

## Κατευθυντήρια οδηγία

# Οστεοαρθρίτιδα σε άτομα άνω των 16 ετών: διάγνωση και διαχείριση

Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας

Μάιος 2026



## **Εισαγωγικό σημείωμα**

Η κατευθυντήρια οδηγία NG226 «Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management» του Εθνικού Ινστιτούτου Υγείας και Αριστείας στην Περίθαλψη (National Institute for Health and Care Excellence – NICE) του Ηνωμένου Βασιλείου (HB), αναπτύχθηκε το 2014, επικαιροποιήθηκε τελευταία φορά τον Οκτώβριο του 2022, και τέθηκε στη διάθεση του Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ), ως αποτέλεσμα συμφωνίας άδειας χρήσης με τον οργανισμό NICE, με σκοπό την προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας στην πραγματικότητα του συστήματος υγείας της Κύπρου. Γι' αυτό τον σκοπό, ο ΟΑΥ απευθύνθηκε στην Κύπρο σε ιατρούς με ειδίκευση/εμπειρογνωμοσύνη στον τομέα της ορθοπεδικής, ρευματολογίας, παθολογίας/πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης, σε άλλους/ες σχετικούς/σχετικές επαγγελματίες υγείας και σε εκπροσώπους ασθενών, και συγκρότησε Τεχνική Επιτροπή Ειδικών (ΤΕΕ). Τα μέλη της ΤΕΕ, στο πλαίσιο μιας σειράς συνεδριάσεων, αξιολόγησαν το πεδίο εφαρμογής και το πλήρες κείμενο της κατευθυντήριας οδηγίας και πραγματοποίησαν αλλαγές, εφόσον αυτές υποστηρίζονταν επαρκώς από επιστημονικά στοιχεία. Επιπλέον, η ΤΕΕ εξέτασε τους δείκτες ποιότητας που σχετίζονται με την αξιολόγηση και διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας σε άτομα άνω των 16 ετών και έχουν αναπτυχθεί από το NICE για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health Service - NHS) του HB, τους αξιολόγησε ως προς τη δυνατότητα εφαρμογής τους στο Γενικό Σύστημα Υγείας (ΓεΣΥ) της Κύπρου και επέλεξε όσους κρίθηκαν κλινικά συναφείς και τεχνικά εφικτοί. Στη διαδικασία προσαρμογής, η ΤΕΕ βοηθήθηκε, σε οργανωτικό και μεθοδολογικό επίπεδο, από τον ΟΑΥ και από εξωτερική Υποστηρικτική Επιτροπή (Secretariat).

Το πρώτο προσχέδιο της κατευθυντήριας οδηγίας διαμορφώθηκε από την ΤΕΕ στην αγγλική γλώσσα, για σκοπούς σύγκρισης με την πρωτότυπη οδηγία του NICE. Ακολούθως μεταφράστηκε στα ελληνικά και η τελική έκδοση της κατευθυντήριας οδηγίας και οι προτεινόμενοι δείκτες ποιότητας τέθηκαν σε δημόσια διαβούλευση, στην οποία προσκλήθηκαν δυνητικά ενδιαφερόμενα μέρη, όπως κρατικοί οργανισμοί υγείας, ιατρικές/επιστημονικές ενώσεις και εταιρείες, σύνδεσμοι ασθενών και φαρμακευτικές εταιρείες/εταιρείες ιατρικού εξοπλισμού. Με το πέρας της δημόσιας

διαβούλευσης, η ΤΕΕ προέβη στις τελευταίες αλλαγές επί του κειμένου και οριστικοποίησε την κατευθυντήρια οδηγία στην τελική της μορφή.

Η παρούσα κατευθυντήρια οδηγία βασίζεται στην κατευθυντήρια οδηγία του οργανισμού NICE © NICE (2022) Osteoarthritis in over 16s: diagnosis and management (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng226>).

Στην Τεχνική Επιτροπή Ειδικών προσκλήθηκαν και έλαβαν μέρος οι ακόλουθοι/ες:

- Δρ Δημήτριος Γαρπόζης (Πρόεδρος ΤΕΕ, Ορθοπαιδική)
- Δρ Στελίνα Χρυσοστόμου (Αντιπρόεδρος ΤΕΕ, Ρευματολογία)
- Δρ Εμμανουέλα Γεωργίου (Μέλος, Γενική Ιατρική)
- Δρ Χρίστος Καραγιάννης (Μέλος, Φυσικοθεραπεία)
- Γεωργία Λιοπετρίτη (Μέλος, Ποδολογία)
- Δρ Νικόλαος Μαλιώτης (Μέλος, Ρευματολογία)
- Δρ Φίλιππος Οράτης (Μέλος, Ορθοπαιδική)
- Ειρήνη Πιτσιλίδου (Μέλος, Εκπρόσωπος ασθενών)
- Άντρη Φωκά (Μέλος, Εκπρόσωπος ασθενών)
- Δρ Γιώργος Χαραλάμπους (Μέλος, Γενική Ιατρική)
- Δρ Νικόλας Χριστοδούλου (Μέλος, Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση)

Όλα τα δικαιώματα διατηρούνται. Υπόκειται σε [γνωστοποίηση δικαιωμάτων](#). Η κατευθυντήρια οδηγία του NICE αναπτύχθηκε για το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου. Υπόκειται σε τακτική ανασκόπηση και αναθεώρηση και μπορεί να αποσυρθεί. Το NICE δεν αποδέχεται καμία ευθύνη για τη χρήση του περιεχομένου σε αυτή τη δημοσίευση.

## Κατευθυντήρια οδηγία

# Οστεοαρθρίτιδα σε άτομα άνω των 16 ετών: διάγνωση και διαχείριση

Τελικό, Απρίλιος 2026

### Σύνοψη

Αυτή η κατευθυντήρια οδηγία καλύπτει τη διάγνωση, αξιολόγηση και μη χειρουργική διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας. Στόχος της είναι η βελτίωση της αντιμετώπισης της οστεοαρθρίτιδας και της ποιότητας ζωής των ατόμων που ζουν με οστεοαρθρίτιδα.

### Σε ποιους/ες απευθύνεται;

- Επαγγελματίες υγείας
- Παρόχους υπηρεσιών υγείας και οργανισμούς ασφάλισης υγείας
- Άτομα με οστεοαρθρίτιδα, τις οικογένειες και όσες/όσους φροντίζουν άτομα με οστεοαρθρίτιδα
- Ερευνητές/τριες με ενδιαφέρον για την οστεοαρθρίτιδα

Πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο αναπτύχθηκε η κατευθυντήρια οδηγία βρίσκονται στην [ιστοσελίδα της αρχικής κατευθυντήριας οδηγίας](#). Εκεί είναι διαθέσιμα: ανασκοπήσεις των επιστημονικών δεδομένων τεκμηρίωσης, το πεδίο εφαρμογής της οδηγίας, τα στοιχεία των μελών της Επιτροπής του NICE και τυχόν δηλώσεις συμφερόντων.

Οπτική σύνοψη της κατευθυντήριας οδηγίας είναι διαθέσιμη στο **Παράρτημα I**.

## Περιεχόμενα

Συστάσεις.....	5
1.1 Διάγνωση.....	6
1.2 Πληροφόρηση και Υποστήριξη.....	6
1.3 Μη φαρμακολογική διαχείριση.....	7
1.4 Φαρμακολογική διαχείριση.....	11
1.5 Παρακολούθηση και επανεξέταση.....	14
1.6 Παραπομπή για αντικατάσταση της άρθρωσης.....	15
1.7 Αρθροσκοπικές διαδικασίες.....	16
Όροι που χρησιμοποιούνται σε αυτήν την οδηγία.....	17
Σκεπτικό και Επιπτώσεις.....	19
Διάγνωση.....	19
Πληροφορίες και υποστήριξη.....	20
Θεραπευτική άσκηση.....	21
Διαχείριση σωματικού βάρους.....	23
Χειροθεραπεία (Manual Therapy).....	24
Βελονισμός.....	25
Ηλεκτροθεραπεία.....	26
Βοηθήματα.....	27
Τοπικά, από του στόματος και διαδερμικά φάρμακα.....	28
Ενδοαρθρικές ενέσεις.....	32
Παρακολούθηση και επανεξέταση.....	33
Απεικόνιση για τη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας.....	34
Παραπομπή για αντικατάσταση άρθρωσης.....	35
Αρθροσκοπικές διαδικασίες.....	37
Πλαίσιο.....	39
Παραρτήματα.....	41

## Συστάσεις

Οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να συμμετέχουν σε συζητήσεις και να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα τους, όπως περιγράφεται στο **Παράρτημα II**.

Να σημειωθεί ότι η κατευθυντήρια οδηγία ακολουθεί μία συγκεκριμένη μορφή όσον αφορά στη διατύπωση και στη δομή, ώστε η ισχύς των συστάσεων να είναι σαφής στον/στην τελικό/ή χρήστη/χρήστρια. Η ισχύς της σύστασης μπορεί να ποικίλει μεταξύ υποχρεωτικής, ισχυρής και αδύναμης.

- **Υποχρεωτική:** Εάν υπάρχει νομική υποχρέωση εφαρμογής μιας σύστασης ή εάν οι συνέπειες της μη τήρησης μιας σύστασης είναι εξαιρετικά σοβαρές, η σύσταση χρησιμοποιεί τους όρους «πρέπει» ή «δεν πρέπει» και διατυπώνεται με παθητική φωνή.
- **Ισχυρή:** Για συστάσεις ή δραστηριότητες ή παρεμβάσεις που πρέπει (ή δεν πρέπει) να προσφέρονται, η γλώσσα κατευθύνει και χρησιμοποιεί όρους όπως «προσφέρετε» (ή «μην προσφέρετε»), «συμβουλευστε» ή «ρωτήστε για».
- **Αδύναμη:** Εάν η διαφορά μεταξύ οφέλους και βλάβης είναι μικρότερη (δραστηριότητες ή παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν), ο όρος που χρησιμοποιείται είναι «εξετάστε το ενδεχόμενο».

## 1.1 Διάγνωση

1.1.1 Διαγνώστε την οστεοαρθρίτιδα, κατά την αρχική παρουσίαση, κλινικά, χωρίς απεικόνιση, σε άτομα που:

- είναι 45 ετών ή μεγαλύτερα **και**
- έχουν πόνο στην άρθρωση που σχετίζεται με δραστηριότητα **και**
- δεν παρουσιάζουν πρωινή δυσκαμψία, ή παρουσιάζουν πρωινή δυσκαμψία που διαρκεί μέχρι 30 λεπτά.

1.1.2 Για τη διάγνωση της οστεοαρθρίτιδας, μην χρησιμοποιείτε απεικονιστικές εξετάσεις σε συστηματική βάση, εκτός εάν υπάρχουν [άτυπα χαρακτηριστικά](#) ή χαρακτηριστικά που υποδηλώνουν εναλλακτική ή επιπρόσθετη διάγνωση.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε την ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με τη διάγνωση της Οστεοαρθρίτιδας](#).

## 1.2 Πληροφόρηση και υποστήριξη

1.2.1 Όταν παρέχετε πληροφορίες σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα, τις οικογένειες και όσους/ες φροντίζουν τα άτομα αυτά, προσαρμόστε τις πληροφορίες στις ατομικές τους ανάγκες (για παράδειγμα, γλώσσα, κουλτούρα) και εξασφαλίστε ότι είναι σε προσβάσιμη μορφή.

1.2.2 Εξηγήστε στα άτομα με οστεοαρθρίτιδα ότι:

- η διάγνωση βασίζεται στο ιστορικό και στην κλινική εξέταση και συνήθως δεν απαιτεί απεικονιστικό έλεγχο **και**
- η διαχείριση πρέπει να καθοδηγείται κυρίως από τα συμπτώματα και τη λειτουργικότητα **και**
- οι βασικοί άξονες διαχείρισης της πάθησης είναι η θεραπευτική άσκηση, η διαχείριση βάρους (όπου ενδείκνυται), μαζί με πληροφόρηση και υποστήριξη.

- 1.2.3 Συμβουλευτέτε τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα που μπορούν να βρουν επιπλέον πληροφορίες σχετικά με:
- την οστεοαρθρίτιδα και την εξέλιξή της (συμπεριλαμβανομένων των [εξάρσεων](#) και της επιδείνωσης στην πορεία του χρόνου), μαζί με πληροφορίες που διασαφηνίζουν τις βασικές παρανοήσεις σχετικά με την πάθηση
  - συγκεκριμένους τύπους άσκησης
  - διαχείριση συμπτωμάτων
  - πρόσβαση σε επιπλέον πηγές πληροφόρησης και υποστήριξης πέραν από τις κλινικές επισκέψεις, όπως ομάδες υποστήριξης και συνδέσμους ασθενών
  - οφέλη και περιορισμούς των θεραπειών.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε την ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με την πληροφόρηση και υποστήριξη](#).

## 1.3 Μη φαρμακολογική διαχείριση

### Σωματική άσκηση ως θεραπεία

- 1.3.1 Προσφέρετε τη σωματική άσκηση ως θεραπεία σε όλα τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα, προσαρμοσμένη στις ανάγκες τους (για παράδειγμα, ενδυνάμωση τοπικών μυών, αερόβια άσκηση, όπως πεζοπορία / περπάτημα, ποδηλασία, κολύμπι ή άλλου τύπου άσκηση χωρίς πρόσκρουση).
- 1.3.2 Εξετάστε τη δυνατότητα εποπτευόμενων συνεδριών σωματικής άσκησης ως θεραπείας για άτομα με οστεοαρθρίτιδα.
- 1.3.3 Συμβουλευτέτε τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα ότι ο πόνος στις αρθρώσεις μπορεί να επιδεινωθεί όταν ξεκινούν σωματική άσκηση ως θεραπεία. Εξηγήστε ότι:
- η τακτική και συνεπής σωματική άσκηση, παρότι μπορεί αρχικά να προκαλέσει πόνο ή δυσφορία, είναι ωφέλιμη για τις αρθρώσεις

- η μακροχρόνια προσήλωση στο πρόγραμμα σωματικής άσκησης ενισχύει τα οφέλη μειώνοντας τον πόνο και βελτιώνοντας τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής.

1.3.4 Εξετάστε τον συνδυασμό σωματικής άσκησης ως θεραπείας με πρόγραμμα εκπαίδευσης ή προσεγγίσεις αλλαγής συμπεριφοράς σε ένα δομημένο [θεραπευτικό πακέτο](#).

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε την ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» για τη σωματική άσκηση ως θεραπεία](#).

## Διαχείριση σωματικού βάρους

- 1.3.5 Για άτομα με οστεοαρθρίτιδα που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα:
- συμβουλευτέ τους/τις ότι η απώλεια βάρους θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής και τη σωματική λειτουργία και θα μειώσει τον πόνο
  - υποστηρίξτε τους/τις να θέσουν κάποιο στόχο απώλειας βάρους
  - εξηγήστε τους/τις ότι κάθε ποσοστό μείωσης του βάρους είναι πιθανό να είναι ωφέλιμο, αλλά μείωση κατά 10% του σωματικού βάρους είναι πιθανό να προσφέρει μεγαλύτερο όφελος από μείωση κατά 5%.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε την ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» για τη διαχείριση βάρους](#).

## Χειροθεραπεία (Manual therapy)

- 1.3.6 Εξετάστε τη δυνατότητα χειροθεραπείας (όπως χειρισμούς, κινητοποίηση ή τεχνικές μαλακών ιστών) μόνο όταν αφορά:
- σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος **και**
  - σε συνδυασμό με θεραπευτική άσκηση.
- 1.3.7 Εάν συζητάτε τη χειροθεραπεία, εξηγήστε στα άτομα με οστεοαρθρίτιδα ότι τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα δεν επαρκούν για να υποστηρίξουν τη

χρήση της ως μοναδικής θεραπευτικής προσέγγισης για τη διαχείριση της νόσου.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε το [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» για τη χειροθεραπεία](#).

## Βελονισμός

1.3.8 Μην προσφέρετε βελονισμό ή θεραπεία με ξηρά βελόνα για τη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε την ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» για το βελονισμό](#).

