

Приложение
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министра Здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТРЕСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**“НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
ПО НОЗОЛОГИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО
СПОНДИЛИТА”**

Ташкент – 2025

«УТВЕРЖДАЮ»
Ректор Ташкентской медицинской
академии д.м.н., профессор
Ш.А.Боймуратов



**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ
ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ
«АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ»**

ТАШКЕНТ – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ:

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА	5
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ.....	55
НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА.....	60

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО
СПОНДИЛИТА**

Ташкент – 2025

1. Введение.

Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, заболевания опорно-двигательного аппарата являются одной из ведущих причин инвалидности во всем мире. Одним из таких заболеваний является анкилозирующий спондилит (АС). Его медико-социальная значимость связана с высоким риском развития ранней инвалидности у молодого населения, что, в свою очередь, влечет за собой высокие экономические затраты. Учитывая актуальность анкилозирующего спондилита, предоставление научно обоснованной информации и рекомендаций медицинскому персоналу, создание единой системы подходов к ранней диагностике и лечению заболевания имеет большое значение в улучшении здоровья пациентов и снижении социально-экономического бремени на системе здравоохранения.

Международный классификатор болезней – МКБ-10:

М45-М49 СПОНДИЛОПАТИИ	
M45/FA92	Анкилозирующий спондилит
M46/FA92.Y	Другие воспалительные спондилопатии
M48/FA9Y	Спондилез
M49/FA9Z	Другие спондилопатии
M08.1/-	Спондилопатии, классифицируемые в других рубриках
Скачать (ссылка с МКБ)	https://mkb-10.com/index.php?pid=12105

Дата разработки и повторного рассмотрения протокола: Протокол разработан в 2025 году. Дата повторного рассмотрения- 2028 год;

Ответственная организация по разработке Национального клинического протокола: Ташкентская медицинская академия.

Участники разработки клинических протоколов и стандартов:

Состав рабочей группы по организации процесса по направлению ревматологии:

Азизова Ф.Л.	д.м.н. профессор, проректор по науке и инновациям ТМА
Аляви Б.А.	– д.м.н., директор РСНПМЦИТ и МР;
Мирахмедова Х.Т.	д.м.н., зав.кафедрой пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА, консультант по ревматологии МЗ РУз;
Рахимова Д.А.	д.м.н. зав. лабораторией РСНПМЦИТ и МР т.ф.д., главный терапевт МЗ РУз
Алиахунова М.Ю.	д.м.н., профессор, зав. отделении ревматологии РСНПМЦИТ и МР;

Набиева Д.А.	д.м.н. профессор, зав. кафедрой факультетской и госпитальной терапии, проф. патологий №1 ТМА
Дадабаева Н.А.	к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА;

Список авторов:

Мирахмедова Х.Т.	
Рахимова Д.А.	д.м.н. зав. лабораторией РСНПМЦИТ и МР т.ф.д., главный терапевт МЗ РУз
Алиахунова М.Ю.	д.м.н., профессор, зав. отделении ревматологии РСНПМЦИТ и МР;
Дадабаева Н.А.	к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА;
Набиева Д.А.	д.м.н. профессор, зав. кафедрой факультетской и госпитальной терапии, проф. патологий №1 ТМА
Абдурахмонова Н.М.	д.м.н., доцент кафедры внутренних болезней в семейной медицине №2 ТМА
Джураева Э.Р.	к.м.н., доцент кафедры факультетской и госпитальной терапии, проф. патологий №1 ТМА
Абдуллаев У.С.	к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА.
Саидрасулова Г.Б.	к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА.
Бердиева Д.У.	к.м.н., ассистент кафедры факультетской и госпитальной терапии, проф. патологий №1 ТМА
Хамраев Х.Х.	к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней №1 СамГМУ
Буранова С.Н.	к.м.н., ст. препод. кафедры внутренних болезней в семейной медицине №2 ТМА
Бомуродова Д.Б.	Главный ревматолог Бухарской области

Рецензенты:

1.Абдуллаев А.Х.	– руководитель лаборатории «Реабилитация» Государственного учреждения «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр терапии и медицинской реабилитации», доктор медицинских наук;
Шукурова Сурайё Максудовна	– д.м.н., профессор, член-корр. НАНТ, заведующая кафедрой терапии и кардиоревматологии ГОУ «Института последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», главный терапевт МЗ и СЗН РТ, председатель ассоциации терапевтов и ревматологов РТ, член Президиума Азиатско-Тихоокеанской лиги против ревматизма (APLAR).

Клинический протокол рассмотрен на ученом совете РСНПМЦИТ и МР и утвержден протоколом №10 от 27 декабря 2024 года.

Техническая экспертная оценка и редактирование:

1. Н.Мухсимова – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА
2. Г.Саидрасулова – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней №1 ТМА

Экспертная оценка специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

1. Ф.Б.Сабирова – к.м.н., заведующая отделением кардиоревматологии Республиканского научно-практического медицинского центра педиатрии, консультант по детской ревматологии при МЗ РУЗ.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.И, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Оценка приемлемости и используемости в практике клинических протоколов проведено совместно с представителями практического звена здравоохранения города Ташкента и Ташкентской области.

Практикующие врачи:

1. М.В.Мирхамидов – заведующий отделением ревматологии многопрофильной клиники ТМА.
2. З.Х.Махмудова – заведующая отделением ревматологии 1-ГКБ города Ташкент.
3. Н.А.Абдувалиева – МПЦП города Олмалик, гл. ревматолог Ташкентской области.

Список используемых сокращений:

аксСА — аксиальный спондилоартрит
АС — анкилозирующий спондилит
ВБС – воспалительная боль в спине
ВЗК – воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит или болезнь Крона)
ГК – глюкокортикоиды
ИЛ –интерлейкин
ИПП- и нгибиторы протонной помпы
КПС — крестцово-подвздошные суставы
КТ — компьютерная томография
ЛФК – лечебная физкультура
МРТ — магнитно-резонансная томография
НПВП — нестероидные противовоспалительные препараты
нр-аксСпА- не рентгенологический аксСпА
ЦОГ-1 ингибиторы циклооксигеназы-1
ЦОГ-2 селективные ингибиторы циклооксигеназы-2
НЧС — нижняя часть спины
ОКМ — отек костного мозга
РА – ревматоидный артрит
СпА – спондилоартриты
СИ - сакроилиит
С-РБ — С-реактивный белок
SCORE- стратификация кардиоваскулярного риска по традиционной шкале
УЗИ-ультразвуковое исследование

ФНО-а — фактор некроза опухолей-альфа

ЧРШ — числовая рейтинговая шкала

ASAS (Assessment of SpondyloArthritis International Society) - международное

общество по изучению спондилоартритов
ASDAS (AS Disease Activity Score) – счет индекса активности АС
BASDAI (Bath AS Disease Activity Index) – индекс активности АС
KDIGO - Kidney Disease: Improving Global Outcomes
HLA-B27- человеческий лейкоцитарный антиген В27
IL1-интерлейкин-1
ПИС - протеогликан-индуцированный спондилит
ФК – функциональный класс
иФНОα -ингибитор фактора некроза опухоли альфа
ЭКГ-электрокардиография
ЭхоКГ-эхокардиография
ЭГФДС-фиброгастроскопия

Целевая группа протокола:

1. Ревматологи;
2. Терапевты;
3. Врачи общей практики;
4. Травматологи– ортопеды;
5. Врачи спортивной медицины, физиотерапевты
6. Студенты старших курсов медицинских ВУЗов, магистры и клинические ординаторы.

Категория пациентов:

Больные аксиальным спондилитом

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств):

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УДД	Расшифровка
------------	--------------------

1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»
5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов

Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств

УУР	Расшифровка
A	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
B	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
C	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

2. Основная часть.

2.1. Введение:

Анкилозирующий спондилит встречается у 0,1-1,5% населения, в основе заболевания лежит аутовоспалительное, аутоиммунное поражение позвоночника, тазобедренного сустава, это социальное заболевание, вызывающее инвалидность у больных молодого и среднего возраста. Его медико-социальная значимость связана с высоким риском развития ранней инвалидности у молодого населения, что, в свою очередь, влечет за собой высокие экономические издержки. В связи с этим оптимизация новых методов диагностики, лечения и профилактики спондилита имеет большое значение в улучшении здоровья пациентов и снижении социально-экономического бремени на систему здравоохранения.

[<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>]

2.2. Общее определение:

Анкилозирующий спондилит (АС, болезнь Бехтерева)– хроническое воспалительное заболевание из группы спондилоартритов, характеризующееся обязательным поражением крестцово-подвздошных сочленений и/или позвоночника с потенциальным исходом их в анкилоз, с частым вовлечением в патологический процесс энтезисов и периферических суставов. приводящее к анкилозу суставов и развитию инвалидности больных. АС относится к мультифакториальным заболеваниям, т.е. к болезням с наследственной предрасположенностью, обусловленной многими генетическими и средовыми факторами. Этиология до настоящего времени остается неясной. Основное место среди них занимает HLA-B27 (определяется в 80–90% случаев).

Концепция АС была пересмотрена ASAS (Международным обществом по оценке спондилоартрита) и в 2009 году был предложен термин аксиальный спондилоартрит, в котором, помимо классического АС, спондилоартрит наблюдают при нерадиологическом аксиальном спондилите, псориатическом артрите, болезни Крона. Дополнительно были добавлены язвенный колит и болезнь Рейтера. Внеклеточные признаки включают периферический артрит, энтезит, внеаксиальные признаки: увеит, энтезит, IgA-нефропатия, аортит, псориаз, воспалительные заболевания кишечника. Группу аксиальных спондилоартритов разделяют на две клинические категории: нерадиологический аксиальный спондилоартрит и анкилозирующий спондилоартрит. Диагноз заболевания установлен на основании классификационных критериев Международной группы по изучению спондилоартритов-ASAS от 2009 года.

Нерентгенологический аксСпА-акСпА имеет сходную с АС клиническую картину при отсутствии достоверных рентгенологических признаков, таких как сакроилеит, прогрессирующее поражение крестцово-подвздошного сустава и анкилоз позвоночника.

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

Распространенность АС колеблется от 0,1% до 1,4%, а распространенность АС в мире составляет: в Европе - 0,24%, в Азии - 0,17%, в Северной Америке - 0,32%, в Латинской Америке - 0,1%, в Африка – равна 0,07%. Наибольшая заболеваемость АС приходится на возрастной диапазон 25-35 лет, а начало заболевания в 10-20% случаев приходится на возраст до 18 лет. Уровень заболеваемости остается прежним, мужчины болеют в 3-6 раз

чаще, чем женщины, но в последние годы это соотношение приближается к 2:1. Во всем мире диагностика на ранних стадиях заболевания затруднена.

