

# Остеоартроз. Введение в проблему

<<Название мероприятия>>

<<Дата мероприятия>>

<<ФИО лектора>>

Представлена только информация  
в рамках зарегистрированных в РФ показаний

Мнение лектора не всегда может совпадать  
с точкой зрения компании AstraZeneca

Мероприятие организовано компанией AstraZeneca

# Раскрытие информации о потенциальном конфликте интересов

<ФИО лектора>, <звание>  
<должность>, <место работы>

## ФИНАНСОВАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Научные гранты/клинические исследования: ... ..

Лектор: АстраЗенека ...

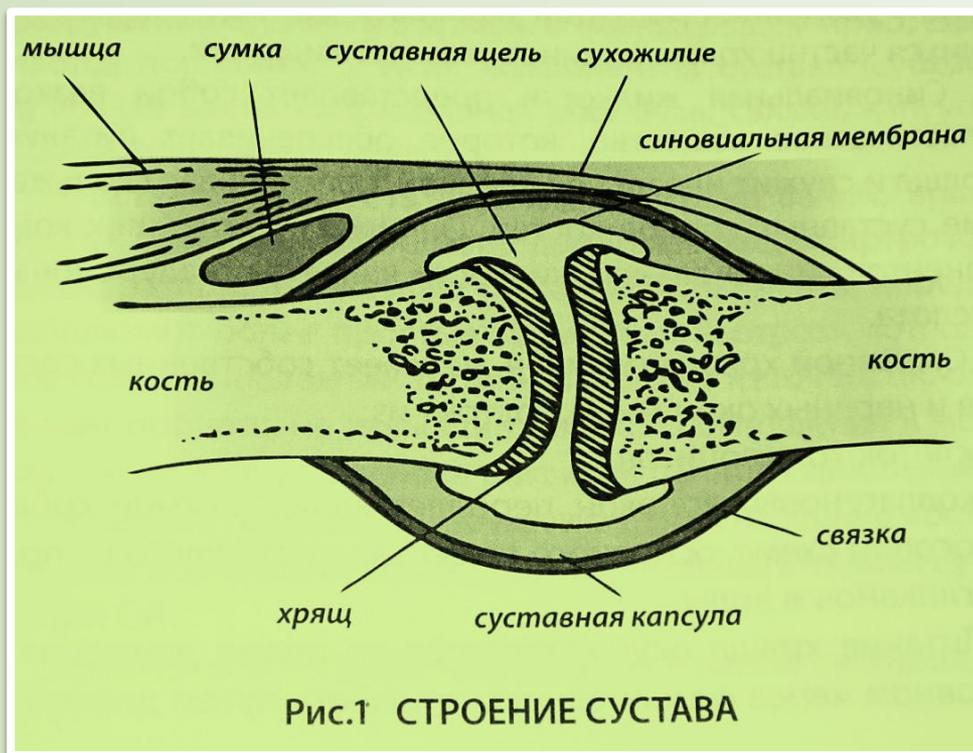
Член научного (консультативного) совета: ... ..

Консультант: ... ..

Сотрудник (в том числе – частичная занятость): ... ..

# Определение

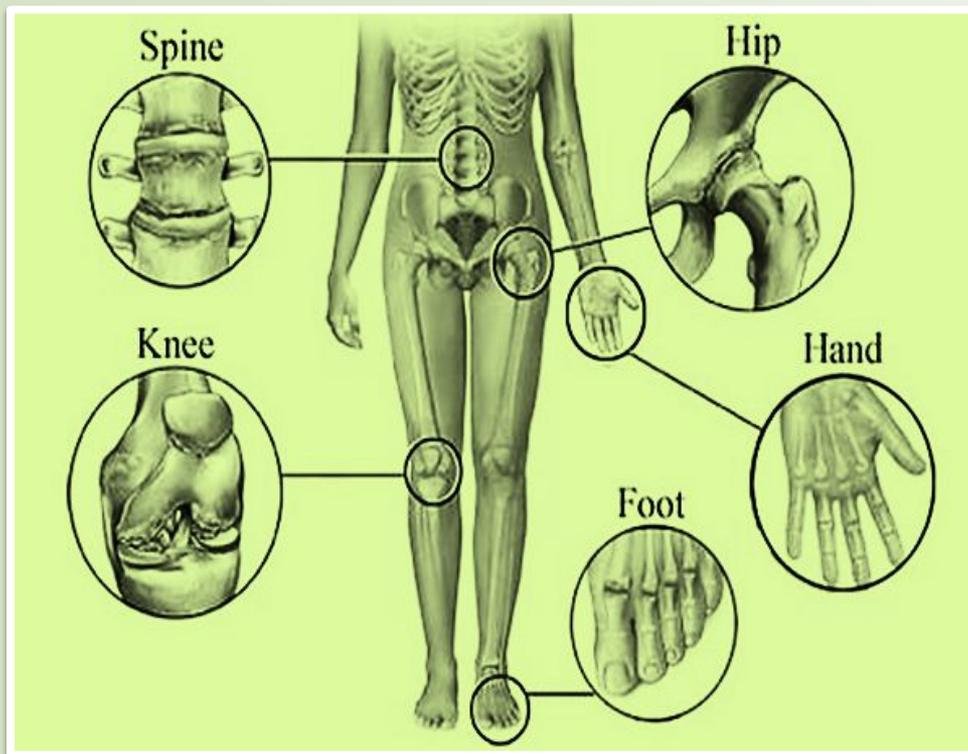
## Остеоартроз (остеоартрит) (ОА) – это



*гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со сходными биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов сустава, в первую очередь хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околоуставных мышц*

