

Uzbek journal of case reports. 2022. T.2, №3.

Научная статья

УДК 616.728.3-002-08

<https://doi.org/10.55620/ujcr.2.3.2022.5>*Организация лечения остеоартрита коленного сустава*Барановский А.А.¹, Уразовская И.Л.², Мансуров Д.Ш.³, Сайганов С.А.², Мазуров В.И.², Ткаченко А.Н.², Мамасолиев Б.М.³¹ГБУЗ «Городская поликлиника №51», Санкт-Петербург, Россия²ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия³Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, УзбекистанАвтор, ответственный за переписку: Ткаченко Александр Николаевич, altkachenko@mail.ru

Аннотация.

Согласно современным представлениям, лечение остеоартрита должно быть комплексным и включать комбинацию немедикаментозных методов. Также того, маршрутизация пациентов для осуществления нефармакологического лечения является сложной проблемой. Кроме того, врачи всех специальностей, которые, в большей или меньшей степени, занимающиеся лечением остеоартрита (терапевты, хирурги, ревматологи, неврологи) широко применяют локальные формы глюкокортикостероидов при лечении ОА. Вместе с тем, многие врачи ориентируются на устаревшие рекомендации по ведению пациентов с ОА. Такой монодисциплинарный подход при лечении остеоартрита коленного сустава влечет за собой недостатки маршрутизации пациента, обладающего рядом существенных недостатков, а именно отсутствие своевременной и адекватной терапии заболевания, основанной на убедительной доказательной базе, что в итоге приводит к прогрессированию поражения суставов, развитию стойких нарушений здоровья и ограничений жизнедеятельности пациента.

Нами проведен анализ отечественной и зарубежной литературы, для выявления недостатков лечения остеоартрита, а также понимания какие концепции нужно менять в структуре организации лечения остеоартрита коленного сустава.

Среди недостатков существующей системы оказания помощи пациентам с остеоартритом коленного сустава следует отметить практически полное отсутствие диспансерного наблюдения за больными с патологией костно-мышечной системы в амбулаторно-поликлинических учреждениях. В современных условиях рыночной экономики важным аспектом деятельности учреждений здравоохранения является стоимость того или иного вида лечения, поскольку руководители медицинских учреждений вынуждены думать о финансировании организации. Данная ситуация приводит к тому, что стационарное консервативное лечение ОАКС в отделениях терапевтического профиля оказывается невыгодным для медицинского учреждения из-за дешевых тарифов ОМС. На амбулаторном приеме врачам не во всех случаях удается достоверно установить диагноз и составить план дальнейшего лечения пациента. Отсутствие преемственности в диагностике и лечении ОАКС приводит к высокой частоте установления диагноза на поздних стадиях, несвоевременному лечению и развитию выраженных стойких структурно-функциональных нарушений суставов, которые возможно компенсировать только посредством радикальных хирургических методов лечения. С другой стороны, врачи первичного звена здравоохранения (терапевты и хирурги) имеют ограниченное время на прием пациента, что не позволяет в полной мере провести физикальное обследование, необходимое для дифференциальной диагностики суставного синдрома, особенно учитывая, что большинство пациентов с ОА имеет сопутствующую патологию, также требующую внимания. Следует отметить, что недостатки в организации лечения пациентов с остеоартритом коленного сустава характерны не только для Российской Федерации, но и для других стран Европы и США. В зарубежных странах ОА в основном лечится в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, а основная роль при этом принадлежит терапевту (врачу общей практики).

Таким образом, можно констатировать, что на сегодняшний день система организации лечения остеоартрита коленного сустава несовершенна. Амбулаторная ортопедическая помощь оказывается, главным образом, непрофильными специалистами.

Ключевые слова: остеоартрит, остеоартрит коленного сустава, организация лечения, недостатки лечения, недостатки организации.

Для цитирования: Барановский А.А., Уразовская И.Л., Мансуров Д.Ш., Сайганов С.А., Мазуров В.И., Ткаченко А.Н., Мамасолиев Б.М. Организация лечения остеоартрита коленного сустава. Uzbek journal of case reports. 2022;2(3):37–45. <https://doi.org/10.55620/ujcr.2.3.2022.5>

*Organization of treatment of osteoarthritis of the knee joint*¹Baranovsky AA, ²Urazovskaya IL, ³Mansurov DSh,²Saiganov SA, ²Mazurov VI, ²Tkachenko AN, ³Mamasoliev BM¹City Polyclinic No.51, St. Petersburg, Russia²North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia³Samarkand state medical university, Samarkand, UzbekistanCorresponding author: Alexander N. Tkachenko, altkachenko@mail.ru

Abstract.

According to modern ideas, the treatment of osteoarthritis should be comprehensive and include a combination of non-drug methods. In addition, routing patients for non-pharmacological treatment is a difficult problem. In addition, doctors of all specialties who, to a greater or lesser extent, are engaged in the treatment of osteoarthritis (therapists, surgeons, rheumatologists, neurologists) widely use local forms of glucocorticoids in the treatment of osteoarthritis. At the same time, many doctors are guided by outdated recommendations for the management of patients with osteoarthritis. Such a monodisciplinary approach in the treatment of osteoarthritis of the knee joint, coupled with the patient's routing defects, has a number of significant drawbacks, namely, the lack of timely and adequate therapy of the disease based on a convincing evidence base, which ultimately leads to the progression of joint damage, the development of persistent health disorders and limitations of the patient's vital activity.

We have analyzed domestic and foreign literature to identify the shortcomings of osteoarthritis treatment, as well as to understand what concepts need to be changed in the structure of the organization of treatment of osteoarthritis of the knee joint.

Among the shortcomings of the existing system of care for patients with osteoarthritis of the knee joint, it should be noted the almost complete absence of dispensary monitoring of patients with pathology of the musculoskeletal system in outpatient clinics. In modern conditions of a market economy, an important aspect of the activities of healthcare institutions is the cost of a particular type of treatment, since the heads of medical institutions are forced to think about financing the organization. This situation leads to the fact that inpatient conservative treatment of osteoarthritis of the knee joint in therapeutic departments is unprofitable for a medical institution due to cheap CHI rates. On an outpatient appointment, doctors do not in all cases manage to reliably establish a diagnosis and make a plan for further treatment of the patient. The lack of continuity in the diagnosis and treatment of osteoarthritis of the knee joint leads to a high frequency of the establishment of the disease at late stages, untimely treatment and the development of pronounced persistent structural and functional disorders of the joints, which can only be compensated by radical surgical methods of treatment. On the other hand, primary care physicians (therapists and surgeons) have limited time to receive a patient, which does not allow for a full physical examination necessary for differential diagnosis of joint syndrome, especially considering that most patients with osteoarthritis have concomitant pathology that also requires attention. It should

be noted that the shortcomings in the organization of treatment of patients with osteoarthritis of the knee joint are characteristic not only for the Russian Federation, but also for other European countries and the USA. In foreign countries, osteoarthritis is mainly treated in primary health care institutions, and the main role in this case belongs to the therapist (general practitioner).

