

ПОРАЖЕНИЕ КИСТЕЙ, ВЗГЛЯД РЕВМАТОЛОГА

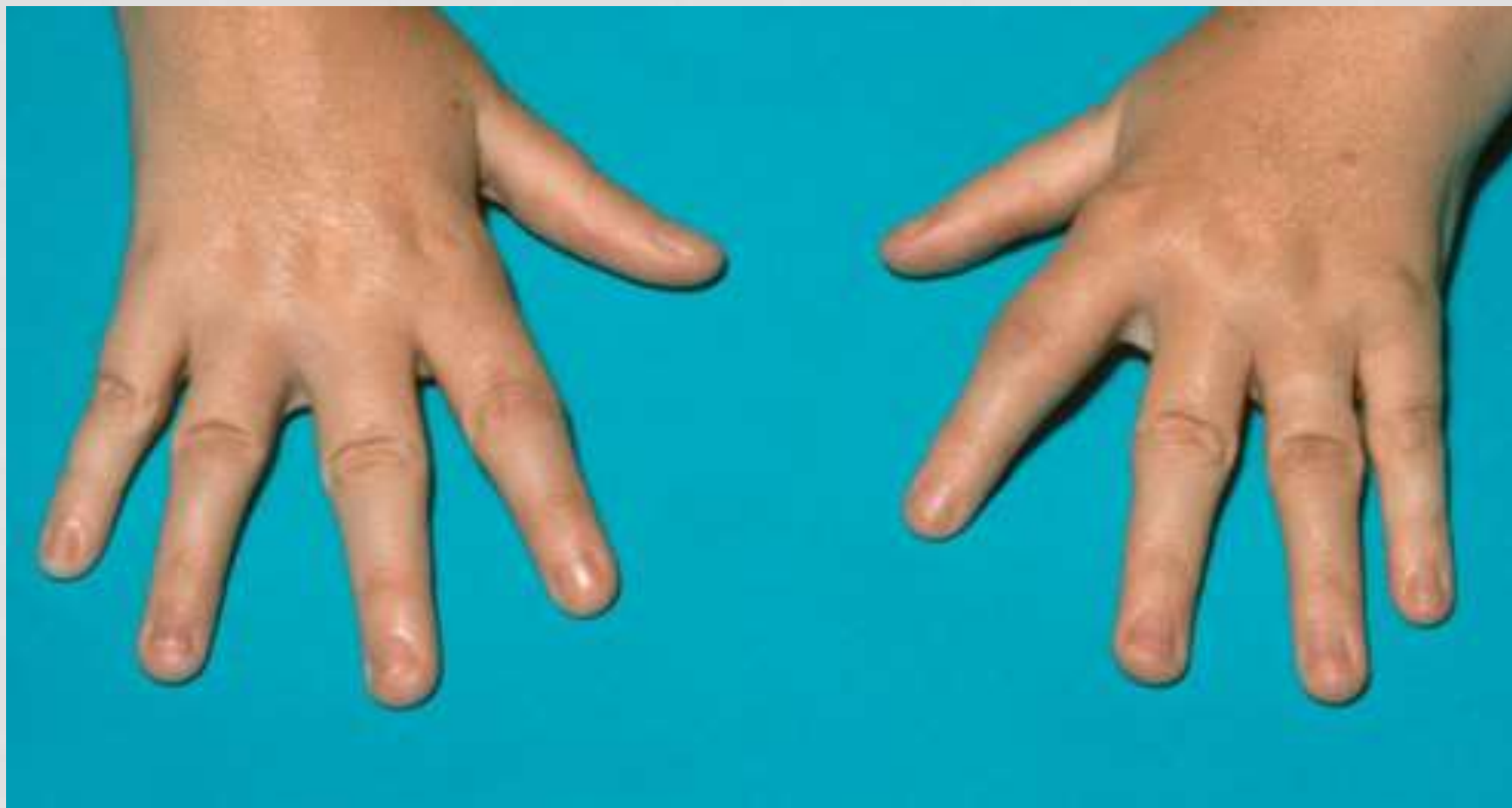
ЛЫТКИНА К.А., К.М.Н., ЗАВ.
РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИМ ОТДЕЛЕНИЕМ ГКБ №4