## Ηλεκτροθεραπεία

1.3.9 Εξετάστε οποιαδήποτε από τις πιο κάτω επιλογές ηλεκτροθεραπείας, μόνο για βραχυπρόθεσμη μείωση του πόνου και σε συνδυασμό με θεραπευτική άσκηση και διαχείριση του σωματικού βάρους:

- διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση (TENS)
- παρεμβαλλόμενη ηλεκτροθεραπεία
- θεραπεία με λέιζερ
- παλμική θεραπεία βραχέων κυμάτων
- νευρομυϊκή ηλεκτρική διέγερση (NMES)
- υπέρηχοι (λιγότερο αποτελεσματικοί σε σύγκριση με άλλες μορφές ηλεκτροθεραπείας)

1.3.10 Όταν συζητάτε σχετικά με την ηλεκτροθεραπεία, εξηγήστε στα άτομα με οστεοαρθρίτιδα ότι, παρότι υπάρχουν μέτριας ποιότητας επιστημονικά δεδομένα για τη βραχυπρόθεσμη ανακούφιση από τον πόνο, δεν υπάρχει επιστημονική τεκμηρίωση ότι η ηλεκτροθεραπεία βελτιώνει τη λειτουργικότητα

και συνεπώς δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μοναδική θεραπεία για τη διαχείριση της νόσου.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε την ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» για την ηλεκτροθεραπεία](#).

## Νευρική κατάλυση (Nerve ablation)

1.3.11 Εξετάστε τη νευρική κατάλυση με ραδιοσυχνότητες (radiofrequency nerve ablation) σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα που έχουν σοβαρό πόνο, όταν όλες οι άλλες μη χειρουργικές παρεμβάσεις έχουν αποτύχει, πριν εξεταστεί το ενδεχόμενο χειρουργικής θεραπείας.

- Εξηγήστε στα άτομα με οστεοαρθρίτιδα ότι η νευρική κατάλυση αποτελεί προσωρινό μέτρο αντιμετώπισης του πόνου τοπικά, το οποίο διαρκεί συνήθως 3 – 12 μήνες, καθώς και το ότι η επιτυχία της μεθόδου εξαρτάται από την τεχνική κατάρτιση του/της θεράποντα/ος ιατρού.

## Βοηθήματα

1.3.12 Εξετάστε τη χρήση [βοηθημάτων βάδισης](#) (όπως μπαστούνια) για άτομα με οστεοαρθρίτιδα των κάτω άκρων.

1.3.13 Μην προσφέρετε συστηματικά εξατομικευμένα ορθωτικά πέλματος, επιδεσμικές ταινίες, νάρθηκες ακινητοποίησης ή στηρικτικές συσκευές σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα, εκτός εάν:

- υπάρχει αστάθεια της άρθρωσης ή μη φυσιολογική εμβιομηχανική φόρτιση **και**
- η θεραπευτική άσκηση είναι αναποτελεσματική ή ακατάλληλη χωρίς τη χρήση κάποιου βοηθήματος ή συσκευής **και**
- η προσθήκη βοηθήματος ή συσκευής είναι πιθανό να βελτιώσει την κίνηση και τη λειτουργικότητα.

- 1.3.14 Εξετάστε την παραπομπή σε ποδολόγο, εγγεγραμμένο στο μητρώο ποδολόγων, όταν υπάρχουν επώδυνοι κάλοι που επηρεάζουν τη βάδιση ή περιορίζουν την κινητικότητα.
- 1.3.15 Εξετάστε την παραπομπή σε ειδικό/ή ψυχικής υγείας σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα με χρόνιο πόνο.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε την ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με τα βοηθήματα](#).

## 1.4 Φαρμακευτική διαχείριση

### Τοπικά, από του στόματος και διαδερμικά φάρμακα

- 1.4.1 Εάν απαιτούνται φαρμακευτικές θεραπείες για τη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας, χρησιμοποιήστε τις:
- μαζί με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις και για να υποστηρίξουν τη θεραπευτική άσκηση
  - στη χαμηλότερη αποτελεσματική δόση και για το συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα.
- 1.4.2 Προσφέρετε μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) για τοπική χρήση σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα γόνατος.
- 1.4.3 Εξετάστε τη χρήση τοπικών ΜΣΑΦ σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα που επηρεάζει άλλες αρθρώσεις.
- 1.4.4 Εάν τα τοπικά φάρμακα είναι αναποτελεσματικά ή ακατάλληλα, εξετάστε τη χρήση από του στόματος ΜΣΑΦ σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα και λάβετε υπόψη:
- την πιθανή γαστρεντερική, νεφρική, ηπατική και καρδιαγγειακή τοξικότητα
  - οποιουσδήποτε παράγοντες κινδύνου μπορεί να έχει το άτομο, όπως ηλικία, εγκυμοσύνη, τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή και συννοσηρότητες

- ότι τα από του στόματος ΜΣΑΦ πρέπει να λαμβάνονται για το μικρότερο δυνατό διάστημα και στη χαμηλότερη αποτελεσματική δόση.

Προσφέρετε γαστροπροστατευτική αγωγή (όπως αναστολείς αντλίας πρωτονίων) σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα για όσο διάστημα λαμβάνουν ΜΣΑΦ.

1.4.5 Μην προσφέρετε συστηματικά παρακεταμόλη ή ασθενή οπιοειδή, εκτός εάν:

- χρησιμοποιούνται μόνο περιστασιακά για βραχυπρόθεσμη ανακούφιση του πόνου **και**
- όλες οι άλλες φαρμακολογικές θεραπείες αντενδείκνυνται, δεν είναι ανεκτές ή είναι αναποτελεσματικές.

Εξηγήστε στα άτομα με οστεοαρθρίτιδα ότι δεν υπάρχει ισχυρή επιστημονική τεκμηρίωση για όφελος από τη χρήση παρακεταμόλης.

1.4.6 Μην προσφέρετε ισχυρά οπιοειδή για τη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας.

1.4.7 Εξετάστε τη χρήση γλυκοζαμίνης και χονδροϊτίνης παράλληλα με τη θεραπευτική σωματική άσκηση και τη διαχείριση του βάρους.

1.4.8 Εξετάστε από κοινού με το άτομο που έχει οστεοαρθρίτιδα για το εάν πρέπει να συνεχιστεί η θεραπεία. Προσαρμόστε τη συχνότητα των επανελέγχων ανάλογα με την κλινική εικόνα και την εξέλιξη της νόσου.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε την ενότητα [«Σκεπτικό και επιπτώσεις» σχετικά με τα τοπικά, από του στόματος και διαδερμικά φάρμακα.](#)

## Ενδοαρθρικές ενέσεις

1.4.9 Εξετάστε τη χορήγηση ενδοαρθρικών ενέσεων υαλορουνικού οξέος, όταν άλλες θεραπείες είναι αναποτελεσματικές ή ακατάλληλες, για την αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας γόνατος σε:

- Στάδια 1-2: Ήπια Οστεοαρθρίτιδα

- Στάδιο 3: Μέτρια Οστεοαρθρίτιδα (σε επιλεγμένες περιπτώσεις)

- 1.4.10 Σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα που έχουν δοκιμάσει ενδοαρθρικές ενέσεις υαλορουνικού χωρίς όφελος, εξετάστε την ενδοαρθρική έγχυση συμπυκνωμένου πλάσματος που περιέχει αυξημένη συγκέντρωση αιμοπεταλίων (Platelet-Rich-Plasma, PRP) στην περίπτωση οστεοαρθρίτιδας γόνατος για βραχυπρόθεσμη ανακούφιση από τον πόνο.
- 1.4.11 Μην προσφέρετε ενδοαρθρικές ενέσεις υαλορουνικού ή PRP για τη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας γόνατος κατά τη διάρκεια ενεργού φλεγμονής.
- 1.4.12 Μην προσφέρετε ενδοαρθρικές ενέσεις υαλορουνικού ή PRP για τη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας του ισχίου.
- 1.4.13 Εξετάστε το ενδεχόμενο ενδοαρθρικών ενέσεων κορτικοστεροειδών, όταν άλλες φαρμακευτικές θεραπείες είναι αναποτελεσματικές ή ακατάλληλες ή για την υποστήριξη της θεραπευτικής σωματικής άσκησης. Εξηγήστε στο άτομο με οστεοαρθρίτιδα ότι αυτές οι θεραπείες παρέχουν μόνο βραχυπρόθεσμη ανακούφιση (2 έως 10 εβδομάδες).

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε την ενότητα [«Σκεπτικό και Επιπτώσεις» στην ενότητα για τις ενδοαρθρικές ενέσεις](#).

## 1.5 Παρακολούθηση και επανεξέταση

### Ραντεβού παρακολούθησης

- 1.5.1 Εξετάστε, για τα περισσότερα άτομα με οστεοαρθρίτιδα, το ενδεχόμενο παρακολούθησής τους, με πρωτοβουλία των ιδίων.
- 1.5.2 Εξετάστε το ενδεχόμενο προγραμματισμένης παρακολούθησης για άτομα με οστεοαρθρίτιδα, όταν οι ανάγκες και προτιμήσεις τους δείχνουν ότι αυτό είναι απαραίτητο, λαμβάνοντας υπόψη:
- θεραπείες ή παρεμβάσεις που χρειάζονται παρακολούθηση
  - την ικανότητά τους να αναζητούν βοήθεια για τον εαυτό τους

- το επάγγελμα και τις δραστηριότητές τους
- τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων ή των λειτουργικών περιορισμών τους.

Τα άτομα με πολλαπλές μακροχρόνιες παθήσεις είναι πιθανό να επωφεληθούν από μια εξατομικευμένη προσέγγιση.

- 1.5.3 Συμβουλευτέτε τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα να ζητούν επανεξέταση, εάν η προγραμματισμένη αντιμετώπιση δεν αποδίδει μέσα στο αναμενόμενο χρονικό διάστημα παρακολούθησης ή εάν αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τις προτεινόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε την ενότητα [«Σκεπτικό και Επιπτώσεις» στην ενότητα για την Παρακολούθηση και Επανεξέταση.](#)

## Απεικονιστικές εξετάσεις για τη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας

- 1.5.4 Μη χρησιμοποιείτε συστηματικά απεικονιστικές εξετάσεις για την παρακολούθηση ή για την καθοδήγηση της μη χειρουργικής αντιμετώπισης της οστεοαρθρίτιδας. Ανατρέξτε στο **Παράρτημα III** για οδηγίες σχετικά με τη χρήση απεικονιστικών εξετάσεων στην οστεοαρθρίτιδα.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε την ενότητα [«Σκεπτικό και Επιπτώσεις» στην ενότητα σχετικά με τις απεικονιστικές εξετάσεις για τη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας.](#)

## 1.6 Παραπομπή για αντικατάσταση της άρθρωσης

- 1.6.1 Εξετάστε το ενδεχόμενο να παραπέμψετε άτομα με οστεοαρθρίτιδα ισχίου, γόνατος ή ώμου για αντικατάσταση άρθρωσης εάν:

- τα συμπτώματά τους στις αρθρώσεις (όπως πόνος, δυσκαμψία, μειωμένη λειτουργικότητα ή προοδευτική παραμόρφωση της άρθρωσης) επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους **και**
  - Η μη-χειρουργική αντιμετώπιση (για παράδειγμα, σωματική άσκηση ως μέσο θεραπείας, απώλεια βάρους, ανακούφιση από τον πόνο) είναι αναποτελεσματική ή ακατάλληλη.
- 1.6.2 Χρησιμοποιήστε κλινική αξιολόγηση όταν αποφασίζετε να παραπέμψετε κάποιο άτομο με οστεοαρθρίτιδα για αντικατάσταση άρθρωσης, έναντι εργαλείων αξιολόγησης που βαθμολογούν ποσοτικά τη σοβαρότητα της νόσου.
- 1.6.3 Μην αποκλείετε άτομα με οστεοαρθρίτιδα από το να τα παραπέμψετε για αντικατάσταση άρθρωσης λόγω:
- ηλικίας
  - φύλου
  - καπνίσματος
  - συννοσηροτήτων
  - αυξημένου βάρους (υπέρβαρο άτομο) ή παχυσαρκία, με βάση μετρήσεις όπως ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ).
- 1.6.4 Εάν συζητάτε το ενδεχόμενο παραπομπής για αντικατάσταση άρθρωσης, εξηγήστε στο άτομο με οστεοαρθρίτιδα ότι οι κίνδυνοι από την αντικατάστασης μιας άρθρωσης μπορεί να ποικίλουν ανάλογα με τους παράγοντες που αναφέρονται στη σύσταση 1.6.3.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε την ενότητα [«Σκεπτικό και Επιπτώσεις» στην ενότητα για την παραπομπή για αντικατάσταση άρθρωσης.](#)

## 1.7 Αρθροσκοπικές διαδικασίες

- 1.7.1 Μην προσφέρετε αρθροσκοπική έκπλυση ή καθαρισμό ιστών σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα.

Για μία σύντομη εξήγηση των λόγων για τους οποίους η Επιτροπή διατύπωσε αυτές τις συστάσεις και πώς θα μπορούσαν να επηρεάσουν την πρακτική, δείτε την ενότητα [«Σκεπτικό και Επιπτώσεις» στην ενότητα για τις αρθροσκοπικές διαδικασίες](#).

## Όροι που χρησιμοποιούνται σε αυτή την οδηγία

Αυτή η ενότητα εξηγεί τους όρους που έχουν χρησιμοποιηθεί με συγκεκριμένο τρόπο σε αυτήν την οδηγία.

### Άτυπα χαρακτηριστικά

Τα άτυπα χαρακτηριστικά μπορεί να περιλαμβάνουν ιστορικό πρόσφατου τραυματισμού, παρατεταμένη πρωινή δυσκαμψία στις αρθρώσεις, ταχεία επιδείνωση των συμπτωμάτων ή παραμόρφωση, παρουσία θερμής και οίδηματώδους άρθρωσης ή ανησυχίες που ενδέχεται να υποδηλώνουν λοίμωξη ή κακοήθεια.

### Εξάρσεις

Προσωρινή επιδείνωση των συμπτωμάτων (πόνος, οίδημα και δυσκαμψία) που:

- είναι χειρότερη από το φυσιολογικό
- μπορεί να επηρεάσει τον ύπνο, τη δραστηριότητα, τη λειτουργικότητα και την ψυχολογική ευεξία
- μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή της θεραπείας για τουλάχιστον 24 ώρες.

### Θεραπευτικό πακέτο

Ως θεραπευτικό πακέτο ορίζεται οποιαδήποτε θεραπευτική προσέγγιση για την αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας (αυτό μπορεί να περιλαμβάνει: χειροθεραπεία, βοηθήματα και φαρμακευτικές θεραπείες) σε συνδυασμό με ένα από τα ακόλουθα:

- προσεγγίσεις αλλαγής συμπεριφοράς, περιλαμβανομένων τρόπων μείωσης του πόνου και της καταπόνησης κατά τη χρήση των αρθρώσεων, εκπαίδευσης δεξιοτήτων αντιμετώπισης του πόνου (συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης δεξιοτήτων αντιμετώπισης με βοήθεια του/της συντρόφου), καθορισμού στόχων, συμβουλευτικής ενθάρρυνσης, συμβουλευτικής για διαχείριση βάρους και συμβουλευτικής για τους κινδύνους στον χώρο εργασίας
- ένα εκπαιδευτικό πρόγραμμα που παρέχεται από 1 ή περισσότερους/ες επαγγελματίες υγείας σε πολλαπλές συνεδρίες, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που βασίζονται στη θεωρία της συμπεριφοράς.

## **Βοηθήματα βάδισης**

Τα βοηθήματα βάδισης περιλαμβάνουν μπαστούνια, πατερίτσες, περιπατητήρες και τροχήλατοι περιπατητήρες. Βοηθούν το άτομο με οστεοαρθρίτιδα να κινείται ανεξάρτητα και με ασφάλεια βελτιώνοντας τον τρόπο βάδισης και την ισορροπία του ή μειώνοντας το βάρος στην πάσχουσα άρθρωση.

