

НОВИЙ ПРЕПАРАТ

ВІД КИЇВСЬКОГО ВІТАМІННОГО ЗАВОДУ



АЛОПУРИНОЛ ПРЕПАРАТ ПЕРШОЇ ЛІНІЇ УРАТЗНИЖУЮЧОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОДАГРІ^{1,2}

ЄВРОПЕЙСЬКІ РЕКОМЕНДАЦІЇ EULAR 2016

1. Sivera F, Andres M, Carmona L, et al. Multinational evidence-based recommendations for the diagnosis and management of gout: integrating systematic literature review and expert opinion of a broad panel of rheumatologists in the 3e initiative. Ann Rheum Dis. 2014;73(2):328—35. DOI: 10.1136/annrheumdis-2013-203325.

2. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout/ <http://ard.bmj.com/content/annrheumdis/76/1/29.full.pdf>.



КИЇВСЬКИЙ ВІТАМІННИЙ ЗАВОД
Якість без компромісів!

Інформацію надано скорочено. З повною інформацією про препарат можна ознайомитися в інструкції для медичного застосування препарату. Інформація про лікарський засіб, призначена для розповсюдження серед медичних і фармацевтичних працівників на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

Виробник. АТ «Київський вітамінний завод».
Місцезнаходження. Україна, 04073, м. Київ, вул. Копилівська, 38.

Реєстраційне посвідчення № UA/12636/01/01 від 25.10.2017.
Реєстраційне посвідчення № UA/12636/01/02 від 25.10.2017.

Руководство Британского общества ревматологии по лечению подагры (2017)

Рекомендации по лечению острого приступа

- I. Объясните пациентам, что начинать лечить приступы следует как можно раньше, и убедитесь, что больные осознают важность продолжения любой назначенной уратоснижающей терапии во время приступа. *Уровень доказательств: IV; сила рекомендации: 90% (диапазон мнений экспертов 81-100%).*
- II. Пораженным суставам необходимо давать отдохнуть, их следует приподнимать и охлаждать. Кровати-клетки и пакеты со льдом могут оказаться эффективными дополнительными средствами терапии. *Уровень доказательств: Ib (пакеты со льдом), IV (другие); сила рекомендации: 89% (диапазон 54-100%).*
- III. Препаратами выбора являются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) в максимальной дозе или колхицин в дозе 500 мг 2-4 р/сут при отсутствии противопоказаний. Выбор препарата первой линии зависит от предпочтений пациента, функции почек, сопутствующей патологии. Больным, принимающим НПВС или ингибитор циклооксигеназы-2 (коксиб), следует одновременно назначать препарат с гастропротекторными свойствами. *Уровень доказательств: Ia; сила рекомендации: 95% (диапазон 80-100%).*
- IV. Пункция суставов и внутрисуставное введение кортикостероидов очень эффективны при остром моноартрите, индуцированном подагрой, и могут считаться терапией выбора для пациентов с острым течением болезни и сопутствующей патологией. Кратковременный курс пероральных кортикостероидов или однократная внутримышечная инъекция кортикостероида является альтернативой для больных с непереносимостью НПВС/колхицина, а также для пациентов, которым нежелательно делать внутрисуставные инъекции. Указанная системная терапия также подходит для лечения приступа подагры, протекающего по типу олиго- или полиартрита. *Уровень доказательств: Ib (пероральный), III (внутримышечный), IV (приступ по типу олиго- или полиартрита); сила рекомендации: 94% (диапазон 83-100%).*
- V. Пациентам с острым приступом подагры и недостаточным ответом на монотерапию может назначаться комбинированное лечение. *Уровень доказательств: IV; сила рекомендации: 80% (диапазон 28-100%).*
- VI. Следует рассмотреть целесообразность назначения ингибиторов интерлейкина-1 пациентам с недостаточным ответом на стандартную терапию острого приступа подагры (несмотря на отсутствие одобрения NICE). *Уровень доказательств: Ib (канакинумаб, рилонацепт), III (анакинра); сила рекомендации: 61% (диапазон 8-100%).*

