

Остеоартрит: фармакотерапия и ведение пациента

Рекомендации NICE¹ (февраль 2014 г.)

Остеоартрит (ОА) – наиболее распространенная форма артрита и одна из ведущих причин боли и инвалидности в мире. Наиболее часто болезнь поражает коленные, бедренные суставы и мелкие суставы верхних конечностей. Наиболее серьезные последствия ОА – боль, функциональные ограничения, снижение качества жизни.

Изменения на рентгеновских снимках не всегда коррелируют с симптомами остеоартрита: минимальные изменения могут сопровождаться значительной болью. Вопреки распространенному мнению, старение не является причиной развития остеоартрита и симптомы заболевания не обязательно ухудшаются с возрастом. Ведение пациента с ОА включает ряд фармакологических и нелекарственных вмешательств, позволяющих эффективно контролировать симптомы и улучшать функции организма.

В рекомендациях, созданных на основе наиболее качественных данных доказательной медицины, рассмотрены пути решения проблем, связанных с диагностикой ОА и принятием решения о хирургическом вмешательстве; учтены результаты последних исследований по фармакотерапии ОА.

Некоторым рекомендациям можно следовать с большей уверенностью, чем другим. Рекомендации разработаны на основе оптимального соотношения пользы и вреда от вмешательства, с учетом качества лежащих в основе доказательств. Формулировки, используемые в рекомендациях (например, «предложить» и «рассмотреть возможность») означают уверенность, с которой дана рекомендация (силу рекомендации). Следуя любой из рекомендаций, врачу необходимо обсуждать с пациентом возможные риски и пользу от вмешательств для достижения полностью обоснованного решения.

Диагностика

1. Остеоартрит диагностируют на основе клинических признаков без дополнительных исследований, если пациент (все из нижеперечисленного):

- в возрасте 45 или более лет;
- страдает от боли в суставах, связанной с активностью;
- не имеет утренней скованности суставов или имеет утреннюю скованность длительностью не более 30 минут.

2. Следует принимать к сведению, что такие нетипичные особенности, как травма в анамнезе, длительная утренняя скованность суставов, быстрое ухудшение симптомов или наличие припухлости и повышенной температуры в области сустава, может указывать на альтернативные или дополнительные патологии. Важные дифференциальные диагнозы включают подагру, другие воспалительные артриты (например, ревматоидный), септический артрит и злокачественные заболевания (боль в костях).

Целостный подход к оценке состояния и ведению пациента с ОА

1. Оценка влияния остеоартрита на повседневную и профессиональную деятельность человека, качество жизни, настроение, взаимоотношения и досуг. На **рисунке** изображен алгоритм, который можно использовать в качестве подсказки о том, какие вопросы необходимо задать в рамках целостной оценки состояния пациента с остеоартритом.

2. План ведения пациента с ОА следует согласовать не только с ним, но, при необходимости, и с членами его семьи и теми, кто за ним ухаживает.

3. При разработке плана ведения пациента необходимо учитывать сопутствующие заболевания, усугубляющие проявления остеоартрита.

4. При совместном с пациентом обсуждении рисков и преимуществ подходов к лечению (с учетом сопутствующих заболеваний) необходимо убедить, что информация доступна для его понимания.

