



Соединенными усилиями
Viribus Unitis

Амбулаторный прием

Работа с документами

Методология модульного образования врача общей практики: в фокусе пациент с болевым синдромом

А. Л. Вёрткин, А. В. Носова

Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова

«Опыт зарубежных стран показывает, что при введении должности врача общей практики 80% пациентов начинают и заканчивают диагностику и лечение у одного врача, загруженность узких специалистов снижается, сокращается количество госпитализаций». Из интервью первого заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Т. Р. Мухтасаровой

Подготовка врача общей практики является одним из приоритетов отечественного здравоохранения. Модернизация системы здравоохранения требует от врача большого объема знаний по организации работы современной поликлиники. Методология модульного образования рассматривается на примере темы «Управление болью в общеврачебной практике».

Ключевые слова: боль, управление болью, остеоартроз, нестероидные противовоспалительные препараты.

Подготовка врача общей практики (ВОП) является одним из приоритетов отечественного здравоохранения. Однако обучение подобного специалиста, на наш взгляд, имеет особенности, о которых и будет рассказано в настоящей статье.

За многие годы преподавания на разных курсах повышения квалификации врачей амбулаторно-поликлинического звена мы вывели для себя несколько постулатов, представляющихся сегодня наиболее важными.

1. Изменения в системе здравоохранения, ее модернизация требуют от врача большого объема знаний по организации работы современной поликлиники.

2. В своей работе врач должен быть нацелен на выявление социально значимой патологии, которая не только широко распространена, но и имеет важное клиническое и прогностическое значение.

3. Высокая смертность диктует необходимость глубокого изучения неотложных состояний, раннего их выявления и эффективного лечения.

В качестве примера реализации указанных образовательных постулатов мы взяли тему «Управление болью в общеврачебной практике», поскольку, с одной стороны, пациенты с болью составляют подавляющее большинство посетителей поликлиник, с другой — именно в диагности-

Вёрткин Аркадий Львович — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России.

Носова Анна Владимировна — к. м. н., доцент кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова» Минздрава России.

ке и лечении данной патологии в последние годы произошли существенные перемены.

31 декабря 2013 г. Департаментом здравоохранения города Москвы был издан приказ № 1344 «Об утверждении Регламента проведения диспансерного наблюдения при оказании первичной медико-санитарной помощи». Этим документом определены, в частности, критерии наблюдения, консультации специалистов и необходимые исследования при патологии костно-суставной системы. Так, при остеоартрозе (ОА) как основной причине болевых синдромов требуется наблюдение терапевта раз в полгода в течение всей жизни.

Как следует из *таблицы 1*, болезни костно-мышечной системы, среди которых большую долю составляет ОА, являются третьей по частоте причиной инвалидизации населения вслед за сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями [1].

Учитывая такую статистику, в качестве первого шага следует определить базовые знания врачей о современном значении ОА (*табл. 2*).

Правильные ответы на поставленные вопросы базируются на современных представлениях о патогенезе боли при ОА, данных первого российского консенсуса по ОА и результатах собственного эпидемиологического исследования (более 14 000 пациентов) по регистру боли в РФ.

Основополагающим аспектом проблемы боли является ее разделение на два типа: острую и хроническую. Под острой (преходящей) болью следует понимать боль, обусловленную острым заболеванием, травмой и прекращающуюся по мере выздоровления и заживления ран. Длительность острой боли определяется временем восстановления поврежденных тканей и/или нарушенной функции гладких мышц. Ощущение боли формирует целый комплекс защитных реакций, направленных на устранение повреждения.

