

Слайд  
1

**Современные аспекты лечения  
остеоартроза**

**Алексеева Л.И.  
ГУ Институт ревматологии РАМН**

---

---

---

---

---

---

---

---

Слайд  
2

**Остеоартроз –**

группа заболеваний различной этиологии со сходными, биологическими, морфологическими и клиническими исходами, при которых в патологический процесс вовлекается не только суставной хрящ, но весь сустав, включая субхондральную кость, связки, капсулу, синовиальную мембрану и периартикулярные мышцы

**Kaettner&Goldberg, 1995**

---

---

---

---

---

---

---

---

Слайд  
3

**Остеоартроз**

Эволюционное наследие?

Заболевание?

**Факторы риска ОА**

Эндогенные  
Возраст  
Пол  
Раса  
Дефекты скелета суставов  
Наследственная предрасположенность

Экзогенные  
Травма  
Избыточный вес  
Профессиональные факторы  
Избыточная нагрузка на суставы

**Алексеева Л.И. 1998**

---

---

---

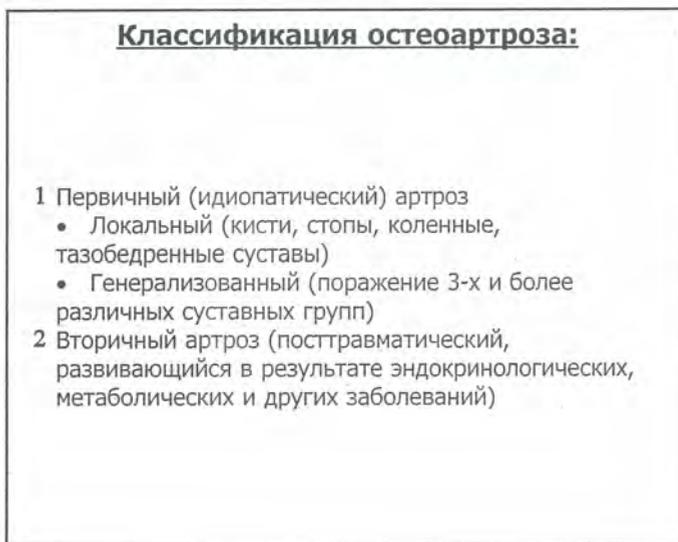
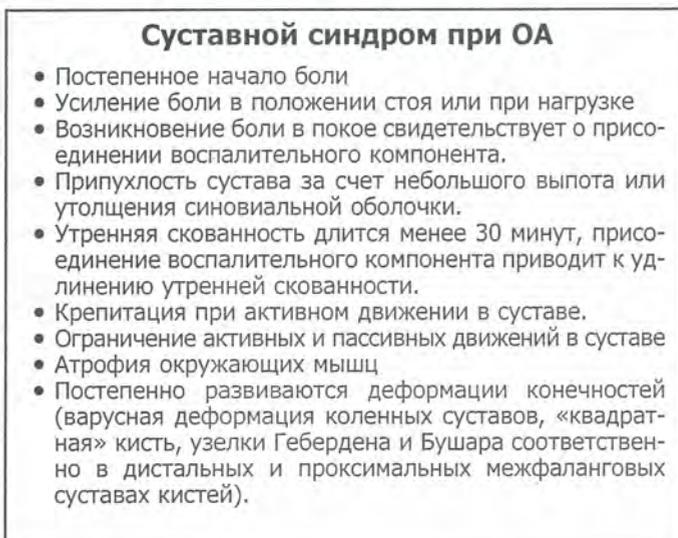
---

---

---

---

---

Слайд  
4Слайд  
5Слайд  
6

Слайд  
7

**Диагностические классификационные критерии ОА**

**Коленные суставы**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Клинические</b></li> <li>1. Боль и</li> <li>2а. Крепитация</li> <li>2б. Утренняя скованность &lt; 30 мин</li> <li>2в. Возраст &gt;38 лет</li> <li><b>ИЛИ</b></li> <li>3а. Крепитация</li> <li>3б. Утренняя скованность &lt; 30мин</li> <li>3в. Костные разрастания</li> <li><b>ИЛИ</b></li> <li>4а. Отсутствие крепитации</li> <li>4б. Костные разрастания</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Клинические, лабораторные, рентгенологические</b></li> <li>1. Боль и</li> <li>2. Остеофиты</li> <li><b>ИЛИ</b></li> <li>3а. Синовиальная жидкость, характерная для ОА (или возраст &gt;40 лет)</li> <li>3б. Утренняя скованность &lt;30мин</li> <li>3в. Крепитация</li> </ul>
---	---

