

# ОСТЕОАРТРИТ: ШВИДКИЙ ДОКАЗОВИЙ ОГЛЯД

AAFP, 2018

Остеоартрит (ОА) слід запідозрити у пацієнтів з болем в пальцях, плечах, стегнах, колінах або щиколотках, особливо якщо вони старше 40 років. Пацієнти старше 50 років, які мають біль в суглобах, мінімальну ранкову скутість і функціональні порушення, ймовірно мають ОА. Рентгенографія може підтвердити діагноз і може бути корисною перед консультацією хірурга, але результати зазвичай не корелюють з симптомами. Вправи, фізіотерапія, тейпування колінного суглоба і тай-чи корисні для ОА колінного суглобу. Медикаментозна терапія забезпечує скромні переваги щодо зменшення болю та функціонального поліпшення; однак нестероїдні протизапальні препарати, трамадол та інші опіоїди мають значну потенційну шкоду. Заміна суглобів може розглядатися для пацієнтів з помірним та сильним болем і рентгенологічно підтвердженим ОА. Ін'єкції кортикостероїдів можуть бути корисними в короткостроковій перспективі. Добавки вітаміну D, взуття спеціально розроблені для людей з ОА, антиоксидантні добавки, фізіотерапія для ОА стегнового суглобу, іонізовані браслети, бічні клиновидні устілки для медіального ОА колінного суглобу та ін'єкції гіалуронової кислоти НЕ ефективні.

**Остеоартрит (ОА)** - це стан, що часто зустрічається в первинній медичній допомозі. Ця стаття містить короткий виклад та огляд найкращих доступних для пацієнта доказових даних щодо ОА.

**SORT (the Study of Osteoarthritis Real World Therapies):  
КЛЮЧОВІ ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

КЛІНІЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	РЕФЕРАТИВНІ ДОКАЗИ
Рентгенографія може підтвердити діагноз ОА і може бути корисною перед направленням до хірурга, але результати, як правило, достовірно не корелюють з симптомами.	<b>C</b>
Вправи, фізіотерапія, тейпування колінного суглоба і тай-чи корисні для колінного ОА.	<b>B</b>
Неефективні засоби лікування ОА включають вітамін D і антиоксидантні добавки, взуття спеціально призначене для людей з ОА, бічні клиновидні устілки для ОМ з колінним вузлом, фізіотерапія для ОА стегна, іонізовані браслети та гіалуронову кислоту.	<b>B</b>
Медикаментозна терапія ОА повинна починатися з призначення ацетамінофену і місцевої терапії, потім переходити до нестероїдних протизапальних препаратів і вибірково до трамадолу та інших опіоїдів. Нестероїдні протизапальні препарати і опіоїди можуть зменшити біль і поліпшити функцію, але мають значну потенційну шкоду.	<b>A</b>
Обстеження суглобів слід розглядати для пацієнтів з помірним і сильним болем і рентгенологічно підтвердженим ОА.	<b>A</b>
Ін'єкції кортикостероїдів можуть бути корисними в короткостроковій перспективі, але докази змішані.	<b>B</b>
<p>ОА = остеоартрит.</p> <p>A = послідовні, якісні докази пацієнта; B = ознаки про невідповідність або обмежені докази пацієнта; C = консенсус, орієнтований на докази хвороби, звичайна практика, експертні висновки або серія випадків. Для отримання інформації про систему оцінки SORT доказів, перейдіть на сторінку <a href="https://www.aafp.org/afpsort">https://www.aafp.org/afpsort</a>.</p>	

## Кращі практики в ортопедії

### Рекомендації «Вибір розумної кампанії»

РЕКОМЕНДАЦІЯ	ОРГАНІЗАЦІЇ, ЯКІ ВИДАЛИ РЕКОМЕНДАЦІЇ
Не використовуйте глюкозамін і хондроїтин для лікування пацієнтів з симптоматичним ЛА колінного суглоба.	Американська академія ортопедичних хірургів
Не застосовуйте бокові клиновидні устілки для лікування пацієнтів з симптоматичним остеоартритом колінного суглобу.	Американська академія ортопедичних хірургів

Джерело: Більш детальну інформацію про «Вибір розумної кампанії» можна знайти на веб-сторінці <http://www.choosingwisely.org>. Для підтримки цитат і пошуку Вибір рекомендацій, які стосуються первинної медичної допомоги, див.

