

ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ

ШИЛОВА Л.Н.

КУПИРОВАНИЕ БОЛИ

Неселективные ЦОГ-2 ингибиторы (Н-НПВП)

Селективные ЦОГ-2 ингибиторы (С-НПВП)

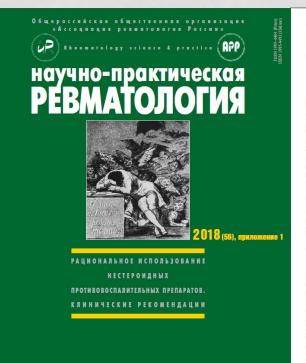
Диклофенак Индометацин Пироксикам Ибупрофен Напроксен Кетопрофен Кеторолак Лорноксикам

Преимущественно селективные НПВП Нимесулид Мелоксикам

> «Коксибы» Целекоксиб Эторикоксиб

Ассоциация ревматологов России, Российское общество по изучению боли, Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Российское научное медицинское общество терапевтов, Ассоциация травматологов-ортопедов России, Российская ассоциация паллиативной медицины

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ. Клинические рекомендации



Клинические рекомендации

Ассоциация ревматологов России, Российское общество по изучению боли, Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Российское научное медицинское общество терапевтов, Ассоциация травматологов-ортопедов России, Российская ассоциация паллиативной медицины

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ. Клинические рекомендации

КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ

Каратеев Андрей Евгеньевич — заведующий лабораторией патофизиологии боли и полиморфизма скелетно-мышечных заболеваний ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»¹, докт. мед. наук

Насонов Евгений Львович — научный руководитель ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» , заведующий кафедрой ревматологии ИПО ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет); президент Ассоциации ревматологов России, академик РАН, профессор, докт. мед. наук

Ивашкин Владимир Трофимович — заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета, директор Клиники пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии им. В.Х. Василенко ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), главный внештатный специалист гастроэнтеролог Минздрава России, президент Российской гастроэнтерологической ассоциации, академик РАН, докт. мед. наук, профессор

Мартынов Анатолий Иванович – профессор кафедры госпитальной терапии №1 лечебного факультета ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России³, академик РАН, докт. мед. наук, профессор

Яхно Николай Николаевич – профессор кафедры нервных болезней лечебного факультета, директор научно-образовательного клинического центра неврологии ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет)°, президент Российского общества по изучению боли, академик РАН, докт. мед. наук, профессор Арутонов Григорий Павлович — заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней и лучевой диагностики ФГБОУ ВО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минэдрава России*, главный внештатный специалист терапевт Департамента эдравоохранения г. Москвы, член-корреспондент РАН, докт. мед. наук, профессор

Алексеева Людмила Ивановна — заведующая отделом метаболических заболеваний костей и суставов с центром профилактики остеопороза Минздрава России ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», докт. мед. наук, профессор

Абузарова Гузель Рафаиловна – руководитель центра паллиативной помощи онкологическим больным Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена — филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский радиологический центр» Минздрава России⁸, докт. мед. наук

Евсеев Максим Александрович – научный руководитель по хирургии ФГБУ «Клиническая больница №1» Управления делами Президента РФ (Волынская)^с, докт. мед. наук, профессор

Кукушкин Михаил Львович – руководитель лаборатории фундаментальных и прикладных проблем боли ФГБНУ «НИИ общей патологии и патофизиологии» РАН", ответственный секретарь Российского общества по изучению боли, докт. мед. наук, профессор

Копенкин Сергей Семенович – доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГБОУ ВПО «Российский научно-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минэдрава России", канд. мед. наук

Лила Александр Михайлович – врио директора ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой»¹, докт. мед. наук, профессор

Лапина Татьяна Львовна — доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государствен-

ЭФФЕКТИВНОСТЬ

1	Все НПВП в адекватных противовоспалительных дозах при длительном применении имеют равный обезболивающий потенциал (1a)
2	Использование инъекционных форм НПВП, а также быстрорастворимых форм для приема внутрь имеет преимущество в скорости наступления эффекта, по сравнению с обычными пероральными препаратами (1в)
3	НПВП в средних и максимальных дозах более эффективны, чем максимальная терапевтическая доза парацетамола 4 г/сут (1a)
4	При остеоартрите длительное непрерывное использование НПВП обеспечивает лучший контроль симптомов, чем прием в режиме «по требованию» (1в)
5	Длительный прием НПВП при остеоартрите и подагрическом артрите в ряде случаев способен уменьшить частоту рецидивов болезни (1в)

