

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12 и 87/13), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ОСТЕОАРТРИТИС

Член 1

Со ова упатство се пропишува третман на остеоартритис.

Член 2

Начинот на третман на остеоартритис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на третман на остеоартритис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на третманот, при што од страна на докторот тоа соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-8887/2
30 ноември 2013 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ОСТЕОАРТРИТИС

МЗД Упатство
23.03.2011

- Основни податоци
- Етиологија
- Симптоми
- Клинички преглед
- Принципи на згрижување
- Фармакотерапија
- Друг третман
- Остеоартритис на колкот
- Остеоартритис на коленото
- Остеоартритис на глуждот
- Остеоартритис на зглобовите на прстите
- Хируршки третман
- Поврзани извори

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Терапија со вежби и избегнување на преголемо оптоварување спречуваат развој на остеоартритис и го редуцираат функционалното оштетување, причинето од него.
- Парацетамолот е лек на избор за болка. Антиинфаламаторни аналгетици (НСАИЛ) треба да се користат штедливо за да се одбегнат нивните странични ефекти. Корисни опции се препарати за надворешна употреба и глукозамин.
- Треба да се размислува за имплантат за замена на зглобот пред губитокот на функцијата или доколку болката е неиздржлива и не може да се контролира со други средства (ннд-А).

ЕТИОЛОГИЈА

- Примарен остеоартритис се развива кај анатомски нормален зглоб. Неговата етиологија останува непозната, сепак, генетските фактори играат улога.
- Основни фактори кај секундарен остеоартрит се заболувања, трауми или нарушувања во развојот на зглобот. Кај остеоартрит на колкот повеќе од половина случаи се примарни, додека кај остеоартрит на коленото доминираат секундарните случаи.
- Остеоартрит на глуждот секогаш е секундарен и многу е поредок од артроза на колкот или на коленото.
- Преваленцата на остеоартрит на коленото се зголемува со возраста: скоро воопшто го нема кај лица на возраст помала од 40 години, но лица преку 75-годишна возраст се погодени до 20-40 %.
- Остеоартритис на колкот е најден кај 10-25% од лицата преку 55-годишна возраст.
- Остеоартритисот на глуждот е скоро секогаш секундарен и е многу поредок во однос на остеоартритисот на колкот или на коленото.
- Познати ризик фактори кај остеоартритис на коленото се прекумерна тежина, тешка физичка работа и повторувано тешко оптоварување. Кај остеоартритис на колкот улогата на овие фактори не е така очигледна.
- Траумите може да предизвикаат артрозни промени во кој било зглоб.

СИМПТОМИ

- На почетокот болката при стрес сè повеќе ја ограничува способноста за движење. Подоцна болката при мирување започнува да го попречува спиењето.
- Вкочанетост на зглобот, намалена функционална способност.
- Со напредување на артритот на коленото, лошото порамнување на оската во варус-валгус се зголемува и ја влошува состојбата. Може да се развие оток во зглобот.

КЛИНИЧКИ ПРЕГЛЕД

- Инспекција на зглобот.
 - Деформитет.
 - Варус-валгус лоша позиција.
 - Оток.
- Подвижност на пациентот.
 - Одење, кривење.
 - Клекнување.
- Мануелен преглед.
 - Зглоб на колкот: пасивна внатрешна и надворешна ротација, флексија и екстензија. Внатрешната ротација е првото движење кое станува ограничено.
 - Кај остеоартритис на колена се развива дефицит и на екстензија и на флексија.
- Лабораториски тестови.
 - Не се потребни рутински, но може да бидат неопходни за диференцијална дијагностика.
 - Зависно од ситуацијата, се испитуваат: основна крвна слика, CRP, СЕ, реуматоид фактор, ССР (цитрулин антитела), урати.
- Радиолошки испитувања.
 - Потребата од обична рентгенографија се разгледува грижливо: дали наодот го засега третманот?
 - Повторување на сликањето треба да се избегнува, сè додека клиничката ситуација битно не се промени.
 - Постеро-антериорна (ПА) проекција на колена се добива додека пациентот стои со колена лесно флектирани. Двете колена се позиционирани во истата слика. Латерална проекција се добива додека пациентот стои или лежи.
 - Ртг на колковите се прави во антериопостериорна насока (АП) на пациент кој стои или лежи. Квалитетот на сликата е подобра, особено кај обезни пациенти, ако пациентот е во лежечка положба.
 - МНР не е индицирана како испитување од прва линија кај остеоартритис. Ако Ртг постави сомнение за васкуларна некроза, малигнитет или инфекција, се препорачува МНР.