## Σκεπτικό και Επιπτώσεις

Οι πιο κάτω ενότητες εξηγούν, εν συντομία, γιατί η Επιτροπή έχει κάνει τις συστάσεις και πώς αυτές μπορεί να επηρεάσουν τη συνήθη πρακτική εφαρμογή. Ως «Επιτροπή» ορίζεται η Επιτροπή ειδικών του NICE που ανέπτυξε και επικαιροποίησε την αρχική κατευθυντήρια οδηγία NG226 «Οστεοαρθρίτιδα σε άτομα άνω των 16 ετών: διάγνωση και διαχείριση» και ως «Τεχνική Επιτροπή Ειδικών - ΤΕΕ» ορίζεται η Επιτροπή ειδικών από την Κύπρο που έχει διεκπεραιώσει την προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας, ούτως ώστε να είναι συμβατή με την Κυπριακή πραγματικότητα. Η διαδικασία της προσαρμογής ακολούθησε τις αρχές της μεθοδολογίας ADAPTE που διασφαλίζει ότι η προσαρμοσμένη οδηγία παραμένει επιστημονικά τεκμηριωμένη, αξιόπιστη και κατάλληλη για το τοπικό σύστημα υγείας. Με στόχο τη διαφανή και συστηματική τεκμηρίωση της διαδικασίας προσαρμογής της οδηγίας, έχει συμπληρωθεί το εξειδικευμένο εργαλείο αναφοράς (reporting checklist) RIGHT-Ad@pt (Reporting Items for practice Guidelines in Healthcare – Adaptation) και το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα IV.

## Διάγνωση

[Συστάσεις 1.1.1 και 1.1.2](#)

### Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Δεν υπήρχαν στοιχεία που να δείχνουν ότι οι απεικονιστικές εξετάσεις προσφέρουν στη διάγνωση της οστεοαρθρίτιδας. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η χρήση απεικονιστικών εξετάσεων έχει μικρό πρόσθετο όφελος και ότι η οστεοαρθρίτιδα μπορεί να διαγνωστεί με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού και την κλινική εξέταση. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι οι απεικονιστικές εξετάσεις μπορεί να είναι χρήσιμες, εάν υπάρχουν άτυπα χαρακτηριστικά που θα μπορούσαν να υποδηλώνουν εναλλακτική ή πρόσθετη διάγνωση, όπως άλλες φλεγμονώδεις μορφές αρθρίτιδας (για παράδειγμα, ρευματοειδής αρθρίτιδα) και κακοήθεια.

### Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Οι απεικονιστικές εξετάσεις χρησιμοποιούνται συχνά κατά τη διάγνωση της οστεοαρθρίτιδας, παρά τις αβεβαιότητες σχετικά με το όφελος τους, τις επιπτώσεις

στους διαθέσιμους πόρους και την πιθανότητα καθυστερήσεων στην έναρξη της διαχείρισης της νόσου.

### [Επιστροφή στις συστάσεις](#)

## **Πληροφορίες και υποστήριξη**

### [Συστάσεις 1.2.1 έως 1.2.3](#)

## **Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις**

Τα επιστημονικά δεδομένα έχουν δείξει ότι γενικά τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα ζητούν περισσότερες πληροφορίες για την πάθηση τους, όπως σχετικά με τα αίτια της νόσου, τι σημαίνει η διάγνωση της οστεοαρθρίτιδας για το μέλλον τους και πού μπορούν να βρουν περισσότερες πληροφορίες για αντιμετωπίζουν οι ίδιοι/ες τη νόσο. Η Επιτροπή κατέληξε στις συστάσεις της με βάση τα επιστημονικά δεδομένα και την εμπειρία της. Τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν ότι είναι σημαντικό να ενημερώνονται τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα ότι η διάγνωση γίνεται κλινικά χωρίς απεικονιστικές εξετάσεις, ότι οι απεικονιστικές εξετάσεις σπάνια παρέχουν επιπλέον χρήσιμες πληροφορίες για τη διάγνωση ή τον προγραμματισμό μη χειρουργικής θεραπείας της οστεοαρθρίτιδας, και ότι χρησιμοποιούνται μόνο εάν υπάρχει υπόνοια παρουσίας άλλης νόσου ή άλλων επιπλοκών. Η ενημέρωση αυτή βοηθάει στο να καθυστερήσουν τα άτομα που αξιολογούνται για πιθανή οστεοαρθρίτιδα και στην αποδόμηση της πεποίθησης ότι οι ακτινογραφίες ή άλλες μορφές απεικόνισης είναι απαραίτητες για τη διάγνωση της νόσου.

Η Επιτροπή τόνισε τη σημασία παροχής έγκυρων πληροφοριών που προσφέρουν ελπίδα για το μέλλον και υποστηρίζουν στρατηγικές αντιμετώπισης της νόσου από τα ίδια τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα (για παράδειγμα, παροχή πληροφοριών που δίνουν έμφαση στην υιοθέτηση συμπεριφορών μείωσης των συμπτωμάτων, όπως η θεραπευτική σωματική άσκηση). Τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν ότι η εξήγηση των βασικών θεραπευτικών προσεγγίσεων, θα βοηθούσε τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα να κατανοήσουν ότι οι φαρμακευτικές θεραπείες δεν αποτελούν μακροπρόθεσμη λύση. Συμφώνησαν επίσης ότι η παροχή πληροφοριών σχετικά με την αναγνώριση των εξάρσεων της νόσου και τον τρόπο διαχείρισης των αυξομειώσεων στον πόνο,

βοηθά το άτομο με οστεοαρθρίτιδα να κατανοήσει καλύτερα πώς η κατάστασή του μπορεί να ποικίλλει με την πάροδο του χρόνου και τι μπορεί να κάνει για αυτό.

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η εμπειρία κάθε ατόμου με την οστεοαρθρίτιδα διαφέρει και ως εκ τούτου η εξατομίκευση των πληροφοριών που θα του δοθούν είναι σημαντική. Τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν επίσης ότι η οστεοαρθρίτιδα είναι πιο συχνή σε ηλικιωμένα άτομα που είναι πιθανό να έχουν και άλλες παθήσεις. Ως εκ τούτου, οι συστάσεις που λαμβάνουν υπόψη την πολυνοσηρότητα είναι ιδιαίτερα σημαντικές για τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα.

## **Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική**

Οι συστάσεις αντικατοπτρίζουν γενικά την τρέχουσα πρακτική, αφού είναι πιθανόν ήδη να παρέχονται πληροφορίες, αλλά επίσης παρέχουν εισηγήσεις για τομείς στους οποίους μπορεί να βελτιωθεί η πρακτική.

### [Επιστροφή στις συστάσεις](#)

## **Σωματική άσκηση ως θεραπεία**

### [Συστάσεις 1.3.1 έως 1.3.4](#)

## **Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις**

Τα επιστημονικά δεδομένα έχουν δείξει ότι η σωματική άσκηση έχει κλινικά σημαντικό όφελος για τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα, γενικά οφέλη για την υγεία τους και καλύτερο προφίλ ασφάλειας, σε σύγκριση με άλλες κοινές θεραπείες, όπως η χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων. Ειδικότερα, η Επιτροπή τόνισε τη σημασία της θεραπευτικής σωματικής άσκησης για τη διαχείριση και τη μείωση των συμπτωμάτων και για τη βελτίωση ή διατήρηση της σωματικής λειτουργικότητας μακροπρόθεσμα. Για μεγαλύτερο όφελος, τα μέλη της Επιτροπής συνέστησαν η θεραπευτική σωματική άσκηση να είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες του ατόμου, όπως η εκτέλεση ασκήσεων για συγκεκριμένες αρθρώσεις.

Είναι περιορισμένα τα επιστημονικά δεδομένα που έχουν δείξει ότι η άσκηση υπό επίβλεψη έχει περισσότερα οφέλη από την άσκηση χωρίς επίβλεψη. Ωστόσο, η Επιτροπή Ειδικών κατέληξε, ομοφώνως, στο ότι η άσκηση υπό επίβλεψη πιθανώς να

έχει μεγαλύτερο θεραπευτικό όφελος, σε σχέση με την άσκηση χωρίς επίβλεψη, σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα. Η άποψη αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι η εκτέλεση ασκήσεων υπό επίβλεψη επιτρέπει την εξατομίκευσή τους αλλά και την κοινωνική υποστήριξη, αυξάνοντας τη συμμόρφωση και βοηθώντας τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα να υιοθετήσουν συστηματικά τη συνήθεια της σωματικής άσκησης.

Η Επιτροπή συμφώνησε επίσης ότι η λήψη κοινών αποφάσεων είναι σημαντική κατά τον καθορισμό τρόπου (με ή χωρίς επίβλεψη) και του τύπου άσκησης, λαμβάνοντας υπόψη τις προσωπικές προτιμήσεις των ατόμων με οστεοαρθρίτιδα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. Αναγνωρίζοντας τη σημασία της άσκησης, η Επιτροπή προέβη σε περαιτέρω συστάσεις για να υποστηρίξει τα άτομα στη συνέχιση της θεραπευτικής σωματικής άσκησης, τονίζοντας τα οφέλη της, ενώ παράλληλα αναγνώρισε ότι η άσκηση μπορεί αρχικά να είναι δύσκολη. Στόχος αυτών των συστάσεων ήταν να καθησυχαστούν τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα και οι επαγγελματίες υγείας ότι η άσκηση δεν βλάπτει τις αρθρώσεις και ότι η τακτική και συνεπής σωματική άσκηση για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να μειώσει τον πόνο και να βελτιώσει τη λειτουργικότητα και την ποιότητα ζωής.

Τα επιστημονικά δεδομένα έχουν δείξει ότι ο συνδυασμός θεραπευτικών προσεγγίσεων (θεραπευτικό πακέτο) είχε μεγαλύτερο, κλινικά σημαντικό, όφελος στη σωματική λειτουργικότητα, συγκριτικά με εκπαίδευση μόνο ή παρεμβάσεις αλλαγής συμπεριφοράς αποκλειστικά. Επίσης, τα επιστημονικά δεδομένα έδειξαν θετικές αλλαγές στην ποιότητα ζωής, στον πόνο και στη σωματική λειτουργικότητα, σε σχέση με την τυπική φροντίδα. Ωστόσο, οι διαφορετικοί συνδυασμοί θεραπευτικών προσεγγίσεων δεν φάνηκε να υπερέχουν έναντι συγκεκριμένων μεμονωμένων θεραπειών (όπως άσκηση, φυσικοθεραπεία και ηλεκτροθεραπεία). Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η θεραπευτική προσέγγιση με επίκεντρο το άτομο με τη νόσο είναι σημαντική. Επιπλέον εκπαίδευση ή παρεμβάσεις αλλαγής συμπεριφοράς μπορεί να βοηθήσουν ορισμένα άτομα να επιτύχουν τους στόχους τους, ενώ άλλα ενδέχεται να μην τις χρειάζονται. Συνεπώς, η Επιτροπή συνέστησε τη θεραπευτική σωματική άσκηση ως μέρος ενός δομημένου θεραπευτικού πακέτου, καθώς αυτό μπορεί να είναι πιο κατάλληλο για ορισμένα άτομα και να τα κινητοποιήσει να συνεχίσουν να ασκούνται.

## **Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική**

Η τρέχουσα πρακτική γύρω από τη σωματική άσκηση ως θεραπεία ποικίλλει. Αυτές οι συστάσεις μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγή στην πρακτική προτείνοντας η άσκηση να προσαρμόζεται στις ανάγκες του ατόμου με οστεοαρθρίτιδα (συμπεριλαμβανομένης της άσκησης υπό επίβλεψη) και προσφέροντας θεραπευτικά πακέτα.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

## **Διαχείριση σωματικού βάρους**

[Σύσταση 1.3.5](#)

### **Γιατί η Επιτροπή έκανε τη σύσταση**

Η Επιτροπή αναγνώρισε ότι τα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με τις επιπτώσεις της απώλειας βάρους για άτομα με οστεοαρθρίτιδα είχαν περιορισμούς. Ωστόσο, για τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα γόνατος, τα δεδομένα έδειξαν γενικά ότι όσο περισσότερο μειώνεται το βάρος, τα οφέλη για την ποιότητα ζωής, τον πόνο και τη σωματική λειτουργικότητα αυξάνονται. Η Επιτροπή αναγνώρισε τις δυσκολίες που μπορεί να έχουν οι άνθρωποι με την απώλεια κιλών και τη διατήρηση του βάρους στη συνέχεια, και συνέστησε να υποστηρίζονται.

Η Επιτροπή αναγνώρισε ότι για τα υπέρβαρα άτομα, απώλεια άνω του 10% του σωματικού τους βάρους θα είχε το μεγαλύτερο όφελος, αλλά αυτό μπορεί να μην είναι εφικτό για όλους/ες. Τα μέλη της Επιτροπής τόνισαν ότι απώλεια βάρους σε οποιοδήποτε ποσοστό έχει ευεργετικά αποτελέσματα, αλλά σίγουρα η απώλεια περισσότερων κιλών συνοδεύεται από περισσότερα οφέλη. Συμφώνησαν ότι η επεξήγηση πως απώλεια σε ποσοστό 10% του σωματικού βάρους είναι πιθανό να είναι καλύτερη από 5%, μπορεί να βοηθήσει στην παροχή κινήτρων και να ενθαρρύνει τη μείωση του σωματικού βάρους. Τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν επίσης ότι η συμβουλευτική υποστήριξη, για τον καθορισμό στόχου μείωσης του σωματικού βάρους, μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα, δίνοντας τους έναν στόχο που θα θέλουν να πετύχουν.

Η Επιτροπή σημείωσε ότι, παρόλο που τα επιστημονικά δεδομένα προέρχονταν από άτομα με οστεοαρθρίτιδα γόνατος, αυτή η σύσταση για τη μείωση βάρους θα μπορούσε να εφαρμοστεί και σε άτομα με άλλες προσβεβλημένες αρθρώσεις από οστεοαρθρίτιδα. Η σύσταση αυτή βασίζεται στα πιθανά πρόσθετα οφέλη από την απώλεια βάρους, όπως η μείωση των φλεγμονωδών παραγόντων στον οργανισμό, γεγονός ευεργετικό για όλες τις αρθρώσεις και την ευεξία των ατόμων γενικά. Η Επιτροπή συμφώνησε επίσης ότι η οστεοαρθρίτιδα είναι μία πολυαρθρική πάθηση και άτομα με μία πάσχουσα άρθρωση μπορεί να εμφανίσουν πρόβλημα και σε άλλη. Η απώλεια βάρους μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο αυτό.

## **Πώς μπορεί να επηρεάσει η σύσταση την πρακτική**

Αυτή η σύσταση αντικατοπτρίζει κατά κάποιο τρόπο την τρέχουσα πρακτική. Ωστόσο, μπορεί να οδηγήσει σε αλλαγή στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα και οι επαγγελματίες υγείας συζητούν την απώλεια βάρους.

[Επιστροφή στη σύσταση](#)

## **Χειροθεραπεία (Manual Therapy)**

[Συστάσεις 1.3.6 και 1.3.7](#)

## **Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις**

Η Επιτροπή αναγνώρισε την ύπαρξη πρόσφατων επιστημονικών δεδομένων που έδειξαν ορισμένα κλινικά οφέλη της χειροθεραπείας για την οστεοαρθρίτιδα ισχίου και γόνατος, χωρίς αντίστοιχη επιστημονική τεκμηρίωση για άλλες αρθρώσεις. Τα οφέλη ήταν πιο εμφανή όταν η χειροθεραπεία συνδυαζόταν με σωματική άσκηση. Κλινικά και οικονομικά στοιχεία έδειξαν ότι η σωματική άσκηση ως θεραπεία από μόνη της ήταν πιο αποτελεσματική από την θεραπεία με χειροθεραπεία μόνο αλλά και από τον θεραπευτικό συνδυασμό χειροθεραπείας και σωματικής άσκησης. Συνεπώς, η Επιτροπή κατέληξε ότι η χειροθεραπεία θα πρέπει να εξετάζεται μόνο σε συνδυασμό με σωματική άσκηση. Οι περισσότερες επιστημονικές μελέτες προτείνουν χειροθεραπεία για λιγότερο από 3 μήνες και κατά μέσο όρο για 7 εβδομάδες. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η διάρκεια της χειροθεραπείας θα διαφέρει ανάλογα με τις ανάγκες των ατόμων με οστεοαρθρίτιδα, αλλά σε γενικές γραμμές θα είναι παρόμοια

με τη διάρκεια που χρησιμοποιήθηκε στις περισσότερες επιστημονικές μελέτες. Τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν επίσης ότι απαιτείται περαιτέρω έρευνα, ιδίως δεδομένα από καλά σχεδιασμένες, υψηλής ποιότητας μελέτες με απόκρυψη (τυφλές μελέτες) και για άλλες αρθρώσεις που επηρεάζονται από την οστεοαρθρίτιδα.