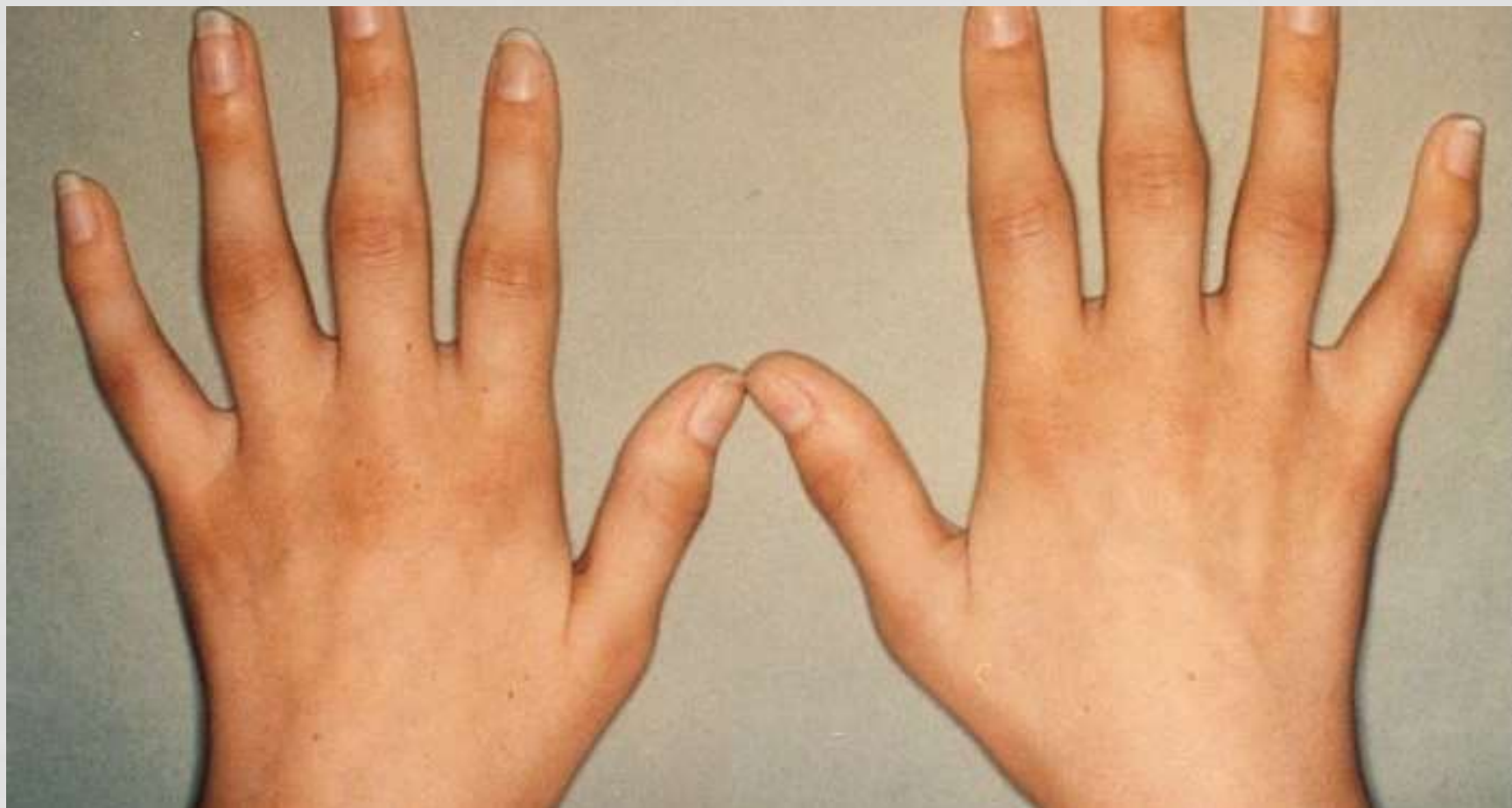
ПОРАЖЕНИЕ КИСТИ

- Воспалительные заболевания суставов
 - Ревматоидный артрит
 - Псориатический артрит
 - Анкилозирующий спондилит
 - Подагра
- Полиостеоартроз
- Ревматическая патология околосуставных мягких тканей (РПОМТ)
 - Тендиниты
 - Энтезиты
 - Теносиновиты
 - Бурситы
- Альгодистрофии

РАННИЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ



РАННИЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ



РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ, ПОКАЗАНИЯ К КОНСУЛЬТАЦИИ РЕВМАТОЛОГА

- Симметричное поражение мелких суставов кистей
- Поражение проксимальных межфаланговых суставов, пястнофаланговых суставов
- Атрофия межкостных мышц кистей, гипотрофия thenar hypothenar
- Положительный РФ, АЦЦП? (не всегда), их сочетание!!!
- Рентгенография суставов – околосуставной остеопороз, сужение суставных щелей в проксимальных м/ф суставах, пястнофаланговых суставах, суставах запястий

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ, ДЕФОРМАЦИЯ ПАЛЬЦЕВ ПО ТИПУ «БУТОНЬЕРКИ»



РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ, ДЕФОРМАЦИЯ ПАЛЬЦЕВ ПО ТИПУ БУТОНЬЕРКИ





Кисть Жаку

Болезнь
Шегрена





Кисть Жаку

СКВ



ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ СУСТАВНОГО СИНДРОМА ПРИ ПСА

- ◆ Ограниченное число пораженных суставов в дебюте и продвинутой стадии
- ◆ Артрит дистальных межфаланговых суставов
- ◆ Артрит 3-х суставов одного пальца («осевое поражение»)
- ◆ Отсутствие атрофии мышц прилежащих к пораженным суставам
- ◆ Разнонаправленные подвывихи суставных поверхностей
- ◆ Параартикулярные явления
- ◆ Различные типы костной резорбции
- ◆ Воспалительный процесс в позвоночнике

ПСОРИАЗ НОГТЕЙ



Псориатический артрит. Дистальный вариант



Периферический артрит клинически проявляется болью, припухлостью, ограничением подвижности суставов. Характерные признаки – артрит дистальных межфаланговых суставов кистей/стоп и «редискообразная» деформация, осевой артрит (одновременное поражение трех суставов одного пальца)

Псориатический мутилирующий артрит



Укорочение пальцев, разнонаправленные подвывихи суставных поверхностей

ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ АРТРИТОВ

- НПВС
- Синтетические базисные препараты (БПВП)
 - Метотрексат
 - Сульфасалазин
 - Лефлуномид
 - Циклоспорин А (Сандиммун Неорал) – при ПсА
 - Комбинации препаратов (при РА)
 - ГКС (системно и внутрисуставные инъекции)
- Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП)
- **Обязательное назначение БПВП как можно раньше!**

