

Немедикаментозная и лекарственная терапия остеоартроза суставов кисти, коленных и тазобедренных суставов

Рекомендации Американского колледжа ревматологии (2012)

Введение

Настоящая работа представляет собой обновленную версию согласительного документа 2000 г., который был разработан небольшой группой специалистов и основывался на неформальном консенсусе между ними. С тех пор методология клинических рекомендаций существенно изменилась. В частности, при их создании стали использовать результаты систематических обзоров литературы; дельфийский метод (для выработки согласованного мнения) либо метод RAND / Калифорнийского университета (для выбора метода лечения, адекватного конкретной клинической ситуации); систему GRADE, устанавливающую степень обоснованности того или иного положения.

Успешное внедрение настоящих рекомендаций в клиническую практику подразумевает индивидуализированную оценку больного, а также тесное взаимодействие между врачом и пациентом. Было бы неверным думать, что предлагаемые рекомендации могут служить чем-то вроде поваренной книги, содержащей готовые рецепты; скорее это свод советов, в основу которых положены научные данные и их экспертная трактовка. В отличие от предыдущей версии здесь не приведены терапевтические алгоритмы для больных, у которых стартовое лечение оказалось неэффективным. Это объясняется слишком малым количеством качественных исследований, в которых специально изучались эффективность и безопасность приводившихся ранее алгоритмов. Авторы надеются, что настоящие рекомендации американского профессионального общества будут востребованы во всем мире.

Остеоартроз суставов кисти

Общие сведения

Критерием манифестного остеоартроза (ОА) суставов кисти (СК) является продолжающаяся в течение нескольких месяцев суставная боль в пальцах руки. Лечение таких пациентов, если у них отсутствуют сопутствующие сердечно-сосудистые заболевания, патология желудочно-кишечного тракта (в т. ч. в анамнезе), а также хроническая болезнь почек (ХБП), проводит врач первичного звена. Безрецептурный парацетамол в дозе до 3 г/сут обладает минимальной эффективностью. Рентгенологически в нескольких дистальных и проксимальных межфаланговых суставах выявляют остеофиты и сужение суставных щелей, однако эрозии отсутствуют.

Методы немедикаментозной терапии

Все больные с ОА СК должны быть осмотрены врачом — специалистом общей практики, профпатологом или физиотерапевтом. Этот осмотр необходим для того, чтобы оценить способность пациента поддерживать повседневную бытовую активность, его потребность во вспомогательных приспособлениях, а также возможность применения тепловых процедур, уменьшающих болевой

синдром и ощущение скованности. Кроме того, во время осмотра больному следует объяснить, как можно уменьшить нагрузку на пораженные суставы. При вовлечении в процесс запястно-пястного сустава I пальца иногда оказывается эффективным его шинирование (табл. 1).

Методы лекарственной терапии

У больных с ОА СК к препаратам с доказанным эффектом относятся местно действующие и пероральные формы нестероидных противовоспалительных средств (НПВС), местно действующий капсаицин и трамадол. Внутрисуставное

введение лекарственных веществ, равно как и использование наркотических анальгетиков должны быть исключены (табл. 2).

Больному с поражением запястно-пястного сустава I пальца может потребоваться внутрисуставная инъекция. С этой целью не рекомендовано вводить глюкокортикоиды и производные гиалуроновой кислоты. При эрозивном ОА СК либо при наличии реактивного синовита не следует назначать перорально метотрексат и сульфасалазин. Данных, свидетельствующих в пользу или против применения гидроксихлорохина, для сколько-нибудь определенных рекомендаций пока недостаточно.

Остеоартроз коленного сустава

Общие сведения

Критерием манифестного ОА коленного сустава (КС) является суставная или периартикулярная боль, не купируемая безрецептурными средствами: парацетамолом, НПВС, пищевыми добавками (например, хондроитинсульфатом/глюкозаминном).

Методы немедикаментозной терапии

При манифестном ОА КС нужно назначать лечебную физкультуру, учитывая функциональные возможности пациента (M. Fransen, S. McConnell, 2008; M. Fransen et al., 2010) (табл. 3). По своей эффективности и безопасности упражнения в воде не имеют никаких преимуществ перед обычными комплексами физических упражнений. Следовательно, выбор того или иного вида упражнений должен быть индивидуализированным и основанным на пожеланиях больного, а также на его функциональном статусе. Например, детренированным пациентам для улучшения толерантности к аэробным нагрузкам вначале показаны упражнения в воде. После их завершения нужно перейти к обычным физкультурным комплексам, которые (по выбору больного и медицинского работника) могут включать аэробные нагрузки, упражнения на усилии либо сочетание тех и других. Всем пациентам с избыточной массой тела необходимо рассказывать о методах борьбы с ней (R. Christensen et al., 2007).

