоо
Российской

Кли

Полиартроз (генерализованный остеоартрит)

Кодирование по Международной статистической классификации
болезней и проблем, связанных со здоровьем:
M15.1, M15.2, M15.3, M15.4, M15.5

Год утверждения (частота пересмотра):

2025

Пересмотр не позднее:

2027

ID:

258_2

Возрастная категория:

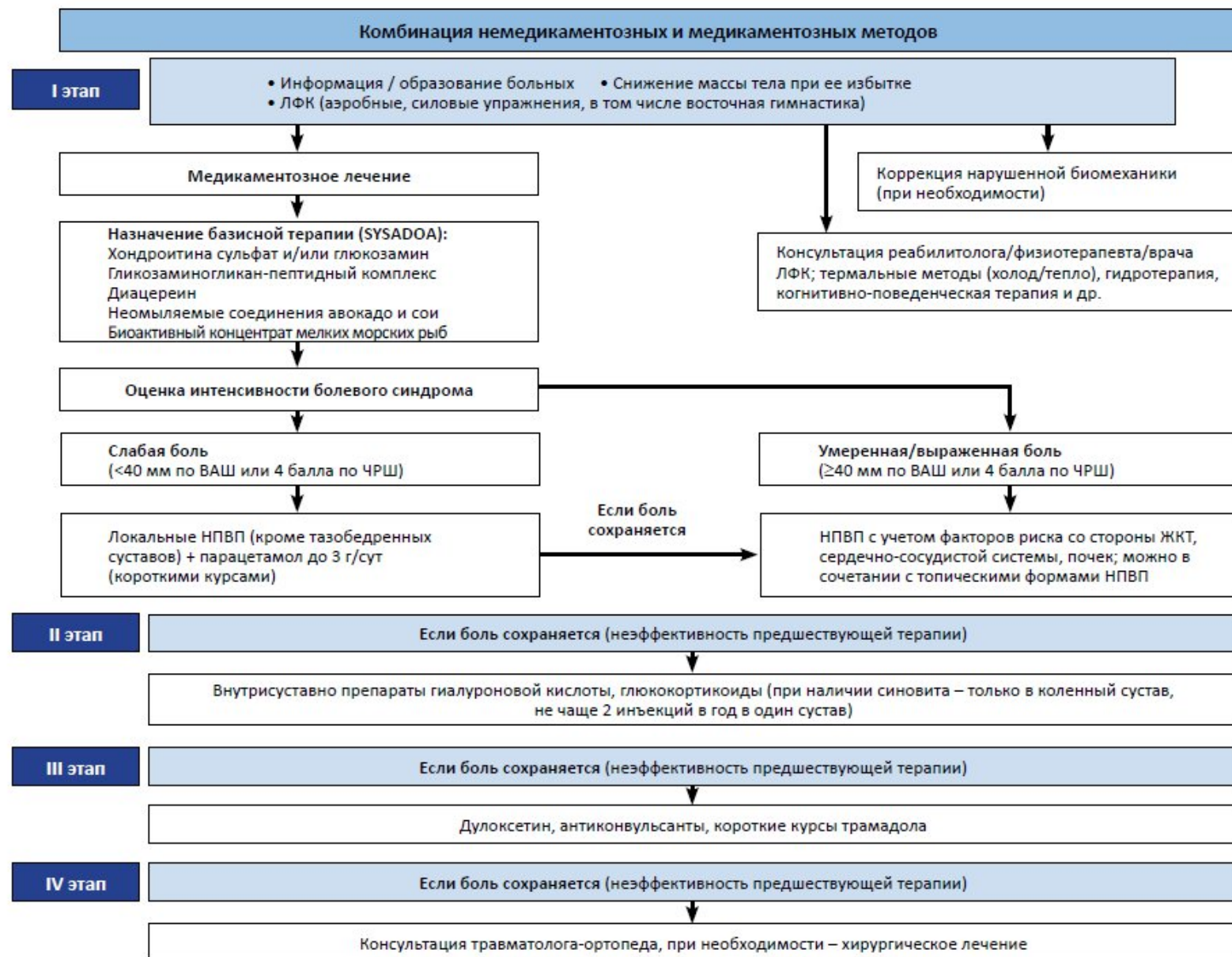
Взрослые

Специальности:

Разработчик клинической рекомендации:
Ассоциация ревматологов России, Ассоциация травматологов-
ортопедов России, Общероссийская общественная организация
Ассоциация реабилитологов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России

Алгоритм лечения пациента с ОА в реальной клинической практике



Примечание: ЛФК – лечебная физкультура, ВАШ – визуально-аналоговая шкала (100 мм), ЧРШ – числовая рейтинговая шкала (0–10 баллов), НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты, ЖКТ – желудочно-кишечный тракт.

