

# РЕНЕССАНС ГЛЮКОКОРТИКОИДНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СУСТАВОВ

14 ноября 2008 года в конференц-зале отеля RADISSON SAS ведущие специалисты ортопеды-травматологи и ревматологи собрались на заседание рабочей группы, чтобы поговорить о современной проблеме применения глюкокортикоидов в лечении пациентов с заболеваниями суставов и обсудить клинические рекомендации, направленные на оптимизацию локальной инъекционной терапии глюкокортикоидами в ревматологии.

В состав совета экспертов вошли: **Коваленко Владимир Николаевич**, д.м.н., профессор, член-кор. АМН Украины, директор Государственного учреждения «Национальный научный центр «Институт кардиологии им. акад. М.Д. Стражеско», Киев; **Герасименко Сергей Иванович**, д.м.н., профессор, главный внештатный ортопед-травматолог МЗ Украины, зам. директора Государственного учреждения «Институт патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко», Президент ассоциации ортопедов-травматологов Украины, Харьков; **Радченко Владимир Александрович**, д.м.н., зам. директора по науке Государственного учреждения «Институт патологии позвоночника и суставов им. М.И. Ситенко», Харьков; **Яременко Олег Борисович**, д.м.н., профессор кафедры внутренней медицины № 2 Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца, Киев; **Полулях Михаил Васильевич**, д.м.н., ведущий научный сотрудник Государственного учреждения «Институт травматологии и ортопедии АМН Украины», Киев; **Борткевич Олег Петрович**, д.м.н., главный внештатный ревматолог МЗ Украины, ведущий научный сотрудник Государственного учреждения «Национальный научный центр «Институт кардиологии им. акад. М.Д. Стражеско», Киев; **Тер-Вартаньян Семен Христофорович**, к.м.н., главный ревматолог ГУЗ и МО, Киев; **Проценко Галина Александровна**, к.м.н., научный секретарь Государственного учреждения «Национальный научный центр «Институт кардиологии им. акад. М.Д. Стражеско», Киев.



**Коваленко В.Н.:** «В лечении ревматологических больных глюкокортикоиды сохраняют свою непреходящую ценность. Разумное применение локальной терапии глюкокортикоидами позволяет добиться максимальных клинических результатов при минимуме побочных эффектов».



**Корж Н.А.:** «Почему мы применяем глюкокортикоиды? Главная причина — мощное противовоспалительное действие; следующая, не менее важная — быстрый клинический эффект. Если все делать правильно и своевременно, эффект от внутрисуставного введения глюкокортикоидов очень хороший. Основные принципы их применения следующие: строго по показаниям, в асептических условиях, врачом, который владеет методом, соблюдая рекомендованную частоту».



**Герасименко С.И.:** «Мое отношение к локальной терапии глюкокортикоидами неоднозначное. Эйфория, вызванная их мощным противовоспалительным эффектом, сослужила плохую службу, так как явилась причиной злоупотреблений глюкокортикоидами. Взвешенный анализ проблемы ортопедами-травматологами и ревматологами позволит выработать золотую середину в понимании места локальных инъекций глюкокортикоидов в лечении ортопедических больных».



**Радченко В.А.:** «Количество больных, получающих локальную терапию препаратами разных классов по поводу заболеваний позвоночника, огромно. Манипуляции на мелких суставах позвоночника должны выполняться в высокоспециализированном учреждении, так как неточное попадание в сустав повышает риск системных и других побочных эффектов стероидов».



**Яременко О.Б.:** «Я не видел ни одного пациента с выраженным синовитом коленного сустава, у которого применение НПВП позволило бы полностью устранить выпот. Не следует таких пациентов месяцами лечить НПВП. Если синовит в течение 1 недели, максимум 2, не проходит, следует ввести глюкокортикоид. Чем дольше в суставе находится воспалительный экссудат, тем большее повреждающее действие на суставные ткани он оказывает. Чем быстрее мы уберем экссудат и подавим воспаление, тем лучшим будет результат».



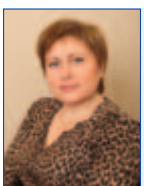
**Полулях М.В.:** «Глюкокортикоиды — прекрасные препараты, которые позволяют нам бороться с болью и воспалением. Но обратная сторона их действия у некоторых пациентов сводит на нет все положительные достижения. Так, мы наблюдали пациентов с кристаллическими отложениями депо-препаратов в синовиальную оболочку. Выясняется, что в течение ограниченного времени в сустав многократно — 10, а иногда и 20 раз — вводили стероиды. Поэтому так важно четко и ясно регламентировать все аспекты метода внутрисуставных инъекций».