ПРИНЦИПИ НА ЗГРИЖУВАЊЕ

- Во раните фази на болеста згрижувањето се состои од фармакотерапија и физикална терапија.
- Важно е пациентот да се води кон физички вежби кои ќе ги практикува самостојно и кон справување со тежината.
- Хируршко згрижување се индицира рано ако помага во спречувањето да се развие артроза. Овие процедури се користат, главно, во третман во подоцнежни фази на болеста.

ФАРМАКОТЕРАПИЈА

Аналгетици

- Парацетамол (ннд-А) се препорачува за послаба болка заради неколкуте несакани дејства. Во третманот на артроза на коленото неговиот ефект се споредува со оној на напроксен и ибупрофен. Максимална доза е 3 g/ден.
- Ако е потребно дополнително намалување на болката, НСАИЛ може да се комбинираат со парацетамол. Од овие лекови треба да се користат препарати со бавно ослободување во текот на 7 до 21 ден одеднаш. За остеоартроза на колк и на колено различни нестероидни антиинфламаторни лекови се, веројатно, со еднаков ефект и изборот на лекот треба да се базира на толерабилноста и безбедноста.
- За да се превенираат гастроинтестинални и ренални несакани ефекти кај долготрајна терапија, се советува да се употреби најниското дозирање кое е сè уште ефикасно. За безбедна употреба на НСАИЛ, види друго поглавје. Долг полуживот на лекот (на пр. пироксикам, теноксикам, депо препарати) понатаму го зголемуваат ризикот од несакани ефекти.
- Локални нестероидни антиинфламаторни лекови, дадени во вид на кремове, се поефикасни од плацебо и имаат помалку несакани ефекти отколку оралните препарати (ннд-А).
- Употребата на селективни СОХ-2 инхибитори може оправдано да се земаат предвид кога употребата на неселективен нестероиден антиинфламаторен лек дава зголемен ризик од гастроинтестинално крвавење, но користа треба да се процени наспроти зголемениот кардиоваскуларен ризик, поврзан со употребата на СОХ-2 инхибитори. Друга опција е комбинација со инхибитор на протонска пумпа (или мизопростол) со НСАИЛ.
- Кај силна артрозна болка понекогаш е потребен аналгетик со централно дејство, како што е трамадолот (ннд-А).

Кортикостероиди

- Глукостероид со долготрајно дејство даден интраартикуларно повремено дава олеснување, особено кога се присутни симптоми на инфламација или интраартикуларен депозит на кристали.
- Кај артроза на колено најдобра реакција се добива со кусотрајна употреба (ннд- А).
- Кусотрајна имобилизација по кортикостероидна инјекција го зголемува ефектот.

Хијалуронат

- Олеснувачкиот ефект на хијалуронат (ннд-Ц) при зглобна болка е очигледно базиран на неговите антиинфламаторни и аналгетски својства, но и на неговиот директен ефект врз клетките на зглобната капсула и `рскавица.
- Примарен таргет зглоб е коленото, но хијалуронат се користи и за артроза во други зглобови.
- Има резултати дека ја намалува болката при артроза на коленото кај пациенти над 60-годишна возраст кои страдаат од јаки симптоми и го продолжува нивното растојание на одење.

Глукозамин сулфат

- Глукозаминот може да биде ефикасен кај болка и функционално оштетување, но доказите се контроверзни (ннд-Ц). Несаканите ефекти се ретки.

ДРУГ ТРЕТМАН

Физичка активност

- Зглобната `рскавица бара доволно оптоварување за да функционира добро.
- Треба да се одбегнува долготрајна имобилизација, бидејќи предизвикува влошување на `рскавицата и нанесува ново оштетување.
- Пливање и гимнастика во вода (ннд-Ц) се погодни спортови за одржување на целокупната кондиција и функција на зглобот. Тренинг во вода често е можен дури и за пациенти со тежок остеоартрит.
- Тренинг надвор од базен треба да започне со изометрички вежби доколку болката е јака.

Справување со телесната тежина

- Особено е корисно намалувањето на тежината кај пациенти со остеоартритис на коленото, но помага и при други артрози на долниот екстремитет.
- Треба да се одбегнува *circulus viciosus* на болка која ја спречува физичката активност и резултира во зголемена тежина.
- Преголемата тежина ја комплицира негата по хируршка замена на зглобот на коленото и на колкот.

Ортотски помагала

- Лоши позиции на коленото или на глуждот и последичните проблеми со оптоварувањето, може да се згрижат со вметнување влошки во чевлите.
- Здобивање ортотско помагало бара помош од подијатар.
- Помагала кои го намалуваат ударот на петицата (погодни чевли, влошки за апсорпција на удар) се често добар додаток на конзервативната терапија.