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

2.3. Клиническая классификация:

КЛАССИФИКАЦИЯ АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА

Основной диагноз: Анкилозирующий спондилит (М 45)

Клинические стадии:

Ранняя (нерентгенологическая) - достоверный сакроилеит только на МРТ.

Развернутая: на обзорной рентгенограмме таза достоверный СИ, но без четких синдесмофитов.

Поздняя: на обзорной рентгенограмме таза достоверный СИ и четкие структурные изменения в позвоночнике (синдесмофиты).

Активность болезни:

определяется по индексу активности ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) и

Батскому индексу активности BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

Активность анкилозирующего спондилоартрита

Активность	ASDAS	BASDAI (по числовой рейтинговой шкале 0-10)
Низкая активность	< 1,3	< 2.0
Умеренная активность	От ≥1,3 до <2,1	от ≥2.0 до <4.0
Высокая активность	От ≥2,1 до <3,5	от ≥4.0 до <7.0
Очень высокая активность	≥3,5	≥7.0

ASDAS оценивает активность более достоверно, чем BASDAI

Внеаксиальные проявления:

Артрит (отдельно отмечается коксит)

Энтезит

Дактилит

Внескелетные проявления:

Увеит

Воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, язвенный колит)

Псориаз

IgA- нефропатия

Нарушение АВ проводимости, аортит

Дополнительная иммуногенетическая характеристика – HLA-B27

HLA-B27 – позитивный

HLA-B27 – негативный

Функциональный класс:

I – полностью сохранены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность

II – сохранены: самообслуживание, профессиональная деятельность, ограничена: непрофессиональная деятельность

III – сохранено: самообслуживание, ограничены: непрофессиональная и профессиональная деятельность

IV – ограничены: самообслуживание, непрофессиональная и профессиональная деятельность

Самообслуживание: одевание, принятие пищи, уход за собой и т.д.

Непрофессиональная деятельность: элементы отдыха, досуга, занятия спортом и др. с учетом пола и возраста

Профессиональная деятельность: работа, учеба, ведение домашнего хозяйства (для домработников) с учетом пола и возраста.

Осложнения:

вторичный системный амилоидоз

остеопороз (системный)

аортальный порок сердца, аортит

нарушение ритма сердца

перелом синдесмофита

подвывих в атланта-аксиальном суставе, нестабильностью шейного отдела позвоночника

анкилозы и контрактуры периферических суставов

нарушение функции тазобедренных суставов (межлодыжечное расстояние меньше 70 см)

шейно-грудной кифоз (расстояние затылок-стена больше 5 см)

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

3. Методы и подходы к диагностике заболевания.

3.1. Диагностические критерии:

Диагностика анкилозирующего спондилита основана на модифицированных Нью-Йоркских критериях (1984 г.), аксиального спондилита - на основе диагностических критериев ASAS (2009 г.).

Клиническая диагностика

Жалобы и анамнез

Боль в спине:

длительность от 3 и более месяцев, в начале заболевания может быть кратковременной, рецидивирующей;

постепенное нарастание интенсивности;

ночная боль с улучшением после физической активности или приема НПВП

усиление интенсивности боли и скованности после отдыха, уменьшение - после физической активности или через 24-48 часов после НПВП;

утренняя скованность в спине и/или суставах;

попеременная перемежающаяся боль в ягодицах;

иррадиация боли по задней поверхности бедра.

Физикальное обследование и функциональные тесты

Физикальное обследование	Определение
оценка внешнего вида больного	телосложение, дефицит массы тела, лихорадочный румянец, потливость, состояние кожных покровов, ногтей, конъюнктив, увеличение лимфоузлов.
оценка осанки	усиление или выпрямление физиологических изгибов позвоночника - «поза просителя» или «поза гордеца», определение фиксированности грудного кифоза, наличие сколиоза и состояние паравертебральных мышц (повышение тонуса, гипотрофия, болезненность при пальпации).

походка больного	наличие хромоты, «утиной походки», использование палки или костылей), причина нарушения походки (боли в области КПС, тазобедренных или периферических суставах нижних конечностей, области пяток, атрофия или слабость мышц нижних конечностей в связи с корешковым поражением, истинное или из-за сколиоза укорочение одной нижней конечности).
осмотр, пальпация и определение объема движений в суставах. Счет 44 суставов	позволяют выявить артрит, дактилит, деформацию и подвывихи суставов, гипермобильность суставов (правый и левый грудино-ключичные, ключично-акромиальные, плечевые, локтевые, лучезапястные, коленные, голеностопные суставы, 10 пястно-фаланговых, 10 проксимальных межфаланговых суставов кистей и 10 плюснефаланговых суставов).
отдельный осмотр и пальпация энтезисов	правый и левый грудино-ключичные, ключично-акромиальные, плечевые, локтевые, лучезапястные, коленные, голеностопные суставы, 10 пястно-фаланговых, 10 проксимальных межфаланговых суставов кистей и 10 плюснефаланговых суставов.
общетерапевтический осмотр.	проводить для выявления патологии кожи, желудочно-кишечного тракта, легких, сердечно-сосудистой системы.
определение ограничений движений в позвоночнике: модифицированный тест Шобера	Для выявления ограничения движений в поясничном отделе в сагиттальной плоскости. Выполняется в положении пациента стоя прямо: по средней линии спины отмечается точка на воображаемой линии, соединяющей задне-верхние ости подвздошных костей. Затем отмечается вторая точка на 10 см. выше первой. После чего просят пациента нагнуться максимально вперед, не сгибая колен, и в этом положении с помощью сантиметровой ленты измеряют расстояние между двумя точками. В норме это расстояние становится больше 15 см. Измерение проводится дважды. Записывается результат наилучшей попытки
измерение бокового сгибания	Для оценки подвижности в поясничном отделе позвоночника во фронтальной плоскости. У пациента, стоящего у стены с прижатыми к ней пятками, ягодицами и лопатками, с помощью сантиметровой ленты сначала определяется расстояние между кончиком среднего пальца руки и полом, затем пациентом выполняется наклон вбок и снова измеряется это расстояние. Оценивается разница между исходным расстоянием и расстоянием после наклона. В норме эта разница должна составлять не менее 10 см. Измерение проводится дважды для каждой из сторон. Записывается результат наилучшей попытки
измерение расстояния козелок-стена и затылок-стена	Больного ставят спиной к стене и просят прижать к ней лопатки, ягодицы и пятки. Подбородок поддерживается на обычном уровне. Пациент пытается максимально приблизить голову (затылок) к стене, не запрокидывая при этом голову назад. С помощью сантиметровой ленты измеряется расстояние от затылка до стены и козелка до стены. Измерение проводится дважды для расстояния затылок стена и для каждой из сторон при измерении расстояния козелок-стена. Записывается результат наилучшей попытки.
определение ротации в	Для оценки степени выраженности подвижности в шейном

шейном отделе	отделе позвоночника измерять ротацию в шейном отделе позвоночника с помощью гониометра, и в норме угол поворота должен быть не менее 70 градусов
измерение максимального расстояния между лодыжками	Для оценки нарушений подвижности в ТБС измерять максимальное расстояние между лодыжками. Для этого, лежа на спине, больного просят максимально раздвинуть ноги и измеряют расстояние между медиальными лодыжками. Нормой считается расстояние 100 см. и выше. Измерение проводится дважды. Записывается результат наилучшей попытки
измерение дыхательной экскурсии грудной клетки	Экскурсия грудной клетки определяется как разница между ее окружностью при глубоком вдохе и полном выдохе на уровне 4-го межреберья. В норме она должна быть не менее 5 см. Измерение проводится дважды. Записывается результат наилучшей попытки.

Артрит в дебюте АС:

обычно моно- или олиго-;

часто поражаются суставы нижних конечностей и асимметрично;

отсутствие ревматоидного фактора в сыворотке;

наличие HLA-B27 или семейного анамнеза;

воспаление энтезисов (энтезит) часто пяток, таза;

нередко внескелетные проявления.

Факторы неблагоприятного прогноза АС:

начало АС до 16 лет

коксит (воспаление ТБС)

ранний шейный кифоз

неэффективность или непереносимость терапии НПВП

значительная степень функциональных нарушений позвоночника в первые годы АС

(особенно шейного отдела)

стойкая высокая лабораторная активность (увеличение СОЭ, СРБ)

стойкий периферический артрит и энтезит несмотря на терапию НПВП, сульфасалазином и локальными инъекциями

выраженные системные проявления (часто рецидивирующий увеит, аортит, поражение проводящей системы сердца)

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

Классификационные критерии ASAS для аксиального спондилоартрита (2009)

Ранняя (нерентгенологическая) стадия может быть установлена на основании классификационных критериев ASAS (2009)

Диагноз устанавливается при наличии сакроилеита и хотя бы одного признака спондилоартрита, или при наличии HLA-B27 и 2 других признаков спондилоартритов

Аксиальный спондилоартрит (нерентгенологическая, ранний АС)		
Для пациентов с болью в спине продолжительностью ≥ 3 месяцев и возрастом начала <45 лет		
Сакроилеит по данным МРТ или рентгенографии + ≥ 1 признаков спондилоартрита	или	HLA-B27 + ≥ 2 других признаков СпА
Признаки СпА: Воспалительная боль в спине*, артрит, энтезит (пяточный), увеит, дактилит, псориаз, болезнь Крона/язвенный колит, хороший ответ на НПВП, семейный анамнез СпА, HLA-B27, повышенный уровень СРБ		Сакроилеит Выявление методом МРТ (активное воспаление, остеит/отек костной ткани в области илиосакральных сочленений. Достоверный сакроилеит согласно данным рентгенографии по модифицированным Нью-Йоркским критериям Чувствительность 82,9% данных критериев, а специфичность составляет 84,4%

*Критерии воспалительной боли в спине ASAS (2009) (хроническая боль в спине)

Боль в спине считается воспалительной при наличии минимум четырех признаков из пяти

1. Возраст начала менее 40 лет
2. Постепенное начало
3. Улучшение после выполнения физических упражнений
4. Отсутствие улучшения в покое
5. Ночная боль

Развернутая и поздняя стадия соответствуют диагнозу АС, установленному по Модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984 г).

Развернутая и поздняя стадия соответствуют диагнозу АС, установленному по Модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984 г).

Модифицированные Нью-Йоркские критерии анкилозирующего спондилита (1984г.)

