

КОНСЕНСУС ЭКСПЕРТОВ ПО ВЕДЕНИЮ ОСТЕОАРТРИТА С КОМОРБИДНОСТЬЮ В ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

О. Шевцова

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова
E-mail: shevtsova056@yandex.ru

С каждым годом заболеваемость остеоартритом (ОА) возрастает, как и заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями, сахарным диабетом и ожирением. Клинические рекомендации Консенсуса 100 экспертов РФ — терапевтов, ревматологов, кардиологов, неврологов, травматологов-ортопедов и реабилитологов — по ведению пациентов с ОА и коморбидностью в общей врачебной практике были представлены на XXII конгрессе «Человек и лекарство» 6 апреля 2015 г. Протоколы лечения подготовлены под эгидой Российского научно-медицинского общества терапевтов, Ассоциации ревматологов России, Организации специалистов по изучению возрастной инволюции. Модератором заседания выступил президент Российского национального медицинского общества терапевтов, академик РАН, профессор А.И. Мартынов.

По словам заведующего кафедрой клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи Московского государственного медико-стоматологического университета (МГМСУ) им. А.И. Евдокимова проф. А.Л. Верткина, клинические рекомендации европейских и американских научных обществ (OARSI, EULAR, ACR) сложно адаптировать к отечественной амбулаторной практике, а их изучение врачами, работающими в системе первичной медицинской помощи, затруднено. С целью адаптации рекомендаций осуществлялся опрос 100 экспертов во всех федеральных округах РФ. Был создан опросный лист, состоящий из 65 опций, входящих в международные рекомендации, что исключило наличие в этом перечне интервенций с недоказанной эффективностью. Рассматривались стратегии ведения пациентов, стартовая и базисная терапия боли и нарушенных функций суставов при ОА.

По данным опроса была выявлена тактика врача общей практики:

- при первичном обращении:
 - осмотр;
 - минимальный уровень лабораторно-инструментального обследования;
 - стартовая терапия боли;
 - стратегии ведения в зависимости от коморбидного фона;
- для группы больных ОА, состоящих на диспансерном наблюдении:
 - первичный осмотр;
 - повторные осмотры;
 - консультация ревматолога (2-й уровень медицинской помощи);
 - внутрисуставные инъекции (стероиды и гиалуронаты);
 - базисная терапия.

Профессор кафедры клинической фармакологии, фармакотерапии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова А.В. Наумов отметил, что при первичном обращении после клинического осмотра запись в амбулаторной карте должна содержать сведения об интенсивности боли, ее продолжительности, наличии стартовой боли (утром, после периода покоя); о купировании предыдущих рецидивов боли; об осмотре и пальпировании сустава для оценки наличия: деформации сустава, выпота в его полость, костных разрастаний, болезненности при пальпации, атрофии околоуставных мышц; о движении в суставе (ограничение подвижности, наличие крепитации при движении); о походке; о нарушениях сна и депрессии, вызванных болью; о влиянии поражения сустава(ов) на выполнение бытовых функций.

Эксперты сошлись во мнении, что для диагностики ОА при первичном обращении в поликлинику необходим лишь минимум лабораторно-инструментальных исследований, рентгенография с обязательным одновременным исследованием симметричных суставов. Для исключения синовита может потребоваться УЗИ суставов.

Все эксперты считают, что главное в лабораторной диагностике — общий анализ крови (определение СОЭ), оценка уровней мочевой кислоты, С-реактивного белка. В целях дифференциальной диагностики проводятся дополнительные исследования: определение уровня креатинина, антител к циклическому цитролинированному пептиду и двуспиральной ДНК; оценка ревматоидного фактора; выполняют магнитно-резонансную томографию, костную денситометрию.

А.В. Наумов подчеркнул, что консультация ревматолога показана при синовите, не купированном в течение 1 нед введением депо-стероида, и при подозрении на воспалительные заболевания суставов или системные заболевания соединительной ткани.

При повторном обращении в амбулаторной карте необходимо указать болезненные суставы или присоединение новых болезненных суставов, динамику интенсивности боли и ее продолжительность, динамику синовита, если он был; следует охарактеризовать оценку терапии пациентом, отметить эффективность и переносимость предложенных препаратов. При наличии коморбидности в амбулаторной карте следует оценить клиническую динамику коморбидного заболевания.

И.С. Дыдыкина — ведущий научный сотрудник Научно-исследовательского института ревматологии (НИИР) им. В.А. Насоновой — сделала доклад о немедикаментозных методах лечения ОА. К последним относят обучение больных, снижение избыточной массы тела, лечебную физкультуру, ношение стелек, надколенников, акупунктуру, аквааэробика, физиотерапию и др.

В своем докладе Л.И. Алексеева, руководитель отдела метаболических заболеваний костей и суставов с Центром профилактики остеопороза МЗ РФ ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, подчеркнула, что проблемы лечения ОА связаны с несколькими факторами, один из которых — высокая частота сопутствующей патологии.

Л.И. Алексеева перечислила базисные медикаментозные средства лечения длительного действия:

- хондроитина сульфат;
- глюкозамин;
- диасереин;
- неомыляемые соединения авокадо/сои;
- гиалуроновая кислота.

Комбинированные препараты:

- хондроитина сульфат + глюкозамина гидрохлорид.