Фактори на околината

- Треба да се препознаат факторите на околината кои го засегаат оптоварувањето на зглобовите: работните услови треба да се модифицираат, така што ќе се одбегнува продолжено седење или стоење.
- Често е неопходна мултипрофесионална тимска работа (физиотерапевти, работни терапевти).
- Ако е загрозна работната способност, на активен пациент кој е во работен однос ќе му треба работна рехабилитација. Ако треба, упатете го пациентот за евалуација.

Акупунктура

- Акупунктурата може да биде корисна барем за кусо време во намалувањето на болките и во ограничувањето на движењето, поврзани со остеоартритис (ннд-С).

ОСТЕОАРТРИТИС НА КОЛКОТ

- Веднаш по поставувањето на дијагнозата треба да се почне со едукација на пациентот (ннд-В).
- Инструкциите за физичка активност се важни и за третманот и за превенцијата.
- Пациентот треба да се поттикнува да ја одржи физичката активност. Пливање, возење велосипед и одење по мек терен се добри спортови.
- Физикална терапија, артикулација или тракција може да се ефикасни при блага артроза на колкот:

- Вежби за абдукција најдобро се изведуваат при лежење на грб, вежбање на екстензија кога се лежи на страна.
- Ако активното истегнување не е доволно, контрактурите се третираат со пасивно истегнување на флексорните и адукторните мускули со преттретмански режим (загревање со ултразвук и масажа).
- Може да се неопходни технички помагала ако е значително ограничувањето на движењата во колкот.
- Повлекувач на чорапи, подигнато седало во тоалет и лежалки за нозете, долги форцепси.

ОСТЕОАРТРИТИС НА КОЛЕНОТО

- Ефикасно е активното самозгрижување (ннд-А). Пливање, крос-кантри скијање или велосипедизам се добри спортови.
- Кај остеоартритис на коленото траењето на вежбите треба да биде најмалку 8 недели пред да се очекува каква било корист.
- Цел на физикалната терапија е враќање на полниот обем на движења. Може да се користат следниве методи: термална терапија (ултразвук (ннд-Ц), површински третмани со топлина, ладно (nnd-C) или транскутана електрична нервна стимулација (nnd-D) за олеснување на болката во време на третманот.
- Важен е самотренинг на коленото (ннд-А). Кога болката е силна, најпогоден е изометрички тренинг, при што отпорот се зголемува постепено.
- Физикалната терапија е корисна во раните фази на независен тренинг заради учење на вистинските вежби.
- Погодни помагала и потпора на коленото може да помогнат кај болка при физичка активност (nnd-C).

ОСТЕОАРТРИТИС НА ГЛУЖДОТ

- Примарен остеоартритис на глуждот е редок. Обично состојбата е посттрауматска.
- Може да помогне намалување на притисокот и влошки во чевлите за коректно порамнување.
- Обемот на движење може да се обнови со физикална терапија, каде блага мануелна тракција може да помогне.
- Пациентот треба да ги научи вежбите кои ја подобруваат стабилноста и координацијата на глуждот.

ОСТЕОАРТРИТИС НА ЗГЛОБОВИТЕ НА ПРСТИТЕ

- Се препорачуваат бањи во топла вода и парафин.
- Тренинг за снага на мускулите на прстите со употреба на меко топче или силиконски восок.
- Лонгети за мирување при влошување на болката и особено кај остеоартритис на метакарпофалангеалниот зглоб на палецот.
- Помагала кои го отстрануваат притисокот врз зглобовите на прстите.
- Може да биде индицирана фузија на дисталните интерфалангеални зглобови или на проксималните интерфалангеални зглобови на показалецот и на малиот прст.

ХИРУРШКО ЗГРИЖУВАЊЕ

- Хируршкото згрижување може да се подели на три главни типа:
 - Остеотомија која треба да ги коригира механичките својства на зглобот.
 - Иммобилизација на зглобот, т.е. артродеза.
 - Замена на зглобот кога зглобот може да е парцијално или целосно заменет со вештачки.
- Во прилог на корекцијата на механиката на зглобот, остеотомијата превенира и понатамошна артроза. Затоа, процедурата треба да се изведе што е можно побргу додека не се јави редовна болка на притисок.
- Артродеза и артропластика не се итни. Меѓутоа, треба да се прибегне кон овие процедури кога болката веќе не може да се згрижи и квалитетот на живот, способноста за движење и независен живот не може да се одржува со конзервативна терапија.
- Зглобни протези често значително го подобруваат квалитетот на живот на пациентот (ннд-А).

ПОВРЗАНИ ИЗВОРИ

- Cochrane reviews
- Други резимеа на докази.
- Литература 1.

Authors:

Editors

Previous authors:

Hannu Väänänen and Sinikka Levoska

Article ID: ebm00396 (020.075)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines 23.03.2011 www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до март 2015 г.**