Thus, it can be stated that today the system of organization of treatment of osteoarthritis of the knee joint is imperfect. Outpatient orthopedic care is provided mainly by non-core specialists.

Keywords: osteoarthritis, osteoarthritis of the knee joint, organization of treatment, disadvantages of treatment, disadvantages of organization.

For citation: Baranovsky AA, Urazovskaya IL, Mansurov DSh, Saiganov SA, Mazurov VI, Tkachenko AN, Mamasoliev BM. Organization of treatment of osteoarthritis of the knee joint. Uzbek journal of case reports. 2022;2(3):37–45. <https://doi.org/10.55620/ujcr.2.3.2022.5> (In Russ).

Остеоартрит (ОА) является наиболее распространенным ревматическим заболеванием, которым страдают более 300 миллионов человек во всем мире [38,40,58]. В Российской Федерации ОА диагностируется примерно у 4% взрослого населения, наиболее часто — у лиц старше 60 лет, причем в последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости среди взрослого населения [3,12,25,28]. Одной из наиболее распространенных локализаций заболевания является коленный сустав (КС). Учитывая высокую частоту остеоартрита коленного сустава (ОАКС), существенное ухудшение качества жизни пациентов, а также инвалидизирующий характер патологии важной задачей системы здравоохранения является организация лечения данного заболевания. Несмотря на то, что на сегодняшний день проблеме ОА уделяется достаточно много внимания в научном медицинском сообществе, в реальной клинической практике при ведении пациентов врачи сталкиваются с трудностями при решении различных диагностических и лечебных задач [11,13,34].

Первичная амбулаторно-поликлиническая служба является главным звеном в оказании помощи больным ОАКС. Известно, что более 80% пациентов с патологией опорно-двигательного аппарата необходимо амбулаторное лечение [21]. До сих пор нет четких указаний, какой конкретно специалист первичного звена здравоохранения должен и может заниматься ведением больных с заболеванием суставов. В настоящее время амбулаторно-поликлиническую помощь пациентам с ОАКС, помимо травматологов-ортопедов, оказывают врачи разных специальностей: хирурги, неврологи, терапевты, ревматологи, врачи общей практики, физиотерапевты [6]. В лечебных учреждениях первичного звена здравоохранения диагноз гонартроза в 71% случаев определяют терапевты, в 20% — травматологи и хирурги, у 9% пациентов — ревматологи [19]. Более половины пациентов с ОАКС до обращения к врачу-ортопеду наблюдаются у специалистов другого профиля и лишь в 42,7% случаев сразу обращаются за консультацией к специалисту.

Согласно современным представлениям, лечение ОА должно быть комплексным и включать комбинацию немедикаментозных методов (повышение уровня информированности пациентов о своем заболевании, физическую активность, физиотерапевтические методики, кинезиотерапию, ортопедические корректирующие средства, разгружающие сустав и др.), фармакологические средства с учетом сопутствующих заболеваний и, при необходимости, хирургическое вмешательство [43]. Однако маршрутизация пациентов для осуществления нефармакологического лечения является сложной проблемой, что во многом обусловлено недостаточным количеством реабилитационных центров и отсутствием комплексных программ лечения ОА [1,14,15,17].

Анкетирование 1912 специалистов различного профиля первичного звена здравоохранения, принимающих пациентов с ОА, показало, что почти все врачи рекомендуют для лечения нестероидные противовоспалительные средства, а структурно-модифицирующие лекарственные препараты, которые признаны базовыми в терапии ОА — только 2/3 терапевтов и хирургов, хотя ревматологи используют их почти в 100% случаев [9]. Следует отметить, что врачи всех специальностей (терапевты, хирурги,

ревматологи, неврологи) широко применяют локальные формы глюкокортикостероидов при лечении ОА. Вместе с тем, многие врачи ориентируются на устаревшие рекомендации по ведению пациентов с ОА.

При прогрессировании заболевания, развитии деформации суставов или при возникновении сложностей в лечении ОА следует направить пациента для консультации и последующего наблюдения к ортопеду амбулаторно-поликлинического учреждения. Важно отметить, что врач ортопедического кабинета не только проводит диагностику заболевания, использует в лечении пациентов с ОА адекватные консервативные методы, но и определяет показания для хирургического лечения, а также принимает участие в послеоперационной реабилитации больных [35]. Однако на сегодняшний день можно отметить недостаточность охвата консультациями врача-ортопеда — только около трети больных с заболеваниями крупных суставов получают ее. Число травматологов-ортопедов первичного звена здравоохранения, осуществляющих прием пациентов с ОА, недостаточно. Отсутствие четких показаний к консультации травматолога-ортопеда в совокупности с недостатком медицинских кадров приводит к поздней обращаемости пациентов за специализированной ортопедической помощью. Так, по данным Матвеева Р.П. и Брагиной С.В, пациенты, которые ранее не наблюдались у других специалистов, обращаются за помощью к травматологу-ортопеду в среднем через $9,1 \pm 1,9$ месяцев от начала заболевания, а те, кто ранее лечились у специалистов другого профиля — через $48,5 \pm 6,1$ месяц [4,20]. Надо сказать, что качество ведения пациентов с ОАКС зависит от квалификации и опыта врача на первичном приеме. Так, если врачи-ревматологи сталкиваются ежедневно примерно с 15 случаями ОА, то неврологи принимают всего около двух таких пациентов в день [9].

На амбулаторном приеме врачам не во всех случаях удается достоверно установить диагноз и составить план дальнейшего лечения пациента. В неясных клинических случаях с целью выполнения уточняющих диагностических исследований, коррекции и подбора консервативной терапии, а также рассмотрения необходимости хирургического лечения пациенты направляются в профильные федеральные учреждения. Анализ обращаемости в консультативно-диагностическое отделение РНИИТО им. Р.Р. Вредена выявил, что основная часть (84,2%) пациентов с патологией крупных суставов направляются различными специалистами городских поликлиник, однако в представленной медицинской документации в 42,2% случаев не указывается направивший специалист [7]. Хирургами поликлинических учреждений были направлены 33,1% пациентов, травматологами — 2,2%, ортопедами — 1,1%, ревматологами — 1,5%, а 14,6% пациентов обращаются на консультацию самостоятельно. Наиболее частыми диагнозами при направлении в профильные федеральные учреждения были «Другие (односторонние) первичные гонартрозы» (61,4%) и «Первичный гонартроз двусторонний» (16,2%).

