

Обновленные рекомендации ACR по ведению аксиального спондилоартрита

Эрдес Ш.

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 Эрдес;
123456_57@mail.ru

Contact:
Shandor Erdes;
123456_57@mail.ru

Поступила 07.10.19

В статье представлены обновленные рекомендации Американской коллегии ревматологов (ACR) по лечению анкилозирующего спондилита и нерентгенологического аксиального спондилоартрита.

Для ссылки: Эрдес Ш. Обновленные рекомендации ACR по ведению аксиального спондилоартрита. Научно-практическая ревматология. 2020;58(1):112–116.

UPDATED ACR GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF AXIAL SPONDYLOARTHRITIS Erdes Sh.

The paper provides the updated American College of Rheumatology (ACR) guidelines for the treatment of ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis.

For reference: Erdes Sh. Updated ACR guidelines for the management of axial spondylitis. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2020;58(1):112–116 (In Russ.).

doi: 10.1412/1995-4484-2020-112-116

Американской коллегией ревматологов (American College of Rheumatology — ACR), Ассоциацией спондилоартрита Америки (Spondylitis Association of America — SAA) и Сетью исследований и лечения спондилоартрита (Spondyloarthritis Research and Treatment Network — SPARTAN) обновлены действующие с 2015 г. рекомендации по лечению анкилозирующего спондилита (АС) и нерентгенологического аксиального спондилоартрита (нр-аксСпА) [1].

Интересно отметить, что в данном документе изначально подчеркивается: руководящие принципы и рекомендации, разработанные и одобренные ACR, призваны обеспечить руководство для конкретных моделей клинической практики, а не диктовать ведение конкретного пациента. ACR считает, что соблюдение рекомендаций, содержащихся в настоящем руководстве, является добровольным, а окончательное решение относительно их применения должно приниматься врачом с учетом индивидуальных обстоятельств каждого пациента. Руководящие принципы и рекомендации призваны содействовать достижению полезных или желательных результатов, но не могут гарантировать каких-либо конкретных результатов и подлежат периодическому пересмотру в соответствии с эволюцией медицинских знаний, технологий и практики. Одновременно подчеркивается, что рекомендации ACR не предназначены для того, чтобы диктовать решения о выплатах или страховании. Эти рекомендации не могут адекватно передать все неопределенности и нюансы ухода за пациентами.

В 2015 г. ACR, SAA и SPARTAN опубликовали первые рекомендации по лечению взрослых больных АС и нр-аксСпА [2]. В них были даны указания по фармакологи-

ческому лечению, реабилитации, применению хирургических вмешательств, ведению отдельных сопутствующих заболеваний, мониторингу заболеваний, обучению пациентов и профилактике. Рекомендации были адаптированы к пациентам с активным или стабильным заболеванием и сосредоточены на наиболее частых решениях, с которыми сталкиваются клиницисты при лечении этих пациентов.

При этом следует указать, что ACR считает, что *активным заболеванием* (АС или нр-аксСпА) можно считать такое состояние больного, при котором имеющиеся у него симптомы причиняют беспокойство на неприемлемом уровне и клиницистом расцениваются как результат имеющегося воспаления. С другой стороны, *стабильное заболевание* (АС или нр-аксСпА) — это такое состояние больного, когда клиническая симптоматика отсутствует или имеется, но на приемлемом для пациента уровне. При этом данное состояние продолжается не менее 6 мес.

За прошедшие с момента публикации последних рекомендаций годы появились новые лекарства (биоаналоги, ингибиторы интерлейкина 17 — ИЛ17, тофацитиниб) и, соответственно, методы лечения аксСпА, которые учтены в новых рекомендациях 2019 г.

Для представленных рекомендаций целевыми популяциями являются взрослые больные АС или нр-аксСпА, а в качестве целевых пользователей этих рекомендаций, как отмечено в документе, выступают ревматологи, врачи первичной медико-санитарной помощи, психиатры, физиотерапевты и др., обеспечивающие лечение и уход за больными аксСпА.