# ОА. Часто поражаемые суставы

## Самое частое заболевание суставов



1. Тазобедренный
2. Коленный
3. Суставы кисти рук
4. Суставы стопы ног
5. Межпозвоночные

# Распространенность ОА

- В Европе до 28 миллионов
- В России до 15 миллионов - 10-12%
- Преобладающий возраст начала - 40-60 лет
- Преобладающий пол: *коленные суставы – женский тазобедренные суставы - мужской\**
- Прогноз для жизни благоприятный
- Одна из основных причин инвалидности
- Среди причин нетрудоспособности у пациентов старше 50 лет занимает 2 место\*\*

# Факторы риска развития ОА

- **Эндогенные (внутренние, немодифицируемые):**
  - ✓ **Возраст**
  - ✓ Пол
  - ✓ Дефекты развития (*например, дисплазия тазобедренных суставов*)
  - ✓ Наследственная предрасположенность
- **Экзогенные (внешние, модифицируемые):**
  - ✓ Травмы
  - ✓ Профессиональная деятельность
  - ✓ Спорт
  - ✓ Ожирение или избыточная масса тела

# Классификация ОА

## Первичный (идиопатический)

### Локализованный

- ✓ суставы кистей
- ✓ суставы стоп
- ✓ коленные суставы  
(гонартроз)
- ✓ тазобедренные суставы  
(коксартроз)
- ✓ позвоночник
- ✓ другие суставы

### Генерализованный

(≥3 групп суставов)

## Вторичный

- ✓ Посттравматический
- ✓ Врожденные, приобретенные заболевания, эндемические заболевания (*болезнь Пертеса, синдром гипермобильности и др.*)
- ✓ **Метаболические болезни** (*охроноз, гемохроматоз, болезнь Вильсона-Коновалова, болезнь Гоше*)
- ✓ **Эндокринопатии** (*сахарный диабет, гиперпаратиреоз, гипотиреоз*)
- ✓ **Болезнь отложения кальция** (*фосфат кальция, гидроксипатит кальция*)
- ✓ **Невропатии** (*болезнь Шарко*)
- ✓ **Другие заболевания** (*аваскулярный некроз, ревматоидный артрит, болезнь Педжета и др.*)

# ОА характеризуется 3 основными (BASICC) признаками

1. Костной атрофией  
(Bone Atrophy)
2. Синовиальным  
воспалением  
(Synovial Inflammation)
3. Изменениями  
катаболизма хряща  
(Cartilage Catabolism)

Аббревиатура - BASICC



# Патогенез ОА

## Катаболические процессы

Механическая нагрузка

Провоспалительные цитокины  
(ИЛ-1, ИЛ-6, ИЛ-8, ИЛ-17, ИЛ-18)

Протеолитические ферменты  
(ММП, агрекиназы)

Деградация коллагена и протеогликана



## Анаболические процессы

Синтез макромолекул матрикса

Синтез факторов роста  
(костный морфогенный протеин 2, 7, инсулиноподобный фактор роста 1 типа, трансформирующий фактор роста  $\beta$ )

Синтез ЦОГ-2 и NO

## НОРМА

Капсула

Хрящ

Синовиум

Кость

## ОСТЕОАРТРОЗ

Утолщение  
капсулы

Кисты и склероз в  
субхондральной  
кости

"Фибрилляция"  
хряща

Остеофиты

Гипертрофия  
синовиальной  
оболочки

Повреждение  
костной ткани

# Основные характеристики остеоартроза

1. *Боль*
2. *Нарушение функции*
3. *Деформация суставов*



## Клинические проявления

- ✓ Боль при физической нагрузке
- ✓ Усиление болей к концу дня
- ✓ Минимальная утренняя скованность (<30 мин), усиливающаяся в покое
- ✓ Уменьшение объема движений
- ✓ Нестабильность
- ✓ Остеофиты
- ✓ Крепитация
- ✓ Отек

# Жалобы и анамнез

- ✓ Постепенное начало боли
- ✓ Возникновение и усиление боли при нагрузке, уменьшение боли в покое
- ✓ «Стартовые» боли
- ✓ Утренняя скованность менее 30 минут
- ✓ «Хруст» при движении в суставе
- ✓ Ограничение движений в суставе
- ✓ Деформация сустава