Отсутствие преемственности в диагностике и лечении ОАКС приводит к высокой частоте установления заболевания на поздних стадиях, несвоевременному лечению и развитию выраженных стойких структурно-функциональных нарушений суставов, которые воз-

можно компенсировать только посредством радикальных хирургических методов лечения. Так, по данным Брагиной С.В., 13,1% первично обратившихся к ортопеду пациентов с ОА, признанных впоследствии инвалидами, ранее не лечились, а лечившиеся пациенты только в половине случаев получали комплексное лечение, в том числе, в санаторно-курортных условиях, тогда как у остальных консервативная терапия была недостаточна по объему и качеству [4]. Согласно Лушпаевой Ю.А. среди 1364 пациентов, направленных на консультацию к ревматологу с диагнозом «гонартроз», в 505 (37%) случаях направление к данному специалисту было необоснованным, поскольку имели место внутрисуставные повреждения различного характера, выраженная деформация суставов на поздних стадиях заболевания, бурситы различной локализации, не диагностированные на амбулаторном приеме и требующие хирургического вмешательства, внутрисуставного введения препаратов или проведения реабилитационных мероприятий [18]. Более того, на амбулаторном приеме даже при правильном и своевременно установленном диагнозе в 45% случаев лечение ОА назначалось не в полном объеме; с больными не проводилась разъяснительная беседа о сути заболевания, что снижало комплаенс; имело место избыточное назначение нестероидных противовоспалительных препаратов без учета сопутствующей патологии, тогда как хондропротекторные препараты (SYSADOA) назначались малоэффективными короткими курсами. По мнению специалистов, во многом трудности назначения адекватного комплексного лечения при ОА обусловлены несколькими параллельно действующими клиническими рекомендациями по ведению данной патологии, которые к тому же нередко противоречат друг другу [10,16,22,24].

Врачам амбулаторного звена необходимо учитывать, что суставной синдром может быть связан с некоторыми заболеваниями внутренних органов (хронический холецистит, хронический гепатит, нейроциркуляторная дистония и др.), а при многих суставных заболеваниях (ревматоидный артрит, болезнь Рейтера, анкилозирующий спондилоартрит и др.) в патологический процесс могут вовлекаться внутренние органы [8,31]. С другой стороны, врачи первичного звена здравоохранения (терапевты и хирурги) имеют ограниченное время на прием пациента, что не позволяет в полной мере провести физикальное обследование, необходимое для дифференциально-диагностической суставного синдрома, особенно учитывая, что большинство пациентов с ОА имеет сопутствующую патологию, также требующую внимания [32,44]. Ситуация усугубляется отсутствием стандартизированных диагностических алгоритмов, приемлемых к осуществлению в условиях рутинной амбулаторной клинической практики. Данное обстоятельство еще раз подчеркивает важность взаимодействия травматологов-ортопедов и терапевтов для правильного установления диагноза [18].

Учитывая вышесказанное, очевидно, что монодисциплинарный подход при лечении ОАКС вкрупне с дефектами маршрутизации пациента обладает рядом существенных недостатков, а именно отсутствие своевременной и адекватной терапии заболевания, основанной на убедительной доказательной базе, что в итоге приводит к прогрессированию поражения суставов, развитию стойких нарушений здоровья и ограничений жизнедеятельности пациента; акцент на медикаментозное лечение и неиспользование потенциала немедикаментозных методов воздействия; в ряде случаев участковый терапевт, даже направляя пациента с ОА к узким специалистам, не получает необходимых рекомендаций и вынужден на свое усмотрение продолжать дальнейшее ведение пациента; длительное ожидание пациентами специали-

зированной помощи, как следствие – несвоевременное хирургическое лечение; неудовлетворенность пациента результатами лечения, что снижает приверженность рекомендациям и порождает недоверие к медицине в целом.

Однако, несмотря на очевидные недостатки монодисциплинарного подхода к ведению пациентов с ОАКС, концепция мультидисциплинарного подхода в настоящее время не разработана, а научные публикации, посвященные данной проблеме, очень ограничены и разрознены. Ряд работ посвящен мультидисциплинарному подходу при реабилитации после эндопротезирования крупных суставов, в том числе, при возникновении осложнений [26,29,30,36]. В то же время, работ, посвященных мультидисциплинарному подходу при ведении пациентов с ОА, не подвергающихся хирургическому лечению, совсем мало. Так, Васильева и соавт. продемонстрировали эффективное преимущество мультидисциплинарного подхода при лечении 26 больных с ОА с применением медикаментозных и немедикаментозных методов лечения (физическая нагрузка, лазеротерапия) перед только медикаментозным лечением в амбулаторной практике [5].

Среди недостатков существующей системы оказания помощи пациентам с ОАКС следует отметить практически полное отсутствие диспансерного наблюдения за больными с патологией костно-мышечной системы в амбулаторно-поликлинических учреждениях. Если во второй половине XX века в нашей стране система диспансеризации пациентов в амбулаторно-поликлинической сети была четко организована, то в современных реалиях в условиях недостаточного финансирования лечебно-профилактических учреждений, дефицита медицинских кадров и необходимости адаптироваться к требованиям страховой медицины профилактическая и диспансерная работа нередко носит формальный характер [2]. Особенно актуальна данная проблема для малых населенных пунктов, отдаленных и сельских районов. В этой связи представляет интерес проект по организации противоартрозного диспансера, пилотная реализация которого осуществляется в Рязанской области [23]. Среди конечных целей данного проекта можно выделить уменьшение числа эндопротезирований суставов путем внедрения в практическое здравоохранение алгоритмов ранней амбулаторной диагностики поражения суставов и более широкого применения суставсохраняющих операций.

В современных условиях рыночной экономики важным аспектом деятельности учреждений здравоохранения является стоимость того или иного вида лечения, поскольку руководители медицинских учреждений вынуждены думать о финансировании организации. Работа в условиях страховой медицины вносит коррективы в деятельность врачей амбулаторного и стационарного звена, которые в своей клинической практике должны учитывать тарифы на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (ОМС) [27,33]. Данная ситуация приводит к тому, что стационарное консервативное лечение ОАКС в отделениях терапевтического профиля оказывается невыгодным для медицинского учреждения из-за дешевых тарифов ОМС. В этой связи следует отметить также проблему регистрации законченных случаев ОАКС, особенно у пожилых пациентов, имеющих высокую частоту коморбидных заболеваний. Известно, что тарифы ОМС для оплаты соматической патологии, например, ишемической болезни сердца, которая с высокой частотой встречается в пожилом и старческом возрасте, выше, чем ОАКС. Возникает ситуация, когда у лечащего врача при выборе оплаты случая в приоритете находится заболевание кардиологического профиля или другие более высокооплачиваемые диагнозы, а ОАКС не учитывается. В итоге

можно констатировать не только снижение числа случаев ОАКС, но и позднюю диагностику поражения суставов и отсутствие адекватного лечения. Кроме того, на сегодняшний день отсутствует единая и достоверная система учета первичной и общей заболеваемости ОА на уровне амбулаторного звена здравоохранения в пределах одного региона. По мнению некоторых авторов, решением этой проблемы может быть ведение единого регистра учета пациентов с ОА крупных суставов [7,19].

