

Обновленные рекомендации ASAS-EULAR для аксиального спондилоартрита

Эрдес Ш.Ф.

ФГБНУ Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой, Москва, Россия
115522 Москва, Каширское шоссе, 34А

V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow, Russia
34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522

Контакты: Шандор Федорович Эрдес;
123456_57@mail.ru

Contact:
Shandor Erdes;
123456_57@mail.ru

Поступила 23.06.16

Для ссылки: Эрдес Ш.Ф. Обновленные рекомендации ASAS-EULAR для аксиального спондилоартрита. Научно-практическая ревматология. 2016;54(5):508-509.

UPDATED ASAS-EULAR GUIDELINES FOR AXIAL SPONDYLOARTHRITIS Erdes Sh.F.

For reference: Erdes ShF. Updated ASAS-EULAR guidelines for axial spondyloarthritis. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2016;54(5):508-509 (In Russ.).
doi: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2016-508-509>

На последнем конгрессе Европейской антиревматической лиги (EULAR; Лондон, 2016 г.) были представлены обновленные рекомендации по ведению больных аксиальным спондилоартритом (аксСпА). Руководителем проекта создания рекомендаций Международного общества по изучению спондилоартритов (ASAS) — EULAR являлась проф. Д. ван дер Хейде, а в группу разработчиков входили известные ревматологи из 14 стран Европы, Северной и Южной Америки.

Основные принципы ведения больных аксиальным спондилоартритом:

- АксСпА является потенциально тяжелым заболеванием, с разнообразными клиническими проявлениями, обычно требующим мультидисциплинарного подхода, координируемого ревматологом.
- Первичная цель лечения больных аксСпА — максимальное улучшение качества жизни, связанного со здоровьем, посредством контроля симптомов воспаления, предупреждения прогрессирования структурных повреждений, сохранения/нормализации функции и социальной активности.
- Оптимальное ведение больных аксСпА требует комбинации нефармакологических и фармакологических лечебных мероприятий.
- Лечение больных должно быть нацелено на наилучший исход и основываться на общем решении пациента и ревматолога.
- АксСпА приводит к большим индивидуальным, медицинским, социальным и экономическим потерям, и они все должны учитываться при лечении пациента ревматологом.

Сами рекомендации сформулированы следующим образом:

Общий принцип терапии — лечение больных аксСпА должно быть индивидуализировано в соответствии с имеющимися на момент осмотра признаками поражения аксиального скелета, периферических суставов и внескелетными проявлениями, а также коморбидной патологии и психосоциальными факторами.

Мониторинг болезни — мониторинг аксСпА должен включать описываемые пациентом исходы, оценку динамики клинической симптоматики, лабораторных тестов и данных, полученных при использовании адекватных методов визуализации. Частота осмотров должна определяться на индивидуальной основе в зависимости от выраженности клинических проявлений, тяжести болезни и вида терапии.

Цель лечебных мероприятий — лечение должно быть направлено на достижение предопределенной цели терапии (см. выше).

Нефармакологические методы терапии — больной должен понимать, что такое аксСпА, с ним следует провести беседу о необходимости выполнения регулярных физических упражнений, отказа от курения; физическая терапия может рассматриваться как один из компонентов комплексного лечения.

Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) — пациенты с болями и скованностью должны использовать НПВП в максимальных дозах в качестве препаратов первой линии терапии с учетом рисков и пользы от их применения. У пациентов с хорошим ответом на НПВП предпочтителен их длительный прием, если нет противопоказаний.

Анальгетики — анальгетики, такие как парацетамол и опиоиды, могут использоваться при остаточной боли, неэффективно-

сти или плохой переносимости НПВП, а также при наличии противопоказаний к их назначению.

Глюкокортикоиды — могут быть использованы инъекции глюкокортикоидов в места мышечно-скелетного воспаления. Пациенты, имеющие только аксиальное поражение, не должны получать длительное лечение глюкокортикоидами.

Базисные противовоспалительные препараты — пациенты с чисто аксиальной формой заболевания не лечатся базисными противовоспалительными препаратами; сульфасалазин может быть назначен при наличии периферического артрита.

Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) — у пациентов с высокой активностью, персистирующей несмотря на стандартную терапию, должен быть рассмотрен вопрос о присоединении к лечению ГИБП; в современной клинической практике рекомен-

дуется начинать терапию с ингибиторов фактора некроза опухоли α (иФНО α).

Неэффективность иФНО α — если терапия первым иФНО α неэффективна, можно перейти на второй иФНО α или ингибиторы интерлейкина 17.

В заключение следует отметить, что предложенный проект основан на предыдущих рекомендациях и перекрывает весь спектр аксСпА, т. е. направлен на лечение не только анкилозирующего спондилита, но и нерентгенологического аксСпА. Кроме того, эти рекомендации подчеркивают важную роль нефармакологических методов лечения и вновь подтверждают первостепенную необходимость назначения НПВП. Данные рекомендации позволяют инициировать терапию ГИБП не только при анкилозирующем спондилите, но и при нерентгенологическом аксСпА. Они подчеркивают возможность использования не только иФНО α , но и ингибиторов интерлейкина 17.