



Суставной синдром Дифференциальная диагностика. Подходы к лечению

Смульская О.А.

**ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, кафедра ОВП
СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25»**



Эпидемиология ревматических заболеваний в РФ: 2013-2017 гг.

Болезни костно-мышечной системы по распространенности занимают **3-е место** после болезней органов дыхания и заболеваний ССС в РФ в 2017 г. зарегистрировано случаев болезней КМС **14 169** на **100 000** населения

Заболевание	Заболеваемость на 100 000 населения (2017 г.)	Рост заболеваемости за 5 лет (2010-2017 гг.)
Остеоартроз	3 670,4	+3,7%
Ревматоидный артрит	256,9	+ 4,9%
Спондилопатии (анкилозирующий спондилит, спондилез и др.)	99,3	+ 23,0%
СЗСТ	48,9	+ 1,9%
Реактивные артропатии	35,4	- 17,3%
Псориатический артрит	16,6	+ 10,3%

Эпидемиология ревматических болезней (XIII класс) в России

Данные эпидемиологического исследования
НИИ Ревматологии МЗ РФ (2000-2011 гг.)

Распространенность среди взрослого населения составляет:

- Артралгий 39,5%
- Артритов 26%

Ревматические заболевания

Ревматические заболевания входят в XIII класс по МКБ X пересмотра — «Болезни костно-мышечной системы»

По заболеваемости на 100 тыс. населения БКМС занимают **3-е место** после болезней органов дыхания и системы кровообращения

За каждые **5 лет** отмечается **рост** заболеваемости БКМС в РФ в среднем на **8%**, при расчете на 100.000 населения — **7%**

**Ошибки диагностики суставного синдрома
встречаются с частотой от 20% до 67%**

Белицкая Г.А., 1991 г.

**Диагноз ревматоидного артрита врачи-
неревматологи
правильно устанавливают лишь в 20% случаев**

Галушко Е.А., 2013

Суставной синдром — это симптомокомплекс, возникающий при поражении суставов и околоуставных мягких тканей, включающий:

- **Боль**
- Припухлость
- Деформацию
- Дефигурацию
- Скованность
- Ограничение движений

Группы заболеваний, сопровождающихся суставным синдромом

- Ревматические болезни
- Эндокринные болезни
- Болезни ЖКТ
- Болезни органов дыхания
- Болезни системы кровотока
- Неврологические заболевания
- Онкологические заболевания

Ревматические заболевания

ОРЛ
ХРБС
(бывший ревматизм)

Артрологические болезни

Воспалительные артриты:

- Ревматоидный артрит
- Спондилоартриты (АС, ПСА, артриты на фоне ВЗК, реактивные)

Микрокристаллические артриты

- Подагра,
- Хондрокальциноз,
- Гидроксиапатитовая артропатия)

Артриты, связанные с инфекцией

- Бактериальные,
- Вирусные,
- Реактивные

Остеоартроз (остеоартрит)

Системные поражения соединительной ткани

- Системная красная волчанка
- Системная склеродермия,
- Дерматомиозит/полимиозит
- Болезнь Шегрена
- Смешанное заболевание соединительной ткани

Системные васкулиты

- Гигантоклеточный артериит
- Неспецифический аортоартериит
- Узелковый полиартериит
- АНЦА-ассоциированные васкулиты (ГПА, ЭГПА, МПА)
- Облитерирующий тромбангиит
- Болезнь Бехчета и др.

ОРЛ и ХРБС

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) — постинфекционное осложнение тонзиллита (ангины) или фарингита, вызванных бета-гемолитическим стрептококком группы А (БГСА), в виде системного воспалительного заболевания соединительной ткани с преимущественной локализацией в сердечно-сосудистой системе (кардит), суставах (мигрирующий полиартрит), мозге (хорея) и коже (кольцевидная эритема, ревматические узелки), развивающегося у предрасположенных лиц, главным образом молодого возраста (7-15 лет), в связи с аутоиммунным ответом организма на антигены стрептококка и их перекрестной реактивностью со схожими аутоантигенами перечисленных поражаемых тканей человека (феномен молекулярной мимикрии)

**Заболеваемость ОРЛ и ХРБС в РФ
на 100 тыс. населения в 2014 г.**

Возраст Нозология	0-14 лет	Все население
	ОРЛ	1,8
ХРБС	11,8	118,4

Ревматические заболевания

ОРЛ
ХРБС
(бывший ревматизм)

Артрологические болезни

Воспалительные артриты:

- Ревматоидный артрит
- Спондилоартриты (АС, ПСА, артриты на фоне ВЗК, реактивные)

Микрористаллические артриты

- Подагра,
- Хондрокальциноз
- Гидроксиапатитовая артропатия)

Артриты, связанные с инфекцией

- Бактериальные
- Вирусные
- Реактивные

Остеоартроз (остеоартрит)

Системные поражения соединительной ткани

- Системная красная волчанка
- Системная склеродермия,
- Дерматомиозит/полимиозит
- Болезнь Шегрена
- Смешанное заболевание соединительной ткани

Системные васкулиты

- Гигантоклеточный артериит
- Неспецифический аортоартериит
- Узелковый полиартериит
- АНЦА-ассоциированные васкулиты (ГПА, ЭГПА, МПА)
- Облитерирующий тромбангиит
- Болезнь Бехчета и др.

Ревматоидный артрит (РА)

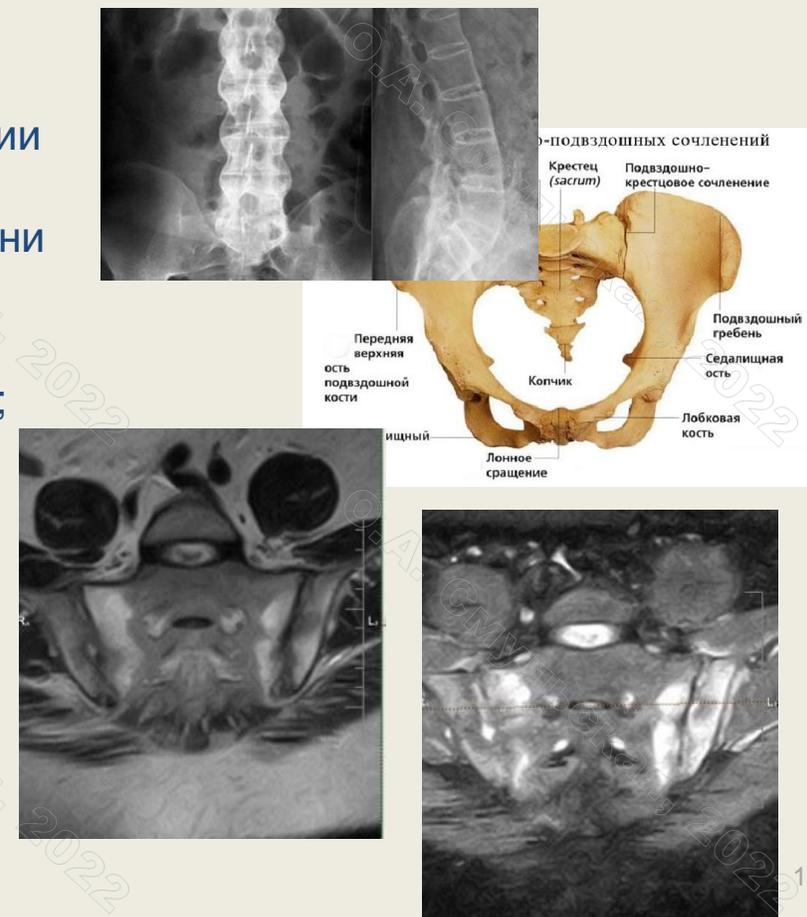
— иммуновоспалительное ревматическое заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся хроническим эрозивным артритом и системным поражением внутренних органов



Спондилоартриты (СпА)

(АС, ПсА, РеА, СпА, ассоциированный с ВЗК)

- Группа хронических воспалительных заболеваний позвоночника, суставов, энтезисов, характеризующаяся общими клиническими, рентгенологическими и генетическими особенностями
- **Общие клинические особенности:** воспалительная боль в спине, синовит (асимметричный с преимущественным поражением суставов нижних конечностей), дактилит, боли в местах прикрепления сухожилий, суставных капсул, связок к кости (энтезит)
- **Общие рентгенологические особенности:** сакроилиит по данным рентгенографии или МРТ (активные воспалительные изменения в КПС с отеком костного мозга (остеитом), характерным для сакроилиита при СпА, пролиферация костной ткани в области суставов и энтезитов)
- **Общие генетические особенности:** повышенная ассоциация с различными генами, из которых наиболее часто встречающимся является антиген HLA B27; наличие у родственника 1-й или 2-й линии родства любого заболевания из перечисленных далее:
 - Анкилозирующий спондилит
 - Псориаз (подтвержденный дерматологом)
 - Увеит (подтвержденный офтальмологом)
 - Хроническое воспалительное заболевание кишечника (НЯК, Б. Крона), документально подтвержденное)
 - Недифференцированный СпА



Псориатический артрит (ПсА)

— хроническое иммуноопосредованное воспалительное заболевание костно-суставной системы, которое часто развивается у пациентов с кожным псориазом

В клинической картине чаще воспаление периферических суставов (артрит), энтезисов (энтезит), сухожилий пальцев кистей и стоп (теносиновит, дактилит)



Реактивные артриты

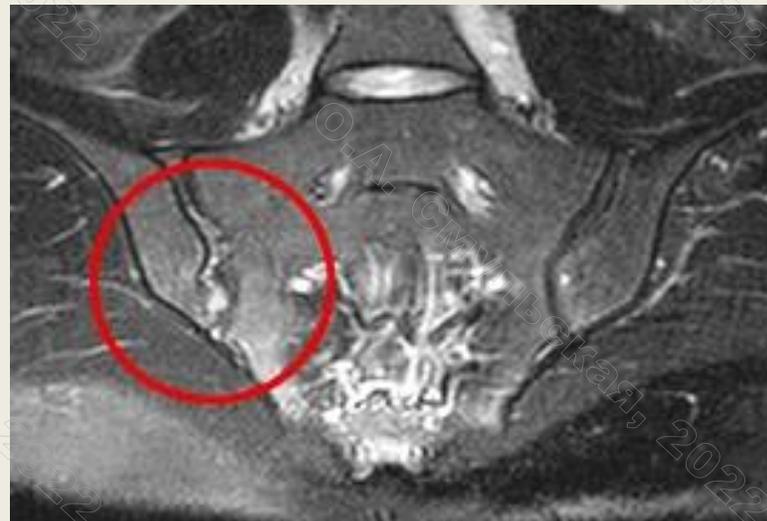
— воспалительные заболевания суставов, развивающиеся вскоре (через 4-6 недель) после острой инфекции кишечной или урогенитальной чаще у генетически предрасположенных (носителей HLA — B27) лиц

Кишечная инфекция:

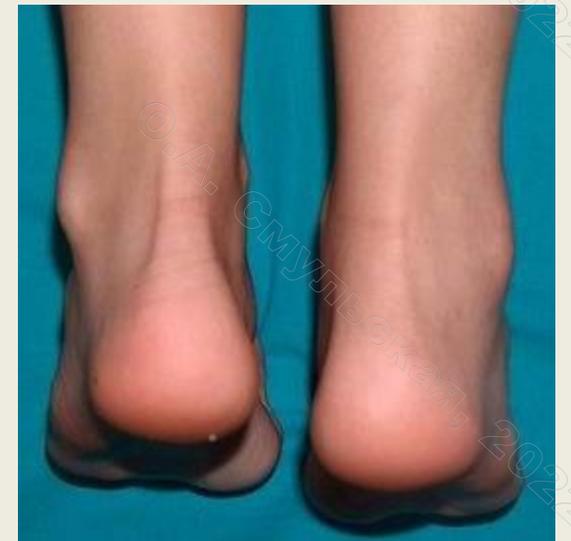
- *Yersinia pseudotuberculosis*
- *Yersinia enterocolitica* (серотипы O3, O8, O9)
- *Salmonella enteritidis*
- *Salmonella typhimurium*
- *Campylobacter jejuni*
- *Shigella flexneri*

Урогенитальная инфекция:

- *Chlamydia trachomatis*



- Уретрит (энтероколит)
- Артрит
- Кератоконъюнктивит



Подагра

— хроническое аутовоспалительное системное тофусное заболевание из группы микрокристаллических артритов, характеризующееся отложением кристаллов моноурата натрия в различных органах и тканях и развивающимся в связи с этим воспалением у лиц с гиперурикемией, обусловленной внешнесредовыми и/или генетическими факторами



Острый подагрический артрит: **острая боль высокой степени выраженности до 100 мм по ВАШ** «простынная боль», выраженный отек, гиперемия, нарушение функции



Кристаллы моноурата натрия «обоюдоострые игольчатые»

Болезнь депонирования кристаллов пирофосфата кальция (псевдоподагра, хондрокальциноз)

— заболевание, обусловленное образованием и отложением в суставном хряще кристаллов ПФК и развивающимся в результате воспалением иммунного характера

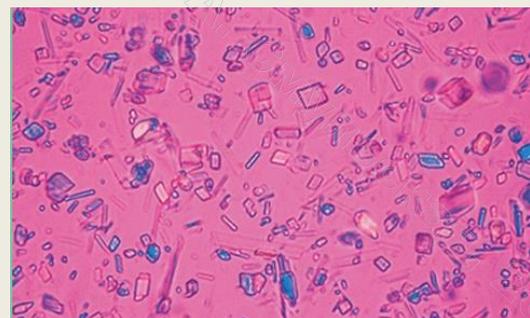
Хондрокальциноз — рентгенологический признак БДПК, характеризующийся наличием кальциноза гиалинового хряща



Хондрокальциноз



Кристаллы пирофосфата кальция, ромбовидные



Инфекционный артрит

— воспалительное заболевание суставов бактериальной, вирусной, паразитарной или грибковой этиологии

- Инфекционный артрит может поражать различные суставы

Характерны

- Местные проявления (припухлость, гиперемия, гипертермия, болезненность, ограничения движения в суставе)
- Общие симптомы (лихорадка, ознобы, интоксикационный синдром)
- Возбудители бактериальные: стафилококк, гемофильная палочка, др. грамотрицательные м/о, стрептококк
- Специфические бактериальные возбудители: гонококк, туберкулез, бледная трепонема
- Вирусы: ВИЧ, краснуха, гепатит В,С, SARS-CoV2
- Грибки



Туберкулез

Поражение суставов и костей — вариант гематогенного распространения инфекции из первичного очага

- Наиболее частые локализации процесса — тела позвонков (3-5 поясничные, 9-12 грудные позвонки), характерно поражение 2-х позвонков — туберкулезный спондилит
- Крупные суставы: коленный, тазобедренный, голеностопный
- Заболевание протекает по типу хронического моноартрита (синовита)
- Клинические особенности: холодное воспаление, атрофия мышц, ограничение подвижности
- Рентгенологически: остеопороз с очагами деструкции
- Диф. диагноз с асептическим некрозом, фиброзной остеодисплазией, костной кистой, остеонидной остеомой, эозинофильной гранулемой, остеобластокластомой, неспецифическим остеомиелитом



Сифилис

Поражение суставов встречается чаще в **третичном периоде (20-30%)**

Чаще — сифилитический остеоартрит с выраженными гиперпластическими реакциями: грубые периостальные наросты вблизи суставной щели и экстраартикулярно, выражен гиперостоз надколенника, эпифизарный или метафизарный конец кости утолщается, становится неуклюжим, развивается обезображивающий остеоартрит с выраженной деформацией сустава. Анкилоз сустава нетипичен. Функция сустава почти не страдает

Особенность сифилитических остеоартритов — несоответствие между большими разрушениями костей сустава на рентгенограмме и относительно сохранной функцией сустава, сравнительно малой болезненностью и хорошим общим состоянием больного



Сифилитический артрит, 34 г.

