

Ревматоидный артрит с позиций
доказательной медицины
(рандомизированное клиническое
исследование)

Специальность: ЖМ

Курс:5 Группа: 502

Выполнила: Жаналиханкызы Ж.

Проверил:Адильгожина С.М.

Когда два класса лекарственных средств необходимы, LAMA + labā (ЛАМА + LABA) и LABA + ICS (ДДБА + ICS). Часто выбирают потому, что эти комбинации могут быть введены с помощью одного устройства лекарства. Лаба + ICS как лечение первой линии для управления ревматоидного артрита, высокого риска людей категорий C и D.

Цель

- Сравнения преимуществ и недостатков Ламы + БАДД против LABA + ICS для лечения людей со стабильному ревматоидному артриту

МЕТОДЫ ПОИСКА

- Мы провели электронный поиск в Cochrane Airways Group Специализированной Реестре 2 февраля 2016, ClinicalTrials.gov 4 июня 2016, а также клинические испытания Всемирной организации здравоохранения Поисковый портал 4 июня 2016, за которым следует handsearch 5 июня 2016.

Критерий выбора

Мы включили индивидуальные рандомизированные контролируемые исследования с параллельными группами испытаний, а также кросс-исследования, сравнивающие ЛАМА + LABA и labā + ICS для стабильному ревматоидному артриту. Минимальная продолжительность один месяц и испытания должны были проводиться в амбулаторных условиях.

Сбор и анализ данных

Два автора независимо друг от друга извлекали данные и оценивали риск смещения. Мы решили все расхождения путем обсуждения. Мы проанализировали дихотомические данные в виде отношения шансов (OR), и непрерывные данные, как средние различия (MD), 95% доверительный интервал (ДИ) с использованием диспетчера. Обострения были измерены путем подсчета числа людей, испытывающих один или более обострение.

Основные результаты

- Мы включили 11 исследований, включающих 9839 участников нашего количественного анализа. Большинство исследований включали людей с умеренной до тяжелой ХОБЛ, без последних обострений. Один из фармацевтических компаний спонсировали исследования, которое включало только людей с недавними обострениями и было крупным исследованием который составил 37% участников. Все, кроме одного исследования были представителями фармацевтических компаний, таким образом, мы оценили их как имеющие высокий риск «других предрассудков». Неспонсируемые исследование было высоким риском производительности, смещения обнаружения и возможной селективной отчетности.

Пять исследований набраны ЗОЛОТО-м:

- В первом участники категории В;
- Во втором участники категории D;
- В двух исследованиях собраны участники категории А/В,
- В остальных исследованиях собрали участников, независимо от категории.

По сравнению с labā + ICS, результаты для объединенных первичных исходов для LAMA + LABA были следующими:

- обострений, OR 0,82 (95% ДИ от 0,70 до 0,96, P = 0,01, $\text{я}^2 = 17\%$, низкое качество доказательств);
- серьезные побочные эффекты (SAE), ИЛИ 0,91 (95% ДИ 0,79 до 1,05, P = 0,18, $\text{я}^2 = 0$, среднего качества доказательства);
- Георгиевская Дыхательная Анкета (SGRQ) Общее изменение оценка от базовой линии, MD -1,22 (95% ДИ -2,52 до 0,07, p = 0,06, $\text{я}^2 = 71\%$, низкое качество доказательств);
- объем форсированного выдоха за одну секунду (ОФВ₁) изменение по сравнению с базовой линией, MD 0,08 л (95% ДИ от 0,06 до 0,09, P <0,0001, $\text{я}^2 = 50\%$, среднее качество доказательств).

Выводы авторов

Для лечения ревматоидного артрита, ЛАМА + ДДБА имеет меньше обострений, большее улучшение ОФВ₁, более низкий риск пневмонии, а также более частое улучшение качества жизни как измерено увеличение по сравнению с 4-х баллов и более из SGRQ. Эти данные были подтверждены низким или средним качеством фактических данных, собранных из участников в основном с умеренной до тяжелой ревматоидного артрита в гетерогенных исследованиях с периодом наблюдения менее чем за один год.

Клиника

- **Артрит – основное клиническое проявление заболевания.
Патологические изменения в суставе вызывают боль, припухлость, деформации и ограничение движений, повышение местной температуры.**
- **Наиболее часто поражаются крупные и средние суставы (коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые, тазобедренные), реже мелкие суставы кистей**

**По числу пораженных суставов
выделяют следующие варианты
суставного синдрома:**

- **Олигоартрит (1 – 4 сустава)**
- **Полиартрит (более 4 суставов)**
- **Генерализованный (поражение всех суставов)**

Ревматоидное поражение суставов

- Имеет неуклонно прогрессирующее течение
- Сопровождается развитием стойких деформаций и контрактур
- Характеризуется выраженной атрофией мышц, расположенных проксимальнее пораженного сустава
- Сопровождается ускоренным ростом эпифизов костей пораженных суставов

Экстраартикулярные проявления

- **Лихорадка** – при полиартикулярном суставном варианте ЮРА чаще субфебрильная, при системном варианте с полиартритом – субфебрильная и фебрильная, при системном варианте с олигоартритом – фебрильная, гектическая.
- Развивается чаще в утренние часы. При системном варианте с олигоартритом может быть и в дневные и вечерние часы.