В табл. 1 представлены рекомендации для АС, а в табл. 2 — для нр-аксСпА. Следует отметить, что последовательность расположе-

Таблица 1 Рекомендации по лечению взрослых больных АС

№	Рекомендации	Уровень доказанности
Рекомендации по лечению активного АС		
1	Настоятельно рекомендуется всех больных лечить НПВП	Низкий
2	Условно рекомендуется непрерывное лечение НПВП, а не лечение по требованию	От низкого до умеренного
3	Не рекомендуются какие-либо конкретные НПВП в качестве предпочтительного выбора	Низкий/умеренный
4	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение НПВП, АС условно рекомендуется лечение сульфасалазином, метотрексатом или тофацитинибом, а не отказ от лечения этими препаратами. Сульфасалазин или метотрексат следует назначать только пациентам с выраженным периферическим артритом или при отсутствии иФНО α	От очень низкого до умеренного
5	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение НПВП, АС условно рекомендуется лечение иФНО α , а не лечение тофацитинибом	Очень низкий
6	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение НПВП, АС настоятельно рекомендуется лечение иФНО α	Высокий
7	Не рекомендуется какой-либо конкретный иФНО α в качестве предпочтительного выбора	Умеренный
8	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение НПВП, АС настоятельно рекомендуется лечение секукинумабом или иксекизумабом, а не лечение без них	Высокий
9	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение НПВП, АС условно в первую очередь рекомендуется лечение иФНО α , а во вторую – секукинумабом или иксекизумабом	Очень низкий
10	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение НПВП, АС условно рекомендуется в первую очередь лечение секукинумабом или иксекизумабом, а не лечение тофацитинибом	Очень низкий
11	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение НПВП, АС и имеющим противопоказания к иФНО α , условно рекомендуется лечение секукинумабом или иксекизумабом, а не сульфасалазином, метотрексатом или тофацитинибом	Низкий
12	Взрослым больным с активным АС с первичной неэффективностью какого-либо иФНО α условно рекомендуется лечение секукинумабом или иксекизумабом, а не другим иФНО α	Очень низкий
13	Взрослым больным с активным АС и вторичной неэффективностью первого иФНО α условно рекомендуется лечение другим иФНО α , а не лечение не-иФНО α ГИБП	Очень низкий
14	Взрослым больным с активным АС, получающим иФНО α , настоятельно не рекомендуется переходить на лечение биоаналогом этого иФНО α	Очень низкий
15	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение первым иФНО α , АС условно рекомендуется другой ГИБП, а не добавление к лечению сульфасалазина или метотрексата	Очень низкий
16	Настоятельно не рекомендуется лечение системными ГК	Очень низкий
17	Взрослым больным с изолированным активным сакроилиитом, сохраняющимся несмотря на лечение НПВП, условно рекомендуется лечение локально вводимыми парентеральными ГК	Очень низкий
18	Взрослым больным со стабильной аксиальной болезнью и активным энтезитом, который сохраняется несмотря на лечение НПВП, условно рекомендуется использовать локальное введение инъекционных ГК. Введения ГК в область ахиллова сухожилия, надколенника и сухожилия четырехглавой мышцы следует избегать	Очень низкий
19	Взрослым больным со стабильной аксиальной болезнью и сохраняющимся, несмотря на лечение НПВП, активным периферическим артритом, условно рекомендуется использовать местное парентеральное введение ГК	Очень низкий
20	Использование ЛФК лучше, чем ее отсутствие	Умеренный
21	Условно рекомендуется активная ЛФК (контролируемая физическая нагрузка), которая лучше пассивных физиотерапевтических вмешательств (массаж, ультразвук, тепло)	Очень низкий
22	Наземные занятия ЛФК лучше, чем проводимые в воде процедуры	Умеренный
Рекомендации по лечению стабильного АС		
23	Условно рекомендуется лечение НПВП по требованию, а не постоянный прием этих препаратов	От низкого до умеренного
24	Взрослым больным, получающим иФНО α и НПВП, условно рекомендуется продолжать лечение только иФНО α , а не обоими препаратами одновременно	Очень низкий
25	Взрослым больным, получающим иФНО α и обычные синтетические базисные противовоспалительные препараты, условно рекомендуется продолжать лечение только иФНО α , без добавления синтетических базисных противовоспалительных препаратов	Очень низкий
26	Взрослым больным, получающим ГИБП, условно рекомендуется не прекращать его применение	От очень низкого до низкого
27	Взрослым больным, получающим ГИБП, условно рекомендуется не снижать дозу в качестве стандартного подхода	От очень низкого до низкого
28	Взрослым больным, получающим оригинальный иФНО α , настоятельно рекомендуется продолжать лечение этим же препаратом, не переходя на его биоаналог	Очень низкий
29	Настоятельно рекомендуется ЛФК	Низкий
Рекомендации по лечению активного или стабильного АС		
30	Взрослым больным, получающим иФНО α , условно не рекомендуется одновременное применение низкой дозы метотрексата	Низкий
31	Условно рекомендуется советовать пациентам самостоятельно выполнять упражнения для спины	Умеренный
32	Условно рекомендуются периодические осмотры и консультирование	Очень низкий
33	Условно рекомендуется участие в официальных школах для больных или	Умеренный

