Гонартроз

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M17, M17.0, M17.1, M17.2, M17.3, M17.4, M17.5, M17.9 · Ассоциация ревматологов России, Ассоциация травматологов-ортопедов России, Общероссийская общественная организация Ассоциация реабилитологов России

Гонартроз — хроническое поражение всех структур коленного сустава с болью, нарушением функции, деформацией и возможной контрактурой. Рекомендация описывает диагностику у взрослых и детей, выбор консервативного лечения, внутрисуставных вмешательств, операций и последующее наблюдение.

Главное

- Ключевые факторы риска и прогрессирования: возраст, ожирение; при ИМТ >30 риск раннего остеоартроза увеличивается втрое, также важны нарушения оси конечности, мышечная слабость, травмы хряща, связок, менисков и внутрисуставные переломы.
- Типичный суставной синдром: постепенная боль, боль большинство дней предыдущего месяца, усиление при ходьбе, «стартовые» боли, утренняя скованность менее 30 минут, крепитация, ограничение движений и изменение походки. УУР B, УДД 3.
- Всем пациентам с подозрением на гонартроз нужна рентгенография коленного сустава в 2 проекциях как скрининг для стадии и этиологического типа. УУР A, УДД 1.
- Если клиника есть, а рентгенологических признаков нет, для ранних изменений показана МРТ коленного сустава: она выявляет поражение хряща, субхондральной кости, менисков, синовиальной оболочки, связок, сухожилий и мышц. УУР A, УДД 1.
- Базис консервативной помощи — разгрузка сустава, ЛФК для мышц бедра и голени, снижение массы тела при избытке/ожирении; снижение веса на ≥5% связано с улучшением клинических и механических показателей. УУР C, УДД 5.
- Медикаментозная терапия симптоматическая: СЛСЗД применяют преимущественно на ранних стадиях, НПВП — при умеренной и выраженной боли с учетом коморбидности; одновременное применение двух и более НПВП не рекомендуется. Для НПВП: УУР A, УДД 1; запрет комбинации НПВП: УУР C, УДД 5.
- Хирургическое лечение показано преимущественно при II–III стадиях по Косинской и III–IV стадиях по Kellgren–Lawrence, если консервативная терапия не помогает или уже есть выраженные дегенеративные изменения со стойкими функциональными нарушениями. УУР C, УДД 5.

Диагностика

1. Соберите анамнез боли: постепенное начало, усиление при ходьбе и к концу дня, «стартовые» боли после покоя, ночная боль при более выраженном процессе, припухлость, скованность утром менее 30 минут, крепитация, нарушение походки. УУР B, УДД 3.
2. Проведите ортопедический осмотр взрослому или ребенку: общее состояние, функция пораженного сустава, рост и масса тела; ищите болезненность по суставной щели, боль при смещении надколенника, деформацию, контрактуру, симптом баллотирования надколенника при синовите. УУР C, УДД 5.
3. Лабораторные анализы не являются диагностическим «золотым стандартом» для гонартроза; их используют для оценки безопасности лечения и дифференциальной диагностики. При коморбидности перед терапией выполняют ОАК, биохимию крови, ЛПВП и ЛПНП. УУР C, УДД 4.
4. При поражении мелких суставов кистей/стоп исключайте ревматические болезни: ревматоидный фактор, антитела к циклическому цитруллинированному пептиду и мочевая кислота. УУР C, УДД 5.
5. При выраженном синовите для дифференциальной диагностики, включая септический артрит, определяйте СОЭ и С-реактивный белок; при наличии синовита исследуйте синовиальную жидкость. Для ОА типична стерильная прозрачная/слегка мутная вязкая жидкость с лейкоцитами <2000/мм³. УУР C, УДД 4.
6. Выполните рентгенографию коленного сустава в прямой и боковой проекциях; признаки ОА — сужение щели, субхондральный склероз, остеофиты, кисты эпифизов, изменение формы эпифизов. При раннем процессе информативны снимки стоя с осевой нагрузкой при сгибании 30–45°. УУР A, УДД 1.

7. Если рентгенография не объясняет клинику или нужно уточнить ранний процесс, травму менисков/связок/сухожилий/мышц, остеонекроз, выраженность синовита или кисту Бейкера, используйте МРТ; УЗИ возможно, но менее информативно. УУР А, УДД 1 для МРТ при клинике без рентген-признаков.