Таблица 1. Причины инвалидизации населения Российской Федерации, количество на 10 тыс. населения

Причины инвалидизации	2005	2013
Болезни системы кровообращения	85,8	22,7
Злокачественные новообразования	17,5	16,0
Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани	11,5	6,5
Последствия травм, отравлений и других внешних воздействий	6,7	3,6
Психические расстройства и расстройства поведения	4,8	2,7
Болезни нервной системы	4,0	2,4
Болезни глаза и его придаточного аппарата	5,8	1,8
Туберкулез	3,2	1,7
Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ	5,5	1,5
Болезни органов дыхания	5,1	1,4
Болезни органов пищеварения	2,1	1,3
Болезни уха и сосцевидного отростка	1,0	0,9
Последствия производственных травм	0,7	0,3
Профессиональные болезни	0,3	0,2

Хроническая (персистирующая) боль связана с длительно существующим патологическим процессом или посттравматическим состоянием, она продолжается от 1–3 месяцев до многих лет. Существуют различные подходы к оценке длительности хронической боли. По мнению экспертов Международной ассоциации по изучению боли, наиболее подходящий срок для хронической боли — 3 месяца. Однако главным отличием хронической боли от острой является не временной фактор, а качественно иные нейрофизиологические, психофизиологические и клинические соотношения. Хроническая боль в последние годы стала приобретать статус не только синдрома, но и отдельной нозологии. Ее формирование зависит в большей степени от комплекса психологических факторов, нежели от характера и интенсивности периферического ноцицептивного воздействия. Постоянное наличие боли имеет множество последствий, в том числе снижение работоспособности, депрессивные расстройства, использование большего количества медикаментов и частое обращение за медицинской помощью, снижение качества жизни больного.

Далее представлены клинические и клинико-морфологические разборы, указывающие на необходимость в каждом случае применять соответствующие диагностические приемы.

Пациентка Р., 54 года. Госпитализирована по СМП с направительным диагнозом «декомпенсация сердечной недостаточности». Анасарка. Дорсалгия поясничного отдела с нарушением чувствительности с жалобами на отсутствие чувствительности в ногах, невозможность самостоятельного передвижения, самостоятельного обслуживания.

Анамнез заболевания: в течение недели появились боли в грудном отделе позвоночника. Обратилась к участковому терапевту, состояние расценено как остеохондроз, назначены мелоксикам, Мильгамма, пластырь с прокаинам. Через 3 дня у больной стали неметь ноги, появились выраженная слабость, отеки ног. В течение последних 1,5 суток перестала вставать. Месяц назад перенесла фолликулярную ангину с лихорадкой, выраженной интоксикацией. В приемном отделении в общем анализе крови: гемоглобин — 85 г/л (MCV = 83,2 фл), лейкоциты — $6,4 \times 10^9$.

В анамнезе жизни: гипертоническая болезнь с максимальным подъемом АД до 160/90 мм рт. ст., принимала валсартан, бисопролол. Узловой зуб. Операции: холецистэктомия.

При осмотре: состояние тяжелое за счет анемии. В сознании. Повышенного питания. Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧДД — 19 в мин. Дыхание в легких жесткое, хрипов нет. ЧСС — 110 ударов в мин. АД — 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Пастозность голеней.

Тактика: в приемном отделении больную проконсультировал невролог, выявил дорсопатию поясничного отдела позвоночника с умеренным болевым синдромом. С учетом анемии, перенесенной ангины, тахикардии пациентка была госпитализирована в кардиореанимационное отделение с подозрением на эндокардит. В развернутом анализе крови — нормоцитарная анемия, резко ускоренное СОЭ. В биохимическом анализе крови — увеличение уровней СРБ, мочевины. По данным УЗИ органов брюшной полости обнаружена гепатомегалия. Жировой гепатоз. Состояние после холецистэктомии. Выполнена ЭГДС: хро-

нический гастрит с признаками обострения. Выраженная рубцовая деформация луковицы двенадцатиперстной кишки. При ЭхоКГ данных, подтверждающих эндокардит, не получено.

Для дальнейшего дообследования и лечения больная переведена в терапевтическое отделение. С учетом сохранения болевого синдрома в позвоночнике выполнена МРТ грудного отдела, диагностирована деструкция позвонка; после консультации нейрохирурга больная переведена в специализированное учреждение для проведения оперативного лечения.

Пациент К., 74 года. Повод для госпитализации по СМП: подозрение на желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК). При поступлении жалобы на боли в животе.