Методы лекарственной терапии

В случае если не удастся достичь адекватного купирования боли с помощью эпизодического приема безрецептурных средств (парацетамола, НПВС, пищевых добавок), рекомендовано назначение длительной терапии парацетамолом, НПВС (пероральными либо местно действующими), трамаделом либо внутрисуставное введение глюкокортикоидов (табл. 4). Медицинские работники, вероятно, не должны назначать в качестве средств длительной терапии пищевые добавки (хондроитинсульфат/глюкозамин) и местно действующий капсаицин. Если стартовым препаратом

Таблица 1. Немедикаментозная терапия ОА СК

| Рекомендации с низкой степенью обоснованности |
|---|
| <p>Следует:</p> <ul style="list-style-type: none"> оценить способность пациента к выполнению повседневных бытовых нагрузок объяснить больному, как уменьшить нагрузку на пораженные суставы в случае необходимости обеспечить пациента вспомогательными приспособлениями, облегчающими повседневную бытовую активность рассказать больному о методике выполнения тепловых процедур если необходимо, шинировать запястно-пястный сустав I пальца |

Примечание. Доказательная база, обосновывающая рекомендации по применению немедикаментозной терапии ОА, ограничена; рекомендуемые методы обладают небольшой или умеренной эффективностью.

Таблица 2. Стартовая лекарственная терапия ОА СК

| Рекомендации с низкой степенью обоснованности |
|--|
| <p>Следует применять:</p> <ul style="list-style-type: none"> местно действующий капсаицин местно действующие НПВС, в т. ч. троломина салицилат пероральные НПВС, в т. ч. селективные ингибиторы циклооксигеназы-2 трамадол <p>Не следует назначать:</p> <ul style="list-style-type: none"> внутрисуставное введение лекарственных средств наркотические анальгетики <p>Следует отдавать предпочтение:</p> <p>местно действующим, а не пероральным формам НПВС у больных ≥ 75 лет (у пациентов < 75 лет ни одна из этих форм не имеет каких-либо преимуществ перед другой)</p> |

Примечание. Доказательная база, обосновывающая рекомендации по применению лекарственной терапии ОА СК, ограничена; если стартовая терапия оказалась недостаточно эффективной, следует назначать альтернативные методы лечения.

Таблица 3. Немедикаментозная терапия ОА КС

| Рекомендации с высокой степенью обоснованности |
|---|
| <p>Пациентам следует:</p> <ul style="list-style-type: none"> выполнять аэробные и/или резистивные комплексы наземных упражнений выполнять упражнения в воде снижать массу тела (если она повышена) <p>Рекомендации с низкой степенью обоснованности</p> <p>Пациентам следует:</p> <ul style="list-style-type: none"> принимать участие в программах, обучающих навыкам самопомощи получать мануальную терапию в сочетании с комплексами лечебной физкультуры (под наблюдением специалиста) получать психосоциальную коррекцию применять медиальное бинтование колена (фиксацию надколенной чашечки) использовать стельки с медиальным утолщением (при поражении латеральных отделов КС) использовать фиксируемые стельки с латеральным подпяточным утолщением (при поражении медиальных отделов КС) знать методику выполнения тепловых процедур использовать приспособления, облегчающие ходьбу (если есть потребность) выполнять гимнастику тай цзи* использовать в комплексном лечении традиционную китайскую акупунктуру* знать методику применения чрескожной электрической стимуляции <p>Рекомендации не выработаны относительно использования:</p> <ul style="list-style-type: none"> упражнений балансового типа (как изолированных, так и сочетающихся с упражнениями на усилии) стелек с латеральным утолщением мануальной терапии (без одновременного применения других терапевтических средств и методов) шин для коленного сустава латерального бинтования колена (фиксации надколенной чашечки) |

Примечание. *Метод рекомендован только для пациентов с ОА КС, испытывающих умеренную или выраженную боль и нуждающихся в полной артропластике КС, которую, однако, проводить не планируют. Возможными причинами отказа от артропластики являются сопутствующие заболевания; лекарственные средства, прием которых исключает (относительно или абсолютно) выполнение оперативного вмешательства; решение хирурга о нецелесообразности данной операции.

