

# **Рекомендации Европейской антиревматической лиги (EULAR) по лечению ревматоидного артрита синтетическими базисными противовоспалительными препаратами и генно-инженерными биологическими препаратами**

(EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs)

Josef S Smolen, Robert Landewé, Ferdinand C Breedveld, et al.

ARD Online First, опубликовано 5 мая, 2010, 10.1136/ard.2009.126532

## **РЕЗЮМЕ**

Лечение ревматоидного артрита (РА), проводимое разными ревматологами, может отличаться, поскольку в настоящее время отсутствуют четкие и согласованные международные рекомендации по лечению РА. В этой статье приводятся рекомендации по лечению РА синтетическими базисными противовоспалительными препаратами (БПВП), генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) и глюкокортикоидами (ГК), а также алгоритмы методологии лечения и экономические аспекты. Эти рекомендации основаны на сведениях из пяти систематизированных обзоров литературы (СОЛ), составленных в отношении синтетических БПВП, ГИБП, ГК, стратегий лечения и экономических аспектов. Данные, полученные в этих СОЛ, обсуждались в ходе процесса, напоминавшего дельфийский метод, и итоги выражались в виде экспертного мнения. Установлены уровни и степени доказательности рекомендаций и уровни согласия. Разработаны пятнадцать рекомендаций, в которых рассматриваются такие общие аспекты, как ремиссия/низкая активность в качестве цели лечения. Рассматривались различные методы достижения этой цели: от преимущественного применения монотерапии метотрексатом (в комбинации с ГК или без ГК) до использования комбинаций синтетических БПВП или ГИБП (главным образом при неэффективности синтетических БПВП и ингибиторов фактора некроза опухоли). Кроме того, проведен анализ экономической эффективности этих методов лечения. Созданные рекомендации предназначены для информирования ревматологов, пациентов и других заинтересованных лиц и организаций о Европейском консенсусе в отношении лечения РА с помощью БПВП, ГИБП и ГК, основанном на доказательствах и экспертных мнениях, а также в отношении стратегий, позволяющих достигать оптимальные результаты терапии при РА.

## Рекомендации по лечению ревматоидного артрита БПВП и ГИБП.

### Всеобщие принципы

- А Ревматологи – те специалисты, которые должны оказывать основную помощь пациентам с РА.
- Б Лечение пациентов с РА должно быть направлено на выбор наилучшего варианта помощи и основано на совместном решении пациента и ревматолога.
- В Медицинские затраты и потери от снижения работоспособности при РА значительны, что должно учитываться лечащим ревматологом.

### Окончательный список 15 рекомендаций по лечению РА

№	Ур- нь док- ти	Ст. рек- ции	Рекомендация
1	1a	A	Лечение синтетическими БПВП должно начинаться сразу после установления диагноза РА.
2	1a	A	Для каждого пациента целью лечения должно быть стремление как можно к более быстрому достижению ремиссии или низкой активности болезни. Если эта цель не достигается, лечение должно пересматриваться путем частого (каждые 1-3 месяца) и строгого мониторинга.
3	1a	A	У пациентов с активным РА частью первой стратегии лечения должен быть МТ.
4	1a	A	Если МТ противопоказан (или не переносится), в качестве компонентов первой стратегии лечения следует иметь в виду следующие БПВП: лефлуномид, сульфасалазин или инъекционные препараты золота.
5	1a-	A	У пациентов, ранее не получавших БПВП, применение монотерапии синтетическими БПВП может быть предпочтительнее комбинированной терапии синтетическими БПВП (независимо от добавления ГК).
6	1a-	A	ГК, добавленные в низких или средних дозах к монотерапии синтетическими БПВП (или к комбинации синтетических БПВП), полезны для первоначального краткосрочного лечения, но должны как можно быстрее (в зависимости от клинической ситуации) отменены.
7	5	D	Если цель лечения в результате применения первой стратегии БПВП не достигнута, то при наличии факторов неблагоприятного прогноза должно рассматриваться добавление ГИБП. При отсутствии факторов неблагоприятного прогноза следует обсуждать переход на другой синтетический БПВП.
8	см. рек.	см. рек.	В случае недостаточной эффективности МТ и/или других синтетических БПВП, применяемых в комбинации с ГК или без ГК, рекомендуется начало терапии ГИБП (1b, A). В соответствии с существующей практикой может быть начата терапия ингибитором ФНО (адалимумаб, цертолизумаб, этанерцепт, голимумаб, инфликсимаб) (4, C), который должен применяться в комбинации с МТ(1b, A).
9	1b	A	При неэффективности лечения первым ингибитором ФНО должен быть применён другой ингибитор ФНО, абатацепт, ритуксимаб или тоцилизумаб.
10	1a-	B	В случаях рефрактерного высокоактивного РА или при наличии противопоказаний к применению ГИБП или к указанным выше синтетическим БПВП можно также иметь в виду следующие синтетические БПВП (в виде монотерапии или в комбинации с некоторыми указанными выше препаратами): азатиоприн, циклоспорин А (или, как исключение, циклофосфамид).
11	1b	B	У каждого пациента должны обсуждаться стратегии интенсивного лечения, хотя они приносят больше пользы при наличии факторов неблагоприятного прогноза.
12	3b	B	Если у пациента достигается стойкая ремиссия, может рассматриваться вопрос о постепенной отмене ГИБП (после предварительного постепенного отказа от ГК), особенно если это лечение комбинируется с синтетическим БПВП.