Диагноз устанавливается при наличии рентгенологического критерия и хотя бы одного клинического:

Клинические критерии	Рентгенологический критерий
Боль в нижней части спины, в течение 3 мес, уменьшающаяся после физических упражнений, не стихающая в покое	Сакроилеит: двусторонний (стадия II- IV) или

<p>Ограничение движений в поясничном отделе позвоночника, как в сагиттальной, так и во фронтальной плоскостях</p> <p>Уменьшение дыхательной экскурсии грудной клетки относительно нормальных объемов для данного возраста и пола</p>	<p>односторонний (стадия III-IV).</p>
--	---------------------------------------

Рентгенологические стадии сакроилеита по Келлгрену (Kellgren, 1965)

Стадии	Определение
<p>0 стадия- (норма).</p>	<p>нормальная равномерная ширина суставных щелей. суставные поверхности четкие, ровные. субхондральный остеосклероз не выявляется</p>
<p>I стадия- подозрительные изменения:</p>	<p>субхондральный остеосклероз: слабовыраженный, чаще в центральных отделах суставов; суставная щель: обычно равномерная на всем протяжении; суставные поверхности: отмечается нечёткость и/или неровность распространённость патологических изменений: изменения определяются на отдельных участках суставов со стороны крестца и/или подвздошных костей, чаще в центральных и/или нижних отделах крестцово-подвздошных суставов.</p>
<p>II стадия- минимальные изменения, начальный сакроилеит:</p>	<p>субхондральный остеосклероз: незначительный или умеренно выраженный распространённый остеосклероз, определяющийся с обеих сторон суставной щели; суставная щель: участки расширения суставной щели, чередующиеся с участками сужения; суставные поверхности: участки с неровностью и нечеткостью (размытостью) контуров на всём протяжении распространённость патологических изменений- изменения определяются в центральных и нижних отделах КПС на большом протяжении суставных поверхностей, как со стороны крестца, так и со стороны подвздошных костей.</p>
<p>III стадия- умеренные деструктивные изменения</p>	<p>субхондральный остеосклероз: типичным для этой стадии является выраженный распространённый остеосклероз, определяющийся с обеих сторон суставной щели; возможен вариант не выраженного остеосклероза, но с обязательным выраженным эрозивным процессом в суставах; суставная щель: участки расширения суставной щели, чередующиеся с участками сужения (значительное частичное или на всем протяжении расширение суставной щели говорит о выраженных деструктивных изменениях в суставах), в отдельных случаях при резко выраженном субхондральном остеосклерозе щели суставов могут не определяться, но замыкательная пластина тазового кольца в нижней части сустава не сливается в единый костный блок суставные поверхности: выявляются множественные эрозии; суставные поверхности имеют неровные контуры на всем протяжении, часто неровность сочетается с нечеткостью («размытостью» контуров) суставных поверхностей; распространённость патологических изменений: изменения определяются в центральных и нижних отделах крестцово-подвздошных суставов на большом протяжении суставных поверхностей, как со стороны крестца, так и со стороны подвздошных костей. иногда могут выявляться крупные кисты в субхондральном отделе КПС в процессе эволюции этой стадии сакроилеита на конечных этапах</p>

	остеосклероз обычно регрессирует: уменьшаются распространенность и выраженность субхондрального остеоэсклероза (со стороны как крестца, так и подвздошных костей), могут появляться единичные или множественные, различные по выраженности костные мостики (частичный костный анкилоз суставов), а сохраненные суставные щели чаще сужены, реже расширены
IV стадия – выраженные, терминальные изменения	субхондральный остеосклероз: отсутствует и/или незначительно выражен на отдельных участках в проекции суставных щелей КПС суставная щель и суставные поверхности: полный костный анкилоз суставов; в центральных отделах могут определяться нечетко выраженные участки суставных поверхностей. В нижней половине суставные щели полностью анкилозированы

К предикторам R-прогрессирования при аксиальных спондилоартритах относятся:

повышенный уровень С-реактивного белка;

наличие структурных изменений;

отек костного мозга;

мужской пол;

выявление HLA-B27;

курение.

повышенный индекс массы тела,

Примеры формулировки клинических диагнозов:

Анкилозирующий спондилит, ранняя стадия, очень высокая активность (BASDAI 7,8; ASDAS СРБ – 3,7), с внеаксиальными (энтезиты пяток, артрит) и внескелетными (увеит) проявлениями, HLA В-27 позитивный, ФК II.

Анкилозирующий спондилит, развернутая стадия, активность высокая (BASDAI 5,8; ASDAS СРБ – 2,5), с внеаксиальными проявлениями (двусторонний коксит), HLA В-27 позитивный, ФК II.

Анкилозирующий спондилит, поздняя стадия, активность умеренная (BASDAI 3,8; ASDAS СРБ – 2,0), HLA В-27 позитивный, ФК II.

Шейно-грудной кифоз (затылок-стена – 10 см).

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

В связи с тем, что недифференцированный артрит на ранних стадиях часто маскируется двумя другими заболеваниями (остеохондроз, грыжа диска), в дорентгенологическом периоде, специфического биомаркера заболевания в крови нет,

клинические симптомы развиваются медленно, поэтому правильная диагностика на ранних стадиях заболевания обычно приводит к затруднениям, а постановка диагноза откладывается на 5 лет.

Лабораторная диагностика.

Специфических диагностических лабораторных тестов для АС не существует;

Основные лабораторные исследования:

Общий анализ крови, мочи;

СРБ, РФ, АСЛО;

HLA-B27

Дополнительные лабораторные исследования:

Биохимический анализ крови: АСТ и АЛТ, мочевины, креатинина с определением скорости клубочковой фильтрации, глюкозы;

Хламидия трахоматис IgG, IgM или ПЦР;

Маркеры вирусных гепатитов В, С, ВИЧ;

АЦЦП;

Проба Райта-Хедельсона (с целью исключения бруцеллезного артрита)

Тесты диаскин, квантиферон или проба Манту

-исследование синовиальной жидкости (при периферических артритах)

Лабораторные исследования проводятся с целью определения активности заболевания, дифференциальной диагностики с другими воспалительными заболеваниями суставов (РА, реактивный артрит, бруцеллезный артрит, туберкулезный артрит).

Показатели активности воспаления

IA	СОЭ - высокочувствительный, но неспецифичный и нестабильный маркера системного воспаления.
----	--

IA	СРБ -используется для оценки активности воспаления, независимый предиктор быстрого структурного прогрессирования АС.
----	--

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

Инструментальная диагностика.

Основные инструментальные исследования:

- Рентгенография костей таза;
- МРТ костей таза;
- Рентгенография шейного, поясничного отделов позвоночника;
- МРТ исследования шейного и поясничного отделов позвоночника

Дополнительные инструментальные исследования:

- УЗИ внутренних органов
- Рентгенография грудной клетки
- ЭКГ
- ЭхоКГ
- ЭГФДС
- УЗИ сустава с целью диагностики синовита; (при периферической форме)

Рентгенография костей таза с захватом тазобедренных суставов в переднезадней и боковой проекции-основной метод диагностики структурных изменений в КПС (сакроилеит) и позвоночнике (квадратизация позвонков, эрозии, остеосклероз или «сияющие углы», синдесмофиты) и мониторинга прогрессирования. Скорость R-прогрессирования зависит от активности заболевания.

МРТ исследование проводится для диагностики сакроилеита, синовита и энтезита. При наличии клинических показаний (боль воспалительного ритма в нижней части спины и относительно небольшой давности заболевания – до 2-3 лет) и отсутствии достоверных признаков сакроилиита на рентгенограммах рекомендовано проведение МРТ КПС. Целесообразно проведение МРТ КПС с обязательным использованием T1 и T2 FatSat (или STIR) импульсных последовательностей в полукоронарной плоскости с толщиной среза не более 4 мм. Достоверный сакроилиит при МРТ обследовании это не менее двух участков субхондрального отека костного мозга в области КПС, или по одному участку, но на двух и более последовательных МР срезах.

Отек костного мозга при МРТ - гиперинтенсивный сигнал на томограммах в STIR–режиме или T1 с подавлением сигнала от жировой ткани (fat-saturated) и контрастным усилением. Чем сильнее гиперинтенсивный сигнал, тем с большей вероятностью он отражает активное воспаление. Пораженные области костного мозга расположены

периартикулярно. Энтезит - гиперинтенсивный сигнал в STIR режиме или в T1-взвешенном изображении с подавлением сигнала от жировой ткани и контрастным усилением в местах прикрепления связок и сухожилий к кости, включая область за суставом (межкостные связки). Сигнал может распространяться на костный мозг и мягкие ткани.

Компьютерная томография имеет вспомогательную роль в диагностике АС.

КТ рекомендуется проводить в случае наличия сомнительных изменений по данным рентгенографии и отсутствия МРТ-признаков достоверного сакроилеита;

КТ позволяет преодолеть затруднения, встречающиеся при интерпретации данных обычной рентгенографии (ранняя стадия, не полное закрытие зон роста у лиц моложе 21 лет, болезнь Форестье и др.).

УЗИ (ультрасонография) выявляет энтезиты и воспалительное поражение суставов. УЗИ тазобедренных суставов информативный метод выявления воспалительного поражения сустава. УЗИ тазобедренных суставов рекомендуется проводить всем больным с АС, предъявляющим жалобы на боли и ограничение движений в этих суставах. Наличие выпота в тазобедренном суставе диагностируется если расстояние между поверхностью шейки бедренной кости и суставной капсулой превышает 7 мм. Важным моментом при исследовании контрлатеральных суставов является наличие асимметрии более чем 1,5 мм шеечно-капсулярного пространства.

Рентгенография органов грудной клетки рекомендована до назначения терапии БПВП и ГИБП и с последующим ее повторением каждые 6 месяцев на фоне терапии ГИБП.