Таблица 4. Стартовая лекарственная терапия ОА КС

| Рекомендации с низкой степенью обоснованности |
|---|
| <p>Следует применять:</p> <ul style="list-style-type: none"> парацетамол пероральные НПВС местно действующие НПВС трамадол внутрисуставное введение глюкокортикоидов <p>Не следует назначать:</p> <ul style="list-style-type: none"> хондроитинсульфат глюкозамин местно действующий капсаицин <p>Рекомендации не выработаны относительно назначения:</p> <ul style="list-style-type: none"> внутрисуставных инъекций производных гиалуроновой кислоты дулоксетина наркотических анальгетиков |

Примечание. Доказательная база, обосновывающая рекомендации по применению лекарственной терапии ОА КС, ограничена; если стартовая терапия оказалась недостаточно эффективной, следует назначать альтернативные методы лечения.

Таблиця 5. Немедикаментозна терапія ОА ТБС

| Рекомендації з високою ступенню обґрунтованості |
|---|
| Пацієнтам слід: |
| <ul style="list-style-type: none"> • виконувати аеробні і/або резистивні комплекси фізических вправ • виконувати вправи в воді • знизити масу тіла (якщо вона підвищена) |
| Рекомендації з низкою ступенню обґрунтованості |
| Пацієнтам слід: |
| <ul style="list-style-type: none"> • брати участь в програмах, навчаючих навикам самопомощі • отримувати мануальну терапію в поєднанні з комплексами лічєбної фізкультури (під наглядом спеціаліста) • отримувати психосоціальну корекцію • знати методику виконання теплових процедур • використовувати приспособлення, злегчаючі ходьбу (якщо є потреба) |
| Рекомендації не вироблені щодо використання: |
| <ul style="list-style-type: none"> • вправ балансового типу (як ізольованих, так і поєднаних з вправами на силу) • гімнастики тай цзи • мануальної терапії (без одночасного застосування інших терапевтичних засобів і методів) |

Таблиця 6. Стартує лікарствена терапія ОА ТБС

| Рекомендації з низкою ступенню обґрунтованості |
|---|
| Слід застосувати: |
| <ul style="list-style-type: none"> • парацетамол • пероральні НПВС • трамадол • внутрисуставне введення глюкокортикоїдів |
| Не слід застосовувати: |
| <ul style="list-style-type: none"> • хондроїтинсульфат • глюкозамин |
| Рекомендації не вироблені щодо застосування: |
| <ul style="list-style-type: none"> • місних діючих НПВС • внутрисуставних ін'єкцій вироблених гіалуронової кислоти • дулоксетина • наркотических анальгетиків |

Примітка. Доказальна база, обґрунтовуюча рекомендації по застосуванню лікарственої терапії ОА ТБС, обмежена; якщо стартує терапія виявилася недостатньо ефективною, слід призначити альтернативні методи лічєння.

вибран парацетамол в максимальній дозі (4000 мг/сут), пацієнта слід попередити про те, щоб він уникнув прийому інших лікарств, що містять це речовину (наприклад, безрецептурних препаратів для боротьби з простудою або комбінованих засобів, в склад яких входять наркотическі анальгетики).

Відсутність адекватного ефекту при повній дозі парацетамолу необхідно використовувати пероральні / місні діючі форми НПВС або внутрисуставне введення глюкокортикоїдів (ACR, 2008; R. Chou et al., 2006). Лікарські працівники не повинні призначати пероральні НПВС пацієнтам, у яких дані препарати протипоказані. Крім того, завжди потрібно враховувати ризик, пов'язаний з прийомом НПВС, і звертатися до відповідних заходів обережності. У осіб ≥ 75 років перевагу слід надавати не пероральним, а місним діючим НПВС (AGS, 2009). Не виключено, що при неадекватності парацетамолу допустимо застосувати трамадол, дулоксетин і внутрисуставні ін'єкції вироблених гіалуронової кислоти. Якщо у хворого в анамнезі (>1 рік тому) відзначалося манифестне або ускладнене кровотечення язвенної етіології з верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, лікар, який вирішив застосувати НПВС, повинен вибрати або селективний інгібітор циклооксигенази-2 (ЦОГ-2), або комбінацію неселективного НПВС з інгібітором протонної помпи (ІПП), причому ці варіанти вважаються рівнозначними (A. Rostom et al., 2009). У пацієнта, у якого перенесено аналогічне кровотечення <1 рік тому, тим не менше, лікар вважає зацелесообразним призначити НПВС, слід використовувати комбінацію селективного інгібітора ЦОГ-2 з ІПП. Спільне призначення НПВС (як неселективного, так і селективного) з ІПП вважалося економічно обґрунтованим (N. Latimer et al., 2009).

