

УДК 616.72-007.2-085:005.745(569.4)](06)

## Форум экспертов по ступенчатой терапии остеоартроза

Остеоартроз (ОА) является наиболее частой патологией суставов у человека и второй после сердечно-сосудистых заболеваний причиной инвалидизации населения пожилого возраста в западных странах [1]. В Украине артрозы занимают первое место (26,5 %) среди заболеваний костно-мышечной системы и соединительной ткани. В 2011 г. заболеваемость ОА составляла 227 661 человек (605,6 на 100 тыс. населения), что превышает показатель 2010 г. (594,6 на 100 тыс. населения) [2].

В связи с особенностями клинических проявлений ОА больные обращаются за лечебной помощью к специалистам различного профиля: ортопедам-травматологам, ревматологам, невропатологам, терапевтам, хирургам, каждый из которых должен знать о сущности заболевания, методах профилактики и лечения.

Ежегодные расходы, связанные с ОА, огромны, что ставит это заболевание в ряд актуальных медико-социальных проблем и требует разработки и выбора эффективных методов лечения на основе фактов доказательной медицины.

Научные данные об эффективности того или иного метода лечения ОА неоднозначны. В 2003, 2005 и 2007 гг. были опубликованы рекомендации Европейской антиревматологической лиги (EULAR) по ведению пациентов соответственно с ОА коленных, тазобедренных суставов и суставов кистей в виде 10–11 основных лечебных подходов. В 2008 г. представило рекомендации Международное сообщество по лечению остеоартрита (OARSI), в 2010 — Американская академия ортопедических хирургов (AAOS), в 2012 — Американская коллегия ревматологов (ACR).

С целью оптимизации текущей практики оказания медицинской помощи пациентам с ОА в Украине компания MSD организовала 26 апреля 2014 года в Тель-Авиве (Израиль) форум экспертов на тему «Ступенчатый подход к лечению пациентов с остеоартрозом». В нем приняли участие ведущие специалисты в области травматологии и ревматологии из разных регионов Украины и Израиля.

Целью форума была организация научной дискуссии, опирающейся на имеющиеся локальные и международные рекомендации, а также клинические исследования и опыт экспертов.

Результатом работы форума стало подписание резолюции, описывающей оптимальную схему лечения пациентов с ОА (нефармакологические, фармакологические и хирургические методы лечения). В разработке резолюции приняли участие ученые: Гнилорыбов А. М., Климовицкий В. Г., Корж Н. А., Коструб А. А., Полулях М. В., Рекалов Д. Г., Страфун С. С., Сулима В. С., Яременко О. Б. и другие.

Ниже приводятся основные положения резолюции. Оптимальная схема лечения должна включать нефармакологические, фармакологические и, при необходимости, хирургические методы лечения.

Нефармакологические методы лечения:

1. Пациенты должны иметь доступ к информации о целях лечения, необходимости изменения образа жизни, стимуляции активности, снижение веса и других мероприятиях, направленных на разгрузку поврежденного сустава.

2. Выполнение физических упражнений может способствовать уменьшению боли и более быстрому восстановлению работоспособности.

3. Пациенты с лишним весом должны быть проинструктированы о пользе похудения.

4. Определенным пациентам должна быть рекомендована трость или костыли.

5. Все пациенты должны получать рекомендации, касающиеся специальных поддерживающих средств (обувь, стельки, ортезы коленного сустава), использование которых может уменьшить боль и улучшить способность передвигаться.

Фармакологические методы лечения\*:

1. Парацетамол можно применять для купирования невыраженной боли.

2. В случае выраженного болевого синдрома пациенту рекомендовать нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) — как традиционные, так и представляющие современный класс (селективные ингибиторы ЦОГ-2 — коксибы).

НПВП должны быть использованы в наименьшей эффективной дозе. По возможности следует избегать их длительного применения. Нимесулид не рекомендуется для лечения ОА.

В случае повышенного риска развития желудочно-кишечных осложнений в качестве препаратов выбора рекомендовать селективные ингибиторы ЦОГ-2. Альтернативой могут выступать традиционные НПВП, но лишь в комбинации с ингибитором протонной помпы (ИПП).