---

---

---

---

---

---

---

---

Слайд  
8

**Диагностические классификационные критерии ОА**

**Тазобедренные суставы**

<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Боль и</li> <li>2а. Внутренняя ротация &lt; 15°</li> <li>2б. СОЭ &lt; 20 мм/час (или сгибание в тазобедренном суставе &lt; 115 °)</li> <li><b>ИЛИ</b></li> <li>3а. Внутренняя ротация &lt; 15 °</li> <li>3б. Утренняя скованность &lt; 60 мин</li> <li>3в. Возраст &gt; 50 лет</li> <li>3г. Боль при внутренней ротации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Боль и не менее 2-х из 3 критериев</li> <li>2а. СОЭ &lt; 20 мм/час</li> <li>2б. Остеофиты</li> <li>2в. Сужение суставной щели</li> </ul>
--	--

---

---

---

---

---

---

---

---

Слайд  
9

**Диагностические классификационные критерии ОА**

**Суставы кистей**

- 1 Боль продолжительная или скованность
- 2 Костные разрастания 2 и более суставов из 10 оцениваемых суставов\*
- 3 Менее 2 припухших пястно-фаланговых суставов
- 4а Костные разрастания, включающие 2 и более дистальных межфаланговых сустава (2-й и 3-й дистальные межфаланговые суставы могут приниматься во внимание в двух критериях: 2 и 4а)
- ИЛИ**
- 4б Деформация одного и более суставов из 10 оцениваемых суставов\*

- 2-й и 3-й дистальные межфаланговые суставы; 2-й и 3-й проксимальные межфаланговые суставы; 1-й запястно-пястный сустав обеих кистей

---

---

---

---

---

---

---

---

Слайд  
10**Общие принципы лечения больных ОА**

- Образование больных
- Уменьшение болевого синдрома
- Улучшение функции суставов
- Предотвращение развития инвалидности
- Модификация течения остеоартрозного процесса

---

---

---

---

---

---

---

Слайд  
11**Методы лечения остеоартроза**

- Нефармакологические
- Фармакологические
- Хирургические

---

---

---

---

---

---

---

Слайд  
12**Нефармакологические методы лечения ОА**

- 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)

---

---

---

---

---

---

---

Слайд 13




---

---

---

---

---

---

---

---

Слайд 14

**«Простые» анальгетики**

- Первая линия—Ацетаминофен (парацетамол)
  - По эффективности при небольших болях сравнимы с НПВП, но менее токсичны
  - Избегать передозировки
  - Максимальная безопасная доза = 4 г/сут

---

---

---

---

---

---

---

---

Слайд 15

**Нестероидные противовоспалительные препараты**

- В начале следует использовать без рецептурные препараты
  - Подобрать наиболее эффективный препарат
  - При ОА эффективны более низкие дозы НПВП, чем при артритах
  - Не замедляют прогрессирование болезни
  - Профилактика побочных эффектов увеличивает стоимость лечения
  - Побочные эффекты: ЖКТ, почки, сердечно-сосудистая система (АГ, отеки, сердечная недостаточность)
  - Нарушение агрегации тромбоцитов

---

---

---

---

---

---

---

---

Слайд  
16**Ингибиторы ЦОГ-2**

- Сходны по эффективности со «стандартными» НПВП
- Более безопасны в отношении ЖКТ
- Не влияют на агрегацию тромбоцитов и свертывание крови
- Побочные эффекты: нарушение функции почек, отеки
- Стоимость такая же как при лечении «стандартными» НПВП + ингибиторы протонной помпы или мизопростол

---



---



---



---



---



---

Слайд  
17**«Центральные» анальгетики**

- Трамадол
  - Механизм действия связан с опиоидными и серотониновыми эффектами
  - Не обладает ulcerогенным действием
  - Может сочетаться с НПВП и парацетамолом
  - Побочные эффекты: тошнота, рвота, сыпь, запоры, головокружение и др.

---



---



---



---



---



---

Слайд  
18**Принципы назначения НПВП**

- использование препаратов с наименьшим риском развития побочных реакций
- применение НПВП, сочетающихся с другими лекарственными средствами, необходимыми для терапии сопутствующих болезней
- индивидуальный подход к выбору НПВП и подбору оптимальной дозы (метод "титрования" дозы)
- учет факторов риска возникновения нежелательных явлений
  - женский пол
  - возраст более 65 лет
- - "язвенный" анамнез
- клинический и лабораторный мониторинг

---



---



---



---



---



---

Слайд  
19

**Рекомендуемые дозы НПВП при  
остеоартрозе**

Препарат	Диапазон доз ( мг/день )	Кратность приема в течение дня
диклофенак	75 – 150	1 – 3
ибупрофен	1200 – 2000	3 – 6
флурбипрофен	100 – 200	1 – 2
напроксен	250 – 750	1 – 2
кетопрофен	100 – 200	2 – 3
мелоксикам	7,5 – 15	1
целебрекс	100 – 200	1 – 2
лорноксикам	8 – 16	2
нимесулид	100 – 200	2