Якщо хворий ОА отримує кардіопротекторну ціллю низькі дози аспірину (≤ 325 мг/сут) і при цьому, по думці лікаря, потрібен прийом перорального

НПВС, рекомендується призначити неселективно діючий препарат (крім ібупрофену) в поєднанні з ІПП. Недопустимо одночасне прийняття аспірину і ібупрофену, оскільки це пояснюється взаємодією між аспірином і диклофенаком або целекоксибом. Установити це не вдалося (M. Schuijt et al., 2009; K. Wilner et al., 2002). Незважаючи на це, комбінація аспірину з інгібітором ЦОГ-2 не рекомендується. Спільне застосування аспірину і інших НПВС не вироблено.

Відповідно до принципів доказальної медицини пероральні форми НПВС не можна використовувати у пацієнтів з ХБП IV-V ст. (розрахункова швидкість клубочкової фільтрації (рСКФ) <30 мл/мін). Можливість прийому пероральних НПВС при ХБП III ст. (рСКФ 30-59 мл/мін) лікар повинен оцінювати індивідуально, в кожному випадку зважуючи ризик і потенціальну користь такого призначення.

Якщо поєднане застосування немедикаментозних і лікарствених методів виявляється неефективним, а повна артропластика протипоказана або пацієнт не дає на це згоди, рекомендується наркотическі анальгетики, однак допустимий прийом дулоксетину. При цьому розуміється, що лікар повинен дотримуватися рекомендацій Американського товариства болю / Американської академії лікарської болю, які встановлюють принципи призначення наркотических анальгетиків при хронічєсєм болювому синдромі неопухольового генезу (R. Chou et al., 2009). Дані рекомендації регламентують наступні аспекти: вибір хворого, у якого потрібно призначити терапію; отримання інформованого згоди і складання плану лічєння; вибір стартує дози препарату

і її наступуючу титрацію; спостереження за хворим з тим, щоб при необхідності інтенсифікувати лічєння, призначити препарат в високій дозі, замінити один наркотик іншим, припинити терапію; проведення профілактики і корекції побічєсєх ефектів, властивих наркотичєсєму анальгетику; купірування проривної болю.

Остеоартроз тазобедренного сусуава

Загальні відомості

При відсутності у пацієнта супутніх серцево-судинних захворювань, патології шлунково-кишкового тракту (в т. ч. в анамнезі), а також ХБП терапію манифестного ОА тазобедренного сусуава (ТБС) проводить лікар первинного зв'язу. Оскільки кількість досліджень, в яких оцінювалися ефективність такої терапії, невелика, рекомендується лічєння при ОА ТБС відповідає, якщо не брати до уваги невеликих відмінностей, такому при ОА КС (табл. 5, 6).

В частині, з немедикаментозних методів у хворих з ОА ТБС не застосовують носіння спеціальних стелек, бітвання КС, акупунктуру і чрескожну електричну стимуляцію.

Як і у хворих з ураженням КС, в разі ОА ТБС наркотическі анальгетики показані при недостатній ефективності всіх інших методів терапії (немедикаментозних, лікарствених) і неможливості по тій або іншій причині виконати повну артропластику ТБС.

Коментарі

Ймовірно, практичні лікарі можуть не погодитися з деякими з запропонованих положень, наприклад з рекомендацією не призначати глюкозамин і хондроїтинсульфат хворим ОА КС. Однак цей рада оснований на результатах клінічєсєго випробування Glucosamine/Chondroitin Arthritis Intervention (D. Clegg et al., 2006), а також ряду метааналізів, які показали, що переліченим препаратам властива суттєва гетерогенність ефекту (T. Towheed et al., 2005; S. Vlad et al., 2007; S. Reichenbach et al., 2007). Крім того, рекомендацію обґрунтовують дані недавнього проведеного метааналізу (S. Wandel et al., 2010), в якому виявлено, що глюкозамин і хондроїтинсульфат клінічєсє значимого ефекту.

