

СОГЛАСОВАННАЯ РЕЗОЛЮЦИЯ ФОРУМА ЭКСПЕРТОВ ПО ПРОБЛЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ ДО И ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО ИЛИ КОЛЕННОГО СУСТАВА

21 мая 2016 г., Санкт-Петербург

21 мая 2016 г. в Санкт-Петербурге состоялся форум экспертов, обсудивших вопросы купирования болевого синдрома у пациентов до и после операций эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава, выполненных по поводу остеоартрита. В работе форума приняли участие врачи разных специальностей: травматологи-ортопеды, терапевты, ревматологи, клинические фармакологи, реабилитологи, анестезиологи-реаниматологи. Целью их совместной работы была разработка согласованных позиций по рациональной тактике борьбы с болевым синдромом у пациентов указанного профиля.

Сопредседатели форума экспертов: *Кочиш А.Ю.* – д.м.н., профессор заместитель директора по научной и учебной работе РНИИТО им. Р.Р. Вредена; *Лиля А.М.* – д.м.н., профессор проректор по учебной работе СЗГМУ им. И.И. Мечникова; *Неверов В.А.* – д.м.н., профессор заведующий кафедрой травматологии и ортопедии СЗГМУ им. И.И. Мечникова.

Участники:

Соболев И.П. – к.м.н. доцент кафедры травматологии и ортопедии СЗГМУ им. И.И. Мечникова; *Дадалов М.И.* – к.м.н. доцент кафедры травматологии и ортопедии СЗГМУ им. И.И. Мечникова; *Серб С.К.* – к.м.н. доцент кафедры травматологии и ортопедии СЗГМУ им. И.И. Мечникова; *Божкова С.А.* – к.м.н. заведующая научным отделением профилактики и лечения раневой инфекции, клинический фармаколог РНИИТО им. Р.Р. Вредена; *Красавина Д.А.* – д.м.н. профессор, заведующая учебной частью кафедры хирургических болезней детского возраста СПб ГПМУ; *Василькин А.К.* – к.м.н. заместитель главного врача по медицинской реабилитации РНИИТО им. Р.Р. Вредена; *Денисов А.О.* – к.м.н. заведующий научным отделением патологии тазобедренного сустава РНИИТО им. Р.Р. Вредена; *Иванов С.Н.* – к.м.н. старший научный сотрудник РНИИТО им. Р.Р. Вредена; *Вебер Е.В.* – ассистент кафедры травматологии и ортопедии РНИИТО им. Р.Р. Вредена; *Сивков В.С.* – к.м.н. заведующий травматолого-ортопедическим отделением № 13 РНИИТО им. Р.Р. Вредена; *Тропезников А.В.* – к.м.н. директор – главный врач санатория «Дюны»; *Кудяшев А.Л.* – к.м.н. заместитель начальника кафедры военной травматологии и ортопедии ВМедА им. С.М. Кирова; *Волоховский Н.Н.* – к.м.н. заведующий хирургическим отделением поликлиники Петербургского метрополитена; *Метленко П.А.* – к.м.н. начальник отделения эндопротезирования крупных суставов конечностей ВМедА им. С.М. Кирова.

Введение

У большинства пациентов с поздними стадиями остеоартрита тазобедренного и коленного суставов наблюдаются выраженный болевой синдром и нарушение двигательных функций. При этом консервативное лечение, как правило, неэффективно, и имеются обоснованные показания к оперативному лечению, чаще всего – к эндопротезированию указанных суставов [6].

Следует особо отметить, что период ожидания до оперативного лечения у пациентов рассматриваемого профиля по различным причинам может затягиваться на несколько месяцев и даже лет. Кроме того, результаты таких вмешательств не полностью удовлетворяют примерно каждого пятого пациента, а у каждого второго среди них ведущим компонентом указанной неудовлетворенности является сохранение значимого уровня болевого синдрома. Поэтому купирование болей на протяжении достаточно длительного времени ожидания оперативного лечения, а также и в послеоперационном периоде является важной клинической и социальной задачей [3, 5]. От ее решения в нашей стране за-

висят качество жизни нескольких сотен тысяч пациентов с остеоартритом, их физическая и трудовая активность, степень инвалидизации и необходимый уровень социальной поддержки. О нерешенности указанной проблемы свидетельствует отсутствие согласованных подходов и противоречивые мнения различных специалистов в отношении купирования болевого синдрома в периоды до и после эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава [1–3]. Острота этой проблемы ежегодно усугубляется вследствие устойчивой тенденции к старению населения Российской Федерации и, соответственно, роста количества выполняемых операций рассматриваемого типа.

