

ДИАГНОСТИКА И АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРИТА У ЛИЦ СТАРШЕ 16 ЛЕТ (ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ И ЛИЦ ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ЗА НИМИ УХОД)

Введение. Остеоартрит (ОА) — наиболее распространённая форма дегенеративных заболеваний суставов, особенно среди лиц старше 50 лет. Патология характеризуется хронической болью, ограничением подвижности и снижением качества жизни. Современные эпидемиологические данные указывают на рост распространённости, особенно среди женщин, людей с ожирением и пациентов с мультиморбидностью. Несмотря на это, в рутинной практике сохраняется избыточное использование визуализации, хотя диагностика должна основываться преимущественно на клинической оценке.

Материалы и методы. Проведён аналитический обзор международных рекомендаций и публикаций, включая ВОЗ, NICE, OARSI, EULAR и статьи ведущих журналов за 2010–2024 годы. Анализ включал оценку эффективности методов диагностики, консервативного лечения, образования пациентов и доказательной медицины.

Результаты. Лечебная физкультура (ЛФК), контроль массы тела и доступная пациентам информация признаны наиболее эффективными компонентами терапии. Контролируемые упражнения обеспечивают лучшие исходы по сравнению с самостоятельными тренировками. Фармакологическое лечение (особенно местные НПВП) показало умеренную эффективность при хорошем профиле безопасности. Мануальная терапия, иглоукалывание и электротерапия требуют дальнейшего изучения. Внутрисуставные инъекции кортикостероидов могут применяться при резистентности к лечению. Визуализация рекомендуется только при атипичных симптомах или подозрении на альтернативный диагноз.

Обсуждение. Комплексный подход к лечению остеоартрита, основанный на клинической диагностике и персонализированной программе реабилитации, позволяет улучшить качество жизни пациентов. Программы с образовательным и поведенческим компонентом усиливают приверженность лечению. Обоснован отказ от рутинной визуализации при типичной клинической картине и акцент на профилактику утраты функции.

Заключение. Наиболее эффективными стратегиями лечения остеоартрита являются структурированные программы физической активности, поддержка самоуправления и рациональное применение медикаментов. Современные рекомендации направлены на снижение ненужных затрат, усиление роли первичной помощи и повышение участия пациента в управлении своим состоянием.

Ключевые слова: остеоартрит, диагностика, лечебная физкультура, контроль веса, немедикаментозная терапия, визуализация, НПВП, самоуправление, качество жизни.

G'iyasova Nigora Kabilovna
G'iyasova Rayxona Bahodirovna
SamDTU, Samarqand, O'zbekistan.

16 YOSHDAN KATTA BO‘LGAN SHAXSLARDA OSTEOARTRITNI TASHXISLASH VA DAVOLASH JIHATLARI (BEMORLAR VA ULARNI PARVARISH QILUVCHILAR UCHUN)

Kirish

Osteoartrit (OA) - bu bo‘g‘imlarning degenerativ kasalliklarining eng keng tarqalgan shakli, ayniqsa 50 yoshdan oshgan odamlar orasida. Patologiya surunkali og‘riq, harakatning cheklanishi va hayot sifatining pasayishi bilan tavsiflanadi. Zamonaviy epidemiologik ma’lumotlar, ayniqsa, ayollar, semiz odamlar va multimorbidlik bilan og‘rigan bemorlar orasida tarqalishning o‘rishini ko‘rsatmoqda. Shunga qaramay, odatiy amaliyotda vizualizatsiyadan ortiqcha foydalanish saqlanib qolmoqda, garchi diagnostika asosan klinik baholashga asoslangan bo‘lishi kerak.

Materiallar va usullar. Xalqaro tavsiyalar va nashrlar, jumladan, JSST, NICE, OARSI, EULAR va yetakchi jurnallarning 2010-2024-yillardagi maqolalari tahliliy ko‘rib chiqildi. Tahlil diagnostika, konservativ davolash, bemorlarni o‘qitish va dalillarga asoslangan tibbiyot usullarining samaradorligini baholashni o‘z ichiga oldi.