# Объективный осмотр



- ✓ Припухлость и сглаженность контуров сустава
- ✓ Деформация сустава
- ✓ Патологическая установка и укорочение конечности
- ✓ Мышечная атрофия
- ✓ Ограничение активных и пассивных движений
- ✓ Крепитация при активном движении в суставе
- ✓ Нестабильность связочного аппарата

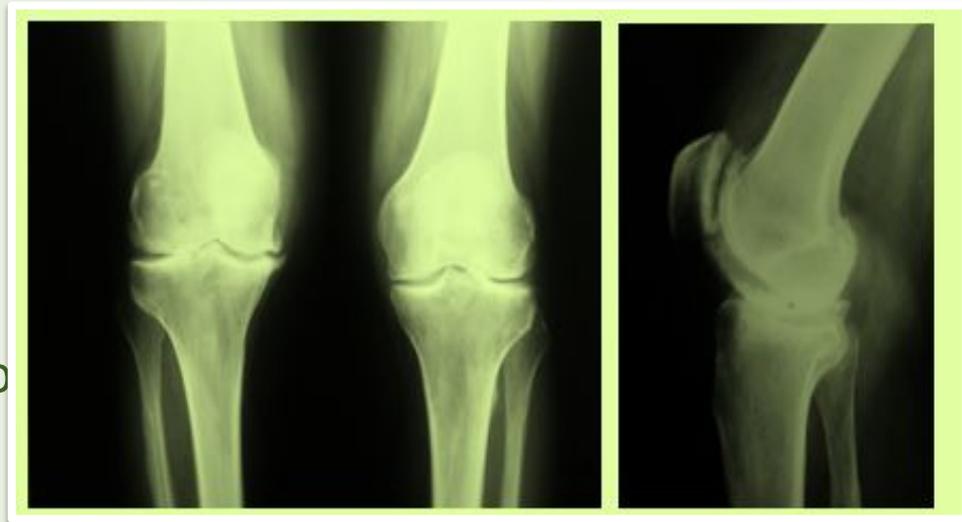
# Дополнительные методы обследования



- ✓ Общий анализ крови
- ✓ Общий анализ мочи
- ✓ Биохимический анализ крови (креатинин, АЛТ, АСТ, мочевая кислота)
- ✓ СРБ, РФ, АЦЦП – в норме
- ✓ Исследование синовиальной жидкости
- ✓ **Рентгенография суставов**
- ✓ УЗИ суставов
- ✓ МРТ / КТ суставов
- ✓ Артроскопия

# Цели обследования

- ✓ Уточнить рентгенологическую стадию
- ✓ Установить наличие синовита (выпота в суставе)
- ✓ Провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями суставов
- ✓ Выявить противопоказания для назначения лекарственных препаратов
- ✓ Оценить эффективность лечения



# Рентгенологические стадии ОА (Kellgren и Lawrence , 1957 г.)



**0.** Изменения отсутствуют

**I.** Сужения суставной щели нет или подозрение на небольшое сужение суставной щели. Заострение или формирование остеофитов на краях суставных поверхностей

**II.** Небольшое сужение суставной щели, маленькие остеофиты на краях суставных поверхностей костей

**III.** Умеренно выраженное сужение суставной щели. Множественные остеофиты. Слабо выраженный субхондральный остеосклероз. Небольшие деформации краев сустава

**IV.** Резко выраженное сужение суставной щели. Крупные остеофиты на краях суставных поверхностей костей. Выраженный субхондральный остеосклероз. Деформации эпифизов костей, образующих сустав.

# Диагностические критерии гонартроза (по Altman et al., 1991)

## Клинические

1. Боль
- и**
- 2а. Крепитация
- 2б. Утренняя скованность  $\leq 30$  мин
- 2в. Возраст  $\geq 38$  лет
- или**
- 3а. Крепитация
- 3б. Утренняя скованность  $\leq 30$  мин
- 3в. Костные разрастания
- или**
- 4а. Отсутствие крепитации
- 4б. Костные разрастания

Чувствительность **89%**

Специфичность **88%**

АстраЗенека 

## Клинические, лабораторные, рентгенологические

1. Боль
- и**
2. Остеофиты
- или**
- 3а. Синовialная жидкость характерная для ОА (или возраст  $\geq 40$  лет)
- 3б. Утренняя скованность  $\leq 30$  мин
- 3в. Крепитация

Чувствительность **94%**

Специфичность **88%**



# Диагностические критерии коксартроза (по Altman et al., 1991)

## Клинические

1. Боль
- и
- 2а. Внутренняя ротация  $<15^\circ$
- 2б. СОЭ  $<15$  мм/ч (или сгибание в тазобедренном суставе  $>115^\circ$ )

или

- 3а. Внутренняя ротация  $<15^\circ$
- 3б. Утренняя скованность  $\leq 60$  мин
- 3в. Возраст  $>50$  лет
- 3г. Боль при внутренней ротации