Лечение

- Начальные стадии лечите преимущественно консервативно: I стадия по Косинской и I–II по Kellgren–Lawrence. Оперативное лечение добавляют при II–III по Косинской, III–IV по Kellgren–Lawrence, при неэффективности консервативной терапии или выраженной некупируемой боли. УУР С, УДД 5.
- Разгружайте сустав: исключайте бег, длительную ходьбу, прыжки, подъем тяжестей, длительную однообразную позу; используйте обувь с амортизирующей подошвой, при обострении — трость или костыль в руке, противоположной пораженному суставу. УУР С, УДД 5.
- Назначайте ЛФК для укрепления мышц бедра и голени всем пациентам; это основной долгосрочный немедикаментозный способ уменьшить боль и улучшить функцию. УУР С, УДД 5.
- При избытке массы тела или ожирении добивайтесь снижения веса: эффект дозозависимый; клинически значимые преимущества возрастают при снижении массы на 5–10%, 10–20% и >20%. Оптимальная стратегия — коррекция питания плюс ЛФК. УУР С, УДД 5.
- СЛСЗД: хондроитина сульфат, глюкозамин и их комбинации назначают перорально или парентерально по инструкциям; терапевтические суточные дозы — глюкозамин 1500 мг, хондроитина сульфат более 800 мг. Выраженный симптоматический эффект развивается через 8–12 недель, для структурно-модифицирующего действия лечение должно длиться не менее 2 лет. УУР А, УДД 2.
- Другие СЛСЗД у пациентов ≥18 лет: неомыляемые соединения масел авокадо и сои 300 мг/сут для симптомов гонартроза (УУР В, УДД 1), диацереин для облегчения симптомов (УУР В, УДД 1), препараты на основе биоактивного концентрата мелких морских рыб или гликозаминогликан-пептидного комплекса (УУР В, УДД 2).
- При боли сначала используйте топические НПВП при умеренной боли до пероральных форм; местный диклофенак у пациентов старше 12 лет эффективен в дозе 70–81 мг/сут. При умеренной/выраженной боли взрослым назначают НПВП с учетом коморбидности; эторикоксиб 60 мг/сут и диклофенак 150 мг/сут названы эффективными пероральными вариантами. УУР А, УДД 1.
- Внутрисуставно: гиалуроновую кислоту вводят взрослым при боли и функциональных нарушениях только в «сухой» сустав; средний эффект 4–6 месяцев и более. Глюкокортикоиды вводят при сохраняющейся выраженной боли и синовите, не купируемых другими методами, не чаще 1 раза в 3 месяца; курсовое применение исключают. Гиалуроновая кислота: УУР В, УДД 1; глюкокортикоиды: УУР В, УДД 2.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализируйте при интенсивной боли или ее усилении на фоне лечения, изменении характера боли, синовите или рецидивирующем синовите, выраженных функциональных нарушениях, влияющих на двигательную активность.
- Планируйте хирургическое лечение при II–III стадиях по Косинской и III–IV стадиях по Kellgren–Lawrence, если боль не купируется комплексной немедикаментозной и лекарственной терапией, либо при первичном обращении уже есть выраженные дегенеративные изменения и стойкие функциональные нарушения. УУР С, УДД 5.
- Эндопротезирование показано взрослым при III стадии по Косинской и III–IV стадиях по Kellgren–Lawrence; на более ранних стадиях — редко, если другие варианты лечения неэффективны. УУР С, УДД 4.
- Диспансерное наблюдение взрослых: через 2–3 месяца после начала лечения — клинический осмотр, затем ежегодно — осмотр и рентгенография или МРТ; после эндопротезирования — рентгенография через 6 и 12 месяцев, затем 1 раз в 5 лет. УУР С, УДД 5.
- Выписывайте из медицинской организации при достигнутом клинически значимом улучшении лечения заболевания коленного сустава.

Частые вопросы

Нужны ли анализы крови для подтверждения гонартроза?

Нет, лабораторного «золотого стандарта» нет. Анализы используют для оценки безопасности лечения и исключения ревматических, инфекционных или микрокристаллических артритов.

Когда при гонартрозе нужна МРТ, если уже есть рентген?

Если на рентгене есть явные признаки гонартроза, дополнительная МРТ для диагноза обычно не требуется. МРТ нужна при клинике без рентген-признаков, подозрении на повреждение менисков, связок, сухожилий, мышц или остеонекроз; МРТ или УЗИ могут использоваться для уточнения выраженности синовита и при подозрении на наличие/разрыв кисты Бейкера.

Что считать типичной болью при гонартрозе?

Боль обычно начинается постепенно, усиливается при ходьбе и к концу дня, уменьшается после отдыха; возможны «стартовые» боли после покоя. Утренняя скованность при ОА непродолжительная — менее 30 минут.

Какие НПВП выбрать при боли в колене?

У взрослых выбор НПВП делают с учетом коморбидности и рисков. В тексте указаны эффективные пероральные варианты: эторикоксиб 60 мг/сут и диклофенак 150 мг/сут; до пероральных НПВП при умеренной боли используют топические формы, например местный диклофенак 70–81 мг/сут у пациентов старше 12 лет.

Когда делать инъекцию гиалуроновой кислоты, а когда глюкокортикоида?

Гиалуроновую кислоту вводят взрослым при боли и функциональных нарушениях, но только при отсутствии синовита, в «сухой» сустав; эффект в среднем длится 4–6 месяцев и более. Глюкокортикоид используют при выраженной боли и синовите, если другие методы не помогли, не чаще 1 раза в 3 месяца.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/868-gonartroz. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/868_1