

Памятка (для врача) и пациента

Клинических рекомендациях РНМОТ [3] порядок врачебных интервенций при ведении больных с ОА и коморбидностью:

1. В случае отсутствия опыта лечения ОА следует провести консилиум с опытным врачом.
2. Провести общий медицинский осмотр и формирование развернутой диагностической концепции.
3. Поскольку полноценного обезболивания больного и ремиссии ОА невозможно достичь при гиперхолестеринемии, гипергликемии, гиперурикемии, высоком артериальном давлении (АД) и декомпенсированной ХСН, требуется полноценный, рекомендованный медикаментозный контроль данных состояний.
4. Определить нейропатический компонент боли (паттерны в описании болевых ощущений больным: холод, электричество, огонь, парестезии, колющие боли, иррадирующие боли).
5. Назначить интервенции, направленные на снижение веса. Артрит при ожирении требует всех возможных методов лечения, включая хирургический, поскольку цитокины адипоцитов поддерживают воспаление в суставе.
6. Определить стратегию лечения осложнений сахарного диабета.
7. Обсудить со специалистом допустимый уровень интенсивности лечебной физкультуры.
8. Лечебная физкультура, содержащая упражнения на растяжение мышц, тренировку баланса и функциональных возможностей суставов, является обязательным компонентом терапии любой обезболивающей стратегии.
9. У больных моложе 65 лет всегда нужно обдумать необходимость заместительной гормональной терапии, поскольку дефицит половых стероидов является важным патогенетическим аспектом инициации воспаления. Решение о заместительной гормональной терапии (перименопауза у женщин и андрогенный дефицит у мужчин) применяется в консилиуме специалистов.
10. Определить стартовую терапию боли.
11. Не рекомендуется длительное назначение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), парацетамола и других анальгетических средств. Обезболивания следует достигать реабилитационными методами.
12. Определить наличие относительных (высокий сердечно-сосудистый риск) и абсолютных противопоказаний (прием оральных антикоагулянтов, комбинированная антиагрегантная терапия, перенесенные оперативные пособия на сосудах сердца, головы и шеи) для назначения НПВП. Проводить мониторинг АД в сроки приема НПВП.
13. В случае отсутствия навыка внутрисуставных инъекций следует прибегать к помощи ортопеда, ревматолога или врача общей практики, имеющего опыт и сертификат для выполнения таких процедур.
14. Острый артрит, синовит, а также период дифференциально-диагностического поиска требуют стратегии разгрузки сустава (ортезы и специальные повязки).
15. При сахарном диабете стратегия разгрузки сустава с болью является приоритетной задачей.