

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ ОСТЕОАРТРИТИС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при остеоартритис.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при остеоартритис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при 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 згрижувањето, при што истото од страна на докторот 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. 17-3411/1
13 март 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

Остеоартритис

Грижа и справување со остеоартритис кај возрасни

Објавено: февруари 2008 год.

NICE клинички упатства 59
guidance.nice.org.uk/cg59

Содржина

Вовед	1
Грижа насочена кон пациентот	2
Клучни приоритети за имплементација	3
1. Водич	4
1.1 Холистички пристап кон проценката и справувањето со остеоартритисот.....	4
1.2 Едукација и самосправување.....	5
1.3 Нефармаколошко справување на остеоартритисот	5
1.4 Фармаколошко справување на остеоартритис	7
1.5 Упатување на специјалистички служби	8
2. Забелешки за делокругот на овој водич	10
3. Имплементација	11
4. Препораки за истражување	12
4.1 Придржување кон терапиите.....	12
4.2 Можности за лекување за многу стари луѓе со остеоартритис.....	12
4.3 Комбинации и распоред на лекувањето	12
4.4 Предвидување на резултатот од ендопротетска замена.....	13
4.5 Лекување на остеоартритис на повеќе зглобови.....	13
4.6 Цели на лекувањето	13
5. Други верзии на ова упатство	14
5.1 Целосно упатство	14
5.2 Информација за јавноста	14
6. Поврзан NICE водич	15
7. Ажурирање на упатството	16
Додаток А: Група за развој на упатствата (18 члена)	17
Додаток В: Панел за рецензија на упатството (5 члена)	19
Околу ова упатство	20

Вовед

Ова клиничко упатство го ажурира и делумно го заменува упатството Соx II инхибитори за лекување на остеоартроза и ревматоиден артрит (NICE водич за технолошка проценка 27).

Остеоартритис се однесува на клинички синдром на зглобна болка, придружена со разни степени на функционални ограничувања и намален квалитет на живот. Тоа е најчестата форма на артритис и една од водечките причини за болка и инвалидитет во светот. Колената, колковите и малите зглобови на раката се најчесто зафатени. Иако болката, намалената функција и ограничување на учеството може да бидат важни последици на остеоартритисот, структуралните промени често се појавуваат без придружните симптоми. Спротивно на популарното верување, остеоартритисот не е причинет од стареењето и не се влошува нужно. Постојат голем број можности за лекување на кои укажува ова упатство.

Остеоартритисот е процес на активно метаболно заздравување кое се случува во сите зглобни ткива и вклучува локализирана загуба на `рскавица и ремоделирање на соседната коска. Разни видови зглобна повреда може да ја започнат потребата за заздравување. Остеоартритисот е бавен, но ефикасен процес на заздравување кој често ја компензира почетната повреда, резултирајќи во структурелно сменет, но без симптоми зглоб. Кај некои луѓе, било поради преголемата повреда или компромитиран потенцијал за заздравување, процесот не може да компензира, резултирајќи со оштетување на ткивото и на крај презентирајќи се со симптоматски остеоартрит или "уништен зглоб". Ова ги објаснува големите разлики во клиничката манифестација и резултатот може да се набљудува меѓу луѓето и исто така и меѓу различни зглобови кај едно исто лице.

Најголемиот дел од објавени докази се однесуваат на остеоартритисот на коленото. Клиничкото упатство 'Остеоартритис: грижа и справување со остеоартритисот кај возрасните' се обиде, каде е тоа можно, да истакне каде доказите се однесуваат на одреден зглоб. Многу обиди гледаат на зафатеноста на еден зглоб, додека во реалноста многу пациенти имаат зафатеност на повеќе зглобови, кои можат да ја менуваат пријавената ефикасност на одредена терапевтска интервенција.

Упатството претпоставува дека тие што ќе го препишуваат лекот ќе ја користат спецификацијата за карактеристиките на продуктот за да ги достават одлуките за индивидуалните пациенти.

Грижа насочена кон пациентот

Ова упатство го нуди најдобриот практичен совет за грижата на пациентите со остеоартритис.

Потребите и приоритетите на пациентот би требало да се земат во предвид при одредување на лекувањето и згрижувањето. Луѓето со остеоартритис би требало да се информирани и да имаат можност да одлучуваат за лекувањето и грижата во соработка со здравствените работници. Ако пациентите не се во можност сами да донесуваат одлуки, здравствените работници би требало да следат Совет за согласност при одделението за здравство и кодот на праксата кој го придружува Законот за ментална способност. Во Велс здравствените работници би требало да го следат советот за согласност на владата на Велс.

