

Рекомендации Британского общества ревматологов и Британского общества лиц, оказывающих профессиональную медицинскую помощь в области ревматологии по лечению развернутого ревматоидного артрита (после первых 2 лет течения)

British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of rheumatoid arthritis (after the first 2 years)

Raashid Luqmani et al.

Rheumatology 2009; 1 of 23 doi:10.1093/rheumatology/ken450b

1. Цель терапии состоит в минимизации активности болезни (степень доказательности 1, градация рекомендаций А).

Ремиссия - трудно достижимая цель, поэтому считается, что более реалистично достижение минимальной активности болезни. Конкретные задачи, указанные в первых рекомендациях, сохраняют свое значение и для продвинутой стадии болезни: достигнуть отсутствия синовита (обнаруживаемого клинически и/или признаков синовита, выявляемых с помощью ультразвука), и поддерживать уровень СРБ в диапазоне нормы. Клиническая ремиссия необязательно коррелирует с предотвращением рентгенологического повреждения, поэтому для решения этой проблемы требуются новые стратегии лечения. Определение исходов заболевания обеспечивается оценкой функциональной способности и повреждения суставов. Если ремиссия не достигается, это означает сохранение активной болезни и указывает на необходимость изменения лечения. В стратегии лечения РА должны включаться протоколы, в которых предусматривается быстрое наращивание или изменение лекарственной терапии, осуществляемые при необходимости. Эти стратегии должны также включать применение терапии ГИБП согласно критериям NICE и рекомендациям BSR. Безопасность пациентов, получающих БПВП или ГИБП, должна обеспечиваться тщательным мониторингом с соблюдением рекомендаций BSR в отношении контроля лекарственной терапии, который в идеале должен жестко проводиться совместно лицами, оказывающими первичную и дополнительную медицинскую помощь.

2. БПВП и ГИБП являются лечебными средствами для среднетерминального или долговременного лечения (степень доказательности 1, градация рекомендаций А), отмена которых обычно приводит к обострению и прогрессированию болезни (2, В).

В рекомендациях по лечению раннего РА были рассмотрены доказательства применения БПВП и ГИБП. Раннее использование БПВП, по-видимому, обеспечивает долговременный эффект в течение 5 лет. В одном из исследований у пациентов с продолжительностью болезни от 20 месяцев до 5 лет применение обычных БПВП и тщательного контроля с регулярным мониторингом и переходом при необходимости на другие препараты из группы БПВП привело к существенному улучшению, у значительной части пациентов был достигнут эффект ACR70. Применение кортикостероидов внутрь в низкой дозе может уменьшать скорость образования эрозий и увеличивать частоту достижения ремиссии на ранней стадии болезни, если эти препараты принимаются вплоть до 4 лет от начала РА. Однако вопрос о соотношении польза/риск при более длительном использовании кортикостероидов остается спорным. Хотя ремиссия – желаемая цель терапии у пациентов с развернутым РА, существует лишь немного прямых доказательств возможности достижения долговременной ремиссии в результате

краткосрочных лечебных вмешательств. Продолжение агрессивных режимов терапии, применявшихся в рандомизированных контролируемых исследованиях, показывает, что частота ремиссии остается высокой, скорость развития эрозии - низкой, а снижение работоспособности наблюдается реже, чем в сравниваемых группах. Но в этих исследованиях не содержатся обоснования возможности сокращения или отмены терапии БПВП в надежде, что достигнуто выздоровление. В двух рандомизированных контролируемых исследованиях с прекращением применения БПВП показано, что их отмена в течение последующих 12 месяцев удваивает риск обострения. «Окно возможности» для модификации течения болезни при РА может зависеть от избираемого лечения. Этот период времени может составлять только несколько месяцев, если использовать монотерапию, но, если используется комбинация БПВП или терапия ГИБП – «окно возможности» существенно увеличивается. Эффективное лечение (комбинации традиционных БПВП или раннее использование ГИБП), начатое в течение первых 2 лет болезни, может продолжать оказывать существенное влияние на исход РА к 5 годам. Однако в одном исследовании не было установлено значимого различия результатов лечения через 5 лет при сравнении раннего применения БПВП и стратегии наращивания терапии БПВП по «принципу пирамиды», которая была начата через 1 год после начала болезни.

3. Терапия ГИБП эффективна у пациентов, лечение которых с помощью БПВП не приводит к успеху, но для получения адекватного эффекта требуется более длительное ее применение (степень доказательности 1, категория рекомендаций А).