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ, ПОЗДНЯЯ СТАДИЯ



ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ - МНОЖЕСТВЕННЫЙ ВНУТРИСУСТАВНОЙ ОСТЕОЛИЗ



Дактилит - прогностически неблагоприятный фактор для развития эрозий суставов

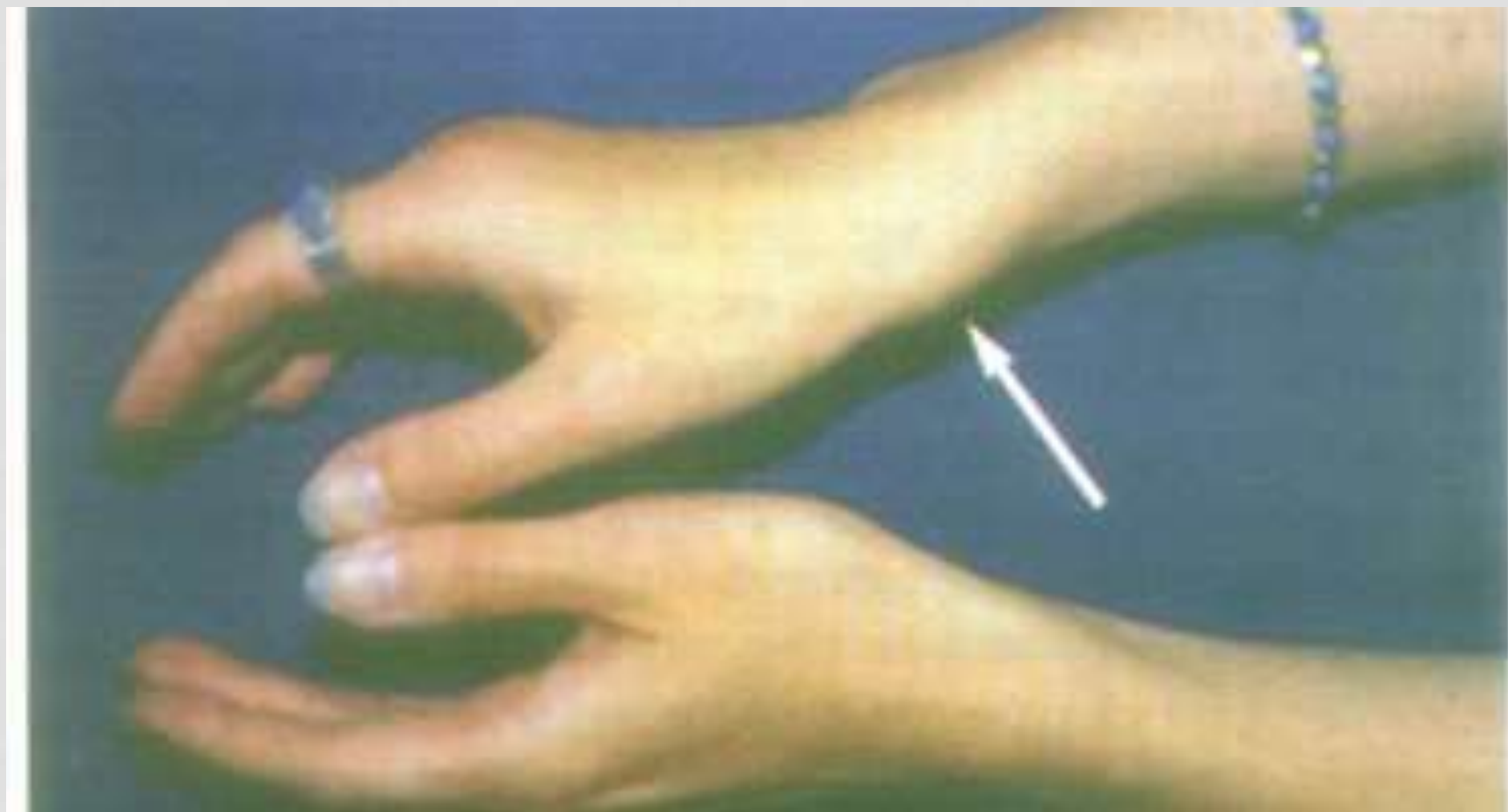
ПОДАГРА, ТОФУСЫ



ПОДАГРА, ТОФУСЫ



ОТЕЧНОСТЬ В ЗОНЕ ПОРАЖЕННЫХ СУХОЖИЛИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ДЕ КЕРВЕНА



ТЕНОСИНОВИТ СУХОЖИЛИЙ СГИБАТЕЛЕЙ ПАЛЬЦЕВ И
КИСТИ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРЕДПЛЕЧЬЯ КАК ПРИЧИНА
СИНДРОМА ЗАПЯСТНОГО КАНАЛА.



ЛЕЧЕНИЕ РПОМТ

- НПВП
 - Локальные инъекции кортикостероидов
 - Локальные инъекции гиалуроновой кислоты
 - Инъекции обогащенной тромбоцитами плазмы (?)
 - Нефармакологические методы
- ◆ Результаты однократной инъекции ГКС у 366 пациентов с «щелкающим пальцем» - ремиссия сохраняется в 45% наблюдений в течение 10 лет. В целом, по данным РКИ, у 50–70% больных после 1–2 последовательных инъекций отмечаются прекращение боли и полное восстановление функции (исчезновение «защелкивания») пальцев. (R. Wojahn и соавт.)
 - ◆ Инъекции ГКС часто применяют для лечения синдрома де Кервена. Однако РКИ, посвященных оценке их эффективности у таких пациентов, относительно немного.
 - ◆ Комбинированное применение инъекций ГК и гиалуроната существенно улучшает результаты лечения у пациентов с синдромом де Кервена (D. Orlandi и соавт.)

ОСТЕОАРТРОЗ, УЗЕЛКОВАЯ ФОРМА



Узелки Гебердена, «квадратизация кистей»

ОСТЕОАРТРОЗ, УЗЕЛКОВАЯ ФОРМА



Узелки Гебердена с
подвывихами фаланг

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОАРТРОЗА, 2013. СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА МЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ.