**Компания Ромфарма
предлагает экспертные
решения для каждого этапа
лечения остеоартрита**

Ревматология для практикующего врача

ВТОРОЕ ИЗДАНИЕ



 Министерство Здравоохранения Российской Федерации Клинические рекомендации Коксартроз Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: M16, M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6, M16.7, M16.8, M24.6, M24.7 Год утверждения (частота пересмотра): 2024 Пересмотр не планируем: 2026 ID: 870.1 Возрастная категория: Взрослые, Дети Специальности: Разработчик клинической рекомендации: Ассоциация ревматологов России, Ассоциация травматолого- ортопедов России, Общероссийская общественная организация Ассоциация реабилитологов России Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России	 Министерство Здравоохранения Российской Федерации Клинические рекомендации Гонартроз Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: M17, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.8, M24.5 Год утверждения (частота пересмотра): 2024 Пересмотр не планируем: 2026 ID: 888.1 Возрастная категория: Взрослые, Дети Специальности: Разработчик клинической рекомендации: Ассоциация ревматологов России, Ассоциация травматолого- ортопедов России, Общероссийская общественная организация Ассоциация реабилитологов России Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России	 Министерство Здравоохранения Российской Федерации Клинические рекомендации Полиартроз (генерализованный остеоартрит) Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: M15.1, M15.2, M15.9, M15.4, M15.5 Год утверждения (частота пересмотра): 2023 Пересмотр не планируем: 2027 ID: 256.2 Возрастная категория: Взрослые Специальности: Разработчик клинической рекомендации: Ассоциация ревматологов России, Ассоциация травматолого- ортопедов России, Общероссийская общественная организация Ассоциация реабилитологов России Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава России
--	---	---

Компания Ромфарма
предлагает экспертные
решения для каждого этапа
лечения остеоартрита

Препараты Ромфарма для лечения пациента с ОА в реальной клинической практике

I этап

Назначение базисной терапии (SYSADOA):

- ✓ **Румалон®** — гликозаминогликан-пептидный комплекс
 - содержит 64,5% тканеспецифичного молодого хондроитина-4-сульфата и уникальный состав регуляторных пептидов, стимулирующий собственные процессы репарации хряща
 - обладает доказанным прямым и непрямым хондропротективным действием
 - быстро уменьшает боль в покое и при движении — **5-6 инъекция**, улучшает функцию суставов
 - обеспечивает возможность **отказаться от приема НПВП 65-70% пациентов**
- ✓ **Диафлекс** — диацереин
 - **ингибирует интерлейкин 1β**, блокирует синтез каскада провоспалительных цитокинов (ИЛ-6, ФНО-α, металлопротеиназ, оксида азота и других)
 - **стимулирует** продукцию **протеогликанов** и гиалуроновой кислоты в хряще
 - обеспечивает **длительный контроль боли и воспаления** - снижает частоту обострений
 - оказывает сопоставимое с НПВП обезболивающее действие при курсовой терапии
 - обладает **эффектом последействия** до 3 месяцев
- ✓ **Диафлекс Хондро** — **диацереин + хондроитина сульфат** — оригинальный комбинированный препарат
 - уникальное сочетание **ингибитора интерлейкина-1β диацереина** и **стимулятора репарации тканей хондроитина сульфата** оказывает синергичный терапевтический эффект - противовоспалительный и хондропротективный
 - результатами клинического исследования подтверждена превосходящая эффективность курсовой терапии препаратом Диафлекс Хондро по сравнению с применением каждого из компонентов



НПВП:

- ✓ **Лорнолиоф** — лорноксикам — начало действия через 20 минут, обезболивающий эффект усиливается эндогенным синтезом опиоидов, короткий период полувыведения — отсутствие накопительного эффекта
- ✓ **Тенолиоф** — теноксикам — длительное действие — период полувыведения 72 часа, эффект усиливается за счёт высокой концентрации в синовиальной жидкости, низкая липофильность — отсутствие кумулятивного эффекта