Особенности вирус-ассоциированных артритов

- Вирусные инфекции являются общепризнанной причиной острой артралгии и артрита
- Вирусная этиология является причиной примерно 1% всех случаев острого артрита
- Во всем мире парвовирус В19, гепатиты В и С, ВИЧ и альфаавирусы являются наиболее важными причинами вирус-опосредованного артрита
- Целенаправленное серологическое тестирование может иметь значение при установлении диагноза
- Аутоантитела с низким титром, такие как РФ и АНА, могут появляться при остром вирусном артрите
- Требуется тщательное рассмотрение эпидемиологических, клинических и серологических особенностей при принятии решения о диагностике и лечении
- Большинство артритов, опосредованных вирусами, проходят самостоятельно, некоторые из них требуют начала специфической противовирусной терапии

Варианты вирус-ассоциированного суставного синдрома

Острый, проходящий самопроизвольно

- Вирус вызывает недолгую инфекцию и выживает, переходя к другому хозяину
- Респираторные вирусы, парвовирус В19, вирус краснухи

Хронический

- Вирусы вызывают длительную инфекцию после первичной стадии
- Вирусы гепатита «В» и «С», ВИЧ

Латентный с возможностью реактивации

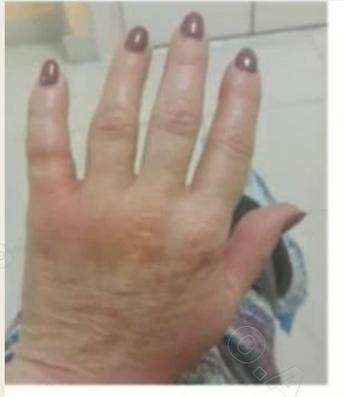
- Герпесвирусная инфекция Varicella Zoster

Спектр симптомов артрита, связанных с вирусными инфекциями

Infection	Артралгия и/или миалгия	Острый, самопроходящий артрит	Хронический артрит
Coronaviruses ^a	Frequently reported	Not reported	Not reported
Influenza	Frequently reported	Not reported	Not reported
Parovirus B19	Sometimes reported	Frequently reported	Not reported
Rubella	Sometimes reported	Frequently reported	Not reported
Hepatitis B	Sometimes reported	Frequently reported	Not reported
Hepatitis C	Sometimes reported	Sometimes reported	Frequently reported
Alphaviruses ^b	Sometimes reported	Sometimes reported	Frequently reported

■ Frequently reported
 ■ Sometimes reported
 ■ Not reported

Ревматические проявления коронавирусной инфекции



Наблюдение Трофимова Е.А.

SARS-COV-2

- Артралгия — 15%
- Миалгия — 44%

MERS-COV

- Артралгия и миалгия — 32%

SARS-COV

- Артралгия — 11%
- Миалгия — 49-68%

1. Marks M, Marks JL, et al. Viral arthritis. *Clin. Med.* 2016;16:129—134
2. Friedman N, et al. Human coronavirus infections in Israel: epidemiology, clinical symptoms and summer seasonality of HCoV-HKU1. *Viruses.* 2018;10:515.
3. Guan W-J, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N. Engl. J. Med.* 2020;382:1708—1720.
4. Christian MD, Poutanen SM, Loutfy MR, Muller MP, Low DE. Severe acute respiratory syndrome. *Clin. Infect. Dis.* 2004;38:1420—1427
5. Li S, et al. Symptom combinations associated with outcome and therapeutic effects in a cohort of cases with SARS. *Am. J. Chin. Med.* 2006;34:937—947.
6. Memish ZA, Perlman S, Van Kerkhove MD, Zümula A. Middle East respiratory syndrome. *Lancet.* 2020;395:1063—1077.

Суставной синдром при COVID-19

Острая фаза

Артралгии
ГСС, КС, грудинно-
реберные сочленения,
позвоночник

Миалгии
Мышцы голеней, бедер

3-6 недель от начала болезни

Острый артрит,
напоминающий РеА

Сильная боль
Припухлость
Покраснение
Лихорадка фебрильная

Постковидный период

Дебют клинических
проявлений
или обострение
остеоартрита

Возможно обострение
ревматических
заболеваний (эффект
отмены БТ)

Остеоартрит

— заболевание суставов, характеризующееся **клеточным стрессом и деградацией** экстрацеллюлярного матрикса, возникающих при макро- и микрповреждениях, при этом **активируются ненормальные адаптивные восстановительные ответы**, включая **провоспалительные пути иммунной системы**

Первоначально изменения происходят **на молекулярном уровне** с последующими **анатомическими и физиологическими нарушениями** (деградация хряща, ремоделирование кости, образование остеофитов, воспаление, потеря нормальной функции сустава), приводящими к развитию заболевания



Ревматические заболевания

ОРЛ
ХРБС
(бывший ревматизм)

Артрологические болезни

Воспалительные артриты:

- Ревматоидный артрит
- Спондилоартриты (АС, ПСА, артриты на фоне ВЗК, реактивные)

Микрокристаллические артриты

- Подагра,
- Хондрокальциноз
- Гидроксиапатитовая артропатия)

Артриты, связанные с инфекцией

- Бактериальные
- Вирусные
- Реактивные

Остеоартроз (остеоартрит)

Системные поражения соединительной ткани

- Системная красная волчанка
- Системная склеродермия,
- Дерматомиозит/полимиозит
- Болезнь Шегрена
- Смешанное заболевание соединительной ткани

Системные васкулиты

- Гигантоклеточный артериит
- Неспецифический аортоартериит
- Узелковый полиартериит
- АНЦА-ассоциированные васкулиты (ГПА, ЭГПА, МПА)
- Облитерирующий тромбангиит
- Болезнь Бехчета и др.

Системная красная волчанка (СКВ)

— системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, патогенетически связанное с такими нарушениями иммунорегуляции, которые являются причиной гиперпродукции широкого спектра органонеспецифических аутоантител к различным компонентам ядра и иммунных комплексов, вызывающих иммуновоспалительное повреждение тканей и нарушения функций внутренних органов



Системная склеродермия (прогрессирующий системный склероз)

— полиорганное заболевание, в основе которого лежат иммунные нарушения и вазоспастические сосудистые реакции по типу феномена Рейно, сопровождающиеся активацией фиброобразования и избыточным отложением компонентов внеклеточного матрикса (коллагена) в тканях и органах



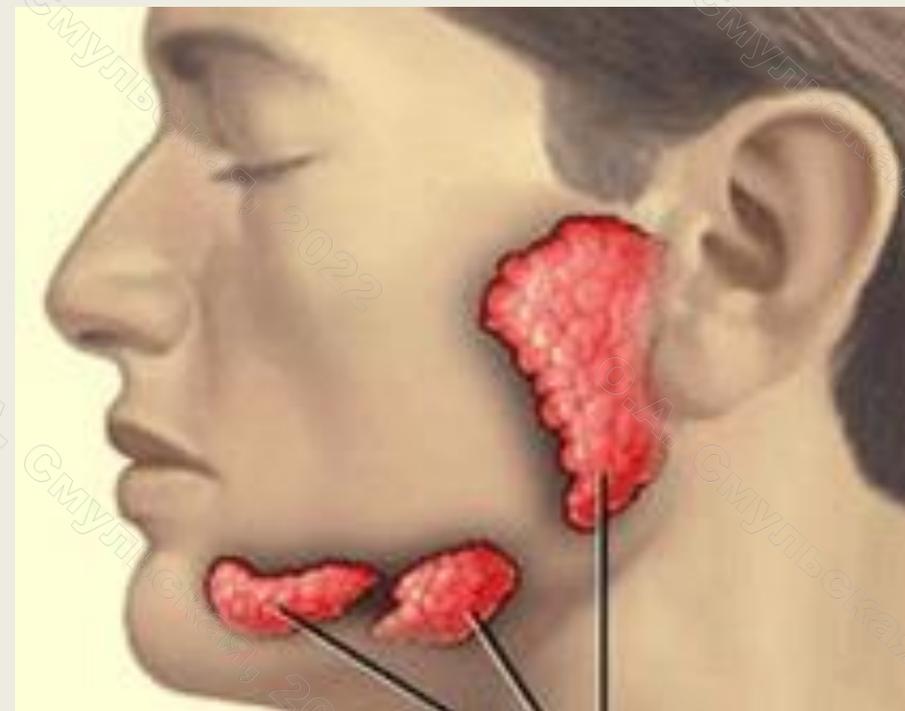
Полимиозит, дерматомиозит

— системное поражение соединительной ткани из гетерогенной группы аутоиммунных заболеваний, характеризующихся воспалительным поражением поперечно-полосатой мускулатуры, с развитием прогрессирующей мышечной слабости



Болезнь (синдром) Шегрена

— аутоиммунное системное ревматическое заболевание, характеризующееся вовлечением в патологический процесс желез внешней секреции, главным образом слюнных и слезных, и хроническим прогрессирующим течением



ВАСКУЛИТ — патологический процесс, характеризующийся воспалением и некрозом сосудистой стенки, приводящий к ишемическим изменениям органов и тканей, кровоснабжающихся соответствующими сосудами (Семенова Е.Н., 1988)

Классификация системных васкулитов, СНСС 2012

- **Васкулиты с поражением сосудов крупного калибра**

- Гигантоклеточный артериит
- Артериит Такаясу

- **Васкулиты с поражением сосудов среднего калибра**

- Узелковый полиартериит
- Болезнь Kawasaki

- **Васкулиты с поражением мелких сосудов**

- **АНЦА-ассоциированные васкулиты**

- Микроскопический полиангиит
- Гранулематоз с полиангиитом (Вегенера)
- Эозинофильный гранулематоз с полиангиитом (Чарга-Стросс)

- **Иммунокомплексные васкулиты**

- Синдром Гудпасчера (Болезнь антител базальных мембран — anti GBM disease)
- Пурпура Шенляйн-Геноха (IgA-васкулит)
- Криоглобулинемический васкулит
- Гипокомплементемический уртикарный васкулит (анти C1q васкулит)

- **Смешанные состояния**

- Синдром Когана
- Болезнь Бехчета

- **Моноорганные васкулиты** (кожный, ЦНС и др.)

- **Васкулиты, ассоциированные с другими болезнями** (РА, СКВ, саркоидоз и др.)

- **Васкулиты, ассоциированные с вероятным этиологическим фактором** (HBV, HCV, медикаменты, злокачественные опухоли и др.)

Фибромиалгия

Состояние, характеризующееся синдромом генерализованной боли, а также наличием

- Усталости
- Когнитивных нарушений
- Аффективных симптомов
- Множественных соматических симптомов

«Портрет» пациента с ФМ

- Не работают
- Большой объем медицинских документов
- Недоверие к врачам (плохой и очень плохой)
- Очень подробный рассказ о заболевании
- Яркое описание симптомов
- Посещение врача парами (жена-муж, родитель-взрослый ребенок)
- Мужчины болеют более упорно и тяжело



Жалобы

Боль — ведущий признак суставного синдрома

Источники болей:

- Суставы (артралгии)
- Мышцы (миалгии)
- Связки и сухожилия
- Энтезисы — места прикрепления сухожилий и связок к кости (энтезиты)

Типы боли при суставном синдроме

1. Воспалительный

- Усиливается во вторую половине ночи и по утрам
- Сопровождается утренней скованностью

2. Механический

- Возникает при смене положения тела
- Усиливается к концу дня и при физической нагрузке
- Стихает в покое к утру

3. Постоянный

- Сохраняется днем и ночью
- Резко усиливается ночью

Типы боли при суставном синдроме

Воспалительный

- РА, ИЮХА, ЮРА
- Спондилоартриты (Аксиальный СпА, ПсА, РеА, артриты на фоне ВЗК)
- Ревматический артрит
- Подагра
- СПСТ
- Васкулиты
- Инфекционный артрит

Механический

- Остеоартрит

Постоянная

- Опухоли костей
- Метастазы в кости
- Асептический некроз

Типы боли при ОА

Ноцицептивная

Активация ноцицепторов при травме, воспалении, ишемии, отеке: воспаление, спазм мышц, артралгии, ожог

Нейропатическая

Результат поражения соматосенсорной нервной системы

Дисфункциональная

Результат дисфункции болевых систем: нет воспаления, нет поражения соматосенсорной нервной системы
Есть психическое расстройство

Характеристика нейропатической боли

- Онемение
- Жжение
- Покалывание
- Зуд
- Ползание мурашек
- Прострел ударом тока

Алгоритм диагностики:

Подход 3-х «С»:

- Слушать
- Смотреть
- Соотнести

Распространенность суставного синдрома

Моноартрит (один сустав)	Олигоартрит (2-3-х суставов или групп суставов)	Полиартрит (более 3-х суставов или групп суставов)
ИЮХА, ЮРА	Ревматоидный артрит (в дебюте)	Ревматоидный артрит
Псориатический артрит (в дебюте)	Спондилоартриты	Ревматический артрит
Подагра (в дебюте)	Инфекционные артриты	Подагра
Инфекционный артрит	Паранеопластические артриты	Паранеопластические артриты