Основно е да се има добра комуникација меѓу здравствените работници и пациентот. Тоа би требало да е поддржано со писмена информација, базирана на докази, но модифицирана според потребите на пациентот. Лекувањето и грижата и информацијата која е дадена на пациентот за тоа, би требало да биде и културолошки соодветна. Таа би требало, исто така, да биде достапна на луѓето со дополнителни потреби, како физички, когнитивни инвалидитет или со тешкотии во учењето и на луѓето кои не зборуваат или читаат англиски.

Ако се слага пациентот, семејството и старателите би требало да ја имаат можноста да бидат вклучени во одлуките околу лекувањето и грижата.

Семејството и старателите би требало да ја имаат информацијата и поддршката која им е потребна.

Клучни приоритети за имплементација

- Вежбите^[1] би требало да се основата во лекувањето (видете ја препораката 1.1.5) за луѓето со остеоартрит, независно од возраста, коморбидитет, јачина на болка или инвалидитет. Вежбите би требало да ги вклучат:
 - Локално зајакнување на мускулите.
 - Општ аеробичен фитнес.
- Упатувањето на артроскопска лаважа и дебридман ^[2] не би требало да се понуди како дел од лекувањето на остеоартритис, освен ако лицето со остеоартритис на коленото нема јасна историја на механичка блокада (не желатинирање, 'откажување' или радиографски доказ за слободни тела).
- Здравствените работници би требало да го земат парацетамолот во предвид за намалување на болките како додаток на основниот третман (видете ја фигурата 2); треба да се препорача редовно дозирање. Парацетамолот и/или локалните NSAIDs би требало да се препорачуваат пред оралните NSAIDs, цикло-оксигеназа (COX-2) инхибитори или опиоиди.
- Здравствените работници би требало да ги земат во предвид давање на локалните NSAIDs за намалување на болките како додаток на основниот третман (видете ја фигурата 2) за луѓето со остеоартрит на коленото или на раката. Локалните нестероидни антиинфламаторни лекови и/или парацетамолот би требало да се препорачуваат пред оралните нестероидни антиинфламаторни лекови, (COX-2) инхибитори или опиоиди.
- Кога се нуди лекување со орални нестероидни антиинфламаторни лекови/ COX-2 инхибитори, како лек од избор би требало да е стандарден нестероидни антиинфламаторни лек или COX-2 инхибитори (освен etoricoxib 60 mg). Во секој случај, тие би требало да се препишуваат заедно со инхибитор на протонска пумпа (ИПП), избирајќи ја онаа со најниска цена.
- Упатување на хируршка интервенција на ендопротетска замена би требало да се земе во предвид кај луѓето со остеоартритис кои имаат зглобни проблеми (болка, здрвеност и намалена функција), кои имаат значително влијание на квалитетот на нивниот живот и се рефрактерни на конзервативно лекување. Упатувањето би требало да се направи пред да се има пролонгирана и формирана ограниченост на функциите и јаки болки.

^[1] Не е специфицирано дали вежбите би требало да се обезбедени од NHS или здравствените работници би требало да даваат совети и охрабрување на пациентот сам да ги обезбеди и да ги прави вежбите. Докажано е дека вежбите поволно влијаат, но клиничкиот доктор треба да направи проценка на секој случај како ефикасно да го обезбеди учеството на пациентот. Тоа ќе зависи од индивидуалните потреби на пациентот, околностите, самомотивацијата и достапноста на локалните капацитети.

^[2] Оваа препорака е префинетост на индикацијата во 'Артроскопско испирање на коленото, со и без дебридман, за лекување на остеоартритисот' (NICE упатство 230 за процедурални интервенции). Ова упатство ги има ревидирано клиничките докази и доказите за цената на чинење, кои доведоа до оваа многу поспецифична препорака за индикациите за кои артроскопската лаважа и дебридман се проценети да бидат ефективни, како клинички, така и по цената на чинење.

1. Водич

Следнотиот водич е базиран на најдобрите достапни докази. Целото упатство ги дава деталите на методата и доказите користени да се развие водичот (видете го делот 5 за детали).

