Полиартроз (генерализованный остеоартрит)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2025 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M15.0, M15.1, M15.2, M15.4, M15.8 · Ассоциация ревматологов России

Полиартроз, или генерализованный остеоартрит, — поражение трёх и более групп суставов с вовлечением хряща, субхондральной кости, синовии, связок, капсулы и околосуставных мышц. Рекомендация посвящена подтверждению диагноза, оценке коморбидности и персонализированной комбинации немедикаментозного, лекарственного и хирургического лечения.

Главное

- Полиартроз устанавливают при поражении минимум трёх групп суставов: коленных, тазобедренных, мелких суставов кистей, I плюснефаланговых или фасеточных суставов.
- Типичный профиль ОА: постепенная боль, возникающая большую часть дней предыдущего месяца, усиление при нагрузке, стартовые боли, утренняя скованность менее 30 минут, крепитация и ограничение функции; выраженная припухлость и гипертермия для ОА нехарактерны.
- Диагноз ОА коленных, тазобедренных суставов и суставов кистей подтверждают клиническими и рентгенографическими критериями АКР; для I плюснефалангового и фасеточных суставов используют клинические признаки, рентгенологические данные и исследования для исключения специфических причин боли (УУР В, УДД 2).
- Базисную терапию при первичном генерализованном ОА начинают сразу после установления диагноза; эффект болезнь-модифицирующих препаратов обычно проявляется через 4–12 недель, а для структурно-модифицирующего действия лечение продолжают не менее 2 лет (УУР С, УДД 5).
- Регулярные упражнения показаны всем пациентам: программы выполняют не менее 8 недель, постепенно увеличивая объём, без преодоления боли и преимущественно без статической нагрузки; при избыточной массе тела целятся в снижение веса минимум на 5–7,5% (УУР А, УДД 1; УУР В, УДД 1).
- Тактику выбирают с учётом сердечно-сосудистых, почечных, желудочно-кишечных и других сопутствующих заболеваний; при назначении НПВП оценивают рСКФ, функцию печени, ЖКТ и артериальное давление, не сочетая одновременно два и более НПВП.
- При сохраняющейся выраженной боли, деформации и существенном снижении функции после неэффективности консервативной терапии пациента направляют к травматологу-ортопеду для решения вопроса об операции.

Диагностика

1. Уточнить дебют и динамику болезни, локализацию и характер боли, её связь с нагрузкой и покоем, утреннюю скованность, ночную боль, эффект прежней терапии и наличие заболеваний, способных вызвать вторичный ОА (УУР В, УДД 2).
2. Осмотреть пациента стоя и лёжа: оценить болезненность, крепитацию, объём активных и пассивных движений, деформацию, нестабильность, синовит, мышечную атрофию и периартикулярный отёк. Интенсивность боли зафиксировать по ВАШ, ЧРШ или ВРШ в наиболее болезненном суставе (УУР В, УДД 2).
3. Использовать клинические и рентгенографические критерии АКР: для колена — боль большую часть дней предыдущего месяца и дополнительные критерии; для кистей — боль или скованность, костные разрастания и характерное распределение поражения; для тазобедренного сустава — боль с ограничением движений и/или рентгенологическими признаками.
4. Выполнить общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови с оценкой креатинина, глюкозы, мочевой кислоты, АЛТ и АСТ, а также липидного профиля; эти тесты нужны прежде всего для дифференциальной диагностики и выявления ограничений к фармакотерапии, поскольку специфических лабораторных тестов для ОА нет (УУР С, УДД 4–5).
5. При подозрении на ОА колена выполнить рентгенографию в переднезадней и боковой проекциях стоя, при поражении пателлофеморального сустава — боковой снимок при сгибании; при подозрении на ОА тазобедренного сустава — рентгенографию таза, при поражении мелких суставов — рентгенографию обеих кистей (УУР С, УДД 5).

6. При синовите провести дифференциальную диагностику: определить СРБ, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду и ревматоидный фактор; исследовать синовиальную жидкость. Для ОА типична стерильная прозрачная или слегка мутная вязкая жидкость с лейкоцитами менее 2000/мм³; цитоз свыше 100 000/мм³ заставляет подозревать инфекционный артрит (УУР В, УДД 3; УУР С, УДД 5).
7. МРТ назначать как дополнительный метод при подозрении на остеонекроз, остеит, синовит или повреждение менисков, сухожилий, связок и мышц; УЗИ — для выявления синовита, повреждений мягких тканей, кисты Бейкера или бурсита, а также для навигации при внутрисуставных инъекциях (УУР С, УДД 4–5).