Следует отметить, что недостатки в организации лечения пациентов с ОАКС характерны не только для Российской Федерации, но и для других стран Европы и США. В зарубежных странах ОА в основном лечится в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, а основная роль при этом принадлежит терапевту (врачу общей практики). Согласно данным опроса 489 специалистов из Франции, Германии, Италии, Испании и Великобритании врачи первичного звена здравоохранения наблюдают 64% пациентов с легким течением ОА, более половины (50,5%) пациентов с заболеванием средней тяжести и 44,5% пациентов с тяжелой формой ОА, при этом травматолог-ортопед курирует соответственно 20,4%, 25,4% и 35,5% пациентов, а ревматолог — 15,7%, 24,1% и 20%, соответственно.

В то же время, Nelson A.E. et al. на основе систематического обзора 16 статей из США, Канады, Европы и Азии указывают на наличие проблемы с распространением и внедрением рекомендаций и руководств по лечению ОА в учреждения первичной медико-санитарной помощи, где оказывается большая часть помощи при ОА [32]. Согласно литературным данным, более половины пациентов с ОА в разных странах мира не получают оптимального консервативного лечения, особенно на ранних стадиях заболевания [39,49,45].

Egerton T. et al. изучили мнение и предпочтения специалистов, участвующих в лечении пациентов с ОА. Авторы проанализировали 8 исследований с участием 83 врачей общей практики, 24 практикующих медсестер, 12 фармацевтов и 10 физиотерапевтов из Австралии, Франции, Великобритании, Германии и Мексики. К основным «барьерам», препятствующим успешному лечению ОА, авторы отнесли установку специалистов, что ОА не является серьезным заболеванием; недостаточную подготовку клиницистов по вопросам диагностики и лечения ОА; расхождение личных предпочтений специалистов в выборе лечения и действующих рекомендаций, а также несоответствие ожиданий пациентов и реальных результатов лечения [47].

Исследование, проведенное в Австралии на основе анализа 489 900 обращений пациентов с ОА тазобедренных и коленных суставов к врачам общей практики, выявило низкую частоту назначения немедикаментозного лечения в качестве первой линии терапии по сравнению с медикаментозными средствами, а также высокую частоту направлений на хирургическое вмешательство [42]. При этом частота направлений пациентов с ОАКС к хирургу-ортопеду составила 17,4 случая на 100 консультаций врача общей практики.

Схожие данные получены в исследовании, выполненном в Бельгии, где в период с 1996 по 2015 годы отмечена тенденция к увеличению распространенности ОАКС, высокая частота мультиморбидной патологии и рост ко-

личества назначений лекарственных препаратов группы нестероидных противовоспалительных средств [56].

В целях совершенствования системы первичной медико-санитарной помощи при ОА в ряде зарубежных публикаций последних лет предлагаются алгоритмы ведения пациентов для врачей первичного звена здравоохранения [41]. Так, международная группа специалистов из Канады, Франции, России, Марокко, Португалии и Бельгии предложила алгоритмы ведения пациентов с ОА основных локализаций (КС, тазобедренные суставы, суставы кистей) для врачей первичного звена здравоохранения [51]. Предложенные алгоритмы, помимо диагностических критериев и вариантов оказания медицинской помощи, содержат перечень ситуаций («красных флагов»), при наличии которых врач первичного звена должен проконсультировать пациента со специалистом, в первую очередь, ревматологом. В случае отсутствия у пациента с суставным синдромом «красных флагов» лечение может продолжать врач общей практики, ориентируясь на актуальные национальные клинические рекомендации.

В ряде публикаций на основе систематического обзора статей предлагаются критерии оценки качества оказания первичной медико-санитарной помощи при ОА, направленные на совершенствование мониторинга, оценки и улучшения качества помощи взрослым с этим заболеванием [46,53].

В современной зарубежной литературе достаточно много внимания уделяется мультидисциплинарному подходу при лечении ОАКС. К примеру, итальянские ученые описали результаты мультидисциплинарного консенсуса, посвященного консервативной терапии ОАКС, включающие 26 практических рекомендаций [54].

Tan V.Y. et al. представили междисциплинарную модель оказания медицинской помощи при ОАКС ортопедами и смежными медицинскими работниками (CONNACT) [57]. Предполагается, что внедрение данной модели улучшит результаты лечения ОАКС, а также послужит основой для разработки аналогичных междисциплинарных программ для хронических дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата. Подобные программы ведения пациентов с ОА, предполагающие совместное ведение пациентов врачами различного профиля, предлагались и ранее. В качестве примера можно указать программу Good Life with Osteoarthritis (GLA:D) («Хорошая жизнь с остеоартритом») в Дании, программу постоянной помощи при ОА Osteoarthritis Chronic Care Program (OACCP) в Австралии, Better Management of Patients with Osteoarthritis в Швеции [16,48,50,55]. Хотя эти программы различаются по содержанию и условиям их реализации, основная концепция включает междисциплинарный подход, последовательное выполнение программы и определенный план оценки эффективности лечения.

Таким образом, можно констатировать, что на сегодняшний день система организации лечения ОАКС несовершенна. Амбулаторная ортопедическая помощь оказывается, главным образом, непрофильными специалистами. Имеет место отсутствие продуктивного междисциплинарного взаимодействия и преемственности между врачами различного профиля в условиях амбулаторного звена здравоохранения и, как следствие, несвоевременное оказание специализированной медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абусева Г.Р., Ковлен Д.В., Пономаренко Г.Н. и др. Физические методы реабилитации пациентов с остеоартрозом: наукометрический анализ доказательных исследований. Травматология и ортопедия России. 2020;26(1):190-200. <https://doi.org/10.21823/2311-2905-2020-26-1-190-200>
2. Баглицкая Н.А., Сульимова Н.Б. Проблемы диспансеризации на современном этапе здравоохранения. Медицина завтрашнего дня: материалы XVIII межрегиональной научно-практической конференции студентов и молодых ученых: сборник научных трудов. 2019:292-293.

