

T2T (treat-to-target)* рекомендации по лечению гигантоклеточного артериита (ГКА) и ревматической полимиалгии (РПМ)

Image



T2T (treat-to-target)* рекомендации по лечению гигантоклеточного артериита (ГКА) и ревматической полимиалгии (РПМ)

*«Лечение до достижения цели»

- **Гигантоклеточный артериит (ГКА) и ревматическая полимиалгия (РПМ)** - это схожие по патогенетическому механизму воспалительные ревматические заболевания у пожилых людей. Современная визуализация сосудов подтверждает, что ГКА представляет собой генерализованный синдром, включающий в себя краниальный и экстракраниальный тип васкулитов средних и крупных сосудов, имеющий сходный патогенетический механизм с РПМ. РПМ может клинически напоминать рецидив ГКА. Пациенты с РПМ, у которых имеются в анамнезе повторяющиеся рецидивы, которые не контролируются снижением дозы сГКС, имеют субклиническое течение васкулита и недиагностированный ГКА.
- **Частые симптомы при ГКА: боль, скованность, усталость.** Ишемия потенциально приводит к потере зрения, инсультам, некрозу языка или кожи головы, также может встречаться периферическая ишемия конечностей, которая может привести к быстрой инвалидизации.
- **Смертность не повышается при РПМ;** при ГКА пациенты имеют высокую смертность, как следствие ишемии как в периоде дебюта, так и в качестве осложнения течения заболевания.
- **Большинство людей с ГКА и РПМ быстро отвечают на терапию сГКС, но могут преждевременно прекратить лечение после достижения ремиссии заболевания.** Это приводит к быстрому возвращению симптомов и риску ишемии тканей (~60 % риск рецидива после отмены сГКС приводит к осложнениям). Частые нежелательные явления на терапии сГКС: увеличение массы тела, атрофии кожи в месте инъекций, инфекции, остеопороз, изменение настроения, мышечная слабость и др.
- **Концепция «лечение до цели» («Target -to- treat» - T2T) включает в себя**

определение конкретной цели лечения, регулярный мониторинг прогресса терапии по отношению к цели лечения и при необходимости, корректировка терапии для достижения минимально возможной активности заболевания или ремиссии.

- **Рекомендации T2T уже определены в нескольких областях ревматологии**, включая ревматоидный артрит, спондилоартрит, подагра и системная красная волчанка. Целенаправленный подход к лечению дает лучшие результаты по сравнению с традиционным лечением в плане клинического течения, улучшения долгосрочного прогноза и функционального состояния.
- **Рекомендации T2T для ГКА/РПМ предназначены для врачей первого, второго и третьего уровня оказания медицинской помощи** (включая врачей общей практики, ревматологов, офтальмологов, неврологов, гериатров, специалистов в рентгенологии и сосудистой хирургии; фармацевтов, представителей организаций пациентов, страховых компаний, руководителей клиник и клинических исследователей). Целевая популяция — пациенты с ГКА, РПМ и ГКА/РПМ.

В настоящее время сформулировано 5 общепринятых принципов и 6 конкретных рекомендаций путем голосования внутри мультидисциплинарной группы из 29 участников 10 стран, состоящая из врачей-ревматологов, неврологов, офтальмологов, врачей общей практики, представителей пациентских организаций, методологов здравоохранения.

Общепринятые принципы (А-Е):

Image



- **а. Клиническое ведение ГКА и РПМ должно проводиться с учетом того, что это два взаимосвязанных состояния в общем спектре воспалительных заболеваний (могут протекать отдельно, одновременно или во временной последовательности друг с другом).**
- **б. ГКА является неотложным медицинским состоянием: риски потери зрения* и других ишемических событий требуют немедленного лечения, междисциплинарного сотрудничества.**

*При ГКА 15 -35% случаев, поражение одного глаза влечет за собой 50% риск потери зрения на втором глазу.

- **с. Пациентов необходимо информировать о клинических особенностях заболевания (симптомы, связанные /несвязанные с заболеванием, рецидивы на фоне нормальных показателей СОЭ/СРБ), о возможных исходах заболевания (потенциальные осложнения, преимущества и риски, связанные с лечением), о коморбидных состояниях.**
- **д. Лечение ГКА и РПМ должно основываться на совместном принятии решений проинформированного пациента и лечащего врача.**
- **е. Лечение ГКА и РПМ должно быть направлено на максимальное улучшение качества жизни (контроль симптомов, минимизация НЯ*, связанных с лечением, контроль сопутствующих заболеваний).**

*Токсичность, связанная сГКС, возникает у 85% пациентов. Состояние коморбидных пациентов ухудшается на фоне терапии сГКС.

Рекомендации (1-6):

Image



1. Цель лечения ГКА и РПМ - достижение ремиссии* (отсутствие клинических симптомов и маркеров системного воспаления).