## Епідеміологія

Поширеність ОА за віком наведена в таблиці 1. Фактори ризику включають:

- Старший вік (особливо старше 50 років)
- Жіноча стать
- Надмірна вага або ожиріння
- Попереднє пошкодження суглоба
- Робота, яка вимагає згинання або присідання
- Сімейний анамнез
- Участь у спортивних заходах, пов'язаних з повторюваним впливом (наприклад, футбол, американський футбол).

### ТАБЛИЦЯ 1.

Поширеність ОА та обмеження діяльності через ОА

ВІК (РОКИ)	ОА ДІАГНОСТОВАНИЙ ЛІКАРЕМ (%)	ОБМЕЖЕННЯ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ЧЕРЕЗ ОА (%)
18 - 44	7.3	2.7
45-64	30	13
65 і старше	50	22

## Діагностика

ОА слід запідозрити у пацієнтів з болем в пальцях, плечах, стегнах, колінах або щиколотках, особливо якщо вони старше 40 років.

Альтернативні діагнози слід враховувати у пацієнтів із запаленням, еритемою або болем, які значно збільшуються або змінюються. Диференційний діагноз включає колагенову судинну хворобу, подагру і псевдоподагру, травму, септичний артрит, анкілозуючий спондиліт і псоріатичний артрит.

## ОЗНАКИ І СИМПТОМИ

Ознаки та симптоми, які є загальними для ОА, включають:

- Біль, як правило, погіршується вдень і зменшується після відпочинку.
- набряк і болючість суглобів з або без крепітації.
- Розростання кісткової тканини при тривалому або важкому ОА.
- Біль у суглобах, мінімальна ранкова скутість і функціональні порушення у пацієнтів старше 50 років. Наявність цих знахідок помірно корисна при постановці ОА, але їх відсутність не виключає її (Таблиця 2 4).
- Старший вік, ожиріння, утруднення ходьби по сходах і клінічні результати зниження діапазону рухів, випіт крепітація у пацієнтів з болем у коліні.

Таблиця 2

Точність ключових ознак і симптомів для діагностики ОА колінного суглоба

КЛІНІЧНІ ЗНАХІДКИ	КЛІНІЧНА ПОЗИТИВНА ВІДПОВІДНІСТЬ	КЛІНІЧНА НЕГАТИВНА ВІДПОВІДНІСТЬ	ВІДСОТОК ПАЦІЄНТІВ З ОА, У ЯКИХ ОЗНАКИ НАЯВНІ АБО ВІДСУТНІ (ВІК 45-64 РОКИ, ПРЕТЕСТОВА ЙМОВІРНІСТЬ = 30%)		ВІДСОТОК ПАЦІЄНТІВ З ОА, У ЯКИХ ОЗНАКИ НАЯВНІ АБО ВІДСУТНІ (ВІК СТАРШЕ 65 РОКІВ, ПРЕТЕСТОВА ЙМОВІРНІСТЬ = 30%)	
			НАЯВНІ	ВІДСУТНІ	НАЯВНІ	ВІДСУТНІ
Остеофіти	3,3	0,6	59	20	77	38
Функціональні обмеження	3,2	0,7	58	23	76	41
Біль під час згинання	2,8	0,8	55	26	74	44
Вузлики Гебердена (тверді або кісткові набряки в дистальному міжфаланговому суглобі)	2,0	0,9	46	28	67	47