3. Балабанова Р.М., Дубинина Т.В. Динамика пятилетней заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и их распространенности среди взрослого населения России за 2013-2017 гг. Современная ревматология. 2019;13(4):11-17. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2019-4-11-17>
4. Брагина С.В. Оптимизация лечения гонартроза в условиях амбулаторной практики врача-ортопеда: автореферат диссертации ... кандидата медицинских наук: 14.01.15. Архангельск, 2012.
5. Васильева Л.В., Евстратова Е.Ф., Толстых Е.М. и др. Мультидисциплинарные подходы в патогенетической терапии пациентов с остеоартритом коленных суставов. Боткинские чтения: сборник тезисов Всероссийского терапевтического конгресса с международным участием. Санкт-Петербург: Человек и его здоровье, 2020:52.
6. Вебер Е.В., Воронцова Т.Н., Богопольская А.С., Безгодков Ю.А. Маршрутизация взрослых пациентов с патологией тазобедренного и коленного суставов. Современные проблемы науки и образования. 2017;2:94-94.
7. Вебер Е.В., Воронцова Т.Н., Богопольская А.С. Оценка обращаемости пациентов с патологией тазобедренного или коленного сустава в консультативно-диагностическое отделение рнито им. р. р. вредена в течение календарного года. Современные достижения травматологии и ортопедии: сборник научных статей. Санкт-Петербург: Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р. Вредена, 2018:51-55.
8. Верткин А.Л., Шамуилова М.М., Седякина Ю.В. и др. Пациент с болью в суставах на амбулаторном приеме. Лечащий Врач. 2020;7:28-35. <https://doi.org/10.26295/OS.2020.55.56.020>
9. Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф., Алексеева Л.И. Остеоартроз в амбулаторной практике. Современная ревматология. 2012;6(4):66-70. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2012-766>
10. Головач И.Ю., Егудина Е.Д., Тер-Вартанян С.Х. Тактика ведения пациентов с остеоартритом коленного сустава в соответствии с рекомендациями современных медицинских обществ: акцент на esceo-2019. Травма. 2019;20(4):23-38.
11. Есина Е.Ю. Остеоартроз коленных суставов проблемы лечения. Вестник новых медицинских технологий. 2010;17(2):185-187.
12. Кабалык М.А. Распространенность остеоартрита в России: региональные аспекты динамики статистических показателей за 2011-2016 гг. Научно-практическая ревматология. 2018;56(4):416-422. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2018-416-422>
13. Лапшина С.А., Мухина Р.Г., Мясоутова Л.И. Остеоартроз: современные проблемы терапии. РМЖ. 2016;24(2):95-101.
14. Левин А.В., Тырнов П.В. Сочетанное применение физиотерапии и иглоукалывания в лечении пациентов с остеоартрозом коленных суставов. Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2020;97(1):35-41. <https://doi.org/10.17116/kurort20209701135>
15. Лиля А.М., Алексеева Л.И., Таскина Е.А., Кашеварова Н.Г. Остеоартрит как междисциплинарная проблема: алгоритм лечения для терапевтов и врачей общей практики. Современная ревматология. 2021;15(5):68-75. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2021-5-68-75>
16. Лиля А.М., Алексеева Л.И., Таскина Е.А. Современные подходы к терапии остеоартрита с учетом обновленных международных рекомендаций. Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. 2019;3(11-2):48-52.
17. Лиля А.М. Остеоартрит – это не «болезнь износа» суставов. Opinion Leader. 2018;7(15):15-18.
18. Лушпаева Ю.А. Пациент с остеоартритом на амбулаторном приеме. нерешенные проблемы. Лечащий Врач. 2021;10:50-55. <https://doi.org/10.51793/OS.2021.24.10.009>
19. Макарова М.В., Вальков М.Ю., Гржибовский А.М. Особенности учета гонартрозов в лечебных учреждениях первичного звена г. архангельска. Сибирское медицинское обозрение. 2022;1(133):23-31. <https://doi.org/10.20333/25000136-2022-1-23-31>
20. Матвеев Р.П., Брагина С.В. Актуальность проблемы остеоартроза коленного сустава с позиции врача-ортопеда (обзор литературы). Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2014;4:186-195. <https://doi.org/10.17816/humeco17436>
21. Матвеев Р.П., Брагина С.В. Остеоартроз коленного сустава: проблемы и социальная значимость. Экология человека. 2012;9:53-62.
22. Миронов С.П. Клинические рекомендации. Ортопедия. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
23. Назаров Е.А., Селезнев А.В. Дегенеративно-дистрофические заболевания коленного и голеностопного суставов. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2020.
24. Насонов Е.Л. Клинические рекомендации. Ревматология. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017.
25. Наумов А.В., Ховасова Н.О., Мороз В.И., Ткачева О.Н. Остеоартрит и гериатрические синдромы. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019;119(9-2):90-98. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911909290>
26. Петрова Р.В., Николаев Н.С., Цыкунов М.Б. Реабилитационные подходы при артропластике коленного сустава. Вестник восстановительной медицины. 2022;21(2):61-69. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2021-21-2-61-69>
27. Повзун А.С., Мазуров В.И., Повзун К.А., Костенко В.А. Оценка текущей экономической эффективности лечения больных остеоартритом в Санкт-Петербурге и ее перспективы. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2017;9(3):89-96. <https://doi.org/10.17816/mechnikov20179389-96>
28. Портянкина О.О., Цвингер С.М., Говорин А.В., Романова Е.Н. Анализ распространенности и факторов риска развития остеоартрита в популяции. Современная ревматология. 2019;13(2):105-111. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2019-2-105-111>
29. Ратманов М.А., Беньян А.С., Кузнецова Т.В. и др. Реабилитация после эндопротезирования суставов нижних конечностей: проблемы и перспективы. Политравма. 2020;2:76-83. <https://doi.org/10.24411/1819-1495-2020-10023>
30. Секирин А.Б. Протокол ранней реабилитации после эндопротезирования крупных суставов (обзор литературы). Вестник восстановительной медицины. 2019;2(90):51-57.
31. Стрижаков Л.А., Гуляев С.В., Бабанов С.А., Моисеев С.В. Остеоартроз в клинике внутренних и профессиональных болезней: дифференциально-диагностические аспекты. Терапевтический архив. 2020;92(6):89-92. <https://doi.org/10.26442/00403660.2020.06.000620>
32. Таскина Е.А., Алексеева Л.И., Кашеварова Н.Г. и др. Мультиморбидность при остеоартрите. Научно-практическая ревматология. 2022;60(3):306-313. <https://doi.org/10.47360/1995-4484-2022-306-313>