1.1 Холистички пристап кон проценката и справувањето со остеоартритисот

1.1.1 Здравствените работници би требало да го проценат ефектот на остеоартритисот на функционирањето на индивидуата, квалитетот на живот, работата, расположението, односите и активностите во слободно време. Слика 1 би требало да се користи како помош да ги поттикне прашањата кои би требало да се постават како дел од холистичката проценка на лицето со остеоартритис.

Фигура 1. Холистичката проценка на лицето со остеоартритис (ОА)

Целото упатство ја содржи оваа фигура, која ги покрива прашањата кои вклучуваат проценка на болка, коморбидитети, однос кон вежбање, други мускулоскелетни болки, мрежата за поддршка, квалитет на спиење, професионални и социјални прашања и расположение.

1.1.2 Луѓето со симптоматски остеоартритис би требало да имаат периодични проценки, направени според нивните индивидуални потреби.

1.1.3 Здравствените работници би требало да направат план за справување во соработка со лицето со остеоартритис.

1.1.4 Коморбидитетите кои го зголемуваат ефектот на остеоартритисот би требало да се земат во предвид во планот за справување.

1.1.5 Здравствените работници би требало да им понудат на сите луѓе со клинички симптоматски остеоартритис совет во однос на следните основи во лекувањето.

- Достапност на соодветна информација (види дел 1.2.1).
- Активност и вежби (види дел 1.3.1).
- Интервенции за да се постигне загуба на тежината ако лицето е со поголема тежина или дебелина (види дел 1.3.2 или 'Дебелина' [NICE клиничко упатство 43]).

1.1.6 Ризиците и придобивките од можностите на лекувањето, земајќи ги во предвид коморбидитетите, би требало да се соопштат на пациентот на разбирлив начин.

Фигура 2. Цел на лекувањето: резиме на препораките за лекувањето во секциите 1.2 до 1.5

Целото упатство ја содржи оваа фигура. Основите на лекувањето се: едукација, совет и достапност кон информацијата; вежби за зајакнување и аеробик тренинзи; загуба на тежина ако лицето е со поголема тежина или дебелина.

1.2 Едукација и самосправување

1.2.1 Информација за пациентот

1.2.1.1 Здравствените работници би требало да понудат точна усна и напишана информација на луѓето со остеоартритис за да го зголемат разбирањето за состојбата и справувањето и да се спротивстават на погрешните сфаќања, како тоа дека болеста неизбежно прогредира и не може да биде третирана. Информациите кои се соопштуваат би требало да се тековни и составен дел од планот на лекувањето, а не поединечен настан во времето на презентацијата.

1.2.2 Интервенции за самосправување на пациентот

1.2.2.1 Стратегиите за индивидуално самосправување би требало да се договорени меѓу здравствениот работник и лицето со остеоартритис. Позитивните промени во однесувањето, како вежбите, загубата на тежина, употребата на соодветни обувки и чекорење, би требало внимателно да се насочуваат.

1.2.2.2 Програмите за самосправување, било индивидуални или во групи, би требало да ги потенцираат основите на лекувањето (види препорака 1.1.5) за луѓето со остеоартритис, особено вежбањето.

1.2.3 Термотерапија

1.2.3.1 Употребата на локално загревање или ладни облоги би требало да се сметаат за додаток на основната терапија.

1.3 Нефармаколошко справување на остеоартритисот

1.3.1 Вежби и мануелна терапија

1.3.1.1 Вежбите би требало да се основен третман (видете препорака 1.1.5) за луѓето со остеоартритис, независно од возраста, коморбидитети, јачина на болка или инвалидитет. Вежбите би требало да вклучуваат:

- Локални вежби за зајакнување на мускулатурата.
- Општ фитнес со аеробик.
- Не е специфицирано дали вежбите би требало да се дадени од NHS или здравствените работници би давале совет и охрабрување на пациентите за тие самите да ги набават и изведуваат интервенциите. Се покажало дека вежбите се полезни, но клиничкиот доктор треба да просуди во секој случај како најефективно да го обезбеди учеството на пациентите. Ова ќе зависи од индивидуалните потреби на пациентот, условите, самомотивираноста и расположивоста на локалните капацитети.

1.3.1.2 Манипулација и истегнување би требало да се сметаат за додаток на основниот третман, особено за остеоартритисот на колкот.

1.3.2 Загуба на тежина

1.3.2.1 Интервенциите за да се постигне загуба на тежината [3] би требало да се сметаат за додаток на основниот третман (видете препорака 1.1.5) за луѓето кои се дебели или со прекумерна тежина.