ЭКГ – может выявить нарушение проводимости

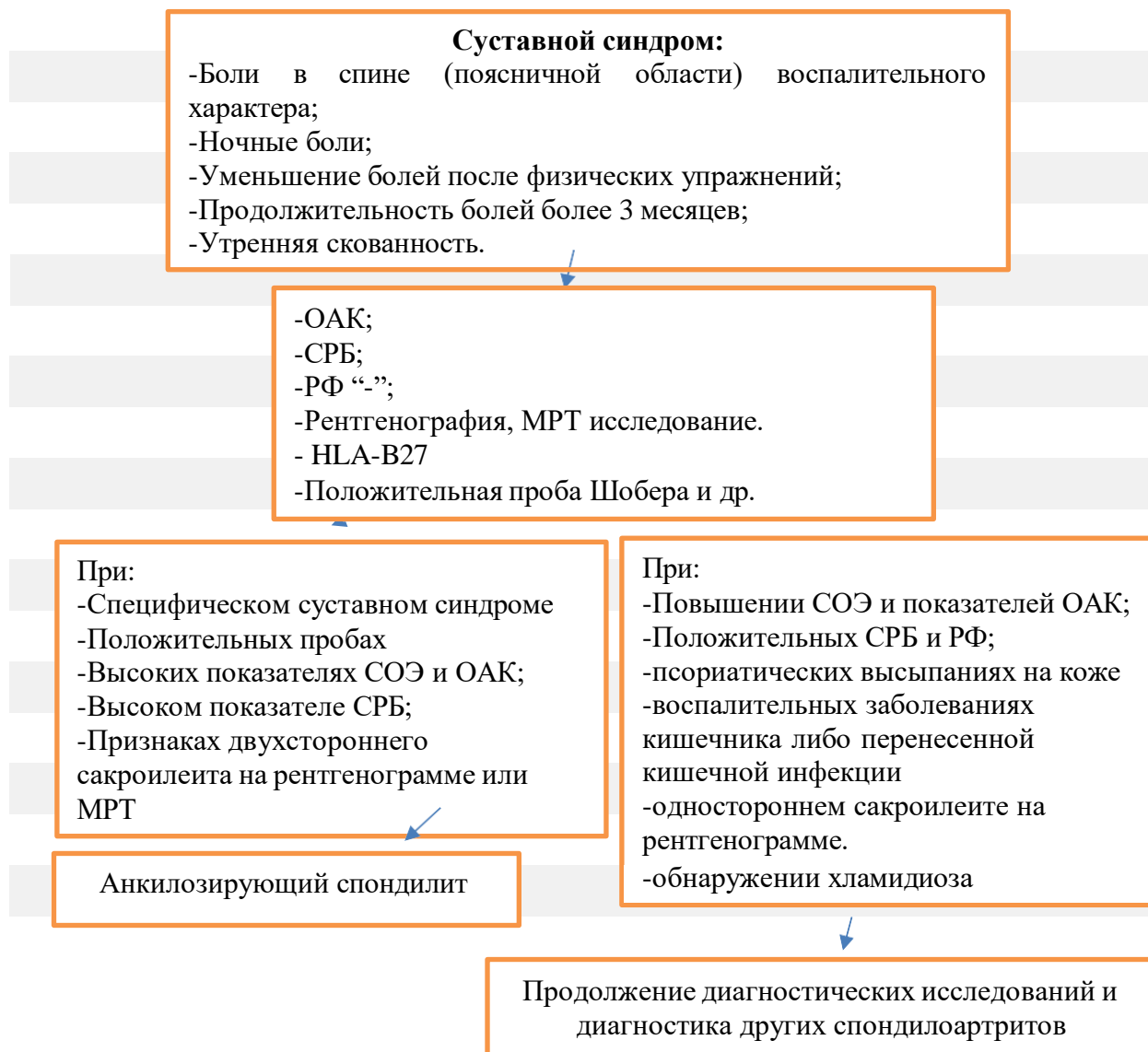
ЭхоКГ – выявляет поражение сердца и аорты

ЭГФДС – для исключения эрозивного, язвенного повреждения желудка, контроля безопасности длительного применения НПВП

Показания к консультации узких специалистов:

- Невропатолог – при появлении вторичной грыжи диска и ее осложнений;
- Онколог – с целью исключения онкологических заболеваний и метастазов позвоночника и костей таза;
- врач-остеопат - с целью исключения туберкулезного поражения костно-суставной системы;
- Врач-травматолог – для решения вопроса хирургического лечения суставов на поздних стадиях заболевания;
- Инфекционист- для исключения поражения суставов инфекционной этиологии.

3.2. Алгоритм диагностики:



<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

3.3. Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Дифференциальная диагностика серонегативных спондилоартритов

Признаки	Анкилозирующий спондилит	Псориатический артрит	Реактивный артрит
Возраст начало болезни	молодые люди, подростки	35-45 лет	молодые люди
Соотношение мужчин и женщин	3:1	1:1	5:1
HLA -B27	HLA -B27	HLA- B27 (аксиальное поражение)	HLA- B27 (аксиальное поражение)
Артрит	Иногда асимметричный, нижние конечности	Обычно, асимметричный, любые суставы	Обычно, асимметричный, нижние конечности
Энтезит	обычно	очень часто	очень часто
Дактилит	не характерно	часто	часто
Поражение кожи	не характерно	Псориаз кожи и ногтей	Циркулярный баланит, кератодермия
Поражение глаз	увеит	не характерно	ирит, конъюнктивит
Мочеполовые поражения	нет	нет	уретрит, цервицит
Сакроилеит	двусторонний	односторонний	односторонний
Синдесмофиты	мелкие, краевые	массивные, не краевые	шероховатые, единичные паравerteбральные
Рентгенография суставов		Остеолиз суставных поверхностей, эрозии, костные пролиферации поясничного отдела позвоночника	энтезопатия в виде очагов деструкции в местах прикрепления связок к костям
Эффект от применения	ГИБП	БПВП	антибактериальная терапии

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

4. Тактика ведения пациентов в амбулаторных условиях:

Лечение пациентов должно проводиться врачами ревматологами, на протяжении всей жизни пациента

Современная стратегия лечения строится по принципу «Лечение до достижения цели» (Treat to Target – T2T).

Цель лечения - достижение стойкой клинической, лабораторной и МРТ-ремиссии или (альтернатива) стойко низкой активности болезни, что обеспечивает стабилизацию функциональных возможностей пациента, сохранение качества жизни и

трудоспособности. ASDAS $\leq 1,3$ признано основной целью лечения в стратегии до достижения цели (Treat to Target – T2T).

МРТ-ремиссия- полное исчезновение острых воспалительных изменений в позвоночнике, КПС и тазобедренных суставах (при наличии коксита)).

4.1. Немедикаментозная (без лекарственных препаратов) терапия:

Обучение пациентов проводится с учетом особенностей больного и включает информацию о заболевании, рекомендации по изменению образа жизни, снижению веса и необходимости выполнения физических упражнений. Обучение эргономическим методикам (трудотерапия) и использованию вспомогательных приспособлений. Обучающие программы самоэффективности и самоконтроля должны быть организованы на постоянной основе.

В этих программах используется междисциплинарный групповой подход. На занятиях рассказывают пациентам о заболевании, действии лекарств и их побочных эффектов, значение физических упражнений. Регулярные физические упражнения, лечебная физкультура улучшают течение и прогноз болезни и имеет патогенетическое значение. Пациент должен бросить курить

Выбор методов лечения должно основываться на совместном решении между пациентом и специалистом.

Физические упражнения:

IA	Среди немедикаментозных методов лечения АС основное место занимают обучение больных (школа пациентов) и регулярная ЛФК.
----	---

IA	Регулярные физические упражнения, лечебная физкультура улучшают течение и прогноз болезни.
----	--

Упражнения должны быть персонализированными и адаптированными к потребностям и предпочтениям каждого пациента, чтобы они стали частью образа жизни, а не дополнительными событиями.

Продолжительность аэробных тренировок средней интенсивности должно быть в течение не менее 30 мин/сут. или до 60 мин для большей пользы. Необходимо увеличение интенсивности и/или продолжительности упражнений с течением времени.

Необходимо учитывать противопоказания для занятий лечебной физкультурой.

Физиотерапевтические рекомендации :

Физиотерапия проводится как вспомогательный метод в виде различных видов гидротерапии, мануальной терапии, чрезкожной электронейростимуляции, акупунктуры. Эти методы рекомендуются при низкой активности заболевания.

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

4.2. Медикаментозная (лекарственная) терапия:

Выбор методов лечения должен основываться на совместном решении пациента и специалиста.

Медикаментозная терапия

НПВП и анальгетики

Глюкокортикоиды

Синтетические базисные противовоспалительные препараты (с-БПВП)

Ингибиторы фактора некроза опухоли α (иФНО- α)

Ингибиторы интерлейкина 17 (иИЛ17)

Синтетические таргетные противовоспалительные препараты- ингибиторы Янус-киназ (JAK)

Нестероидные противовоспалительные препараты (ЦОГ-1 и ЦОГ-2)

Список основных препаратов (со 100% вероятностью применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
производные фенилуксусной кислоты	Диклофенак	таблетки 25мг, 50 мг-внутри-2-3 раза в день; таблетки, капсулы 100 мг-внутри-1 раз в день; ампулы 3мл 75мг/мл-в/м-1-2 раза в день.	1 А

производные фенилуксусной кислоты	Ацеклофенак	таблетки 100 мг-внутри-2 раза в день.	1 А
производные индолуксусной кислоты	Индометацин	таблетки 25мг-внутри-2-3 раза в день.	1 А
производные акрилуksусной кислоты	Кеторолак	таблетки 10мг-внутри-1-4 раза в день; ампулы 30мг/мл-в/в, в/м-1-3 раза в день.	1 А
производные пропионовой кислоты	Ибупрофен	таблетки 200 мг-внутри-3-4 раза в день; таблетки 400 мг-внутри-2-3 раза в сут. таблетки 800 мг-2 таб внутри-1 раза в сут	1 А
производные пропионовой кислоты	Напроксен	таблетки 250мг, 500мг-внутри-2 раза в сут; таблетки 275мг, 550мг-внутри-1-2 раза в день.	1 А
производные пропионовой кислоты	Кетопрофен	капсулы 50 мг-внутри-3-4 раза в день; таблетки 100мг-внутри-1-2 раза в день; таблетки и капсулы 150мг-внутри-1 раз в день; ампулы 2 мл 50мг/мл-в/м, в/в-1-2 раза в день.	1 А
производные пропионовой кислоты	Декскетопрофен	таблетки 12,5 мг, 25мг, пакетики 25 мг, гранулы для приготовления раствора внутри-внутри-1-3 раза в день; ампулы 2 мл 25мг/мл-в/м или в/в-1-2 раза в день.	1 А
оксикамы	Теноксикам	таблетки 20мг-внутри-1 раз в день; флаконы 20мг лиофилизированный порошок и растворитель-в/м, в/в-1 раз в день.	1 А

оксикамы	Лорноксикам	таблетки 4мг-внутри-2-3 раза в день; таблетка 8мг-внутри-1-2 раза в день; флаконы 8 мг. лиофилизат для приготовления раствора для в/в и в/м введения-в/в, в/м-1-2 раза в день.	1 А
оксикамы	Пироксикам	капсулы, таблетки 10мг, 20мг-внутри-1 раз в день; ампулы 20мг/мл-1 раз в день	1 А
оксикамы	Мелоксикам	таблетки 7,5–15мг-внутри-2 раза в день; ампулы 15мг/1,5мл-в/м-1 раза в день.	1 А
производные сульфонанилидов	Нимесулид	таблетки 100мг, гранулы д/пригот. сусп. д/приема внутри 100 мг/2 г-внутри-2 раза в день.	1 А
производные индолуксусной кислоты	Этодолак	таблетки 400мг, 600 мг-внутри-2 раза в день.	1 А
высокоселективные нестероидные противовоспалительные препараты	Целекоксиб	Капсулы 200 мг 2 раза в день внутри	1 А
высокоселективные нестероидные противовоспалительные препараты	Эторикоксиб	таблетки 60мг, 90мг, 120мг-внутри-1 раз в день.	1 А
			https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10183299/

IA	НПВП назначаются вне зависимости от стадии заболевания постоянно и в полной противовоспалительной дозе, сразу после установления диагноза АС. Нет преимуществ между препаратами.
----	--

IB	НПВП является препаратом первой линии у пациентов с АС с болью и утренней скованностью.
----	---

III D	При неэффективности или недостаточного эффекта при первом приеме НПВП рекомендуется замена препарата на другой. Не рекомендуется использовать два и более НПВП одновременно (уровень достоверности Д).
-------	--

НПВП назначаются вне зависимости от стадии заболевания постоянно и в полной противовоспалительной дозе, сразу после установления диагноза АС. Нет преимуществ между препаратами. Суточная доза НПВП уменьшается или отменяется - после достижения клинической, лабораторной и МРТ-ремиссии.