З часу публікації попередньої версії цих рекомендацій (2000) накопилось значительное количество фактов, касающихся теоретических и практических аспектов терапии ОА. Вследствие этого другие профессиональные общества также публиковали аналогичные документы, по сравнению с которыми настоящая работа имеет ряд преимуществ. Так, предлагаемая версия, во-первых, учитывает результаты самых последних (до начала 2011 г.) исследований. Во-вторых, здесь описаны терапевтические подходы не только при поражении коленных и тазобедренных суставов, но и при ОА СК. В-третьих, создавая данные рекомендации, авторы использовали строгие методологические принципы, лишь недавно вошедшие в широкую научную практику. Наконец, следует указать и на то, что экспертная группа, которая разрабатывала эти рекомендации, включала как ревматологов, так и представителей других специальностей, участвующих в лечении ОА.

Перевел з англ. Глеб Данил

Оперативно

Хроніка ключових подій

ГОЛОВНЕ

Новини FDA

FDA одобрив препарат Perjeta для лічєння раку грудної залози в пізніх стадіях

8 червня Управління по контролю за якістю продуктів харчування і лікарствених засобів США (FDA) одобрив препарат Perjeta (пертузумаб) для лічєння пацієнтів з метастатичним HER2-позитивним раком грудної залози (РГЖ) в пізніх стадіях, раніше не отримувалих препаратів таргетної анти-HER2-терапії або хіміотерапії. Perjeta застосовується в поєднанні з іншим препаратом таргетної анти-HER2-терапії трастузумабом і хіміотерапією на основі доцетакселу.

HER2 — це білок, що бере участь в нормальному рості клітин. При наявності деяких пухлин, в тому числі новоутворень грудної залози, його кількість підвищується. При HER2-позитивному РГЖ збільшення кількості HER2 сприяє росту пухлинних клітин і їх виживанню.

Perjeta представляє собою гуманізоване моноклональне антитіло, яке виробляється за допомогою методів біотехнології. Препарат вводиться внутрішньовенно. Полагають, що його дія спрямована на ту частину HER-білка, на яку не впливає трастузумаб, що призводить до подальшого зниження темпів росту і виживаності HER2-позитивних клітин РГЖ.

РГЖ є другою за значимістю причиною смерті від онкологічєсєї патології серед жінок. По прогнозам, в цьому році РГЖ буде виявлено у більш ніж 226 тис. жінок, приблизно в 40 тис. випадків він стане причиною смерті. Відомо, що приблизно 20% випадків РГЖ асоціюється з підвищєним рівнем HER2-білка.

«Так як трастузумаб вперше був одобрєн більш ніж 10 років тому, продовження досліджень дозволило нам краще зрозуміти роль HER2-білка при РГЖ, — заявив Річард Паздур, керівник Управління гематологічєсєких і онкологічєсєких продуктів Центру FDA по оцінці і дослідженню препаратів. — Ці дослідження послужили основою для комбінації двох таргетних препаратів — трастузумаба і Perjeta — з доцетакселом з цєлю зупинити прогресування РГЖ».

Безпечність і ефективність Perjeta оцінювалися в одному клінічєсєму дослідженні з участю 808 пацієнтів з HER2-позитивним метастатичним РГЖ. Жінки були рандомізовані в групи терапії Perjeta, трастузумаба і доцетакселу або трастузумаба, доцетакселу і плацебо. В ході дослідження між двома групами терапії порівнювалися показники виживаності без прогресування захворювання (ВБП). В групі пацієнтів, отримувалих Perjeta в поєднанні з трастузумабом і доцетакселом, середній показник ВБП склав 18,5 міс, в той час як у хворих, отримувалих комбінацію препаратів в поєднанні з плацебо, цей показник був значно нижче — 12,4 міс. Найбільш поширені побічєсє ефекти, спостережені у пацієнтів, отримувалих Perjeta в поєднанні з трастузумабом і доцетакселом, — діарея, випадіння волос, лейкопенія, нудота, підвищенна втомиємость, сьпіл і периферичєсє сенсорна нейропатія.

Виробляє препарат компанія Genentech — член групи компаній Roche Group.

Офіційний сайт FDA: www.fda.gov

Підготувала Ольга Татаренко