

Н.Т. Ватути^{1,2}, А.С. Смирнова*¹, Г.Г. Тарадин¹, М.А. Эль-Хатиб³¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедра госпитальной терапии, г. Донецк, Украина²Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В. К. Гусака, отдел неотложной кардиологии и кардиохирургии, г. Донецк, Украина³Центр первичной медико-санитарной помощи № 5, г. Донецк, Украина

ОБЗОР РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ПОЛИМИАЛГИИ (EULAR/ACR 2015)

M.T. Vatutin^{1,2}, G.S. Smyrnova*¹, G.G. Taradin¹, M.A. El-Khatib³¹M. Gorky Donetsk National Medical University, Department of Hospital Therapy, Donetsk, Ukraine²V. K. Gusak Institute of Emergency and Reconstructive Surgery, Department of Emergency Cardiology and Cardiac Surgery, Donetsk, Ukraine³Center for Primary Health Care № 5, Donetsk, Ukraine

REVIEW OF RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF POLYMYALGIA RHEUMATICA (ACR/EULAR 2015)

Резюме

В сообщении представлены основные положения новых клинических рекомендаций 2015 г. по лечению ревматической полимиалгии Американской коллегии ревматологов и Европейской антиревматической лиги (ACR/EULAR 2015).

Ключевые слова: ревматическая полимиалгия, лечение, рекомендации.

Abstract

Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica are reflected in presented translation of new international guidelines (ACR/EULAR 2015).

Key words: polymyalgia rheumatica, treatment, guidelines.

DOI: 10.20514/2226-6704-2016-6-1-3-5

БМАРТ — базисные болезнь-модифицирующие антиревматические препараты, ГКС — глюкокортикостероиды, МТ — метотрексат, НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты, РП — ревматическая полимиалгия

Ревматическая полимиалгия (РП) представляет собой системное воспалительное заболевание неясной этиологии, встречающееся преимущественно у людей пожилого возраста, характеризующееся болями и скованностью мышц плечевого и/или тазового пояса, часто сочетающееся с височным артериитом [1]. Для диагностики РП предлагались различные диагностические критерии, однако наиболее широко в клинической практике используются диагностические критерии, предложенные Европейской группой по изучению РП [2]. К ним относятся: двусторонняя боль и/или скованность в плечевых суставах; пик заболевания менее чем через 2 нед.; СОЭ в начале болезни не менее 40 мм/ч (по Вестергрену);

длительность утренней скованности более 1 ч; возраст начала болезни 65 лет и более; депрессия и/или снижение массы тела; двусторонняя болезненность верхних конечностей. Диагноз РП считается достоверным при наличии, по крайней мере, 3 любых из перечисленных выше признаков.

На сегодняшний день существует множество расхождений в подходах к лечению РП, которые включают вопросы дозирования глюкокортикостероидов (ГКС) и целесообразности использования базисных болезнь-модифицирующих антиревматических препаратов (БМАРТ) [3]. К сожалению, большая часть пациентов (29-45%), страдающих РП, не дает

*Контакты. E-mail: a.smyrnova@mail.ru. Телефон: (8062) 385-05-17

адекватного ответа на терапию ГКС в течение первых 3-4 недель. При этом приблизительно у 50% больных наблюдаются разнообразные побочные эффекты на фоне лечения этой группой препаратов.

Целью Американской коллегии ревматологов и Европейской антиревматической лиги являлось обеспечение клиницистов кратким, четко изложенным современным руководством, которое поможет стандартизировать подходы к лечению и улучшить прогнозы для пациентов с данным заболеванием. Как обычно, при создании подобных рекомендаций эксперты Американской коллегии ревматологов и Европейской антиревматической лиги руководствовались доказательной методологией с использованием классов рекомендаций и уровней доказательности.

Перед началом исследований члены комитета поставили перед собой ряд вопросов, ответы на которые изложены ниже:

1. Насколько эффективны и безопасны различные способы введения ГКС (пероральный, внутримышечный, внутрисуставной), стартовые дозы препаратов и схемы их снижения?
2. Насколько эффективно и безопасно использование БМАРП в лечении РП? Какова оптимальная стратегия назначения БМАРП: моно- или же комбинированная терапия, раннее или позднее начало их применения, и, наконец, можно ли их использовать в комбинации с ГКС?
3. Какова оптимальная продолжительность терапии? Какова наиболее эффективная и безопасная стратегия снижения доз?
4. Каковы особенности терапии пациентов с большей продолжительностью заболевания и длительным применением ГКС?
5. Какова значимость немедикаментозных методов лечения в терапии РП?
6. Какова эффективность и безопасность использования растительных препаратов в её лечении?