1.3.3 Електротерапија

1.3.3.1 Здравствените работници би требало да ја сметаат употребата на транскутана електрична нервна стимулација (TENS)^[4] како додаток на основниот третман за намалување на болката.

1.3.4 Акупунктура

1.3.4.1 Електро-akupunktura не би требало да се употребува за да се лекуваат луѓе со остеоартритис^[5].

1.3.5 Помош и уреди

1.3.5.1 Здравствените работници би требало да даваат совети за соодветни обувки (вклучително оние со својства за апсорбирање на удари) како дел од основното лекување (видете препорака 1.1.5) за луѓето со остеоартритис на нозете.

1.3.5.2 Луѓето со остеоартрит кои имаат болка поради биомеханички пречки во зглобот или нестабилност би требало да се земат во предвид за проценка за ортоза/ зглобни поддржувачи/ влошки, како додаток на основниот третман.

1.3.5.3 Помошни уреди (на пр. стапови за одење и одвртувачи на славина) би требало да се сметаат како додатоци на основното лекување за луѓето со остеоартритис кои имаат специфични проблеми со активностите во секојдневниот живот. Здравствените работници имаат потреба од експертски совети во овој контекст (на пр. од терапевти за работна терапија или од центри за опрема според проценката на степенот на инвалидитет - Disability Equipment Assessment Centres).

1.3.6 Додатоци во исхраната

1.3.6.1 Употребата на продукти со глукозамин или хондроитин не се препорачува во лекувањето на остеоартритисот.

1.3.7 Инвазивно лекување на остеоартритис на колено

1.3.7.1 Упатување за артроскопска лаважа и дебридман [6] не би требало да се понудува како дел од лекувањето на остеоартритисот, освен ако лицето со остеоартритисот на колено нема јасна слика за механичка пречка (не желатинирање, 'откажување на коленото' или радиографска снимка на слободни телца).

1.4 Фармаколошко справување на остеоартритис

1.4.1 Орални аналгетици

- 1.4.1.1 Здравствените работници би требало да сметаат на давањето на парацетамол за намалување на болката како дополние на основното лекување (видете слика 2); може да се потребни редовни дози. Парацетамолот и/или локалното ставање на нестероидни антиинфламаторни лекови треба да се преферираат пред оралните нестероидни антиинфламаторни лекови, инхибитори на цикло-оксигеназа 2 (COX-2) или опиоидни лекови.
- 1.4.1.2 Ако парацетамолот и/или локалното ставање на NSAID не се доволни за намалување на болката за луѓето со остеоартритис, тогаш додавањето на опиоидни аналгетици би требало да се земе во предвид. Ризикот и бенефитот би требало да се разгледаат, особено кај постари луѓе.

1.4.2 Локално лекување

- 1.4.2.1 Здравствените работници би требало да сметаат на давањето на локални нестероидни антиинфламаторни лекови за намалување на болката како дополние на основното лекување (видете слика 2) за луѓето со остеоартритис на коленото или на раката. Локалните NSAID и/или парацетамолот треба да се преферираат пред оралните нестероидни антиинфламаторни лекови, инхибитори на цикло-оксигеназа 2 (COX-2) или опиоидни лекови.
- 1.4.2.2 Локалното ставање на капсицин би требало да се смета како додаток на основното лекување на остеоартритис на коленото или на раката.
- 1.4.2.3 Супстанции кои ја загреваат кожата не се препорачуваат за лекување на остеоартритис.

1.4.3 NSAID и високо селективни COX-2 инхибитори

Иако NSAID и COX-2 инхибиторите може да се сметаат за единствена класа лекови од групата NSAIDs, овие препораки продолжуваат да ги употребуваат обата термина поради јаснотијата и поради разликите во профилот на несакани дејства. Препораките во оваа секција се изведени од огромното здравствено-економско моделирање, кое ги вклучи тарифните цени на лековите од декември 2007 год. на NHS. Ова упатство го заменува аспектот за остеоартритисот само од страна на NICE водич за технолошка проценка 27. Препораките од упатството се базирани на најновите докази за ефикасноста и несаканите дејства, тековни цени и на проширена здравствено-економска анализа за цената на чинење. Ова доведе до зголемена улога на COX-2 инхибиторите, до зголемена свесност за сите потенцијални несакани дејства (гастроинтестинални, црнодробни и срцево-бубрежни) и препорака за копрепишување на инхибитори на протонска пумпа (PPI).

