

Таблица EULAR-рекомендации по диагностике ОА коленных суставов

Основные положения	Уровень доказательности	Сила рекомендаций по визуальной аналоговой шкале 0–100 мм (95% ДИ)
ОА коленного сустава характеризуется появлением болей при движении и/или функциональной недостаточностью. Это общий комплекс суставных нарушений, характеризующихся потерей хряща, деформацией костей и вовлечением всех суставных тканей. Структурные тканевые изменения характеризуются классической рентгенологической картиной	Ib–IIb	88 (83–92)
Факторы риска, значимо влияющие на развитие ОА коленного сустава, могут помочь выявлять пациентов, у которых ОА коленных суставов наиболее вероятен. К ним относятся возраст старше 50 лет, женский пол, высокий ИМТ, предшествующее повреждение или смещение оси сустава, гипермобильность коленного сустава, профессиональные нагрузки и восстановление, семейный анамнез, а также наличие узелков Гебердена	Ia IIb	89 (83–95)
Выделяются подгруппы с факторами риска и исходами в зависимости от вовлечения разных отделов (пателлофemorального, медиального тibiофemorального и латерального тibiофemorального); реакции кости (атрофия, гипертрофия); распространенности ОА (генерализованный, локальный); наличия кристаллов (пирофосфатов, основных фосфатов кальция) и степени воспаления. Тем не менее в рутинной практике разделение на подгруппы достаточно условно	Ib–IIb	75 (63–87)
Типичными симптомами ОА коленного сустава являются появление боли при нагрузке, как правило, нарастание боли к концу дня, уменьшение после отдыха; “стартовые боли”; незначительная утренняя скованность и тугоподвижность, ограничение функции сустава. Ночная боль и более продолжительный отдых для уменьшения боли могут быть проявлением развернутой стадии ОА. Симптомы ОА чаще имеют эпизодический характер, зависят от тяжести заболевания и мало меняются	Ib–IIb	76 (64–87)
Лицам старше 40 лет с болями в коленном суставе, возникающими при нагрузке, непродолжительной утренней скованности, функциональными нарушениями и одним или несколькими типичными проявлениями, выявляемыми при осмотре (крепитация, ограничение движений, увеличение размеров сустава), диагноз ОА коленного сустава можно выставлять без рентгенологического исследования. Это применимо, даже если на рентгенограммах характерных изменений не выявлено	Ib	80 (67–92)
Всех пациентов с болью в коленном суставе необходимо обследовать. Симптомами, указывающими на ОА коленного сустава, являются крепитация, болезненность и/или ограничение движений, разрастание костной ткани, наличие или отсутствие жидкости в суставе. Дополнительно можно выявить деформации (фиксированное сгибание и/или варусную, реже – вальгусную, деформацию); нестабильность; болезненность при пальпации сустава и периартикулярно в области надколенника	Ia–III	90 (85–95)
“Красные флажки” (т. е. выраженное местное воспаление, эритема, прогрессирующая боль независимо от движения) могут говорить о сепсисе, микрокристаллическом артрите или серьезной костной патологии. Вовлечение других суставов может быть связано с рядом заболеваний. Боли могут быть вызваны лигаментитом, повреждением менисков, а также локальным бурситом	IV	87 (80–94)
Обзорная рентгенография (оба коленных сустава в прямой проекции, полусогнутая позиция, дополнительно боковая проекция) является “золотым” стандартом для морфологической оценки ОА коленного сустава. Классическими характеристиками являются сужение суставной щели, остеофиты, субхондральный склероз кости и субхондральные кисты. При наличии указанных признаков дальнейших инструментальных обследований (МРТ, ультразвукового исследования, сцинтиграфии) для постановки диагноза ОА не требуется	Ib–IIb	83 (71–95)
Хотя лабораторных исследований крови, мочи или синовиальной жидкости для диагностики ОА коленных суставов не требуется, эти исследования проводятся с целью исключения сопутствующих воспалительных заболеваний (т. е. отложения кристаллов пирофосфата, уратов, ревматоидного артрита) у пациентов с сопутствующими симптомами и признаками заболеваний	IIb	86 (78–94)
При выявлении синовита коленного сустава во время осмотра необходимо проведение пункции сустава с извлечением синовиальной жидкости и ее исследованием для исключения воспалительных заболеваний, выявления кристаллов урата натрия и пирофосфата кальция. Синовиальная жидкость при ОА невоспалительного характера (< 2000 лейкоцитов/мм ³); чаще всего присутствуют кристаллы основного фосфата кальция	IIb	73 (56–89)

Примечание. ДИ – доверительный интервал.