Продолжение табл. 1

№	Рекомендации	Уровень доказанности
	индивидуальное обучение самоконтролю за самочувствием	
34	Взрослым больным с поражением позвоночника или прогрессирующим остеопорозом позвоночника настоятельно не рекомендуется проводить лечение с помощью манипуляций на спине	Очень низкий
35	Взрослым больным с прогрессирующим артритом тазобедренного сустава настоятельно рекомендуется проведение тотального эндопротезирования тазобедренного сустава	Очень низкий
36	Взрослым больным с тяжелым кифозом условно не рекомендуется проведение плановой остеотомии позвоночника	Очень низкий
Рекомендации для взрослых с внескелетными проявлениями АС		
37	Больным с острым иритом (увеитом) настоятельно рекомендуется лечение у офтальмолога для уменьшения тяжести и продолжительности обострений и предотвращения осложнений	Очень низкий
38	Взрослым больным с рецидивирующим иритом (увеитом) условно рекомендуется назначать топические ГК без рецепта для самостоятельного домашнего использования в случае появления глазных симптомов для уменьшения тяжести или продолжительности обострения	Очень низкий
39	Взрослым с рецидивирующим иритом условно рекомендуется лечение моноклональными антителами к ФНО α , а не другими ГИБП	Низкий
40	Взрослым больным с воспалительным заболеванием кишечника не рекомендуется какой-либо конкретный НПВП в качестве предпочтительного для снижения риска ухудшения симптомов воспалительного заболевания кишечника	Очень низкий
41	Взрослым больным с воспалительными заболеваниями кишечника условно рекомендуется лечение моноклональными антителами к ФНО α , а не лечение другими ГИБП	Очень низкий
Оценка активности заболевания, визуализация и скрининг		
42	Условно рекомендуются регулярные осмотры с использованием валидированных показателей активности заболевания	Очень низкий
43	Условно рекомендуется использовать регулярный мониторинг концентрации СРБ или СОЭ	Очень низкий
44	Взрослым больным с активным АС условно рекомендуется не использовать стратегию лечения до достижения цели (стратегию Т2Т) с использованием целевых показателей ASDAS <1,3 (или 2,1), а использовать стратегию лечения, основанную на оценке врача (выделено мной. – Авт.)	Низкий
45	Условно рекомендуется скрининг на остеопению/остеопороз с использованием DXA	Очень низкий
46	Взрослым больным с синдесмофитами или другим поражением позвоночника условно рекомендуется скрининг на остеопороз/остеопению с помощью DXA-сканирования позвоночника и шейки бедра, без исследования других отделов костной системы	Очень низкий
47	Настоятельно рекомендуется не проводить скрининг нарушения проводимости сердца с помощью электрокардиографии	Очень низкий
48	Настоятельно рекомендуем не проводить скрининг клапанных пороков сердца с помощью эхокардиографии	Очень низкий
49	Пациентам с АС неясной активности, получающим ГИБП, условно рекомендуется проведение МРТ позвоночника или таза для оценки активности	Очень низкий
50	Взрослым больным со стабильным АС условно рекомендуется не проводить МРТ позвоночника или таза для подтверждения отсутствия активности болезни	Очень низкий
51	Взрослым больным с активным или стабильным АС, получающим любую терапию, не рекомендуется проводить повторные рентгенологические исследования позвоночника с запланированным интервалом (например, каждые 2 года) в качестве стандартного подхода	Очень низкий

Примечание. иФНО α – ингибитор фактора некроза опухоли α , ГК – глюкокортикоиды, ЛФК – лечебная физкультура, НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты, ГИБП – генно-инженерные биологические препараты, DXA – двойная рентгеновская абсорбциометрия, МРТ – магнитно-резонансная терапия.

ния рекомендаций, перечисленных в таблицах, не подразумевает приоритетности использования или рекомендуемой последовательности различных вмешательств. Помимо этого, авторы используют несколько градаций обязательности отдельных рекомендаций.

Строгая (настоятельная) рекомендация (Strong recommendation). Действие должно быть применено почти у всех пациентов, обычно имеется высококачественное обоснование рекомендации и высокая степень уверенности в том, что будущие исследования не изменят данное заключение, а также уверенность в том, что ожидаемые положительные эффекты вмешательства перевешивают возможные нежелательные эффекты. Не следует считать, что вмешательство имеет большие клинические преимущества.

Условная рекомендация (Conditional recommendation). Меры должны приниматься только в отдельных случаях, часто обоснованы некачественными доказательствами, или когда желательные и нежелательные последствия вме-

шательства более сбалансированы, или если предпочтения пациентов по отношению к данному вмешательству, предпочтительно, сильно различаются.

