

Новая редакция T2T (лечение до достижения цели) при спондилоартритах

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 06.09.17

В сообщении коротко представлена обновленная версия рекомендаций по лечению до достижения цели (Treat to Target – T2T) для спондилоартритов.

Ключевые слова: спондилоартриты; лечение до достижения цели; T2T; рекомендации.

Для ссылки: Эрдес Ш.Ф. Новая редакция T2T (лечение до достижения цели) при спондилоартритах. Научно-практическая ревматология. 2017;55(5):572–575.

THE NEW VERSION OF T2T (TREAT-TO-TARGET) FOR SPONDYLOARTHRITIDES
Erdes Sh.F.

The communication briefly presents the updated version of treat-to-target (T2T) recommendations for spondyloarthritis.

Key words: spondyloarthritis; treat-to-target (T2T); recommendations.

For reference: Erdes Sh.F. The new version of T2T (treat-to-target) for spondyloarthritis. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2017;55(5):572–575 (In Russ.).
doi: <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2017-572-575>

Стратегия T2T при спондилоартритах (СпА) начала разрабатываться в 2011 г., была окончательно сформулирована к концу 2012 г., представлена ревматологам в 2013 г. на Конгрессе EULAR и опубликована в 2014 г. [1]. Однако в то время разработчики концепции опирались в основном на мнение экспертов, так как практически не имели качественного фактического материала со значимой доказательной базой [2]. Это было подчеркнуто и в новой редакции данного документа, впервые опубликованного онлайн в июле этого года [3]. Учитывая слабо доказанный характер первоначально разработанной стратегии, было предложено сосредоточиться на улучшении определения целей лечения и валидации соответствующих инструментов, а также подчеркивалась важность сбора данных из целенаправленных стратегических клинических исследований. Поэтому в публикации первой редакции рекомендаций по T2T при СпА было оговорено, что они будут подвергнуты ревизии через 4–5 лет.

Пересмотр рекомендаций начался в августе 2016 г. и завершен к лету 2017 г. В таблице представлена первая редакция рекомендаций в сравнении с последней.

Как видим, в обновленном варианте T2T основополагающие принципы стратегии остались прежними либо претерпели незначительные изменения. Первый основополагающий принцип не претерпел никаких изменений и был оставлен в прежней редакции. В то же время эксперты попытались придать больший вес принципу динамического наблюдения за пациентом со своевременной коррекцией лечения, переставив его с последнего на второе место.

Интересно отметить, что определенная дискуссия развернулась по поводу термина «extra-articular» (внесуставной), относящегося к манифестации заболевания. В итоге договорились, что их будут использовать для всех не-мышечно-скелетных (non-musculoskeletal) проявлений болезни, таких как поражения кожи и глаз. В то же время, ради семантической согласованности, авторы договорились называть аксиальное поражение, дактилит и энтезит несуставными мышечно-скелетными проявлениями (non-articular musculoskeletal manifestations) болезни.

Некоторые структурные изменения коснулись самих рекомендаций. В первой версии, помимо общих рекомендаций для всех спондилоартритов, 10-й и 11-й пункты носили специфический характер для аксиального варианта болезни и для периферического. Это разногласие в последней версии было убрано, и в конечном итоге T2T для СпА состоит из 5 основополагающих принципов и 11 пунктов рекомендаций, которые относятся ко всем формам этого заболевания.

Схематично T2T для СпА представлено на рисунке. Следует отметить, что как основная цель (ремиссия), так и альтернативная (минимальная активность болезни) должны постоянно мониторироваться для своевременной коррекции терапии.

К сожалению, до настоящего момента не все пункты рекомендаций имеют научное обоснование, что требует проведения дальнейших исследований, программа которых представлена в данной публикации.