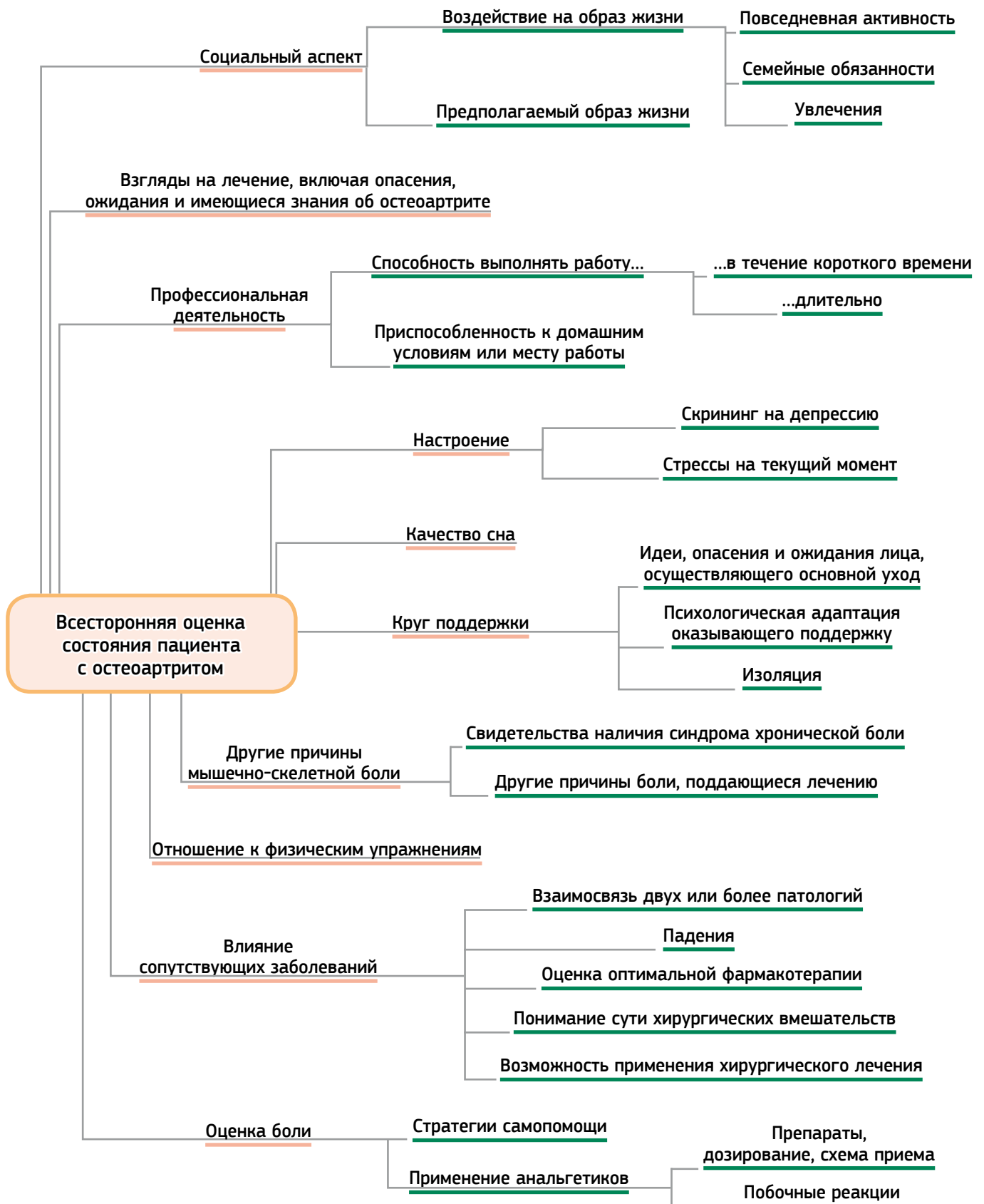
5. Всех лиц с клиническими проявлениями ОА необходимо проконсультировать относительно:

- возможности получать необходимую информацию;
- активности и физических упражнений;
- мер для нормализации массы тела при наличии избыточного веса или ожирения.

Обучение пациента и самопомощь Информирование пациента

Все пациенты с ОА должны получать точную устную и письменную информацию для лучшего понимания природы заболевания и его контроля, а также противодействия заблуждениям, например, о том, что болезнь неизбежно прогрессирует и излечение невозможно. Следует убедиться, что обмен информацией является постоянной, неотъемлемой

¹National Institute for Health and Care Excellence – Национальный институт здоровья и совершенствования медицинской помощи (Великобритания).



Примечание: рисунок служит напоминанием об основной проблематике, важной при оценке состояния лиц, страдающих остеоартритом. Для большинства тем предлагается несколько конкретных вопросов, которые стоит оценить. Не каждая из указанных тем представляет интерес для всех пациентов с остеоартритом; кроме того, перечислены не все темы, которые стоит учитывать при оценке состояния конкретных лиц.

