# Коксартроз

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M16, M16.0, M16.1, M16.2, M16.3, M16.4, M16.5, M16.6 · Ассоциация ревматологов России, Ассоциация травматологов-ортопедов России, Общероссийская общественная организация Ассоциация реабилитологов России

Коксартроз — неоднородная группа заболеваний, при которых поражаются хрящ, субхондральная кость, синовиальная оболочка, связки, капсула и периартикулярные мышцы тазобедренного сустава. Рекомендация описывает клинико-рентгенологическую диагностику и длительное поэтапное лечение: от разгрузки и лекарственной терапии до инъекций и хирургического вмешательства.

## Главное

- Типичный симптом — боль в паху при нагрузке или движении, часто с иррадиацией в бедро или колено; позднее появляются постоянная боль, хромота, потребность в трости и контрактура. Интенсивность боли не всегда соответствует рентгенологической стадии.
- Диагноз коксартроза выставляют на основании клинических и рентгенографических критериев.
- Коксартроз лечат длительно, с динамическим наблюдением; цели — уменьшить боль, сохранить функцию и качество жизни и снизить риск нежелательных явлений терапии.
- Консервативная терапия применяется на всех стадиях. Операцию обычно выполняют при III стадии по Косинской или III–IV стадиях по Kellgren–Lawrence, но допускают и раньше при выраженной, некупируемой боли.
- При физической активности следует разгружать поражённый сустав: избегать бега, прыжков, длительной ходьбы, подъёма тяжестей и однообразных поз; трость используют в руке, противоположной поражённому суставу.
- После эндопротезирования тяжёлая физическая работа и чрезмерные спортивные нагрузки, включая бег, прыжки и перенос тяжестей, не рекомендуются, поскольку могут сократить срок службы эндопротеза.

## Диагностика

1. Собрать подробный анамнез: характер, локализацию и иррадиацию боли, связь с нагрузкой и ходьбой, наличие тугоподвижности, контрактур, снижения самообслуживания и укорочения конечности. УУР С, УДД 5.
2. Провести осмотр в вертикальном и горизонтальном положениях и во время ходьбы: оценить амплитуду движений, околосуставные мышцы, ось и длину конечности, хромоту, опороспособность и переносимую дистанцию ходьбы. УУР С, УДД 5.
3. Оценить тяжесть заболевания и повседневную активность: подъём по лестнице, передвижение, пользование дополнительной опорой, надевание носков и обуви, пользование общественным транспортом. УУР С, УДД 5.
4. Назначить общий анализ крови, С-реактивный белок и СОЭ. Эти исследования используют главным образом для оценки состояния организма и дифференциальной диагностики, поскольку специфического лабораторного теста для коксартроза нет. УУР С, УДД 5.
5. Выполнить рентгенографию таза и тазобедренного сустава в прямой и боковой проекциях. Оценить вертлужную впадину, проксимальный отдел бедра, суставную щель, остеофиты, а также соотношение головки и впадины: угол Виберга, линию Шентона, угол вертикального соответствия и степень покрытия головки. УУР А, УДД 2.
6. При необходимости уточнить характер патологических изменений в тканях тазобедренного сустава и провести дифференциальную диагностику с помощью КТ и/или МРТ одного сустава. УУР С, УДД 4.

## Лечение

- Назначить разгрузку сустава, амортизирующую обувь и дополнительную опору; физические нагрузки адаптировать, избегая бега, прыжков, длительной ходьбы, подъёма тяжестей и длительного пребывания в одной позе. УУР С, УДД 5.
- Проводить лечебную физкультуру, силовые и изометрические упражнения, упражнения на растяжку, гибкость, сопротивление и дозированную ходьбу; возможны гидрокинезотерапия и мануальная терапия на

ранних стадиях. Не проводить занятия при неконтролируемой аритмии, блокаде проводимости III степени, недавних ишемических изменениях на ЭКГ или нестабильной стенокардии. УУР В, УДД 1.