- 13 4 С В случае длительно сохраняющейся ремиссии может рассматриваться вопрос об осторожном снижении дозы синтетического БПВП (по взаимному согласию пациента и врача).
- 14 2b С У пациентов, ранее не получавших БПВП, при наличии факторов неблагоприятного прогноза возможно обсуждение применения комбинированной терапии МТ и ГИБП.
- 15 3b С В ходе подбора терапии следует принимать во внимание не только активность болезни, но и другие факторы, например, прогрессирование структурных изменений, сопутствующие заболевания и опасения в отношении безопасности.

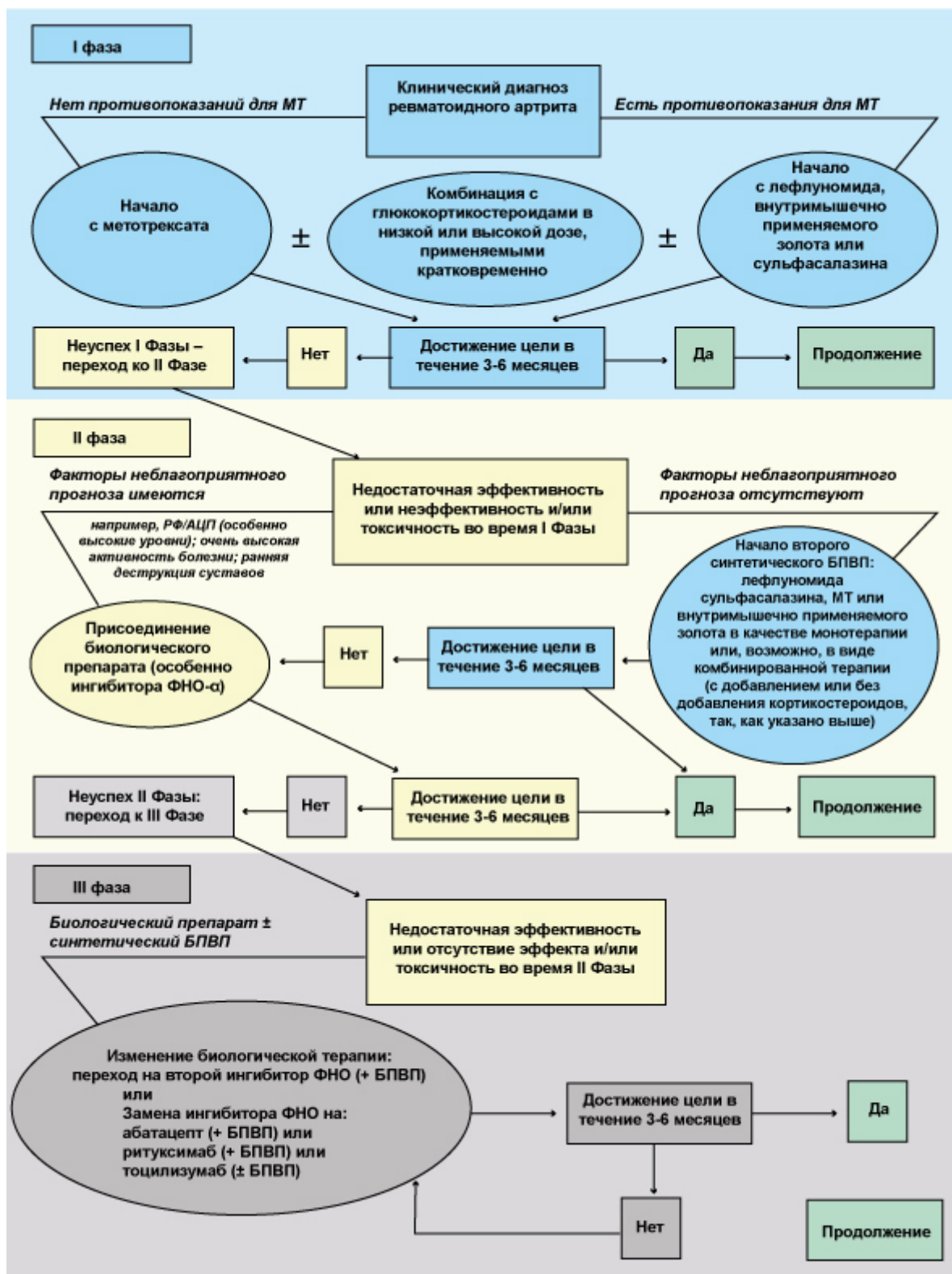


Рисунок. Алгоритм, основанный на Рекомендациях EULAR по лечению РА БПВП и ГИБП.