Симметричность суставного синдрома

Симметричный	Асимметричный	Мигрирующий
Ревматоидный артрит	Спондилоартриты: Акс СПА, АС, ПСА, РеА, Артриты на фоне ВЗК	Ревматический артрит
Артриты при СПСТ	Подагра	Подагрический артрит
	Инфекционные артриты	Артрит, связанный с вирусной инфекцией
	Паранеопластические артриты	
	Остеоартрит	

Локализация суставного синдрома

Мелкие суставы кистей:

- Остеоартрит узелковый (ДМФС, ПМФС)
- Ревматоидный артрит (ПФС, ПМФС)
- СПСТ

Мелкие суставы стоп:

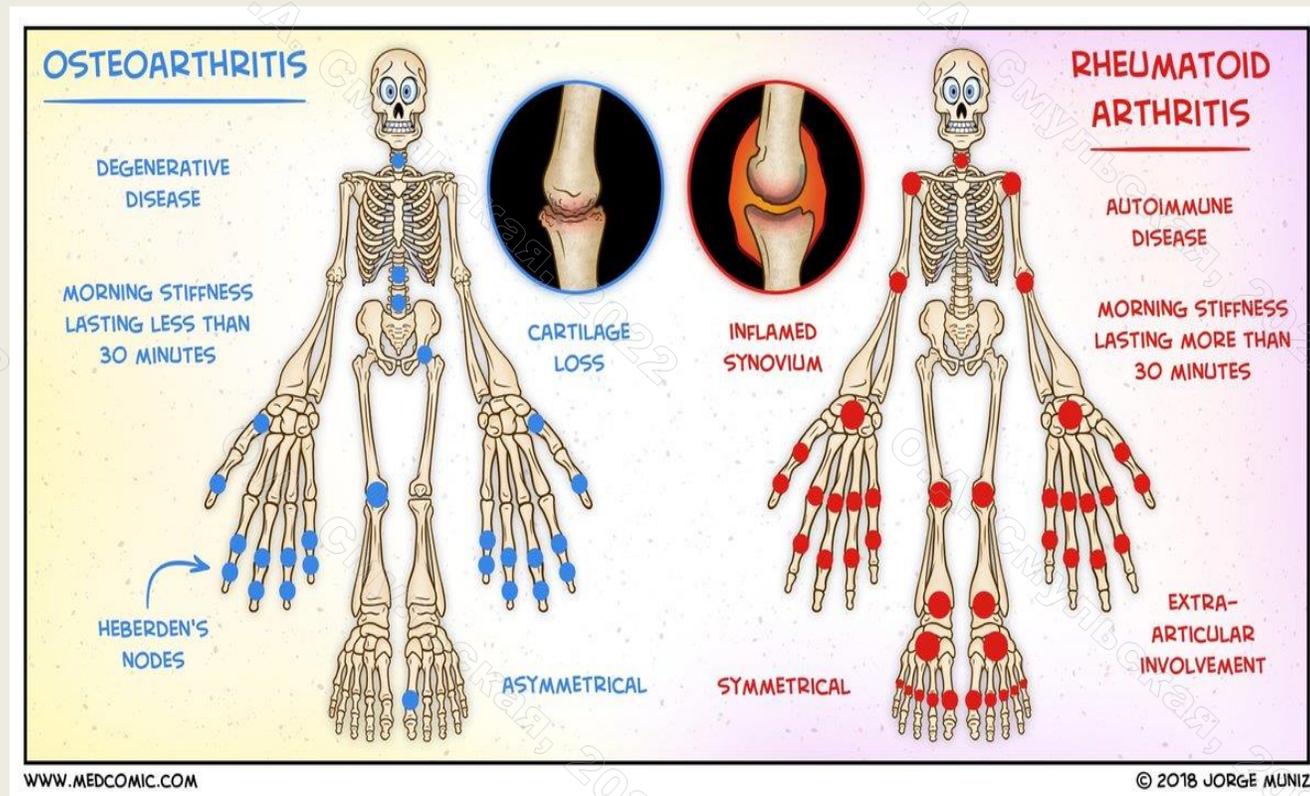
- 1 ПФС — остеоартрит
- 1 ПФС — подагра
- 1 ПФС — псориатический артрит
- Ревматоидный артрит (ПФС 5,4,3 пп)

Кисти и Стопы:

- ПФС и ПМФС — ревматоидный артрит
- ПФС, ПМФС, ДМФС (осевое поражение, дактилит «симптом сосиски») — реактивные артриты, псориатический артрит

Крупные суставы:

- Псориатический артрит
- Ревматоидный артрит
- Ревматический артрит
- Остеоартрит



Локализация суставного синдрома

Поражение преимущественно суставов нижних конечностей:

- Реактивный артрит (симптом «лестницы», симптом «спирали»)
- Аксиальный спондилоартрит, с преимущественным поражением периферических суставов
- Инфекционный артрит

Поражение позвоночника и крестцово-подвздошных сочленений:

Спондилоартриты

- Аксиальный спондилоартрит с преимущественным поражением позвоночника
- Реактивный артрит
- Псориатический артрит
- Артриты на фоне ВЗК

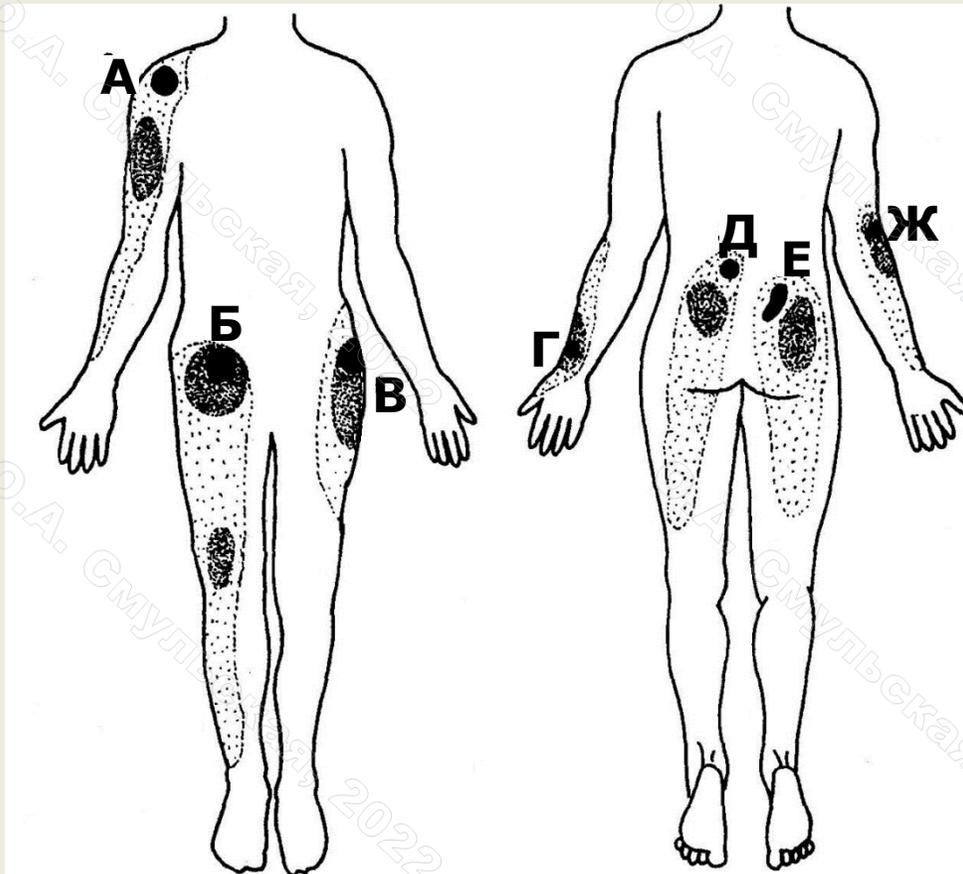
Критерии воспалительной боли в спине (рабочая группа ASAS, 2009 г.) «золотой стандарт» при определении характера боли в НЧС

- Уменьшение от упражнений
- Ночная боль
- Постепенное начало
- Возраст начала до 40 лет
- Отсутствие улучшения от отдыха

При наличии 4 из 5 критериев их чувствительность составляет 77%,
специфичность — 91,7%

Отраженная боль

Примеры иррадиации боли из суставов и периартикулярных структур



Отраженная боль — «ошибка» сенсорного кортикального восприятия в результате перекрывающейся иннервации структур, развившихся из одного эмбрионального зачатка (дерматом, миотом, склеротом)

- А — плечевой сустав
- Б — тазобедренный сустав
- В — вертельный бурсит
- Г — теносиновит де Кервена (лучевой стилоидит)
- Д — синдром фасеточных суставов ПОП
- Е — КПС
- Ж — локоть теннисиста (латеральный эпикондилит плеча)

Жалобы. Утренняя скованность

- Субъективное ощущение препятствия движению, «напряженность»
- Отражает растяжение жидкостью отграничивающих структур воспаленной ткани (капсулы, теносиновия, сумки)
- Наиболее выражена утром после пробуждения
- Выраженность и продолжительность утренней скованности отражает степень местного воспаления

Утренняя скованность

Характерна для поражений суставов **воспалительного генеза:**

- Ревматоидный артрит
- Спондилоартриты
- Артриты при СПСТ

Дополнительные сведения

- **Жалобы общего характера**

(повышение температуры тела, ознобы, снижение массы тела, снижение аппетита, быстрая утомляемость)

- **Жалобы, связанные с поражением других органов и систем**

- **Пол**

- **Возраст**

- **Анамнез:** предрасполагающие факторы (физические нагрузки, травмы, инсоляция, роды, переохлаждение, инфекция, психотравмы)

- **Характер начала болезни и ее течения**

Дополнительные сведения

Наличие внесуставных проявлений

➤ Поражение кожи:

эритема скул и спинки носа («бабочка»), периорбитальный отек с гелиотропной эритемой, плотный отек, индурация, атрофия, сетчатое ливедо, кольцевидная эритема, узелки, тофусы, бляшки, кератодермия ладоней и стоп

➤ Поражение глаз

➤ Лимфаденопатия

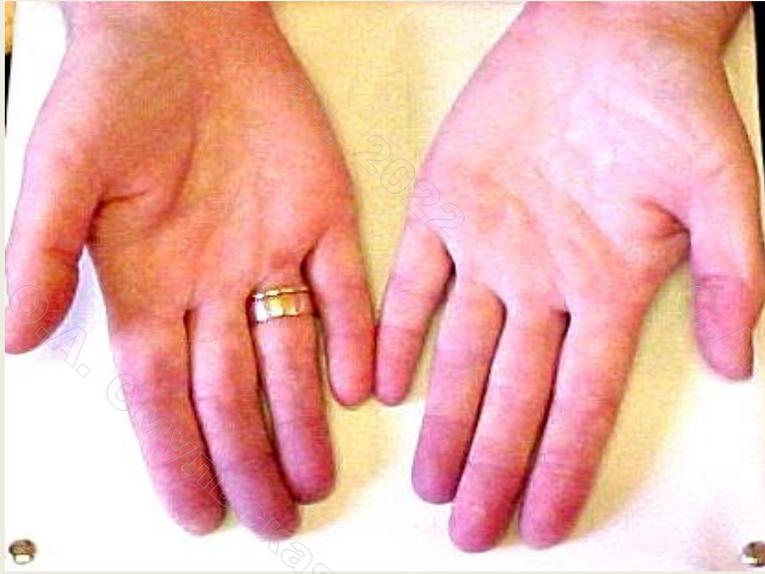
➤ Поражение внутренних органов:

почек, сердца, легких, желудочно-кишечного тракта, нервной системы

Изменения кожи при СКВ



Изменения кожи при ССД



Изменения кожи при ССД



Изменения кожи при ССД



ДМ: периорбитальный отек, синюшная эритема



Изменения кожи при системных васкулитах



Подагра: тофусы



Ревматоидный артрит: ревматоидные узелки, ульнарная девиация, «ласты моржа»