В группу повышенного риска развития желудочно-кишечных осложнений включать таких пациентов:

- в возрасте старше 65 лет;
- принимающих высокие дозы НПВП;
- имеющих язву желудка в анамнезе;
- постоянно принимающих аспирин, глюкокортикостероиды либо антикоагулянты.

Пациентам, у которых выявлены факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, назначать НПВП следует с осторожностью, причем неважно, идет ли речь о традиционных НПВП или селективных ингибиторах ЦОГ-2. Исключение составляет рофекоксиб, прием которого в таких случаях следует исключить.

Пациенты с ишемической болезнью сердца или инсультом в анамнезе, а также перенесшие аорто-коронарное шунтирование, должны избегать применения НПВП.

Также НПВП следует с осторожностью назначать пациентам с неконтролируемой артериальной гипертензией, т. к. данный класс препаратов может вызывать гипертензию (как непосредственно, так и через влияние на эффект антигипертензивных средств).

\* Перед назначением медикаментозной терапии, рассматриваемой в настоящей публикации, компания MSD просит ознакомиться с полным текстом инструкции для получения точной информации или данных по продуктам.

3. НПВП для местного применения могут использоваться в качестве альтернативной терапии и для усиления эффекта от применения анальгетиков внутрь.

4. Внутрисуставные инъекции длительно действующих глюкокортикоидов показаны при обострениях болей. Их применение особенно эффективно в тех случаях, когда у пациентов отмечаются среднетяжелые или тяжелые боли, при которых не удается добиться удовлетворительного результата с помощью двухнедельного применения НПВП. Также такие инъекции показаны пациентам с артрозом коленного сустава при наличии внутрисуставного выпота или других клинических симптомов местного воспаления.

С целью снижения риска развития постинъекционного кристаллического синовита и атрофии кожи над местом введения предпочтение следует отдавать комбинации быстродействующей и пролонгированной формы бетаметазона. Соблюдение правильной частоты инъекций — не чаще 4 раз в год с минимальным интервалом между инъекциями 3 мес. — позволяет избежать какого-либо негативного воздействия на хрящевую ткань сустава. Имобилизация после инъекции на 24 часа способствует увеличению хондропротекторного эффекта.

5. Применение глюкозамина и/или хондроитина сульфата, по последним данным, не имеет однозначной доказательной базы, а это означает, что данный метод терапии может использоваться лишь на усмотрение лечащего специалиста.

6. Внутрисуставные инъекции гиалуроновой кислоты могут быть рекомендованы пациентам с недостаточным эффектом от проводимого консервативного лечения.

#### Хирургические методы лечения

1. При отсутствии положительной динамики от консервативного лечения у пациентов с ОА (I–II ст.) показано артроскопическое вмешательство (дебридмент) с последующим введением препаратов гиалуроновой кислоты.

2. Остеотомию и другие хирургические методики, позволяющие сохранить сустав, также следует рассматривать как методы выбора при лечении молодых пациентов с артрозом крупных суставов, сопровождающимся клинической симптоматикой, особенно в случае дисплазии.

3. Если у пациентов с артрозом тазобедренного и коленного сустава не было достигнуто адекватного уменьшения боли, а также улучшения функционального состояния на фоне комбинированного нефармакологического и фармакологического лечения, то следует оценить возможность проведения хирургического лечения с установкой эндопротеза сустава. Такая операция обычно успешна и характеризуется хорошим показателем эффективности затрат на лечение у пациентов, у которых, несмотря на проводимое консервативное лечение, сохраняются выраженные симптомы и/или функциональная инвалидность, значимо снижающая качество жизни.

#### Список литературы

1. Hakim A. J. Oxford Handbook of Rheumatology / A. J. Hakim, P. R. Clunie, I. Haq. — 2<sup>nd</sup> ed. — Oxford: Oxford University Press, 2006. — 640 p.
2. Коваленко В. М. Ревматичні захворювання в Україні: стан проблеми та шляхи вирішення / В. М. Коваленко // Український ревматологічний журнал. — 2012. — № 3 (49). — С. 84–86.

*Корж Н. А. (г. Харьков)*