Анамнез заболевания: в течение месяца беспокоят боли в спине, в том числе ночные, вызывал участкового врача, поставлен диагноз «остеохондроз поясничного отдела позвоночника», назначены диклофенак в/м, диклофенак

в таблетках, витамины группы В. Во время повторного вызова через 6 дней врач констатировал, что интенсивность боли в спине не уменьшилась, при этом появилась боль в животе.

В анамнезе жизни: АГ с максимальным подъемом АД до 180/110 мм рт. ст., регулярно принимал эналаприл в дозе 10 мг в сутки, бисопролол — в дозе 2,5 мг. Курил по полпачки сигарет в день. Алкоголем не злоупотреблял.

При осмотре: состояние тяжелое. АД — 100/70 мм рт. ст., ЧСС — 100 ударов в мин. В связи с имеющимися жалобами была экстренно выполнена ЭГДС, при которой выявлены острые язвенные дефекты слизистой и ЖКК (рис. 1). Все лечебные мероприятия были неэффективны, и больной скончался.

Диагноз на секцию

Основной:

1. Гипертоническая болезнь III ст., степень АГ — 3, риск сердечно-сосудистых обострений — 4.

Таблица 2. Вопросы и ответы (правильные отмечены знаком +) для оценки базовых знаний врача общей практики об остеоартрозе

По данным международных эпидемиологических исследований, распространенность боли в популяции достигает 36%. Как Вы считаете, какой процент пациентов с хронической болью получает адекватное обезболивание?				
90–95%	70–75%	50–60%	30–40%	Менее 20%
–	–	–	–	+
Патогенетические события, развивающиеся у больного с хронической болью, традиционно разделяют на три компонента: ноцицептивный, нейропатический и психогенный. Укажите группы лекарственных средств, которые возможно назначать больным с хронической болью				
НПВП	Антиконвульсанты	Антигистаминные	Антидепрессанты	Слабые опиоиды
–	–	–	+	+
Неэффективность НПВП и базисной терапии остеоартрита на протяжении 3 и более месяцев является поводом к изменению стратегии ведения больного. В настоящее время нередко рекомендуют внутрисуставные инъекции. Укажите лекарственные средства, которые можно вводить в полость сустава				
Дексаметазон	Депо-стероиды	НПВП	Гиалуроновая кислота	Экстракты морских микроорганизмов
–	+	–	+	–
Известно, что при назначении НПВП снижается эффект всех антигипертензивных лекарств, что требует мониторинга АД у больного, а при необходимости — коррекции фармакотерапии гипертензии. Укажите другие частые нежелательные эффекты НПВП				
Угнетение красного роста костного мозга	Инфаркты, инсульты	Нефротический синдром	Повреждения кожи	Хромота
+	+	+	+	–
Механизм действия НПВП связан с блокадой синтеза изоферментов циклооксигеназы (ЦОГ). Выберите изоферменты ЦОГ, в отношении которых активны НПВП				
ЦОГ-1	ЦОГ-2	ЦОГ-3	ЦОГ-4	ЦОГ-5
+	+	+	–	–
У пациентов молодого возраста с болью в спине нередко выявляется миофасциальный синдром, критериями которого являются жалобы на локальную боль, наличие при пальпации тугого тяжа в мышце, наличие участка повышенной чувствительности в пределах тугого тяжа, характерный паттерн отраженной боли или чувствительных расстройств, ограничение объема движений. Какие лекарственные препараты показаны таким пациентам?				
Парацетамол	Миорелаксанты	Хондроитин	Антиконвульсанты	Альфакальцидол
+	+	–	–	–
Самым известным нежелательным эффектом НПВП является развитие гастропатии. Консенсус современных ученых указывает на необходимость гастропротекции при назначении НПВП больным с факторами риска. Укажите оптимальные препараты				
H ₂ -блокаторы	Ингибиторы протонной помпы	Соли висмута	Антациды	Антибиотики
–	+	–	–	–

2. Дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника. Застарелый компрессионный перелом Th11. Дорсалгия.

Осложнения: нестероидная гастропатия. Острые язвы желудка. ЖКК. Постгеморрагическая анемия.

Сопутствующий: хроническая ишемия головного мозга. Хронический бронхит курильщика.

На секции: атеросклероз аорты, гипертрофия миокарда ЛЖ, рак легкого, метастазы в тела позвонков (рис. 2–5).