**Борткевич О.П.:** «Глюкокортикоиды были, есть и будут широко используемыми противовоспалительными средствами для лечения ревматологических больных. Важную роль играет оценка соотношения между их клиническими эффектами и рисками — как кратковременными, так и долгосрочными. Так, если внутрисуставное введение глюкокортикоидов оказывает явный, но недостаточный эффект, допускается еще одно введение. В случае, если эффект не достигается, препарат в этот сустав больше не вводят».



**Тер-Вартаньян С.Х.:** «Очень важно ответственно относиться к вопросам организации внутрисуставных инъекций, в противном случае могут развиваться серьезные осложнения. Вопросы регламентации важны в первую очередь для поликлинических врачей ортопедов-травматологов и хирургов, выполняющих основной объем этих манипуляций. Следует четко регламентировать — кому, когда, как часто, в каких условиях показано внутрисуставное введение лекарственных средств».



**Проценко Г.А.:** «Если у пациента развивается синовит, речь о периартикулярном введении препарата вообще не должна идти. Такому пациенту глюкокортикоидный препарат вводится непосредственно в сустав. Применение глюкокортикоидов в виде электро- и фонофореза не должно заменять внутрисуставного введения. В подобных случаях получаем в основном системное воздействие, а местный эффект меньше по сравнению с грамотным введением препарата в полость сустава».

Глюкокортикоиды были, есть и будут оставаться в числе наиболее широко используемых препаратов при лечении ревматических заболеваний благодаря уникальным клиническим характеристикам: наличию мощного противовоспалительного эффекта и их быстродействию. Кортикостероиды имеют непреходящую ценность в арсенале врача-клинициста. Именно этим и вызван интерес экспертов к состоянию проблем их использования. Разумное сочетание системного и локального применения глюкокортикоидов позволяет врачу достичь максимального терапевтического эффекта и минимизировать риск побочных явлений. Сегодня интерес к данным препаратам возрос в связи с усовершенствованием медицинских технологий, а появление новых препаратов заставляет пересмотреть устоявшиеся позиции относительно целесообразности применения данных средств в ревматологии. Важность глюкокортикоидов как терапевтического средства подчеркнута в протоколах Европейской антиревматической лиги. В перечень обязательных препаратов, которые включены в современные клинические протоколы лечения ревматических заболеваний в Украине, обязательно входят глюкокортикоиды, кроме того, отдельным пунктом выделена локальная инъекционная терапия этими препаратами.

На сегодняшний день в нашей стране сложилась неоднозначная ситуация, при которой одни врачи отказались от локальной терапии глюкокортикоидами, другие, напротив, злоупотребляют ею, что отрицательно сказывается на репутации данного метода. Известно, что слишком частое введение глюкокортикоида в сустав приводит к деструктивным поражениям хряща с развитием стероидной артропатии, а также может вызывать нежелательные системные проявления. Следует также избегать внутрисуставного применения глюкокортикоидов у больных с неясным диагнозом.

Участники дискуссии пришли к соглашению о том, что метод локальной инъекционной терапии глюкокортикоидами является приоритетным при лечении больных с явлениями экссудативного синовита. При развитии синовита показано как можно более раннее его купирование, поскольку воспалительная синовиальная жидкость, содержащая факторы воспаления, протеолитические ферменты, усугубляет течение деструктивных процессов в суставе хряще. Для купирования синовита используются глюкокортикоиды пролонгированного действия, обеспечивающие длительное поддержание противовоспалительного и антиэкссудативного эффектов.

Таким образом, проведение адекватной локальной терапии глюкокортикоидами требует от врача использования принципа золотой середины — с одной стороны, нет никаких оснований отказываться от данного метода, с другой — им нельзя злоупотреблять. Внутрисуставные инъекции глюкокортикоидов должны проводиться исключительно по показаниям, только в лечебном учреждении в асептических условиях врачом-специалистом, владеющим данным методом.

Большое внимание экспертов было обращено на рассмотрение негативных последствий инъекционной терапии гормонами. Мнение присутствующих однозначно: следует обязательно учитывать риски развития стероид-индуцированной хондромалии, а также септических осложнений метода.