Не рекомендуется:

одновременное использование 2-х и более НПВП;

отменять НПВП после назначения синтетических БПВП или ГИБП;

назначать НПВП при обострении ВЗК, эрозиях и язвах ЖКТ, ЖКТ-кровотечении; и др. осложнений.

При очень высоком риске кардиоваскулярных осложнений (SCORE $\geq 5\%$).

При SCORE 1–4% показан напроксен, целекоксиб, кетопрофен, ибупрофена ≤ 1200 мг/сут;

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889857X20300119?via%3Dihub>

Ib	Анальгетики, такие как парацетамол и опиоиды, могут быть рассмотрены для купирования боли у пациентов, у которых НПВП недостаточны, противопоказаны и / или плохо переносятся.
----	--

При умеренной вероятности осложнений со стороны ЖКТ рекомендуются:

селективные НПВП (ЦОГ-2) без дополнительной профилактики;

неселективные НПВП (ЦОГ-1) на фоне профилактики ИПП.

При низком риске осложнений рекомендуются любые НПВП.

Ib	Анальгетики, такие как парацетамол и опиоиды, могут быть рассмотрены для купирования боли у пациентов, у которых НПВП недостаточны, противопоказаны и / или плохо переносятся.
----	--

Ацетаминофен (ненаркотический анальгетик из группы анилидов, **парацетамол** таблетки 500 мг) по 1-2 таб. 3 раза в день не более 4 таб. в сутки

Трамадол (анальгетическое опиоидное средство, кап. 50 мг) могут использоваться, в качестве дополнительного краткосрочного симптоматического лечения, особенно в тех случаях, когда терапия боли при помощи НПВП неэффективна, противопоказана, и/или плохо переносится

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31436026/>

Синтетические базисные противовоспалительные препараты (сульфасалазин, метотрексат, лефлуномид)

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
сульфаниламидный препарат	Сульфасалазин	таблетки 500мг, внутрь, 500-2000мг разделенные на 2-3 раза в день	1 А
противоопухолевое средство, антиметаболит	Метотрексат	таблетки 2,5 мг, 5 мг, внутрь, 7.5-25мг в неделю	1 А
противоопухолевое средство, антиметаболит	Метотрексат	преднаполненные шприцы 7,5 мг-22,5 мг - подкожно, 1 раз в неделю	2 В
иммунодепрессант	Лефлуномид	таблетки 20 мг, внутрь, 10-20 мг, 1 раз в день	1 А

Ia	Нет данных об эффективности БПВП, включая сульфасалазин и метотрексат, для лечения осевого заболевания.
----	---

Условная рекомендация	Сульфасалазин и метотрексат следует назначать только пациентам с выраженным периферическим артритом или когда ингибиторы фактора некроза опухоли (TNFi) недоступны.
-----------------------	---

Сульфасалазин (таблетки 500мг, сульфаниламидный препарат) рекомендуется не менее 2 г/сутки при внеаксиальных проявлениях.

<https://www.reumatologiaclinica.org/en-linkresolver-2021-clinical-practice-guideline-for-S2173574322000430>

При неэффективности или непереносимости сульфасалазина при внеаксиальных проявлениях (артрит, дактилит) рекомендуется **метотрексат** 7.5-25 мг/неделю или лефлунамид 20 мг/сут.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37803079/>

БПВП (сульфасалазин, метотрексат, лефлуномид) не эффективны у пациентов с поражением только аксиального скелета. Но в отдельных случаях рассматривается назначение БПВП.

Глюкокортикоиды.

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Глюкокортикоиды-депо форма	Бетаметазон дипропионат/динатрия фосфат	суспензия для инъекций 7мг/мл-1,0мл, внутрисуставно, по схеме	1 А
Глюкокортикоиды-депо форма	Триамцинолон ацетонид	суспензия для инъекций 40 мг/мл-1,0мл	1 Б

Системное применение ГК как при аксиальной форме АС, так и при наличии артрита (ов) периферических суставов не рекомендуется. Исключение: сочетание АС с ВЗК

- Применение высоких доз ГК («пульс-терапия») имеет краткосрочный эффект и может быть использовано в отдельных клинических ситуациях. У больных с высокой активностью, недостаточным эффектом НПВП, БПВП можно использовать «пульс-терапию» в течение 1-3 дней.

- Локальное введение ГК можно использовать при периферическом артрите, сакроилиите и энтезитах. Повторные инъекции в один и тот же сустав проводятся не чаще 3 раз в год.

Ib	Системное (внутри) применение не рекомендуется при аксиальной форме АС. Могут быть рассмотрены инъекции кортикостероидов в локальные очаги воспаления опорно-двигательного аппарата.
----	--

Внутрисуставные инъекции применяются в виде депо форм (суспензия для инъекций бетаметазон дипропионат/натрия фосфат, 7мг/мл-1,0мл; триамцинолон ацетонид 40 мг/мл-1,0мл) вводиться при внеаксиальных проявлениях локально в область КПС 1 раз в 3 месяца для быстрого противовоспалительного эффекта (под контролем УЗИ) и при синовитах.

Высокие дозы (пульс-терапия) ГК имеют краткосрочный эффект и могут быть использованы только в отдельных клинических ситуациях

При увеите рекомендовано местное лечение ГК.

Не рекомендуется вводить ГК в сухожилия.

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

Генно-инженерные биологические препараты: (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб, цертолизумаба пэгол)*

Генно-инженерные биологические препараты

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Ингибитор ФНО-α	Этанерцепт	Подкожно, шприц-ручка 25мг и 50мг. 25 мг 2 раза в неделю или 50 мг 1 раз в неделю.	1 А
ингибитор ИЛ-17	Секукинумаб	Подкожно, 150-300мг. На 0, 1, 2, 3, 4 неделе, затем ежемесячно в качестве поддерживающей дозы	1 А

настоятельно рекомендуется	Биологические БПВП должны получать пациенты с персистирующей высокой активностью заболевания, несмотря на стандартную терапию;
----------------------------	--

настоятельно рекомендуется	Несмотря на лечение НПВП секукинумаб рекомендовано для лечения анкилозирующего спондилита
----------------------------	---

настоятельно рекомендуется	Несмотря на лечение НПВП ингибиторы фактора некроза опухоли рекомендованы для лечения анкилозирующего спондилита. Никакой конкретный TNF не рекомендуется в качестве предпочтительного выбора.
-------------------------------	--

Ib	Нет никаких доказательств в поддержку обязательного применения БПВП до или одновременно с лечением анти-TNF у пациентов с осевым заболеванием.
----	--

ГИБП «первой линии» - ингибиторы ФНО- α и ИЛ-17A.

Все ГИБП (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб, цертолизумаба пэгол, секукинумаб) обладают сходной эффективностью при АС.

Ингибитор фактора некроза опухоли- α (этанерцепт 50 мг 1 раз в неделю п/к). Терапия, начатая на ранних стадиях болезни более эффективна чем на поздних. Препараты обладают быстрым и выраженным симптоматическим эффектом. Болезнь модифицирующее действие выражено при длительном использовании (более 4 лет, требуется дальнейшее наблюдение)

https://www.esceo.org/sites/esceo/files/pdf/A_tailored_approach_16.pdf

Ингибитор интерлейкина ИЛ-17 А (моноклональное антитело) (секукинумаб порошок для приготовления раствора для инъекций) купирует системное и локальное воспаление и предотвращает структурное прогрессирование. Рекомендуемая доза составляет 150 мг в виде подкожной инъекции в качестве начальной дозы на 0, 1, 2 и 3, 4 неделе с последующим ежемесячным введением в качестве поддерживающей дозы.

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

Препараты «второй линии» ГИБП – ингибиторы Янус-киназы (JAK). Тофацитиниб* 5 мг 1 таб 2 раза в день, Упадацитиниб* 15 мг 1 раз в день.

Применение данной группы препаратов не рекомендуется людям старше 65 лет, с тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы и с высокой склонностью к онкологии.

ГИБП показаны при:

высокой активности (BASDAI >4 или ASDAS >2,1)

высокий СРБ

признаки воспаления на МРТ
неэффективности 2-х последовательно назначенных не менее 4-х недель НПВП в
полной дозе

при не полном ответе как минимум на 2 разных НПВП в течение 2 месяцев

BASDAI > 4 или ASDAS > 2,1

периферическом артрите

неэффективности в течение 3 месяцев сульфасалазина 2-3 г/сутки

неэффективность не менее 2-х внутрисуставных инъекций ГК;

рецидивирующим или хроническим увеите (иФНО- α);

быстро прогрессирующим коксите

Предиктором хорошего ответа на иФНО- α являются:

молодой возраст

небольшая длительность заболевания

низкий уровень функциональной недостаточности

высокие уровни СРБ/СОЭ

носительство B27 антигена

признаки активного воспаления на МРТ.

При потере эффективности иФНО- α рекомендуется переход на другой иФНО- α или иИЛ-17.

Перевод на другой иФНО- α или иИЛ17, если за 12 недель лечения нет уменьшения ASDAS \geq 1,1 и BASDAI \geq 2.