Чувствительность **86%**

Специфичность **75%**

## Клинические, лабораторные, рентгенологические

1. Боль

и не менее 2 из 3 критериев

- 2а. СОЭ  $<20$  мм/ч
- 2б. Остеофиты
- 2в. Сужение суставной щели

Чувствительность **89%**

Специфичность **91%**



# Диагностические критерии остеоартроза

## СУСТАВОВ КИСТЕЙ (по Altman et al, 1991) 1. Продолжительная боль или скованность

2. Костные разрастания 2 и более суставов из 10

оцениваемых\*

3. Менее 2 припухших пястно-фаланговых суставов

4а. Костные разрастания, включающие 2 и более

дистальных

межфаланговых сустава\*\*

*ИЛИ*

4б. Деформация одного и более суставов из 10

**оцениваемых\*** *2-й и 3-й дистальные межфаланговые суставы, 2-й и 3-й проксимальные межфаланговые суставы, 1-й запястно-пястный сустав обеих кистей*

**\*\*** *2-й и 3-й дистальные межфаланговые суставы могут приниматься во внимание в двух критериях: 2 и 4а.*

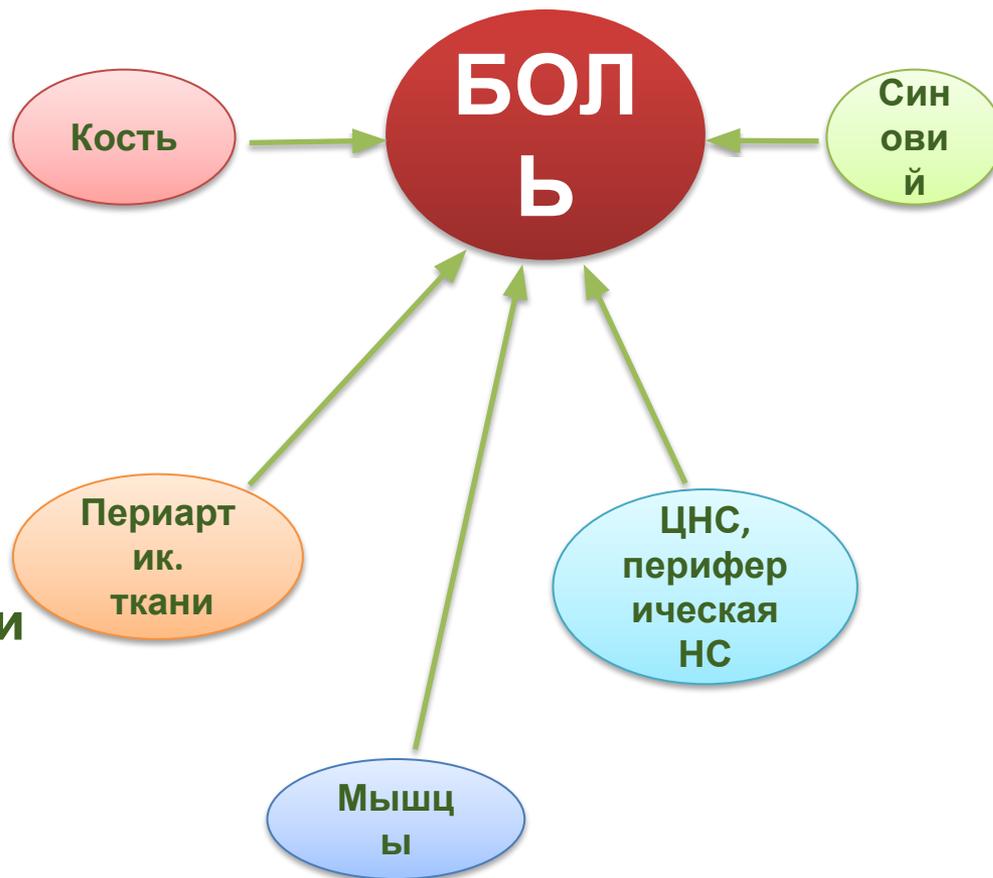
**Чувствительность 93%, Специфичность 91%**

# Цели лечения

- 1. Уменьшение боли**
- 2. Коррекция функциональной недостаточности суставов**
- 3. Ограничение прогрессирования заболевания**
- 4. Улучшение качества жизни больных**

# Причины боли при ОА

- ✓ **Синовит**
- ✓ **Венозный стаз**
- ✓ **Спазм мышц**
- ✓ **Остеофиты, микропереломы субхондральной кости**
- ✓ **Вовлечение связок, менисков, сухожилий**



# Причины боли при ОА



# Методы лечения

## 1. Нефармакологические методы

- Обучение больных
- Режим и физические упражнения
- Ортопедическая коррекция (стельки, надколенники, использование опоры)
- Физиотерапия (холод, тепло, УЗ, электростимуляция и т.д.)