Natijalar. Davolash jismoniy tarbiyasi (DJT), tana vaznini nazorat qilish va bemorlar uchun mavjud bo‘lgan ma’lumotlar terapiyaning eng samarali tarkibiy qismlari sifatida tan olingan. Nazorat qilinadigan mashqlar mustaqil mashg‘ulotlarga qaraganda yaxshiroq natija beradi. Farmakologik davolash (ayniqsa mahalliy nosteroid yallig‘lanishga qarshi dorilar) yaxshi xavfsizlik profilida o‘rtacha samaradorlikni ko‘rsatdi. Manual terapiya, igna bilan davolash va elektroterapiya qo‘shimcha o‘rganishni talab qiladi. Bo‘g‘im ichiga kortikosteroidlar inyeksiyasi davolashga rezistentlikda qo‘llanilishi mumkin. Tasvirlash faqat atipik alomatlar yoki muqobil tashxisga shubha bo‘lganda tavsiya etiladi.

Muhokama. Osteoartritni davolashda klinik diagnostika va shaxsiy reabilitatsiya dasturiga asoslangan kompleks yondashuv bemorlarning hayot sifatini yaxshilash imkonini beradi. Ta’lim va xulq-atvor komponentli dasturlar davolanishga sodiqlikni kuchaytiradi. Tipik klinik ko‘rinishda muntazam vizualizatsiyadan voz kechish va funksiyani yo‘qotishning oldini olishga e’tibor qaratish asoslangan.

Xulosa. Osteoartritni davolashning eng samarali strategiyalari jismoniy faollikning tuzilgan dasturlari, o‘z-o‘zini boshqarishni qo‘llab-quvvatlash va dori-darmonlarni oqilona qo‘llashdir. Zamonaviy tavsiyalar keraksiz xarajatlarni kamaytirish, birlamchi tibbiy yordam rolini kuchaytirish va bemorning o‘z holatini boshqarishda ishtirokini oshirishga qaratilgan.

Kalit so'zlar: osteoartrit, diagnostika, davolash jismoniy tarbiyasi, vazn nazorati, nomedikamentoz terapiya, vizualizatsiya, NYAQV, o'z-o'zini boshqarish, hayot sifati.

Giyasova Nigora Kabilovna
Giyasova Raykhona Bahodirovna
SamSMU, Samarkand, Uzbekistan.

DIAGNOSIS AND TREATMENT ASPECTS OF OSTEOARTHRITIS IN PERSONS OVER 16 YEARS OLD (FOR PATIENTS AND PERSONS CARING FOR THEM)

Introduction. Osteoarthritis (OA) is the most common form of degenerative joint diseases, especially among people over 50. The pathology is characterized by chronic pain, limited mobility, and a decrease in the quality of life. Current epidemiological data indicates an increase in prevalence, especially among women, people with obesity, and patients with multimorbidity. Despite this, excessive use of visualization remains in routine practice, although diagnosis should primarily be based on clinical assessment.

Materials and methods. An analytical review of international recommendations and publications, including WHO, NICE, OARSI, EULAR, and articles from leading journals for 2010-2024, was conducted. The analysis included an assessment of the effectiveness of diagnostic methods, conservative treatment, patient education, and evidence-based medicine.

Results. Therapeutic exercises, body weight control, and accessible information are recognized as the most effective components of therapy. Controlled exercises provide better results compared to independent training. Pharmacological treatment (especially local NSAIDs) has shown moderate effectiveness with a good safety profile. Manual therapy, acupuncture, and electrotherapy require further study. Intra-articular corticosteroid injections can be used for treatment resistance. Visualization is recommended only in cases of atypical symptoms or suspicion of an alternative diagnosis.

Debate. A comprehensive approach to treating osteoarthritis, based on clinical diagnostics and a personalized rehabilitation program, allows for improved patient quality of life. Programs with educational and behavioral components reinforce adherence to treatment. It is justified to abandon routine visualization with a typical clinical picture and emphasize the prevention of function loss.

Conclusion. The most effective strategies for treating osteoarthritis are structured physical activity programs, self-regulation support, and the rational use of medications. Modern recommendations are aimed at reducing unnecessary expenses, enhancing the role of primary care, and increasing the patient's involvement in managing their condition.

Keywords: osteoarthritis, diagnosis, therapeutic exercise, weight control, non-drug therapy, visualization, NSAIDs, self-regulation, quality of life.