- 1.4.3.1 Таму каде парацетамолот или локалните нестероидни антиинфламаторни лекови не се ефикасни за намалување на болката на луѓето со остеоартритис, тогаш додавањето на орални нестероидни антиинфламаторни лекови/ COX-2 инхибитори би требало да се земе во предвид.
- 1.4.3.2 Таму каде парацетамолот или локалните нестероидни антиинфламаторни лекови не се доволни за намалување на болката кај луѓето со остеоартритис, тогаш додавањето на орални нестероидни антиинфламаторни лекови/COX-2 инхибитори на парацетамолот би требало да се земе во предвид.
- 1.4.3.3 Оралните нестероидни антиинфламаторни лекови/COX-2 инхибитори би требало да се земаат во најмалата ефективна доза за најкраток можен период на време.
- 1.4.3.4 Кога се нуди лекување со оралните нестероидни антиинфламаторни лекови/COX-2 инхибитори, лек од избор би требало да биде или стандарден нестероиден антиинфламаторен лек или COX-2 инхибитор (освен etoricoxib 60 mg). Во секој случај, тие би требало да се копрепишуваат со инхибитори на протонска пумпа (PPI), избирајќи го оној со најмала набавна цена.
- 1.4.3.5 Сите орални нестероидни антиинфламаторни лекови/COX-2 инхибитори имаат аналгетско дејство во слична магнитуда, но се разликуваат во потенцијалот на гастро-интестинална, црнодробна и срцево-бубрежна токсичност; па поради тоа, кога се избира лек и доза, здравствените работници би требало да ги земат во предвид индивидуалните ризик фактори, вклучувајќи ја и возраста. Кога се препишуваат овие лекови, би требало да се води сметка за соодветна проценка и/или мониторирање на овие ризик фактори.
- 1.4.3.6 Ако лицето со остеоартритис има потреба од земање на ниски дози аспирин, здравствените работници би требало да ги земаат во предвид и другите аналгетици пред заменувањето или додавањето на нестероидни антиинфламаторни лекови/COX-2 инхибитори (со инхибитори на протонска пумпа) ако намалувањето на болката е недоволно или неефикасно.

1.4.4 Интра-артикуларни инјекции

- 1.4.4.1 Интра-артикуларните кортикостероидни инјекции би требало да се земат во предвид како додаток на основното лекување за намалување на умерена или јака болка кај луѓето со остеоартритис.
- 1.4.4.2 Интра-артикуларни инјекции на хијалуронска киселина не се препорачуваат за лекување на остеоартритис.

1.5 Упатување на специјалистички служби

1.5.1 Критериуми за упатување на хируршка интервенција

- 1.5.1.1 Докторите, одговорни за упатување на лицето со остеоартритис за предвидена хируршка интервенција на зглоб би требало да се осигураат дека лицето ги има добиено барем основните (нехируршки) опции (видете препорака 1.1.5 и слика 2).

- 1.5.1.2 Упатувањето на хируршка интервенција-алоартропластика би требало да се земе во предвид за луѓето кои имаат искусено зглобни симптоми (болка, укоченост и намалена функција) кои имаат големо влијание на квалитетот на живот и се рефрактерни на нехируршко лекување. Упатувањето би требало да се направи пред да постои пролонгирана и оформена ограниченост во функционирањето и јака болка.
- 1.5.1.3 Специфични фактори од пациентот (вклучително возраст, пол, пушење, дебелина и коморбидитети) не би требало да се пречка за упатување на хируршка интервенција-алоартропластика.
- 1.5.1.4 Одлуките за моментот на упатување би требало да се базираат повеќе на дискусии меѓу претставници на пациентот, докторите кои упатуваат и хирурзите, отколку на употребата на тековни алатки за скорирање на приоритети.
- [3] Видете 'Дебелина: упатство за превенција, идентификација, проценка и справување со преголема тежина и дебелина кај возрасни и деца' ([NICE клиничко упатство 43](#)).
- [4] TENS машините се општо наменети за пациентот од NHS за краток временски период и, ако се ефикасни, пациентот се советува каде може да си набави сопствена.
- [5] Не постојат доволно доследни докази за клиничката или ефективната цена на чинење за да се дозволи цврста препорака за употребата на акупунктура во лекувањето на остеоартритисот.
- [6] Оваа препорака е преработка на индикација во ['Артроскопска колена лаважа, со или без дебридман, во лекувањето на остеоартритис'](#) (NICE упатство за интервенциони процедури 230). Ова упатство ги има ревидирано доказите за клиничката и трошковна ефективност, кои доведоа до оваа многу поспецифична препорака за индикацијата за која се проценува дека артроскопска лаважа и дебридман ќе бидат ефективни клинички и по цена на чинење.