При достижении стойкой ремиссии на фоне ГИБП не менее 3-х месяцев терапию можно модифицировать увеличением интервалов между введениями без снижения дозы.

При аксиальном варианте не эффективно назначать БПВП перед ГИБП или одновременно.

ГИБП противопоказаны:

Активные инфекции

Гиперчувствительность к белковому компоненту

Иммунодефицитные состояния,

Сердечная недостаточность

Печеночная недостаточность:

Выраженные гематологические нарушения

Рассеянный склероз

Онкологические заболевания

Курение является фактором риска прогрессирования АС, снижает эффективность

иФНО-α и увеличивает летальность

Для снижения риска постинфекционных реакций рекомендуется строго соблюдать технику подкожных инъекций лекарственных препаратов (регулярно менять места инъекций, не вводить охлажденный раствор и др.), при необходимости рекомендовать прием антигистаминных препаратов, локальные ГК, лед на место инъекций

Индикатор эффективности лечения:

- снижение активности воспалительного процесса
- клинически значимое улучшение - снижение ASDAS $\geq 1,1$
- значительное улучшение - снижение ASDAS $\geq 2,0$
- снижение темпа прогрессирования рентгенологических изменений

4.3. Хирургическое лечение:

Проводится строго в условиях стационара.

4.4. Дальнейшее ведение:

Рекомендовано обучать больных:

- правильным стереотипам повседневных движений, снижающих нагрузку на суставы;*
- ежедневной лечебной гимнастике;*
- правилам ношения индивидуальных ортопедических приспособлений;*
- выбору удобной обуви;*
- нормализации массы тела.*

Амбулаторное наблюдение и лечение у СВ, ревматолога, физиотерапевта и ортопеда-травматолога. Длительность наблюдения индивидуально назначают вышеуказанные специалисты.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36261247/>

4.5. Индикаторы безопасности диагностических и лечебных мероприятий и эффективности лечения, приведенных в протоколе/клинических рекомендациях:

- Отсутствие поражения новых суставов;
- Уменьшение или исчезновение болевого синдрома, признаков воспаления;
- Улучшение качества жизни.

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

5. Показания к госпитализации в зависимости от вида медицинской помощи:

5.1. Показания для плановой госпитализации:

Ранняя диагностика, верификация диагноза;

АС высокой и умеренной активности, требующий коррекции терапии;

активный АС в сочетании с коморбидными заболеваниями или осложнениями

отсутствие эффекта от амбулаторного лечения;

развитие интеркуррентной инфекции, осложнений заболевания или лекарственной терапии;

проведение первых 1-2 инфузий ГИБТ.

Показания для экстренной госпитализации:

высокая и очень высокая степень активности с выраженным болевым синдромом аксиальной и внеаксиальной локализации, с выраженными внескелетными проявлениями;

развитие тяжелой интеркуррентной инфекции у пациента, получающего глюкокортикостероидную и БПВП терапию;

тяжелые осложнения лекарственной терапии

развитие полной атриовентрикулярной блокады (в целях установки искусственного водителя ритма - в профильном кардиохирургическом отделении)

6. Лечебная тактика в условиях стационара:

6.1. Карта наблюдения и маршрутизации больного:

СВ

- - Боль в пораженном суставе и позвоночнике;
- Наличие ночных болей;
- Уменьшение болей после физических упражнений
- -Выраженная общая слабость;
- -Утренняя скованность менее 30 минут.

СВ

- - ОАК;
- - ОАМ;
- - СРБ;
- - РФ;
- - рентгенологическое исследование;
- - Осмотр ревматолога.

СВ + Ревматолог

- Если:
- - повышены СОЭ показатели ОАК;
- - СРБ положительный; HLA-B27 -позитивный
- - На рентгенограмме наблюдаются признаки сакроилеита, признаки спондилита позвоночника

СВ+Ревматолог

- Диагноз: Аксиальный спондилит;
- Немедикаментозное амбулаторное лечение;
- Медикаментозное амбулаторное лечение.

Ревматолог + Терапевт

- Стационарное лечение при тяжелом течении заболевания, сильных болях и воспалении в суставах.

Терапевт + Ревматолог + Травматолог + Физиотерапевт

- Стационарное немедикаментозное и медикаментозное лечение назначают по рекомендациям ревматолога, ортопеда-травматолога, физиотерапевта.

Травматолог+Ревматолог+Физиотерапевт+СВ

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

6.2. Немедикаментозная (без лекарственных препаратов) терапия:

- Больным АС в условиях стационара рекомендуется: обучение больных самоконтролю, аутотренингу, употреблению фруктов и овощей, молочных продуктов в ежедневном рационе, снижение количества сладких газированных напитков, сладостей в рационе, лечебные физические упражнения при невыраженном болевом синдроме. Достигнутые результаты согласуются с пациентом.

Физиотерапевтические рекомендации:

Лечение артрита в остром периоде заболевания основано на принципах покоя пораженного сустава, чрезмерные физиотерапевтические процедуры в период высокой активности не рекомендуются.

В подострой стадии для сохранения функций пораженных суставов показана физическая реабилитация: постельный режим, лечебный массаж, лечебная гимнастика наряду с физиотерапевтическими процедурами (УФН, тепловые процедуры, сероводородные ванны).

Физическая реабилитация при хроническом течении включает лечебный массаж, лечебную гимнастику, бальнеотерапию (сероводородные, радоновые ванны), грязелечение в сочетании с санаторно-курортными условиями. Бальнеотерапия (БТ) — вспомогательная терапия при АС, применяемая при полиартритах низкой активности.

<https://www.kjim.org/journal/view.php?doi=10.3904/kjim.2023.194>

6.3. Медикаментозная (лекарственная) терапия:

Выбор методов лечения должен основываться на совместном решении пациента и специалиста.

Медикаментозная терапия

НПВП и анальгетики

Глюкокортикоиды

Синтетические базисные противовоспалительные препараты (с-БПВП)

Ингибиторы фактора некроза опухоли α (иФНО- α)

Ингибиторы интерлейкина 17 (иИЛ17)

Синтетические таргетные противовоспалительные препараты- ингибиторы Янус-киназ (JAK)

Нестероидные противовоспалительные препараты (ЦОГ-1 и ЦОГ-2)

Список основных препаратов (со 100% вероятностью применения):

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
производные фенилуксусной кислоты	Диклофенак	таблетки 25мг, 50 мг-внутри-2-3 раза в день; таблетки, капсулы 100 мг-внутри-1 раз в день; ампулы 3мл 75мг/мл-в/м-1-2 раза в день.	1 А
производные фенилуксусной кислоты	Ацеклофенак	таблетки 100 мг-внутри-2 раза в день.	1 А
производные индолуксусной кислоты	Индометацин	таблетки 25мг-внутри-2-3 раза в день.	1 А
производные акрилуксусной кислоты	Кеторолак	таблетки 10мг-внутри-1-4 раза в день; ампулы 30мг/мл-в/в, в/м-1-3 раза в день.	1 А
производные пропионовой кислоты	Ибупрофен	таблетки 200 мг-внутри-3-4 раза в день; таблетки 400 мг-внутри-2-3 раза в сут. таблетки 800 мг-2 таб внутри-1 раз в сут.	1 А
производные пропионовой кислоты	Напроксен	таблетки 250мг, 500мг-внутри-2 раза в сут; таблетки 275мг, 550мг-внутри-1-2 раза в день.	1 А
производные пропионовой кислоты	Кетопрофен	капсулы 50 мг-внутри-3-4 раза в день; таблетки 100мг-внутри-1-2 раза в день; таблетки и капсулы 150мг-внутри-1 раз в день; ампулы 2 мл 50мг/мл-в/м, в/в-1-2 раза в день.	1 А

производные пропионовой кислоты	Декскетопрофен	таблетки 12,5 мг, 25мг, пакетики 25 мг, гранулы для приготовления раствора внутрь-внутрь-1-3 раза в день; ампулы 2 мл 25мг/мл-в/м или	1 А
		в/в-1-2 раза в день.	
оксикамы	Теноксикам	таблетки 20мг-внутрь-1 раз в день; флаконы 20мг лиофилизированный порошок и растворитель-в/м, в/в-1 раз в день.	1 А
оксикамы	Лорноксикам	таблетки 4мг-внутрь-2-3 раза в день; таблетка 8мг-внутрь-1-2 раза в день; флаконы 8 мг. лиофилизат для приготовления раствора для в/в и в/м введения-в/в, в/м-1–2 раза в день.	1 А
оксикамы	Пироксикам	капсулы, таблетки 10мг, 20мг-внутрь-1 раз в день; ампулы 20мг/мл-1 раз в день	1 А
оксикамы	Мелоксикам	таблетки 7,5–15мг-внутрь-2 раза в день; ампулы 15мг/1,5мл-в/м-1 раз в день.	1 А
производные сульфанилидов	Нимесулид	таблетки 100мг, гранулы д/пригот. сусп. д/приема внутрь 100 мг/2 г-внутрь-2 раза в день.	1 А
производные индолуксусной кислоты	Этодолак	таблетки 400мг, 600 мг-внутрь-2 раза в день.	1 А
высокоселективные нестероидные противовоспалительные препараты	Целекоксиб	Капсулы 200 мг 2 раза в день внутрь	1 А
высокоселективные нестероидные противовоспалительные препараты	Эторикоксиб	таблетки 60мг, 90мг, 120мг-внутрь-1 раз в день.	1 А

			https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10183299/
--	--	--	---

IA	НПВП назначаются вне зависимости от стадии заболевания постоянно и в полной противовоспалительной дозе, сразу после установления диагноза АС. Нет преимуществ между препаратами.
----	--

IB	НПВП является препаратом первой линии у пациентов с АС с болью и утренней скованностью.
----	---

III D	При неэффективности или недостаточного эффекта при первом приеме НПВП рекомендуется замена препарата на другой. Не рекомендуется использовать два и более НПВП одновременно (уровень достоверности Д).
-------	--

НПВП назначаются вне зависимости от стадии заболевания постоянно и в полной противовоспалительной дозе, сразу после установления диагноза АС. Нет преимуществ между препаратами. Суточная доза НПВП уменьшается или отменяется - после достижения клинической, лабораторной и МРТ-ремиссии.

Не рекомендуется:

одновременное использование 2-х и более НПВП;

отменять НПВП после назначения синтетических БПВП или ГИБП;

назначать НПВП при обострении ВЗК, эрозиях и язвах ЖКТ, ЖКТ-кровоотечении; и др. осложнений.

При очень высоком риске сердечно-сосудистых осложнений (SCORE $\geq 5\%$).