Актуальность. Остеоартрит в настоящее время является наиболее распространенной формой суставной патологии. Обычно оно проявляется суставными симптомами, такими как боль и скованность, в основном поражающими коленные, тазобедренные, суставы рук и ног. Симптомы варьируются от легких и периодических до более стойких и тяжелых. Состояние не обязательно ухудшается, но симптомы колеблются, и обострения являются обычным явлением. По данным ревматологов на долю этого заболевания приходится до 60-70% всех ревматических заболеваний. Эпидемиологические исследования показали, что остеоартритом болеет 10-12% обследованного населения всех возрастов. При этом частота заболевания нарастает с возрастом: среди лиц старше 50 лет достигает 27,1%, а старше 60 лет – 97%. Хотя полная инвалидизация больных артрозами наблюдается относительно редко (за исключением больных коксартрозом), заболевание часто служит причиной временной нетрудоспособности. Согласно современным представлениям, лечение остеоартрита должно быть комплексным и включать комбинацию немедикаментозных методов. Остеоартрит оказывает негативное влияние на повседневную деятельность, качество жизни и состояние здоровья. Это может повлиять на физическую, социальную и эмоциональную жизнь людей; более половины людей с остеоартритом сообщают, что он серьезно влияет на их семейную и трудовую жизнь.

Остеоартритом чаще страдают женщины, люди, живущие в неблагополучных районах, люди в возрасте 45 лет и старше, а также люди, живущие с ожирением. Распространенность остеоартроза растет. У многих людей с остеоартритом имеется несколько хронических заболеваний, что усложняет уход за ними. Для диагностики остеоартрита, за исключением случаев, когда имеются атипичные признаки или признаки, позволяющие предположить альтернативный или дополнительный диагноз нельзя использовать рутинную визуализацию.

Цель исследования: диагностика, оценка и нехирургическое лечение остеоартрита, улучшение лечения остеоартрита и качества жизни людей с остеоартритом.

Материалы и методы: данные статьи предназначены в первую очередь для: медицинских работников, уполномоченные служб здравоохранения и социальной защиты, людей с остеоартритом, их семей и лиц, осуществляющих уход за ними, исследователям, интересующимся остеоартритом.

Результаты исследования: предоставляя информацию людям с остеоартритом, их семьям и лицам, осуществляющим уход, необходимо адаптировать ее к их индивидуальным

потребностям (таким как язык и культура), убедиться, что она представлена в доступном формате, и следовать рекомендациям по предоставлению пациентам возможности активно участвовать в лечении, применение совместного принятия решений на практике, предоставление подхода к лечению, учитывающего мультиморбидность. Людям с остеоартритом необходимо объяснить, что диагноз диагностируется клинически и обычно не требует визуализации для подтверждения диагноза и лечение должно основываться на симптомах и физических функциях и, что основными методами лечения этого заболевания являются лечебная физкультура и контроль веса (при необходимости), а также информация и поддержка.

Лечебная физкультура: при назначении всем людям с остеоартритом лечебной физкультуры необходимо предложить лечебные упражнения, адаптированные к их потребностям (например, локальное укрепление мышц, общая аэробная подготовка). Данные исследования показали, что физические упражнения имеют клинически важную пользу для людей с остеоартритом, а также общую пользу для здоровья и более высокий профиль безопасности по сравнению с другими распространенными методами лечения, такими как обезболивание. В частности, мы подчеркнули важность лечебных упражнений, которые помогают контролировать и уменьшать симптомы, а также улучшать или поддерживать физическое функционирование в долгосрочной перспективе. Для большей пользы мы рекомендовали адаптировать это к потребностям человека, например, упражнения для конкретных суставов.

Проведенные мероприятия показали, что контролируемые упражнения имеют некоторые преимущества по сравнению с упражнениями без надзора. Экспертный комитет пришел к единому мнению, что упражнения под наблюдением, вероятно, принесут большую пользу людям с остеоартритом, чем упражнения без надзора. Это связано с тем, что контролируемые упражнения могут обеспечить индивидуальные упражнения и социальную поддержку, что может повысить приверженность лечению и привести к тому, что у людей с остеоартритом выработается привычка к регулярным физическим упражнениям. Нами была отмечена важность физических упражнений в продолжении лечебных упражнений, мы подчеркнули их преимущества, одновременно признав, что упражнения поначалу могут быть трудными. Необходимо дать понять людям с остеоартритом и медицинским работникам, что физические упражнения не вредны для суставов, страдающих остеоартритом, и что регулярные

и последовательные физические упражнения в течение длительного периода времени могут уменьшить боль, улучшить функционирование и качество жизни.