## **Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική**

Η τρέχουσα πρακτική γύρω από τη χειροθεραπεία ποικίλλει. Η προσθήκη της χειροθεραπείας στην άσκηση θα ήταν μια μικρή αλλαγή στην καθημερινή πράξη, καθώς δεν χρειάζεται σε μακροπρόθεσμη βάση.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

## **Βελονισμός**

[Σύσταση 1.3.8](#)

### **Γιατί η Επιτροπή έκανε τη σύσταση**

Τα διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα αφορούσαν κυρίως στην οστεοαρθρίτιδα γόνατος και δείχνουν έλλειψη πλεονεκτημάτων του βελονισμού αλλά και κάποιες ενδείξεις για πρόκληση βλάβης. Τα οικονομικά δεδομένα έδειξαν επίσης ότι η χρήση βελονισμού για την οστεοαρθρίτιδα δεν είναι αποδοτική με οικονομικούς όρους. Κατά συνέπεια, η Επιτροπή δεν συνέστησε τη χρήση βελονισμού ή ξηρής βελόνας. Υπήρχαν κάποιες ενδείξεις κλινικού οφέλους και θετικού λόγου κόστους-αποτελεσματικότητας για τον ηλεκτροβελονισμό. Ωστόσο τα επιστημονικά δεδομένα ήταν πολύ χαμηλής ποιότητας λόγω του μικρού μεγέθους δείγματος των μελετών και της ασυνέπειας των μεταξύ τους αποτελεσμάτων. Τα επιστημονικά δεδομένα για τον ηλεκτροβελονισμό έδειξαν ότι παρουσίαζε όφελος σε σύγκριση με τον εικονικό (sham) βελονισμό, όχι όμως σε σύγκριση με τον κλασικό βελονισμό ή την απουσία θεραπείας. Η Επιτροπή θεώρησε ότι η ασυνέπεια στα επιστημονικά δεδομένα θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα του ότι ορισμένα άτομα ανταποκρίνονται καλύτερα στον ηλεκτροβελονισμό σε σχέση με άλλα άτομα. Επειδή υπάρχει αβεβαιότητα σχετικά με το ποιος/α μπορεί να ωφεληθεί από τον ηλεκτροβελονισμό, η Επιτροπή συστήνει τη

διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας σχετικά με τον ρόλο του ηλεκτροβελονισμού στη θεραπευτική αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας.

## **Πώς μπορεί να επηρεάσει η σύσταση την πρακτική**

Η σύσταση αντικατοπτρίζει την τρέχουσα πρακτική. Συνεπώς τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν ότι δεν αναμένεται να υπάρξει αλλαγή στην καθημερινή πρακτική.

[Επιστροφή στη σύσταση](#)

## **Ηλεκτροθεραπεία**

[Σύσταση 1.3.9-1.3.10](#)

### **Γιατί η Επιτροπή έκανε τη σύσταση**

Παρόλο που υπήρχαν πολλές μελέτες σχετικά με τη χρήση ηλεκτροθεραπείας στην οστεοαρθρίτιδα, τα ευρήματα ήταν μη συνεπή μεταξύ των μελετών και τα περισσότερα έδειξαν μικρό θεραπευτικό όφελος. Η Επιτροπή αναγνώρισε ότι οι περισσότερες μελέτες ήταν μικρές, με λιγότερους/ες από 100 συμμετέχοντες/ουσες, και ότι τα δεδομένα από τις άμεσες συγκρίσεις της ηλεκτροθεραπείας με άλλες παρεμβάσεις δεν μπορούσαν να οδηγήσουν σε ασφαλή συμπεράσματα. Τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν ότι δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για να προταθεί η χρήση της ηλεκτροθεραπείας σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα.

Παρόλα αυτά, η TEE αξιολόγησε πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα, συμπεριλαμβανομένων συστηματικών ανασκοπήσεων και κατευθυντήριων οδηγιών άλλων οργανισμών/επιστημονικών εταιρειών ([Cianni L 2024](#), [Berteau JP 2024](#), [French HP 2022](#), [Brophy RH 2022](#)). Αναγνώρισε ότι τα δεδομένα αυτά δεν δείχνουν ότι η ηλεκτροθεραπεία προσφέρει ουσιαστική βελτίωση της λειτουργικότητας αλλά μόνο ότι μπορεί να μειώσει τον πόνο βραχυπρόθεσμα. Επιπλέον, η TEE αποσαφήνισε ότι, με βάση τη διαθέσιμη επιστημονική τεκμηρίωση, η ηλεκτροθεραπεία από μόνη της δεν θα ήταν αποτελεσματική, αλλά θα πρέπει να συνδυάζεται με σωματική άσκηση.

Ως εκ τούτου, η TEE τροποποίησε τη σύσταση, ώστε να δίνεται η επιλογή της ηλεκτροθεραπείας, σε συνδυασμό με θεραπευτική σωματική άσκηση. Πρόσθεσε ότι

πρέπει να εξηγείται στα άτομα με οστεοαρθρίτιδα ότι η ηλεκτροθεραπεία δεν πρέπει να χρησιμοποιείται από μόνη της και ότι τα επιστημονικά δεδομένα δεν δείχνουν βελτίωση στη λειτουργικότητα αλλά μόνο βραχυπρόθεσμη μείωση του πόνου.

## **Πώς μπορεί να επηρεάσει η σύσταση την πρακτική**

Η σύσταση αντικατοπτρίζει την τρέχουσα πρακτική. Συνεπώς τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν ότι δεν αναμένεται να υπάρξει αλλαγή στην καθημερινή πρακτική.

[Επιστροφή στη σύσταση](#)

## **Βοηθήματα**

[Συστάσεις 1.3.12 και 1.3.14](#)

## **Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις**

Δεδομένα από μία μικρή μελέτη για βοηθήματα βάδισης έδειξαν ότι βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και μειώνουν τον πόνο, σε σύγκριση με το να μην χρησιμοποιείται κάποιο βοήθημα. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι τα βοηθήματα βάδισης έχουν το πλεονέκτημα ότι μειώνουν την πίεση στις αρθρώσεις των ποδιών, κάτι το οποίο βοηθά στη σταθερότητα και στην κίνηση ενθαρρύνοντας τη σωματική δραστηριότητα και την ανεξαρτησία. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα κατά την περίοδο αναμονής για αντικατάσταση της άρθρωσης ή όταν δεν μπορεί να πραγματοποιηθεί χειρουργική επέμβαση, καθώς το βοήθημα συμβάλλει στην υποστήριξη της άσκησης και στην ενίσχυση της αυτοπεποίθησης κατά τη βάδιση. Συνολικά, τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν ότι, λαμβάνοντας υπόψη και την εμπειρογνωμοσύνη τους, υπάρχουν επαρκή επιστημονικά δεδομένα για να συστήσουν τη χρήση βοηθημάτων βάδισης σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα των κάτω άκρων.

Η Επιτροπή κατέληξε στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να προταθεί η συστηματική χρήση πελμάτων, ναρθήκων, ταινιών, ναρθήκων ακινητοποίησης ή υποστηρικτικών βοηθημάτων. Επίσης, τα μέλη της σημείωσαν ότι υπάρχει κίνδυνος κάποια από αυτά τα βοηθητικά μέσα να προκαλέσουν σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως φλύκταινες και άλλου τύπου βλάβες λόγω πίεσης. Η Επιτροπή αναγνώρισε τις δυσκολίες που παρουσιάζει η έρευνα για τον ρόλο των

βοηθητικών μέσων, όπως η δημιουργία κατάλληλων εικονικών βοηθημάτων για σκοπούς σύγκρισης.

Τέλος, ΤΕΕ πρόσθεσε σύσταση να εξετάζεται το ενδεχόμενο παραπομπής σε ποδολόγο, εγγεγραμμένο στο μητρώο ποδολόγων, στις περιπτώσεις όπου επώδυνοι κάλοι επηρεάζουν τη βάδιση ή μειώνουν την κινητικότητα. Η αντιμετώπιση αυτών των κάλων ενδεχομένως να βελτιώσει τη συμμόρφωση των ατόμων με οστεοαρθρίτιδα στη θεραπευτική σωματική άσκηση.

## **Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική**

Η χρήση βοηθημάτων στην οστεοαρθρίτιδα ποικίλλει στην τρέχουσα πρακτική. Προς το παρόν, εξατομικευμένα ορθωτικά πέλματος, νάρθηκες, επιδεσμικές ταινίες ή στηρίγματα μπορεί να χρησιμοποιούνται από ορισμένα άτομα με οστεοαρθρίτιδα στην Κύπρο. Αναμένεται ότι η αντιμετώπιση επώδυνων κάλων από εξειδικευμένο/η επαγγελματία υγείας στην Κύπρο θα αυξηθεί.

[Επιστροφή στη σύσταση](#)

## **Τοπική, από του στόματος και διαδερμική χορήγηση φαρμάκων**

[Συστάσεις 1.4.1 - 1.4.8](#)

### **Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις**

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι οι φαρμακευτικές θεραπείες μπορεί να μειώνουν τα συμπτώματα και να βοηθούν τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα να αρχίζουν άλλες, πιο αποτελεσματικές θεραπείες, όπως η σωματική άσκηση. Ωστόσο, τα μέλη της Επιτροπής σημείωσαν ότι οι κίνδυνοι των φαρμακευτικών θεραπειών πρέπει να γίνονται κατανοητοί και μην γίνεται υπερβολική χρήση τους ή χρήση εκτός ενδείξεων. Η Επιτροπή αναγνώρισε ότι είναι δύσκολο να καθοριστεί η δοσολογία και διάρκεια κάποιας φαρμακευτικής αγωγής γενικά για όλα τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα, καθώς συχνά συνυπάρχουν άλλες νοσηρότητες και παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τη θεραπευτικό αποτέλεσμα. Συνεπώς, η Επιτροπή τόνισε ότι οι φαρμακευτικές θεραπείες θα πρέπει να χορηγούνται στη χαμηλότερη αποτελεσματική δόση και για το συντομότερο δυνατό χρονικό διάστημα.

Η τοπική χρήση μη στεροειδών αντιφλεγμονώδων φαρμάκων (ΜΣΑΦ) είναι κλινικά αποτελεσματική στη μείωση του πόνου σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα γόνατος και αποτελεί γενικώς την πιο αποδοτική, από πλευράς κόστους, φαρμακευτική επιλογή στην οστεοαρθρίτιδα. Επιπλέον, σχετίζεται με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα δεδομένα για τοπική χρήση ΜΣΑΦ προέρχονται από μελέτες σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα γόνατος και από μία μελέτη σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα χεριού. Δεν φάνηκε κλινικά σημαντική διαφορά στη μελέτη της οστεοαρθρίτιδας του χεριού, ωστόσο η Επιτροπή σημείωσε ότι το συμπέρασμα αυτό έχει μεγάλο βαθμό αβεβαιότητας, καθώς βασίζεται σε μία μόνο μελέτη. Η Επιτροπή παρατήρησε ότι, παρόλο που τα επιστημονικά στοιχεία έδειξαν όφελος μόνο για την οστεοαρθρίτιδα του γόνατος, ενδέχεται η τοπική χρήση ΜΣΑΦ να βοηθά και άλλα άτομα με οστεοαρθρίτιδα σε διαφορετικές αρθρώσεις. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η τοπική εφαρμογή καψαϊκίνης μειώνει τον πόνο στην οστεοαρθρίτιδα γόνατος, αλλά όχι στην οστεοαρθρίτιδα χεριού, και προκαλεί ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες. Ωστόσο, η καψαϊκίνη είναι ακριβότερη και τα η τοπική χρήση ΜΣΑΦ προτιμήθηκε ως επιλογή.

Τα από του στόματος ΜΣΑΦ βρέθηκαν να έχουν καλύτερη σχέση κόστους αποτελεσματικότητας, να μειώνουν ελαφρώς τον πόνο και να αυξάνουν τη σωματική λειτουργικότητα.

Η Επιτροπή αναγνώρισε τις προειδοποιήσεις ασφαλείας της Βρετανικής Ρυθμιστικής Αρχής Φαρμάκων και προϊόντων φροντίδας υγείας (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency – MHRA) σχετικά με τα ΜΣΑΦ, όσον αφορά στον καρδιαγγειακό κίνδυνο, στη νεφρική λειτουργία και στο γαστρεντερικό σύστημα. Συμφώνησε ότι τα ΜΣΑΦ, όπως και άλλες φαρμακευτικές θεραπείες για την οστεοαρθρίτιδα, πρέπει να χρησιμοποιούνται για όσο το δυνατόν μικρότερο χρονικό διάστημα και ότι οι δυνητικές βλάβες στο καρδιαγγειακό, στην ηπατική και νεφρική λειτουργία και στο γαστρεντερικό σύστημα, θα πρέπει να λαμβάνονται προσεκτικά υπόψη κατά τη συνταγογράφηση των ΜΣΑΦ.

Τα επιστημονικά δεδομένα δείχνουν ότι η γαστροπροστασία μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο αιμορραγίας στο γαστρεντερικό σύστημα ή τον κίνδυνο διάτρησης του στομάχου. Ωστόσο, η χρήση ΜΣΑΦ και γαστροπροστασίας σχετίστηκε με αύξηση καρδιαγγειακών ανεπιθύμητων ενεργειών, σε σύγκριση με τη χρήση από του στόματος ΜΣΑΦ χωρίς γαστροπροστασία. Η Επιτροπή ωστόσο συμφώνησε ότι το γεγονός αυτό

μπορεί να μην σχετίζεται άμεσα με την προσθήκη γαστροπροστασίας. Τα δεδομένα από τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές ενδέχεται να μην αποτελούν την καλύτερη πηγή για αξιολογήσεις ασφαλείας, καθώς το μέγεθος του δείγματος και η διάρκεια παρακολούθησης είναι συνήθως περιορισμένα. Γι' αυτό τα μέλη της Επιτροπής βασίστηκαν και στην κλινική τους εμπειρία και σε κατευθυντήριες οδηγίες άλλων οργανισμών, συμπεριλαμβανομένης της MHRA. Με βάση αυτά, τα μέλη της Επιτροπής κατέληξαν στο ότι η γαστροπροστασία θα πρέπει να προσφέρεται μαζί με τη χορήγηση ΜΣΑΦ.