## 2. Лекарственная терапия

## 3. Хирургическое лечение

## Определяющие факторы в выборе метода лечения при ОА

- **Научное подтверждение эффективности с точки зрения доказательной медицины**
- **Высокий уровень фармацевтического производства препарата (GMP стандарт)**
- **Фармакоэкономические преимущества метода лечения**
- **Доказательная клиническая практика**

# Лекарственная терапия

## 1. Быстро действующие

- ✓ *«Простые» анальгетики (парацетамол)*
- ✓ *Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)*
- ✓ *Опиоидные анальгетики (трамадол)*

## 2. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов

## 3. Медленно действующие

- ✓ *Хондроитин сульфат*
- ✓ *Глюкозамин сульфат, гидрохлорид*
- ✓ *Неомыляющиеся соединения сои/авокадо*
- ✓ *Диацереин (ингибитор интерлейкина-1)*
- ✓ *Производные гиалуроновой кислоты*

# Парацетамол

- При умеренной боли (без признаков синовита)
- Суточная доза 2 грамма
- Возможен длительный прием
- Токсичность для ЖКТ ниже, чем у НПВП
- Наиболее тяжелые побочные эффекты – агранулоцитоз, поражение почек, печени (особенно совместно с гепатотоксичными препаратами и алкоголем)

# Классификация НПВП

## Неселективные ингибиторы ЦОГ-1 и ЦОГ-2:

- ✓ *диклофенак,*
- ✓ *ибупрофен,*
- ✓ *индометацин,*
- ✓ *кетопрофен,*
- ✓ *кеторолак,*
- ✓ *напроксен и др.*

## Селективные ингибиторы ЦОГ-2:

- ✓ *Мелоксикам*
- ✓ *Нимесулид*
- ✓ *Коксибы: целекоксиб, эторикоксиб и др.*

## Селективные ингибиторы ЦОГ-1:

- ✓ *низкие дозы ацетилсалициловой кислоты*

# Принципы приема НПВП

- ✓ Использовать при неэффективности парацетамола и/или наличии признаков воспаления
- ✓ Принимать «по требованию» - в период усиления боли
- ✓ Назначать минимальную эффективную дозу
- ✓ Преимуществ по эффективности одного НПВП над другим не выявлено
- ✓ При отсутствии эффекта от приема в течение нескольких дней – заменить другим препаратом
- ✓ Парентеральный путь введения – не более 3 дней, для длительного лечения – пероральный или ректальный путь, препараты длительного или среднего периода полувыведения
- ✓ Локальное использование НПВП в виде мазей – дополнительный метод, относительно безопасно
- ✓ Избегать одновременного приема нескольких НПВП
- ✓ При выборе препарата учитывать сопутствующие заболевания и их лекарственную терапию

# Побочные эффекты приема НПВП

## 1. Желудочно-кишечные осложнения:

- ✓ *Тошнота, рвота, диарея, запор, изжога, боли в животе - 10-50%*
- ✓ *Геморрагии, эрозии, язвы слизистой – 15-50%*
- ✓ *Прободение, перфорация язвы, ЖКТ-кровотечение – 1-4%*
- ✓ *Поражение кишечника - 1-5%*
- ✓ *Поражение печени – 1-5%*
- ✓ *Поражение пищевода <1%*

## 2. Сердечно-сосудистые осложнения:

- ✓ *Тромбозы различной локализации 1-5%*
- ✓ *Декомпенсация сердечной недостаточности 1-5%*
- ✓ *Повышение артериального давления 1-5%*

# Гастропротекторы. Что выбрать?

## □ Антагонисты H2-гистаминовых рецепторов (ранитидин, фамотидин и др.):

- ✓ *«H2 блокаторы в стандартных дозах не защищают от НПВП-ассоциированных язв, поэтому не следует назначать их для профилактики»*

## □ Синтетические простагландины (мизопростол):

- ✓ *«Мизопростол эффективно предотвращает НПВП-ассоциированные язвы, однако пациенты испытывают частые побочные эффекты (тошнота, диарея, боли в животе) и это приводит к отмене терапии»*

## □ Ингибиторы протонной помпы (омепразол, эзомепразол и др.):

- ✓ *«Стандартные дозы ИПП эффективно предотвращают НПВП-ассоциированные язвы»*

# Опиоидные анальгетики (трамадол)

- ✓ Для купирования сильной боли, при наличии противопоказаний для НПВП, их неэффективности или плохой переносимости
- ✓ Начальная доза 50 мг/сут, максимальная 200-300 мг/сут
- ✓ Можно комбинировать с парацетамолом (залдиар = трамадола гидрохлорид 37,5 мг + парацетамол 325 мг) или НПВП
- ✓ Вызывает привыкание
- ✓ С осторожностью назначают у пожилых