Деформация локтевого сустава при РА



Деформация коленных суставов при ОА



Вальгусная



Варусная

Деформация суставов кистей при ОА: узлы Гебердена и Бушара



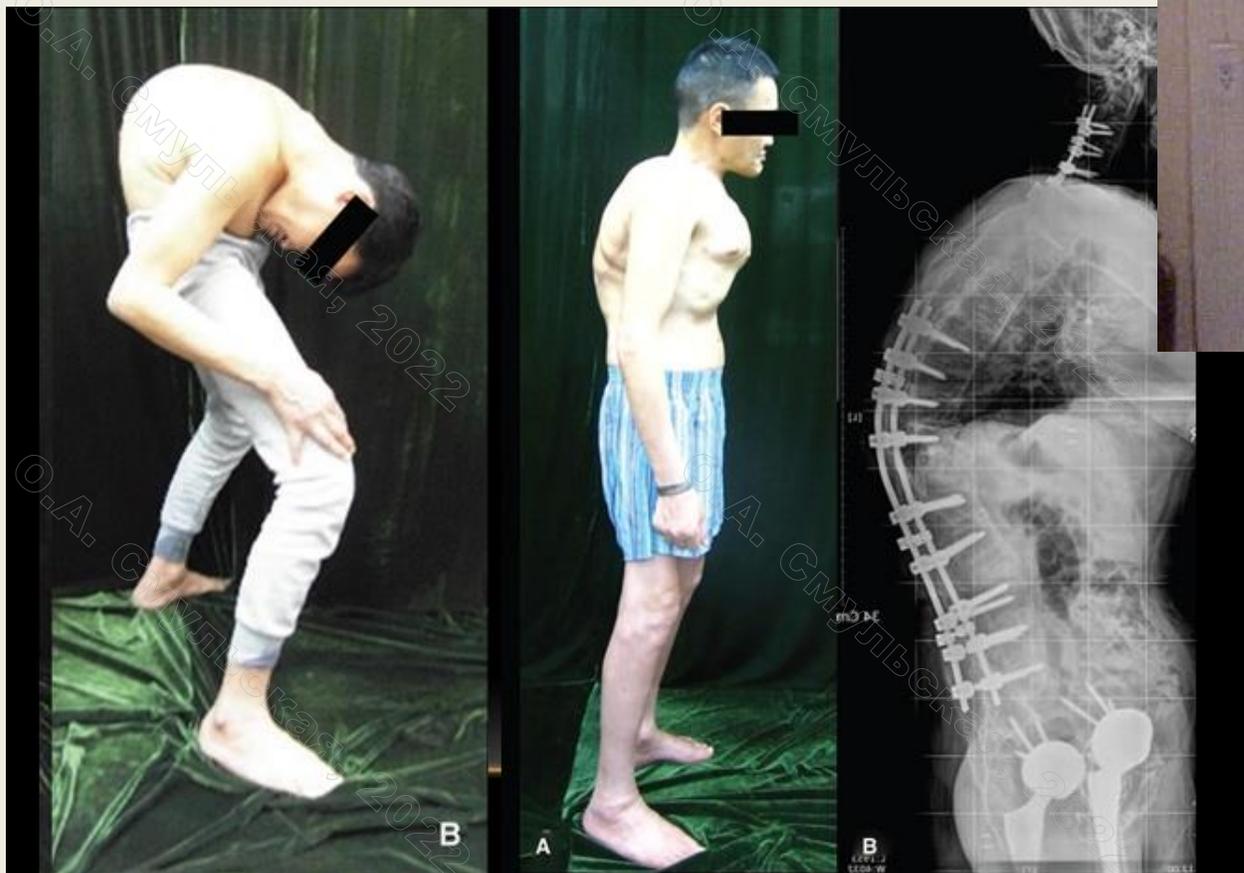
Спондилоартрит



Дактилит
Гингивит
Гиперкератоз
Ахиллобурсит



Нарушение осанки: «поза просителя» при АС



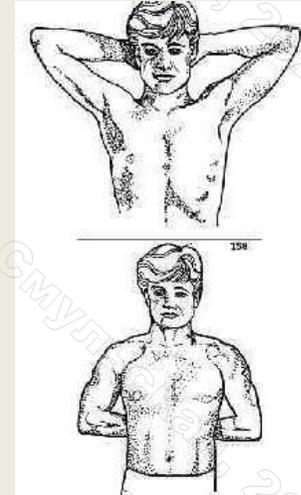
Из коллекции И.З. Гайдуковой

Объективное исследование опорно-двигательного аппарата

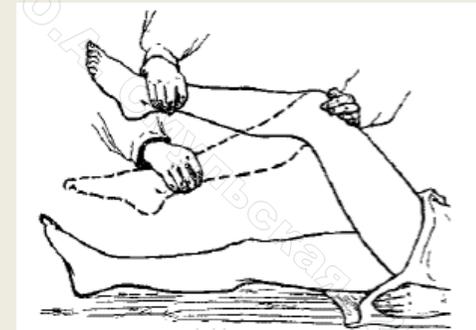
- Осмотр
- Пальпация
- Оценка функционального состояния суставов
- Количественная оценка суставного синдрома



Пассивные движения в ПС



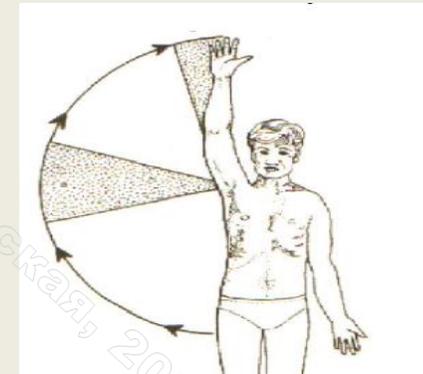
Активные движения в ПС



Оценка крепитации в КС



Поперечное сдавливание кисти при РА



Оценка болезненной дуги

Функциональная недостаточность суставов

Функциональная недостаточность

I степень

Легкое ограничение движений, не лишаящее профессиональной трудоспособности

II степень

Ограничение движений лишает пациента профессиональной трудоспособности. Значительно ограничена возможность самообслуживания

III степень

Очень резкое ограничение или полная потеря подвижности суставов. Невозможно даже самообслуживание

Функциональный класс при воспалительных артропатиях

I — полностью сохранены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность

II — сохранены: самообслуживание, профессиональная деятельность. Ограничена: непрофессиональная деятельность

III — сохранено: самообслуживание. Ограничены: непрофессиональная и профессиональная деятельность

IV — ограничены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность

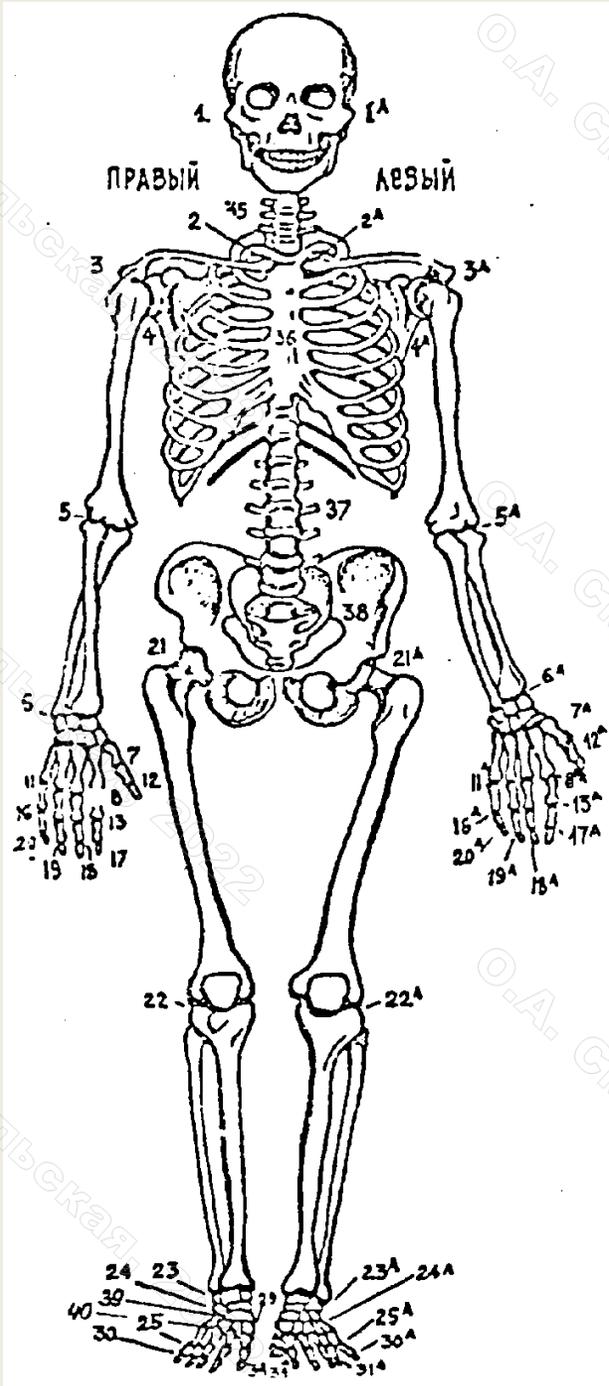


Схема строения скелета человека

Всего 38 пар суставов

Всего 76 суставов

Алгоритм оценки суставного синдрома

➤ Оценка жалоб пациента:

боль, локализация, распространенность, симметричность суставного синдрома, жалобы общего характера

➤ Сбор анамнеза:

предрасполагающие факторы, пол, возраст, характер начала болезни и ее течения, эффект терапии

➤ Объективная оценка:

осмотр, выявление внесуставных проявлений, нарушений функции суставов, количественная оценка суставного синдрома

➤ Составление плана

лабораторного и инструментального обследования согласно возникшей диагностической гипотезе

План обследования при суставном синдроме

Лабораторные методы

- Клинический анализ крови
 - Биохимические маркеры воспаления: протеинограмма, фибриноген
 - Функциональные показатели печени и почек: АЛТ, АСТ, ГГТП, ЩФ, креатинин, КФК, ЛДГ
 - Иммунологические показатели: СРБ;
- РА:** РФ, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), антитела к цитруллинированному виментину
- СКВ:** АНФ, антитела к нат. ДНК, антифосфолипидные антитела, комплемент С3,С4
- СВ:** антинейтрофильные антитела (АНЦА к Протеиназе-3, миелопероксидазе)
- ОРЛ:** АСЛ-О
- ReA:** антитела к хламидиям, ПЦР и ИФА на хламидии, РНГА с комплексным антигеном: иерсиниозным, сальмонеллезным, псевдотуберкулезным, дизентерийным, ПЦР и ИФА на кишечные возбудители и др.
- **ВЗК:** фекальный кальпротектин
 - Исследование синовиальной жидкости
 - Иммуногенетическое исследование: выявление HLA B27
 - Исследование биоптата органов-мишеней
 - Обмен мочевой кислоты
 - Общий анализ мочи

План обследования при суставном синдроме

Инструментальные методы

- Рентгенография пораженных и симметричных им суставов (при РА: кисти, стопы; при СпА: кости таза)
- УЗИ суставов
- МРТ суставов и других органов
- МСКТ суставов и других органов
- Диагностическая пункция суставов
- МСКТ органов грудной клетки
- ЭКГ
- ЭХО-КГ (у молодых при подозрении на ОРЛ, СКВ)
- УЗИ органов брюшной полости
- Электронейромиография
- Биопсия органов-мишеней
- Другие исследования согласно диагностической версии

Классификация НПВС по селективности к ЦОГ-1 и ЦОГ-2

Селективные ингибиторы ЦОГ-1

Ацетилсалициловая кислота

Неселективные ингибиторы ЦОГ

Напроксен
Диклофенак
Индометацин
Ибупрофен
Кетопрофен

Фенилбутазон
Пироксикам
Этодолак
Кеторолак
Фенопрофен

Селективные ингибиторы ЦОГ-2

Целекоксиб
Рофекоксиб
Вальдекоксиб
Эторикоксиб

Лумиракоксиб
Мелоксикам
Нимесулид

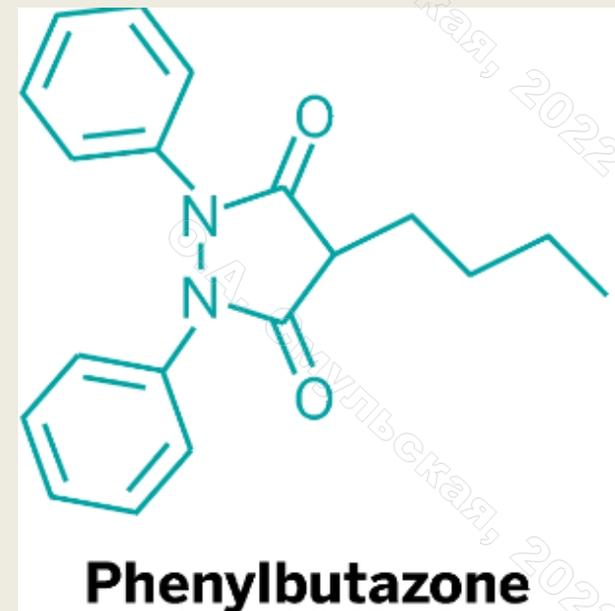
Алгоритм назначения НПВС

ССС, риск осложнений

ЖКТ, риск осложнений	ССС, риск осложнений			
		Низкий	От умеренного до высокого	Очень высокий
	Низкий	Любые НПВС	НПВС с наименьшим кардиоваскулярным риском: напроксен , целекоксиб, кетопрофен, низкие дозы ибупрофена (≤ 1200 мг/сут.)	Избегать назначения любых НПВС
	Умеренный	Неселективные НПВС + ИПП, Селективные НПВС	Напроксен (ТЕРАЛИВ) + ИПП или Целекоксиб	
Высокий	Селективные НПВС +ИПП	Целекоксиб +ИПП		

Фенилбутазон — неселективный НПВП из группы бутилпиразолидонов

- Обладает всеми свойствами НПВП: анагетическое, противовоспалительное, жаропонижающее
- Синтезирован в 1949 г. «чудо-лекарство»
- Эффективнее аспирина при АС
- Период полувыведения в среднем 72 часа (40-175 час.), зависит от генетики
- Эффективен при острой высокоинтенсивной боли
- Форма выпуска: амп. по 2 мл с раствором для внутримышечного введения, содержащим фенилбутазон натрия 400 мг и лидокаина гидрохлорида моногидрат 4 мг
- Короткий курс 3 в/м инъекции с интервалом в 7 дней сводят к минимуму нежелательные явления



Клиническая фармакокинетика фенилбутазона

Клиническая фармакокинетика 3: 369-380 (1978)

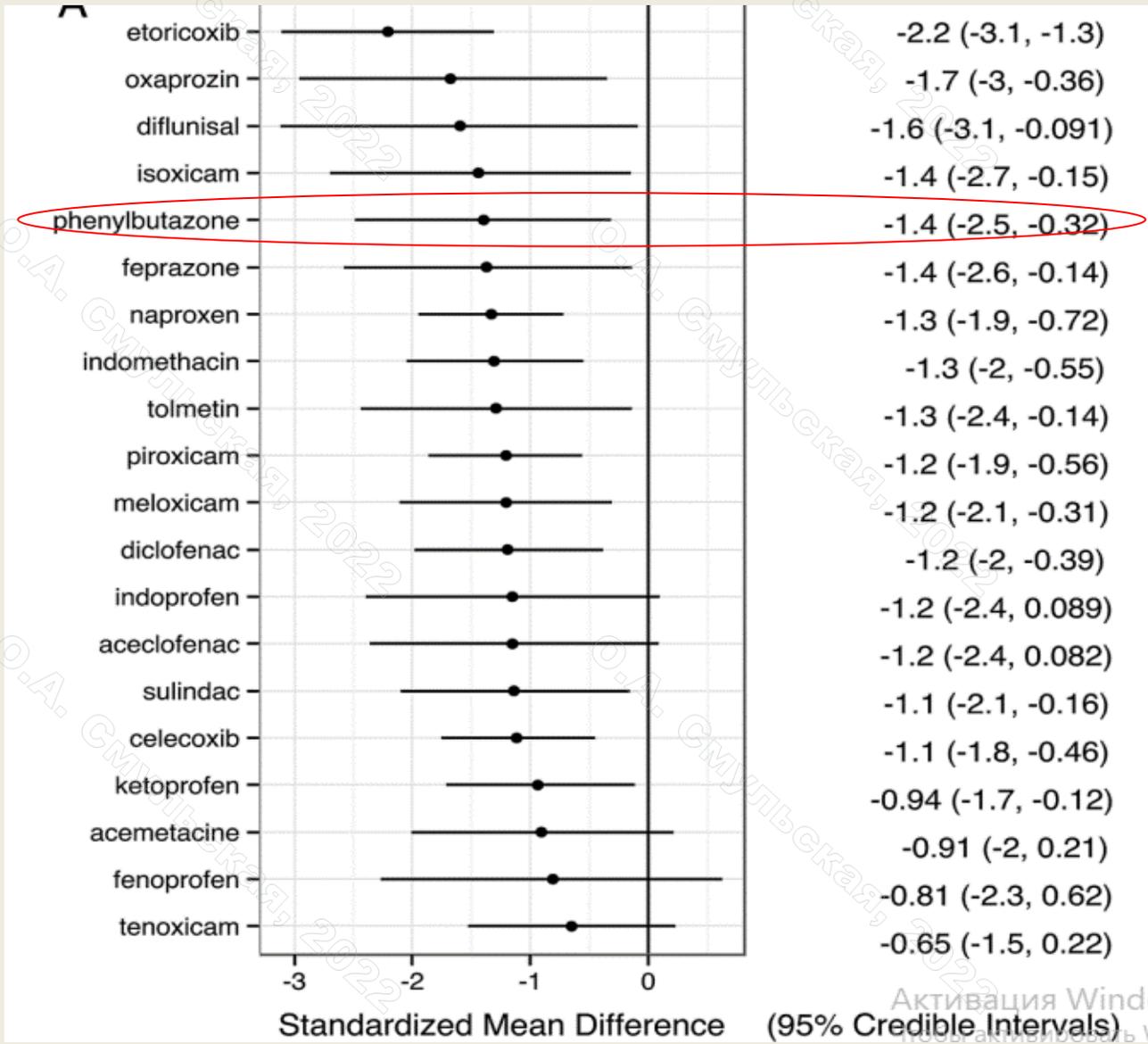
Автор	Количество субъектов	Доза	Метод определения	Период полувыведения (часов)	
				Средний	Диапазон
<u>Веселл и Пейдж</u> (1968)	28	6 мг/кг	Спектрофотомерия	70	29-175
<u>Дэвис и Торгейрссон</u> (1971)	8	10 мг/кг	Спектрофотомерия	105	67-132
	8	5мг/кг x 5 ^a	Спектрофотомерия	80	47-142
<u>Келлерманн и др.</u> (1975)	17	300 мг x 5 ^a	Спектрофотомерия	65	43-108
<u>Дигерле и др.</u> (1976)	1	400 мг	Изотопное разведение	88	
<u>Аарбакке и др.</u> (1977b)	3	600 мг	Газовая хроматография	66	44-80
<u>Хорвитц и др.</u> (1977)	7	0,5 мг/кг	Газовая хроматография	49	40-63
	7	6 мг/кг	Газовая хроматография	66	48-91