Клинические рекомендации

Ассоциация ревматологов России, Российское общество по изучению боли, Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Российское научное медицинское общество терапевтов, Ассоциация травматологов-ортопедов России, Российская ассоциация паллиативной медицины

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ. Клинические рекомендации

БЕЗОПАСНОСТЬ

Все НПВП могут вызвать НР со стороны ЖКТ (диспепсию, язвы, кровотечения, ЖДА и т.д.)
 Все НПВП могут вызвать НР со стороны ССС (дестабилизацию АД и сердечной нгедостаточности)
 Все НПВП могут оказывать негативное влияние на печень и почки, особенно если отмечалось поражение последних
 Все НПВП могут усиливать кровотечение при оперативных вмешательствах
 НПВП могут вызывать аллергические реакции, гематологические нарушения, бронхоспазм

Клинические рекомендации

Ассоциация ревматологов России, Российское общество по изучению боли, Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Российское научное медицинское общество терапевтов, Ассоциация травматологов-ортопедов России, Российская ассоциация паллиативной медицины

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ. Клинические рекомендации

РИСК РАЗВИТИЯ НР РАЗЛИЧАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ НПВП!

Клинические рекомендации

Ассоциация ревматологов России, Российское общество по изучению боли, Российская гастроэнтерологическая ассоциация, Российское научное медицинское общество терапевтов, Ассоциация травматологов-ортопедов России, Российская ассоциация паллиативной медицины

РАЦИОНАЛЬНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ. Клинические рекомендации

1 - СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКОВ

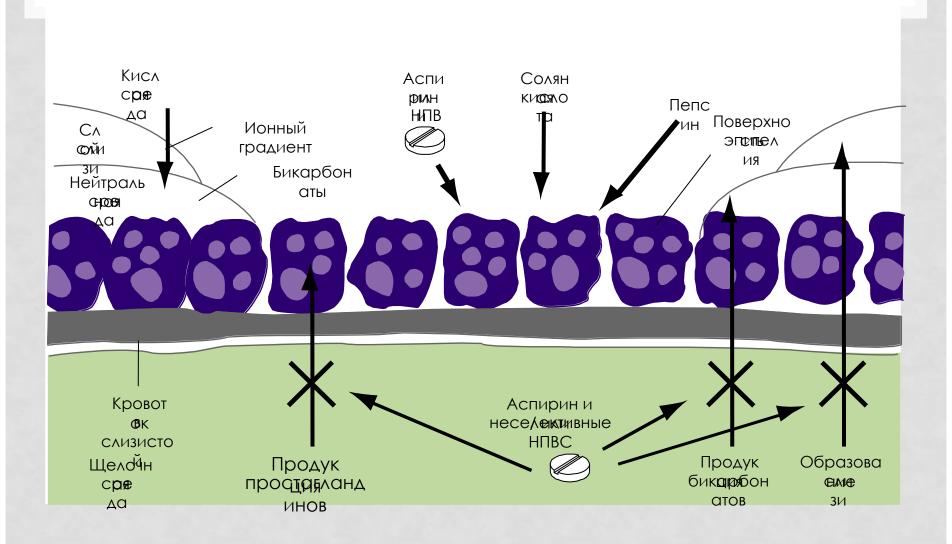
Основные факторы риска НПВП-ассоциированных осложнений¹

Риск осложнений со стороны ЖКТ		Риск осложнений со стороны ССС		
Низкий риск	Отсутствие ФР	Низкий риск	SCORE <1%	
Умеренный риск	 Пожилой возраст (>65 лет) Диспепсия Курение Прием ГК Инфицированность Helicobacter pylori 	Умеренный риск	1≤ SCORE <5%	
Высокий риск	 Язвенный анамнез (включая язвы, осложненные кровотечением или перфорацией) Желудочно-кишечное кровотечение или перфорация в анамнезе Прием низких доз аспирина для профилактики 	Высокий риск	 Значимо повышенные ФР (ОХС 8 ммоль/л, или ЛПНП >6 ммоль/л, или АД ≥180/100 мм рт. ст.) ХБП (СКФ 30–59 мл/мин/1,73 м2) СД без поражения органов-мишеней (за исключением молодых пациентов с СД 1-го типа без ФР) 5≤ SCORE <10% 	
	атеротромбоза или иных антитромботических средств и/или антикоагулянтов	Очень высокий риск	 Установленный диагноз заболевания ССС (ИМ, ОКС, реваскуляризация коронарных и других артерий, ОНМК/ТИА, клинически выраженная ИБС, аневризма аорты, заболевания периферических артерий, ХСН) Документально подтвержденный значимый субклинический атеросклероз сонных и коронарных артерий Осложненный СД (с повреждением органов-мишеней или другими ФР) ХБП (СКФ <30 мл/мин/1,73 м2) SCORE ≥10% 	