33. Успенская И.В., Низов А.А., Манухина Е.В. Совершенствование оплаты специализированной медицинской помощи. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017;25(3):152-155. <https://doi.org/10.18821/0869-866X-2017-25-3-152-155>
34. Хело М.Д., Ахтямов И.Ф., Абдуллах А.М., Саид Ф.М. Лечение гонартроза-современные тенденции и проблемные вопросы. Практическая медицина. 2018;16(7-1):48-53.
35. Черный А.Ж., Кувакин В.И., Воронцова Т.Н. и др. Система учета пациентов, нуждающихся в эндопротезировании тазобедренного и коленного суставов. Вестник Российской военно-медицинской академии. 2015;4(52):176-182.
36. Яковелли С., Парвизи Д. Кто должен лечить перипротезную инфекцию: необходимость мультидисциплинарного подхода. Травматология и ортопедия России. 2019;25(4):28-32. <https://doi.org/10.21823/2311-2905-2019-25-4-28-32>
37. Allen KD, Choong PF, Davis AM, et al. Osteoarthritis: models for appropriate care across the disease continuum. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2016;30(3):503-535. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2016.09.003>
38. Allen KD, Thoma LM, Golightly YM. Epidemiology of osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2022;30(2):184-195. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2021.04.020>
39. Basedow M, Esterman A. Assessing appropriateness of osteoarthritis care using quality indicators: a systematic review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2015;21(5):782-789. <https://doi.org/10.1111/jep.12402>
40. Blanco FJ, Silva-Díaz M, Vila VQ, et al. Prevalence of symptomatic osteoarthritis in Spain: episer2016 study. *Reumatologia Clinica*. 2021;17(8):461-470. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2020.01.008>
41. Block JA, Cherny D. Management of knee osteoarthritis: what internists need to know. *Medical Clinics of North America*. 2021;105(2):367-385. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.10.005>
42. Brand CA, Harrison C, Tropea J, et al. Management of osteoarthritis in general practice in Australia. *Arthritis Care & Research*. 2014;66(4):551-558. <https://doi.org/10.1002/acr.22197>
43. Bruyère O, Cooper C, Pelletier J-P, et al. A consensus statement on the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) algorithm for the management of knee osteoarthritis — from evidence-based medicine to the real-life setting. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. 2016;45(4):3-11. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2015.11.010>
44. Calvet J, Orellana C, Larrosa M, et al. High prevalence of cardiovascular co-morbidities in patients with symptomatic knee or hand osteoarthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 2016;45(1):41-44. <https://doi.org/10.3109/0309742.2015.1054875>
45. Coimbra IB, Plapler PG, de Campos GC. Generating evidence and understanding the treatment of osteoarthritis in Brazil: a study through Delphi methodology. *Clinics (Sao Paulo)*. 2019;74:e722. <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e722>
46. Edwards JJ, Khanna M, Jordan KP, et al. Quality indicators for the primary care of osteoarthritis: a systematic review. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 2015;74(3):490-498. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-203913>
47. Egerton T, Diamond LE, Buchbinder R, et al. A systematic review and evidence synthesis of qualitative studies to identify primary care clinicians' barriers and enablers to the management of osteoarthritis. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2017;25(5):625-638. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2016.12.002>
48. Eyles JP, Bowden JL, Redman S, et al. Barriers and enablers to the implementation of the Australian Osteoarthritis Chronic Care Program (OACCP). *Osteoarthritis and Cartilage*. 2020;28(1):446. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2020.02.695>
49. Hagen KB, Smedslund G, Østerås N, Jamtvedt G. Quality of community-based osteoarthritis care: a systematic review and meta-analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016;68(10):1443-1452. <https://doi.org/10.1002/acr.22891>
50. Jönsson T, Eek F, Dell'Isola A, et al. The better management of patients with osteoarthritis program: outcomes after evidence-based education and exercise delivered nationwide in Sweden. *PLoS One*. 2019;14(9):e0222657. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222657>
51. Martel-Pelletier JA, Maheu E, Pelletier JP, et al. New decision tree for diagnosis of osteoarthritis in primary care: international consensus of experts. *Aging Clin Exp Res*. 2019;31(1):19-30.
52. Nelson AE, Allen KD, Golightly YM, et al. A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: the chronic osteoarthritis management initiative of the US Bone and Joint Initiative. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*. WB Saunders. 2014;43(6):701-712.
53. Petrosyan Y, Sahakyan Y, Barnsley J.M., et al. Quality indicators for care of osteoarthritis in primary care settings: a systematic literature review. *Family Practice*. 2018;35(2):151-159.
54. Pradelli L, Sinigaglia T, Migliore A, et al. Non-Surgical Treatment of Knee Osteoarthritis: Multidisciplinary Italian Consensus on Best Practice. *Ther Clin Risk Manag*. 2021;17:507-530.
55. Skou ST, Roos EM. Good Life with Osteoarthritis in Denmark (GLA: D™): evidence-based education and supervised neuromuscular exercise delivered by certified physiotherapists nationwide. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2017;18(1):1-13.
56. Spitaels D, Mamouris P, Vaes M, et al. Epidemiology of knee osteoarthritis in general practice: a registry-based study. *BMJ Open*. 2020;10(1):e031734.
57. Tan BY, Pereira MJ, Yang SY, et al. Collaborative model of care between Orthopaedics and allied healthcare professionals in knee osteoarthritis (CONNECT): study protocol for an effectiveness-implementation hybrid randomized control trial. *BMC Musculoskeletal Disord*. 2020;21(1):684.
58. Xu Y, Wu Q. Trends and disparities in osteoarthritis prevalence among US adults, 2005-2018. *Sci Rep*. 2021;11(1):21845.

REFERENCES:

1. Abuseva GR, Kovlen DV, Ponomarenko GN. Physical Methods of Rehabilitation of Patients with Osteoarthritis: Scientometric Analysis of Evidence-Based Research. *Traumatology and orthopedics of Russia*. 2020;26(1):190-200. <https://doi.org/10.21823/2311-2905-2020-26-1-190-200>
2. Baklitskaya NA, Sultimova NB. Problems of clinical examination at the present stage of health care. *Medicine of tomorrow: materials of the XVIII interregional scientific-practical conference of students and young scientists: a collection of scientific papers*. 2019:292-293.