В связи с тем, что могут потребоваться дополнительные доказательства, мы решили провести исследование для сравнения клинической и экономической эффективности контролируемых групповых и индивидуальных упражнений с упражнениями без надзора. Фактические данные показали, что пакеты лечения имели клинически важное преимущество в отношении физических функций по сравнению с вмешательствами в области образования или изменения поведения. У них также наблюдались устойчивые положительные изменения в качестве жизни, боли и физических функциях по сравнению со стандартным лечением. Однако они не показали превосходства над индивидуальными методами лечения (такими как упражнения, мануальная терапия и электротерапия). Мы согласились с тем, что личностно-ориентированный подход важен. Дополнительное образование или подходы к изменению поведения могут помочь некоторым людям достичь своих целей, но другим это может не понадобиться. Поэтому мы рекомендовали объединить лечебную физкультуру как часть структурированного пакета лечения, поскольку это может быть более подходящим для некоторых людей и мотивировать их продолжать лечебную физкультуру.

Управление весом: данные о влиянии потери веса на людей с остеоартритом имеют ограничения. Однако для людей с остеоартритом коленного сустава данные в целом показали, что по мере потери веса улучшаются качество жизни, боли и физические функции. Для людей с избыточным весом потеря более 10% массы тела может быть наиболее полезной, но это может быть достижимо не для всех. Мы хотели подчеркнуть, что потеря любого веса будет полезна, но потеря большего количества принесет больше пользы. Было отмечено, потеря 10% массы тела, вероятно, будет лучше, чем 5%, и это может помочь обеспечить стимул и стимулировать потерю веса. Мы также отметили, что рекомендации по поводу веса, который нужно сбросить, могут помочь людям с остеоартритом, предоставив им цель, к которой они могут стремиться.

Мы определили, что, хотя доказательства были получены от людей с остеоартритом коленного сустава, их можно применить и к людям с другими суставами, пораженными остеоартритом. Это связано с потенциальными дополнительными преимуществами потери веса, наблюдаемыми в других группах населения, такими как снижение воспалительных факторов, которые могут быть полезны для всех суставов и общего благополучия. Также было отмечено, что остеоартрит является заболеванием нескольких суставов, и люди, у которых

наблюдается заболевание одного сустава, могут в конечном итоге заболеть им и в другом. Снижение веса может помочь снизить этот риск.

Мануальная терапия: данные исследования показали, что недостаточно доказательств в поддержку ее использования только для лечения остеоартрита. Нами были отмечены недавние данные, которые показали некоторые клинические преимущества мануальной терапии при остеоартрите тазобедренного и коленного суставов, при этом не было выявлено никаких доказательств для других суставов. Однако преимущества были сильнее, если мануальную терапию сочетать с физическими упражнениями. Клинические и экономические данные показали, что сами по себе упражнения более эффективны, чем мануальная терапия в отдельности и комбинация мануальной терапии и физических упражнений. Таким образом, мы пришли к выводу, что мануальную терапию следует рассматривать только наряду с лечебной физкультурой. В большинстве исследований терапия проводилась менее 3 месяцев и в среднем 7 недель. Было выделено, что продолжительность мануальной терапии будет аналогичной, но будет варьироваться в зависимости от потребностей человека. Нами было рекомендовано провести исследование мануальной терапии для людей с остеоартритом, используемой отдельно и в сочетании с лечебной физкультурой.

Иглоукалывание: имеющиеся данные касались преимущественно остеоартрита коленного сустава. Это показало отсутствие преимуществ иглоукалывания и некоторые доказательства вреда. Экономические данные также показали, что использование иглоукалывания при остеоартрите нерентабельно, поэтому нами не было рекомендовано использовать иглоукалывание или сухие иглы. Были некоторые доказательства клинической пользы и экономической эффективности электроакупунктуры, но они были очень низкого качества из-за небольших размеров исследований и несогласованности между исследованиями. Данные об электроакупунктуре свидетельствуют о том, что она показала преимущества по сравнению с имитацией иглоукалывания, но не по сравнению с иглоукалыванием или отсутствием лечения. Мы посчитали, что противоречивые данные могут быть результатом того, что некоторые люди реагируют на электроакупунктуру сильнее, чем другие. Поскольку существует неопределенность относительно того, кому может быть полезна электроакупунктура, мы рекомендовали провести исследование электроакупунктуры при остеоартрите.