Рекомендации по модификации образа жизни и факторов риска

- I. Если мочегонные средства используются для лечения артериальной гипертензии, а не для терапии сердечной недостаточности, то необходимо рассмотреть целесообразность назначения альтернативного гипотензивного препарата до тех пор, пока уровень артериального давления будет контролироваться. *Уровень доказательств: IV; сила рекомендации: 91% (диапазон 85-100%).*
- II. Всем больным необходимо предоставить устную и письменную информацию по следующим вопросам: причины возникновения и последствия подагры и гиперурикемии, способы лечения острых приступов подагры; модификация образа жизни, рационализация диеты, употребление алкоголя и ожирение; также нужно разъяснить цели и особенности проведения уратоснижающей терапии для достижения целевого уровня мочевой кислоты. Лечение следует персонализировать с учетом имеющейся сопутствующей патологии и принимаемых в настоящее время лекарственных средств. Следует обсудить особенности восприятия боли и возможные трудности в уходе за больным. *Уровень доказательств: IIb; сила рекомендации: 96% (диапазон 83-100%).*
- III. Пациентов с избыточным весом необходимо поощрять модифицировать диету для постепенного снижения массы тела и последующего ее поддержания. Со всеми больными, страдающими подагрой, необходимо обсудить диету и уровень физической активности. Также следует поощрять приверженность к хорошо сбалансированной диете с ограничением жира и сахара, высоким содержанием овощей и пищевых волокон (необходимо избегать подслащенных безалкогольных напитков, содержащих фруктозу); нужно отказаться от чрезмерного употребления алкогольных напитков и продуктов с высоким содержанием пуринов; рекомендуется поддерживать введение в рацион питания обезжиренного молока и/или йогурта, источников белка растительного происхождения (соя, овощи) и сыра. *Уровень доказательств: I (витамин С и обезжиренное молоко) III (другие); сила рекомендации: 92% (диапазон 80-100%).*
- IV. Больным подагрой с отягощенным анамнезом по уролитиазу следует рекомендовать пить >2 л воды в сутки и избегать дегидратации. При рецидивирующем камнеобразовании необходимо рассмотреть целесообразность подщелачивания мочи при помощи цитрата натрия (60 мэкв/сут). *Уровень доказательств: IV; сила рекомендации: 57% (диапазон 17-100%).*
- V. У всех больных подагрой необходимо проводить скрининг кардиоваскулярных факторов риска и сопутствующих состояний, таких как курение, гипертензия, сахарный диабет, дислипидемия, ожирение и заболевание почек. Осуществлять скрининг следует как минимум ежегодно и по его итогам назначать соответствующую терапию. *Уровень доказательств: III; сила рекомендации: 90% (диапазон 77-100%).*

Рекомендации по оптимизации уратоснижающей терапии

- I. Всем пациентам при подтверждении диагноза следует разъяснить целесообразность уратоснижающей терапии, а также предоставить информацию о подагре. Необходимо вовлекать больных в процесс принятия решения о сроке начала уратоснижающей терапии. Следует объяснить важность регулярного приема уратоснижающих средств для предотвращения приступов подагры. Необходимо поддерживать пациентов в процессе снижения уровня мочевой кислоты в сыворотке крови, так как в этот период острые приступы подагры могут участиться. *Уровень доказательств: Ib; сила рекомендации: 94% (диапазон 82-100%).*

- II. Уратоснижающую терапию следует рекомендовать всем пациентам с подагрой. Ее необходимо настойчиво советовать больным с рецидивирующими приступами (52 эпизода на протяжении 12 мес), тофусами, хроническим подагрическим артритом, поражением суставов, нарушением функции почек (скорость клубочковой фильтрации – СКФ – <60 мл/мин/1,73 м²), отягощенным анамнезом по уролитиазу; лицам, принимающим диуретики, и пациентам с первичной подагрой, возникшей в молодом возрасте. *Уровень доказательств: Ia (приступы, тофусы, хронический подагрический артрит, повреждение суставов, нарушение функции почек), III (уролитиаз), IV (диуретики, молодой возраст); сила рекомендации: 95% (диапазон 82-100%).*
- III. Инициацию уратоснижающей терапии лучше отложить до разрешения воспаления, так как обсуждение указанного лечения лучше начинать тогда, когда пациент не испытывает боли. *Уровень доказательств: IV; сила рекомендации: 94% (диапазон 87-100%).*
- IV. Первоначальная цель уратоснижающей терапии заключается в уменьшении и поддержании целевого уровня мочевой кислоты в сыворотке крови на отметке примерно 300 мкмоль/л с целью предотвращения в последующем образования кристаллов мочевой кислоты и растворения существующих кристаллов. Чем ниже содержание мочевой кислоты в сыворотке крови, тем выше скорость элиминации кристаллов. После нескольких лет успешной терапии (когда разрешатся тофусы и пациента не будут беспокоить симптомы заболевания) доза уратоснижающего препарата может быть снижена для поддержания менее жесткого целевого уровня мочевой кислоты (360 мкмоль/л) с целью предотвращения дальнейшего отложения кристаллов и уменьшения вероятности возникновения нежелательных явлений, ассоциированных с очень низким содержанием мочевой кислоты в сыворотке крови. *Уровень доказательств: III (целевой уровень мочевой кислоты в сыворотке крови <300 мкмоль/л), IV (последующая коррекция дозы до достижения целевых значений мочевой кислоты <360 мкмоль/л); сила рекомендации: 97% (диапазон 90-100%).*
- V. В качестве препарата первой линии для проведения уратоснижающей терапии рекомендуется использовать аллопуринол*. Сначала его следует назначить в низкой дозе (50-100 мг/сут) с последующим ее повышением на 100 мг каждые 4 нед до достижения целевого уровня мочевой кислоты в сыворотке крови (максимальная доза – 900 мг). У пациентов с нарушенной функцией почек следует использовать меньший шаг повышения дозы (50 мг); максимальная доза тоже может быть снижена, но целевые значения должны оставаться такими же. *Уровень доказательств: Ib (увеличение дозы), III (коррекция дозы при нарушении функции почек); сила рекомендации: 97% (диапазон 88-100%).*

