

Принципы лечения суставов

2020

Лечение РА

- 1. Основная цель фармакотерапии РА –** достижение ремиссии (или низкой активности) заболевания, а также снижение риска коморбидных заболеваний.
- 2. Лечение пациентов с РА должно проводиться** врачами-ревматологами с привлечением специалистов других медицинских специальностей (ортопеды, физиотерапевты, кардиологи, невропатологи, психологи и др.) и основываться на тесном взаимодействии врача и пациента .
- 3. Следует рекомендовать пациентам избегать** факторов, которые могут провоцировать обострение болезни (интеркуррентные инфекции, стресс и др.), отказаться от курения, стремиться к поддержанию нормальной массы тела.

Лечение (продолжение)

- Современная стратегия лечения РА строится по принципам «Лечения до достижения цели» и подразумевает активное назначение противовоспалительной терапии с момента установления диагноза, частый (как минимум каждые 3 мес. До достижения ремиссии, каждые 6 мес. После достижения ремиссии) и объективный (с применением количественных методов) контроль над состоянием пациента, изменение схемы лечения при отсутствии достаточного ответа на терапию вплоть до достижения целей лечения, после чего постоянное динамическое наблюдение
 - Рекомендуется проводить лечение пациентов с РА врачом-ревматологом на протяжении всей жизни пациента

Медикаментозное лечение ревматоидного артрита

- 1. НПВС**
- 2. ГКС**
- 3. БПВС (для всех пациентов)**
- 4. ГИБП (генно-инженерные биологические препараты)**

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)

- Основные принципы назначения :
- ✓ Лечение НПВП должно проводиться в сочетании с активной базисной терапией.
- ✓ Не рекомендуется комбинировать одновременно 2 и более различных НПВП.
- ✓ Контроль состояния ЖКТ: язвенный анамнез, ЭГДС по показаниям

Группы НПВП	Основные представители
Селективные ингибиторы ЦОГ-1	Низкие дозы ацетилсалициловой кислоты
Ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2 (традиционные НПВП)	Большинство НПВП (диклофенак, кетопрофен, ибупрофен и др.)
Селективные ингибиторы ЦОГ-2	Мелоксикам, нимесулид, этодолак
Высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2	Целекоксиб, рофекоксиб, эторикоксиб
Ингибиторы ЦОГ-3	Парацетамол

НПВП

оказывают хороший симптоматический (анальгетический) эффект, но не влияют на прогрессирование деструкции суставов, прогноз заболевания и могут вызывать тяжелые нежелательные реакции (НР) со стороны ЖКТ и ССС (А).

- Диклофенак 100 – 150 мг сут
- Нимесулид 200 – 400 мг/сут на 2 приема
- Мелоксикам по 7,5 мг 2 раза/сут
- Кетопрофен 100 -300 мг/сут на 2 приема
- Целекоксиб 200 – 400 мг/сут на 2 приема

ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ при РА

- Более эффективны, чем НПВП
- Применять только в комбинации с БПВП
- Показания для низких доз ГК (10 мг/сут преднизолона): подавление воспаления до начала действия БПВП, неэффективность НПВП и БПВП, противопоказания к назначению НПВП
- Пульс терапия ГК применяется при тяжелом течении (быстрый, но кратковременн эффект)
- Внутрисуставная терапия ГК: кеналог, дипроспан.