^a 5 мг / кг в суточных дозах в течение 5 дней.

Свойства лидокаина гидрохлорида

- Обладает местноанестезирующим действием
- Блокирует потенциалзависимые натриевые каналы, что препятствует генерации импульсов в окончаниях чувствительных нервов и проведению импульсов по нервным волокнам
- Подавляет проведение не только болевых импульсов, но и импульсов другой модальности
- Снижает болевой эффект во время инъекции
- Терминальный **период полувыведения лидокаина** после внутривенного болюсного введения здоровым взрослым добровольцам составляет **1-2 часа**

Сравнительная эффективность НПВП в снижении боли при АС

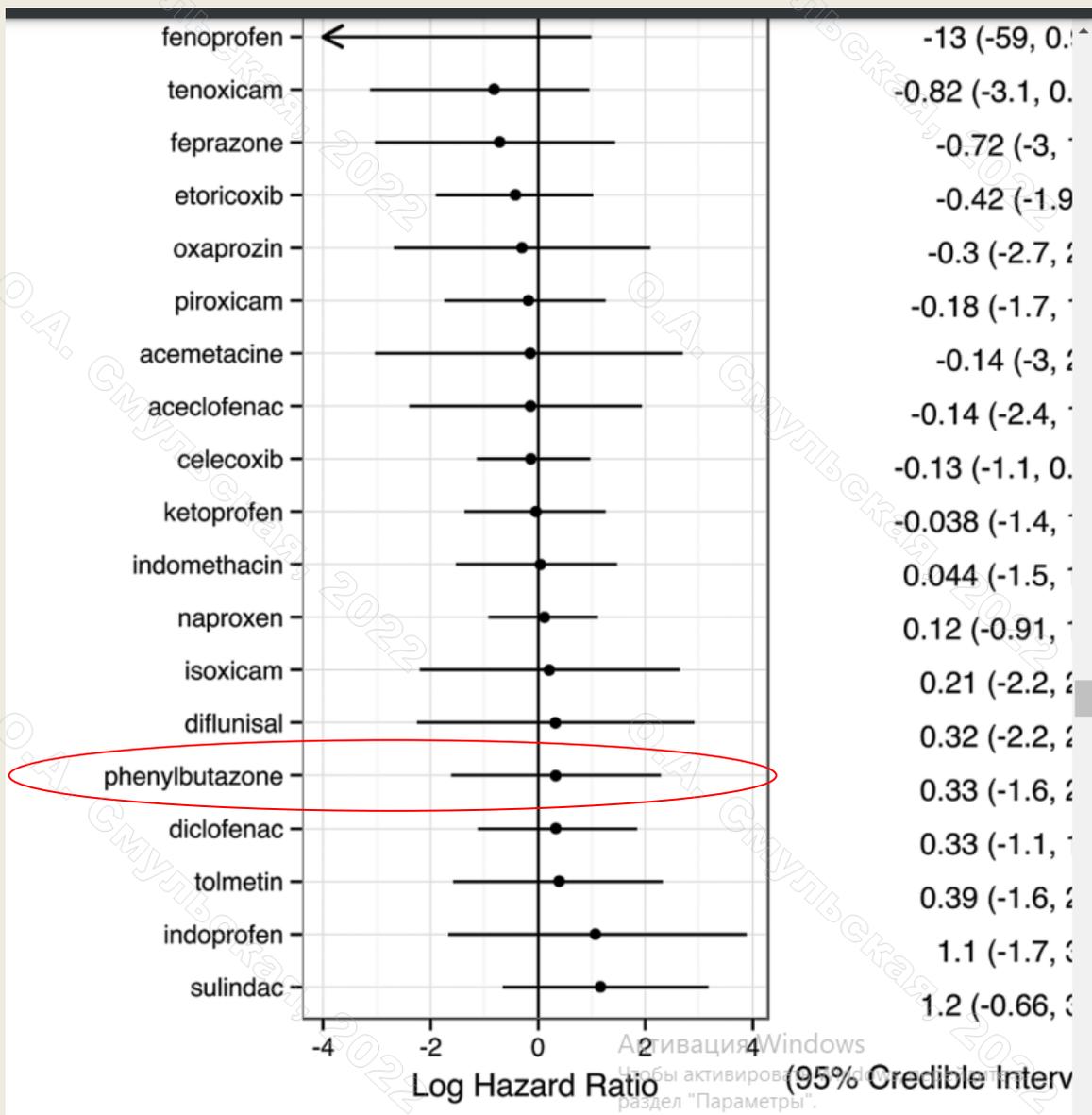


Фенилбутазон продемонстрировал высокую эффективность в снижении боли у пациентов с анкилозирующим спондилитом.

Относительная величина эффекта каждого НПВП по сравнению с плацебо.

Отрицательное значение означает большее уменьшение боли по сравнению с плацебо

Общие нежелательные явления НПВП при АС в сравнении с плацебо



Фенилбутазон продемонстрировал сравнимый с диклофенаком риск нежелательных эффектов

Результаты представлены как относительный риск для каждого нестероидного препарата.

Противовоспалительный препарат (НПВП) по сравнению с плацебо

Значение равное 0, означает, что нет отличия препарата от плацебо; отрицательное значение означает, что лечение имеет более низкий риск побочных эффектов, чем плацебо

Эффективность фенилбутазона при ОА КС

30 пациентов с ОА КС

- Ср. возраст 48 л, ср. длит. заб. — 5 лет
- У 30% больных имелась коморбидная патология
- До исследования 43,3% принимали НПВП с недостаточным анальгетическим эффектом.
- **Для в/м введения** использовали препарат АМБЕНИУМ® парентерал (фенилбутазон натрия 400 мг, в лидокаина гидрохлорида моногидрат 4 мг) **трижды с интервалом в 7±2 дня**

Результаты:

- ВАШ боли снизилась с 40 до 20 мм
- Полное купирование боли произошло у 33,3%
- Восстановление основных функций жизнедеятельности отмечено у 43,33%
- Толщина синовии снизилась с 3 мм до 2 мм, уменьшилось количество синов. жидк.
- Удовлетворенность пациентов 86,6%

Эффективность фенилбутазона при ОА КС

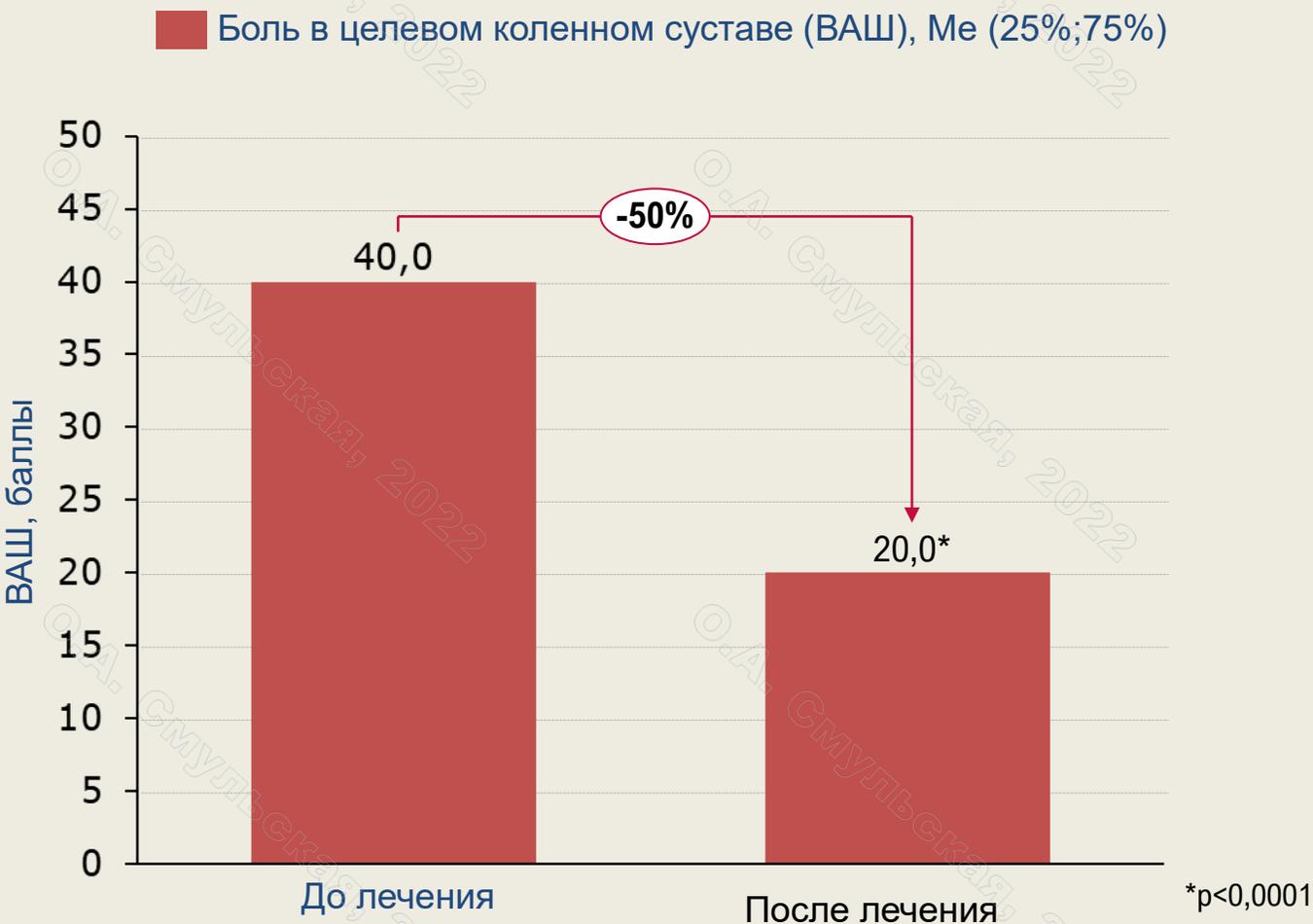
Динамика основных клинических показателей

Показатель	До лечения	После лечения	p
Боль в целевом коленном суставе по ВАШ, мм	40 [30; 60]	20 [0; 30]	0,001
KOOS, баллов	59,6 [32,5; 73,6]	72,7 [54,9; 87,4]	0,009
HAQ-DI, баллов	1,1 [0,88; 1,75]	1,0 [0,84; 1,3]	0,076

Динамика ультразвуковых признаков воспаления при ОА КС

Показатель	До лечения	После лечения	p
Жидкость в коленном суставе по данным УЗИ, человек	30 (100%)	9 (30%)	0,001
Размер бурсита (верхний заворот), мм	7 [6; 8]	6 [5; 6]	0,009
Толщина синовии, мм	3,5 [3; 4]	2 [2; 3]	0,001

Оценка интенсивности боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ)



Медиана интенсивности боли в целом по группе на фоне применения **фенилбутазон + лидокаин** достоверно снизилась на фоне терапии с 40 до 20 баллов ($p<0,0001$)