# Внутрисуставное введение глюкокортикоидов

- ✓ Используют при ОА с симптомами воспаления (синовитом)
- ✓ В коленные суставы (**не в тазобедренные!**)
- ✓ Уменьшают боль и воспаление
- ✓ Эффект кратковременный (до 1 месяца)
- ✓ Инъекции в один и тот же сустав не чаще 2-3 раз в год
  - Триамциналон 20-40 мг
  - Метилпреднизолон 20-40 мг
  - Бетаметазон 2-4 мг

# Медленнодействующие препараты

- ✓ Уменьшают боль и улучшают функциональное состояние суставов
- ✓ Могут иметь некоторые «хондропротективные» свойства
- ✓ Требуют длительного приема
- ✓ Эффект наступает через 2-8 недель лечения
- ✓ Обладают «последствием» - сохраняют эффект после отмены препарата в течение нескольких месяцев
- ✓ Хорошая переносимость

*Примеры: хондроитина сульфат, глюкозамина сульфат, пиаскледин, диацерин*

# Производные гиалуроновой кислоты

- ✓ Вводятся внутрисуставно (в крупные и мелкие суставы)
- ✓ Уменьшают боль, скованность и улучшают функциональную активность
- ✓ Продолжительный эффект (3-12 месяцев)
- ✓ Низкомолекулярные препараты и высокомолекулярные препараты имеют разную кратность введения, но одинаково эффективны
- ✓ Возможно назначение у пациентов с высоким риском развития побочных реакций на НПВП (*пациентам пожилого возраста, при наличии язвы и ЖКТ-кровотечения, сопутствующей терапией глюкокортикоидами*)
- ✓ Противопоказаны при аллергии на куриный белок, при поражении кожи в месте введения
- ✓ Могут вызывать псевдоподагрический приступ (редко)

# Хирургическое лечение

## □ Эндопротезирование суставов:

- ✓ Выраженный болевой синдром, не поддающийся консервативному лечению
- ✓ Наличие остеонекроза
- ✓ Наличие серьезного нарушения функций сустава

## □ Артроскопические манипуляци

- ✓ ОА коленных суставов, резистентный к консервативному лечению и внутрисуставному введению ГК

## □ Остеотомия



# Рекомендации Европейской антиревматической лиги (EULAR)

- 1. По лечению остеоартроза коленных суставов, 2003** требует комбинации фармакологических и нефармакологических методов лечения (1B).
- 2. При лечении пациентов с ОА коленных суставов необходимо учитывать:**
  - ✓ наличие факторов риска для коленного сустава (ожирение, нежелательные механические факторы, физическая активность);
  - ✓ наличие общих факторов риска (возраст, сопутствующие заболевания, сопутствующая терапия);
  - ✓ выраженность болевого синдрома и функциональной недостаточности сустава;
  - ✓ наличие признаков воспаления (например, выпота в суставную полость);
  - ✓ локализацию и степень структурных повреждений.
- 3. Нефармакологическое лечение пациентов с ОА коленных суставов должно включать: регулярные образовательные программы, физические упражнения, специальные приспособления (трости, ортопедические стельки, фиксация коленного сустава) и уменьшение массы тела (1B).**
- 4. Парацетамол – пероральный анальгетик, с которого должно начинаться лечение и в случае его эффективности продолжено в виде длительной пероральной терапии (1B).**
- 5. Местные аппликации (НПВП, капсаицин) характеризуются клинической эффективностью и безопасностью (1B).**

# Рекомендации Европейской антиревматической лиги (EULAR)

## по лечению остеоартроза **коленных** суставов, 2003

*(продолжение)*

6. **НПВП показаны пациентам, не ответившим на терапию парацетамолом. У пациентов с повышенным риском заболеваний желудочно-кишечного тракта должны использоваться неселективные НПВП в комбинации с гастропротективными агентами или ингибиторы ЦОГ-2 (1A).**
7. **Опиоидные анальгетики, с парацетамолом или без него, могут применяться у пациентов, которым противопоказаны НПВП, включая селективные ЦОГ-2-ингибиторы, или же последние неэффективны и/или плохо переносятся (1B).**
8. **Симптоматические медленно действующие препараты (глюкозамин сульфат, хондроитин сульфат, неомыляемые соединения авокадо/сои, диацереин и гиалуроновая кислота) обладают симптоматическим эффектом и способностью модифицировать структуру (1A-1B).**
9. **Внутрисуставные инъекции длительно действующих кортикостероидов показаны при обострениях болей в коленном суставе, особенно при наличии суставного выпота (1B).**
10. **Замещение (артропластика) сустава показана пациентам с рентгенологическими признаками ОА с рефрактерным болевым синдромом и функциональной недостаточностью коленного сустава.**