Электротерапия: хотя было проведено множество исследований по электротерапии, результаты были противоречивыми и в большинстве случаев показали небольшую пользу.

Было отмечено, что большинство исследований были небольшими, в них участвовало менее 100 человек, и что данные прямых сравнений электротерапии с другими вмешательствами были неопределенными. Мы согласились с тем, что недостаточно доказательств, чтобы рекомендовать электротерапию людям с остеоартритом. Экстракорпоральная ударно-волновая терапия продемонстрировала некоторые преимущества по сравнению с имитацией вмешательства. Однако эти доказательства были неопределенными из-за небольших размеров исследований и проблем с использованием соответствующих имитационных методов. Мы согласился с необходимостью дальнейших исследований с использованием соответствующего шаблона с участием более 50 участников в каждой группе исследования и рекомендовали провести исследования по экстракорпоральной ударно-волновой терапии.

Устройства: нужно рассмотреть возможность использования вспомогательных средств для ходьбы (например, тростей) для людей с остеоартритом нижних конечностей. Данные небольшого исследования вспомогательных средств для ходьбы показали, что они улучшают качество жизни и уменьшают боль по сравнению с отсутствием таких устройств. Мы согласился с тем, что вспомогательные средства для ходьбы имеют то преимущество, что снижают давление на суставы ног, что способствует стабильности и движению, стимулируя физическую активность и независимость. Это особенно актуально во время ожидания замены сустава или если операция не может быть проведена, поскольку вспомогательное средство помогает поддерживать физические упражнения и уверенность при ходьбе. В целом мы согласились, что доказательств, подкрепленных экспертным мнением, достаточно, чтобы рекомендовать вспомогательные средства для ходьбы людям с остеоартритом нижних конечностей. Также нами был сделан вывод, что не было достаточных доказательств в поддержку регулярного использования стелек, брекетов, лент, шин или бандажей. Мы отметили, что существует потенциальный риск того, что некоторые из этих устройств могут вызвать серьезные побочные эффекты, такие как образование пузырей и другие повреждения под давлением. Мы пришли к выводу, что необходимы дальнейшие исследования устройств посредством исследований с большим количеством участников, достаточным ослеплением и сокрытием распределения. Поскольку большая часть доказательств касалась остеоартрита коленного сустава, мы рекомендовали изучить устройства для лечения болезненного остеоартрита стопы и голеностопного сустава. Также было отмечено, что данные об обуви имеют ограничения, и рекомендовано провести исследование обуви для лечения остеоартрита нижних конечностей.

Медикаментозное лечение: если для лечения остеоартрита необходимы фармакологические методы лечения, их нужно использовать наряду с нефармакологическим лечением и для поддержки лечебных упражнений, в минимальной эффективной дозе в течение максимально короткого времени. Фармакологическое лечение может быть полезно для уменьшения симптомов и оказания помощи людям в начале других более эффективных методов лечения, таких как лечебная физкультура. Однако они отметили, что следует понимать риски фармакологического лечения и не следует злоупотреблять лечением или использовать его, когда в нем нет необходимости. Сложно определить сильные стороны и продолжительность лечения, которые можно было бы обобщить для всех. Это связано с тем, что у людей с остеоартритом могут быть различные сопутствующие заболевания и факторы, которые могут повлиять на лечение. Необходимо подчеркнуть, что при лечении следует использовать самую низкую эффективную дозу в течение как можно более короткого времени. Имеют место применение лекарственных средств местного, перорального и трансдермального действия.