	Результаты исследований	Рекомендации
Хондроитин сульфат и глюкозамин	<p>Препараты, содержащие хондроитин и глюкозамин, обладают умеренным анальгетическим действием и высокой безопасностью. Получены данные о их возможном структурно-модифицирующем действии (замедление сужения суставной щели) при ОА коленных суставов (хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат) и мелких суставов кистей (хондроитин сульфат). Хондроитин сульфат применяют длительно по 500 мг 2 раза в сутки. Глюкозаминсульфат назначают по 1500 мг/сутки 4-12 недель, курсы повторяют 2-3 раза в год</p>	<p>Препараты, содержащие хондроитин сульфат и глюкозамин сульфат рекомендуются при остеоартрозе для уменьшения боли, улучшения функции суставов; эффект сохраняется в течение нескольких месяцев после их отмены, хорошо переносятся больными (А)</p>

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ОСТЕОАРТРОЗА, 2013. СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА МЕДЛЕННОГО ДЕЙСТВИЯ

	Результаты исследований	Рекомендации
Диацереин	В эксперименте показано, что механизм действия заключается в ингибировании ИЛ 1 β . Уменьшает боль, эффект сохраняется в течение нескольких месяцев после завершения лечения при ОА коленных и т/б суставов. Применяют по 50 мг 1 раз в сутки, затем 2 раза в сутки.	Ингибитор интерлейкина 1 – диацереин применяют для уменьшения боли, улучшения функции суставов и, вероятно, для замедления прогрессирования ОА.
Пиаскледин	Исследования показали, что НСАС повышают уровень стимуляторов тканевой продукции и оказывают хондропротективный эффект при индуцированном ОА. Уменьшает боль, снижает потребность в НПВС, обладает последействием в течение нескольких месяцев после завершения терапии. Структурно-модифицирующий эффект продемонстрирован в 2 исследованиях при ОА т/б суставов. Применяют по 300 мг 1 раз в сутки	Не омыляемые соединения сои и авокадо применяют для уменьшения боли, улучшения функции суставов и, вероятно, замедления прогрессирования ОА (А)

РЕКОМЕНДАЦИИ АСР ПО ЛЕЧЕНИЮ ОА КИСТЕЙ, АСР 2012

- Медикаментозные условно–обязательные методы лечения:
 - Использование пероральных и местных НПВП (включая ингибиторы ЦОГ–2). Пациентам старше 75 лет следует назначать преимущественно топические (местные) НПВП.
 - Использование трамадола.
 - Использование местно–раздражающих средств (капсаицин).
 - Не рекомендуется использовать в лечении ОА кистей опиоидные анальгетики, внутрисуставные введения ГК и гиалуроновой кислоты.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ EULAR 2007 ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КИСТИ

- **9. Симптоматические медленнодействующие препараты для лечения ОА (например, глюкозамин, хондроитин сульфат, неомыляемые соединения авокадо и сои, диацереин, гиалуронат 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.**
- *Сила рекомендации (95% ДИ): 63 (48–76).
Уровень доказательности Ib–IV для разных препаратов.*
- Доказательная база по препаратам группы SYSADOAs в основном получена в исследованиях, проведенных на пациентах с гонартрозом. Например, в систематическом обзоре T.E. Towheed et al. (2006) из 15 плацебо-контролируемых РКИ по глюкозамину 12 было проведено у пациентов с ОА коленных суставов, одно — у больных кокс- и гонартрозом, в 2 исследованиях локализация поражений не указывалась. Основным средством, изученным в 14 из этих 15 РКИ, был глюкозамина сульфат, и только в одном был представлен *глюкозамина гидрохлорид*. Результаты показали, что препараты глюкозамина сульфата были эффективны для купирования боли, но неэффективны в отношении преодоления скованности и улучшения функции суставов. В 2 плацебо-контролируемых рандомизированных исследованиях у пациентов с ОА коленных суставов также был показан небольшой, но достоверный структурно-модифицирующий эффект глюкозамина сульфата, а кроме того, безопасность препарата — отсутствие побочных эффектов в течение 3 лет наблюдения за пациентами (RR 0,97; 95% ДИ 0,88–1,08) (K. Pavelka et al., 2002; J.-Y. Reginster et al., 2001).