Глюкокортикостероиды в лечении РА

- Обладают быстрым (на 2-й день) противовоспалительным эффектом: преднизолон в дозе 30-40 мг/сутки при поддерживающей дозе 10 мг/сут
- Показания к назначению:
 - Высокая активность заболевания
 - Недостаточная эффективность НПВП
 - Висцеральные проявления, с-м Стилла
- Пульс-терапия ГКС: 1000 мг метипреда в/в №3 в комбинации с плазмаферезом



Базисная терапия РА

Основные принципы базисной терапии

1. БП должны назначаться сразу после установления диагноза
2. Лечение следует начинать с наиболее эффективных БП
3. Применение БП в течение неопределенно длительного срока
4. При отсутствии эффекта от конкретного препарата заменить его другим БП, либо назначить комбинированную базисную терапию

БАЗИСНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ (БПВП)

- Всем пациентам с достоверным диагнозом
- Уменьшает боль в суставах, улучшает функц. активность, замедляет прогрессирование деструкции суставов
- Длительность лечения не ограничена
- Эффективность и токсичность трудно прогнозировать
- Длительные ремиссии редки
- Вызывает побочные реакции

БПВП 1 ряда

- **Метотрексат** таб 2,5 и 5 мг «золотой» стандарт в лечении «серопозитивного» РА: наилучшее соотношение **эффективность/токсичность**. Назначается **недельная дозировка с дробным приемом** (12 часовой интервал). Нач.доза 7,5 мг/сут. Эффективность оценивают через 4 нед. При хорошей переносимости дозу увеличивают. Основные побочные эффекты: инфекции, ЖК (язвы рта, анорексия, тошнота, рвота), алопеция, цитопении.
- **Лефлуномид**
- **Сульфасалазин**

Общая характеристика ГИБП, применяемых для лечения РА

Препарат	Характеристика	Механизм действия
Ингибиторы ФНО- α		Ингибирование связывания ФНО с рецептором
Инфликсимаб (ИНФ)	Химерные МАТ к ФНО- α	
Адалимумаб (АДА)	Человеческие МАТ к ФНО- α	
Голимумаб (ГЛМ)	Человеческие МАТ к ФНО- α	
Цертолизумаб (ЦЗТ)	Пегилированный Fab`фрагмент гуманизированных МАТ к ФНО- α	
Этанерцепт (ЭТЦ)	Гибридный человеческий ФНО рецептор типа 2, соединенный с Fc-фрагментом IgG человека	
ГИБП с другим механизмом действия		
Абатацепт (АБЦ)	Гибридный внеклеточный домен CTLA-4 человека, соединенный с CH2 и CH3 доменами IgG1	Ингибирование ко-стимуляции Т клеток
Тоцилизумаб (ТЦЗ)	Гуманизированные МАТ к ИЛ-6 рецептору	
Ритуксимаб (РТМ)	Химерные МАТ к CD20 антигену В-клеток	Блокирование сигнализации ИЛ-6 Истощение В-клеток

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РА

- **Показания** к неотложной операции: сдавление нерва, разрыв сухожилия, атлантоосевой подвывих, сопровождающийся неврологической симптоматикой, ревматоидные узлы склонные к изъязвлению, деформации затрудняющие повседневную деятельность.
- **Виды операций**: протезирование суставов, синовэктомия, артродез.

Лечение продолжение

- Показания к госпитализации.
 - высокая степень активности РА с выраженными болями в суставах и внесуставными проявлениями;
 - подбор и, при необходимости, - коррекция дозы БПВП;
 - решение вопроса о назначении ГИБП;
 - нетипичное течение раннего РА;
 - необходимость проведения курса комплексного лечения и реабилитации больным, имеющим затруднения при самостоятельном передвижении;
 - наличие показаний для локального введения ГК в область голеностопных суставов и стоп;
 - развитие тяжелой интеркуррентной инфекции, септического артрита или других тяжёлых осложнений болезни и/или лекарственной терапии (тяжелые гематологические и геморрагические осложнения, пневмонит, поражение ЖКТ, токсический гепатит) у пациента, получающего ГК, БПВП и ГИБП;
 - атлanto-аксиальный подвывих, сопровождающийся развитием неврологической симптоматики и миелопатии (в профильное нейрохирургическое отделение), разрыв сухожилия, сдавление нерва (в профильное травматологическое отделение)

- **Нефармакологические методы лечения: рекомендации**
- по изменению стереотипа двигательной активности, для
- профилактики прогрессирования деформации, по лечебной
- физкультуре, санаторно-курортному лечению (только боль
- ным с минимальной активностью или в стадии ремиссии),
- применению ортопедических протезов из термопластика,
- диетическому питанию.