---

---

---

---

---

---

---

---

Слайд  
20

**Локальная терапия остеоартроза**

- Кортикостероиды внутрисуставно
  - обычно используют при гонартрозе
  - кратность: 1 – 2 раза в год
- Мази, содержащие НПВП  
(долгит, эразон, эмульгель и др. )

---

---

---

---

---

---

---

---

Слайд  
21

**Внутрисуставная терапия**

- **Глюкокортикоиды**
  - Хороший анальгетический эффект
  - Обычно используют при гонартрозе
  - Избегать многократных инъекций: риск инфекций, обострение диабета и др.
- **Лаваж сустава**
  - Хороший симптоматический эффект
- **Гиалуроновая кислота**
  - Симптоматический эффект
  - Улучшение функции
  - Высокая стоимость
  - Необходимы повторные инъекции
  - Влияние на прогноз не доказано
  - Только лечение гонартроза

---

---

---

---

---

---

---

---

Слайд  
22

### Симптоматические препараты замедленного действия

Препарат	дозы (мг/сутки)	Схема приема
<b>Пероральные</b>		
Глюкозамин сульфат (Дона)	1500	1 раз в день
Хондротин сульфат (Структум)	1000	2 раза в день
Кондро Нова	ХС-200+ГС- 250	2 раза в день
Арта		1 раз в день
Терафлекс		2 раза в день
	ХС-500+ГГ- 500	
	ХС-400+ГГ- 500	
<b>Парентеральные</b>		
Гиалуроновая кислота	2,0	в/суставно 1 раз в неделю в течение 3-5 недель

Слайд  
23

### Хирургическое лечение

- **Артроскопия**
  - Позволяет выявить локальные нарушения
  - Высокая стоимость, возможны осложнения
- **Отеотомия:** продлевает время до протезирования суставов на 2-3 года (долгит, эразон, эмульгель и др. )
- **Протезирование суставов:** при не контролируемых болях и нарушении функция

Слайд  
24

### Рекомендации по фармакотерапии гон- и коксартроза

1995	2000	2003
В/суставные ГКС (только коленный сустав)	Не-опиоидные анальгетики (ацетаминофен)	Не-опиоидные анальгетики (ацетаминофен)
Не-опиоидные анальгетики (ацетаминофен)	ЦОГ-2 специфические ингибиторы	НПВП
Локальные препараты (мази, гели, кремы)	НПВП+мизопрост. или ИПП (при риске гастропатии)	Опиоидные анальгетики (кодеин, трамал)
НПВП	Опиоидные анальгетики (кодеин, трамал)	Половые гормоны
Опиоидные анальгетики (кодеин, трамал)	В/суставные ГКС	Хондроитин, глюкозамин, диацереин, авокадо/соя
	В/суставно гиалуронан	Психотропные препараты
	Локальные препараты (мази, гели, кремы)	Локальные препараты (мази, гели, кремы)

Слайд  
25

**10 рекомендаций по лечению гонартроза, основанные на принципах доказательной медицины и мнении экспертов(1)**

- 1 Правильное лечение гонартроза требует применения немедикаментозных и фармакологических методов
- 2 Лечение гонартроза должно быть индивидуальным с учетом:
  - Факторов риска гонартроза (избыточный вес, избыточные механические факторы, физическая активность)
  - Общих факторов риска (возраст, сопутствующие заболевания и медикаменты)
  - Интенсивности боли и нарушения функции суставов
  - Наличия воспаления (например, выпота в сустав)
  - Локализации и степени структурных повреждений

---

---

---

---

---

---

---

---

Слайд  
26

**10 рекомендаций по лечению гонартроза, основанные на принципах доказательной медицины и мнении экспертов(2)**

- 3 Нефармакологическое лечение гонартроза должно включать образование больных, лечебную физкультуру, использование различных ортопедических приспособлений и снижение веса
- 4 Применение парацетамола в начале лечения
- 5 Применение локальных средств (НПВП, капсаицин)
- 6 НПВП назначаются больным при неэффективности парацетамола. У больных с риском развития нежелательных явлений со стороны ЖКТ должны использоваться НПВП с эффективными гастропротективными средствами или селективные НПВП

---

---

---

---

---

---

---

---

Слайд  
27

**10 рекомендаций по лечению гонартроза, основанные на принципах доказательной-медицины и мнении экспертов(3)**

- 7 Опиоидные анальгетики с или без парацетамолем для тех больных, у которых имеются противопоказания для приема НПВП, включая селективные, или плохая переносимость их
- 8 Назначение медленнодействующих препаратов: глюкозамина, хондроитина, авокадо/сои, диацереина, гиалуронана, имеющих свойства модифицировать симптомы и структуру болезни
- 9 Внутрисуставное введение кортикостероидов при признаках воспаления в коленном суставе, особенно при наличии выпота
- 10 Эндопротезирование сустава с рефрактерным болевым синдромом и развитием нетрудоспособности

---

---

---

---

---

---

---

---