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ EULAR 2007 ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КИСТИ

- У пациентов с ОА суставов кисти исследований клинической и структурно-модифицирующей эффективности *неомыляемых соединений авокадо и сои* не проводилось. В систематический обзор РКИ, в которых изучались эти SYSADOAs, были включены исследования по ОА тазобедренных и/или коленных суставов (E. Ernst et al., 2003) и показаны эффективное облегчение боли и улучшение функции, несколько более выраженное у пациентов с коксартрозом, чем у пациентов с гонартрозом
- Не найдено исследований, посвященных применению *диацереина* при ОА кисти. 5 РКИ этого препарата было проведено у пациентов с ОА тазобедренных и/или коленных суставов
- Доказательная база по внутрисуставному применению препаратов *гиалуроновой кислоты* при ОА кисти слабая, и ссылаются, в основном, на данные исследований при коксартрозе и гонартрозе. В одном неконтролируемом исследовании гиалуронат натрия в дозе 10 мг в 1 мл вводили интраартикулярно 1 раз в неделю в течение 5 недель с участием 16 пациентов с ОА трапециометакарпального сустава (H.R. Schumacher et al., 2004). Оценка, проведенная через 5 месяцев, показала уменьшение счета боли на 46 % в покое и на 27 % при движениях. В РКИ, проведенном S. Fuchs et al. (2006), сравнивали внутрисуставные инъекции гиалуроната и глюкокортикоидов при ОА трапециометакарпальных суставов и была показана их сопоставимая клиническая эффективность, а преимуществом гиалуроната был назван пролонгированный эффект.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ РЕКОМЕНДАЦИЙ EULAR 2007 ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРОЗОМ КИСТИ

- **10. Внутрисуставные инъекции пролонгированных глюкокортикоидов являются эффективными при обострениях ОА кистей, особенно при поражении запястно-пястного сустава I пальца.**
*Сила рекомендации (95% ДИ): 60 (47–74).
Уровень доказательности Ib.*
- **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, когда консервативная терапия неэффективна.**
*Сила рекомендации (95% ДИ): 68 (56–79).
Уровень доказательности III.*

АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОАРТРОЗА ПО ESCEO 2014

Шаг 1

1. Базисная терапия

- Парацетамол на регулярной основе
- Длительное применение SYSADOA: глюкозамина сульфат и/или хондроитин сульфат и при необходимости парацетамол
- Местно - капсаицин

Шаг 2

Шаг 3

Шаг 4



International Osteoporosis
Foundation

IOF Regionals Abu Dhabi 15

3rd Middle East & Africa Osteoporosis Meeting

DECEMBER 5-7, 2015 • ABU DHABI, UNITED ARAB EMIRATES

#OsteoCongress

www.iofbonehealth.org/abudhabi-2015

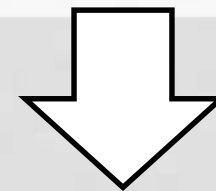
superior effect on pain shown in high quality studies
for glucosamine formulations and paracetamol
disease-modifying effects of pCGS demonstrated:
downregulation in expression of several inflammatory mediators¹
reduction in joint degeneration, with significant reduction or delay
in the need for surgery
and reduced use of analgesics and NSAIDs in clinical studies
the role for pCGS in OA prevention and risk reduction

chondroitin sulfate; pCGS, polycondensed glucosamine sulfate; NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs; OA, osteoarthritis; NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis.