*Ремиссия - отсутствие клинических симптомов при ГКА и РПМ, нормализация острофазовых маркеров СОЭ и СРБ. В настоящее время обсуждается новый критерий отсутствия системного воспаления и предиктор рецидива при ГКА – динамика повреждений сосудов методом радиологической визуализации сосудов. Ремиссия обычно достигается быстро при терапии сГКС, но часть пациентов может быть рефрактерной с достижением неполного контроля заболевания. 34-62% пациентов с ГКА и РПМ имеют как минимум один рецидив заболевания.

2. Лечение ГКА также должно быть направлено на предотвращение ишемии тканей и повреждения сосудов.

Лечение ГКА должно быть направлено на предотвращение ишемии тканей и макро- и микроповреждения сосудов. В этом контексте важно понимать, что прогрессирование сосудистых повреждений, в частности аневризмы аорты, может также происходить у пациентов, находящихся в стойкой клинической ремиссии. Длительная терапия сГКС также приводит к патологическим сосудистым изменениям. Патогенетические механизмы, запускающие прогрессирование деструкции стенок сосудов, требуют дальнейшего изучения.

3. Выбор лечения при ГКА и РПМ должен основываться на тяжести* и активности заболевания, наличие коморбидных состояний и потенциальных предикторов исходов заболевания; лечение должно корректироваться по мере необходимости в период наблюдения

*Пациенты с офтальмологическими симптомами, перемежающейся хромотой или другими ишемическими симптомами, имеют более тяжелое течение ГКА и нуждаются в более интенсивном старте терапии, чем пациенты только с конституциональными симптомами (слабость или быстрая утомляемость) без признаков повреждения тканей и сосудов. Рекомендации ACR/EULAR по лечению РПМ акцентируют, что женский пол, высокие показатели СРБ/СОЭ и периферический артрит связаны с повышенным риском рецидива и требуют более интенсивного и длительного лечения.

4. Сопутствующие заболевания могут влиять на оценку цели лечения и должны быть учтены перед модификацией терапии.

Тендинопатия вращательной манжеты плеча, остеоартрит плечевого сустава или шейного отдела позвоночника, фибромиалгия, болезнь Паркинсона влияют на

комплексную оценку активности РПМ. Мигрень, невралгия тройничного нерва, головная боль напряжения или нарушение зрения влияют на оценку активности ГКА.

5. После достижения ремиссии ее следует поддерживать минимальной эффективной дозой лекарственного препарата.

Принцип: не следует резко отменять терапию, но избегать чрезмерного лечения. Достижение минимальной эффективной дозы терапии и сокращение дозы сГКС имеют более высокий приоритет, чем отмена болезни модифицирующих противоревматических препаратов.

6. Активность ГКА/ РПМ должна регулярно контролироваться каждые 1-4 недели до достижения ремиссии; длительные интервалы мониторинга (от 3 до 6 месяцев) допустимы у пациентов, находящихся в стабильной ремиссии на терапии; мониторинг пациентов, прекративших терапию, должен обсуждаться в индивидуальном порядке.

Необходимо тщательное наблюдение за новыми пациентами и пациентами с рецидивами с целью мониторинга терапевтического ответа, для исключения других заболеваний и с целью выявления пациентов с рефрактерным течением ГКА/РПМ.

Выводы

- **Включение принципов T2T в будущие клинические рекомендации по ведению ГКА/РПМ**, их внедрение в рутинную клиническую практику будет способствовать улучшению долгосрочного прогноза и качества жизни пациентов.
- **В настоящее время в рамках проекта OMERACT** идет разработка определений ремиссии в отношении ГКА/РПМ
- **Также проходит дальнейшее изучение визуального мониторинга сосудов (инструментальная диагностика)**, роли биомаркеров воспаления на разных этапах лечения, поиск новых индикаторов ремиссии ГКА/РПМ

*НЯ-нежелательные явления сГКС-системные глюкокортикостероиды

*The Outcome Measures in Rheumatology (OMERACT) polymyalgia rheumatica (PMR) working group-рабочая группа по оценке итоговых показателей в ревматологии (OMERACT) при ревматической полимиалгии (PMR) Helliwell T, Brouwer E, Pease CT Development of a Provisional Core Domain Set for Polymyalgia Rheumatica: Report from the OMERACT 12 Polymyalgia Rheumatica Working Group. J Rheumatol. 2016 Jan;43(1):182-6. doi: 10.3899/jrheum.141179. Epub 2015 Nov 15. PMID: 26568595.

11343275/SEC/DIG/01.25/0

Source URL:

<https://www.pro.novartis.com/ru-ru/therapeutical-areas/rheumatology/therapeutical-areas/rheumatology/autovospalitelnie-zabolevaniya/clinrec/t2t-treat-to-target-rekomendacii-po-lecheniyu-gigantokletochnogo-arteriita-gka-i-revmaticheskoy-polimialgii-rpm>