Τα επιστημονικά δεδομένα έδειξαν ότι τα οπιοειδή επίσης ενέχουν δυνητικούς κινδύνους, συμπεριλαμβανομένων ανεπιθύμητων ενεργειών από το γαστρεντερικό και το κεντρικό νευρικό σύστημα. Η Επιτροπή αναγνώρισε και πρόσθετους πιθανούς κινδύνους, όπως την εξάρτηση, την επαγόμενη από τα οπιοειδή υπεραλγησία και την ανάπτυξη ανοχής στα οπιοειδή. Τα δεδομένα κόστους–αποτελεσματικότητας έδειξαν ότι η βουπρενορφίνη, ένα διαδερμικό οπιοειδές, ήταν γενικά πιο αποδοτική από το στόμα σε σχέση με τα ισχυρά οπιοειδή (όπως μορφίνη, οξυκωδόνη και τραμαδόλη). Αυτά τα στοιχεία προέρχονταν από άτομα που λάμβαναν βουπρενορφίνη χωρίς προηγούμενη χρήση οπιοειδών, κάτι που δεν ίσχυε για όσους/ες λάμβαναν ισχυρά από του στόματος οπιοειδή. Όλοι/ες οι συμμετέχοντες/ουσες είχαν ήδη δοκιμάσει κάποιο αναλγητικό, όπως ΜΣΑΦ ή παρακεταμόλη. Ωστόσο, η Επιτροπή έλαβε υπόψη την προειδοποίηση ασφαλείας της MHRA για τα οπιοειδή και τις συστάσεις των κατευθυντήριων οδηγιών του NICE για φάρμακα που σχετίζονται με εξάρτηση ή συμπτώματα στέρησης, οι οποίες αποθαρρύνουν τη χρήση οπιοειδών παρατεταμένης αποδέσμευσης. Για τον λόγο αυτό, η Επιτροπή συνέστησε να μην χρησιμοποιούνται ισχυρά οπιοειδή. Τα δεδομένα από μία μικρή μελέτη για τα ασθενή οπιοειδή έδειξαν κλινικά σημαντικό όφελος στη μείωση του πόνου. Παρόλα αυτά, τα μέλη της Επιτροπής συμφώνησαν ότι τα στοιχεία δεν ήταν επαρκή, ενώ οι πιθανοί κίνδυνοι παραμένουν σημαντικοί, και συνεπώς δεν δικαιολογούν τη χρήση τους.

Αν και η πιθανότητα ανεπιθύμητων ενεργειών της παρακεταμόλης είναι χαμηλή, τα επιστημονικά δεδομένα δεν έδειξαν πρόσθετα οφέλη από τη χρήση της στη μείωση του πόνου και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της σωματικής λειτουργικότητας, σε σύγκριση με τη χρήση εικονικού φαρμάκου. Ωστόσο, η Επιτροπή σημείωσε ότι ορισμένα άτομα δεν μπορούν να χρησιμοποιήσουν τα ΜΣΑΦ. Ως εκ τούτου, δεν

προτείνουν τα μέλη της Επιτροπής τη συστηματική χρήση παρακεταμόλης, αλλά σημείωσαν ορισμένες περιπτώσεις στις οποίες μπορεί να χρησιμοποιηθεί.

Τα επιστημονικά δεδομένα για τη γλυκοζαμίνη ήταν μη συνεπή μεταξύ των μελετών και τα μεγαλύτερα αναφερόμενα οφέλη προέρχονταν από μικρότερες, χαμηλότερης ποιότητας μελέτες. Επίσης, επειδή στο Ηνωμένο Βασίλειο δεν χρησιμοποιείται στην κλινική πρακτική και δεν υπάρχει ισχυρή τεκμηρίωση υπέρ της αποτελεσματικότητάς της, η Επιτροπή συνέστησε να μην χρησιμοποιείται σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα. Παρόλα αυτά, η γλυκοζαμίνη στην Κύπρο χρησιμοποιείται στην κλινική πρακτική και, εφόσον υπάρχουν πρόσφατες συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις που αναφέρουν θεραπευτικά οφέλη ([Dewan Md Sumsuzzman 2024](#), [Rabade A 2024](#)), η ΤΕΕ αποφάσισε την τροποποίηση της σύστασης, ώστε να εξετάζεται η χρήση της γλυκοζαμίνης (και της χονδροϊτίνης) σε συνδυασμό με θεραπευτική σωματική άσκηση και τη μείωση του βάρους.

Η Επιτροπή έκρινε ότι δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία για να γίνουν συστάσεις σχετικά με τη χρήση αντιεπιληπτικών, αντικαταθλιπτικών, θερμαντικών σκευασμάτων για τοπική χρήση και τοπικών αναισθητικών. Πρότεινε περαιτέρω έρευνα για τον ρόλο στην οστεοαρθρίτιδα των αντιεπιληπτικών, των αντικαταθλιπτικών, των από του στόματος ασθενών οπιοειδών και των τοπικών αναισθητικών. Η ντουλοξετίνη δεν συμπεριλήφθηκε στη σύσταση για περαιτέρω έρευνα, καθώς έχουν ήδη διεξαχθεί πολλές μελέτες για τη χρήση της, σε αντίθεση με άλλα αντικαταθλιπτικά που χρησιμοποιούνται συχνότερα και για τα οποία υπάρχουν λιγότερα στοιχεία για τον ρόλο τους στην αντιμετώπιση του πόνου (όπως τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά). Η Επιτροπή δεν πρότεινε περαιτέρω έρευνα σχετικά με τα θερμαντικά τοπικά σκευάσματα, καθώς θεώρησε ότι δεν θα προσέφεραν όφελος στα άτομα με οστεοαρθρίτιδα.

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η όποια φαρμακευτική θεραπεία πρέπει να επανεξετάζεται περιοδικά συζητώντας με τα άτομα που έχουν οστεοαρθρίτιδα. Συστήθηκε επίσης η επανεξέταση να γίνεται βάσει των κλινικών αναγκών.

## **Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική**

Η τρέχουσα πρακτική στη φαρμακευτική θεραπεία της οστεοαρθρίτιδας ποικίλλει ως προς τα είδη φαρμάκων που χρησιμοποιούνται και στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα έχουν πρόσβαση στη θεραπεία τους (για παράδειγμα, αγορά των φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή έναντι πρόσβασης στα προτεινόμενα φάρμακα μέσω των διαφόρων δομών υγειονομικής περίθαλψης).

Αυτές οι συστάσεις μπορεί να προκαλέσουν αλλαγές στην τρέχουσα πρακτική, με χρήση φαρμάκων για μικρότερο χρονικό διάστημα, αύξηση της χρήσης ΜΣΑΦ τοπικά και μείωση της λήψης παρακεταμόλης και οπιοειδών. Δεν αναμένεται να προκληθούν αλλαγές στην τρέχουσα πρακτική στην Κύπρο όσον αφορά στη χρήση γλυκοζαμίνης.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

## **Ενδοαρθρικές ενέσεις**

[Συστάσεις 1.4.9 και 1.4.13](#)

### **Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις**

Δεν υπήρχαν επιστημονικά δεδομένα που να δείχνουν ότι οι ενέσεις υαλουρονάνης βελτίωσαν την ποιότητα ζωής ή τη φυσική λειτουργικότητα ή μείωσαν τον πόνο σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα γόνατος ή ισχίου. Τα επιστημονικά στοιχεία έδειξαν πιθανή βλάβη στην οστεοαρθρίτιδα του ισχίου. Για άλλες αρθρώσεις που έχουν προσβληθεί από οστεοαρθρίτιδα, περιορισμένα, μη συνεπή μεταξύ των μελετών, δεδομένα έδειξαν οφέλη αλλά και ορισμένες πιθανές βλάβες. Με βάση την εμπειρία των μελών της, η Επιτροπή κατέληξε στο ότι αυτά τα αποτελέσματα είναι γενικεύσιμα και σε άλλες μορφές οστεοαρθρίτιδας και ότι δεν πρέπει να προσφέρονται ενέσεις υαλουρονάνης.

Η ΤΕΕ αξιολόγησε πιο πρόσφατα δεδομένα, συμπεριλαμβανομένης μίας συστηματικής ανασκόπησης (umbrella review) που τονίζει τη χρησιμότητα αυτής της θεραπείας σε συγκεκριμένες περιπτώσεις όσον αφορά στη μείωση του πόνου στην οστεοαρθρίτιδα του γόνατος ([Glinkowski WM 2025](#)). Επιπλέον, τα μέλη της ΤΕΕ τόνισαν τη σημασία των ενδοαρθρικών ενέσεων σε περιπτώσεις όπου άλλες θεραπείες δεν είναι αποτελεσματικές ή είναι μη εφαρμόσιμες. Η σύσταση συνεπώς

έχει τροποποιηθεί, ώστε να εξετάζεται το ενδεχόμενο χρήσης ενδοαρθρικών ενέσεων υαλορουνικού σε συγκεκριμένες περιπτώσεις οστεοαρθρίτιδας γόνατος.

Τα επιστημονικά δεδομένα δεν έδειξαν ξεκάθαρα οφέλη από τη χρήση ενδοαρθρικών ενέσεων κορτικοστεροειδών όσον αφορά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της φυσικής λειτουργικότητας σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα ισχίου, καθώς και στη μείωση του πόνου σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα γόνατος. Δεν υπήρχαν στοιχεία που να δείχνουν μακροπρόθεσμο όφελος πέραν των 3 μηνών. Λαμβάνοντας υπόψη τα πιθανά οφέλη και την εξειδικευμένη γνώμη των μελών της Επιτροπής, συμφωνήθηκε ότι το ενδεχόμενο χρήσης ενδοαρθρικών ενέσεων κορτικοστεροειδών μπορεί να εξεταστεί για άτομα με οστεοαρθρίτιδα, όταν άλλες θεραπείες δεν έχουν αποδώσει, υπό την προϋπόθεση ότι ενημερώνονται ότι η ανακούφιση θα είναι βραχυπρόθεσμη (2 έως 10 εβδομάδες). Η Επιτροπή συμφώνησε ότι, όταν χρησιμοποιούνται, οι ενέσεις κορτικοστεροειδών πρέπει να λειτουργούν συμπληρωματικά βοηθώντας τα άτομα να κάνουν σωματική άσκηση, όπου αυτό είναι εφικτό. Βάσει της εμπειρογνωμοσύνης των μελών της, η Επιτροπή θεώρησε ότι αυτά τα στοιχεία μπορούν να γενικευθούν και σε άλλες αρθρώσεις που επηρεάζονται από την οστεοαρθρίτιδα.

## **Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική**

Η σύσταση για ενδοαρθρικές ενέσεις υαλορουνικού αντικατοπτρίζει την τρέχουσα πρακτική. Συνεπώς, η Επιτροπή συμφώνησε ότι δεν πρέπει να υπάρξει αλλαγή στην πρακτική.

Οι ενέσεις κορτικοστεροειδών χρησιμοποιούνται στην τρέχουσα πρακτική, αλλά η σύσταση εφαρμογής τους μόνο για τη βραχυπρόθεσμη ανακούφιση των συμπτωμάτων μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της χρήσης.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

## **Παρακολούθηση και επανεξέταση**

[Συστάσεις 1.5.1 έως 1.5.3](#)

## Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Δεν υπήρχαν διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με το πώς θα πρέπει να παρακολουθούνται τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα. Ως εκ τούτου, η Επιτροπή βασίστηκε στην κλινική εμπειρία των μελών της για τη διαμόρφωση των συστάσεων. Στην τρέχουσα κλινική πρακτική, η παρακολούθηση καθοδηγείται κυρίως από τα συμπτώματα ή, κατά τη διάρκεια ιατρικών εξετάσεων για άλλες παθήσεις, τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα θίγουν το θέμα. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η παρακολούθηση βάσει συμπτωμάτων μπορεί να είναι η πλέον κατάλληλη προσέγγιση για τα περισσότερα άτομα με οστεοαρθρίτιδα. Αυτό συμβαίνει επειδή πολλά άτομα με οστεοαρθρίτιδα μπορούν τα ίδια να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά την κατάστασή τους, με την κατάλληλη ενημέρωση και καθοδήγηση. Ωστόσο, η Επιτροπή αναγνώρισε ότι η παρακολούθηση πρέπει να εστιάζει στις ανάγκες του κάθε ατόμου, γι' αυτό, σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί να απαιτείται προγραμματισμός των επισκέψεων. Η Επιτροπή τόνισε επίσης τη σημασία του να συμφωνηθεί ένα συγκεκριμένο χρονικό πλαίσιο εντός του οποίου το άτομο θα πρέπει να αναζητήσει επιπλέον βοήθεια, εάν η θεραπευτική αντιμετώπιση δεν βελτιώνει τα συμπτώματα. Επιπλέον, συμφωνήθηκε ότι είναι σημαντικό η οστεοαρθρίτιδα να αντιμετωπίζεται ολιστικά, σε συνάρτηση με άλλες συννοσηρότητες που μπορεί να υπάρχουν. Λόγω της έλλειψης επιστημονικών δεδομένων στον συγκεκριμένο τομέα, η Επιτροπή πρότεινε τη διεξαγωγή περαιτέρω έρευνας σχετικά με την αποτελεσματικότητα της παρακολούθησης των ατόμων με οστεοαρθρίτιδα κατόπιν πρωτοβουλίας των ιδίων, συγκριτικά με παρακολούθηση που προγραμματίζεται με συστηματικό τρόπο.

## Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική

Οι συστάσεις αυτές αντικατοπτρίζουν γενικά την τρέχουσα πρακτική.

[Επιστροφή στις συστάσεις](#)

## Απεικονιστικές εξετάσεις στη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας

[Σύσταση 1.5.4](#)

## Γιατί η Επιτροπή έκανε τη σύσταση

Δεν υπήρχαν διαθέσιμα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με τη χρήση απεικονιστικών εξετάσεων στη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας. Ως εκ τούτου, η Επιτροπή βασίστηκε στην εμπειρογνωμοσύνη των μελών της για τη διαμόρφωση της σύστασης. Τα μέλη της Επιτροπής αναγνώρισαν ότι η χρήση απεικονιστικών εξετάσεων είναι σημαντική για την επιβεβαίωση της σοβαρότητας των δομικών αλλαγών στην άρθρωση κατά τον προγραμματισμό ή την αξιολόγηση της χειρουργικής επέμβασης. Ωστόσο, δεν ήταν σαφές ποιος/α πρέπει να διενεργεί τις απεικονιστικές εξετάσεις, καθώς κάποιοι/ες χειρουργοί ενδέχεται να δέχονται παραπομπή ατόμου για χειρουργική επέμβαση μόνο εάν τους/τις παρέχονται τα αποτελέσματα των απεικονιστικών εξετάσεων, ενώ άλλοι/ες μπορεί να προτιμούν να πραγματοποιήσουν οι ίδιοι/ες τις εξετάσεις μετά την παραπομπή. Στις περισσότερες περιπτώσεις, οι απεικονιστικές εξετάσεις δεν είναι απαραίτητες για την αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας, καθώς δεν προσφέρουν πληροφορία για το πώς θα ανταποκριθεί το νόσημα στη θεραπεία. Η Επιτροπή συστήνει τη διεξαγωγή έρευνας σχετικά με τη χρήση και τον ρόλο των απεικονιστικών εξετάσεων στην καθοδήγηση της μη χειρουργικής και προεγχειρητικής αντιμετώπισης της οστεοαρθρίτιδας.

Τέλος, η ΤΕΕ πρόσθεσε επιπλέον οδηγίες για το πότε συστήνεται να χρησιμοποιούνται απεικονιστικές εξετάσεις στη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας σε ξεχωριστό Παράρτημα (Παράρτημα II), με βάση την οδηγία της European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) ([Kwaśniewska A 2022](#)).

## Πώς μπορεί να επηρεάσει η σύσταση την πρακτική

Η σύσταση αντικατοπτρίζει την τρέχουσα πρακτική.

[Επιστροφή στη σύσταση](#)

## Παραπομπή για αντικατάσταση άρθρωσης

[Συστάσεις 1.6.1 έως 1.6.4](#)

## Γιατί η Επιτροπή έκανε τις συστάσεις

Τα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με τα κριτήρια παραπομπής για αντικατάσταση μίας άρθρωσης ήταν περιορισμένα. Τα διαθέσιμα δεδομένα υποστηρίζουν το ότι η μη ανταπόκριση στα αναλγητικά μπορεί να σχετίζεται με την ανάγκη αντικατάστασης της άρθρωσης. Η μεγαλύτερη διάρκεια των συμπτωμάτων δεν φάνηκε να συνδέεται με την ανάγκη χειρουργική επέμβασης, δείχνοντας έτσι ότι η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι λιγότερο σημαντική από τη μη ανταπόκριση στις θεραπείες. Τα στοιχεία για τους δείκτες *Oxford Hip and Knee scores*, *Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS)* και *Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS)* έδειξαν ότι οι αριθμητικές αυτές κλίμακες από μόνες τους είναι σχεδόν απίθανο να καθορίσουν αν κάποιος/α πρέπει να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση. Επομένως δεν συστήνεται η χρήση τους. Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η απόφαση της παραπομπής για αντικατάσταση μίας άρθρωσης πρέπει να βασίζεται στην κλινική αξιολόγηση, αφού έχουν δοκιμαστεί όλες οι κατάλληλες θεραπείες για επαρκές χρονικό διάστημα, ώστε να διαπιστωθεί ότι δεν είναι αποτελεσματικές στη μείωση των συμπτωμάτων. Λόγω έλλειψης στοιχείων, η Επιτροπή διατύπωσε την ανάγκη διεξαγωγής έρευνας σχετικά με τους δείκτες που υποδεικνύουν την ανάγκη αντικατάστασης άρθρωσης σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα.