3. Balabanova RM, Dubinina TV. Dynamics of the five-year incidence of diseases of the musculoskeletal system and their prevalence among the adult population of Russia for 2013-2017 Modern rheumatology. 2019;13(4):11-17. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2019-4-11-17>
4. Bragina SV. Optimization of the treatment of gonarthrosis in the outpatient practice of an orthopedist: thesis of the dissertation ... PhD: 14.01.15. Arkhangelsk, 2012.
5. Vasil'eva LV, Evstratova EF, Tolstykh EM. Multidisciplinary approaches in the pathogenetic therapy of patients with osteoarthritis of the knee joints. Botkin Readings: a collection of abstracts of the All-Russian Therapeutic Congress with international participation. St. Petersburg: Man and his health, 2020:52.
6. Weber EV, Vorontsova TN, Bogopol'skaya AS, et al . Routing of adult patients with pathology of the hip and knee joints. Modern problems of science and education. 2017;2:94-94.
7. Weber EV, Vorontsova TN, Bogopolskaya AS. Evaluation of the negotiability of patients with pathology of the hip or knee joint in the consultative and diagnostic department of the RRITO named after. R. R. Vreden during the calendar year. Modern achievements of traumatology and orthopedics: a collection of scientific articles. St. Petersburg: Russian Research Institute of Traumatology and Orthopedics named after R.R. Vredena, 2018:51-55.
8. Vertkin AL, Shamuilova MM, Sedyakina YuV, et al. Patient with pain in the joints on an outpatient appointment. Attending doctor. 2020;7:28-35. <https://doi.org/10.26295/OS.2020.55.56.020>
9. Galushko EA, Erdes ShF, Alekseeva LI. Osteoarthritis in outpatient practice. Modern rheumatology. 2012;6(4):66-70. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2012-766>
10. Golovach IYu, Yegudina ED, Ter-Vartanyan SKh. Management of patients with osteoarthritis of the knee in accordance with the recommendations of modern medical societies: focus on esceo-2019. Injury. 2019;20(4):23-38.
11. Esina EYu. Osteoarthritis of the knee joint problems of treatment. Bulletin of new medical technologies. 2010;17(2):185-187.
12. Kabalyk MA. The prevalence of osteoarthritis in Russia: regional aspects of the dynamics of statistical indicators for 2011-2016. Scientific and practical rheumatology. 2018;56(4):416-422. <https://doi.org/10.14412/1995-4484-2018-416-422>
13. Lapshina SA, Mukhina RG, Myasoutova LI. Osteoarthritis: modern problems of therapy. breast cancer. 2016;24(2):95-101.
14. Levin AV, Tyrnov PV. Combined use of physiotherapy and acupuncture in the treatment of patients with osteoarthritis of the knee. Issues of balneology, physiotherapy and therapeutic physical culture. 2020;97(1):35-41. <https://doi.org/10.17116/kurort20209701135>
15. Lila AM, Alekseeva LI, Taskina EA, Kashevarova NG. Osteoarthritis as an interdisciplinary problem: a treatment algorithm for internists and general practitioners. Modern rheumatology. 2021;15(5):68-75. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2021-5-68-75>
16. Lila AM, Alekseeva LI, Taskina EA. Modern approaches to the treatment of osteoarthritis, taking into account updated international recommendations. Russian medical journal. Medical review. 2019;3(11-2):48-52.
17. Lila AM. Osteoarthritis is not a "wear and tear disease" of the joints. Opinion leader. 2018;7(15):15-18.
18. Lushpaeva YuA. A patient with osteoarthritis on an outpatient appointment. unresolved issues. Attending doctor. 2021;10:50-55. <https://doi.org/10.51793/OS.2021.24.10.009>
19. Makarova MV, Valkov MYu, Grzhibovsky AM. Features of accounting for gonarthrosis in medical institutions of primary care in the city of Arkhangelsk. Siberian Medical Review. 2022;1(133):23-31. <https://doi.org/10.20333/25000136-2022-1-23-31>
20. Matveev RP, Bragina SV. The relevance of the problem of osteoarthritis of the knee joint from the position of an orthopedist (literature review). Bulletin of St. Petersburg University. The medicine. 2014;4:186-195. <https://doi.org/10.17816/humecol17436>
21. Matveev RP, Bragina SV. Osteoarthritis of the knee joint: problems and social significance. Human ecology. 2012;9:53-62.
22. Mironov SP. Clinical guidelines. Orthopedics. Moscow: GEOTAR-Media, 2018.
23. Nazarov EA, Seleznev A.V. Degenerative-dystrophic diseases of the knee and ankle joints. St. Petersburg: SpecLit, 2020.
24. Nasonov EL. Clinical guidelines. Rheumatology. Moscow: GEOTAR-Media, 2017.
25. Naumov AV, Khovasova NO, Moroz VI, Tkacheva ON. Osteoarthritis and geriatric syndromes. Journal of Neurology and Psychiatry named after C.C. Korsakov. 2019;119(9-2):90-98. <https://doi.org/10.17116/jnevro201911909290>
26. Petrova RV, Nikolaev NS, Tsykunov MB. Rehabilitation approaches for knee arthroplasty. Bulletin of restorative medicine. 2022;21(2):61-69. <https://doi.org/10.38025/2078-1962-2021-21-2-61-69>
27. Povzun AS, Mazurov VI, Povzun KA, Kostenko VA. Assessment of the current economic efficiency of the treatment of patients with osteoarthritis in St. Petersburg and its prospects. Bulletin of the North-Western State Medical University. I.I. Mechnikov. 2017;9(3):89-96. <https://doi.org/10.17816/mechnikov20179389-96>
28. Portyannikova OO, Zwinger SM, Govorin AV, Romanova EN. Analysis of the prevalence and risk factors for osteoarthritis in the population. Modern rheumatology. 2019;13(2):105-111. <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2019-2-105-111>
29. Ratmanov MA, Benyan AS, Kuznetsova TV. Rehabilitation after endoprosthesis replacement of joints of the lower extremities: problems and prospects. Polytrauma. 2020;2:76-83. <https://doi.org/10.24411/1819-1495-2020-10023>
30. Sekirin A.B. Protocol for early rehabilitation after arthroplasty of large joints (literature review). Bulletin of restorative medicine. 2019;2(90):51-57.
31. Strizhakov LA, Gulyaev SV, Babanov SA, Moiseev SV. Osteoarthritis in the clinic of internal and occupational diseases: differential diagnostic aspects. Therapeutic archive. 2020;92(6):89-92. <https://doi.org/10.26442/00403660.2020.06.000620>
32. Taskina EA, Alekseeva LI, Kashevarova NG. Multimorbidity in osteoarthritis. Scientific and practical rheumatology. 2022;60(3):306-313. <https://doi.org/10.47360/1995-4484-2022-306-313>
33. Uspenskaya IV, Nizov AA, Manukhina EV. Improving payment for specialized medical care. Problems of social hygiene, public health and the history of medicine. 2017;25(3):152-155. <https://doi.org/10.18821/0869-866X-2017-25-3-152-155>
34. Helo MD, Akhtyamov IF, Abdullah AM, Said FM. Treatment of gonarthrosis - current trends and problematic issues. Practical medicine. 2018;16(7-1):48-53.