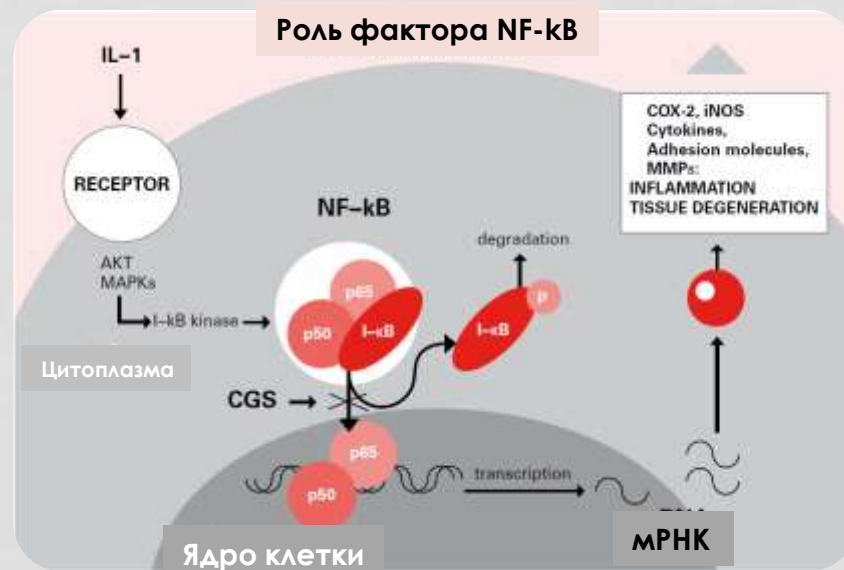
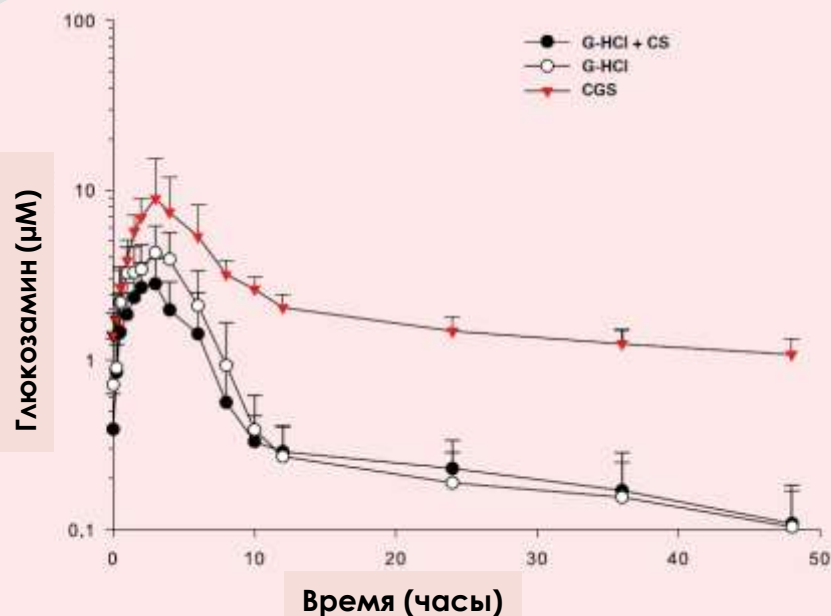
Кристаллический глюкозамина сульфат - Хорошо изученный механизм действия

Ингибитор IL-1 β
внутриклеточного сигнального
пути и экспрессии генов



Только при пике концентрации $\sim 10 \mu\text{M}$!

ЦОГ-2, iNOS,
ММП, цитокины и пр.



Кристаллический глюкозамина сульфат - фармакокинетика

Кристаллический глюкозамина сульфат при введении 1 раз в сутки достигает наивысшей концентрации в плазме крови

	ГА-сульфат 1500 мг 1 р/сутки¹ Стабильное состояние	ГА-гидрохлорид 500 мг 3 раза/сутки ² Стабильное состояние	ГА-гидрохлорид (500 мг) + Хондроитина сульфат (400 мг) 3 раза/сутки ³ Стабильное состояние
C_{ssmax} ng/ml	1602 ± 123	211 ± 94	588.9 ± 181.5
μM	8.9 ± 0.7	1.2 ± 0.5	3.3 ± 1.0
$T_{1/2}$ (часы)	15	3.9	-