Физиотерапия

Наименование процедуры	Эффективность действия
Бальнеотерапия	Стимулирует кровообращение, повышает доступ питательных веществ к суставу, повышает их восприимчивость.
Магнитотерапия	Способствует снижению отеков, стимулирует восстановительные механизмы хрящевых тканей.
УВЧ	Купирует боль, снимает отеки, препятствует появлению свободных радикалов.
Ультразвук	Активизирует процессы обмена в тканях сустава, останавливает распространение воспалительного процесса, убирает отеки, ускоряет восстановление поврежденных тканей.
Электрофорез	Усиливает действие обезболивающих препаратов, стимулирует кровоснабжение и подвижность, тормозит деформацию суставов.

Профилактика

Профилактика заключается в предупреждении обострений заболеваний и дальнейшего прогрессирования поражения суставов. В отношении родственников больного возможно проведение первичной профилактики, состоящей в предупреждении переохлаждений и тщательном лечении интеркуррентных инфекционных заболеваний.

Лечение остеоартроза



Задачи:

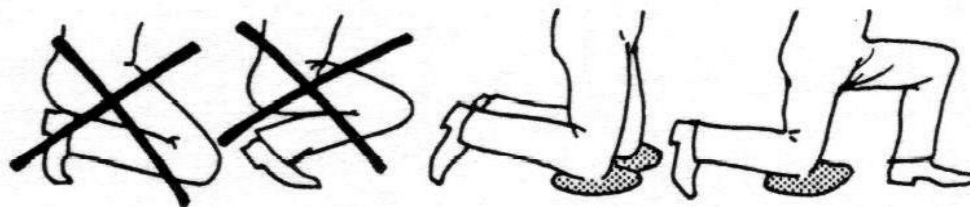
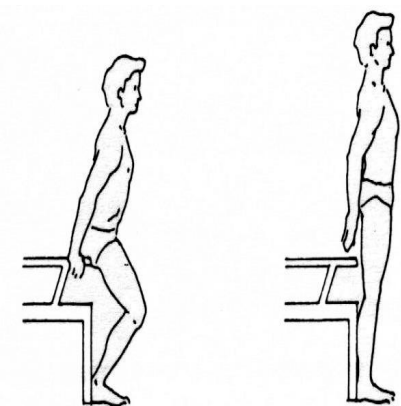
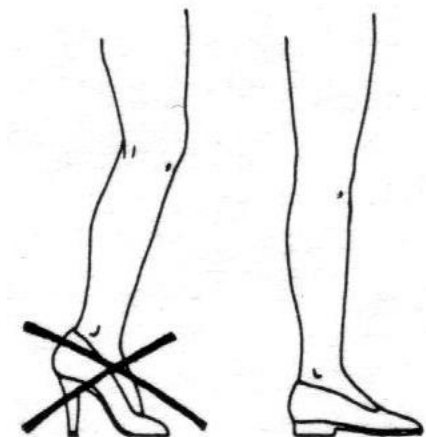
- Уменьшить боль
- Повысить функциональную активность
- Замедлить прогрессирование остеоартроза

Методы:

1. Обучение пациента и социальная поддержка
2. Борьба с избыточным весом
3. Ортопедический режим
4. Лечебная физкультура и физическая активность
5. Массаж
6. Физиотерапия: УЗ, ЭФ, УВЧ, теплолечение, гидротерапия, бальнеотерапия
7. Санаторно - курортная реабилитация
8. Нетрадиционная терапия: акупунктура, гомеопатия
9. Медикаментозная терапия
10. Хирургическое лечение: артропластика, остеотомия

Нефармакологические методы лечения

- **Образование больных** (контакты по телефону, общества больных, самоуправление болезнью)
- **Физические упражнения** (улучшение функции суставов, силы мышц, снижение риска потери равновесия)
- **Уменьшение воздействия механических факторов** (вес тела, обувь, приспособления для ходьбы)
- **Физиотерапевтическое лечение** (применения тепла, холода и др)



Рекомендации ВОЗ по фармакотерапии гон- и коксартрозов (2003 г.)