# Рекомендации Европейской антиревматической лиги (EULAR)

## по лечению остеоартроза **тазобедренных** суставов, 2003

1. Оптимальная схема терапии пациентов с ОА тазобедренных суставов требует комбинации фармакологических и нефармакологических методов лечения (4).
2. При лечении пациентов с ОА тазобедренных суставов необходимо учитывать:
  - ✓ наличие факторов риска для коленного сустава (ожирение, нежелательные механические факторы, физическая активность, дисплазия);
  - ✓ наличие общих факторов риска (возраст, сопутствующие заболевания, сопутствующая терапия);
  - ✓ выраженность болевого синдрома и функциональной недостаточности сустава;
  - ✓ локализацию и степень структурных повреждений;
  - ✓ пожелания и ожидания пациента (3).
3. Нефармакологическое лечение пациентов с ОА тазобедренных суставов должно включать: регулярные образовательные программы, физические упражнения, специальные приспособления (трости, костыли) и уменьшение массы тела при ожирении или избыточном весе (1А-1В).
4. Из-за своей эффективности и безопасности парацетамол (до 4г/сут) – пероральный анальгетик первого ряда выбора при слабой и умеренной боли, в случае его эффективности предпочтителен для длительной пероральной терапии (1А).

## Рекомендации Европейской антиревматической лиги (EULAR) по лечению остеоартроза **тазобедренных** суставов, 2003 (продолжение)

5. НПВП в наименьшей эффективной дозе должны быть добавлены к приему парацетамола или заменить его у пациентов с неадекватным ответом на парацетамол. У пациентов с повышенным риском желудочно-кишечных осложнений должны использоваться неселективные НПВП в сочетании с гастропротекторами или ЦОГ-2 селективные НПВП (коксибы) (1а).
6. Опиоидные анальгетики, в сочетании с и без парацетамола, используются как альтернатива у пациентов, которым НПВП, включая ЦОГ-2 селективные (коксибы), противопоказаны, неэффективны и/или плохо переносятся (1б).
7. Симптоматические медленно действующие препараты для лечения ОА (глюкозамин сульфат, хондроитин сульфат, диацереин, неомыляемые соединения авокадо и сои, гиалуроновая кислота) имеют симптоматический эффект и низкую токсичность, но выраженность их эффекта маленькая, критерии отбора чувствительных к терапии пациентов не определены, а клиническая сопоставимость структурно-модифицирующего действия и фармакоэкономического аспекта точно не установлена (1б-3).
8. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов (под ультразвуковым или рентгенологическим контролем) может рассматриваться у пациентов с обострением, которое не отвечает на терапию анальгетиками и НПВП.
9. Остеотомия и сохраняющие сустав хирургические процедуры должны рассматриваться у молодых взрослых пациентов с симптомами ОА тазобедренных суставов, особенно при наличии дисплазии или варусной/вальгусной деформации (3).
10. Замена сустава (эндопротезирование) должно рассматриваться у пациентов с рентгенологическими признаками ОА тазобедренных суставов с рефрактерным болевым синдромом и функциональной недостаточностью (3).

# Рекомендации Европейской антиревматической лиги (EULAR)

## 1. По лечению остеоартроза суставов кисти, 2007

индивидуализированной комбинации нефармакологических методов лечения и фармакотерапии (4).

2. При лечении пациента с ОА кисти следует учитывать: локализацию поражений; наличие факторов риска (возраст, пол, нежелательные механические факторы); тип ОА (узелковый, эрозивный, травматический); наличие воспаления; выраженность структурных изменений, боли, функциональных ограничений и снижения качества жизни; сопутствующие заболевания и терапию (включая ОА других локализаций), а также пожелания и ожидания пациента (4).
3. Обучение методам защиты суставов (как избежать нежелательных механических воздействий) и физическим упражнениям (как способствующим увеличению объема движений, так и укрепляющим) рекомендуется всем пациентам с ОА кисти (4).
4. Локальные тепловые процедуры (аппликации парафина, горячие компрессы), особенно предшествующие выполнению упражнений, а также ультразвуковая терапия являются целесообразными (4).
5. При ОА пястно-фалангового сустава I пальца для профилактики и коррекции латерального сгибания и сгибательной деформации рекомендовано применение шин и ортезов (1A).
6. Локальная терапия имеет преимущества перед системной, особенно в случаях незначительной или умеренной боли, при поражении небольшого количества суставов. Топические формы НПВС и капсаицин эффективны и безопасны при лечении пациентов с ОА кистей (1A).

# Рекомендации Европейской антиревматической лиги (EULAR)

7. Пероральным обезболивающим средством первого ряда является парацетамол (в дозе до 4 г/сут), учитывая его эффективность и безопасность, и при наличии эффекта (продолжение) предпочтительнее для длительной пероральной анальгезии (4).

8. При неадекватном ответе на парацетамол следует применять НПВП в минимальной эффективной дозе самым коротким курсом. Потребность пациента в НПВП и ответ на них следует периодически пересматривать. Пациентам с повышенным риском желудочно-кишечных осложнений следует назначать комбинацию неселективного НПВП с гастропротекторами или селективный ингибитор ЦОГ-2 (коксиб). Пациентам с повышенным кардиоваскулярным риском коксибы противопоказаны, а неселективные НПВП следует назначать с осторожностью (1A).