II этап

Внутрисуставное введение:

- ✓ **Дипромета** — бетаметазон
 - быстрое действие и длительный эффект за счёт двух фракций действующего вещества
 - для внутрисуставного, внутримышечного, околосуставного введения **взрослым и детям старше 3-х лет**
 - **преднаполненный шприц BD Нурак™** удобен в применении и исключает риск микробной контаминации при проведении инъекции
- ✓ **Гиалуром CS, Гиалуром Тендон, Гиалуром** — препараты гиалуроновой кислоты



МЕТОРТРИТ (Метотрексат)

- Ревматоидный артрит у взрослых пациентов;
- Полиартрит у пациентов с тяжелым ювенильным хроническим артритом в активной форме, не дающих адекватного ответа на терапию НПВП;
- Тяжелые генерализованные формы псориаза и псориатического артрита у взрослых пациентов, не отвечающих на обычную терапию.

Преимущества

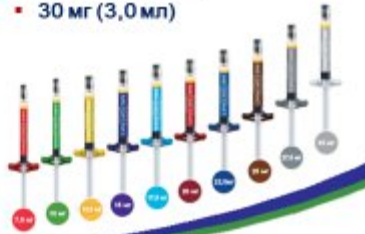
- выше и стабильнее биодоступность по сравнению с пероральным приёмом + выше эффективность
- более быстрое начало действия
- возможность эффективного использования более высоких доз - до 25 мг (не зависит от абсорбции в ЖКТ)
- ниже частота гастроинтестинальных побочных эффектов
- возможность внутримышечного и подкожного введения

Форма выпуска:

раствор для инъекций 10 мг/мл
в предварительно наполненных шприцах №1

Дозировки:

- 7,5 мг (0,75 мл),
- 10 мг (1 мл),
- 12,5 мг (1,25 мл)
- 15 мг (1,5 мл),
- 17,5 мг (1,75 мл)
- 20 мг (2,0 мл)
- 22,5 мг (2,25 мл)
- 25 мг (2,5 мл)
- 27,5 мг (2,75 мл)
- 30 мг (3,0 мл)



Производится в
Германии (Хаупт Фарма
Мюнстер)

Открытое многоцентровое исследование подтвердило высокую эффективность и хорошую безопасность препарата ЭЛАФРА у пациентов (n=347) с ревматоидным артритом и различной длительностью заболевания¹

Чимасова НВ. Оценка эффективности и переносимости лефлуномида (ЭЛАФРА) у больных ревматоидным артритом по данным открытого многоцентрового исследования. Научно-практическая ревматология. 2018;56(4):466-473

ЭЛАФРА

- Лефлуномид, таблетки, покрытые оболочкой 10 мг и 20 мг № 30
- Базисный противоревматический препарат - ингибитор дигидрооротатдегидрогеназы с антипролиферативным действием
- Показания к применению
активная форма ревматоидного артрита
псориатического артрита
- *Отличительная характеристика – инновационный стабилизатор – винная кислота, которая позволяет сохранить постоянство состава препарата в течение всего срока хранения*

Препараты для лечения остеопороза

ВИВАНАТ РОМФАРМ

ибандроновая кислота
раствор для внутривенного введения 1 мг/мл
в преднаполненном шприце 3 мл

Показания к применению:

- лечение постменопаузального остеопороза у женщин



Способ применения:

внутривенно болюсно 3 мл в течение
15-30 сек
1 раз в 3 месяца

25 мг + 200 мг, капсулы № 60 и 90

НОВИНКА!



2 МЛ №15
1 МЛ №25



КАПСУЛЫ 50 МГ
№30, 60 И 100



**Экспертные решения
для комплексной терапии
ревматических и
неврологических
заболеваний**

Rp:

Острый период

1. НПВП в/м 3-5 дней перевод таблетированные формы с учетом фактора риска ЖКТ, ССЗ и ХБП + иПП до купирования острых болей , затем по требованию.

2. Хондропротекторы в/м или peros (выбор пациента и врача) длительным курсом

3.Период стихающего обострения :

- хондропротекторы

Диацереин , или диацериин+хондропротектор

NB!

Курс терапии:

Рст 1-2 - не менее 4 мес - 2р/год

Рст 3-4 - неопределенно длительно в поддерживающей дозе

Модификация образа жизни и коррекция коморбидных состояний!!!



Спасибо за внимание!