2. Забелешки за делокругот на овој водич

NICE упатствата се развиени во согласност со обемот кој дефинира што упатството ќе покрие или нема да покрие. Обемот на ова упатство е достапен.

Како беше развиено ова упатство

NICE го овласти Националниот центар за соработка за хронични состојби да го развие ова упатство. Центарот основа Група за развој на упатства (видете додаток А), која ги ревидираше доказите и ги разви препораките. Независен панел за рецензија на упатствата го надгледуваше развојот на упатството (видете додаток В).

Постојат повеќе информации околу тоа како се развиени NICE клиничките упатства на NICE website. Брошурата, 'Како се развиени NICE клиничките упатства: преглед за заинтересираните страни, јавноста и NHS' е достапна.

3. Имплементација

Комисијата за здравствена заштита ги оценува перформансите на NHS организациите во исполнувањето на основните и развојните стандарди, поставени од Одделението за здравје во 'Стандарди за подобро здравје', издадени во јули 2004 год. Имплементацијата на клиничките упатства е составен дел од развојниот стандард Д2. Основниот стандард Ц5 кажува дека национално договорено упатство би требало да се земе во предвид кога NHS организациите планираат и укажуваат грижа.

NICE има развиено алатки за да им помогне на организациите да го имплементираат ова упатство (дадени подолу). Тие се достапни на нашиот [вебсајт](#).

- Слајдови кои ги истакнуваат клучните пораки за локална дискусија.
- Трошковни алатки:
 - Извештај за трошоците за да се проценат националните заштеди и трошоци, поврзани со имплементацијата.
 - Распоред на трошоци за да се проценат инволвираните локални трошоци и заштеди.
- Поддршка на финансиската проверка за мониторирање на локалната пракса.

4. Препораки за истражување

Групата за развој на упатствата ги има направено следниве препораки за истражување, базирани на нејзината ревизија на доказите, за да се подобри упатувањето од NICE и идната грижа за пациентот. Целиот сет на препораки за истражување на Групата за развој на упатствата детално е изнесен во целосното упатство (видете дел 5).

4.1 Придржување кон терапиите

Кои се факторите кои влијаат и кои се методите за подобрување на придржувањето кон терапиите?

Зошто е ова важно

Многу терапии, како парацетамолот или зајакнување на мускулите, ќе дадат бенефит, но тие често се употребуваат од луѓето за ограничено време. На пример, кога се употребува зајакнување на мускулите, постојат малку информации како може да се постигне оптимален контакт со физиотерапевтот и како ова може да биде одржливо за подолго време за хроничните состојби, како остеоартритисот.

4.2 Можности за лекување за многу стари луѓе со остеоартритис

Кои се краткорочните и долгорочните бенефити од нефармаколошкото и фармаколошкото лекување кај многу стари пациенти?

Зошто е ова важно

Постојат многу малку податоци за употребата на терапиите за остеоартритисот (нефармаколошки и фармаколошки) кај многу стари пациенти. Тоа претставува зголемување на загриженоста поради стареењето на популацијата. На пример, терапиите со вежби треба да се прилагодуваат според пациентот и употребата на опиоиди бара внимателно дозирање.

4.3 Комбинации и распоред на лекувањето

Кои се бенефитите од комбинација на терапиите за остеоартритис (нефармаколошки и фармаколошки) и како тие можат да бидат вклучени во клинички корисни, алгоритми (протоколи) според вредноста на чинење, за подолготрајна употреба?

Зошто е ова важно

Комбинација од нефармаколошки и фармаколошки терапии им се дава на многу луѓе со остеоартритис, но најголем број од доказите од истражувањата евалуира една од терапиите. Често истражувањата се краткотрајни (на пример, 6 недели), додека луѓето можат да живеат со остеоартритит повеќе од 30 години!

4.4 Предвидување на резултатот од ендопротетска замена

Кои се предвидувањата за добар резултат по тотална или парцијална ендопротетска замена?