Лечение

- Лечение строят как персонализированную комбинацию нефармакологических, медикаментозных и хирургических методов; выбор согласуют с пациентом с учётом общего состояния и коморбидности (УУР С, УДД 5).
- При первичном генерализованном ОА сразу после диагностики назначают болезнь-модифицирующие препараты из следующих групп: хондроитина сульфат, глюкозамин или их комбинация, неомыляемые соединения авокадо и сои, диацереин, биоактивный концентрат из мелких морских рыб либо гликозаминогликан-пептидный комплекс (УУР С, УДД 5).
- Для глюкозамина указана суточная доза 1500 мг, для хондроитина сульфата — 1000 мг; симптоматический эффект ожидают через 4–12 недель. Неомыляемые соединения авокадо и сои применяют в дозе 300 мг/сут (УУР В, УДД 1).
- Диацереин начинают с 50 мг 1 раз в сутки в течение 4 недель; при хорошей переносимости переходят на 50 мг 2 раза в сутки курсом не менее 4 месяцев (УУР А, УДД 1). Частая нежелательная реакция — учащение дефекации; окрашивание мочи от жёлтого до коричневого цвета само по себе не требует отмены или снижения дозы.
- При слабой боли используют топические НПВП самостоятельно, преимущественно при ОА коленных суставов и кистей, до 2 недель не менее 3–4 раз в сутки; при боли более 40 мм по ВАШ их можно сочетать с таблетированным НПВП. При умеренной или выраженной боли системные НПВП следует применять с ограничением дозы и продолжительности лечения с учётом коморбидности (УУР В, УДД 1; УУР С, УДД 5).
- При рСКФ менее 30 мл/мин НПВП не назначают; при факторах риска НПВП-гастропатии возможно сочетание неселективного НПВП с ингибитором протонной помпы и/или ребамипидом. При очень высоком сердечно-сосудистом риске или двойной/тройной антикоагулянтной терапии НПВП противопоказаны (УУР С, УДД 5).
- Парацетамол применяют только короткими курсами при слабой боли или противопоказаниях к НПВП, в дозе менее 3 г/сут; при сильной боли, резистентной к предшествующей терапии, трамадол начинают с 50 мг/сут и при необходимости повышают до 200–300 мг/сут коротким курсом. Дулоксетин начинают с 30 мг/сут при хронической боли с центральной сенситизацией, невропатическим компонентом и/или депрессией (УУР А, УДД 1; УУР В, УДД 1).
- При сохраняющемся синовите, не отвечающем на консервативное лечение, вводят внутрисуставные глюкокортикоиды, но не более 2–3 раз в год в один сустав; при резистентной боли без синовита («сухой» сустав) в наиболее поражённый крупный сустав возможно введение препаратов гиалуроновой кислоты, предпочтительно под УЗ-навигацией (УУР С, УДД 5; УУР В, УДД 1).

Когда направить и как наблюдать

- Направить к ревматологу при синовите, отсутствии эффекта от стандартной терапии, необходимости локальной инъекционной терапии или проведении дифференциальной диагностики.
- Направить к травматологу-ортопеду при прогрессировании боли, деформации и существенном нарушении функции после неэффективности консервативного лечения; цель — оценить показания к остеотомии, артропластике или другому вмешательству (УУР В, УДД 2).
- Плановая госпитализация возможна при клинически значимом ухудшении основного заболевания, его осложнений или сопутствующей патологии, выраженном или рецидивирующем/хроническом синовите, боли, не купируемой стандартной терапией, необходимости инвазивного вмешательства либо проведения реабилитации.
- Направить к неврологу при невропатической боли или центральной сенситизации: ориентиры — DN4 не менее 4 баллов или PainDETECT не менее 19 баллов.

Частые вопросы

Что считать полиартрозом?

Это генерализованный ОА с поражением трёх и более групп суставов. В расчёт включают коленные, тазобедренные, мелкие суставы кистей, I плюснефаланговые и фасеточные суставы.

Нужны ли анализы крови для подтверждения ОА?

Специфических лабораторных тестов для ОА нет. Общий анализ крови, анализ мочи и биохимические исследования используют для дифференциальной диагностики и оценки безопасности лекарственной терапии; при синовите дополнительно исследуют СРБ, АЦЦП, ревматоидный фактор и синовиальную жидкость.

Какую базисную терапию назначать и когда ждать эффект?

При первичном генерализованном ОА лечение начинают сразу после диагноза: применяют глюкозамин, хондроитина сульфат или их комбинацию, НСАС, диацереин, биоактивный концентрат из мелких морских рыб либо гликозаминогликан-пептидный комплекс. Симптоматический эффект обычно появляется через 4–12 недель.

Когда НПВП нельзя назначать?

НПВП не рекомендуют при рСКФ менее 30 мл/мин; противопоказанием также служат очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений и двойная или тройная антикоагулянтная терапия. Нельзя одновременно назначать два и более НПВП.

Когда показаны внутрисуставные инъекции?

Глюкокортикоиды применяют при синовите, который не купируется другими методами, не чаще 2–3 раз в год в один сустав. Гиалуроновую кислоту рассматривают при резистентной боли после неэффективности предыдущего лечения и в «сухом» суставе.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/256-poliartroz-generalizovannyj-osteoartrit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/256_2