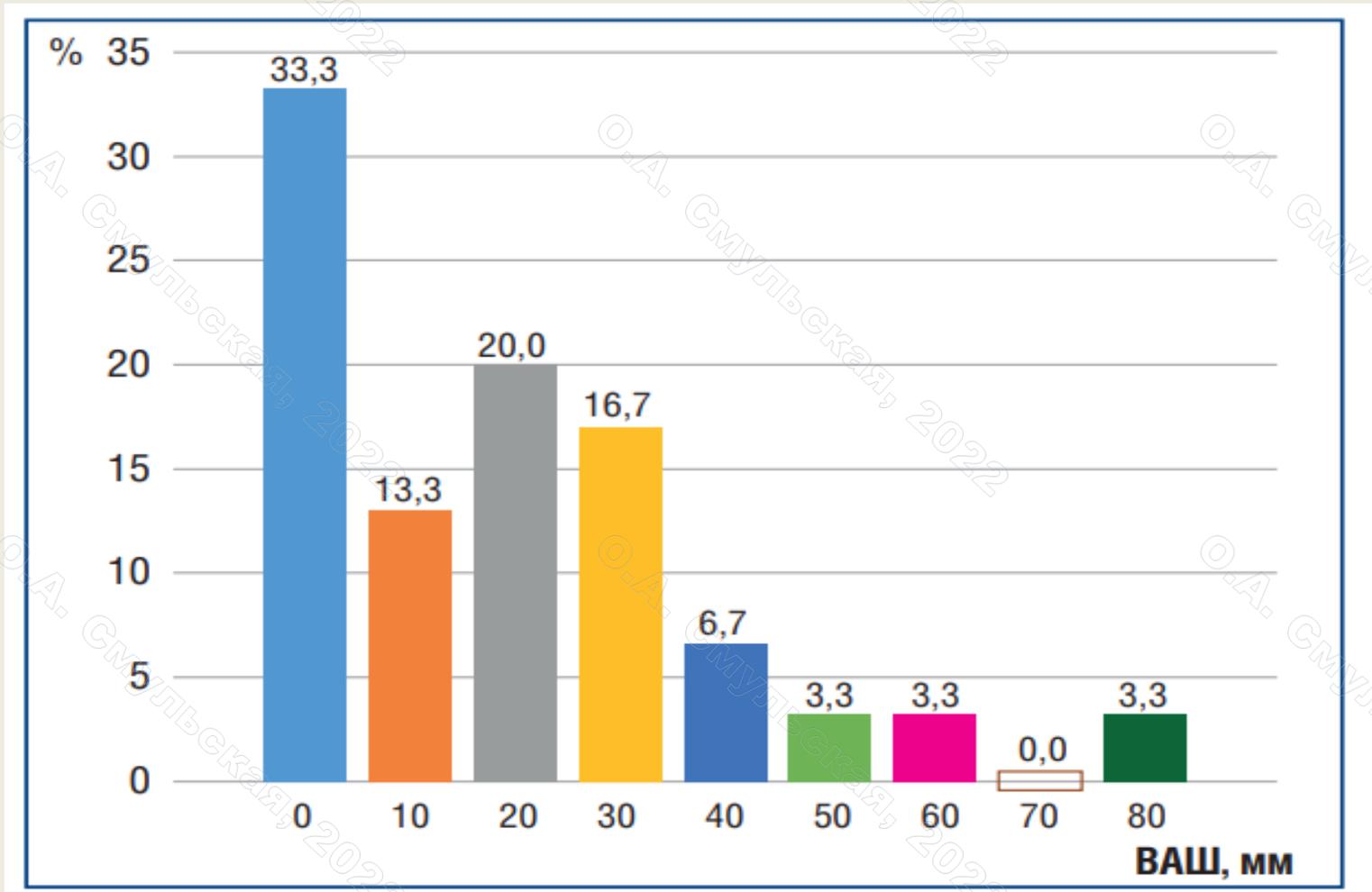
Критерием включения в исследование была интенсивность боли выше 40 мм.

У всех пациентов к концу периода наблюдения отмечено снижение интенсивности боли вплоть до ее полного отсутствия (у 10 пациентов или в 33,3% случаев). Это категория пациентов представлена людьми моложе 45 лет, а классификационно остеоартроз был вторичным (связанным с травмами).

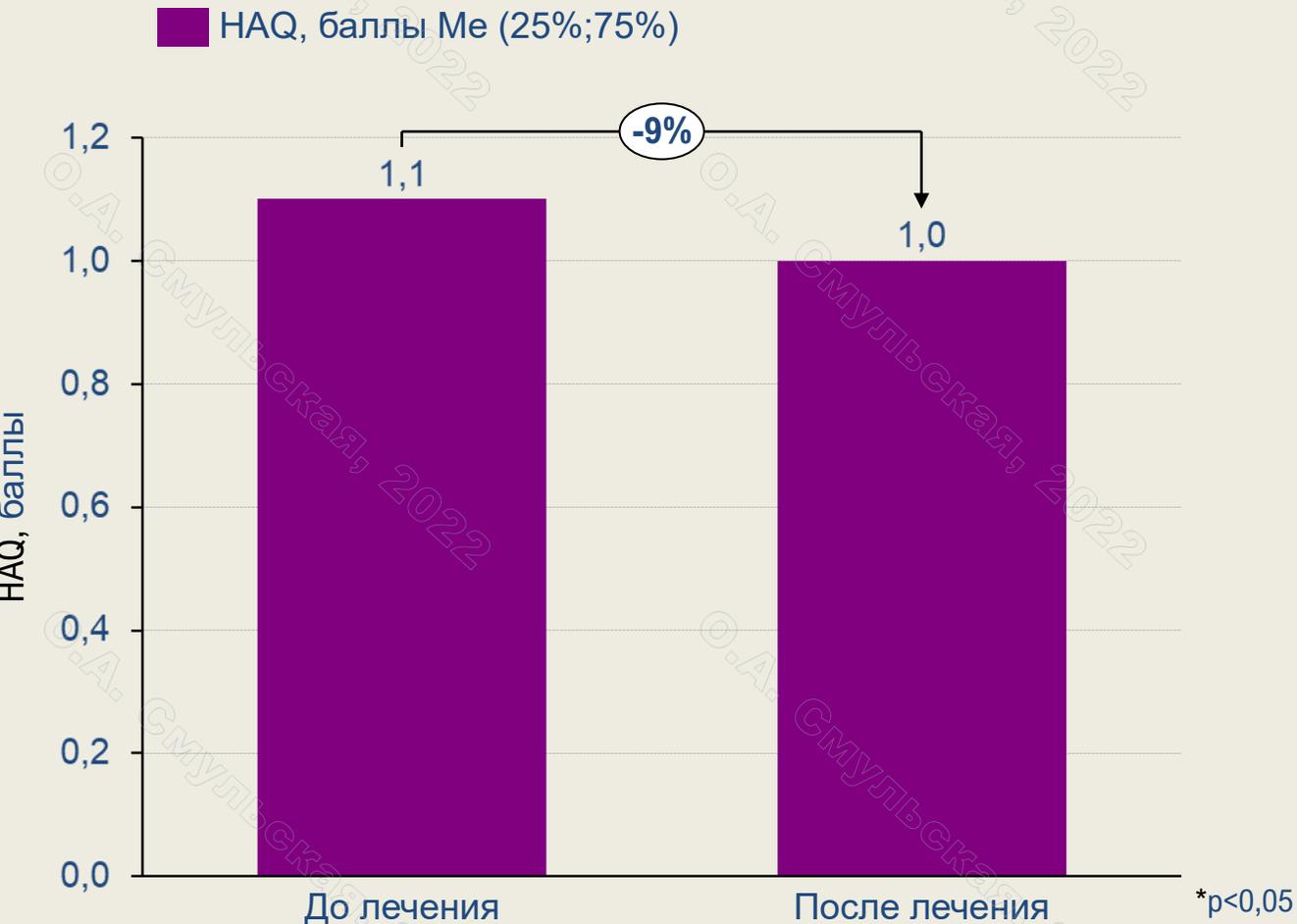
Незначительная положительная динамика интенсивности боли (не более 10% от исходного уровня) наблюдалась у 4 пациентов с первичным остеоартрозом. Все эти пациенты оказались старше 65 лет.

Эффективность фенилбутазона при ОА КС

Распределение пациентов в зависимости от интенсивности боли к окончанию наблюдения



Динамика индекса нарушения жизнедеятельности (haq -di)



В исследовании наблюдалась тенденция к восстановлению функций, обеспечивающих повседневную жизнедеятельность

У 13 пациентов с ОА (в 43,33% случаев) отмечено полное восстановление основных функций жизнедеятельности на основании измерения индекса HAQ-DI

Значения от 0 до 1,0 представляют «минимальные», от 1,1 до 2,0 «умеренные», от 2,1 до 3,0 «выраженные» нарушения жизнедеятельности.

Динамика ультразвуковых признаков воспаления

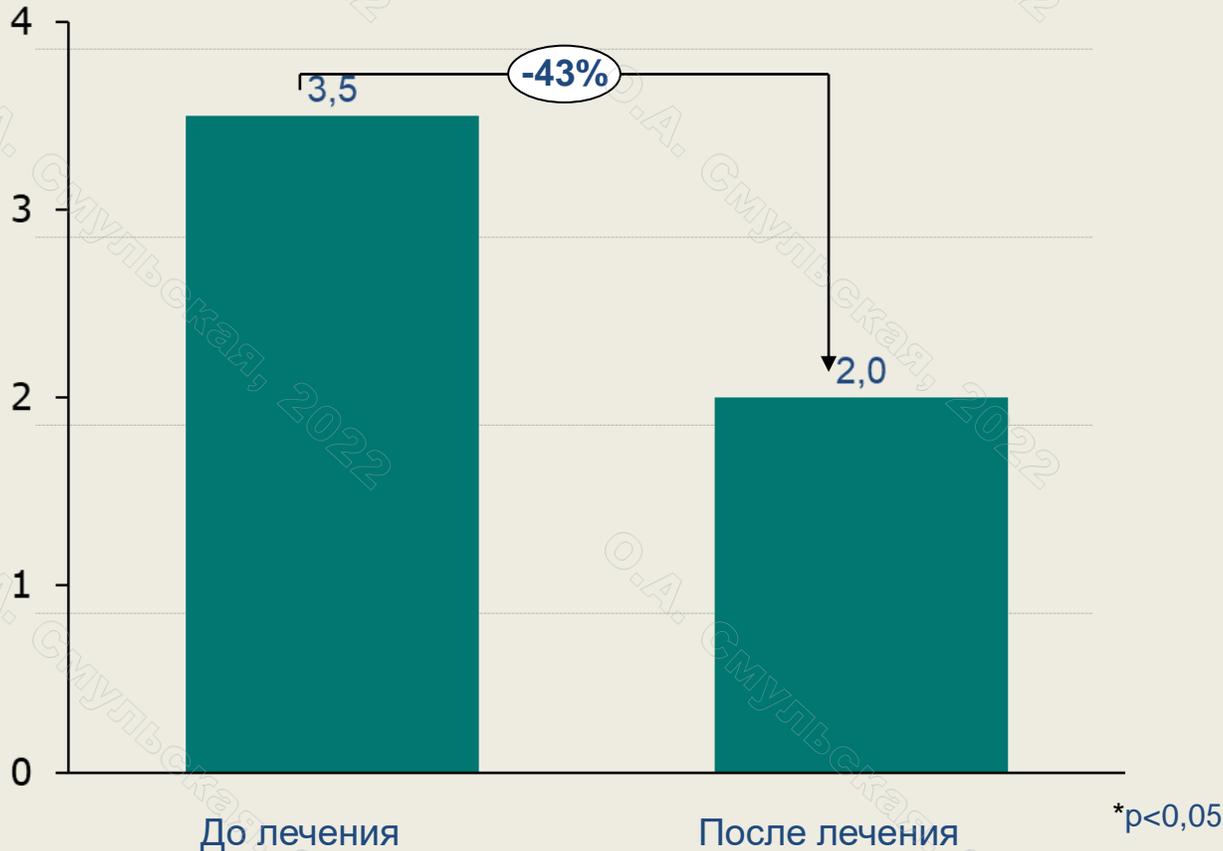


В результате проведенного лечения избыточное количество жидкости сохранилось только у 9 из 30 пациентов (в 30% случаев)

- **УЗИ** коленных суставов проводилось на аппарате *General electric's logiq F6* с использованием метода двухмерного сканирования (В-метод) с помощью линейного датчика частотой излучения 3-7,5 MHz в реальном времени. **Исследовались** передняя и задняя (подколенная) поверхности коленного сустава с использованием продольных и поперечных проекций в положении больного лежа при максимальном разгибании сустава
- **Ультразвуковыми признаками синовита считались:**
 - наличие жидкости над мышечками бедренной кости
 - наличие жидкости в *b.suprapatellaris*
 - утолщение синовиальной оболочки более 3 мм

Динамика ультразвуковых признаков воспаления

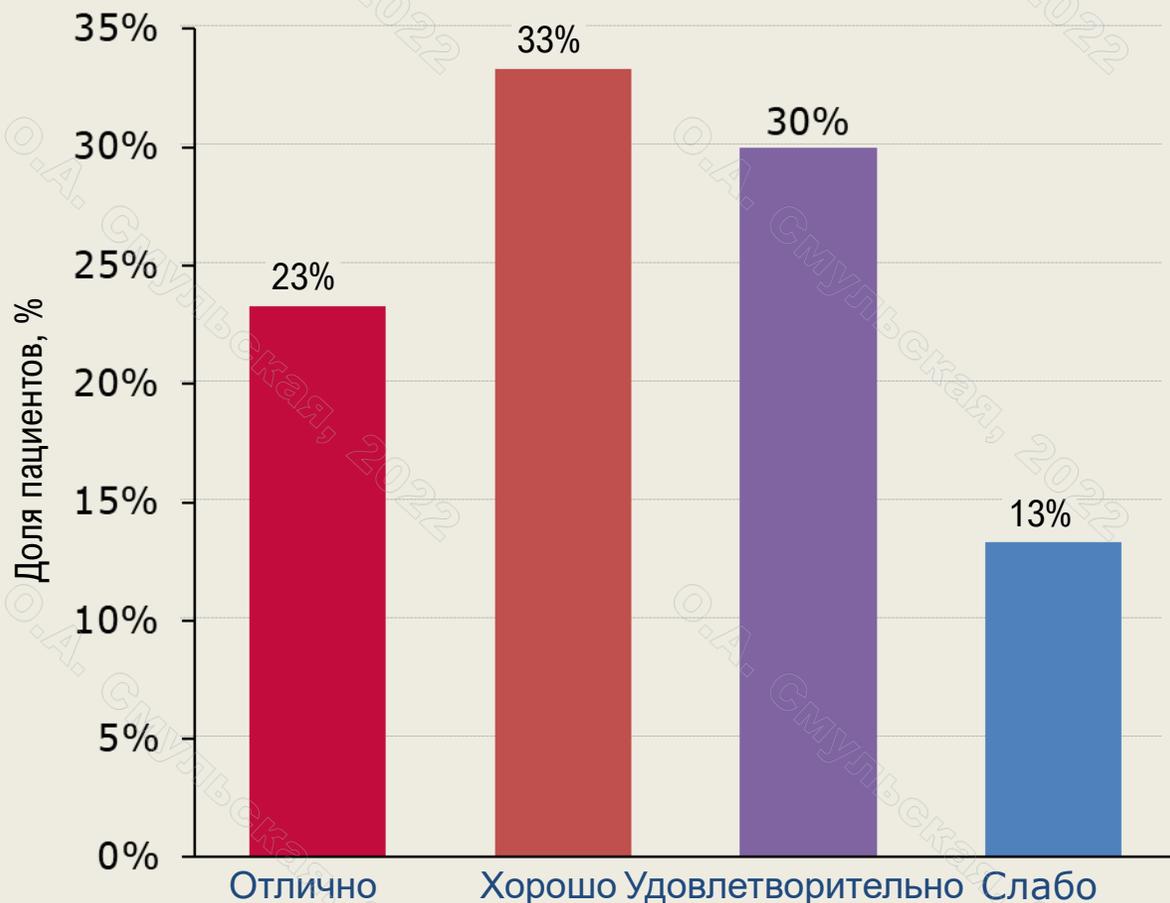
Толщина синовиальной оболочки, мм Me (25%;75%)



По данным УЗИ коленных суставов применение фенилбутазона + лидокаин в/м № 3 с интервалом 7 дней оказало влияние на все признаки воспаления

Толщина синовиальной оболочки, а также количество жидкости в сумках достоверно уменьшились

Оценка удовлетворенности больными проводимой терапией



- Больные дали высокую оценку проводимой терапии
- «Отличный» результат был получен у 23,3% пациентов, у которых наблюдалось полное восстановление функции и купирование боли в целевом суставе
- Совокупную «удовлетворительную» и «хорошую» оценки результатов лечения, дали 63,3% больных.
- Ни одного пациента, у которого отсутствовал ответ на проводимую терапию, выявлено не было.