Местные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) оказались клинически эффективными в уменьшении боли у людей с остеоартритом коленного сустава и, как правило, являются наиболее экономически эффективными лекарствами от остеоартрита. Они также были связаны с минимальными нежелательными явлениями. Доказательства применения НПВП для местного применения были получены в ходе исследований с участием людей с остеоартритом коленного сустава и одного исследования с участием людей с остеоартритом рук. Доказательства не выявили клинически значимых различий в отношении остеоартрита рук, но было отмечено, что это сомнительно, поскольку основано на одном исследовании. Было подчеркнуто, что, хотя данные показали пользу только при остеоартрите коленного сустава, другие люди с суставами, пораженными остеоартритом, также могут получить пользу от местных НПВП. Было обнаружено, что пероральные НПВП экономически эффективны, и данные показывают, что они немного уменьшают боль и улучшают физическую функцию. Однако к сведению было принято предупреждения по регулированию лекарственных средств и медицинской продукции, о безопасности НПВП в отношении безопасности для сердечно-сосудистой системы, почек и желудочно-кишечного тракта. В результате было подчеркнуто, что НПВП, как и другие фармакологические методы лечения остеоартрита, следует использовать в течение как можно более короткого времени и что при назначении

следует тщательно учитывать потенциальный вред для желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, печени и почек.

Внутрисуставные инъекции: внутрисуставные инъекции гиалуроновой кислоты для лечения остеоартрита не являются актуальными, в связи с тем, что они приносят лишь кратковременное облегчение (от 2 до 10 недель). Можно рассмотреть возможность внутрисуставных инъекций кортикостероидов, когда другие фармакологические методы лечения неэффективны или не подходят, а также для поддержки лечебных упражнений.

Направление на замену сустава: показаниями для направления людей с остеоартритом бедра, колена или плеча на замену сустава, могут быть: их суставные симптомы (такие как боль, скованность, снижение функции или прогрессирующая деформация суставов) существенно влияющие на качество их жизни и неэффективность и непригодность нехирургического лечения (например, лечебная физкультура, снижение веса, обезболивание). Принимая решение направить кого-либо на замену сустава, нужно использовать клиническую оценку вместо систем, которые численно оценивают тяжесть заболевания. Нельзя исключать людей с остеоартритом из направления на замену сустава по следующим причинам: возраст, пол, курение, сопутствующие заболевания, избыточный вес или ожирение, на основании таких показателей, как индекс массы тела (ИМТ). При обсуждении направления на замену сустава необходимо объяснить человеку с остеоартритом, что риски замены сустава могут варьироваться в зависимости от факторов. Противопоказаний к операции немного, и хирург лучше всего сможет оценить и обсудить целесообразность замены сустава в каждом конкретном случае. Но рекомендовано объяснить различные риски хирургического вмешательства в зависимости от конкретных обстоятельств человека. Доказательства критериев направления для замены суставов были ограничены. Эти данные позволяют предположить, что отсутствие ответа на анальгетики может быть связано с необходимостью замены сустава. Более длительная продолжительность симптомов, по-видимому, не была связана с необходимостью замены сустава, что может указывать на то, что продолжительность симптомов менее значима, чем отсутствие ответа на лечение.

Артроскопические процедуры: согласно исследованиям не рекомендовано проведение артроскопического лаважа или санации ран людям с остеоартритом, даже при возникновении временного ухудшения симптомов, таких как боль, отек и скованность, которые проявляются хуже, чем обычно, могут повлиять на сон, активность, функции и психологическое благополучие, может привести к изменению терапии в течение как минимум

24 часов. Атипичные признаки могут включать в себя недавнюю травму в анамнезе, длительную утреннюю скованность суставов, быстрое ухудшение симптомов или деформации, наличие горячего опухшего сустава или проблемы, которые могут указывать на инфекцию или злокачественное новообразование.

Заключение: Пакет лечения определяется как любое лечение остеоартрита (это может включать в себя: физические упражнения, мануальную терапию, вспомогательные устройства и фармакологическое лечение) в сочетании с одним из следующих методов: подходы к изменению поведения, включая способы уменьшения боли и напряжения при использовании суставов, обучение навыкам преодоления боли (включая обучение навыкам преодоления боли с помощью супруга), постановка целей; мотивационный коучинг; консультирование по вопросам контроля веса и консультирование по рискам на рабочем месте, образовательная программа, проводимая одним или несколькими медицинскими работниками в течение нескольких занятий, в том числе основанных на поведенческой теории.