Проект национальных клинических рекомендаций (основные положения). Рациональное использование НПВП. По результатам

Срваецаниея ЖКУГ-гънс руколяртков с № 204 До Научьку дикант инсемая Гвениаткокортию ДО Ди № 5 и Афаркт миокарда, ОКС **20 Нрыйрнорная с**индром, ОНМК – острое нарушение мозгового кровообращения, **ТИРГ-Фрайзимаривя КПЬК-**мическая атака, ИБС – ишемическая болезнь сердца, ХСН – хроническая сердечная недостаточность, ФР – фактор риска, СД – сахарный диабет, ХБП – хроническая болезнь почек, СКФ – скорость клубочковой фильтрации, ОХС – общий холестерин, ЛПНП – липопротеиды низкой плотности, АД – артериальное давление

МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ НПВП АССОЦИИРОВАННЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЙ



ОСОБЕННОСТИ НПВП-ГАСТРОПАТИИ

«Обычная» язва

- Язва ДПК
- Чаще возникает у молодых
- Яркая клиника
- Четкая связь с инфекцией H. pylori

НПВП-гастропатия

- Язва антрального отдела желудка
- Типично для пожилых
- Нередко малосимптомная или бессимптомная
- Может возникать у Н. pylori негативных пациентов

ПРОФИЛАКТИКА

1	Метод профилактики осложнений со стороны верхних отделов ЖКТ – назначение ингибиторов протонной помпы (ИПП) (A)
2	Метод профилактики осложнений со стороны верхних отделов ЖКТ, а также тонкой и толстой кишки – назначение гастропротектора ребамипида (В)
3	Не существует эффективных средств для нефро- и гепатопротекции
4	Не целесообразно назначение малых доз аспирина или других антитромботических средств для профилактики СС осложнений, вследствии приема НПВП

Терапия ингибиторами протонной помпы (ИПП) является наиболее эффективным методом профилактики развития НПВП-индуцированной гастропатии. В качестве альтернативы можно использовать блокаторы Н2-гистаминовых рецепторов или продуценты простагландина E2.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЭЗОФАГО□ГАСТРО□ ЭНТЕРО□КОЛОПАТИЙ, ИНДУЦИРОВАННЫХ НЕСТЕРОИДНЫМИ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ □НПВП экспериментальная и клиническая гастроэнтерология | выпуск 151 | № 3 2018

Все существующие ИПП в рекомендованной в инструкциях дозировке обладают одинаковой эффективностью в отношении снижения риска развития НПВП-гастропатии.

ИПП, имеющие дополнительные внепеченочные пути метаболизма (рабепразол) и/или меньшей степени ингибирующий изофермент СҮР2С19 цитохрома Р-450 (пантопразол), могут быть препаратами выбора для профилактики и лечения гастропатий, вызванных назначением антитромботических препаратов.

Клиническими признаками НПВП-

ЭЗОФАГОПАТИИ являются жжение в пищеводе, боль и затруднение при глотании, НПВП-гастропатии- диспептические расстройства (тошнота, рвота, метеоризм, нарушения стула)

Основными проявлениями НПВП-энтероколопатии являются железодефицитная анемия (!!!), гипопротеинемия (!!!) и гипоальбуминемия (!!!),

связанная с экссудацией белка (мальабсорбция), наличие измененной крови в кале при отсутствии поражения верхних отделов ЖКТ.

Иногда эта патология может дебютировать осложнениями: перфорацией тонкой кишки, профузным кишечным кровотечением или тонкокишечной непроходимостью, связанной с формированием постязвенных истриклуро профилактике и лечению эзофаго гастро энтеро колопатий, нередко от сутствует всякоя симным пратика, кроже от всякой предержения и пред собразоваться в противоволия в за 2018 г. 1.2016 слабости, т. к. сами по себе на пред обладают противоволевым эффектом.

ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ

1.ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ:
_БЕТАМЕТАЗОН В/М, П/В,
1 РАЗ В МЕСЯЦ, НЕ БОЛЕЕ 3-4 РАЗ
В ОДИН СУСТАВ В ГОД!