Τα επιστημονικά δεδομένα σχετικά με την απώλεια βάρους πριν από χειρουργική επέμβαση δείχνουν ότι, μετά από αντικατάσταση άρθρωσης ισχίου ή γόνατος, δεν υπήρχε διαφορά στα αποτελέσματα μεταξύ ατόμων σε διαφορετικές κατηγορίες Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Τα άτομα που ήταν υπέρβαρα ή παχύσαρκα, με βάση τον ΔΜΣ, δεν εμφάνισαν αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας μετά το χειρουργείο και παρουσίασαν βελτίωση στην ποιότητα ζωής και σε άλλες εκβάσεις που αναφέρουν οι ίδιοι/ες οι ασθενείς. Για τα άτομα με χαμηλό βάρος, σύμφωνα με τον ΔΜΣ, τα στοιχεία έδειξαν αυξημένο ποσοστό θνησιμότητας. Ωστόσο, η Επιτροπή θεώρησε ότι αυτό μπορεί να οφείλεται σε συννοσηρότητες και να υπερεκτιμάται λόγω του μικρότερου αριθμού συμμετεχόντων/ουσών με χαμηλό βάρος στις μελέτες. Ορισμένες έρευνες έβαζαν μαζί την ομάδα φυσιολογικού βάρους, με τα άτομα χαμηλού βάρους, γεγονός που δυσκόλευε την ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Η Επιτροπή αναγνώρισε ότι ο ΔΜΣ μπορεί να δώσει λανθασμένες εντυπώσεις σχετικά με τους κινδύνους και ότι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και άλλοι παράγοντες, όπως οι συννοσηρότητες. Συνεπώς, η

Επιτροπή κατέληξε ότι ο ΔΜΣ και άλλες μετρήσεις που προσδιορίζουν αν το άτομο είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο, δεν πρέπει να αποτελούν εμπόδιο για χειρουργική αντικατάσταση μίας άρθρωσης.

Ομοίως, η Επιτροπή συμφώνησε ότι όλοι/ες πρέπει να αντιμετωπίζονται ισότιμα και τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα δεν πρέπει να αποκλείονται από παραπομπή για αντικατάσταση μίας άρθρωσης για λόγους ηλικίας, φύλου, επειδή καπνίζουν ή διότι υπάρχουν συννοσηρότητες. Συμφώνησαν τα μέλη της Επιτροπής ότι υπάρχουν λίγες αντενδείξεις στη χειρουργική επέμβαση και ότι ο/η χειρουργός είναι ο/η αρμόδιος/α να αξιολογήσει και να συζητήσει την καταλληλότητα της επέμβασης αντικατάστασης άρθρωσης κατά περίπτωση. Η Επιτροπή συνέστησε επίσης ότι οι κίνδυνοι της χειρουργικής επέμβασης, εξατομικευμένα για κάθε άτομο, πρέπει να εξηγούνται.

## **Πώς οι συστάσεις μπορεί να επηρεάσουν την πρακτική**

Η τρέχουσα πρακτική ποικίλει. Εάν όλα τα κέντρα υιοθετήσουν αυτές τις συστάσεις, τότε μπορεί να αυξηθεί ο αριθμός παραπομπών για χειρουργική επέμβαση και κατ' επέκταση οι χειρουργικές αντικαταστάσεις αρθρώσεων συνολικά.

### [Επιστροφή στις συστάσεις](#)

## **Αρθροσκοπικές διαδικασίες**

### [Σύσταση 1.7.1](#)

## **Γιατί η Επιτροπή έκανε τη σύσταση**

Δεν υπήρχαν επιστημονικά δεδομένα που να δείχνουν ότι η αρθροσκόπηση μειώνει τον πόνο και βελτιώνει τη σωματική λειτουργικότητα. Τα επιστημονικά δεδομένα έδειξαν επίσης το ενδεχόμενο εμφάνισης βλαβών κατά την αρθροσκόπηση σε σχέση με εικονικές επεμβάσεις σύγκρισης. Στοιχεία κόστους-αποτελεσματικότητας έδειξαν ότι οι αρθροσκοπικές επεμβάσεις ήταν πιο δαπανηρές από την τυπική φροντίδα.

Η Επιτροπή συμφώνησε ότι η αρθροσκόπηση δεν χρησιμοποιείται συνήθως στην κλινική πράξη για την αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας.

## **Πώς μπορεί να επηρεάσει η σύσταση την πρακτική**

Η σύσταση αντικατοπτρίζει την τρέχουσα πρακτική. Επομένως δεν θα πρέπει να αναμένεται αλλαγή στην πρακτική.

[Επιστροφή στη σύσταση](#)

## Πλαίσιο

Αυτή η οδηγία αποτελεί προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας του NICE [NG226] Οστεοαρθρίτιδα σε άτομα άνω των 16 ετών: διάγνωση και διαχείριση για το σύστημα υγείας της Κύπρου.

Η οστεοαρθρίτιδα είναι η πιο κοινή μορφή αρθρίτιδας. Συνήθως εμφανίζεται με συμπτώματα στις αρθρώσεις, όπως πόνο και δυσκαμψία, που επηρεάζουν κυρίως τις αρθρώσεις του γόνατος, του ισχίου, του χεριού και του ποδιού. Τα συμπτώματα ποικίλλουν, από ήπια και διαλείποντα, έως πιο επίμονα ή σοβαρά. Η κατάσταση δεν επιδεινώνεται αναπόφευκτα, όμως τα συμπτώματα παρουσιάζουν διακυμάνσεις και οι εξάρσεις είναι συχνές.

Η οστεοαρθρίτιδα είναι πιο συχνή σε γυναίκες, άτομα που ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές, άτομα ηλικίας 45 ετών και άνω και άτομα που είναι παχύσαρκα. Ο επιπολασμός της οστεοαρθρίτιδας αυξάνεται και σήμερα υπολογίζεται σε περίπου 595 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως, ενώ στη δυτική, κεντρική και ανατολική Ευρώπη, η οστεοαρθρίτιδα είναι αιτία για περίπου 2,20, 0,53 και 1,01 εκατομμύρια χρόνων ζωής με αναπηρία, αντίστοιχα ([GBD 2021 Osteoarthritis Collaborators 2023](#)).

Η οστεοαρθρίτιδα έχει αρνητικό αντίκτυπο στις καθημερινές δραστηριότητες, στην ποιότητα ζωής και στην υγεία. Μπορεί να επηρεάσει τη σωματική, κοινωνική και συναισθηματική ζωή των ανθρώπων. Περισσότερα από τα μισά άτομα με οστεοαρθρίτιδα αναφέρουν ότι επηρεάζει σοβαρά την οικογενειακή και επαγγελματική τους ζωή. Οι ρευματικές και μυοσκελετικές παθήσεις γενικά, καθώς και η οστεοαρθρίτιδα ειδικότερα, μπορεί να οδηγήσουν σε απουσίες ή δυσλειτουργία κατά την εργασία, με σημαντικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα της εργασίας, που σε μεγάλο βαθμό είναι παρόμοιες στις μεγάλες ευρωπαϊκές χώρες ([Kingsbury SR 2014](#)).

Στην Κύπρο, προηγούμενη έρευνα έχει δείξει ότι το μέσο άμεσο ετήσιο κόστος ανά άτομο με οστεοαρθρίτιδα σταδίου 1, 2 και 3, υπολογίζεται σε περίπου €280, €1840 και €5640, αντίστοιχα. Αυτές οι εκτιμήσεις περιλάμβαναν το κόστος για επισκέψεις σε ιατρό, απεικονιστικές εξετάσεις, φαρμακευτική αγωγή, μη φαρμακευτικές θεραπείες, συμπληρώματα διατροφής και ποδολογικές θεραπείες ([Andrioti D 2015](#)).

Η οστεοαρθρίτιδα μπορεί επίσης να εμποδίσει τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν σωστά άλλα προβλήματα υγείας. Αυτό αποδίδεται στο γεγονός ότι οι περιορισμοί στη

φυσική δραστηριότητα επηρεάζουν την ικανότητα να διαχειρίζονται τα ίδια τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα τα διάφορα άλλα προβλήματά τους (για παράδειγμα, από τη λήψη δισκίων έως την εκτέλεση αερόβιας άσκησης) ή την ικανότητά τους να αναζητούν υποστήριξη από έναν/μία επαγγελματία υγείας (για παράδειγμα, λόγω των κινητικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν) ή μπορεί να οφείλεται στον αρνητικό αντίκτυπο που ο πόνος τους έχει στη διάθεση και στα κίνητρά τους.

### **Τρέχουσα πρακτική**

Οι προσωπικοί ιατροί είναι ένα κοινό πρώτο σημείο επαφής για τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα. Όμως, κάποιοι άνθρωποι επισκέπτονται τον ιατρό τους μόνο μία φορά και κάποιοι άλλοι ποτέ. Αυτό το φαινόμενο μπορεί να οφείλεται στο κοινωνικό στίγμα και στην απομόνωση των ατόμων που υποφέρουν από τον πόνο ή σε κοινές παρανοήσεις ότι δεν μπορεί να γίνει τίποτα ή ότι ο πόνος στις αρθρώσεις είναι μέρος της φυσιολογικής γήρανσης.

Μια σειρά από μη φαρμακευτικές, φαρμακευτικές και χειρουργικές παρεμβάσεις μπορούν να μειώσουν τον πόνο στις αρθρώσεις και να βελτιώσουν τη λειτουργικότητά τους. Αυτές οι παρεμβάσεις όμως δεν χρησιμοποιούνται με συνέπεια και οι επαγγελματίες υγείας ενδέχεται να μην θεωρούν την οστεοαρθρίτιδα ως κλινική προτεραιότητα.

Παρόλο που η χειρουργική αντικατάσταση μίας άρθρωσης μπορεί να είναι εξαιρετικά αποτελεσματική, δεν σημαίνει ότι τη χρειάζονται όλοι και παραμένει ασαφές ποιος θα ωφεληθεί περισσότερο από αυτήν. Υπάρχει επίσης αβεβαιότητα σχετικά με το εάν η θεραπεία των εξάρσεων της οστεοαρθρίτιδας θα πρέπει διαφέρει από αυτή για συμπτώματα που διαρκούν.

Ένα αυξανόμενο αριθμός επαγγελματιών πολλαπλών ειδικοτήτων φροντίζει τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα. Όλοι/ες οι επαγγελματίες θα πρέπει να είναι καταρτισμένοι/ες, ώστε να παρέχουν υψηλής ποιότητας και οικονομικά αποδοτική θεραπεία.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Οπτική σύνοψη της κατευθυντήριας οδηγίας

Διαχείριση της Οστεοαρθρίτιδας

**Εξηγήστε ότι:**

- Η διάγνωση της οστεοαρθρίτιδας κατά την πρώτη επίσκεψη γίνεται κλινικά, χωρίς την ανάγκη απεικονιστικών εξετάσεων
- Η διαχείριση της νόσου βασίζεται στη συμπτωματολογία και στη λειτουργικότητα των ατόμων
- Οι βασικές προσεγγίσεις αντιμετώπισης της οστεοαρθρίτιδας είναι η σωματική άσκηση, η απώλεια κιλών και η διατήρηση ιδανικού σωματικού βάρους, μαζί με την έγκυρη ενημέρωση των ατόμων για τη νόσο και τη στήριξή τους

<p><b>Σωματική Άσκηση</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Σε όλα τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα, προτείνεται τη σωματική άσκηση ως μέσο θεραπείας προσαρμοσμένη στις ανάγκες τους (π.χ. τοπική μυϊκή ενδυνάμωση, αερόβια άσκηση, όπως πεζοπορία, ποδηλασία, κολύμπι ή άλλοι τύπου άσκηση χωρίς πρόσκρουση).</li> <li>• Εξετάστε τη δυνατότητα παροχής εποπτευόμενων θεραπευτικών συνεδριών σωματικής άσκησης.</li> <li>• Συμβουλευτείτε τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα ότι η άσκηση μπορεί αρχικά να προκαλέσει πόνο ή δυσφορία, αλλά μακροχρόνια θα ωφελήσει τις αρθρώσεις, θα μειώσει τον πόνο και θα βελτιώσει τη σωματική λειτουργία.</li> </ul>	<p><b>Διαχείριση Βάρους</b></p> <p><b>Για άτομα με οστεοαρθρίτιδα που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• συμβουλευτείτε τους/τις ότι η απώλεια βάρους θα βελτιώσει την ποιότητα ζωής και τη σωματική λειτουργικότητα και θα μειώσει τον πόνο</li> <li>• υποστηρίξτε τους/τις να επιλέξουν κάποιον στόχο απώλειας βάρους</li> <li>• εξηγήστε τους/τις ότι απώλεια βάρους σε οποιοδήποτε ποσοστό αναμένεται να έχει ευεργετικά αποτελέσματα. Απώλεια κιλών σε ποσοστό 10% του σωματικού βάρους είναι πιθανό να έχει μεγαλύτερο όφελος από απώλεια της τάξης του 5%.</li> </ul>	<p><b>Πληροφόρηση και Υποστήριξη</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Προσαρμόστε τις πληροφορίες που δίνετε στα άτομα με οστεοαρθρίτιδα στις ατομικές ανάγκες τους και εξασφαλίστε ότι είναι σε μορφή που μπορούν να βρουν και να χρησιμοποιήσουν.</li> <li>• Συμβουλευτείτε τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα για το πού μπορούν να βρουν επιπλέον πληροφορίες σχετικά με:             <ul style="list-style-type: none"> <li>ο την κατάσταση τους και τις βασικές παρανοήσεις σχετικά με την πάθηση</li> <li>ο συγχεκρμένους τύπους άσκησης</li> <li>ο τη διαχείριση των συμπτωμάτων τους</li> <li>ο πρόσβαση σε επιπλέον πηγές ενημέρωσης και στήριξης</li> <li>ο οφέλη και περιορισμούς των θεραπειών</li> </ul> </li> </ul>
---	--	--

<p><b>Χειροθεραπεία</b></p> <p>Να προτείνεται μόνο όταν αφορά οστεοαρθρίτιδα ισχίου ή γόνατος σε συνδυασμό με θεραπευτική σωματική άσκηση.</p>	<p><b>Ηλεκτροθεραπεία</b></p> <p>Εξετάστε τη χρήση ηλεκτροθεραπείας για βραχυπρόθεσμη μείωση του πόνου.</p>	<p><b>Βοηθήματα</b></p> <p>Εξετάστε τη χρήση βοηθημάτων βάδισης για άτομα με οστεοαρθρίτιδα των κάτω άκρων.</p>	<p><b>Μην προσφέρετε:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Βελονισμό</li> <li>• Θεραπεία με Ξηρά βελόνα</li> </ul>
--	---	---	--

**Φαρμακευτική Θεραπεία**

**Εάν απαιτείται, χρησιμοποιήστε φάρμακα:**

- μαζί με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις και συμπληρωματικά στη σωματική άσκηση
- στη χαμηλότερη αποτελεσματική δόση και για το μικρότερο δυνατό χρονικό διάστημα.

Εξετάστε από καινού με τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα αν πρέπει να συνεχιστεί η φαρμακευτική θεραπεία με βάση την κλινική εικόνα και την εξέλιξη της νόσου

- Προσφέρετε τοπική χρήση μη-στεροειδών αντιφλεγμονώδων φαρμάκων (ΜΣΑΦ) σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα γόνατος.
- Εξετάστε τη τοπική χρήση ΜΣΑΦ σε άτομα που η οστεοαρθρίτιδα επηρεάζει άλλες αρθρώσεις.