Рисунок. Вопросы, которые следует принимать во внимание при целостной оценке состояния пациента с остеоартритом

частью плана ведения пациента, а не единичным событием во время визита к врачу.

Меры самопомощи пациента

1. Необходимо согласовать индивидуальную стратегию самоконтроля пациента с ОА и удостовериться, что такие положительные изменения в поведении, как выполнение упражнений, нормализация веса, использование соответствующей обуви и подбор темпа ходьбы, происходят успешно.

2. Необходимо убедиться, что в программах самоконтроля для пациентов с ОА сделан акцент на важности рекомендованных основных лечебных процедур, особенно физических упражнений.

Термотерапия

Местное применение тепла или холода следует рассматривать в качестве дополнения к основной терапии.

Нефармакологические методы ведения пациента

Физические упражнения и мануальная терапия

1. Следует консультировать лиц с ОА о том, что в основе лечения лежат упражнения, независимо от возраста, сопутствующих заболеваний, тяжести боли или ограничения жизнедеятельности. Они должны включать:

- упражнения для укрепления отдельных групп мышц;
- фитнес с аэробными нагрузками.

Лечащий врач должен помочь подобрать эффективные упражнения с учетом индивидуальных потребностей человека, самомотивации, обстоятельств и возможностей.

2. Манипулирование и растяжение (стретчинг) следует рассматривать как дополнение к основному лечению, в частности, при ОА тазобедренного сустава.

Коррекция веса

В рамках основного лечения следует предложить меры по нормализации массы тела пациентам, страдающим ожирением или имеющим избыточный вес.

Электротерапия

Медработникам следует рассмотреть возможность использования в качестве дополнения к основному лечению чрескожной электрической стимуляции нервов с целью облегчения боли.

Биологически активные добавки

Пациентам с ОА не следует предлагать добавки, содержащие глюкозамин или хондроитин.

Акупунктура

Пациентам с ОА не следует предлагать применять иглоукалывание.

Приспособления и устройства

1. В рамках основных методов лечения пациенту с ОА суставов нижних конечностей следует дать советы относительно ношения подходящей обуви (в том числе с амортизирующими свойствами).

2. При боли в суставах или их нестабильности биомеханической природы следует оценить воз-

можность применения фиксирующих повязок/стелек в качестве дополнения к основному лечению.

3. В качестве дополнения к основному лечению при ОА можно использовать приспособления, помогающие решить проблемы в повседневной деятельности (например, трости). При необходимости следует консультироваться с экспертами (например, специалистами по оборудованию для инвалидов).

Инвазивные методы лечения при коленном остеоартрите

Направлять пациента для проведения артроскопического лаважа и санации сустава в рамках лечения ОА следует только при поражении коленных суставов с подтвержденной механической блокировкой в анамнезе (в отличие от утренней скованности в суставах, неустойчивости в суставе [giving way] или артремфита [суставной мышцы] по данным рентгенографии).

Фармакотерапия при ОА

Специалисты NICE намерены провести полный анализ данных по фармакотерапии ОА после того, как Агентство по контролю за оборотом лекарственных средств и изделий медицинского назначения (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency) завершит оценку безопасности применения безрецептурных анальгетиков.

Группа по разработке рекомендаций обращает внимание на выводы, сделанные в обзоре данных об эффективности парацетамола. Это обзор выявил, что эффективность парацетамола при лечении остеоартрита ниже, чем считалось ранее. Однако члены группы считают, что лечащим врачам не следует принимать во внимание эту информацию в повседневной практике до опубликования полного обзора данных о фармакотерапии ОА.

Пероральные анальгетики

1. Следует предложить терапию парацетамолом для облегчения боли в дополнение к основному лечению; может потребоваться систематический прием. Рассмотреть назначение парацетамола и/или местных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) следует до возможного назначения пероральных НПВП, ингибиторов циклооксигеназы 2 (ЦОГ-2) или опиоидов.

2. Если парацетамол или местные НПВП недостаточно облегчают боль при ОА, следует рассмотреть возможность добавления опиоидных препаратов, с учетом рисков и пользы, особенно у пожилых лиц.

