

II Национальный саммит по ревматологии и дерматологии (9–10 апреля 2016 г., Сочи)

9–10 апреля 2016 г. в Сочи состоялся II Национальный саммит по ревматологии и дерматологии «Вопросы терапии в ревматологии и смежных специальностях: что, где, когда?». Участие в мероприятии приняли ведущие отечественные и зарубежные эксперты.

Second National Rheumatology and Dermatology Summit (Sochi, 9–10 April 2016)

On April 9–10, 2016, Sochi hosted the Second National Rheumatology and Dermatology Summit on the questions of therapy in rheumatology and related specialties: what, where, when? Leading Russian and foreign experts took part in this event.

Центральным событием саммита стала лекция проф. Nemanja Damjanov (Институт ревматологии, Белградский университет, Сербия) «Возможные причины неэффективности лечения ревматических заболеваний. Рекомендации по коррекции терапии». Затем состоялась панельная дискуссия под руководством д.м.н. Д.Е. Каратеева (НИИР им. В.А. Насоновой). Участники получили возможность высказаться о причинах неэффективности лечения, выборе таргетной терапии и оптимальных подходах к ведению больных после достижения ремиссии, включая возможность поддержания ремиссии после отмены генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), в том числе на основе собственного клинического опыта.

Затем аудитории было предложено ответить на несколько вопросов с помощью интерактивного голосования. Более чем у 80% участников дискуссии ответ на вопрос: «Что важнее — уровень концентрации препарата в сыворотке крови или наличие нейтрализующих антител?» совпал с мнением проф. N. Damjanov — для клинициста важнее первое, а не второе. Состоялось обсуждение, в ходе которого было отмечено, что ряд исследований демонстрирует прямую корреляцию между концентрацией препарата и ответом на терапию при таких заболеваниях, как ревматоидный артрит (РА), анкилозирующий спондилит и псориатический артрит. Оценка концентрации препарата в сыворотке крови имеет значение как для выяснения причины потери эффекта, так и для принятия решения о смене терапии.

Но у каких пациентов следует определять концентрацию препаратов и наличие антител? На данный вопрос было предложено три варианта ответа: «всем», «никому», «пациентам с потерей ответа при терапии ГИБП». В итоге 74% участников выбрали 3-й вариант. Так, Д.Е. Каратеев высказал мнение, что если у больного РА на фоне применения ГИБП наблюдается снижение терапевтического эффекта, следует один биологический препарат заменить на другой с иным механизмом действия. По мнению доцента кафедры дерматовенерологии, руководителя Центра антицитокиновой терапии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова к.м.н. М.М. Хобейш, переводить пациента на другой препарат стоит тогда, когда модификация лечения должна очевидно привести к клиническому эффекту.

Далее участникам дискуссии было предложено выбрать предпочтительный для клинической практики препарат среди ингибиторов фактора некроза опухоли α (ФНО α) — адалимумаб (АДА), голимумаб, инфликсимаб (ИНФ), цертолизумаба пэгол или этанерцепт (ЭТЦ). Результаты голосования показали, что наиболее популярным является АДА (56,5% голосов), затем идут ИНФ (28,3%) и ЭТЦ (13%). «Адалимумаб вполне заслуженно занимает первое место в клинической практике. С одной стороны, препарат имеет очень широкий спектр показаний к применению, с другой — обладает высокой эффективностью», — отметил Д.Е. Каратеев.

Отвечая на вопрос: «Для какого препарата среди вышеперечисленных характерно наиболее длительное сохранение клинического ответа?», большинство участников, опираясь на собственный клинический опыт, вновь отдали голоса за АДА (39,5% голосов), на 2-м месте оказался ЭТЦ (30,2%), на 3-м — ИНФ (14%).

Профессор кафедры кожных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова д.м.н. Н.Г. Кочергин проголосовал за ИНФ. Способность препарата сохранять клинический ответ в течение длительного времени после первого введения была подтверждена им на практике, в частности у пациентов с тяжелой формой псориаза. Однако он пояснил, что, поскольку количество его пациентов, получавших ГИБП, было относительно невелико, данный опыт не дает оснований для по-настоящему полноценного анализа и сравнения препаратов.

Участники саммита подробно обсудили особенности терапии с использованием рекомендаций «Тreat to target». Результаты исследований подтверждают значительные преимущества стратегии «Лечение до достижения цели» по сравнению с обычной клинической практикой в отношении частоты достижения и длительности ремиссии. Накопленный к настоящему времени обширный клинический материал свидетельствует о высокой эффективности ингибиторов ФНО α (ИНФ, АДА, ЭТЦ) для достижения клинической ремиссии у больных РА при их адекватном и своевременном назначении. Но можно ли рассчитывать на сохранение ремиссии после отмены ГИБП? Результаты ряда исследований показали, что отмена ГИБП без утраты ремиссии возможна у значительной части больных ранним РА, а вот в разверну-

той стадии заболевания у большинства пациентов ремиссия, как правило, утрачивалась через 6 мес.

В связи с этим Д.Е. Каратеев обратился к участникам дискуссии с очередным вопросом: «Как лучше оптимизировать лечение после достижения ремиссии?» Были предложены различные варианты ответа. 38,3% участников проголосовали за вариант «продолжать терапию в сниженной дозе», 34% считают необходимым сначала снизить дозу, а потом отменить препарат; 23,4% были за продолжение терапии ГИБП в прежней дозе на неопределенный срок и 4,3% — за одномоментную отмену препарата. Сам Д.Е. Каратеев выбрал 2-й вариант ответа, обосновав это собственным опытом применения подобной тактики у больных РА, и подчеркнул, что такие пациенты нуждаются в более тщательном контроле.

Далее Д.Е. Каратеев попросил аудиторию ответить, какова оптимальная продолжительность ремиссии, после которой возможно снижение дозы или отмена биологической терапии? Мнения разделились: 23,6% участников заявили, что она должна составлять 6 мес, 32,7% проголосовали за 1 год, 18% — за 2 года, 25,5% голосов были за то, что лучше вообще не отменять биологическую терапию. Выступившая в дискуссии к.м.н. Е.Л. Лучихина (НИИР им. В.А. Насоновой) полагает, что начинать постепенно снижать дозу ГИБП можно лишь после достижения стойкой ремиссии, длившейся как минимум 6 мес, а до полной отмены терапии

должно пройти 2–3 года. В свою очередь N. Damjanov отметил важный момент: в большинство исследований были включены пациенты с ранней стадией заболевания, которым терапия назначалась своевременно, в реальной же практике обычно приходится иметь дело с пациентами с запущенным заболеванием. Вот почему после достижения длительной ремиссии (не менее 6 мес) сначала необходимо снизить дозу глюкокортикоидов с последующей их отменой и только потом приступать к уменьшению дозы ГИБП, сохраняя дозу метотрексата или другого базисного противовоспалительного препарата.

Последний вопрос Д.Е. Каратеева был адресован непосредственно врачам-ревматологам и касался определения показателя ремиссии у больных РА, который следует рассматривать как основание для отмены ГИБП. 80,5% голосовавших выбрали вариант ответа «клиническая ремиссия плюс отсутствие активного синовита по результатам УЗИ плюс отсутствие рентгенологического прогрессирования».

Подводя итоги дискуссии, Д.Е. Каратеев отметил, что точка зрения подавляющего большинства участников на причины неэффективности терапии ревматических заболеваний, выбор ГИБП и оптимальное ведение больного после достижения ремиссии в целом совпадает с мнением ведущего зарубежного эксперта N. Damjanov.

Поступила 11.07.2016