- Εξετάστε τη χρήση από του στόματος ΜΣΑΦ εάν η τοπική χρήση είναι αναποτελεσματική ή ακατάλληλη, και προσφέρετε γαστροπροστασία για όσο λαμβάνουν ΜΣΑΦ.
- Εξετάστε τη χρήση γλυκοζαμίνης και χονδροϊτίνης παράλληλα με τη σωματική άσκηση και τη μείωση βάρους
- Για την αντιμετώπιση της οστεοαρθρίτιδας γόνατος (στάδια 1-2 και επιλεγμένες περιπτώσεις σταδίου 3), εξετάστε τη χορήγηση ενδοαρθρικών ενέσεων υαλοϋνικού οξέος, όταν άλλες θεραπείες είναι αναποτελεσματικές ή ακατάλληλες

**Μην προσφέρετε:**

- **συστηματικά παρακεταμόλη ή ασθενή οιοειδή**, εκτός εάν:
  - ο χρησιμοποιούνται μόνο περιστασιακά για βραχυπρόθεσμη ανακούφιση του πόνου
  - ο όλες οι άλλες φαρμακευτικές θεραπείες αντενδείκνυνται, είναι μη ανεκτές ή αναποτελεσματικές
- **ισχυρά οιοειδή**
- **ενδοαρθρικές ενέσεις υαλοϋνικού ή συμπυκνωμένου πλάσματος που περιέχει αυξημένη συγκέντρωση αιμοπεταλίων (Platelet-Rich-Plasma)**
  - ο για διαχείριση οστεοαρθρίτιδας γόνατος με ενεργό φλεγμονή
  - ο για τη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας ισχίου.



Το παρόν αποτελεί σύνοψη της Κατευθυντήριας Οδηγίας για τη Διάγνωση και Διαχείριση της Οστεοαρθρίτιδας σε άτομα άνω των 16 ετών

**Παραπομπή για αντικατάσταση άρθρωσης**

Εξετάστε το ενδεχόμενο να παραπέμψετε άτομα με οστεοαρθρίτιδα ισχίου, γόνατος ή ώμου για αντικατάσταση άρθρωσης εάν:

- τα συμπτώματά τους στις αρθρώσεις επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής τους και
- η μη χειρουργική αντιμετώπιση είναι αναποτελεσματική ή ακατάλληλη.

Μην αποκλείετε το ενδεχόμενο παραπομπής ατόμων με οστεοαρθρίτιδα για αντικατάσταση άρθρωσης λόγω ηλικίας, φύλου, καπνίσματος, συννοσηροτήτων και αυξημένου σωματικού βάρους.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

### Πληροφορίες για τη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη φροντίδα σας

#### Η φροντίδα σας

Είναι δικαίωμά σας να συμμετέχετε σε αποφάσεις σχετικές με τις διαθέσιμες επιλογές που αφορούν στη φροντίδα σας. Για να αποφασίσετε, πρέπει να ξέρετε ποιες είναι οι επιλογές σας και τι μπορεί να συμβεί εάν δεν επιθυμείτε κάποια αγωγή ή φροντίδα.

Λάβετε πληροφορίες σχετικά με το τι πρέπει να κάνετε:

- πριν δείτε τον/την επαγγελματία υγείας ή περίθαλψης
- όταν δείτε τον/την επαγγελματία υγείας ή περίθαλψης
- όταν εμπλέκονται άλλα άτομα
- όταν δεν μπορείτε να δώσετε τη συγκατάθεσή σας.

#### Κοινή λήψη αποφάσεων

Η κοινή λήψη αποφάσεων είναι το αποτέλεσμα συνεργασίας των επαγγελματιών υγείας με τους/τις ασθενείς. Σας βάζει στο επίκεντρο των αποφάσεων σχετικά με τη δική σας θεραπεία και φροντίδα.

Αυτό σημαίνει ότι:

- συζητούνται διαφορετικές επιλογές που έχει στη διάθεσή του ο/η ασθενής
- οι επιλογές φροντίδας ή θεραπείας διερευνώνται πλήρως, μαζί με τους κινδύνους και τα οφέλη
- οι ασθενείς λαμβάνουν απόφαση σε συνεργασία με τον/τη δικό/ή τους επαγγελματία υγείας και κοινωνικής μέριμνας.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

Συστάσεις για τη χρήση των απεικονιστικών εξετάσεων στην οστεοαρθρίτιδα από την Ευρωπαϊκή Συμμαχία Συλλόγων Ρευματολογίας (EULAR) [Kwaśniewska A 2022](#)

Recommendations for the use of imaging of OA (EULAR 2017)		Level of evidence	Level of agreement
1.	Not required for diagnosis	III–IV	8.7
2.	Recommended for atypical clinical picture	IV	9.6
3.	Not recommended for routine monitoring	III–IV	8.8
4.	X-ray image is a standard in the first line	III–IV	8.7
5.	X-ray examination should include the necessary projections	III	9.4
6.	Not recommended for prognosis	II–III	8.7
7.	Improves the accuracy of intra-articular injection	III–IV	9.4

OA — osteoarthritis; EULAR — European League Against Rheumatism

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ IV

## Right-Ad@pt checklist

για την Κλινική Κατευθυντήρια Οδηγία (ΚΚΟ)

Οστεοαρθρίτιδα σε άτομα άνω των 16 ετών: διάγνωση και διαχείριση

A/A	Παράμετρος εργαλείου Right Ad@pt	Σχόλια / Απάντηση
1	Η έννοια «προσαρμογή» για την κατευθυντήρια οδηγία περιέχεται στον τίτλο	ΝΑΙ – Περιέχεται στη σελίδα τίτλου
2	Στον τίτλο περιγράφεται το θέμα/εστίαση/σκοπός της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας	ΝΑΙ – Περιέχεται
3	Αναφορά των αντίστοιχων ημερομηνιών δημοσίευσης και βιβλιογραφικής αναζήτησης της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας	ΝΑΙ – Ημερομηνία δημοσίευσης: 04/2026 ΝΑΙ – Τελευταίο evidence review – Οκτώβριος 2022
4	Περιγραφή του φορέα ανάπτυξης και της χώρας/περιοχής της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας	ΝΑΙ – Φορέας ανάπτυξης είναι ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας (ΟΑΥ) και η προσαρμογή έγινε για το σύστημα υγείας της Κύπρου
5	Παροχή περίληψης των συστάσεων που περιέχονται στην προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία	ΟΧΙ – Δεν ισχύει. Η μορφή της προσαρμοσμένης οδηγίας είναι η ίδια με την αρχική οδηγία του οργανισμού NICE και δεν περιλαμβάνει περίληψη των συστάσεων
6	Καθορισμός όρων κλειδιών και παροχή λίστας ακρωνυμίων (όπου ισχύει)	ΝΑΙ – Όροι κλειδιά: Άτυπα χαρακτηριστικά, Εξάρσεις, Πακέτο θεραπείας, Βοηθήματα βάδισης ΝΑΙ – Λίστα ακρωνυμίων: 1. NICE – National Institute for Health and Care Excellence 2. ΗΒ – Ηνωμένο Βασίλειο 3. ΟΑΥ – Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας 4. ΤΕΕ – Τεχνική Επιτροπή Ειδικών 5. ΝΗS – National Health Service 6. ΓεΣΥ – Γενικό Σύστημα Υγείας 7. ΤΕΝS – διαδερμική ηλεκτρική νευρική διέγερση 8. ΝΜΕS – νευρομυϊκή ηλεκτρική διέγερση 9. ΜΣΑΦ – μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα

		<p>10. PPT - συμπυκνωμένου πλάσματος που περιέχει αυξημένη συγκέντρωση αιμοπεταλίων (Platelet-Rich-Plasma)</p> <p>11. ΔΜΣ – δείκτης μάζας σώματος</p> <p>12. KOOS - Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score</p> <p>13. HOOS - Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score</p> <p>14. EULAR - Ευρωπαϊκή Συμμαχία Συλλόγων Ρευματολογίας</p>
7	Στοιχεία επικοινωνίας του φορέα ανάπτυξης της προσαρμοσμένης ΚΚΟ	<p>ΝΑΙ – Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, Κλήμεντος 17-19, 1061 Τ.Θ. 26765, 1641 Λευκωσία</p> <p>Επικοινωνία – τηλ: 22557200</p> <p>Επικοινωνία – ηλ. ταχ: <a href="mailto:hioguidelines@hio.org.cy">hioguidelines@hio.org.cy</a></p>
8	Αναφορά του ονόματος και του έτους δημοσίευσης της πηγής της κλινικής κατευθυντήριας οδηγίας, παροχή αναφοράς/ών και αναφορά εάν έγινε επικοινωνία με τους/τις συγγραφείς	<p>ΝΑΙ – Έτος δημοσίευσης αρχικής οδηγίας: 2014</p> <p>ΝΑΙ – Έτος επικαιροποίησης αρχικής οδηγίας: 2022</p> <p>ΝΑΙ – Η προσαρμογής της οδηγίας NG226 γίνεται στο πλαίσιο της ευρύτερης συνεργασίας του ΟΑΥ με τον οργανισμό NICE. Στο πλαίσιο αυτής της συνεργασίας ο ΟΑΥ εξασφάλισε τα δικαιώματα προσαρμογής της συγκεκριμένης οδηγίας</p>
9	Παροχή των βασικών επιδημιολογικών πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα (συμπεριλαμβανομένου του σχετικού φορτίου), τα ζητήματα που αφορούν τα συστήματα υγείας, και σημειώστε τυχόν σχετικές διαφορές σε σύγκριση με τις αρχικές κατευθυντήριες οδηγίες	<p>ΝΑΙ – Πληροφορίες σχετικά με την επιδημιολογία της οστεοαρθρίτιδας και τις επιπτώσεις στο σύστημα υγείας υπάρχουν στο τμήμα «Πλαίσιο» της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας.</p> <p>ΝΑΙ – Στην προσαρμοσμένη οδηγία, στο Τμήμα «Πλαίσιο» αναφέρονται επιδημιολογικά δεδομένα για την Κύπρο και την Ευρώπη γενικότερα, ενώ στην αρχική οδηγία αναφέρονται επιδημιολογικά δεδομένα από το Ηνωμένο Βασίλειο</p>
10	Περιγραφή του/των σκοπού/ών της προσαρμοσμένης οδηγίας, των επί μέρους στόχων και σημείωση οποιονδήποτε διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία	<p>ΝΑΙ – Περίληψη του σκοπού και των στόχων της οδηγίας αναφέρεται στο τμήμα «Σύνοψη» της προσαρμοσμένης κατευθυντήριας οδηγίας.</p> <p>ΟΧΙ – ΔΕΝ υπήρχαν διαφορές</p>
11	Περιγραφή του πληθυσμού-στόχου και των υπο-ομάδων (όπου ισχύει) στους οποίους αναφέρεται η προσαρμοσμένη ΚΚΟ και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία	<p>ΝΑΙ – Η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία καλύπτει άτομα άνω των 16 ετών με οστεοαρθρίτιδα</p> <p>ΟΧΙ – ΔΕΝ υπήρχαν διαφορές</p>

<p>12</p>	<p>Περιγραφή των τελικών χρηστών/τριών στους/στις οποίους/ες στοχεύει η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία</p>	<p>ΝΑΙ – Στο τμήμα «Σε ποιους/ποιες απευθύνεται;» της προσαρμοσμένης οδηγίας, περιγράφονται οι τελικοί/ές χρήστες/στριες στους/στις οποίους/ες στοχεύει η προσαρμοσμένη οδηγία.</p> <p>ΝΑΙ – Υπήρχαν διαφορές</p> <p>Οι χρήστες/τριες της προσαρμοσμένης ΚΚΟ διαφοροποιούνται σε σχέση με την αρχική οδηγία, για την καλύτερη προσαρμογή στα κυπριακά δεδομένα και στον σκοπό της ΚΚΟ: η έννοια commissioners προσαρμόζεται σε Providers (πάροχοι), προστίθενται οι οργανισμοί ασφάλισης υγείας (ώστε να καλύψει τον ΟΑΥ και άλλες ασφαλιστικές εταιρείες)</p>
<p>13</p>	<p>Περιγραφή του/των περιβάλλοντος/νων για εφαρμογή στο/στα οποίο/α προορίζεται η προσαρμοσμένη ΚΚΟ και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία</p>	<p>ΝΑΙ - Στο Score περιγράφεται το περιβάλλον στο οποίο θα εφαρμόζεται η προσαρμοσμένη ΚΚΟ (Όλα τα περιβάλλοντα στα οποία παρέχονται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο)</p> <p>ΝΑΙ – Υπήρχαν διαφορές</p> <p>Το περιβάλλον εφαρμογής της αρχικής οδηγίας είναι το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου, ενώ το περιβάλλον εφαρμογής της προσαρμοσμένης οδηγίας είναι οποιοδήποτε περιβάλλον στο οποίο παρέχονται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στην Κύπρο</p>
<p>14</p>	<p>Λίστα όλων όσοι συνέβαλαν στη προσαρμογή της ΚΚΟ και περιγραφή της διαδικασίας επιλογής τους και των αρμοδιοτήτων τους</p>	<p>ΝΑΙ - Τα μέλη της Τεχνικής Επιτροπής Ειδικών (ΤΕΕ) είναι:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Δρ Δημήτριος Γαρπόζης (Ορθοπαιδική)</li> <li>- Δρ Στελίνα Χρυσοστόμου (Ρευματολογία)</li> <li>- Δρ Εμμανουέλα Γεωργίου (Γενική Ιατρική)</li> <li>- Δρ Χρίστος Καραγιάννης (Φυσικοθεραπεία)</li> <li>- Γεωργία Λιοπετρίτη (Ποδολογία)</li> <li>- Δρ Νικόλαος Μαλιώτης (Ρευματολογία)</li> <li>- Δρ Φίλιππος Οράτης (Ορθοπαιδική)</li> <li>- Ειρήνη Πιτσιλίδου (Εκπρόσωπος ασθενών)</li> <li>- Αντρη Φωκά (Εκπρόσωπος ασθενών)</li> <li>- Δρ Γιώργος Χαραλάμπους (Γενική Ιατρική)</li> <li>- Δρ Νικόλας Χριστοδούλου (Φυσική Ιατρική και Αποκατάσταση)</li> </ul> <p>Η επιλογή τους έγινε κατόπιν πρότασής τους από τα επίσημα επαγγελματικά σώματα όπως την Κυπριακή Εταιρία Χειρουργικής</p>

		Ορθοπαιδικής και Τραυματολογίας, τη Ρευματολογική Εταιρεία Κύπρου, τη Κυπριακή Εταιρεία Παθολογίας, τον Παγκύπριο Σύλλογο Εγγεγραμμένων Ποδολόγων, την Κυπριακή Εταιρεία Προσωπικών Ιατρών, τον Παγκύπριο Σύλλογο Φυσιοθεραπευτών, την Κυπριακή Εταιρεία Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης, και την Ομοσπονδία Συνδέσμων Ασθενών Κύπρου (ΟΣΑΚ).
15	Μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε	ΝΑΙ – Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε είναι σύμφωνα με τις αρχές του ADAPTE Framework
16	Περιγραφή του τρόπου με τον οποίο επιλέχθηκε η πρωτότυπη οδηγία	Η οδηγία NG226 του οργανισμού NICE επιλέχθηκε στο πλαίσιο της ευρύτερης συνεργασίας του ΟΑΥ με τον εν λόγω οργανισμό
17	Καθορισμός των βασικών ερωτημάτων της προσαρμοσμένης ΚΚΟ	<p>Τα βασικά ερωτήματα στα οποία η προσαρμοσμένη ΚΚΟ απαντά περιέχονται στο Score και αναφέρονται πιο κάτω:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Αξιολόγηση και διάγνωση             <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Ποιο είναι το πρόσθετο όφελος της απεικόνισης στη διάγνωση της οστεοαρθρίτιδας σε άτομα με ύποπτη οστεοαρθρίτιδα;</li> </ol> </li> <li>2. Πληροφορίες για άτομα με οστεοαρθρίτιδα, τις οικογένειές τους και τους ανθρώπους που τα φροντίζουν             <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Ποιες πληροφορίες σχετικά με την οστεοαρθρίτιδα, συμπεριλαμβανομένης της διαχείρισης των εξάρσεων, χρειάζονται τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα, οι οικογένειές τους και οι άνθρωποι που τα φροντίζουν μετά τη διάγνωση;</li> </ol> </li> <li>3. Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση             <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Ποια είναι η κλινική αποτελεσματικότητα της σωματικής άσκησης για τη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας;</li> <li>3.2. Ποια είναι η κλινική αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων απώλειας βάρους για τη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας</li> </ol> </li> </ol>