ОА, РА, АНКИЛИЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ, ПОДАГРА

PER OS, В/В, ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ

1-3 МГ/КГ РА – ВЫСОКАЯ АКТ, ВИСЦЕРИТЫ ПОДАГРА- КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ- ВИСЦЕРИТЫ

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ

1. METOTPEKCAT 10-25 MГ в неделю начинаем с 5 мг 2 раза в день, затем увеличиваем дозу по 2,5 - 5 мг каждые 2-3 недели до 15-20 и далее Контроль ОАК, биллирубин, трансаминазы

<u>СУЛЬФАСАЛАЗИН</u>

2-3 Г В СУТКИ НАЗНАЧАЕМ ПО 500 МГ 2 РАЗА В ДЕНЬ -1-Я НЕДЕЛЯ, ЗАТЕМ ПРИБАВЛЯЕМ 500 МГ 2-Я НЕДЕЛЯ, ЗАТЕМ ЕЩЕ 500 МГ

КОНТРОЛЬ ОАК, БИЛЛИРУБИН, ТРАНСАМИНАЗЫ

<u>ЛЕФЛЮНОМИД</u> 20 МГ ЕЖЕДНЕВНО КОНТРОЛЬ ОАК, БИЛЛИРУБИН, ТРАНСАМИНАЗЫ

<u>ГИДРОКСИХЛОРОХИН</u>

200 МГ 2 РАЗА В ДЕНЬ КОНТРОЛЬ ОКУЛИСТОМ ГЛАЗНОГО ДНА 1 Р В 3 МЕС

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

- 1. ИНГИБИТОРЫ ФНО-АЛЬФА
- 2. ИНГИБИТОРЫ ИЛ-6
- 3.МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА К В-Л

•OCTEOAPTPUT

АЛГОРИТМ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ ОА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ (ESCEO, 2019)

ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 1 ЭТАП

Симптомы остеоартрита	При необходимости коррекция оси
- Длительное приеменение SYSADOA- Парацетамол при необходимости	Коленный бандаж стельки
ПРИСОХРАНЕНИИ СИМПТОМОВ	При симптомах ОА
Местные НПВП	Трости, костыли Термальные методы Мануальная терапия гидротерапия

АЛГОРИТМ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ ОА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ (ESCEO, 2019)

3 ЭТАП

- «ПОСЛЕДНИЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОПЫТКИ»
- КОРОТКИЕ КУРСЫ ЛАБЫХ ОПИОИДОВ
- ДУЛОКСЕТИН

4 этап

Хирургические методы лечения Эндопротезирование

При наличии противопоказаний – опиоидные анальгетики

СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ БЕЗОПАСНОГО ПРИМЕНЕНИЯ НПВП

Предполагает:

- обязательный тщательный сбор анамнеза для выявления ФР перед назначением этих препаратов.
- Выявление H.pylory и ФГС перед длительным назначением НПВП
- При наличии ФР следует использовать НПВП с наименьшим негативным влиянием на ЖКТ, при необходимости на фоне медикаментозной профилактики лекарственных осложнений ИПП

ДЛЯ СНИЖЕНИЯ РИСКА СС ОСЛОЖНЕНИЙ

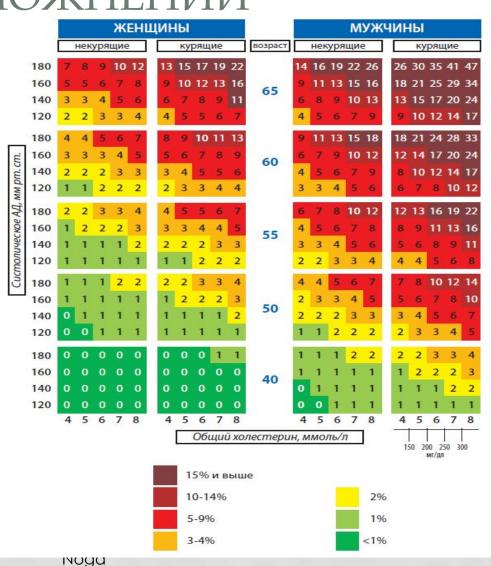
ОЦЕНКА ТРАДИЦИОННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

ОТКАЗ ОТ КУРЕНИЯ,

СНИЖЕНИЕ ИМТ

КОНТРОЛЬ АД, ДИСЛИПИДЕМИИ



Π РИ SCORE > 5

КОНСУЛЬТАЦИЯ КАРДИОЛОГА

ЭКГ, ЭХО-КГ, ХОЛТЕР-ЭКГ И Т.Д.

- Не превышать рекомендуемые дозы и выбирать оптимальную продолжительность лечения, т.к. кардиоваскулярный риск повышается при длительном приеме препаратов в высоких дозах.
- При наличии высокого риска ССО назначение НПВП возможно в сочетании с низкими дозами ацетилсалициловой кислоты.
- Информировать пациента о потенциальных кардиоваскулярных побочных эффектах.