Не было никаких доказательств того, что визуализация полезна для диагностики остеоартрита. По результатам исследования было определено, что визуализация не имеет особой ценности и что остеоартрит можно диагностировать, тщательно собрав анамнез и проведя обследование. Согласно исследованиям было отмечено, что визуализация может быть полезна при наличии атипичных признаков, которые могут указывать на альтернативный или дополнительный диагноз, например, на другие воспалительные формы артрита (например, ревматоидный артрит) и злокачественные новообразования.

Визуализация часто используется при диагностике остеоартрита, несмотря на неопределенность относительно ее пользы, последствий для ресурсов и возможности задержек в начале лечения. Рекомендации должны сократить ненужное использование ресурсов и обеспечить экономию средств.

Данные показали, что обычно люди с остеоартритом хотят получить больше информации о своем состоянии. Сюда входила информация о причинах, о том, что их диагноз означает для будущего и где можно найти дополнительную информацию о самоконтроле. В статье мы основывали свои рекомендации на фактических данных и своем опыте. Было отмечено, что важно рассказывать людям, что диагноз ставится клинически без визуализации, что визуализация редко дает какую-либо дополнительную информацию, полезную для диагностики или планирования нехирургического лечения остеоартрита, и что ее можно использовать только в том случае, если есть подозрение на альтернативный диагноз или другие

осложнения. Это поможет успокоить и развеять любое мнение о том, что для диагностики остеоартрита необходимы рентгеновские снимки или другие методы визуализации.

В статье мы отметили важность информации, которая дает надежду на будущее и поддерживает стратегии самоуправления (например, информация, подчеркивающая поведение, уменьшающее симптомы, например, лечебные упражнения). Согласно проведенному исследованию было выяснено, что объяснение основных методов лечения остеоартрита поможет людям понять, что фармакологическое лечение не является долгосрочным решением. Информация о распознавании обострений и о том, как справиться с изменениями боли, поможет человеку лучше понять, как его состояние может меняться с течением времени и что можно с этим поделать. Нами были выделены необходимые дополнительные доказательства в отношении информации о лечении обострений и информации для различных групп людей с остеоартритом, и поэтому даны рекомендации для исследования того, какая информация нужна людям с остеоартритом. Мы пришли к выводу, что опыт остеоартрита у каждого человека различен, и поэтому важно адаптировать информацию к их потребностям.

Литературы:

1. Rydell N, Balazs E. Effect of intraarticular injection of hyaluronic acid on the clinical symptoms of osteoarthritis and on granulation tissue formation. Clin Orthop. 1971;80:25–32. DOI:<http://dx.doi.org/10.1097/00003086-197110000-00006>.
2. Abatangelo G, Regan MO. Hyaluronan: biological role and function in articular joints. Eur J Rheum Inflamm. 1995;15:916.
3. Brown TJ, Laurent UB, Fraser JR. Turnover of hyaluran in synovial joint: elimination of labelled hyaluronan from the knee joint of the rabbit. Exp Physiol. 1991;76:125–34.
4. Ghosh P. The role of hyaluronic acid in health and disease: interactions with cells, cartilage and components of the synovial fluid. Clin Exp Rheumatol. 1994;12:75–82.
5. Peyron JG. Intraarticular hyaluronan injections in the treatment of osteoarthritis. J Rheumatol. 1993;20:105.
6. Namiki O, Toyoshima H, Morisaki N. Therapeutic effect of intraarticular injection of high molecular weight hyaluronic acid on osteoarthritis of the knee. Int J Clin Pharmacol Ther Toxicol. 1982;20:501–7.
7. McDevitt C, Gilberston E, Muir H. An experimental model of osteoarthrosis. Early morphological and biochemical changes. J Bone Joint Surg. 1977;59B:24–35.