ОА = остеоартрит

## ДІАГНОСТИЧНЕ ТЕСТУВАННЯ

- Рентгенографія не потрібна для діагностики ОА у пацієнтів з факторами ризику і типовими симптомами.
- Рентгенографічні дані у пацієнтів з ОА не завжди добре корелюють з симптомами. Два дослідження показали, що тільки у 16% пацієнтів з частими болями в стегнах були рентгенологічні дані ОА; навпаки, тільки 21% пацієнтів, які відповідали рентгенологічним критеріям ОА стегна, мали симптоми.
- Типові рентгенографічні дані у пацієнтів з ОА включають звуження суглобової щілини, остеофіти та субхондральний склероз.
- Рентгенографія може бути корисною перед направленням на заміну суглобів, оскільки рентгенологічна важкість є важливим фактором при визначенні відповідності операції.
- Магнітно-резонансна томографія виявляє аномалії суглобів у близько 90% у дорослих осіб старше 50 років як у пацієнтів з ожирінням, так у пацієнтів без ожиріння, які не мають болю в суглобах.

## Лікування

У схемі представлений запропонований підхід до лікування ОА. Кілька методів лікування підтримуються якісними даними. Однак деякі широко використовувані методи лікування (наприклад, ін'єкції гіалуронової кислоти, артроскопічна хірургія) не є ефективними і повинні бути відкинуті.

**Лікування першої лінії:** повна доза ацетамінофену, місцева терапія, вправи, тейпування колінного суглобу, фізіотерапія



**Лікування другої лінії:** нестероїдні протизапальні засоби



**Лікування третьої лінії:** трамадол або дулоксетин (Сімбалта)



**Лікування четвертої лінії:** обережне призначення опіатів (50 мг гідрокодону або 30 мг оксикодону щодня або менше), заміна суглобу у пацієнтів з помірним або сильним болем і з помірними або сильними рентгенологічними ознаками ОА

## Вправи, дієта та фізична терапія

- Водні вправи мають невеликі короткострокові переваги для ОА.
- Добавки вітаміну D, антиоксидантні добавки, взуття, спеціально призначено для людей з ОА, і іонізовані зап'ястні браслети неефективні для ОА.
- Вправи, тай-чи, тейпування колінного суглоба та фізіотерапія є корисними для ОА колінного суглоба і можуть бути рекомендовані на основі переваг та прийнятності пацієнта.
- Бічні клиновидні устілки неефективні для медіального ОА колінного суглобу.
- Фіксація колінного суглобу не має достатніх доказів, щоб зробити висновки про його ефективність.
- Фізіотерапія не була корисною для ОА стегна в добре продуманому дослідженні.
- Зменшення ваги рекомендовано пацієнтам з ОА колінного і кульшового суглобів; однак, систематичний огляд виявив лише неякісні докази того, що бариатрична хірургія зменшує біль і покращує функцію в осіб з ожирінням та болем у коліні.
- Споживання імбиру значно зменшило біль і інвалідизацію в п'яти дослідженнях (N = 593), включених до систематичного огляду. Однак, пацієнти частіше припиняли його прийом, а загальна якість досліджень була помірною. Аналогічним чином, авокадо можуть бути ефективними в дозах від 300 до 600 мг на добу. Обидві ці втручання, хоча й безпечні, обмежені невеликою кількістю та методологічними недоліками досліджень

## МЕДИКАМЕНТОЗНА ТЕРАПІЯ

- Ацетамінофен менш ефективний, ніж нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) для ОА, але, з огляду на його безпеку, доцільно використовувати адекватне дозування.
- З НПЗЗ, що в даний час доступні в Сполучених Штатах, диклофенак, 150 мг на добу, швидше за все, буде ефективним для ОА, за яким слідує напроксен, згідно з систематичним

оглядом. Кокранівський огляд прийшов до висновку, що місцеве застосування диклофенаку та кетопрофену помірно ефективні.