Далее на примере амбулаторной карты больного с ОА рассматриваются правила клинического осмотра, выбор

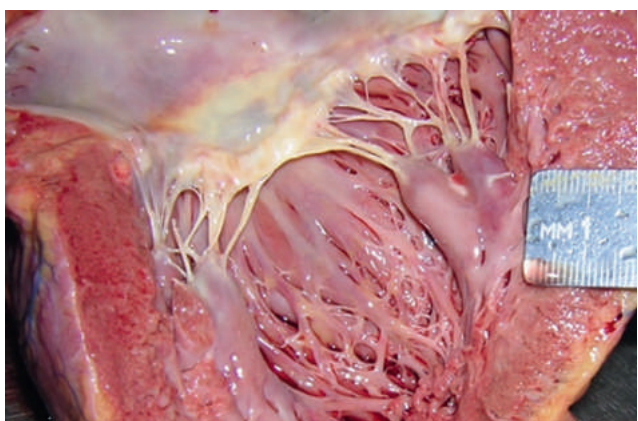
Рис. 1. Эндоскопическая картина желудочно-кишечного кровотечения. Фото авторов



Рис. 2. Атеросклероз аорты. Фото авторов



Рис. 3. Гипертрофия миокарда левого желудочка. Фото авторов



средств для обезболивания и пр. Так, при первичном обращении врачу общей практики необходимо провести следующие манипуляции и сделать записи об этом в амбулаторной карте:

- указать болезненные суставы;
- определить интенсивность боли (используя ВАШ), продолжительность, наличие стартовой боли (утром, после периода покоя);
- получить сведения о купировании предыдущих рецидивов боли;
- осмотреть и пальпировать сустав для оценки наличия:
 - деформации сустава;
 - выпота в полости сустава;
 - костных разрастаний, включая узелки Гебердена и/или Бушара;
 - болезненности при пальпации;
 - атрофии околоуставных мышц;
- изучить движения в суставе (ограничение подвижности, наличие крепитации при движении);
- оценить походку;
- выявить нарушения сна и депрессию, вызванные болью;
- оценить влияние поражения сустава(ов) на выполнение бытовых функций.

При рентгенографии обязательно проводится одновременное исследование симметричных суставов. На рентгенограммах обнаруживают сужение суставных щелей, остеосклероз, краевые остеофиты. Только рентгенологических изменений недостаточно для клинического диагноза ОА (необходимо наличие клинических симптомов).

Рис. 4. Рак легкого. Фото авторов

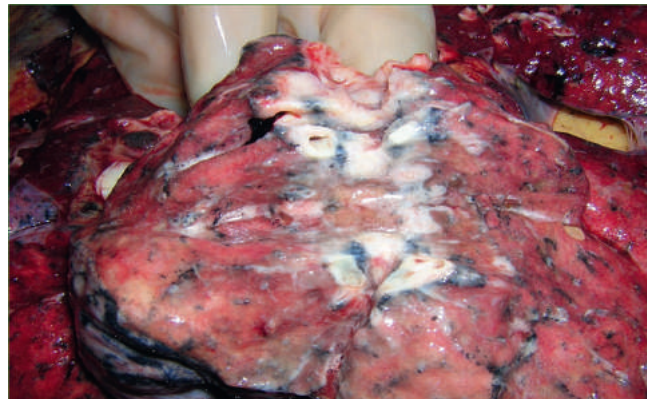
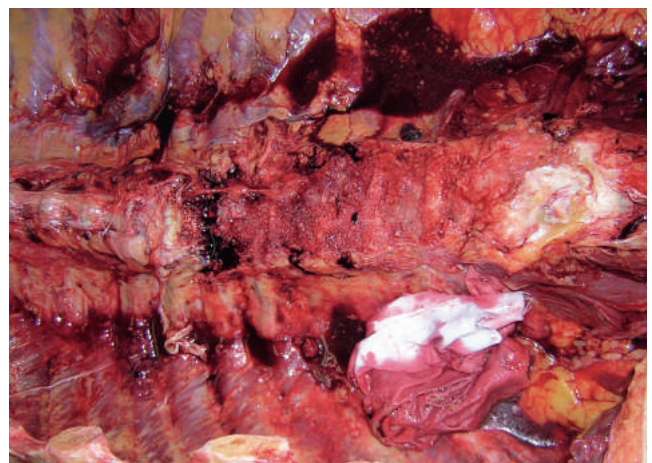


Рис. 5. Метастазы в тела позвонков. Фото авторов



УЗИ проводится для выявления синовита.