Комбинация хондроитина сульфата и глюкозамина гидрохлорида имеет выраженный анальгетический и противовоспалительный эффект. Так, в исследовании, проведенном Л.И. Алексеевой и соавт., частота отмены ибупрофена в группах пациентов, получавших постоянную или интермиттирующую терапию Терафлексом в течение 9 мес, составила при постоянном приеме 34,4%, при интермиттирующем – 34,1%.

По мнению экспертов, наиболее эффективны комбинация хондроитина сульфата и глюкозамина гидрохлорида, препарат Терафлекс; на 2-м месте – неомыляемые соединения авокадо и сои; затем – гиалуронаты, дицерин, глюкозамина сульфат, хондроитина сульфат. Для стартовой терапии боли при лечении ОА и сердечно-сосудистых заболеваний наиболее эффективны и безопасны комбинации хондроитина сульфата с глюкозамина гидрохлоридом и ибупрофеном (препарат Терафлекс Адванс).

При наличии у больного относительных противопоказаний для назначения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) следует решить самую главную терапевтическую задачу: **СОКРАТИТЬ ДОЗЫ И СРОКИ ПРИЕМА НПВП**. В этом случае можно использовать комбинацию хондроитина сульфата и глюкозамина с небольшой дозой ибупрофена (препарат Терафлекс Адванс). Большинство отечественных экспертов согласны с возможностью назначения данного лекарственного средства при планировании стартовой терапии боли. Как уточнил А.В. Наумов, применение всех НПВП противопоказано больным, недавно перенесшим аортокоронарное шунтирование. Эта рекомендация может быть распространена и на лиц, подвергшихся операциям ангиопластики или стентирования, хотя данные доказательной медицины на этот счет отсутствуют. При противопоказаниях к НПВП и в отсутствие анамнеза приема обезболивающих средств рекомендуется прием парацетамола от 2 до 4 г/сут, местные формы НПВП и лидокаина, хондроитина сульфат + глюкозамина гидрохлорид (например, Терафлекс); при наличии нейропатического компонента хронической боли возможна старт-терапия антиконвульсантами, а при наличии психогенной компоненты – антидепрессантами.

Главное показание к внутрисуставному введению препаратов гиалуроновой кислоты – недостаточная эффективность терапии НПВП в течение ≥ 3 мес и симптоматическими медленнодействующими препаратами в течение ≥ 3 мес. Однако при планировании интервенции необходимо убедиться в отсутствии выпота в сустав (УЗИ).

Главное показание к внутрисуставному введению депостероидов – выпот в суставе. Если через 1 нед после инъекции выпот накопился вновь, повторное введение препаратов не рекомендовано. В то же время нужна дифференциальная диагностика и следует направить больного к ревматологу.

А.Л. Верткин констатировал, что при лечении пациентов с ОА и сердечно-сосудистыми заболеваниями рекомендованы поэтапное назначение стартовой терапии, определение физических нагрузок, мониторинг приема НПВП, антиагрегантная терапия, прием статинов.

А.Л. Верткин обратил внимание собравшихся на то, что при-

менение всех НПВП всегда повышает АД, даже при плановой гипотензивной терапии. Препаратами выбора в случае комплексной гипотензивной терапии при ОА должны быть ингибиторы ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. При артериальной гипертензии и уровне мочевой кислоты в крови от 320 до 420 мкмоль/л наиболее адекватна терапия лозартаном + амлодипином; если уровень мочевой кислоты >420 мкмоль/л, к лозартану и амлодипину можно присоединить аллопуринол.

С учетом риска НПВП-гастропатии при совместном применении аспирина и НПВП или коксибов целесообразно параллельно назначать наиболее эффективные гастропротекторы – ингибиторы протонной помпы.

Если пациент принимает антикоагулянты (ривароксабан и т.д.), НПВП противопоказаны в связи с повышением риска летальных кровотечений.

А.В. Наумов сообщил, что у пациентов с ОА и сахарным диабетом типа 2 целесообразно проверить наличие показаний к приему метформина и инкретинов, определить стартовую терапию, выяснить, нет ли микро- и макроангиопатии. НПВП противопоказаны больным, принимающим препараты сульфаниламочевина; у них применяются местные формы НПВП и лидокаина, хондроитина сульфат и глюкозамина гидрохлорид, антиконвульсанты, дуоксетин. При диабетической нейропатии в общую схему включают α -липоевую кислоту, бенфотиамин.

Заболевания почек и ухудшение их функции могут снизить клиренс НПВП, особенно тех, основной путь выведения которых связан с почками. Пожилым больным при наличии хронической болезни почек II–IV стадии НПВП относительно противопоказаны.

С.С. Копенкин – доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова – сделал акцент на том, что при неэффективности медикаментозной терапии ОА в условиях очень сильной боли и плохого качества жизни, не стоит исключать применение хирургических методов лечения – эндопротезирование сустава и его отдельных частей. После хирургического лечения ОА целесообразно длительное применение комбинированных симптоматических медленнодействующих препаратов (глюкозамина гидрохлорид + хондроитина сульфат).

Внедрение клинических рекомендаций Консенсуса экспертов РФ в рутинную общую врачебную практику позволит рационализировать и повысить эффективность врачебных интервенций при социально значимой проблеме ОА.



Терафлекс® Адванс
2 капсулы содержат:
- глюкозамина сульфат – 500 мг
- хондроитина сульфат натрия – 400 мг
- ибупрофен – 200 мг

Терафлекс®
- глюкозамина гидрохлорид – 500 мг
- хондроитина сульфат натрия – 400 мг