		<p>σε άτομα που είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα;</p> <p>3.3. Ποια είναι η κλινική αποτελεσματικότητα της χειροθεραπείας για τη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας;</p> <p>3.4. Ποια είναι η κλινική αποτελεσματικότητα του βελονισμού στη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας;</p> <p>3.5. Ποια είναι η κλινική αποτελεσματικότητα της ηλεκτροθεραπείας στη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας;</p> <p>3.6. Ποια είναι η κλινική αποτελεσματικότητα των βοηθημάτων (όπως στηρίγματα, νάρθηκες και ορθωτικά) στη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας;</p> <p>3.7. Ποια είναι η κλινική αποτελεσματικότητα της νευρικής κατάλυσης στη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας;</p> <p>4. Φαρμακευτική αντιμετώπιση</p> <p>4.1. Ποια είναι η κλινική αποτελεσματικότητα των από του στόματος, τοπικών και διαδερμικών φαρμάκων στη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας;</p> <p>4.2. Ποια είναι η κλινική αποτελεσματικότητα των ενδοαρθρικών ενέσεων με κορτικοστεροειδή ή υαλουρονικό οξύ στη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας;</p> <p>5. Συνδυαστικά θεραπευτικά σχήματα</p> <p>5.1. Ποια είναι η κλινική αποτελεσματικότητα των συνδυαστικών θεραπευτικών πακέτων (που περιλαμβάνουν συνδυασμούς παρεμβάσεων) στη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας;</p> <p>6. Παρακολούθηση και επανεξέταση</p> <p>6.1. Ποια παρακολούθηση και επανεξέταση απαιτείται για τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα;</p>
--	--	--

		<p>6.2. Ποια είναι η κλινική αποτελεσματικότητα της ακτινογραφίας ή της μαγνητικής τομογραφίας κατά τη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας (για παράδειγμα, στη διαχείριση εξάρσεων ή πριν από την εξέταση για παραπομπή σε χειρουργική επέμβαση);</p> <p>7. Αρθροσκοπικές επεμβάσεις</p> <p>7.1. Ποια είναι η κλινική αποτελεσματικότητα των αρθροσκοπικών επεμβάσεων στη διαχείριση της οστεοαρθρίτιδας;</p> <p>8. Παραπομπή για χειρουργική αντικατάσταση άρθρωσης</p> <p>8.1. Πότε πρέπει τα άτομα με οστεοαρθρίτιδα να παραπέμπονται για πιθανή χειρουργική αντικατάσταση άρθρωσης και σε ποιους παράγοντες πρέπει να βασίζεται αυτό;</p> <p>8.2. Συνδέονται προεγχειρητικοί παράγοντες (για παράδειγμα, ΔΜΣ ή ηλικία) με αυξημένα οφέλη ή κινδύνους μετά από χειρουργική αντικατάσταση άρθρωσης σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα;</p>
18	<p>Περιγραφή του τρόπου με τον οποίο αναπτύχθηκαν/τροποποιήθηκαν και/ή τέθηκαν σε προτεραιότητα τα βασικά ερωτήματα</p>	<p>Όλα τα ερωτήματα που υπήρχαν στην αρχική οδηγία αξιολογήθηκαν από την ΤΕΕ στην πρώτη προπαρασκευαστική συνεδρία, ενώ συμπληρώθηκε και το εργαλείο AGREE για να εξακριβωθεί εάν υπήρχαν κενά στην αρχική οδηγία και αν υπάρχει ανάγκη για τροποποίηση ή προσθήκη νέων ερωτημάτων</p>
19	<p>Τρόπος αξιολόγηση συστάσεων της αρχικής οδηγίας</p>	<p>ΝΑΙ – Οι συστάσεις της αρχικής οδηγίας αξιολογήθηκαν μία προς μία από την ΤΕΕ. Κατόπιν συζήτησης και εφόσον υπήρχε επαρκής τεκμηρίωση έγιναν οι απαραίτητες τροποποιήσεις. Για κάποιες από τις συστάσεις, γίνεται επιπλέον αναφορά στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις». Εκεί περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο αναπτύχθηκαν οι συστάσεις της αρχικής οδηγίας και πώς τροποποιήθηκαν ή υιοθετήθηκαν από τα μέλη της ΤΕΕ κατά την προσαρμογή</p>

20	Τεκμηρίωση με βάση σε ερευνητικά δεδομένα από την πρωτότυπη πηγή και/ή επιπρόσθετα στοιχεία	ΝΑΙ – Στη <a href="#">σελίδα της αρχικής οδηγίας</a> υπάρχει διαθέσιμη η απαραίτητη τεκμηρίωση για την κάθε σύσταση. Επιπλέον, εντός του αρχείου τις οδηγίας, στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις» γίνεται αναλυτική αναφορά στο σκεπτικό για επιλογή της αρχικής σύστασης ή και της προσαρμογής της από την ΤΕΕ
21	Τρόπος εύρεσης και αξιολόγησης νέων ερευνητικών δεδομένων, σε περίπτωση που χρησιμοποιήθηκαν	ΝΑΙ – Τα νεότερα ερευνητικά δεδομένα που χρησιμοποιήθηκαν, προέκυψαν από ανασκόπηση της επιστημονικής βιβλιογραφίας, όπως αυτή αναφέρεται στην <a href="#">σελίδα της αρχικής οδηγίας</a> , ενώ έγινε και χρήση των <a href="#">επικαιροποιημένων συστάσεων για τη χρήση της απεικονιστικών εξετάσεων στην οστεοαρθρίτιδα</a> , από την European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR)
22	Περιγραφή της προσέγγισης που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της βεβαιότητας/ποιότητας των επιστημονικών δεδομένων και της ισχύος των συστάσεων στην προσαρμοσμένη ΚΚΟ και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία	ΝΑΙ – Η προσέγγιση για την αξιολόγηση της βεβαιότητας/ποιότητας των επιστημονικών δεδομένων περιγράφεται στην <a href="#">σελίδα της αρχικής οδηγίας</a> και για ορισμένες συστάσεις γίνεται ενδελεχής αναφορά στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις»
23	Περιγραφή των διαδικασιών που ακολουθήθηκαν για τη λήψη αποφάσεων από την ΤΕΕ για την προσαρμογή της ΚΚΟ, κυρίως όσον αφορά στη διαμόρφωση των συστάσεων	<p>ΝΑΙ – Οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν για τη λήψη αποφάσεων από την ΤΕΕ περιγράφονται αναλυτικά στο Πλάνο Προσαρμογής που συμφωνήθηκε από τα μέλη της ΤΕΕ πριν την έναρξη της διαδικασίας προσαρμογής. Η διαδικασία λήψης αποφάσεων περιγράφεται πιο κάτω:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Οι αποφάσεις της ΤΕΕ λαμβάνονται κανονικά με συναίνεση των παρόντων μελών της επιτροπής</li> <li>• Η ψηφοφορία χρησιμοποιείται για τη λήψη αποφάσεων μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις</li> <li>• Πριν από τη λήψη απόφασης για τη διεξαγωγή ψηφοφορίας, ο/η πρόεδρος εξετάζει, σε κάθε περίπτωση, κατά πόσον η συνέχιση της συζήτησης σε επόμενη συνεδρίαση είναι πιθανό να οδηγήσει σε συναίνεση</li> <li>• Η ψηφοφορία είναι ανώνυμη και οι αποφάσεις παίρνονται από την απλή πλειοψηφία των παρισταμένων μελών της επιτροπής</li> <li>• Δικαίωμα ψήφου έχουν μόνο τα μέλη της επιτροπής που παρίστανται στη</li> </ul>

		<p>συνεδρίαση. Δεν υπάρχει ψήφος μέσω πληρεξουσίου.</p> <p>Επιπλέον, όπου υπήρχε συζήτηση για την ανάπτυξη ή προσαρμογή συγκεκριμένης σύστασης, γίνεται αναφορά στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις»</p>
24	Αναφορά των συστάσεων και υπόδειξη εάν αυτές τροποποιήθηκαν, υιοθετήθηκαν ή είναι καινούριες	<p>ΝΑΙ – Στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις» υποδεικνύονται συστάσεις που είτε τροποποιήθηκαν ή υιοθετήθηκαν ή είναι καινούριες σε σύγκριση με την αρχική οδηγία</p>
25	Δήλωση της κατεύθυνσης και της ισχύος των συστάσεων και της βεβαιότητας/ποιότητας των υποστηρικτικών αποδεικτικών επιστημονικών δεδομένων και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία (εάν ισχύει)	<p>ΝΑΙ – Η κατευθυντήρια οδηγία ακολουθεί μια συγκεκριμένη μορφή όσον αφορά στη διατύπωση και στη δομή, ώστε η κατεύθυνση και η ισχύς των συστάσεων και της βεβαιότητας/ποιότητας των υποστηρικτικών αποδεικτικών στοιχείων να είναι σαφής στον/στην τελικό/ή χρήστη/χρήστρια. Η ισχύς της σύστασης μπορεί να ποικίλει μεταξύ υποχρεωτικής, ισχυρής και αδύναμης.</p> <p>ΝΑΙ – Τυχόν σημαντικές διαφοροποιήσεις από την αρχική οδηγία περιγράφονται στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις»</p>
26	Ξεχωριστή παρουσίαση συστάσεων για ειδικές υπο-ομάδες πληθυσμού εάν η οδηγία εισηγείται σημαντικές διαφορές σε παράγοντες που επηρεάζουν τις συστάσεις και σημείωση διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία (εάν ισχύει)	<p>ΝΑΙ – Στην οδηγία παρουσιάζονται ξεχωριστά οι συστάσεις οι οποίες αφορούν σε ειδικές υπο-ομάδες (για παράδειγμα: 1.3.5, 1.4.4, και 1.4.10)</p>
27	Περιγραφή των κριτηρίων/παραγόντων που λήφθηκαν υπόψη στη διαμόρφωση των συστάσεων ή σημείωση σχετικών διαφορών σε σύγκριση με την αρχική οδηγία (εάν ισχύει)	<p>ΝΑΙ – Κριτήρια/παραγόντες που λήφθηκαν υπόψη στη διαμόρφωση των συστάσεων αναφέρονται στη <a href="#">σελίδα της αρχικής οδηγίας</a> και περιγράφονται και στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις» για ορισμένες συστάσεις</p>
28	Υπόδειξη εάν η προσαρμοσμένη ΚΚΟ υποβλήθηκε σε ανεξάρτητη εξωτερική αξιολόγηση. Εάν ναι, περιγράψτε τη διαδικασία.	<p>ΝΑΙ – Η κατευθυντήρια οδηγία, μετά την προσαρμογή της και μετάφραση της στα ελληνικά από την ΤΕΕ, τέθηκε σε δημόσια διαβούλευση. Με βάση προκαθορισμένο πλάνο, στη δημόσια διαβούλευση, προσκλήθηκαν να λάβουν μέρος όλοι οι ενδιαφερόμενοι φορείς, συμπεριλαμβανομένων ιατρικών εταιρειών, συνδέσμων ασθενών, φαρμακευτικών εταιρειών και εταιρειών ιατρικών μηχανημάτων. Πέραν των προσκεκλημένων φορέων, κατά τη διαδικασία της δημόσιας διαβούλευσης, οποιοσδήποτε/οποιαδήποτε είχε τη δυνατότητα να υποβάλει σχόλια και ερωτήματα που</p>

		<p>αφορούσαν στην προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία.</p> <p>Ακολούθως η ΤΕΕ μελέτησε όλα τα σχόλια και, εφόσον συμφωνούσε με τη διαθέσιμη επιστημονική τεκμηρίωση, ενσωμάτωσε τις προτεινόμενες αλλαγές. Σε περίπτωση που διαφωνούσε με την επιστημονική τεκμηρίωση, απέρριπτε τα συγκεκριμένα σχόλια ή προτάσεις για αλλαγές. Με το τέλος της διαδικασίας, δόθηκαν απαντήσεις από την ΤΕΕ, για κάθε σημείο σχολιασμού, σε όλους τους φορείς που συμμετείχαν στη δημόσια διαβούλευση</p>
29	Υπόδειξη εάν η προσαρμοσμένη κατευθυντήρια οδηγία έλαβε έγκριση από οργανισμό. Εάν ναι, περιγράψτε τη διαδικασία	ΝΑΙ – Τα μέλη της ΤΕΕ (εμπειρογνώμονες σε θέματα οστεορθρίτιδας) διορίστηκαν από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας μετά από εισηγήσεις που λήφθηκαν από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς
30	Αναφορά όλων των χρηματοδοτήσεων για την προσαρμογή της ΚΚΟ και της πηγής της ΚΚΟ και τον ρόλο των χρηματοδοτών	ΝΑΙ - Η διαδικασία της προσαρμογής της κατευθυντήριας οδηγίας χρηματοδοτείται από τον Οργανισμό Ασφάλισης Υγείας, ο οποίος κατά τη διαδικασία της προσαρμογής της οδηγίας είχε ρόλο παρατηρητή. Όπου θεωρήθηκε απαραίτητο, η ΤΕΕ απευθύνθηκε στον ΟΑΥ για διευκρίνηση διαδικασιών ή για παροχή στοιχείων. Ο Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας δεν είχε κανένα ρόλο στη διαδικασία λήψης αποφάσεων
31	Αναφορά όλων των αντικρουόμενων συμφερόντων των μελών της ΤΕΕ που συμμετείχαν στην προσαρμογή της ΚΚΟ και πώς αυτά αξιολογήθηκαν και έτυχαν διαχείρισης	ΝΑΙ – Τυχόν ύπαρξη αντικρουόμενων συμφερόντων των μελών της ΤΕΕ που συμμετείχαν στην προσαρμογή της κατευθυντήριας οδηγίας αξιολογήθηκαν μέσω ενυπόγραφης έντυπης δήλωσης συμφερόντων. Στην εν λόγω δήλωση περιγράφονται οποιαδήποτε άμεσα ή έμμεσα συμφέροντα για κάθε μέλος της ΤΕΕ και τα οποία αξιολογήθηκαν από την εξωτερική Υποστηρικτική Επιτροπή (Secretariat) για να διαπιστωθεί εάν υπήρχε σύγκρουση συμφέροντος για κάποιο από τα μέλη της ΤΕΕ. Δεν διαπιστώθηκε σύγκρουση συμφέροντος για κάποιο μέλος.
32	Περιγραφή των πιθανών εμποδίων και στρατηγικών για την υλοποίηση της κατευθυντήριας οδηγίας (εάν ισχύει)	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ

ΤΕΛΙΚΟ ΕΓΓΡΑΦΟ

33	Συνοπτική περιγραφή της στρατηγικής για την επικαιροποίηση της προσαρμοσμένης ΚΚΟ (εάν ισχύει)	ΝΑΙ – Θα αναπτυχθεί πλάνο αξιολόγησης και επικαιροποίησης της οδηγίας (Aftercare Plan) από εξωτερική Υποστηρικτική Επιτροπή (Secretariat) και το οποίο θα εγκριθεί από την ΤΕΕ
34	Περιγραφή των προκλήσεων και της διαδικασίας προσαρμογής, των περιορισμών στα επιστημονικά δεδομένα, και παροχή εισηγήσεων για μελλοντική έρευνα	ΝΑΙ – Στην <a href="#">σελίδα της αρχικής οδηγίας</a> και στην ενότητα «Σκεπτικό και επιπτώσεις», περιγράφονται οι περιορισμοί που παρουσιάζονται στα επιστημονικά δεδομένα και αναφέρεται η ανάγκη για μελλοντική έρευνα