С целью дифференциальной диагностики производятся следующие исследования:

- общий анализ крови (СОЭ);
- измерение уровней мочевой кислоты, креатинина, СРБ;
- общий анализ мочи.

Ранее нами было проведено первое открытое многоцентровое контролируемое клиническое исследование, посвященное оптимизации обезболивания при неотложных состояниях, на базе станций СМП в РФ у 1011 больных (средний возраст — $54,1 \pm 0,46$ года, 498 мужчин и 513 женщин). На догоспитальном этапе вводили метамизол натрия (2 мл 50% раствора в/м) или комбинированный препарат, содержащий метамизол натрия, спазмолитик и холиноблокатор (Ревалгин), или диклофенак (3 мл 75 мг в/м), или кеторолак (Кеторол). При сравнении оказалось, что в группе метамизола эффективность по шкале ВАШ составила $54,6 \pm 1,4$, Ревалгина — $67,1 \pm 1,6$, диклофенака — $61,0 \pm 2,0$ и кеторолака — $70,3 \pm 1,3$. Снижение интенсивности болевого синдрома на 50% и более отметили 67,9% пациентов в группе метамизола, 85% — Ревалгина, 69,9% — диклофенака и 82,4% — кеторолака.

Среди нежелательных системных явлений наиболее часто встречались дискомфорт в эпигастрии, сонливость, головокружение, анорексия, чаще они наблюдались после использования метамизола и Ревалгина. Применение метамизола в 32 случаях, Ревалгина — в 24 и диклофенака — в 11 вызывало местные реакции — боль в месте инъекции. Кроме того, зарегистрирован 1 случай развития некроза в месте инъекции после применения диклофенака и 2 случая возникновения инфильтратов после инъекций метамизола. После введения метамизола 5 пациентов беспокоила тошнота, у 4 отмечалась сонливость, у 5 — дискомфорт в эпигастрии. При применении Ревалгина у 3 пациентов возникла сонливость, у 4 — дискомфорт в эпигастрии. После применения диклофенака у 1 пациента имело место головокружение, 1 пациент жаловался на тошноту и 1 — на дискомфорт в эпигастрии. В группе кеторолака в 3 случаях был дискомфорт в эпигастрии, в 2 — головокружение.

Ранее нами было проведено исследование по определению эффективности и безопасности приема препаратов группы НПВП для купирования болевого синдрома у пациентов в многопрофильном стационаре. В исследовании принимали участие 627 пациентов обоего пола с болевым синдромом (в том числе острым и рецидивом хронической боли), из них 434 (69,2%) наблюдались в терапевтической клинике, 81 (12,9%) — в неврологической, 81 (12,9%) — в отделениях хирургического профиля и 31 (5,0%) — в реанимационном отделении. У всех пациентов болевой синдром послужил причиной вызова дежурного врача. В качестве обезболивания применяли комбинированный препарат, содержащий метамизол натрия, спазмолитик и холиноблокатор (Баралгин) в дозе 5,0 мл в/м; диклофенак натрия в дозе 75 мг в/м; кеторолак 10 мг в/м и парацетамол в дозе 500 мг в/в капельно.

В результате был сделан вывод о том, что по субъективной оценке эффективности обезболивания по шкале ВАШ лучшим препаратом для экстренного обезболивания является кеторолак, а наименее эффективными — парацетамол и Баралгин.

Таким образом, максимально быстрое купирование боли у пациентов с ОА — приоритетная задача ВОП, при этом стратегия обезболивания включает парацетамол, НПВП, а также симптоматические медленнодействующие препараты, в том числе в комбинации с НПВП.