Сравнение рекомендаций T2T для СпА

Рекомендации 2013 г.	Новая редакция
Главные принципы	
A. Цель лечения должна быть основана на согласованном решении пациента и ревматолога B. СпА и ПсА часто являются сложными системными заболеваниями; по мере необходимости ревматологу следует согласовывать тактику лечения скелетно-мышечных и внескелетных проявлений с другими специалистами (например, дерматологом, гастроэнтерологом, офтальмологом) C. Основной целью лечения СпА и/или ПсА является обеспечение максимально длительного сохранения качества жизни больного, связанного со здоровьем, и социального участия пациента посредством контроля симптоматики болезни, профилактики структурных повреждений, нормализации или сохранения функции, предупреждения неблагоприятных реакций и минимизации сопутствующих заболеваний D. Подавление воспаления, предположительно, важно для достижения этих целей E. Лечение до достижения цели с корректировкой терапии в соответствии с результатами оценки активности заболевания способствует оптимизации ближайших и/или отдаленных исходов	A. Цель лечения должна быть основана на согласованном решении пациента и ревматолога B. Лечение до достижения цели с помощью измерения активности заболевания и соответствующей коррекцией лечения улучшает результаты C. СпА и ПсА являются многогранными системными заболеваниями; ведение скелетно-мышечных и внескелетных проявлений должно быть согласовано, при необходимости, между ревматологом и другими специалистами (такими как дерматолог, гастроэнтеролог, офтальмолог) D. Целью лечения СпА или ПсА является оптимизация длительного сохранения качества жизни больного, связанного со здоровьем, и социального участия пациента посредством контроля симптоматики болезни, предотвращения структурных повреждений, нормализации или сохранения функции, предупреждения неблагоприятных реакций и минимизации коморбидных заболеваний E. Подавление воспаления важно для достижения этих целей
Рекомендации	
Общие положения для всех форм спондилоартритов	
1. Основной целью лечения должно быть достижение клинической ремиссии/отсутствия воспалительной активности патологии опорно-двигательного аппарата (артрита, энтезита, дактилита, аксиального поражения), принимая во внимание и внескелетные проявления 2. Цель лечения должна быть индивидуализирована в соответствии с имеющимися на момент осмотра клиническими проявлениями заболевания 3. Клиническая ремиссия/отсутствие активности болезни определяется как отсутствие клинических и лабораторных показателей, отражающих значимую воспалительную активность заболевания 4. Низкая/минимальная активность заболевания может быть альтернативной целью лечения 5. Активность болезни должна быть определена на основании клинических признаков и острофазовых показателей воспаления 6. Выбор метода определения активности заболевания и уровня целевого значения может зависеть от имеющихся сопутствующих заболеваний, факторов, определяемых пациентом, и риска, связанного с лекарственной терапией 7. Как только цель будет достигнута, она, в идеале, должна поддерживаться на протяжении всей болезни 8. Пациент должен быть надлежащим образом информирован и участвовать в обсуждении целей лечения, знать о рисках и выгоде стратегии, планируемой для достижения цели 9. Структурные изменения, функциональные нарушения, внескелетные проявления, коморбидность и риски лечения должны быть учтены при принятии клинических решений, в дополнение к оценке показателей активности заболевания	1. Целью лечения должно быть достижение клинической ремиссии/отсутствия активности патологии опорно-двигательного аппарата (артрита, энтезита, дактилита, аксиального поражения) и внескелетных проявлений 2. Цель лечения должна быть индивидуализирована в соответствии с имеющимися на момент осмотра клиническими проявлениями заболевания; метод лечения следует определить, когда будет определено время, необходимое для достижения цели 3. Клиническая ремиссия/неактивное заболевание определяется как отсутствие клинических и лабораторных доказательств значимой активности болезни 4. Низкая/минимальная активность заболевания может быть альтернативной целью лечения 5. Активность болезни должна быть определена на основании клинических признаков и острофазовых показателей воспаления 6. Проверенные методы определения активности и оценки кожных и/или других значимых внескелетных проявлений должны использоваться в клинической практике для определения цели лечения и ее стратегии; частота измерений зависит от активности болезни 7. При аксСпА ASDAS является предпочтительным методом, а при ПсА DAPSA или MDA должен использоваться для определения цели терапии 8. Следует учитывать, помимо выбора цели и измерения активности болезни, также сопутствующие заболевания, особенности пациента и связанные с лекарствами риски 9. Дополнительно к клиническим и лабораторным оценкам, результаты визуализационных методов могут учитываться при ведении пациента 10. Как только цель достигнута, она, в идеале, должна быть сохранена на протяжении всего заболевания 11. Пациент должен быть надлежащим образом информирован, и с ним необходимо обсудить цели лечения, возможные риски и пользу планируемой стратегии достижения цели

Специфические элементы для отдельных видов спондилоартритов

Аксиальные спондилоартриты (включая анкилозирующий спондилит)

10. Валидированные (проверенные) показатели активности заболевания, такие как BASDAI, плюс острофазовые показатели или счет активности анкилозирующего спондилита (ASDAS), в сочетании с определением функции при помощи BASFI или без него, должны регулярно оцениваться и документироваться в рутинной клинической практике в соответствии с рекомендациями по лечению; частота измерений зависит от уровня активности заболевания
11. Другие факторы, такие как воспаление в аксиальном скелете по данным МРТ, прогрессирование рентгенологических изменений, внеаксиальное поражение опорно-двигательного аппарата и внескелетные проявления, а также сопутствующие заболевания, также могут быть учтены при формировании клинических решений