35. Cherny AZh, Kuvakin VI, Vorontsova TN, et al . Accounting system for patients in need of hip and knee arthroplasty. Bulletin of the Russian Military Medical Academy. 2015;4(52):176-182.
36. Yakovelli S, Parvizi D. Who should treat periprosthetic infection: the need for a multidisciplinary approach. Traumatology and orthopedics of Russia. 2019;25(4):28-32. <https://doi.org/10.21823/2311-2905-2019-25-4-28-32>
37. Allen KD, Choong PF, Davis AM , et al . Osteoarthritis: models for appropriate care across the disease continuum. Best Practice & Research Clinical Rheumatology. 2016;30(3):503-535. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2016.09.003>
38. Allen KD, Thoma LM, Golightly YM. Epidemiology of osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2022;30(2):184-195. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2021.04.020>
39. Basedow M, Esterman A. Assessing appropriateness of osteoarthritis care using quality indicators: a systematic review. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2015;21(5):782-789. <https://doi.org/10.1111/jep.12402>
40. Blanco FJ, Silva-Díaz M, Vila VQ , et al . Prevalence of symptomatic osteoarthritis in Spain: episer2016 study. Reumatologia Clinica. 2021;17(8):461-470. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2020.01.008>
41. Block JA, Cherny D. Management of knee osteoarthritis: what internists need to know. Medical Clinics of North America. 2021;105(2):367-385. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.10.005>
42. Brand CA, Harrison C, Tropea J , et al . Management of osteoarthritis in general practice in Australia. Arthritis Care & Research. 2014;66(4):551-558. <https://doi.org/10.1002/acr.22197>
43. Bruyère O, Cooper C, Pelletier J-P , et al . A consensus statement on the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) algorithm for the management of knee osteoarthritis — from evidence-based medicine to the real-life setting. Seminars in Arthritis and Rheumatism. 2016;45(4):3-11. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2015.11.010>
44. Calvet J, Orellana C, Larrosa M , et al . High prevalence of cardiovascular co-morbidities in patients with symptomatic knee or hand osteoarthritis. Scandinavian Journal of Rheumatology. 2016;45(1):41-44. <https://doi.org/10.3109/0309742.2015.1054875>
45. Coimbra IB, Plapler PG, de Campos GC. Generating evidence and understanding the treatment of osteoarthritis in Brazil: a study through delphi methodology. Clinics (Sao Paulo). 2019;74:e722. <https://doi.org/10.6061/clinics/2019/e722>
46. Edwards JJ, Khanna M, Jordan KP , et al . Quality indicators for the primary care of osteoarthritis: a systematic review. Annals of the Rheumatic Diseases. 2015;74(3):490-498. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-203913>
47. Egerton T, Diamond LE, Buchbinder R , et al . A systematic review and evidence synthesis of qualitative studies to identify primary care clinicians' barriers and enablers to the management of osteoarthritis. Osteoarthritis and Cartilage. 2017;25(5):625-638. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2016.12.002>
48. Eyles JP, Bowden JL, Redman S , et al . Barriers and enablers to the implementation of the Australian osteoarthritis chronic care program (OACCP). Osteoarthritis and Cartilage. 2020;28(1):446. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2020.02.695>
49. Hagen KB, Smedslund G, Østerås N, Jamtvedt G. Quality of community-based osteoarthritis care: a systematic review and meta-analysis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2016;68(10):1443-1452. <https://doi.org/10.1002/acr.22891>
50. Jönsson T, Eek F, Dell'Isola A , et al . The better management of patients with osteoarthritis program: outcomes after evidence-based education and exercise delivered nationwide in Sweden. PLoS One. 2019;14(9):e0222657. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222657>
51. Martel-Pelletier JA, Maheu E , Pelletier JP , et al . New decision tree for diagnosis of osteoarthritis in primary care: international consensus of experts. Aging Clin Exp Res. 2019;31(1):19-30.
52. Nelson AE, Allen KD, Golightly YM , et al . A systematic review of recommendations and guidelines for the management of osteoarthritis: the chronic osteoarthritis management initiative of the US Bone and Joint Initiative. Seminars in Arthritis and Rheumatism. WB Saunders. 2014;43(6):701-712.
53. Petrosyan Y, Sahakyan Y, Barnsley J.M. , et al . Quality indicators for care of osteoarthritis in primary care settings: a systematic literature review. Family Practice. 2018;35(2):151-159.
54. Pradelli L, Sinigaglia T, Migliore A , et al . Non-Surgical Treatment of Knee Osteoarthritis: Multidisciplinary Italian Consensus on Best Practice. Ther Clin Risk Manag. 2021;17:507-530.
55. Skou ST, Roos EM. Good Life with Osteoarthritis in Denmark (GLA: D™): evidence-based education and supervised neuromuscular exercise delivered by certified physiotherapists nationwide. BMC Musculoskeletal Disorders. 2017;18(1):1-13.
56. Spitaels D, Mamouris P, Vaes M , et al . Epidemiology of knee osteoarthritis in general practice: a registry-based study. BMJ Open. 2020;10(1): e031734.
57. Tan BY, Pereira MJ, Yang SY , et al . Collaborative model of care between Orthopaedics and allied healthcare professionals in knee osteoarthritis (CONNECT): study protocol for an effectiveness-implementation hybrid randomized control trial. BMC Musculoskelet Disord. 2020;21(1):684.
58. Xu Y, Wu Q. Trends and disparities in osteoarthritis prevalence among US adults, 2005-2018. Sci Rep. 2021;11(1):21845.

Статья поступила в редакцию 21.07.2022; одобрена после рецензирования 31.08.2022; принята к публикации 15.09.2022.
The article was submitted 21.07.2022; approved after reviewing 31.08.2022; accepted for publication 15.09.2022.

Информация об авторах:

Барановский Алексей Александрович — врач травматолог-ортопед, государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городская поликлиника №51», Санкт-Петербург, Россия; e-mail: dr.baranovsky@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-1985-5343>

Уразовская Ирина Леонидовна — к.м.н., ассистент кафедры госпитальной хирургии и кардиологии им. М.С.Кушаковского ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: langelova@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4165-4599>

Мансуров Джалолидин Шамсидинович — к.м.н., заведующий кафедрой лучевой диагностики и терапии, Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан; e-mail: jalolmedic511@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-1799-641X>

Сайганов Сергей Анатольевич — д.м.н. профессор, ректор ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И.Мечникова», Санкт-Петербург, Россия; e-mail: rectorat@szgmu.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8325-1937>

Мазуров Вадим Иванович — д.м.н., профессор, академик РАН, главный научный консультант, заведующий кафедрой терапии, ревматологии, экспертизы временной нетрудоспособности и качества медицинской помощи им. Э.Э.Эйхвальда ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия; <https://orcid.org/0000-0002-0797-2051>

Ткаченко Александр Николаевич — д.м.н., профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия; e-mail: altkachenko@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4585-5160>

Мамасолиев Баходир Мамаюсупович — соискатель кафедры медицинской радиологии ФПДО, Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан; e-mail: bohamed@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4672-6347>

Information about the authors:

Aleksei A. Baranovskii — 1City Polyclinic No.51, St. Petersburg, Russia; e-mail: dr.baranovsky@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0003-1985-5343>

Irina L. Urazovskaya — Phd, teacher of the department of hospital surgery and cardiology named after. M.S. Kushakovskiy of NWSM university named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia; e-mail: langelova@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4165-4599>

Djalolidin Sh. Mansurov — PhD, head of the department of radiation diagnostics and therapy, Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan; e-mail: jalolmedic511@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-1799-641X>

Sergey A. Sayganov — DSc, professor, rector of NWSM University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia; e-mail: rectorat@szgmu.ru; <https://orcid.org/0000-0001-8325-1937>

Vadim I. Mazurov — DSc, professor, academician of the Russian academy of sciences, chief scientific consultant, head of the department of therapy, rheumatology, examination of temporary disability and quality of medical care named after E.E. Eichwald of NWSM university named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia; <https://orcid.org/0000-0002-0797-2051>

Alexander N. Tkachenko — DSc, professor of the department of traumatology, orthopedics and military field surgery of NWSM university named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg, Russia; e-mail: altkachenko@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4585-5160>

Bakhodir M. Mamasoliev — competitor of the department of medical radiology of FoPE, Samarkand state medical university, Samarkand, Uzbekistan; e-mail: bohamed@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-4672-6347>

Источники финансирования: Работа не имела специального финансирования.

Конфликт интересов: Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.