При умеренных болях в суставах первым назначают парацетамол. Главное его преимущество заключается в низкой токсичности для верхних и нижних отделов ЖКТ, особенно по сравнению с НПВП, которые часто назначают пожилым людям. Однако при недостаточной эффективности препарата и наличии признаков воспаления используют НПВП в наименьшей эффективной дозе и в течение максимально короткого времени. И в этом плане больши́ми преимуществами обладает Кеторол.

Следует шире использовать местные формы лекарственных средств, в том числе и кеторолака.

Ниже мы продемонстрируем несколько типичных случаев ОА, встречающихся в практической работе.

Ситуация № 1. Вызов врача на дом

Женщина, 73 года. Наблюдается в поликлинике после перенесенного инфаркта миокарда. Получает сартан + амлодипин (50 мг/5 мг), индапамид, статины, АСК. Плохо контролирует АД, по поводу чего часто обращается в поликлинику.

Причина вызова врача: нестерпимая боль в коленном и тазобедренном суставах, интенсивная боль в грудном отделе позвоночника, повышение АД до 210/120 мм рт. ст.

При осмотре сразу заметно «подавленное» поведение больной, когнитивные нарушения. Из объективных данных: одышка, пастозность ног, АД — 190/100 мм рт. ст. Форма, цвет суставов не изменены.

Известно о диагностированном ОА и остеохондрозе на протяжении 7 лет. Ранее принимала мелоксикам, диклофенак натрия, кетопрофен. Считает, что лучший эффект от мелоксикама. Принимала его последние 4 дня с кратковременным эффектом.

Ситуация № 2. Амбулаторный прием

Женщина, 46 лет. Наблюдается 3 года в поликлинике по поводу АГ. Получает: фозиноприл 10 мг, индапамид 2,5 мг.

Причина обращения: беспокоят стартовые боли в коленных суставах в утренние часы, после продолжительного сидения. Периодически боли возникают при нагрузке, в это же время беспокоят боли в тазобедренных суставах, в икроножных мышцах, иногда боли в поясничной области неинтенсивного характера. В последние 14 дней интенсивность боли увеличилась, из-за чего в последние 3 дня не может ходить на работу.

При осмотре пациентки обращает на себя внимание чрезвычайно детальный, ассоциированный рассказ больной о своих болевых ощущениях. ИМТ — 34 кг/м². Форма, цвет суставов не изменены.

Ранее принимала мелоксикам, диклофенак натрия. Считает, что эффект от препаратов кратковременный и «небольшой». Принимает метамизол натрия последние 3 дня. Эффект незначительный.

Ситуация № 3. Амбулаторный прием

Женщина, 57 лет. Наблюдается 6 лет в поликлинике по поводу перенесенного 4 года назад ишемического

инфаркта головного мозга. АГ 2-й степени высокого риска. Атеросклероз.

Причина обращения: интенсивная боль в левом коленном суставе. Около полугода назад больная стала отмечать появление боли в коленных, плечевых, тазобедренных суставах. Боль держится несколько дней, проходит после приема нимесулида. Левый коленный сустав беспокоит 3 последние недели. Выраженная утренняя скованность в течение примерно 45 минут.

При осмотре пациентки обращает на себя внимание увеличенный в размерах левый коленный сустав (рис. 6).

Ситуация № 4. Амбулаторный прием

Женщина, 78 лет. Наблюдается 16 лет в поликлинике по поводу ХОБЛ, хронического обструктивного бронхита. Постоянно принимает ингаляционные стероиды и β-агонисты длительного действия.

Причина обращения: интенсивные боли в поясничной области, нарастающие в течение месяца. Боли беспокоят постоянно в течение суток. Принимала диклофенак и нимесулид. Эффекта нет.

При осмотре пациентки обращают на себя внимание заостренные черты лица, «нефизиологическая худоба», крайне «старческий» внешний вид. Кожные покровы бледные.

Как показывают примеры из практики, ОА сопровождается ассоциированными клиническими состояниями, в том числе сердечно-сосудистыми (атеросклерозом, АГ, ИБС), алкогольной висцеропатией, ожирением, инсулинорезистентностью и СД2, ХОБЛ, остеопорозом, заболеваниями ЖКТ (язвенной болезнью, стресс-индуцированными эрозиями и язвами, НПВП-гастропатией, ГЭРБ, дисфункциональными заболеваниями и др.).