Использование биологических методов лечения, включая анти-ФНО и ритуксимаб, должно осуществляться в соответствии с рекомендациями BSR и NICE. NICE рекомендует использование инфликсимаба, этанерцепта и адалимумаба у пациентов с активным РА в случае неуспеха терапии обычными БПВП. NICE рекомендует применять ритуксимаб в тех случаях, когда не удается достичь эффекта в результате использования нескольких БПВП, включая по крайней мере один препарат из группы анти-ФНО. Окончательные рекомендации NICE по поводу абатацепта пока не опубликованы. Однако в документе совещания экспертов (Appraisal Consultation Document) указано, что использование абатацепта не будет поддержано NICE, и в официальном обращении, опубликованном 23 апреля 2008 г., указывается, что это обращение было отклонено по всем основаниям. Требуют оценки, в том числе вне рамок настоящего документа, вновь появляющиеся сведения о роли других биологических препаратов. Она будет дана в будущих рекомендациях BSR и документах NICE.

Таблица. Рекомендации в отношении лечения РА с указанием степени доказательности и категории рекомендаций

	Рекомендация	Степень док-ти	Категория рек-ций
1	Цель терапии состоит в минимизации активности болезни	1	A
2	БПВП и ГИБП являются лечебными средствами для средне-длительного или долговременного лечения; их отмена обычно приводит к обострению и прогрессированию болезни	1-2	A-B
3	Биологическая терапия эффективна у пациентов, лечение которых БПВП не приводит к успеху, но для получения адекватного эффекта требуется более длительное ее применение	1	A
4	Для уменьшения боли необходимо ступенчатое применение анальгетиков с быстрым присоединением НПВП совместно с ингибиторами протонной помпы	1	A

5	Пациенты нуждаются в индивидуализированном плане лечения, включающем варианты подбора долговременного оказания последующей помощи	3	C
6	Рекомендуется ежегодное обследование пациента, включающее оценку состояния болезни, рентгенологических изменений, функциональных результатов, целей лечения у данного пациента и сопутствующих заболеваний	3	C
7	Должен проводиться скрининг для выявления и лечения сердечно-сосудистых заболеваний	2	A
8	Для лечения идиопатического и глюкокортикоидного остеопороза рекомендуется использование рекомендаций Королевской коллегии врачей (Royal College of Physicians)	1	A
9	У пациентов с депрессией эффективны антидепрессанты и когнитивная поведенческая терапия	2	B
10	Иммunosuppressивная терапия может обострять и маскировать инфекции; во время активной инфекции следует рассматривать целесообразность временного прерывания этой терапии	3	C
11	Пациенты нуждаются в быстром доступе (по собственной инициативе) к системам оказания первичной или дополнительной медицинской помощи, включая возможность получения совета по телефону	2-3	C
12	У большинства пациентов с изменениями шейного отдела позвоночника может проводиться консервативное лечение, но в случае развития деформаций, острой или прогрессирующей миелопатии и/или тяжелой некупируемой боли показано хирургическое лечение	2	B
13	Трудотерапия способствует независимому функционированию пациентов, у которых отмечается агрессивное течение болезни, или, если пациенты испытывают трудности в повседневной деятельности или трудоустройстве, должны осуществляться вмешательства, включающие оценку внешней и домашней обстановки, модификацию целевых установок пациента, упражнения, направленные на решение проблем, что позволяет улучшить мобильность, функционирование, безопасность пациента и использование им вспомогательного оборудования	1-3	A-C
14	Должно проводиться обучение или дополнительное обучение методам защиты суставов с использованием когнитивных поведенческих методик. Ортезы для запястья уменьшают боль и увеличивают силу сжатия кисти во время некоторых видов деятельности. Ортезы для пальцев помогают улучшить функцию	1-3	A-C
15	Пациенты играют центральную роль в борьбе со своей болезнью. Эта установка должна поддерживаться с помощью основных образовательных ресурсов, организаций пациентов и методов оказания самопомощи	2-3	B-C
16	Упражнения эффективны для улучшения функционирования пациентов и снижения скорости потери костной массы	2	B
17	При наличии слабости могут помочь методы экономии расхода энергии пациентов	3	C
18	Рекомендуется совместная помощь ревматолога и ортопеда с заменой деформированных суставов сначала на нижних, а затем на верхних конечностях; БПВП в большинстве случаев отменяться не должны	2-4	B-D

19	В случае поражения плечевых суставов первоначально применяются инъекции стероидов и физическая терапия, но при отсутствии эффекта следует принимать во внимание хирургическое лечение; для устранения боли эффективна артропластика, но улучшение функции зависит от целостности вращающей манжеты. Замена локтевого сустава очень эффективна для устранения боли и восстановления функции; для сохранения и улучшения функции кисти, устранения боли, рефрактерной к консервативному лечению, предотвращения деформаций и с косметической точки зрения наиболее полезны хирургические операции	2-3	B-C
20	Пациенты должны иметь возможность участвовать в научных исследованиях, осуществляемых в центрах, которые оснащены поддающимся надлежащей проверке научным оборудованием, и принимать участие в специализированных скелетно-мышечных программах тренинга, проводимых лицами, оказывающими профессиональную медицинскую помощь	2-4	B-D