В процессе подготовки ответов на поставленные вопросы был изучен большой объем современной научной литературы, посвященный проблеме РП. Полученная информация была тщательно проработана и обобщена, а после детальной оценки и обсуждения, изложена в окончательном варианте данных рекомендаций:

1. На старте терапии больных РП рекомендуется использовать ГКС вместо нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), за исключением возможного кратковременного применения НПВП и/или анальгетиков в случаях, когда болевой синдром ассоциирован с другой патологией (к примеру, сопутствующий остеопороз).
2. Продолжительность лечения пациентов с РП эффективной дозой ГКС должна быть максимально короткой.

3. Минимально эффективными дозами ГКС следует считать 12,5-25 мг преднизолона. Более высокие стартовые дозы препарата целесообразно назначать только пациентам с высоким риском рецидива и низким риском нежелательных событий, в то время как для больных с сопутствующей патологией (например, сахарный диабет, остеопороз, глаукома и т.д.) предпочтительны более низкие дозы ГКС. В качестве стартовых настоятельно не рекомендуются дозы ГКС $\leq 7,5$ мг/сут и > 30 мг/сут.
4. В каждом случае необходимо индивидуально подходить к схемам назначения ГКС, принимая во внимание активность заболевания, данные лабораторных исследований, а также выраженность побочных эффектов.

Предложены следующие принципы снижения доз:

- А) стартовое снижение: рекомендуется медленно уменьшать дозу ГКС до 10 мг/сут в пересчете на преднизолон на протяжении 4-8 нед.
 - В) терапия рецидивов: рекомендуется увеличить дозу перорального преднизолона до уровня, предшествовавшего рецидиву и в последующем уменьшать ее постепенно (в течение 4-8 нед.) до дозы, во время приема которой случился рецидив.
 - С) снижение доз во время ремиссии: после достижения ремиссии необходимо уменьшать дозу перорального преднизолона на 1 мг каждые 4 нед. (либо на 1,25 мг, используя, к примеру, схему 10/7,5 мг через день и т.д.) на протяжении того времени, пока сохраняется ремиссия.
5. Рекомендуется рассматривать внутримышечный путь введения метилпреднизолона как альтернативу пероральным ГКС.
 6. Рекомендовано назначать однократный прием всей дозы ГКС. Разделять дозу препарата на несколько приемов следует в случае выраженного интенсивного болевого синдрома в ночное время суток.
 7. Возможно рассмотрение раннего назначения метотрексата (МТ) в дополнение к терапии ГКС, особенно у больных с высоким риском рецидива, а также у лиц с сопутствующей патологией. МТ также может быть применим у пациентов, находящихся в ремиссии, однако не дающих желаемого ответа на терапию ГКС. Рекомендуемая доза МТ составляет 7,5-10 мг/нед. для перорального приема.
 8. Настоятельно не рекомендуется использование блокаторов фактора некроза опухоли в терапии РП, т.к. до сих пор нет достаточной доказательной базы, подтверждающей пользу включения их в схему терапии. К тому же, в случае назначения этой группы препаратов, увеличивается риск негативного эффекта.
 9. Рекомендуется внедрять индивидуальную программу физических упражнений для пациентов