Можно заметить, что рекомендации для АС и нр-аксСпА практически идентичны. Всем пациентам рекомендовано назначение НПВП, причем если имеется высокая активность, то в постоянном режиме, а при стабильном состоянии (низкая активность / ремиссия) – можно использовать «по требованию». В качестве первого ГИБП АСР рекомендует использовать иФНО α , а затем ингибиторы ИЛ17 (секукинумаб или иссекизумаб). При первичной неэффективности иФНО α или наличии противопоказаний к их назначению (сердечная недостаточность или демиелинизирующие заболевания) рекомендуется переходить на ингибиторы ИЛ17, а не на второй иФНО α , в то же время при развитии второй неэффективности рекомендуется попробовать другой иФНО α . Интересно отметить, что в рекомендациях 2015 г. [2] сульфасалазин и памидронат были пред-

Таблица 2 Рекомендации по лечению взрослых больных нр-аксСпА

№	Рекомендации	Уровень доказанности
Рекомендации для взрослых больных с активным нр-аксСпА		
52	Настоятельно рекомендуется всех больных лечить НПВП	Очень низкий
53	Условно рекомендуется непрерывное лечение НПВП, а не по требованию	Очень низкий
54	Не рекомендуется какой-либо конкретный НПВП в качестве предпочтительного выбора	Очень низкий
55	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение НПВП, нр-аксСпА условно рекомендуется лечение сульфасалазином, метотрексатом или тофацитинибом, а не отказ от лечения этими препаратами	Очень низкий
56	Взрослым больным с активным, несмотря на использование НПВП, нр-аксСпА настоятельно рекомендуется назначение иФНОα, а не лечение без этих препаратов	Высокий
57	Не рекомендуется какой-либо конкретный иФНОα в качестве предпочтительного выбора	Очень низкий
58	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение НПВП, нр-аксСпА условно рекомендуется назначение иФНОα, а не тофацитиниба	Очень низкий
59	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение НПВП, нр-аксСпА условно рекомендуется назначение секукинаума или иксекизумаба, а не лечение без этих препаратов	Очень низкий
60	Взрослым больным с активным, несмотря на применение НПВП, нр-аксСпА условно рекомендуется лечение иФНОα, а не секукинаумом или иксекизумабом	Очень низкий
61	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение НПВП, нр-аксСпА условно рекомендуется назначение секукинаума или иксекизумаба, а не тофацитиниба	Очень низкий
62	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение НПВП, нр-аксСпА, у которых имеются противопоказания к иФНОα, условно рекомендуются для лечения секукинаум или иксекизумаб, а не сульфасалазин, метотрексат или тофацитиниб	Очень низкий
63	Взрослых больных с активным нр-аксСпА и первичной неэффективностью к первому иФНОα условно рекомендуется переключить на секукинаум или иксекизумаб вместо переключения на другой иФНОα	Очень низкий
64	Взрослых больных с активным нр-аксСпА, у которых имеется вторичная неэффективность первого иФНОα, условно рекомендуется переключить на другой иФНОα, а не на другие ГИБП	Очень низкий
65	Взрослых больных с нр-аксСпА, у которых сохраняется активность, несмотря на лечение с использованием иФНОα, настоятельно не рекомендуется переключать на биоаналог этого же иФНОα	Очень низкий
66	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение с использованием иФНОα, нр-аксСпА условно рекомендуется не добавлять сульфасалазин или метотрексат, а переходить на другой ГИБП	Очень низкий
67	Настоятельно рекомендуется отказаться от лечения системными ГК	Очень низкий
68	Взрослым больным с изолированным сакроилиитом, у которых сохраняется активность, несмотря на лечение НПВП, условно рекомендуется лечение локальными ГК, а не лечение без этих препаратов	Очень низкий
69	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение НПВП, энтезитом условно рекомендуется использовать локальные инъекции ГК, а не лечение без этих препаратов. Инъекций в область ахиллова сухожилия, надколенника и сухожилия четырехглавой мышцы следует избегать	Очень низкий
70	Взрослым больным с активным, несмотря на лечение НПВП, периферическим артритом, условно рекомендуется лечение локальными инъекциями ГК, а не лечение без этих препаратов	Очень низкий
71	Настоятельно рекомендуется ЛФК	Низкий
72	Условно рекомендуется активная ЛФК (контролируемая физическая нагрузка), которая лучше пассивных физиотерапевтических вмешательств (массаж, ультразвук, тепло)	Очень низкий
73	Условно рекомендуются наземные занятия ЛФК, а не водные терапевтические вмешательства	Очень низкий
Рекомендации для взрослых больных со стабильным нр-аксСпА		
74	Условно рекомендуется лечение НПВП по требованию, а не постоянный прием НПВП	Очень низкий
75	Взрослым больным, получающим иФНОα и НПВП, условно рекомендуется продолжать лечение только иФНОα, а не одновременно обоими препаратами	Очень низкий
76	Взрослым больным, получающим иФНОα и обычный синтетический базисный противовоспалительный препарат, условно рекомендуется продолжать лечение только иФНО, а не обоими препаратами	Очень низкий
77	Взрослым больным, получающим лечение ГИБП, условно рекомендуется не прекращать его	Низкий
78	Взрослым больным, получающим ГИБП, условно рекомендуется не уменьшать дозу препарата в качестве стандартного подхода	Очень низкий
79	Взрослым больным, получающим оригинальный иФНОα, настоятельно рекомендуется продолжать это лечение в течение всего периода и не переходить на его биоаналог	Очень низкий
Рекомендации для взрослых активных и стабильных больных нр-аксСпА		
80	Взрослым больным, получающим иФНОα, условно рекомендуется отказаться от совместного лечения низкими дозами метотрексата	Низкий
Оценка активности болезни и визуализация		
81	Условно рекомендуется регулярное обследование с использованием валидированного показателя активности заболевания	Очень низкий
82	Условно рекомендуется регулярный мониторинг концентрации СРБ или СОЭ	Очень низкий