9. Симптоматические медленно действующие препараты для лечения ОА (глюкозамин, хондроитин сульфат, неомыляемые соединения авокадо и сои, диацереин, производные гиалуроновой кислоты для внутрисуставного введения) могут оказывать симптоматический эффект при низкой токсичности, но эффект их не является значительным, критерии подбора пациентов не определены, а клиническая сопоставимость структурно-модифицирующего действия и фармакоэкономического аспекта точно не установлена (1B-4).

10. Внутрисуставные инъекции пролонгированных глюкокортикоидов являются эффективными при обострениях ОА кистей, особенно при поражении запястно-пястного сустава I пальца (1B).

11. Оперативное вмешательство (интерпозиционная артропластика, остеотомия или артродез) является эффективным методом лечения тяжелого ОА пястно-фалангового сустава I пальца, и его следует рассмотреть при сильных артралгиях и/или функциональных нарушениях,

консервативная терапия неэффективна (3).

Zhang W., Doherty M., Leeb B. F., et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis - report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). Ann Rheum Dis, 2007, 66, 377 - 388.

# Новые потенциальные подходы к терапии НПВП

## НПВП + протекторы ЖКТ:

Кетопрофен/омепразол

Ибупрофен/фамотидин

Диклофенак/мизопростол

**Напроксен/эзомепразол**

# **Вимово™** – первая в России фиксированная комбинация НПВП и ИПП для терапии боли при артрите

**Эзомепразол 20 мг**



Кишечно-растворимая оболочка

**Напроксен 500 мг**

**Внутри:**

**по 1 таблетке (500 мг/ 20 мг) два раза в сутки**

Таблетку следует проглатывать целиком, запивая водой, не разжёвывая, не ломая пополам и не измельчая

Рекомендуется принимать **Вимово™**, как минимум, за 30 минут до еды.

# Показание

Облегчение симптомов при лечении:

- ✓ Остеoarтрита
- ✓ Ревматоидного артрита
- ✓ Анкилозирующего спондилита



У пациентов с риском развития язв желудка и/или двенадцатиперстной кишки, ассоциированных с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП)

# Каким образом работает Вимово™?

## Последовательное высвобождение

Вначале в желудке высвобождается эзомепразол, затем в кишечнике - **напроксен**.

**Кишечнорастворимая оболочка** предотвращает высвобождение напроксена при pH ниже 5, таким образом защищая желудок от местного токсического действия.



Ингибирование протонной помпы

Повышение желудочного pH

Защита слизистой

Эзомепразол немедленного высвобождения  $T_{max}$ : 0,5-0,75 часа

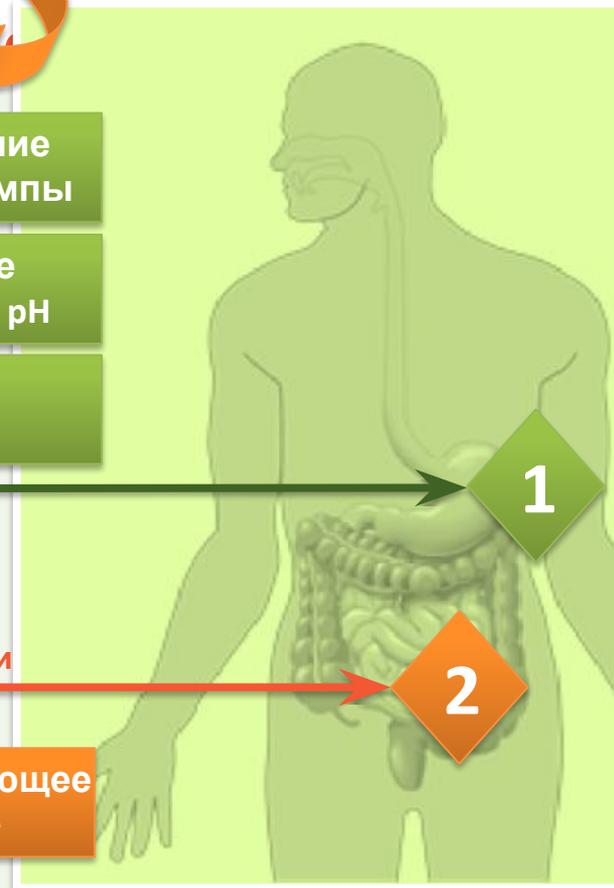
Напроксен кишечнорастворимый  $T_{max}$ : 3 часа до равновесной концентрации

Всасывание Напроксена

Противовоспалительное действие

Обезболивающее действие

Жаропонижающее действие



## Динамическое наблюдение Оценка эффективности терапии

- ✓ Оценка динамики количества пораженных суставов
- ✓ Оценка боли по ВАШ (визуальной аналоговой шкале)
- ✓ Индексы Lequesne, WOMAC (Western Ontario and McMaster University)
- ✓ Анкета SF-36
- ✓ Прогрессирование сужения суставной щели
  - + Выявление побочных эффектов лекарственных препаратов