- Обеспечить постоянное обучение пациента и родственников, включая индивидуальные или групповые занятия и телемедицинские технологии; при избыточной массе тела рекомендовать снижение веса. УУР В, УДД 2; для снижения веса — УУР С, УДД 5.
- На преимущественно начальных стадиях рекомендуются симптоматические препараты замедленного действия: препараты хондроитина сульфата, глюкозамина и их комбинаций, а также препараты неомыляемых соединений авокадо и сои — 300 мг/сут у пациентов от 18 лет. Суточная терапевтическая доза глюкозамина — 1500 мг; стандартный режим перорального приёма хондроитина сульфата — 500 мг 2 раза/сут. Выраженный симптоматический эффект СЛСЗД развивается через 8–12 недель, а для структурно-модифицирующего действия продолжительность лечения должна составлять не менее 2 лет. УУР А, УДД 1.
- При умеренной или выраженной боли назначать НПВП с учётом коморбидности; при умеренном риске ЖКТ — преимущественно ЦОГ-2-ингибитор либо неселективный НПВП с ингибитором протонной помпы, при высоком риске ЖКТ — преимущественно ЦОГ-2-ингибитор с ингибитором протонной помпы. Не сочетать одновременно два и более НПВП. УУР А–С, УДД 1–5.
- При умеренном сердечно-сосудистом риске у взрослых могут применяться напроксен, ибупрофен до 1200 мг/сут или целекоксиб 400 мг 1 раз/сут; при очень высоком сердечно-сосудистом риске НПВП не назначают. Парацетамол допустим коротким курсом до 3 г/сут при неэффективности или противопоказаниях к НПВП, но не при поражении печени или хроническом алкоголизме. УУР А–С, УДД 1–5.
- Трамадол используют короткими курсами при сильной боли после неэффективности или невозможности НПВП. Дулоксетин применяют у взрослых при сильной хронической боли, особенно при центральной сенситизации, нейропатической боли или депрессии; начинают с 30 мг/сут и постепенно повышают дозу под врачебным контролем. УУР А–В, УДД 1–2.
- При боли и функциональных нарушениях возможна внутрисуставная гиалуроновая кислота при отсутствии выраженного синовита; эффект обычно длится 4–6 месяцев и более. При сохраняющемся синовите на адекватных дозах НПВП внутрисуставные глюкокортикоиды вводят не чаще 1 раза в 3 месяца, курсовое применение исключают. УУР А–В, УДД 1–2.

## Когда направить и как наблюдать

- Диагностические мероприятия при первичном коксартрозе могут проводиться амбулаторно; реабилитация — в дневном стационаре или амбулаторно.
- Тотальное эндопротезирование рекомендовано при первичном или вторичном коксартрозе III стадии по Косинской либо III–IV стадиях по Kellgren–Lawrence, а также в редких случаях при неэффективности других вариантов лечения на более ранних стадиях заболевания.
- После операции реабилитацию начинают в стационаре сразу после вмешательства, затем при необходимости продолжают в реабилитационном отделении и завершают в дневном стационаре, санатории, амбулаторно или дома.
- После эндопротезирования выполнять рентгенографию тазобедренных суставов в двух проекциях через 3 и 12 месяцев, затем один раз в 5 лет.

## Частые вопросы

**Какие признаки наиболее характерны для коксартроза?**

Боль обычно локализуется в паху, усиливается при ходьбе и движениях, может отдавать в бедро или колено. По мере прогрессирования возникают тугоподвижность, хромота, укорочение конечности и контрактура.

**Каким исследованием подтверждают коксартроз?**

Диагноз основывают на клинических и рентгенологических критериях. Всем пациентам выполняют рентгенографию таза и тазобедренного сустава в прямой и боковой проекциях; КТ или МРТ используют для уточнения изменений и дифференциальной диагностики.

**Когда при коксартрозе переходят к эндопротезированию?**

Основное показание — первичный или вторичный коксартроз III стадии по Косинской либо III–IV стадий по Kellgren–Lawrence. В редких случаях операция возможна раньше при неэффективности других методов лечения.

**Как применять НПВП при коксартрозе?**

НПВП назначают при умеренной и выраженной боли с учётом сопутствующих заболеваний и риска осложнений. Не следует одновременно использовать два и более НПВП; при достижении существенного улучшения препарат отменяют, а при повышенном риске ЖКТ выбирают ЦОГ-2-ориентированную схему и/или добавляют ингибитор протонной помпы.

**Когда допустимы внутрисуставные инъекции?**

Гиалуроновую кислоту вводят при боли и функциональных нарушениях, только если нет выраженного синовита. Глюкокортикоиды применяют при сохраняющемся синовите несмотря на адекватные дозы НПВП, не чаще одного раза в 3 месяца и без курсового назначения.

---

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/870-koksartroz. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/870_1