Продолжение табл. 2

№	Рекомендации	Уровень доказанности
83	Взрослым больным с активным нр-аксСпА условно рекомендуется не использовать стратегию лечения до достижения цели (Т2Т), используя в качестве цели ASDAS <1,3 (или 2,1), а использовать стратегию лечения, которая основана на оценке врача	Очень низкий
84	Взрослым больным с неясной активностью, получающим ГИБП, условно рекомендуется проводить МРТ таза для оценки активности.	Очень низкий
85	Взрослым больным со стабильным нр-аксСпА условно рекомендуется не делать МРТ позвоночника для подтверждения отсутствия активности	Очень низкий
86	Взрослым больным с активным или стабильным нр-аксСпА, получающим любое лечение, условно рекомендуется не делать повторную рентгенографию позвоночника с запланированным интервалом (например, каждые 2 года) в качестве стандартного подхода	Очень низкий

Примечание. СРБ – С-реактивный белок.

ложены в качестве альтернатив для лечения пациентов с активным заболеванием и противопоказаниями к иФНОα, в то время как текущие рекомендации предполагают использование ингибиторов ИЛ17 в большинстве этих случаев (за исключением пациентов с высоким риском инфекций).

Обращает на себя внимание, что в данных рекомендациях уже определено место в терапевтической тактике при аксСпА такого препарата, как тофацитиниб, который при ревматоидном артрите активно используется уже не один год. АСР рекомендует его применять, после того как иФНОα и ингибиторы ИЛ17 оказались неэффективными. С другой стороны, как мы видим, не рекомендуется назначение метотрексата с иФНОα, равно как и строгое следование стратегии Т2Т (лечение до достижения цели), а также отмена или снижение дозы ГИБП у пациентов со стабильным заболеванием. Особо подчеркивается неприемлемость переключения на биоаналоги при использовании оригинального иФНОα. Сульфасалазин рекомендуется только при стойком периферическом артрите, когда иФНОα противопоказаны. Для пациентов с неопределенной активностью заболевания МРТ позвоночника или та-

за может помочь в оценке активности, однако при отсутствии признаков активности в ней нет необходимости. Следует особо подчеркнуть, что рутинный мониторинг рентгенологических изменений позвоночника не рекомендуется.

Авторы рекомендаций подчеркивают, что они предназначены для описания подхода к лечению типичного пациента и в них не могут быть предусмотрены все возможные клинические сценарии. Применение этих рекомендаций должно быть индивидуальным и требует тщательной оценки, обоснованного клинического суждения об обстоятельствах каждого пациента и учета предпочтений пациента.

Прозрачность исследования

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

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Окончательная версия рукописи была одобрена автором. Автор не получал гонорар за статью.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ward MM, Deodhar A, Gensler LS, et al. 2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. *Arthritis Care Res.* 2019;0(0):1-15. doi: 10.1002/acr.24025
2. Ward MM, Deodhar A, Akl EA, et al. American College of Rheumatology / Spondylitis Association of America / Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 recommendations for the treatment of ankylosing spondylitis and non-radiographic axial spondyloarthritis. *Arthritis Care Res.* 2016;68:151-66.