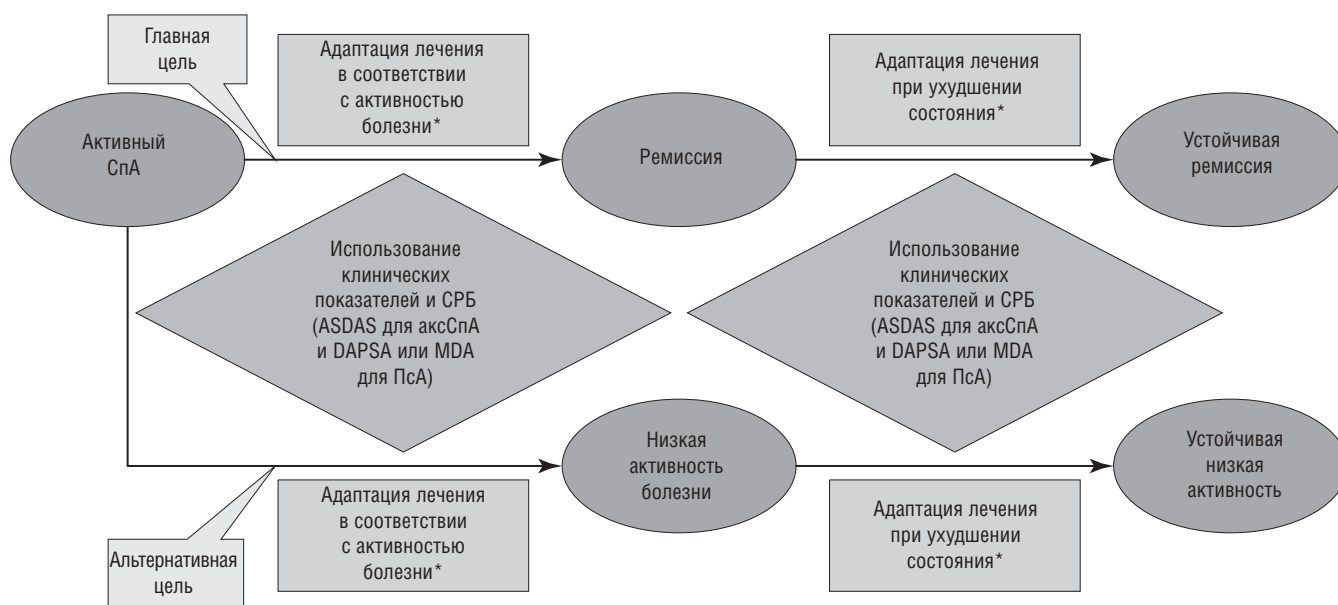
Периферические спондилоартриты

10. Количественно определяемые показатели активности заболевания, которые отдельно отражают периферические внеаксиальные проявления (артрит, дактилит, энтезит), должны регулярно измеряться и документироваться в рутинной клинической практике в соответствии с рекомендациями по лечению; частота измерений зависит от уровня активности заболевания; кожные проявления должны также приниматься во внимание
11. Другие факторы, такие как аксиальные и внескелетные проявления, результаты методов визуализации, изменения функции или качества жизни, а также сопутствующие заболевания, могут также повлиять на принимаемые решения

Псориатический артрит

10. Валидированные показатели оценки активности поражения опорно-двигательного аппарата (артрита, дактилита, энтезита, аксиальных изменений) в рутинной клинической практике должны регулярно определяться и документироваться в соответствии с рекомендациями по лечению; частота измерений зависит от уровня активности заболевания; кожные проявления должны также приниматься во внимание
11. Другие факторы, такие как аксиальные и внескелетные проявления, результаты методов визуализации, изменения функции или качества жизни, а также сопутствующие заболевания, могут быть учтены при принятии решений

Примечание. ПсА – псориатический артрит, аксСпА – аксиальный спондилоартрит, МРТ – магнитно-резонансная томография.



Алгоритм, основанный на новом пересмотре T2T при СпА. СРБ – С-реактивный белок, DAPSA – индекс активности ПсА, MDA – минимальная активность болезни. * – учитываются также внескелетные проявления, коморбидность, другие важные для пациента факторы и риски, связанные с лечением

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Автор несет полную ответственность за представление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Автор не получал гонорар за исследование, лекции или гранты по теме исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Smolen JS, Braun J, Dougados M, et al. Treating spondyloarthritis, including ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis, to target: recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(1):6-16. doi: 10.1136/annrheumdis-2013-203419
2. Эрдес ШФ. Стратегия «Лечение до достижения цели». Научно-практическая ревматология. 2014;52(3):251-3 [Erdes ShF. «Treat-to-target» (T2T) strategy in spondyloarthritis. *Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice*. 2014;52(3):251-3 (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2014-251-253
3. Smolen JS, Schöls M, Braun J, et al. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. *Ann Rheum Dis*. Published Online First: 06 July 2017. doi: 10.1136/annrheumdis-2017-211734

Ответы на вопросы к статье
М.И. Каледы, И.П. Никишиной
«Системная красная волчанка
с ювенильным дебютом:
особенности клинической картины
и современные подходы к диагностике»

(с. 535):

1 - Б

2 - А

3 - Д

4 - В

5 - Г

6 - Г

7 - В

8 - А

9 - Д

10 - А

11 - Г

12 - А