При SCORE 1–4% показан напроксен, целекоксиб, кетопрофен, ибупрофена ≤ 1200 мг/сут;

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889857X20300119?via%3Dihub>

Ib	Анальгетики, такие как парацетамол и опиоиды, могут быть рассмотрены для купирования боли у пациентов, у которых НПВП недостаточны, противопоказаны и / или плохо переносятся.
----	--

При умеренной вероятности осложнений со стороны ЖКТ рекомендуются:

селективные НПВП (ЦОГ-2) без дополнительной профилактики;

неселективные НПВП (ЦОГ-1) на фоне профилактики ИПП.

При низком риске осложнений рекомендуются любые НПВП.

Ib	Анальгетики, такие как парацетамол и опиоиды, могут быть рассмотрены для купирования боли у пациентов, у которых НПВП недостаточны, противопоказаны и / или плохо переносятся.
----	--

Ацетаминофен (ненаркотический анальгетик из группы анилидов, **парацетамол** таблетки 500 мг) по 1-2 таб. 3 раза в день не более 4 таб. в сутки

Трамадол (анальгетическое опиоидное средство, кап. 50 мг) могут использоваться, в качестве дополнительного краткосрочного симптоматического лечения, особенно в тех случаях, когда терапия боли при помощи НПВП неэффективна, противопоказана, и/или плохо переносится

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31436026/>

Синтетические базисные противовоспалительные препараты (сульфасалазин, метотрексат, лефлуномид)

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
сульфаниламидный препарат	Сульфасалазин	таблетки 500мг, внутрь, 500-2000мг разделенные на 2-3 раза в день	1 А
противоопухолевое средство, антиметаболит	Метотрексат	таблетки 2,5 мг, 5 мг, внутрь, 7.5-25мг в неделю	1 А
противоопухолевое средство, антиметаболит	Метотрексат	преднаполненные шприцы 7,5 мг-22,5 мг 1 раз в неделю	2 В
иммунодепрессант	Лефлуномид	таблетки 20 мг, внутрь, 10-20 мг, 1 раз в день	1 А
Ia	Нет данных об эффективности БПВП, включая сульфасалазин и метотрексат, для лечения осевого заболевания.		

Условная рекомендация	Сульфасалазин и метотрексат следует назначать только пациентам с выраженным периферическим артритом или когда ингибиторы фактора некроза опухоли (TNFi) недоступны.
-----------------------	---

Сульфасалазин (таблетки 500мг, сульфаниламидный препарат) рекомендуется не менее 2 г/сутки при внеаксиальных проявлениях.

<https://www.reumatologiaclinica.org/en-linkresolver-2021-clinical-practice-guideline-for-S2173574322000430>

При неэффективности или непереносимости сульфасалазина при внеаксиальных проявлениях (артрит, дактилит) рекомендуется **метотрексат** 7.5-25 мг/неделю или лефлунамид 20 мг/сут.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37803079/>

БПВП (сульфасалазин, метотрексат, лефлуномид) не эффективны у пациентов с поражением только аксиального скелета. Но в отдельных случаях рассматривается назначение БПВП, пациентам с периферическим артритом.

Глюкокортикоиды.

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Глюкокортикоиды-депо форма	Бетаметазон дипропионат/динатрия фосфат	суспензия для инъекций 7мг/мл-1,0мл, внутрисуставно, по схеме	1 А
Глюкокортикоиды-депо форма	Триамцинолон ацетонид	суспензия для инъекций 40 мг/мл-1,0мл	1 Б

Системное применение ГК как при аксиальной форме АС, так и при наличии артрита (ов) периферических суставов не рекомендуется. Исключение: сочетание АС с ВЗК

- Применение высоких доз ГК («пульс-терапия») имеет краткосрочный эффект и может быть использовано в отдельных клинических ситуациях. У больных с высокой активностью, недостаточным эффектом НПВП, БПВП можно использовать «пульс-терапию» в течение 1-3 дней.

- Локальное введение ГК можно использовать при периферическом артрите, сакроилиите и энтезитах. Повторные инъекции в один и тот же сустав проводятся не чаще 3 раз в год.

Иь	Системное (внутрь) применение не рекомендуется при аксиальной форме АС. Могут быть рассмотрены инъекции кортикостероидов в локальные очаги воспаления опорно-двигательного аппарата.
----	--

Внутрисуставные инъекции применяются в виде депо форм (суспензия для инъекций бетаметазон дипропионат/натрия фосфат, 7мг/мл-1,0мл; триамцинолон ацетонид 40 мг/мл-1,0мл) вводиться при внеаксиальных проявлениях локально в область КПС 1 раз в 3 месяца для быстрого противовоспалительного эффекта (под контролем УЗИ) и при синовитах

При увеите рекомендовано местное лечение ГК.

Не рекомендуется вводить ГК в сухожилия.

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

Генно-инженерные биологические препараты и ингибитор Янус-киназ (JAK)

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Ингибитор ФНО-α	Этанерцепт	Подкожно, шприц-ручка 25мг и 50мг. 25 мг 2 раза в неделю или 50 мг 1 раз в неделю.	1 А
	Адалимумаб	шприц-ручка 40 мг п/к 1 раз в 2 недели	1 А-В
	Голимумаб*	50 мг п/к, 1 раз в месяц	1 А-В
	Инфликсимаб*	3-5 мг/кг в/в, 0,2,6 недели, затем каждые 6 недель	1 А-В
	Цертолизумаб*	200мг 1 раз в 2 недели, 400мг 1 раз в месяц	1 А-В
ингибитор ИЛ-17	Секукинумаб	Подкожно, 150-300мг. На 0, 1, 2, 3, 4 неделе, затем ежемесячно	1 А

Селективные иммунодепрессанты - селективный ингибитор Янус-киназ (JAK)	Тофацитиниб*	Таблетки, внутрь по 5 мг 2 раза в день	
селективный ингибитор Янус-киназ (JAK)	Упадацитиниб*	Таблетки, внутрь по 15 мг 1 раз/сут.	

настоятельно рекомендуется	Биологические БПВП должны получать пациенты с персистирующей высокой активностью заболевания, несмотря на стандартную терапию;
----------------------------	--

настоятельно рекомендуется	Несмотря на лечение НПВП секукинумаб рекомендовано для лечения анкилозирующего спондилита
----------------------------	---

настоятельно рекомендуется	Несмотря на лечение НПВП ингибиторы фактора некроза опухоли рекомендованы для лечения анкилозирующего спондилита. Никакой конкретный TNF не рекомендуется в качестве предпочтительного выбора.
----------------------------	--

Иь	Нет никаких доказательств в поддержку обязательного применения БПВП до или одновременно с лечением анти-TNF у пациентов с осевым заболеванием.
----	--

ГИБП «первой линии» - ингибиторы ФНО- α и ИЛ-17A.

Все ГИБП (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб, цертолизумаба пэгол, секукинумаб) обладают сходной эффективностью при АС. Если в анамнезе есть рецидивирующий увеит или активное ВЗК, предпочтение следует отдать моноклональным антителам против ФНО α . У пациентов с выраженным псориазом предпочтение может быть отдано ингибитору ИЛ-17.

Ингибитор фактора некроза опухоли- α (этанерцепт 50 мг 1 раз в неделю п/к).
Терапия, начатая на ранних стадиях болезни более эффективна чем на поздних. Препараты обладают быстрым и выраженным симптоматическим эффектом. Болезнь модифицирующее действие выражено при длительном использовании (более 4 лет, требуется дальнейшее наблюдение)

https://www.esceo.org/sites/esceo/files/pdf/A_tailored_approach_16.pdf

Ингибитор интерлейкина ИЛ-17 А (моноклональное антитело) (секукинумаб порошок для приготовления раствора для инъекций) купирует системное и локальное воспаление и предотвращает структурное прогрессирование. Рекомендуемая доза составляет 150 мг в виде подкожной инъекции в качестве начальной дозы на 0, 1, 2 и 3, 4 неделе с последующим ежемесячным введением в качестве поддерживающей дозы.

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

ГИБП показаны при:

высокой активности (BASDAI >4 или ASDAS >2,1)

высокий СРБ

признаки воспаления на МРТ

неэффективности 2-х последовательно назначенных не менее 4-х недель НПВП в полной дозе

при не полном ответе как минимум на 2 разных НПВП в течение 2 месяцев

BASDAI > 4 или ASDAS >2,1

периферическом артрите

неэффективности в течение 3 месяцев сульфасалазина 2-3 г/сутки

неэффективность не менее 2-х внутрисуставных инъекций ГК;

рецидивирующим или хроническим увеите (иФНО- α);

быстро прогрессирующим коксите

Предиктором хорошего ответа на иФНО- α являются:

молодой возраст

небольшая длительность заболевания

низкий уровень функциональной недостаточности

высокие уровни СРБ/СОЭ

носительство В27 антигена

признаки активного воспаления на МРТ.

При потере эффективности иФНО- α рекомендуется переход на другой иФНО- α или иИЛ-17.

Перевод на другой иФНО-α или иИЛ17, если за 12 недель лечения нет уменьшения ASDAS $\geq 1,1$ и BASDAI ≥ 2 .

При достижении стойкой ремиссии на фоне ГИБП не менее 3-х месяцев терапию можно модифицировать увеличением интервалов между введениями без снижения дозы.

При аксиальном варианте не эффективно назначать БПВП перед ГИБП или одновременно.

ГИБП противопоказаны:

Активные инфекции

Гиперчувствительность к белковому компоненту

Иммунодефицитные состояния,

Сердечная недостаточность

Печеночная недостаточность:

Выраженные гематологические нарушения

Рассеянный склероз

Онкологические заболевания

Курение является фактором риска прогрессирования АС, снижает эффективность иФНО-α и увеличивает летальность

Для снижения риска постинфекционных реакций рекомендуется строго соблюдать технику подкожных инъекций лекарственных препаратов (регулярно менять места инъекций, не вводить охлажденный раствор и др.), при необходимости рекомендовать прием антигистаминных препаратов, локальные ГК, лед на место инъекций

Препараты «второй линии» – ингибиторы Янус-киназы (JAK).

Ингибиторы янус-киназ – пероральные таргетные синтетические базисные противовоспалительные препараты.

Пациентам с устойчиво высокой активностью заболевания, несмотря на традиционное лечение, следует рассмотреть возможность назначения ингибиторы ФНО, ИЛ-17 или JAKi; в настоящее время принято начинать с ингибиторов ФНО или ИЛ-17

ингибитора JAK: Тофацитиниб* 5 мг 1 таб 2 раза в день. Упатацитиниб 15 мг 1 таб 1 раз в день.