Лихорадка

- Может сопровождаться ознобом, усилением артралгий, появлением сыпи, нарастанием интоксикации
- Падение температуры нередко сопровождается проливным потом.
- Лихорадочный период при системном варианте с олигоартритом может продолжаться недели и месяцы, а иногда годы. Нередко предшествует развитию суставного синдрома

Сыпь

- Отмечается при системных вариантах ЮРА
- Пятнистая, пятнисто-папулезная, линейная, в ряде случаев – петехиальная
- Не сопровождается зудом
- Локализуется в области суставов, на лице, груди, животе, спине, ягодицах, конечностях
- Усиливается на высоте лихорадки

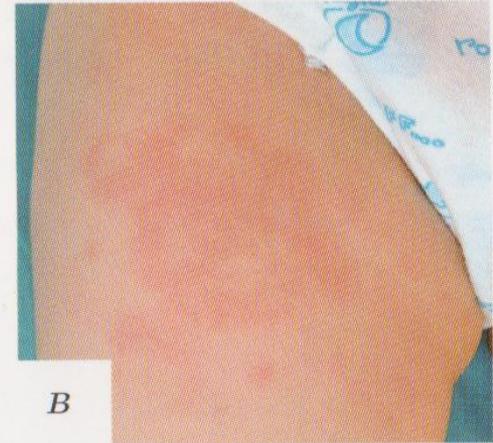
Сыпь



а



б



в



г



г



ж



е

Поражение сердца

- Наблюдается при системных вариантах ЮРА по типу миоперикардита и/или перикардита
- Имеет тенденцию к рецидивированию
- При выраженном экссудативном перикардите имеется угроза тампонады сердца
- Может сопровождаться легочно-сердечной недостаточностью

Лечение

- **Основные цели лечения:**
- **Подавление воспалительной и иммунопатологической активности процесса**
- **Купирование системных проявлений и суставного синдрома**
- **Сохранение функциональной способности суставов**
- **Предотвращение или замедление деструкции суставов**

Продолжение

- **Достижение ремиссии**
- **Повышение качества жизни больного**
- **Минимизация побочных эффектов терапии**

Немедикаментозное лечение

- **Режим**

В период обострения – ограничить двигательный режим. Полная иммобилизация противопоказана, т.к. способствует развитию контрактур и анкилозов, атрофии мышц. Полезны езда на велосипеде, плавание, прогулки. Исключают психоэмоциональные перегрузки, пребывание на солнце

Диета

- **Ограничение углеводов и жиров. Белковая диета. Повышенное содержание кальция и витамина D**

Лечебная физкультура

- Ежедневные упражнения для увеличения объема движений в суставах, устранения сгибательных контрактур, восстановление мышечной массы
- Ортопедическая коррекция

Классификация антиревматических препаратов

- ❑ 1. Модифицирующие симптомы
антиревматические препараты
- ❑ 2. Модифицирующие болезнь
антиревматические препараты:
 - А) Нецитотоксические*
 - Б) Цитотоксические*
 - В) Биологические агенты*
- ❑ 3. Болезнь контролирующие
антиревматические препараты

Болезнь-контролирующий препарат должен:

- **Снижать активность воспалительного синовита**
- **Предотвращать развитие костно-хрящевой деструкции**
- **Ни один из современных препаратов не отвечает этим требованиям!**

Нестероидные противовоспалительные препараты

- **Противовоспалительное действие**
- **Аналгезирующее действие**
- **Жаропонижающее действие**

Наиболее широко в детской практике используются:

- **Диклофенак натрия (2 – 4 мг/кг в 2, 3 приема)**
- **Напроксен (10 – 20 мг/кг в 1, 2 приема)**
- **Ибупрофен (20 – 40 мг/кг в 2, 3 приема)**
- **Нимесулид (3 – 5 мг/кг в 3 приема)**

Отрицательные моменты:

- Глюкокортикоиды не предотвращают прогрессирование костно-хрящевой деструкции и инвалидизации
- Побочные эффекты

Иммуносупрессивная терапия

- Метотрексат 1 раз в неделю внутрь или парентерально. Начальная доза 10 – 12 мг/м² в нед. Эффект оценивают через 4 – 8 недель. Вводят с фолиевой кислотой (в промежутках между введениями метотрексата)
- Сульфасалазин 30 – 40 мг/кг в два приема. Клинический эффект через 4 – 8 недель

Биологическая терапия

- **Инфликсимаб (Ремикейд)** – химерное моноклональное антитело к фактору некроза опухоли, которое на 75% состоит из человеческого белка и на 25% - из мышинного.
- Быстро связывает и образует устойчивое соединение с фактором некроза опухоли.

Ремикейд -

- Подавляет функциональную активность и патогенные эффекты фактора некроза опухоли.
- Стандартный режим введения: нулевая, вторая, четвертая неделя и далее каждые 8 недель. На введение от 3 до 10 мг/кг.

Ремикейд

- Лечение ремикейдом при ревматоидном артрите следует проводить одновременно с метотрексатом
- Ремикейд противопоказан к применению у детей с ЮРА до 18 лет, при болезни Крона до 6 лет

Благодарю за внимание!