Участники форума экспертов отмечают, что ведущую роль в лечении больных обсуждаемого профиля играют травматологи-ортопеды, к которым такие пациенты приходят для оперативного лечения и обращаются в дальнейшем в случае сохранения болевого синдрома, несмотря на выполненную операцию. При этом, несмотря на большое многообразие нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), зарегистрированных в Российской Федерации [4],

лечащему врачу, которым чаще всего является травматолог-ортопед, зачастую бывает сложно подобрать рациональную терапию для купирования боли и назначить пациенту не только эффективный, но и безопасный препарат.

С учетом сказанного экспертами были выработаны на основе консенсуса согласованные рекомендации по оптимизации лечебной тактики в отношении купирования болевого синдрома в периоды, предшествующие и последующие за эндопротезированием тазобедренного или коленного сустава. При этом отдельные предложения, не нашедшие поддержки у большинства экспертов, не были включены в данные рекомендации. Далее представлены основные согласованные экспертами позиции и таблица, облегчающая выбор оптимального препарата из группы НПВП у пациентов с имеющимися рисками осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) или сердечно-сосудистой системы (ССС).

Согласованные рекомендации форума экспертов

1. Значительная часть пациентов с поздними стадиями развития остеоартрита тазобедренного или коленного сустава нуждается в купировании болевого синдрома в периоперационном периоде до и после операций эндопротезирования указанных суставов.

2. Купирование болевого синдрома у пациентов рассматриваемого профиля приводит к улучшению качества жизни и к повышению двигательной активности, что существенно облегчает их состояние в период ожидания оперативного лечения и положительно влияет на его результаты.

3. Для купирования болевого синдрома у пациентов до и после эндопротезирования тазобедренного или коленного сустава следует проводить комплексное лечение, включающее физиотерапию, лечебную физкультуру, специальные методики разработки движений в суставах после установки имплантатов, а также специфическую фармакотерапию.

4. Для фармакотерапии болевого синдрома у профильных больных могут быть использованы препараты различных групп: парацетамол, традиционные пероральные НПВП, местные формы НПВП, ингибиторы циклооксигеназы-2 (ЦОГ-2). При этом выбор схемы лечения должен проводиться индивидуально с учетом сопутствующей патологии в дозах, рекоменду-

емых инструкцией по применению лекарственных препаратов.

5. При лечении отдельных групп профильных пациентов с имеющимися рисками осложнений со стороны ЖКТ и ССС следует отдавать предпочтение селективным ингибиторам ЦОГ-2, имеющим доказанные преимущества при проведении анальгетической и противовоспалительной терапии у таких больных. Тактика выбора оптимального препарата у больных из указанных выше групп представлена в таблице.

6. Селективные ингибиторы ЦОГ-2, в отличие от традиционных НПВП, не нарушают агрегацию тромбоцитов, что позволяет использовать их в предоперационном периоде вплоть до дня операции.

7. При отсутствии значимого анальгетического эффекта от приема НПВП профильным пациентам может быть рекомендовано применение опиоидных препаратов и/или антидепрессантов.

8. Внутрисуставные инъекции глюкокортикостероидов могут быть показаны только в отдельных случаях пациентам с выраженным болевым синдромом и наличием внутрисуставного выпота, не поддающимся купированию другими препаратами.

9. Нет убедительных данных о целесообразности и эффективности внутрисуставного введения различных препаратов хондроитинсульфата, глюкозамина и гиалуроновой кислоты у пациентов с поздними стадиями развития остеоартрита, особенно с целью купирования болевого синдрома. Однако их назначение может осуществляться в отдельных случаях по решению врачей-специалистов в соответствии с зарегистрированными показаниями.