Местное лечение

1. Следует рассмотреть возможность назначения местных НПВП для облегчения боли в дополнение к основному лечению у пациентов с ОА коленных суставов или суставов верхних конечностей. Назначать парацетамол и/или местные нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) следует до возможного применения пероральных НПВП, ингибиторов циклооксигеназы 2 (ЦОГ-2) или опиоидов.

2. Следует рассмотреть местное применение капсаицина в качестве дополнения к основному лечению у пациентов с ОА коленных суставов или суставов верхних конечностей.

3. Не следует назначать для лечения ОА препараты, вызывающие гиперемиию кожи.

НПВП и высокоселективные ингибиторы ЦОГ-2

Хотя НПВП и ингибиторы ЦОГ-2 можно рассматривать как единый класс НПВП, в рекомендациях использованы два термина с целью уточнения и из-за различий в профилях побочных реакций на препараты.

1. При неэффективности применения парацетамола или местных НПВП для облегчения боли у пациентов с ОА следует рассмотреть возможность замещения их пероральными НПВП/ингибиторами ЦОГ-2.

2. Если парацетамол или местные НПВП недостаточно облегчают боль у пациентов с ОА, следует рассмотреть возможность назначения пероральных НПВП/ингибиторов ЦОГ-2 в дополнение к парацетамолу.

3. Пероральные НПВС/ингибиторы ЦОГ-2 следует назначать в наименьшей эффективной дозе в течение кратчайшего периода времени.

4. Предлагая терапию пероральным НПВП/ингибитором ЦОГ-2, прежде всего следует выбирать либо стандартный НПВП, либо ингибитор ЦОГ-2 (кроме эторикоксиба 60 мг). В любом случае необходимо дополнительно назначать ингибитор протонной помпы (ИПП), выбирая препарат с наименьшей стоимостью.

5. Все пероральные НПВС/ингибиторы ЦОГ-2 обладают примерно одинаковым обезболивающим действием, но различаются по своей потенциальной желудочно-кишечной, печеночной и сердечно-почечной токсичности. Поэтому при выборе препарата и дозирования следует учитывать индивидуальные факторы риска пациента, включая возраст, и проводить их постоянный мониторинг.

6. Если пациент с ОА нуждается в приеме аспирина в низких дозах, в случаях, когда боль снижается неэффективно или недостаточно, необходимо рассмотреть возможность применения других анальгетиков перед заменой аспирина на НПВС/ингибитор ЦОГ-2 (с ИПП) или их добавлением.

Внутрисуставные инъекции

1. Следует рассмотреть возможность применения внутрисуставных инъекций кортикостероидов в ка-

честве дополнения к основным методам лечения для облегчения боли (от умеренной до сильной) у пациентов с ОА.

2. Не следует предлагать применение внутрисуставных инъекций гиалуроновой кислоты для лечения ОА.

Направление на проведение хирургического вмешательства

1. При рассмотрении направления пациента с ОА для проведения хирургического вмешательства следует убедиться, что ему было предложено, по крайней мере, основное (нехирургическое) лечение.

2. Решение о направлении на хирургическое лечение следует принимать на основе совместного обсуждения представителями пациента, лечащими врачами и хирургами, а не только на основании оценки состояния больного.

3. Следует рассматривать возможность направления на хирургическую операцию пациентов с ОА с симптомами боли, скованности и снижения функции, существенно влияющими на качество их жизни, если нехирургическое лечение неэффективно.

4. Рассмотреть возможность хирургического вмешательства следует до появления длительного и устойчивого ограничения функций и сильной боли.

5. Индивидуальные особенности пациента (в том числе возраст, пол, статус курильщика, ожирение и сопутствующие заболевания) не должны быть препятствием для направления на хирургическую операцию.

6. При обсуждении возможности операции на суставе следует убедиться, что пациенту было предложено, по крайней мере, основное (нехирургическое) лечение. Необходимо информировать его о: преимуществах и рисках, связанных с предстоящим вмешательством; потенциальных последствиях при отсутствии восстановления после хирургического вмешательства; реабилитации после операции; о возможностях протезирования; об организации ухода.

Реферативный обзор подготовила Наталия Купко по материалам Osteoarthritis. Care and management in adults (February 2014) NICE clinical guideline 177. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg177>