- Місцевий капсаїцин виявився дещо ефективним у кількох невеликих дослідженнях, хоча його застосування пов'язано з змінним відчуттям печіння.
- Трамадол є помірно ефективним при ОА, згідно з систематичним оглядом 11 рандомізованих досліджень (N = 1019) може бути рекомендований для лікування (NNT), так як приносить більше поліпшення порівняно з шкодою (NNH) для однієї людини, не дивлячись на побічні ефекти.
- Дулоксетин (Cymbalta) - інгібітор зворотного захоплення серотоніну і норепінефрину, схвалений для лікування захворювань з больовим синдромом. Його NNT становить 7 для клінічно значного зменшення болю в ОА. Найбільш поширеним побічним ефектом є легка чи помірна нудота (23% проти 7% для плацебо; NNH = 6).
- Оскільки трамадол і дулоксетин мають побічні ефекти, подібні за величиною до їх потенційних переваг, їх слід застосовувати лише у окремих пацієнтів.
- Пропоксифен (не доступний у Сполучених Штатах) плюс ацетамінофен не краще, ніж тільки ацетамінофен, має більше несприятливих ефектів і його слід уникати.
- Оральні та трансдермальні опіоїди (не включаючи трамадол) мають лише незначні переваги, які мають сумнівне клінічне значення, згідно з Кокранівським оглядом. Ці препарати також мають значні побічні ефекти, і тривале застосування не рекомендується. За пацієнтами, які приймають опіоїди, слід ретельно стежити, а доза повинна бути якомога нижчою. Щоденні дози більш ніж 50 мг гідрокодону або 30 мг оксикодону не рекомендуються.
- Загалом, доцільно почати лікування з повною дозою ацетамінофену та / або місцевої терапії і перейти до НПЗЗ, такого як напроксен або диклофенак, а потім, якщо необхідно, до трамадолу або дулоксетину.

## Хірургічна терапія

- Заміна суглобів є варіантом для пацієнтів з помірним та сильним болем і рентгенологічно підтвердженим ОА. Рандомізоване дослідження показало, що у пацієнтів з помірним рентгенологічно підтвердженим ОА зменшився біль і покращилась функція після заміни суглобу порівняно з тими, хто отримував звичайний догляд, хоча можуть виникнути серйозні побічні ефекти, включаючи тромбоз глибоких вен, інфекцію та необхідність подальшої операції або мобілізації під наркозом. Пацієнти з та без ожиріння мають подібні результати після заміни коліна.
- Артроскопічна меніскектомія з або без санації не є більш ефективною, ніж фіктивні процедури або вправи для колінного ОА, згідно з систематичним оглядом дев'яти досліджень (N = 1,279). Це також неефективно для пацієнтів з дегенеративними пошкодженнями меніска.
- Ін'єкції кортикостероїдів покращують функцію і забезпечують короточасне полегшення болю, але не покращують загальну якість життя, згідно з систематичними оглядами. Недавнє велике рандомізоване дослідження виявило відсутність переваг і більшої втрати хряща у пацієнтів, які отримували ін'єкції кортикостероїдів.
- Ін'єкції гіалуронової кислоти не є ефективними при ОА, згідно з оглядом найбільш якісних досліджень та неопублікованих досліджень.
- Пролотерапевтичні ін'єкції декстрази показали незначну користь при ОА колінного суглоба в двох невеликих рандомізованих дослідженнях, але доказова база обмежена, і техніка може бути залежною від оператора і не легко відтворюватися.
- Ін'єкції плазми, багатої на тромбоцити або концентрату аспірату кісткового мозку не є ефективними при ОА.

## КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ

Для лікування ОА були вивчені наступні додаткові методи лікування:

- Акупунктура в кращому випадку мінімально ефективна при ОА колінного або стегнового суглобу.



- Пероральний глюкозамін з хондроїтином або без нього, не ефективний у добре продуманих випробуваннях.
- S-аденілметіонін і метилсульфонілметан мають невизначену ефективність на основі систематичних оглядів. Спостережувані переваги були невеликими за величиною і, ймовірно, не були клінічно значимими.

## Прогноз

Симптоми ОА, як правило, прогресують з часом, хоча вони можуть тимчасово покращитися в короткостроковій перспективі.

**Джерело:** <https://bit.ly/2FLbgfl>

**Переклад:** Оксана Казмірчук