Исследователи доказали, что ОА суставов кистей ассоциирован с повышенной смертностью от ССЗ у мужчин [1]. Дальнейшие исследования в этой области позволили определить факторы риска смертности у пациентов с ОА:

- тяжесть заболевания;
- пожилой возраст;
- наличие коморбидных заболеваний [2].

Самые последние сведения были представлены в тезисах OARSI 2013 г., где указано статистически значимое увеличение кардиоваскулярной летальности при ОА — 1,71 (1,49–1,98) [3].

Рис. 6. Коленные суставы пациентки. Фото авторов









КЕТОРОЛАК®

КЕТОРОЛ®

Купирование боли
любой
ИНТЕНСИВНОСТИ

- ▶ Стартовая терапия боли
- ▶ Быстрое начало действия
- ▶ Высокая безопасность при коротких курсах терапии

Разнообразие форм выпуска:

- раствор для внутривенного и внутримышечного введения
- таблетки №20
- гель для наружного применения 2%



Кеторол для в/в и в/м введения. РУ ЛП-001365 от 16.12.2011

Кеторол таблетки. РУ П N015823/02 от 03.06.2009

Кеторол гель для наружного применения, 2%. РУ ЛП-001080 от 02.11.2011

РЕКЛАМА. Информация для медицинских и фармацевтических работников.
Подробнее см. инструкцию по медицинскому применению препарата.

Главными клиническими выводами из приведенных фактов должны стать несколько положений:

- у больных с остеоартритом исследование липидного спектра крови — необходимый компонент диагностической стратегии;
- у больных с ССЗ или факторами риска таковых изучение статуса костно-суставной системы должно быть включено в диагностическую стратегию;
- при обнаружении высокого уровня ХС или ЛПНП у больных с клинико-инструментальными данными об ОА необходимо концентрировать стратегию лечения вокруг атеросклероза.

Ситуация № 5. Амбулаторный прием

Женщина, 64 года. Около 8 лет наблюдается в поликлинике по поводу АГ и СД2. Получает иАПФ, диуретики, β-блокаторы, метформин, гликлазид, АСК.

Причина обращения: интенсивные боли в поясничном отделе позвоночника, не проходящие на протяжении 3 недель. Кратковременный эффект от различных НПВП. На протяжении 4 лет периодически беспокоят боли

в коленных суставах и кистях (имеются узелки Гебердена и/или Бушара). 3 недели назад после мытья окон появилась боль в нижней части спины. Около недели назад был эпизод олигоурии. Из амбулаторной карты известно о переломе дистального отдела предплечья 2 года назад.

При осмотре: ИМТ — 29 кг/м², невыраженная кифосколиотическая деформация грудного отдела позвоночника, АД — 180/90 мм рт. ст., отеки ног.

СД вносит в клиническую картину ОА большую выраженность дегенерации хрящевой ткани, отчетливый периартикулярный воспалительный процесс и снижение работоспособности мышц бедра, которые связаны в основном с развитием поздних макро- и микрососудистых осложнений.

Заключение

В финале занятия на курсах повышения квалификации врачам предлагается формулярный перечень основных средств для лечения остеоартроза. Для купирования рекомендуется парацетамол в дозе 0,5–4,0 г в сутки и различ-

Таблица 3. Вопросы и ответы (правильные отмечены знаком +) для итогового тестирования знаний об остеоартрозе, полученных врачом общей практики