Эффективность фенилбутазона при острой боли в НЧС в сравнении с диклофенаком

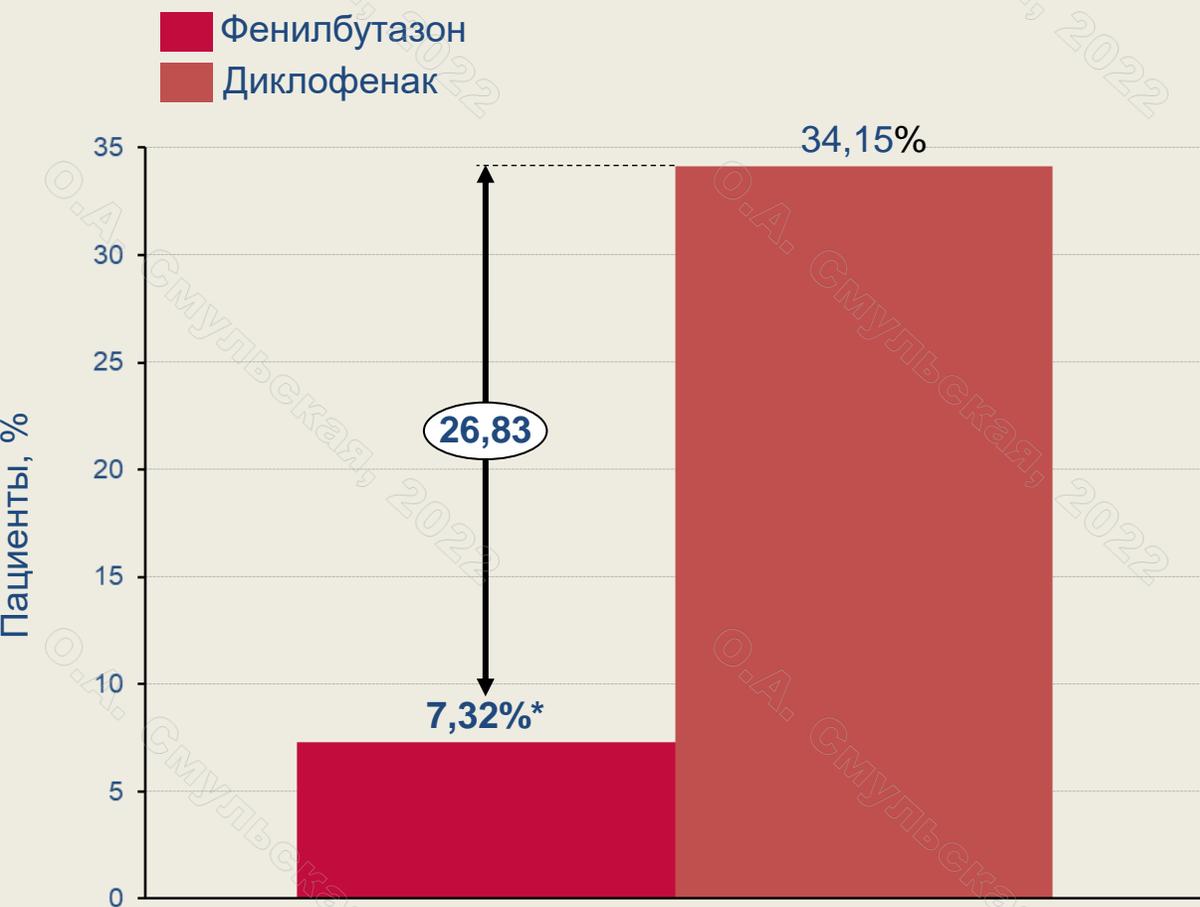
- Открытое сравнительное рандомизированное исследование в параллельных группах пациентов (164 чел.) с **болью в НЧС интенсивностью не менее 80 баллов по ВАШ**
- Сравнивали анальгезирующий эффект препаратов фенилбутазон + лидокаин и диклофенак натрия
- Однократные в/м инъекции препаратов продемонстрировали их сопоставимые эффективность и безопасность.
- **Анальгетический эффект** после внутримышечного введения препарата **фенилбутазона** **формировался через 1 ч и сохранялся в течение 24 ч после введения**
- Все зарегистрированные НЯ были легкой степени, не требовали дополнительных мер для их купирования, связь их развития с приемом препарата была оценена как маловероятная
- Рекомендовано при интенсивности болевого синдрома более 80 баллов по ВАШ предпочтение отдавать парентеральным формам НПВП

Оценка динамики и полноты наступления анальгезирующего эффекта



- У пациентов с острой болью в нижней части спины анальгетический эффект после введения **фенилбутазона с лидокаином** наступал статистически значимо ($p < 0,05$) раньше, чем после введения препарата диклофенак натрия, был достоверно ($p < 0,05$) более выражен и длился в течение 24 ч.
- Определение времени наступления анальгезирующего эффекта оценивалось через 1, 2, 4, 6, 8, 12 и 24 ч после введения препаратов на основании отчета пациента о полном исчезновении боли или уменьшении боли на 75% и более по 100-балльной шкале ВАШ

Анальгетическая активность через 24 часа



Фенилбутазон продемонстрировал большую эффективность в качестве анальгетика, чем диклофенак натрия

- Количество пациентов, у которых **не наблюдали** полного исчезновения боли или уменьшения боли на 75% и более по ВАШ за исследуемый временной промежуток (**точка более 24 ч**), составило 6 человек (7,32%) в группе **фенилбутазона**
- против 28 обследуемых лиц (34,15%) в группе диклофенака натрия

Представленные параметры статистически значимо ($p < 0,001$) различались более чем в 4,5 раза

Возможные межлекарственные взаимодействия фенилбутазона и других НПВП

Группа лекарственных препаратов	НПВП	Механизм взаимодействия	Пути контроля
Непрямые антикоагулянты	Фенилбутазон Оксифенбутазон	Торможение метаболизма в печени, усиление антикоагулянтного эффекта	Избегать этих НПВП, если возможно, или проводить строгий контроль
	Все, особенно аспирин	Вытеснение из связи с белками плазмы, усиление антикоагулянтного эффекта	Избегать НПВП, если возможно, или проводить строгий контроль
Пероральные гипогликемические препараты (производные сульфонилмочевины)	Фенилбутазон Оксифенбутазон	Торможение метаболизма в печени, усиление гипогликемического эффекта	Избегать НПВП, если возможно, или строго контролировать уровень глюкозы в крови
	Все, особенно аспирин	Вытеснение из связи с белками плазмы, усиление гипогликемического эффекта	-
Дигоксин	Все	Торможение почечной экскреции дигоксина при нарушении функции почек (особенно у детей младшего возраста и пожилых), повышение его концентрации в крови, увеличение токсичности. При нормальной функции почек взаимодействие менее вероятно	Избегать НПВП, если возможно, или строго контролировать клиренс креатинина и концентрацию дигоксина в крови
Антибиотики (аминогликозиды)	Все	Торможение почечной экскреции аминогликозидов, повышение их концентрации в крови	Строгий контроль концентрации аминогликозидов в крови
Метотрексат (высокие «неревматологические» дозы)	Все	Торможение почечной экскреции метотрексата, повышение его концентрации в крови и токсичности (взаимодействие с «ревматологической» дозой метотрексата не отмечается)	Одновременное назначение противопоказано. Допустимо использование НПВП в промежутках химиотерапии
Препараты лития	Все (в меньшей степени аспирин, сулиндак)	Торможение почечной экскреции лития, повышение его концентрации в крови и токсичности	Использовать аспирин или сулиндак, если необходимо назначение НПВП. Строгий контроль концентрации лития в крови
Фенитоин	Фенилбутазон Оксифенбутазон	Торможение метаболизма, повышение концентрации в крови и токсичности	Избегать этих НПВП, если возможно, или строго контролировать концентрацию фенитоина в крови

Фенилбутазон: место неселективных НПВП в современной врачебной практике (2018 г.)

- Одним из возможных путей сведения к **минимуму риска НЯ** является изменение способов введения и **режимов дозирования**
- Назначение фенилбутазаона **коротким курсом** может быть уместно при **высокоинтенсивной боли**
- Длительный период полувыведения препарата позволяет **сохранить** достаточный анальгетический эффект на протяжении **нескольких дней**
- Предварительные данные позволяют говорить о том, что **короткий курс** (1-3 инъекции с интервалом в 7 дней) парентеральной формы фенилбутазаона обеспечивает **эффективное купирование боли**, улучшение качества жизни пациента, **не вызывая** при этом выраженных **побочных эффектов**
- Это особенно актуально на амбулаторном этапе, когда нет возможности применения сильнодействующих веществ и ГКС

ESCEO алгоритм рекомендаций для лечения ОА (2019)

Комбинация не медикаментозных и фармакологических методов

Основной набор: образование, снижение веса, лечебная физкультура

Хондроитин сульфат, Глюкозамин сульфат,
Диацереин, Неомыл. соед авокадо/соя
Парацетамол < 3г, коротко

Локальные средства

Реабилитолог

Нормализация биомеханики
Ортезы, стельки, ходьба,
Термальные методы
Чрезкожная стимуляция

ШАГ 1
Базисное лечение

Персистирующая симптоматика

в/с гиалуроновая кислота
в/с кортикостероиды

НПВП
с учетом нежелательных явлений со стороны
ЖКТ, КВЗ, почек

ШАГ 2
При персистирующей
симптоматике

Персистирующая симптоматика

Короткие курсы опиоидов
Дулоксетин

ШАГ 3
Последние фармпопытки

Персистирующая симптоматика

Тотальное эндопротезирование
Эндопротезирование отдельных частей сустава

ШАГ 4
Хирургическое лечение

Парентеральные SYSADOA

Алфлутоп

Биоактивный концентрат из мелкой морской рыбы

- Содержит мукополисахариды (**хондроитин-4 и 6-сульфат**), аминокислоты, пептиды, ионы натрия, калия, кальция, магния, железа, меди и цинка, глюкуроновую кислоту

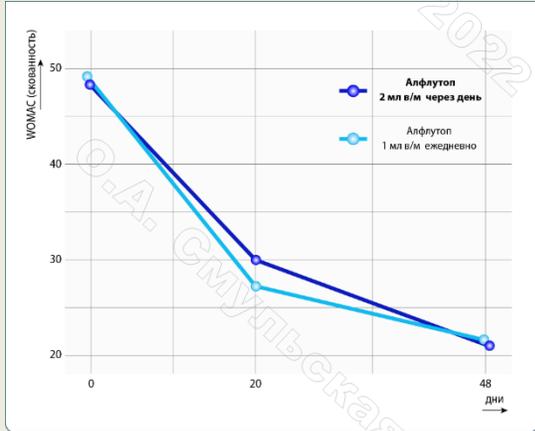
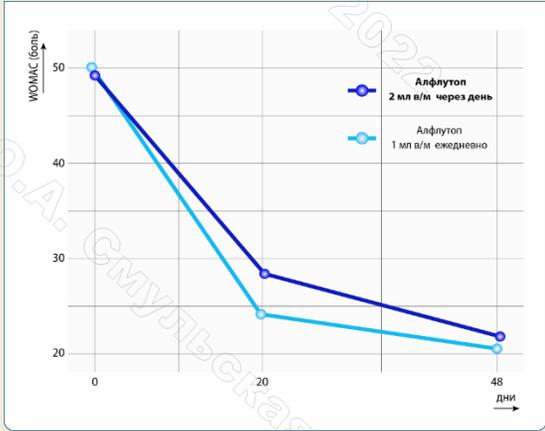
Способ применения:

- По 1,0 мл внутримышечно 1 раз в сутки. Курс — 20 инъекций
- или
- По 2,0 мл через день. Курс — 10 инъекций
- 2 курса в год



Уровень доказательности

Алфлутоп по 2 мл в/м через день №10 также эффективен, как и по 1 мл в/м ежедневно №20