10. Через 2–4 недели лечения профильных пациентов целесообразно провести оценку ответа на назначенную терапию НПВП и при необходимости выполнить ее коррекцию. При этом в ходе контрольного визита необходимо оценить эффективность терапии, приверженность пациента к лечению и развитие нежелательных лекарственных реакций.

Эксперты надеются, что представленные согласованные рекомендации помогут практикующим врачам в назначении наиболее эффективной и безопасной периоперационной обезболивающей терапии у больных, готовящихся к оперативному лечению, а также перенесших эндопротезирование тазобедренного или коленного сустава.

Таблица

Тактика выбора НПВП у пациентов с рисками развития нежелательных эффектов

Факторы риска и препараты	Риск развития нежелательных эффектов		
	низкий	умеренный	высокий
Со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ)			
Факторы риска	Нет	<ul style="list-style-type: none"> пожилой возраст; язвенная болезнь; редкие рецидивы; инфицированность <i>H. pylori</i>; прием стероидных гормонов; курение и прием алкоголя 	<ul style="list-style-type: none"> сочетание двух и более факторов риска; язвенный анамнез; частые рецидивы, осложненные кровотечением и/или перфорацией; прием антиагрегантов и/или антикоагулянтов
Препараты выбора	Любые НПВП	<ul style="list-style-type: none"> с-НПВП н-НПВП + ИПП 	<ul style="list-style-type: none"> с-НПВП + ИПП
Со стороны сердечно-сосудистой системы (ССС)			
Факторы риска	Нет или SCORE <1%	<ul style="list-style-type: none"> SCORE 1–4%; компенсированная АГ и СН; неосложненная ИБС; 	<ul style="list-style-type: none"> SCORE ≥5%; осложненное течение ИБС: в анамнезе инфаркт миокарда, операции на сердце (АКШ, эндоваскулярное стентирование и др.); ишемический инсульт
Препараты выбора	<ul style="list-style-type: none"> н-НПВП + ИПП; с-НПВП 	<ul style="list-style-type: none"> с-НПВП + низкие дозы АСК; н-НПВП + ИПП + низкие дозы АСК 	<ul style="list-style-type: none"> НПВП не рекомендованы

Шкала риска SCORE оценивает риск смерти от заболеваний сердечно-сосудистой системы; АГ – артериальная гипертензия; СН – сердечная недостаточность; ИБС – ишемическая болезнь сердца; АКШ – аорто-коронарное шунтирование; с-НПВП – селективный НПВП; н-НПВП – неселективный НПВП; ИПП – ингибитор протонной помпы; АСК – ацетилсалициловая кислота.

Литература

1. Барабаш Ю.А., Летов А.С., Барабаш А.П., Коршунова Г.А. Восстановление функции конечности после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава при его анкилозе. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016;(4):690-693.
2. Комкин В.А., Бабушкин В.Н., Жирова Т.А., Руднов В.А. Местная однократная инфльтрационная анальгезия послеоперационной раны у пациентов после эндопротезирования коленного и тазобедренного суставов. *Фундаментальные исследования*. 2014;(3-4): 524-529.
3. Мукуца И.Г., Царенко С.В., Лядов К.В., Конева Е.С., Волошин А.Г. Мультиmodalное обезболивание после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава *Травматология и ортопедия России*. 2012;66(4):72-75.
4. Протокол совета экспертов Северо-Западного федерального округа Российской Федерации по вопросам рационального подхода в лечении болевого синдрома и воспаления в неврологии. *Медицинский Совет*. 2015;(7):51-53. DOI:10.21518/2079-701X-2015-7-51-53.
5. Шильников В.А., Денисов А.О. Алгоритмы дифференциальной диагностики болевого синдрома после эндопротезирования тазобедренного сустава. *Хирургия. Приложение к журналу Consilium Medicum*. 2013;(2):20-24.
6. Шильников В.А., Тихилов Р.М., Денисов А.О. Болевой синдром после эндопротезирования тазобедренного сустава. *Травматология и ортопедия России*. 2008; 48(2):106-109.