¹ Persiani S et al, OA & Cart 2005; 13:1041-9

² Jackson CG et al, Arthritis Rheum 2006; 54 (9 Suppl): 1681

³ Persiani 2007 OARSI Poster presentation

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОКИНЕТИКИ

**Синтез компонентов
хрящевой ткани**

**Что получит
организм?**

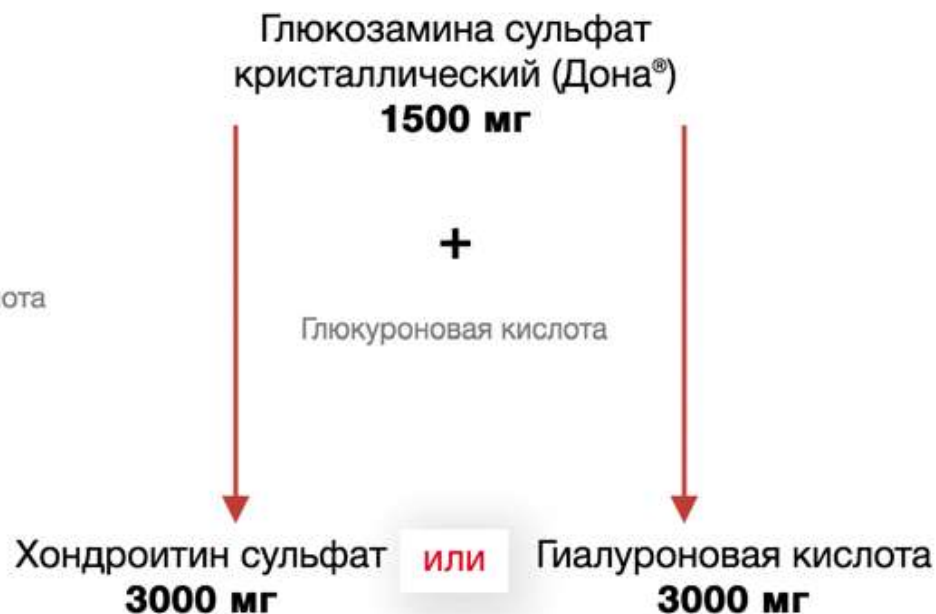
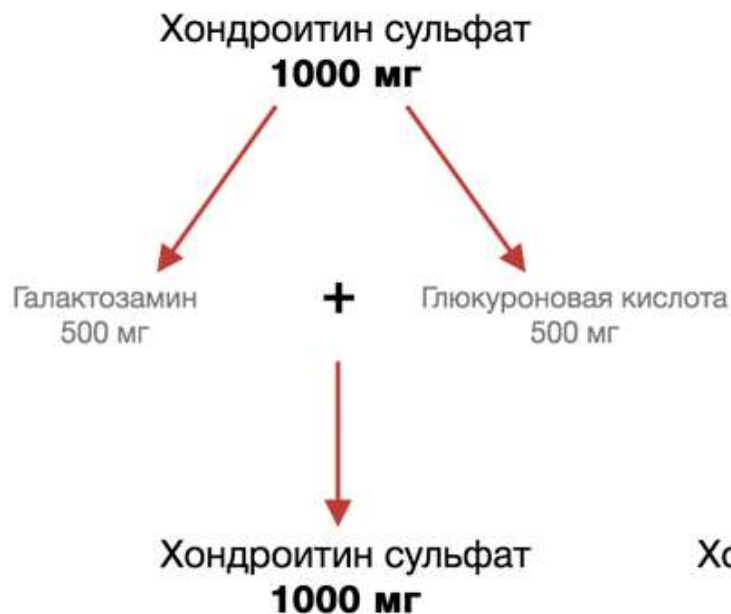


**Экзогенный глюкозамин обеспечивает возможность синтеза двух основных
Компонентов хрящевой ткани – ХС и ГК**

ОСОБЕННОСТИ ФАРМАКОКИНЕТИКИ

**Синтез компонентов
хрящевой ткани**

**Что получит
организм?**



Что посеешь, то и пожнешь

Вдвое больший результат

АЛЬГОДИСТРОФИИ (КОМПЛЕКСНЫЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ 1 ТИПА, РЕФЛЕКТОРНАЯ СИМПАТИЧЕСКАЯ ДИСТРОФИЯ, БОЛЕЗНЬ ЗУДЕКА)



Этот синдром неизвестной этиологии, для которого характерна гиперфункция регионарной симпатической нервной системы.

АЛЬГОДИСТРОФИИ




АЛЬГОДИСТРОФИИ





АЛЬГОДИСТРОФИИ - ЛЕЧЕНИЕ

- Обезболивание - Блокады (местные, паравертебральные, блокады плечевого сплетения)
- Фармакологическое лечение – бисфосфонаты, НПВС, антидепрессанты, противосудорожные, ГКС
- ФЗТ
- Оперативное лечение? Симпатэктомия

Two 3D white figures are shaking hands. The figure on the right is wearing a dark tie and holding a black briefcase. The text "Спасибо за внимание!" is overlaid on the handshake.

Спасибо за внимание!