Зошто е ова важно

Иако ендопротетската замена дава големо олеснување од болката кај многу луѓе со остеоартритис, таа не дава добар резултат кај знатен број на случаи. Би било многу корисно да се имаат предоперативни алатки кои би помогнале во изборот на луѓе кои би извлекле најголем бенефит.

4.5 Лекување на остеоартритис на повеќе зглобови

Кои се бенефитите од индивидуални и комбинација на терапии за остеоартритис кај луѓето со болка во повеќе зглобни региони?

Зошто е ова важно

Многу луѓе постари од 55 години имаат повеќе од еден болен зглоб; на пример, вообичаено е да се има остеоартритис на двете колена и може да постои зголемен напор на горните екстремитети ако остеоартритисот на колената е присутен и болен. Најголем дел од истражувањата за терапиите на остеоартритисот ја имаат испитано ефикасноста на терапиите на еден зглоб.

4.6 Цели на лекувањето

Можно е да се идентификуваат подгрупи луѓе со остеоартритис кај кои постоечките лекувања се со поголем бенефит и се ефективни според цената на чинење (на пример, акупунктура или апликација на хијалурони)?

Зошто е ова важно

Остеоартритисот е сложен процес во однос на болката и обемот на структуралната патологија. Можно е одредени лекувања да имаат зголемена ефикасност ако се насочени кон подгрупи на општата популација со остеоартритис. Во моментот, постојат неколку корисни супкласификации на остеоартритис.

5. Други верзии на ова упатство

5.1 Целосно упатство

Целосното упатство, Остеоартритис: национално клиничко упатство за грижата и справувањето со остеоартритис кај возрасните, содржи детали од методите и доказите, употребени да се развие упатството. Тоа е издадено од Националниот центар за соработка за хронични состојби.

5.2 Информација за јавноста

NICE има направено информација за јавноста во која е објаснето ова упатство. Ние ги охрабруваме NHS и другите секторски организации да го употребуваат текстот од оваа информација во нивниот сопствен материјал околу остеоартритисот.

6. Поврзан NICE водич

Објавени

Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children. NICE clinical guideline 43 (2006).

Depression: management of depression in primary and secondary care. NICE clinical guideline 23 (2004). [Replaced by NICE clinical guideline 90].

Guidance on the use of cyclo-oxygenase (Cox) II selective inhibitors, celecoxib, rofecoxib, meloxicam and etodolac for osteoarthritis and rheumatoid arthritis. NICE technology appraisal guidance 27 (2001 – being updated in part by this guideline).

Arthroscopic knee washout, with or without debridement, for the treatment of osteoarthritis. NICE interventional procedure guidance 230 (2007).

Single mini-incision hip replacement. NICE interventional procedure guidance 152 (2006).

Artificial trapeziometacarpal joint replacement for end-stage osteoarthritis. NICE interventional procedure guidance 111 (2005).

7. Ажурирање на упатството

NICE клиничките упатства се ажурирани како што е потребно така што препораките ги земаат во предвид важните нови информации. Ние проверуваме за нови докази на 2 и 4 години по објавувањето, за да решиме дали целото или дел од упатството би требало да се ажурира. Ако важен нов доказ се објави во друго време, ние можеби ќе решиме да направиме побрзо ажурирање на некои препораки.

Додаток А: Група за развој на упатствата (18 члена)

Dr Fraser Birrell

Consultant Rheumatologist, Northumbria Healthcare NHS Trust, and Honorary Clinical Senior Lecturer, University of Newcastle upon Tyne.

Dr Michael Burke

General Practitioner, Merseyside.

Professor Philip Conaghan

Guideline Development Group Chairman, Consultant Rheumatologist, Leeds Teaching Hospitals Trust, and Professor of Musculoskeletal Medicine, University of Leeds.

Ms Jo Cumming

Patient and Carer Representative, London.

Professor Paul Dieppe

Professor of Health Services Research, University of Bristol.

Dr John Dickson

Clinical Advisor to the Guideline Development Group, and General Practitioner, Redcar and Cleveland Primary Care Trust.

Dr Mike Doherty

Head of Academic Rheumatology, University of Nottingham, and Honorary Consultant Rheumatologist, Nottingham University Hospitals NHS Trust.

Dr Krysia Dziedzic

Senior Lecturer in Physiotherapy, Primary Care Musculoskeletal Research Centre, Keele University.

Professor Roger Francis

Professor of Geriatric Medicine, University of Newcastle upon Tyne

Mr Rob Grant

Senior Project Manager, National Collaborating Centre for Chronic Conditions, and Medical Statistician, Royal College of Physicians of London.