1. Неопиоидные анальгетики (парацетамол)
2. Ортопедические мероприятия (ортезы)
3. ЦОГ-2 селективные НПВП (мовалис)
4. Хондропротекторы (структум)
5. Внутрисуставно гиалуронаны (синокром)
6. Препараты авокадо\соя (пиаскледин)
7. Неселективные НПВП (диклофенак)
8. Хирургическое лечение (эндопротезирование)

Классификация противоартрозных лекарственных средств

- **Симптоматические ЛС быстрого действия** (*простые анальгетики и НПВП*)
- **Симптоматические ЛС медленного действия** или препараты, модифицирующие симптомы (боль) (*хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат, препараты гиалуроновой кислоты*)
- **ЛС, модифицирующие структуру хряща** (*возможно, таким действием обладают хондроитин сульфат и глюкозамин*)

Неселективные ЦОГ-2 НПВП:

Таблетки

- Диклофенак по 25 мг 4 раза в день
- Индометацин по 25 мг 4 раза в день

Ретард-формы:

- Диклофенак по 100 мг 1 раз в день
- Метиндол-ретард по 100 мг 1 раз в день

**Максимальная суточная доза: 150-200
мг**

Мелоксикам – селективный ЦОГ-2

Формы выпуска

- Таблетки 15 мг №20,
 - Таблетки 7,5 мг №10, №20
 - Ампулы 15 мг/1,5 мл №3
 - Суппозитории 15 мг №6
-
- **ДОЗИРОВАНИЕ: по 15 мг 1 раз в день**

Медленно действующие препараты для лечения остеоартроза

- Хондроитин сульфат (Структурм[®])
- Глюкозамина сульфат (Дона)
- Глюкозамина гидрохлорид
- Препараты гиалуроновой кислоты (Синокрон, ферматрон, суплазин)
- Неомыляющиеся вещества авокадо и сои (Пиаскледин)
- Блокатор ИЛ-1 (Диацереин)
- Комбинированные препараты: (ХС+ГГ=Терафлекс)

Лечение синовита

1. 1-3 дня постельный режим
2. 1-ые сутки массаж кубиками льда
3. НПВП!!!
4. Аппликации димексида с анальгином, димедролом, новокаином 1 раз в день на ночь
5. При отсутствии эффекта от пп.1-4 и наличии стойкого выпота в суставе с выражен. болевым синдромом – ГКС : дипроспан, кеналог **ВНУТРИСУСТАВНО** по 1 мл в крупные суставы 1 раз в 3-4 недели не более 3-4 раз в год в один сустав

Лечение остеопороза

- Лечение остеопороза – очень сложная проблема. Необходимо добиться стабилизации показателей костного метаболизма, замедлить потерю костной массы, предотвратить появление переломов, уменьшить болевой синдром, расширить двигательную активность.
- Этиологическая терапия – необходимо лечить основное заболевание, приведшее к остеопорозу.
- Патогенетическая терапия – фармакотерапия остеопороза.
- Симптоматическая терапия – снятие болевого синдрома.

Используются

- -препараты с преимущественным подавлением костной резорбции – натуральные эстрогены, кальцитонин, бисфосфонаты (памидронат, алендронат, ибандронат, ризедронат, золедроновая кислота). Препараты принимаются длительно, годами. Существует различие в приеме препаратов – раз в неделю (рибис), раз в месяц (бонвива), раз в год (акласта).
- -препараты, стимулирующие костеобразование – соли фтора, кальция, стронция, витамин Д3, биофлавоноиды.