Стартовые дозы аллопуринола в зависимости от СКФ

СКФ, мл/мин/1,73 м ²	Стартовая доза аллопуринола
<5	50 мг/нед
5-15	50 мг 2 р/нед
16-30	50 мг каждые 2 дня
31-45	50 мг/сут
46-60	50 мг и 100 мг через день
61-90	100 мг/сут
91-130	150 мг/сут
>130	200 мг/сут

- VI. Фебуксостат может использоваться в качестве альтернативного препарата второй линии терапии (ингибитор ксантиноксидазы) у пациентов с непереносимостью аллопуринола или у больных, у которых профилактика ухудшения функции почек посредством применения низкой дозы аллопуринола не позволяет достичь значимого терапевтического эффекта. Начинать лечение следует с дозы 80 мг/сут; дозировку препарата при необходимости нужно повышать каждые 4 нед до 120 мг/сут для достижения терапевтического эффекта. *Уровень доказательств: Ia; сила рекомендации: 90% (диапазон 63-100%).*
- VII. Урикозурические препараты могут назначаться пациентам, не отвечающим на стандартную терапию, или больным с непереносимостью ингибиторов ксантиноксидазы. Наиболее предпочтительными являются сульфинпиразон (200-800 мг/сут) или пробенецид (500-2000 мг/сут) для пациентов с неизменной / незначительно сниженной функцией почек либо бензбромарон (50-200 мг/сут) для больных с легкой/умеренной почечной недостаточностью. *Уровень доказательств: Ia; сила рекомендации: 92% (диапазон 82-100%).*
- VIII. Лосартан и фенофибрат не следует использовать для проведения первичной уратоснижающей терапии, но если лечение гипертензии или дислипидемии, соответственно, требует их назначения, указанным препаратам может отдаваться предпочтение, так как они обладают слабым урикозурическим эффектом. Витамин С (500-1500 мг/сут) также обладает слабым урикозурическим действием. *Уровень доказательств: III; сила рекомендации: 89% (диапазон 63-100%).*
- IX. Пациентам, не достигшим целевого уровня мочевой кислоты в сыворотке крови на фоне оптимальной монотерапии, могут назначаться урикозурические препараты в комбинации с ингибитором ксантиноксидазы. *Уровень доказательств: III; сила рекомендации: 88% (диапазон 71-100%).*
- X. Следует рассмотреть целесообразность назначения колхицина 500 мг 2 р/сут или 1 р/сут с целью профилактики острых приступов подагры, возникающих на фоне инициации приема или титрации дозы любого уратоснижающего препарата, и продолжать его прием до 6 мес. Пациентам с непереносимостью колхицина в качестве альтернативы следует рекомендовать низкие дозы НПВС или коксибов совместно с гастропротекторным препаратом при отсутствии противопоказаний. *Уровень доказательств: Ib; сила рекомендации: 86% (диапазон 29-100%).*

Статья печатается в сокращении.

Hui M., Carr A., Cameron S. et al. The British Society for Rheumatology Guideline for the Management of Gout. *Rheumatology*, Vol. 56, Is. 7, 1 July 2017; p. e1-e20. doi:10.1093/rheumatology/kex156

Перевела с англ. **Лада Матвеева**

*В Украине появился новый препарат фармацевтической компании «Киевский витаминный завод» – Алопуринол-КВ. Действующее вещество препарата – аллопуринол – и его основной метаболит – оксипуринол – нарушают синтез мочевой кислоты, обладают уростатическими свойствами. К преимуществам аллопуринола относятся высокая биодоступность и быстрое достижение терапевтической концентрации в плазме крови. Алопуринол-КВ выпускается в таблетках дозировкой 100 мг (№ 50 в упаковке) и 300 мг (№ 30 в упаковке).