Mrs Christine Kell

Patient and Carer Representative, County Durham.

Mr Nick Latimer

Health Economist, National Collaborating Centre for Chronic Conditions, and Research Fellow, Queen Mary University of London.

Dr Alex MacGregor

Professor of Chronic Diseases Epidemiology, University of East Anglia, and Consultant Rheumatologist, Norfolk and Norwich University Hospital NHS Trust.

Ms Carolyn Naisby

Consultant Physiotherapist, City Hospitals Sunderland NHS Foundation Trust.

Dr Rachel O'Mahony

Health Services Research Fellow in Guideline Development, National Collaborating Centre for Chronic Conditions.

Mrs Susan Oliver

Nurse Consultant in Rheumatology, Litchdon Medical Centre, Barnstaple, Devon.

Mrs Alison Richards

Information Scientist, National Collaborating Centre for Chronic Conditions.

Professor Martin Underwood

Vice-dean, Warwick Medical School.

Додаток В: Панел за рецензија на упатството (5 члена)

Панелот за рецензија на упатството е независна комисија која го надгледува развојот на упатството и е одговорна за мониторирање на придржувањето кон NICE развојниот процес на упатството. Особено, комисијата осигурува коментарите на заинтересираните страни адекватно да се разгледаат и да бидат одговорени. Во комисијата се вклучени членови од следниве профили: примарна здравствена заштита, секундарна здравствена заштита, непрофесионалци, јавно здравје и индустријата.

Professor Mike Drummond (Chair)

Director, Centre for Health Economics (CHE), University of York.

Mr Barry Stables

Patient/Lay Representative.

Dr Graham Archard

General Medical Practitioner.

Ms Karen Cowley

Practice Development Nurse.

Ms Catherine Arkley

Lay Representative.

Околу ова упатство

NICE клиничко упатство се препораки околу лекувањето и грижата за луѓето со специфични болести и состојби во NHS во Англија и во Велс.

Упатството е развиено од Националниот центар за соработка за хронични состојби. Центарот за соработка работеше со група на здравствени работници (вклучително консултанти, општи лекари и медицински сестри), пациенти и старатели и технички персонал, кој ги ревидираше доказите и ги изготви препораките. Препораките беа завршени по јавна расправа.

Методите и процесите за развој на NICE клинички упатства се опишани во [прирачник за упатства](#).

Ова клиничко упатство го ажурира и делумно заменува [Сох II инхибитори во лекување на остеоартритис и реуматоид артритис](#) (NICE технолошка проценка 27).

Ние сме објавиле [информации за јавност](#) со објаснување на упатството. Алатките за да го ставите упатството во пракса и информацијата околу доказите врз кои е тоа базирано, се исто така [достапни](#).

Промени по објавувањето

January 2012: мали одржувања.

January 2013: мали одржувања.

Ваша одговорност

Ова упатство го претставува ставот на NICE, до кој е пристигнато по внимателно разгледување на достапните докази. Се очекува од здравствените работници да го земат целосно во предвид кога го вежбаат своето клиничко просудување. Како и да е, упатството не ја надминува индивидуалната одговорност на здравствените работници за да донесуваат решенија соодветни на состојбата на секој индивидуален пациент, во консултација со пациентот и/или старателот или згрижувачот и да се информирани од резимето на карактеристиките на продуктот за кој било лек што се зема во предвид.

Имплементацијата на ова упатство е одговорност на локалните комисии и /или давателите на услугите. Се потсетуваат комисиите и давателите на услугите дека е нивна одговорност да го имплементираат упатството, во нивниот локален контекст, во рамките на нивните должности да се избегнат незаконска дискриминација и да се има во предвид промовирање на еднакви можности. Ништо во ова упатство не би требало да се интерпретира на начин кој би бил недоследен во извршување на овие должности.

Авторски права

© Национален Институт за здравје и клиничка извонредност 2008. Сите права задржани. NICE авторските права за материјалот може да се преземаат за приватно истражување и студирање и може да бидат репродуцирани за едукативни и непрофитни цели. Никаква репродукција од или за комерцијални организации или за комерцијални цели, не е дозволена без писмена дозвола од NICE.

Contact NICE

National Institute for Health and Clinical Excellence
Level 1A, City Tower, Piccadilly Plaza, Manchester M1 4BT
www.nice.org.uk
nice@nice.org.uk
0845 033 778