8. Muir H. Current and future trends in articular cartilage research and osteoarthritis. In: Articular cartilage biochemistry. Kuettner K, Schleyerbach R, editors. New York; 1986. P. 423–40.
9. Bayliss MT. Biochemical changes in human osteoarthrotic cartilage. In: Studies in osteoarthrosis pathogenesis, intervention, assessment. Lott DJ, Jasani MK, editors. Wiley, Chichester, New York, Brisbane; 1987. P. 46–56.
10. Altman RD, Tenenbaum J. Biomechanical and biochemical properties of dog cartilage in experimentally induced osteoarthritis. *Ann Rheum Dis.* 1984;43:8390. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/ard.43.1.83>.
11. Maroudas A, Katz EP. Physicochemical properties and functional behaviour of normal and osteoarthritic human cartilage. In: Articular cartilage biochemistry. Kuettner KE, Schleyerbach R, editors. New York; 1986. P. 311–27.
12. Gardner DL, Mazuryk R. Anatomical changes and pathogenesis of osteoarthrosis in man, with particular reference to the hip and knee joint. In: Studies in osteoarthrosis pathogenesis, intervention, assessment. Lott DJ, Jasani MK, editors. New York; 1987. P. 21–48.
13. Mohr W. Pathologie der Gelenke und Weichteiltumoren. In: Arthrosis deformans/Spezielle Pathologie. Doerr W, Seifert G, editors. Berlin, Heidelberg, New York; 1984. Bd. 18/1. P. 257–372.
14. Muir H. Current and future trends in articular cartilage research and osteoarthritis. In: Articular cartilage biochemistry. Kuettner K, Schleyerbach R, editors. New York; 1986. P. 423–40.
15. Лучихина ЛВ. Артроскопическая диагностика деформирующего артроза. Терапевтический архив. 1981;53(8):124–6 [Luchikhina LV. Arthroscopic diagnosis of the deforming arthrosis. *Terapevticheskii arkhiv*. 1981;53(8):124–6. (In Russ.)]
16. Лучихина ЛВ. Артроз – ранняя диагностика и патогенетическая терапия. В кн.: Медицинская энциклопедия. Москва; 2001. С. 1–167. [Luchikhina LV. Arthrosis – early diagnostics and pathogenetic therapy. In: *Meditinskaya entsiklopediya* [Medical encyclopedia]. Moscow; 2001. P. 1–167. (In Russ.)]
17. Лучихина ЛВ. Возможности артроскопии в диагностике и лечении заболеваний суставов. В кн.: Тезисы докладов X Европейского конгресса ревматологов. Москва; 1983. С. 91. [Luchikhina LV. Possibilities of an arthroscopy in diagnostics and treatment of diseases of sustava. In: *Tezisy докладov X Evropeiskogo kongressa revmatologov* [Theses of reports of the X European congress of rheumatologists]. Moscow; 1983. P. 91]

18. ЛучихинаЛВ. Артроскопическая диагностика различных стадий деформирующего остеоартроза. В кн.: Тезисы XVI Симпозиума Европейского общества остеоартрологов «Деструкция суставов». 1987. С. 1–12.[LuchikhinaLV. Arthroscopic diagnostics ofvarious stages of the deforming osteoarthritis.In: Tezisy XVI SimpoziumaEvropeiskogoobshchestvaosteoartrologov «Destruktsiyasustavov» [Theses of XVI Symposiuma of theEuropean society of osteoartrolog «Destructionof joints»]. 1987. P. 1–12]
19. Luchikhyna LV, Baev AA. Comparison ofthe MRI and arthroscopy for osteoarthritis inearly diagnostics.Magnetic ResonanceMaterials in Physics, Biology and Medicine.Seville; 1999.Vol. 8.P. 149.
20. Лучихина ЛВ. Внутрисуставное введение препарата гиалуроновой кислоты после артроскопического лаважа коленного сустава – отдаленные результаты. Научно-практическая ревматология. 2013;51(1):28–33. [Luchikhina LV. Intraarticular injection of hyaluronic acid after arthroscopic lavage of the knee: longterm results. Nauchno-prakticheskayarevmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2013;51(1):28–33. (In Russ.)]. DOI: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2013-1197>.
21. Abatangelo G, Regan MO. Hyaluronan: Biological role and function in articular joints. Eur J Rheum Inflam. 1995;15:916.
22. Migliore A, Giovannangeli F, Granata M, Lagana B. Viscosupplementation in the management of ankle osteoarthritis: a review. Arch Orthop Trauma Surg. 2011;131(1):139–47. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00402-010-1165-5>.

Muallif bilan bog‘lanish uchun e-mail	Author's contact email	Email для связи с автором
nikagiyasova2015@gmail.com		