Укажите медиаторы боли				
Субстанция P	Цитокины	Тропонин	Гистамин	D-димер
+	+	–	+	–
От чего зависит инициальная терапия боли?				
Интенсивность боли	Фенотип больного	Уровень ферментов печени	Лекарственные препараты, которые получает больной	Предпочтения больного
+	+	+	+	+
У каких лекарственных препаратов высокий или хороший уровень доказательности при хронической боли в спине?				
НПВП	Миорелаксанты	Хондроитин	Антиконвульсанты	Антидепрессанты
+	–	–	–	+
Укажите местные формы обезболивающих средств с доказанной эффективностью				
НПВП	Хондроитин	Лидокаин	Капсаицин	Экстракты имбиря
+	–	+	+	–
Что является необходимым диагностическим исследованием для подтверждения диагноза остеоартрита?				
Рентгенологическое исследование	MPT	КТ	УЗИ	Артроскопия
+	–	–	–	–
Укажите уровень доказательности и рекомендаций для назначения лечебной физкультуры больным с хронической болью в спине и/или остеоартритом				
I A	II A	III A	II B	IV A
+	–	–	–	–
Что можно отнести к адьювантным средствам для лечения хронической боли?				
Жирорастворимые комплексы витаминов B	Препараты, влияющие на метаболизм	Витамин D ₃	Комплексы минералов	Омега-3 полиненасыщенные жирные кислоты
+	–	+	–	+
Укажите НПВП, которые запрещено назначать на срок более 5 дней				
Лорноксикам	Диклофенак	Кеторолак	Кетопрофен	Нимесулид
–	–	+	–	–
Минимальная длительность приема симптоматических медленнодействующих препаратов при остеоартрите				
14–20 дней	1 месяц	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев
–	–	–	–	+

Таблица 4. Справочные интернет-ресурсы по теме «Управление болью в общей врачебной практике»

Название	Сайт
Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи (основной сайт кафедры терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова»)	http://www.cito03.ru
ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова»	http://www.msmsu.ru
Национальное гематологическое общество	http://npngo.ru
Кафедра терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи ГБОУ ВПО «МГМСУ им. А. И. Евдокимова»	http://www.msmsu.ru/subfaculty/single/128
Сайт профессора А. В. Наумова (здесь можно скачать и просмотреть лекции и видео-беседы по остеоартрозу)	www.drnaumov.ru
Научно-исследовательский институт ревматологии им. В. А. Насоновой	www.rheumatolog.ru
Клинические рекомендации по лечению остеоартроза от Научно-исследовательского института ревматологии им. В. А. Насоновой (автор — профессор Л. И. Алексеева)	http://www.rheumatolog.ru/system/files/pdf/nacrec/natrec14.pdf
Российское межрегиональное общество по изучению боли	www.painrussia.ru
Европейская антиревматическая лига	www.eular.org
Американская коллегия ревматологов	http://www.rheumatology.org
Международное общество по изучению остеоартрита	www.oarsi.org
Национальная медицинская библиотека США	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
Поисковая медицинская машина	www.medscape.com
Фонд по изучению артритов	http://www.arthritis.org/arthritis-facts/disease-center/osteoarthritis.php
Информационный портал «Боль»	www.paininfo.ru
Журнал «Амбулаторный прием»	http://amb.rusmg.ru
Журнал «Arthritis Research & Therapy»	http://arthritis-research.com/about
Другие полезные журналы и ссылки по данной теме: Русский медицинский журнал Журнал «Consilium Medicum» Журнал «Современная медицина»	www.rmj.ru www.con-med.ru http://mag.epuber.ru/med/all#/

ные формы НПВП (кеторолак). Желательно провести итоговое тестирование (табл. 3), а также предоставить врачам

интернет-ресурсы, где можно прочесть полезные сведения по данной теме (табл. 4).

Литература

1. Naara M. M., Manninen P., Kröger H., Arokoski J. P. et al. Osteoarthritis of finger joints in Finns aged 30 or over: prevalence, determinants, and association with mortality // *Ann. Rheum. Dis.* 2003. Vol. 62. N 2. P. 151–158.
2. Hochberg M. C., Lethbridge-Cejku M., Tobin J. D. Bone mineral density and osteoarthritis: data from the Baltimore Longitudinal Study of Aging // *Osteoarthritis Cartilage.* 2004. Vol. 12. Suppl. A. P. S45–48.
3. McAlindon T. E., Bannuru R. R., Sullivan M. C., Arden N. K. et al. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis // *Osteoarthritis Cartilage.* 2014. Vol. 22. N 3. P. 363–388. ■