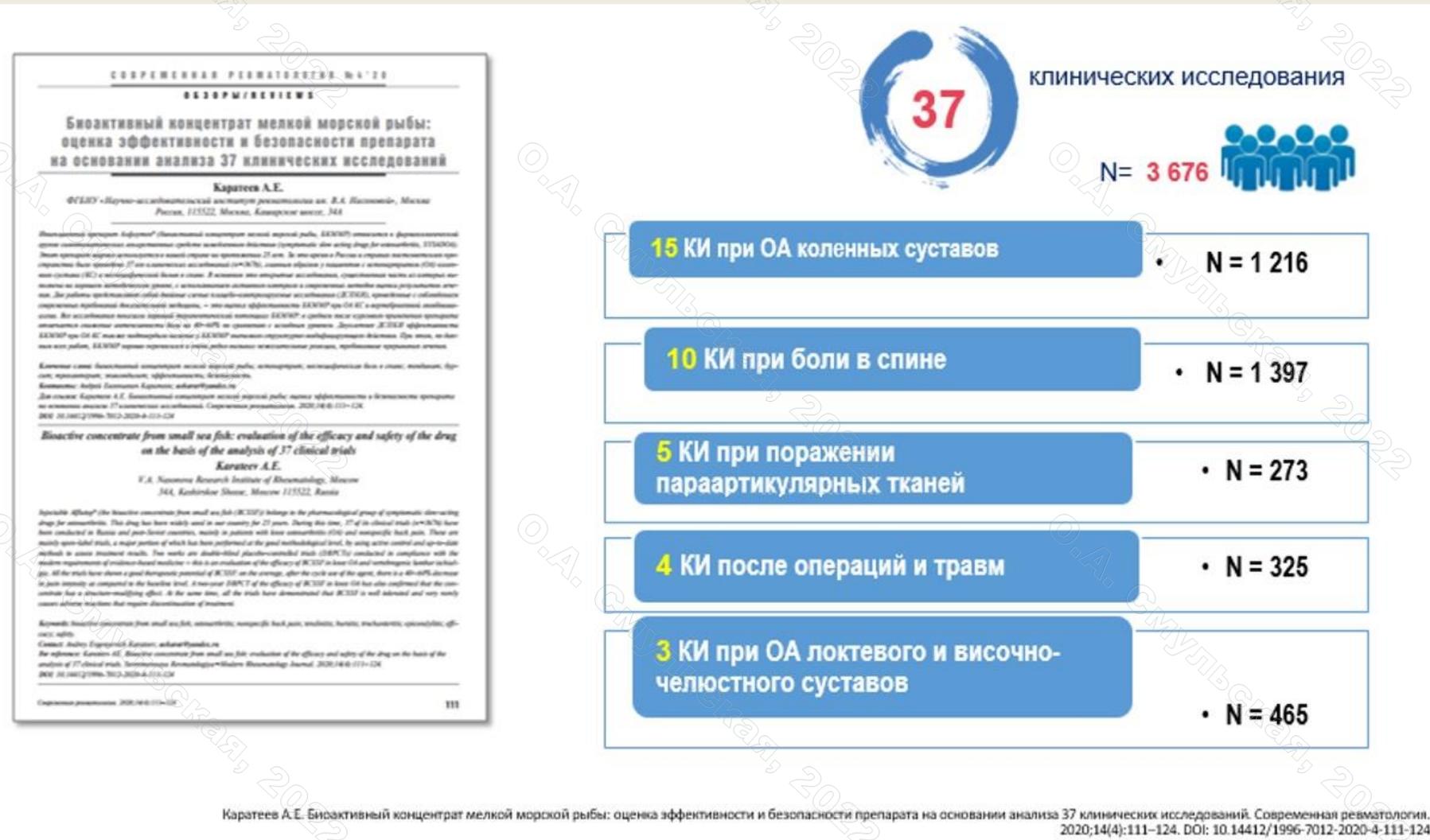


Группы терапии статистически значимо не различались по изменению индекса WOMAS боль и скованность



Частота ответа по OMERACT-OARSI составила 81,5% и 84,6% в группах по 1 мл №20 и 2 мл №10 соответственно

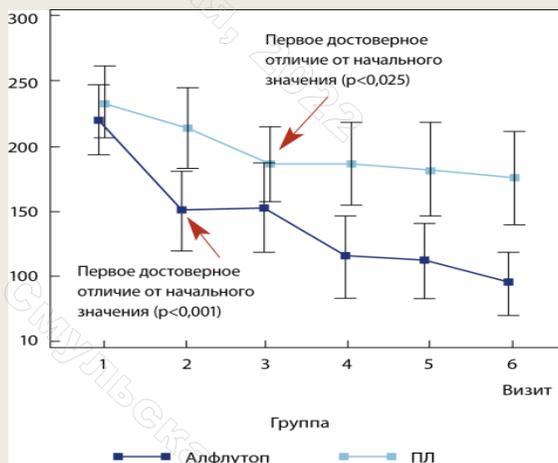
Алфлутоп с позиций доказательной медицины



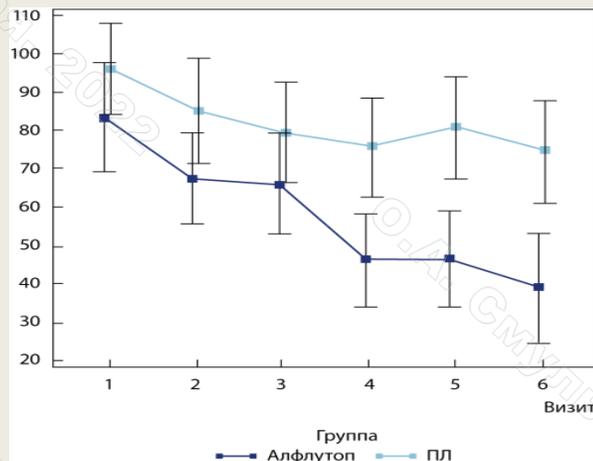
90 больных ОА КС. Наблюдение 2 года

1 — Алфлутоп по 1,0 мл в/м 20 дней. 4 курса с интервалом в 6 мес.

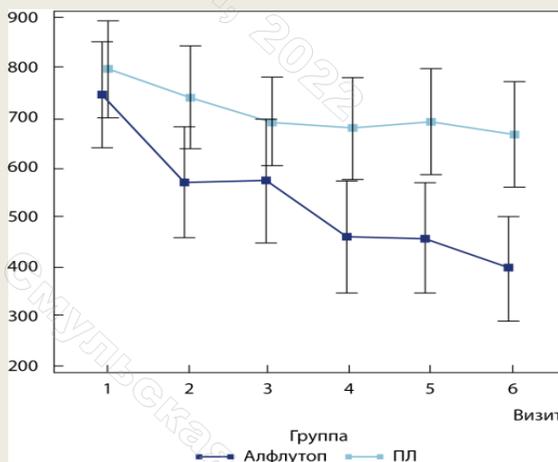
2 — Плацебо



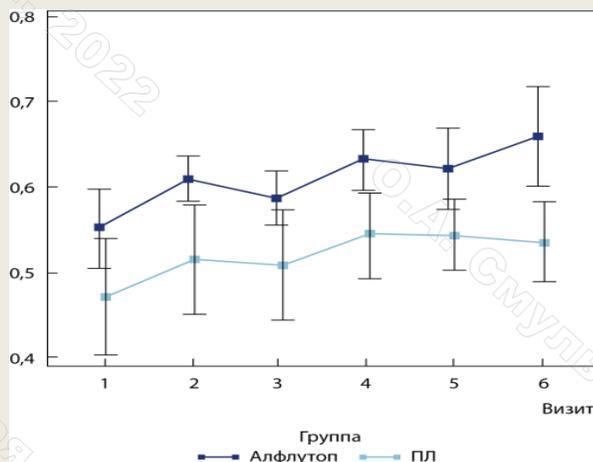
Боль



Скованность



ФНС



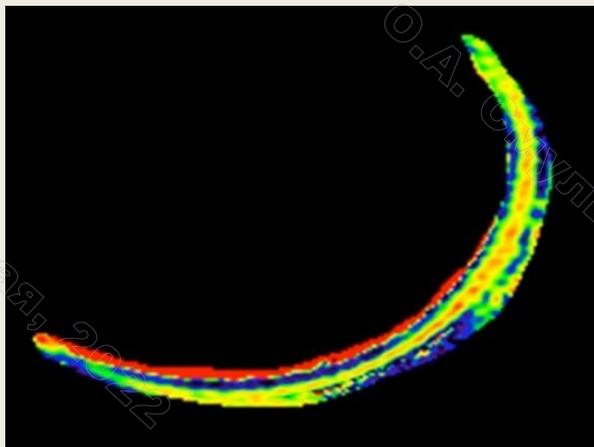
Качество жизни (EQ 5D)

АЛФЛУТОП обладает структурно-модифицирующим действием

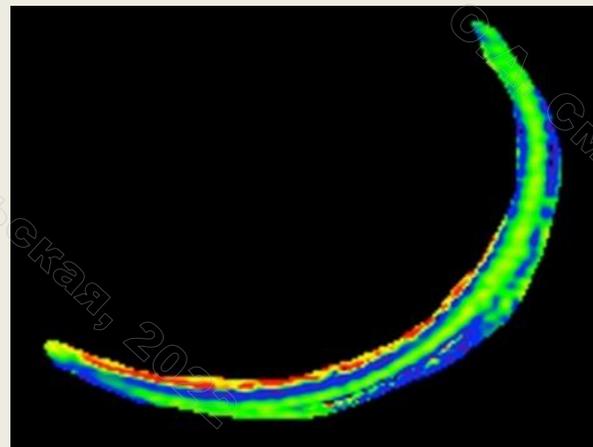
Результаты МРТ T2-картирования



**Усиление
хондродегенерации
на терапии эторикоксибом**



**Терапия
гиалуронатом натрия**



**Терапия
препаратом Алфлутоп**

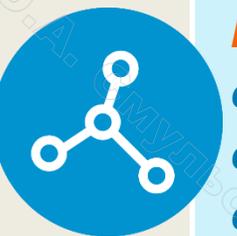
Алфлутоп — гастропротективный эффект



Полученные данные свидетельствуют о **НАЛИЧИИ ГАСТРОПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА У ПРЕПАРАТА АЛФЛУТОП** на фоне применения НПВП (диклофенак), связанного со стимулирующим влиянием Алфлутопа на сниженный в результате приема диклофенака уровень **PG** слизистой оболочки желудка



Терапия с использованием **АЛФЛУТОПА** способствовала **НОРМАЛИЗАЦИИ УРОВНЯ PGE2 и 6-keto-PGF1 α** к 41-му дню эксперимента, а уровня **PGF2 α** — уже на 21-й день исследования. Алфлутоп существенно не повлиял на уровень **PG** у здоровых животных



КОМПЛЕКСНЫЙ состав препарата **АЛФЛУТОП** предполагает, что в реализацию его **ГАСТРОПРОТЕКТИВНОГО ЭФФЕКТА** могут быть вовлечены **РАЗЛИЧНЫЕ фармакологические механизмы**, которые, в том числе, направлены на модуляцию активности ферментов, вовлеченных в каскад арахидоновой кислоты

Локальное введение Алфлутопа в зону патологических изменений суставной губы вертлужной впадины позволяет значительно уменьшить болевой синдром, длительность приема НПВП, сохранить функциональность ТБС

Дизайн исследования:

28 пациентов с коксартрозом I-II ст.

Алфлутоп 1-2 мл раз в 3 дня, на курс 3-5 инъекций, с раствором новокаина, под контролем УЗИ

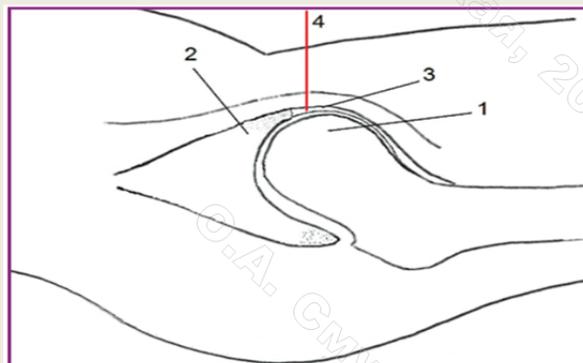
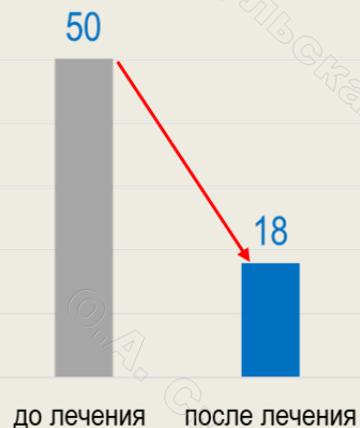


Рис. 1. Схема введения иглы в губу вертлужной впадины, сагиттальная проекция (1 – головка бедренной кости, 2 – передний край вертлужной впадины, 3 – суставная губа и капсула сустава по передней поверхности, 4 – направление введения иглы по передней поверхности сустава)

Уменьшение боли по ВАШ



Индекс по Лекену снизился до средней степени тяжести



НПВП отменяли уже после 3-го введения препарата Алфлутоп, т.к. болевой синдром у всех больных значительно уменьшился

Клиническая эффективность АЛФЛУТОПА



ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ОА РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

- ТАЗОБЕДРЕННЫЙ СУСТАВ
- КОЛЕННЫЙ СУСТАВ
- СУСТАВЫ КИСТЕЙ РУК
- ЛОКТЕВОЙ СУСТАВ
- ПЛЕЧЕВОЙ СУСТАВ
- ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ
- ФАСЕТОЧНЫЕ СУСТАВЫ
- ВИСОЧНО-НИЖНЕ-ЧЕЛЮСТНОЙ СУСТАВ



**ЭФФЕКТИВЕН НА САМЫХ
РАННИХ СТАДИЯХ ОА** –
уменьшает потерю хряща, когда
гиалиновый хрящ еще сохранен

**ЯРКИЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
АНТИВОЗРАСТНЫХ
ПРЕПАРАТОВ** – оказывает
положительное действие
на процессы воспаления,
ассоциированные
с возрастными измене-
ниями в организме



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Коксартроз

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: M16

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 666

Разработчик клинической рекомендации

- Ассоциация травматологов-ортопедов России
- Ассоциация ревматологов России
- Общероссийская общественная организация Ассоциация реабилитологов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

«Этиотропная фармакотерапия КА до настоящего времени не разработана, поэтому медикаментозное лечение **имеет симптоматическую направленность**»

«В настоящее время **препараты, содержащие хондроитина сульфат, глюкозамин и нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты относят к «базисной терапии» ОА** и называют — симптоматическими лекарственными средствами замедленного действия (СЛСЗД)...»

«На начальных стадиях заболевания и при множественном поражении суставов рекомендовано назначение хондроитина сульфата, глюкозамина, их комбинации, а также прочих нестероидных противовоспалительных и противоревматических препаратов...»



МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Клинические рекомендации

Коксартроз

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: M16

Год утверждения (частота пересмотра): 2021

Возрастная категория: Взрослые

Год окончания действия: 2023

ID: 666

Разработчик клинической рекомендации

- Ассоциация травматологов-ортопедов России
- Ассоциация ревматологов России
- Общероссийская общественная организация Ассоциация реабилитологов России

Одобрено Научно-практическим Советом Минздрава РФ

«В начале терапии для повышения биодоступности и достижения более быстрого обезболивающего эффекта, препараты на основе хондроитина сульфата, глюкозамина и нестероидные противовоспалительные и противоревматические препараты могут назначаться парентерально, в виде внутримышечных инъекций»

«В отличие от НПВП эти препараты обладают эффектом последствия после прекращения лечения в течение 2-4-х месяцев. Кроме того, еще одним преимуществом данных препаратов является возможность снижения дозы или полной отмены НПВП на фоне их приема, что приводит к уменьшению частоты неблагоприятных явлений (НЯ), связанных с использованием НПВП»

Благодарю за внимание!