АЛГОРИТМ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ ОА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ (ESCEO, 2019)

ОСНОВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ 2 ЭТАП

• ИНТЕРМИТИРУЮЩИЙ ИЛИ ПОСТОЯННЫЙ (ДЛИТЕЛЬНЫМИ КУРСАМИ)ПРИЕМ НПВП

Нормальный ЖКТ-риск	Повышенный ЖКТ-риск	Повышенный ССС-риск	Повышенный почечный риск
- Неселективные НПВП+ ИПП	ЦОГ-2 селективные	Ограничить применение менее 7 дней для неселективных	Избегать приема НПВП
- ЦОГ-2 селективные			

• IKB/C

ХОНДРОПРОТЕКТОРЫ СПОСОБСТВУЮТ СНИЖЕНИЮ ДОЗЫ НПВП

- Хондроитин сульфат
- Глюкозамин сульфат
- Диацереин
- Препараты сои и авокадо
- Препараты гиалуроновой кислоты

ПОВТОРНЫЕ КУРСЫ

- Хондроитинсульфат 500 мг 2 раза в сутки 4 -6 месяцев
- Глюкозаминсульфат 1200 мг в сутки
- Диацереин 50 мг 2 раза в день 3-4 мес
- Пиаскледин 300 мг 1 раз в сутки 4-6 месяцев

ЛОКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

- •гиалуронат в/с
- •1 раз в неделю 3-5 раз

ПОДАГРА

•Купирование приступа

ДИЕТА

- 1. НПВП
- 2.ΓK
- 3. КОЛХИЦИН 0,5 МГ 2Т, ЧЕРЕЗ 2 ЧАСА 1 ТАБЛЕТКА, ЗАТЕМ 1 Т ЕЖЕДНЕВНО

МЕЖПРИСТУПНЫЙ ПЕРИОД

- •Диета
- •НПВП
- •Аллопуринол
- •фебуксостат

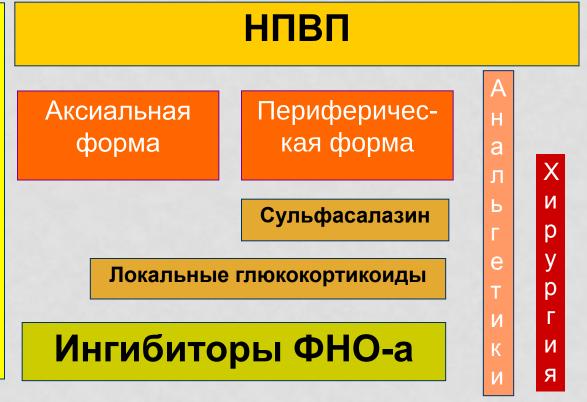
АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ

• <u>НПВП!</u>

- Сульфасалазин
- Метотрексат при коксите
- Биологическая терапия

РЕКОМЕНДАЦИИ ASAS/EULAR ПО ВЕДЕНИЮ БОЛЬНЫХ АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ

Образование, упражнения, физиотерапия, реабилитация, общества пациентов, группы само- и взаимопомощи





ДОЗИРОВКИ ГИБП ПРИ АС

ДЛЯ В В ВВЕДЕНИЯ

- Инфликсимаб (Ремикейд)
- по 5мг/кг веса в/в раз в 8 нед

Для п\к введения

- Этанерцепт (Энбрел)
 по 25мг п/к 2 раза в нед (или 50мг раз в нед)
- Адалимумаб (Хумира)
 по 40мг п/к 1 раз в 2 нед
- Голимумаб (Симпони) - по 50мг п/к 1 раз в 4 нед
- Цертолизумаб пегол (симзия)
 по 200мг п/к 1 раз в 2 нед.
- Секукинумаб (козэнтикс)
 по 150мг п/к 1 раз в 4 нед

ОСОБЕННОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ФНО-А

Признак	адалимумаб	голимумаб	инфликси- маб	этанерцепт	
Акс. проявления	+++	+++	+++	+++	+++
артриты, энтезиты	+++	+++	+++	+++	+++
Увеит	++	+	++	+?	+
ВЗК	+	+	++	<u>-</u>	++
Туберкулез ±	- (!)	- (!)	- (!)	±	- (!)

Нет доказательств различной эффективности разных ингибиторов ФНО при аксиальных и суставных/энтезиальных проявлениях болезни, однако при наличии ВЗК особенности эффективности препаратов должны учитываться.

Перед назначением иФНОα обязательным является двойной скрининг на туберкулез — внутрикожная проба (проба Манту или Диаскин-тест) и рентгенография легких с последующим их повторением каждые 6 месяцев на фоне терапии /D/. Внутрикожная проба может быть заменена на квантифероновый тест.