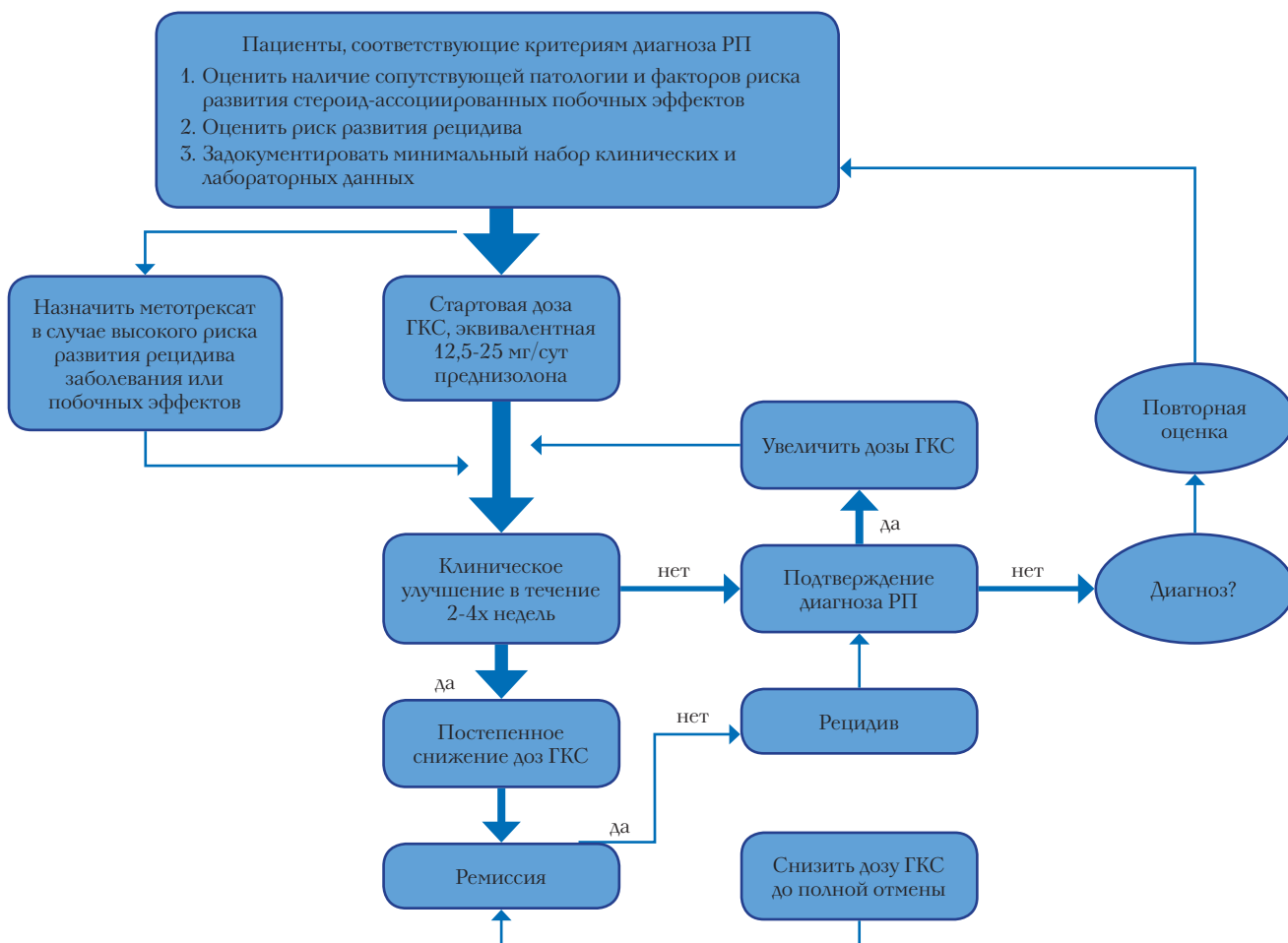


Рисунок 1. Алгоритм лечения РП

с РП, направленную на поддержание массы и функции мышц, а также снижение риска падений.

10. Применение растительных препаратов в терапии РП не рекомендуется. Особенно категорически авторы документа выступают против использования китайских травяных препаратов Yanghe и капсул *Wiqi* у пациентов с РП. Данное заявление связано, в первую очередь, с тем, что вышеуказанные средства не одобрены Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) в США, а также Европейским агентством лекарственных средств (EMA).

Настоящие рекомендации Американской коллегии ревматологов и Европейской антиревматической лиги предназначены, прежде всего, для врачей-клиницистов и предполагается, что они окажут им определённую помощь в ведении пациентов с РП.

Алгоритм лечения РП, основанный на рекомендациях (EULAR/ACR 2015) представлен на рисунке 1.

В заключение необходимо отметить, что рекомендации имеют лишь частичную доказательную базу и

не раскрывают всех аспектов терапии РП. Эксперты Американской коллегии ревматологов и Европейской антиревматической лиги отмечают необходимость проведения дальнейших исследований, оценивающих эффективность различных препаратов в терапии РП. Обновление настоящих рекомендаций планируется через 3 года, однако возможно будет необходим и более ранний пересмотр в случае появления данных, идущих вразрез с информацией, имеющейся на сегодняшний день.

A

Список литературы:

- Щедрина И.С., Троицкая М.П., Овчаренко С.И. Ревматическая полимиалгия: сложности диагностики. Лечащий врач. 2011; 4: 33-36
- Сатыбалдыев А.М. Лечение ревматической полимиалгии. Современная ревматология. 2013; 1: 66-72.
- Dejaco C., Singh Y., Perel P. et al. 2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism. American College of Rheumatology collaborative initiative Ann Rheum Dis. 2015; 74: 1799-1807.

Авторы заявляют, что данная работа, её тема, предмет и содержание не затрагивают конкурирующих интересов