На сегодняшний день нет ни одного доказательного исследования, в котором было бы убедительно продемонстрировано отрицательное влияние внутрисуставных инъекций глюкокортикоидов на метаболизм суставного хряща и костной ткани при условии соблюдения режимных вопросов частоты и кратности введения. Следует обратить внимание на то, что при соблюдении рекомендуемой частоты инъекций (3—4 раза в год в один и тот же сустав) отрицательного влияния глюкокортикоидов на суставной хрящ не выявляется. В клиническом отношении важно помнить о том, что подавление воспалительного процесса в полости сустава, в свою очередь, прекращает те катаболические процессы, которые были запущены собственными факторами воспаления (медиаторами, ферментами-протеазами, гиалуронидазой, металлопротеиназами, агрессивными формами кислорода, свободными радикалами и др.). Исходя из данного положения, в части публикаций утверждается протектив-

ный эффект глюкокортикоидов относительно дальнейшей прогрессии деструкции хряща.

В целом, локальное введение глюкокортикоидов является мощным терапевтическим средством в арсенале современного врача, однако требует взвешенного и осторожного применения.

В завершение обсуждения рабочей группой экспертов была принята резолюция, касающаяся стратегии управления суставной болью и воспалением с использованием внутрисуставных инъекций глюкокортикоидов.

Итак, отмечая выраженные клинические достижения при использовании метода внутрисуставных инъекций, заключающиеся в быстром регрессе симптомов синовита, купировании боли и обеспечении последующей длительной ремиссии, следует учитывать следующее:

1. Использование методики внутрисуставных инъекций глюкокортикоидов целесообразно при лечении пациентов с ревматоидным артритом, остеоартрозом и другими воспалительными артропатиями, протекающими по типу моно- и олигоартрита с развитием синовита.
2. Внутрисуставное введение глюкокортикоидного препарата назначается в следующих случаях: обострение артрита на фоне эффективного в целом базисного лечения; в период подбора базисной терапии у больных хроническими воспалительными заболеваниями суставов; в случаях, когда проведение адекватной базисной терапии невозможно.
3. Ключевыми критериями выбора глюкокортикоидного препарата для внутрисуставного введения являются: быстрое наступление обезболивающего эффекта, длительный противовоспалительный эффект, минимальная эффективная дозировка действующего вещества, минимально выраженное местно-дистрофическое действие.
4. Целесообразно рекомендовать ограниченное использование инъекционных глюкокортикоидов пролонгированного действия, обладающих выраженным местнодистрофическим действием (препараты триамцинолона).
5. Для предупреждения развития глюкокортикоид-индуцированной хондродеструкции внутрисуставное введение глюкокортикоидов следует проводить не чаще 3—4 раз в год в один сустав с интервалом между инъекциями 3—4 месяца.
6. Следует признать неприемлемым назначение инъекционных глюкокортикоидов внутрисуставно в виде непрерывного курса с высокими рисками развития глюкокортикоид-индуцированной хондродеструкции, а также системных побочных эффектов глюкокортикоидной терапии.
7. Соблюдение рекомендаций по частоте, кратности и технике введения инъекционных глюкокортикоидов дает возможность обеспечить мощный противовоспалительный эффект, практически не подвергая больного риску существенных осложнений.
8. Внутрисуставные инъекции проводятся врачом-ревматологом или ортопедом-травматологом, имеющим соответствующую подготовку по технике проведения инъекции. Инъекции проводятся в условиях специально оборудованного кабинета для внутрисуставных инъекций (предусмотрен в условиях специализированного отделения профильного стационара) или чистой перевязочной (с предварительной обработкой по типу «малой операционной») в стационаре или поликлинике.
9. Исходя из результатов настоящей дискуссии, следует подготовить информационное письмо по важнейшим практическим аспектам проведения внутрисуставных инъекций в условиях работы первичного звена ревматологической и травматологической службы Украины.
10. Необходимо разработать рекомендации о рациональной фармакотерапии больных с ревматическими заболеваниями суставов с использованием локальной инъекционной терапии глюкокортикоидами и другими препаратами (нестероидными противовоспалительными препаратами, биологическими агентами, хондропротекторами).
11. Следует подготовить дополнение к Приказу МЗ Украины № 676 «Об утверждении протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Ревматология» с указанием важнейших клинических аспектов применения локальной инъекционной терапии глюкокортикоидами пролонгированного действия. □