При назначении ингибитора JAK необходимо учитывать противопоказание: возраст старше 65 лет, курение в настоящее время или в прошлом, другие факторы риска сердечно-сосудистых событий (такие как диабет, ожирение, гипертония), другие факторы риска злокачественных новообразований (наличие в анамнезе злокачественных новообразований в настоящее время или в прошлом, за исключением успешно пролеченного немеланомного рака кожи), факторы риска тромбоэмболических событий (инфаркт миокарда или сердечная недостаточность в анамнезе, рак, наследственные нарушения свертываемости крови или тромбы в анамнезе, а также пациенты, принимающие комбинированные гормональные контрацептивы или заместительную гормональную терапию, перенесшие серьезную операцию или находящиеся в неподвижном состоянии).

[\[https://ard.bmj.com/content/82/1/19\]](https://ard.bmj.com/content/82/1/19)

Индикатор эффективности лечения:

снижение активности воспалительного процесса
клинически значимое улучшение - снижение ASDAS $\geq 1,1$
значительное улучшение - снижение ASDAS $\geq 2,0$
снижение темпа прогрессирования рентгенологических изменений

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36261247/>

6.4. Хирургическое лечение:

Иь	Следует рассмотреть возможность тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у пациентов с рефрактерной болью или инвалидностью и рентгенологическими признаками структурных повреждений, независимо от возраста
----	--

Виды хирургического лечения:

эндопротезирование суставов;
лечебная артроскопия, синовэктомия;
артродез.
вертебротомия

Показания к хирургическому лечению:

Эндопротезирование или артродез суставов:
выраженные структурные изменения со стойкой болью и нарушениями двигательной функции.

Лечебная артроскопия:

стойкий синовит и отсутствие эффекта от консервативной терапии.

Хирургическое лечение:

кифотическая деформация при тяжелом кифозе и потере горизонтального видения

Противопоказания к хирургическому лечению:

острый инфаркт миокарда (менее 3 месяцев);
ОНМК (менее 3 месяцев);
терминальные стадии сердечной и печеночной недостаточности

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

6.5. Дальнейшая тактика:

В стадии ремиссии все больные нуждаются в реабилитации

Базируется на трех принципах:

- 1) комплексность и мультидисциплинарный подход;
- 2) преемственность на всех этапах;
- 3) индивидуальный характер построения реабилитационной программы с учетом активности процесса, степени функционального класса

Программа реабилитации включает ЛФК, физиотерапию и сан-курортное лечение на фоне регулярного приема препаратов

Лечебная физкультура (ежедневное выполнение дыхательной гимнастики 1-2 раза в день по 30 минут и упражнения на поддержания подвижности позвоночника, крупных суставов и на укрепление мышц), регулярный массаж спины.

ЛФК больной должен заниматься постоянно, особенно, когда подвижность позвоночника уже резко ограничена и нет надежды на ее восстановление. Она значительно улучшает вентиляцию легких, которая снижается из-за поражения реберно-позвоночных и реберно-грудинных сочленений.

Ежедневная ЛФК способствует:

- уменьшению прогрессирования анкилозов
- профилактике и лечению деформаций;
- увеличению мышечной силы
- уменьшению мышечного спазма
- уменьшению болевого синдрома;
- увеличению дыхательной возможности легких;
- улучшению качества жизни.

Физиотерапия применяется в виде: гидротерапии, мануальной терапии, чрезкожной электронейростимуляции в период ремиссии.

Санаторно-курортное лечение показано больным в стадии ремиссии. На территории СНГ наиболее известны следующие курорты с радоновыми водами: Белокуриха, Пятигорск, Хмельник, Цхалтубо и сероводородные источники характерные для курортов Сочи-Мацеста и Пятигорска. Минеральные воды и целебные грязи Евпатории, нафталанская нефть на курорте Нафталан.

В Узбекистане радоновые источники: Санатории «Узбекистан» (Нагорный, Самаркандская область), «Алтынсай» (Навоинская область). Сероводородные источники в

санатории «Чимьён» (Ферганская область), минеральный, йодобромистый источник в санатории «М. Топволдиев» (Ферганская область, Риштан), «Джейран-хана» (Сурхандаринская область), йодобромистый источник в санатории «Чартак» (Наманганская область).

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

6.6. Показатели безопасности и эффективности методов диагностики и лечения, представленные в протоколе:

- уменьшение или полное исчезновение болевого синдрома (симптомов воспаления);
- Низкая активность индексов ASDAS и BASDAI;
- замедление развития синдесмофитов в позвоночнике
- улучшение качества жизни.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО
НОЗОЛОГИИ
«АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ»**

Ташкент 2025

2. Основная часть.

2.1. Введение:

Анкилозирующий спондилит встречается у 0,1-1,5% населения, в основе заболевания лежит аутоиммунное поражение позвоночника, тазобедренного сустава, это социальное заболевание, вызывающее инвалидность у больных пожилого и среднего возраста. Его медико-социальная значимость связана с высоким риском развития ранней инвалидности у молодого населения, что, в свою очередь, влечет за собой высокие экономические издержки. В связи с этим разработка новых методов диагностики, лечения и профилактики спондилита имеет большое значение в улучшении здоровья пациентов и снижении социально-экономического бремени на систему здравоохранения.

[<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>]

2.2. Общее определение:

Анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева, АС) — хроническое аутоиммунное заболевание, ассоциированное с геном HLA-B27 (выявляется в 80-90% случаев), характеризующееся поражением позвоночника и поясничных суставов, приводящее к анкилозу суставов и развитию инвалидности больных.

Концепция АС была пересмотрена ASAS (Международным обществом по оценке спондилоартрита) и в 2009 году был предложен термин аксиальный спондилоартрит, в котором, помимо классического АС, спондилоартрит наблюдают при нерадиологическом аксиальном спондилите, псориатическом артрите, болезни Крона. Дополнительно были добавлены язвенный колит и болезнь Рейтера. Внеклеточные признаки включают периферический артрит, энтезит, внеаксиальные признаки: увеит, энтезит, IgA-нефропатия, аортит, псориаз, воспалительные заболевания кишечника. Группу аксиальных спондилоартритов разделяют на две клинические категории: нерадиологический аксиальный спондилоартрит и анкилозирующий спондилоартрит. Диагноз заболевания установлен на основании классификационных критериев Международной группы по изучению спондилоартритов-ASAS от 2009 года.

Нерентгенологический аксСпА-акСпА имеет сходную с АС клиническую картину при отсутствии достоверных рентгенологических признаков, таких как сакроилеит, прогрессирующее поражение крестцово-подвздошного сустава и анкилоз позвоночника.

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

Распространенность АС колеблется от 0,1% до 1,4%, а распространенность АС в мире составляет: в Европе - 0,24%, в Азии - 0,17%, в Северной Америке - 0,32%, в Латинской Америке - 0,1%, в Африка – равна 0,07%. Наибольшая заболеваемость АС приходится на возрастной диапазон 25-35 лет, а начало заболевания в 10-20% случаев приходится на возраст до 18 лет. Уровень заболеваемости остается прежним, мужчины болеют в 3-6 раз чаще, чем женщины, но в последние годы это соотношение приближается к 2:1. Во всем мире диагностика на ранних стадиях заболевания затруднена.

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

3. Методы, подходы, процедуры диагностики и лечения:

3.1. цель проведения процедуры или вмешательства:

Общие принципы.

При периферической форме заболевания при выраженном отеке и синовите, рекомендуется внутрисуставное введение глюкокортикоидов по соответствующим строгим показаниям. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов оказывает сильный противовоспалительный эффект, однако сопряжено с высоким риском развития вторичного остеонекроза и с усугублением деградация суставного хряща. Поэтому их применение возможно в ситуациях, когда не удаётся купировать синовит адекватными дозами НПВП, но не чаще 1 раза в 3 месяца. Курсовое применение глюкокортикоидов при гонартрозе не рекомендуется. *Уровень убедительности рекомендаций С* (уровень достоверности доказательств – 4).

3.2. противопоказания к процедуре или вмешательству:

Факторами риска развития нежелательных явлений при указанной процедуре являются: наличие активной инфекции в области КС; воспалительный процесс в месте взятия жировой ткани; заболевания кроветворной системы у пациента; период беременности и грудного вскармливания.

3.3. показания к процедуре или вмешательству:

- отек (синовит) в суставах;
- болевого синдром в суставе;
- восстановление после операций на суставах и связках;
- заболевании с разрушением суставов и связок.

3.4. требования к специалисту, проводящему процедуру или вмешательство:

Внутрисуставную инъекцию проводит ортопед-травматолог или ревматолог.

3.5. перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству:

Выполнение внутрисуставной инъекции требует специальных навыков, хороших знаний клинической анатомии и физиологии скелетно-мышечной системы, а также скрупулезного соблюдения правил асептики и антисептики. В соответствии с современными требованиями все манипуляции необходимо проводить в малой операционной или выделенном процедурном кабинете, при этом очень часто требуются ультразвуковые или рентгенологические методы визуализации для инструментальной навигации положения иглы.

3.6. требования к проведению процедуры или вмешательства:

Внутрисуставные инъекции

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Глюкокортикоиды-депо форма	Бетаметазон дипропионат/натрия фосфат	суспензия для инъекций 7мг/мл-1,0мл, внутрисуставно, по схеме	1 А
Глюкокортикоиды-депо форма	Триамцинолон ацетонид	суспензия для инъекций 40 мг/мл-1,0мл	1 Б

Глюкокортикоиды для инъекций-депо форма назначают пациентам АС при периферической форме для коленных, плечевых, голеностопных и тазобедренных суставов с синовитом или для купирования сильной боли. Не более 2-3 инъекции в год в один и тот же сустав.

Для инъекций глюкокортикоидов в тазобедренные суставы необходимо ультразвуковое наблюдение. в/с инъекции. 1А.

При наличии синовита суставов кистей, допустимо введение ГК в межфаланговые суставы

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

<https://cyberleninka.ru/article/n/obnovlennye-rekomendatsii-acr-po-vedeniyu-aksialnogo-spondiloartrita>

3.7. требования к подготовке пациента:

Специальных требований для подготовки пациентов к процедуре не имеются.

Первый этап **внутрисуставных инъекций** – обработка антисептиками. Далее врач проводит местную анестезию кожи, подкожного слоя и периартикулярных тканей. Затем следует сама пункция (прокол). Ближайшие анатомические ориентиры помогают выбрать правильное направление иглы. Попадание в суставную полость распознается по характерному ощущению провала. Можно проводить процедуру под контролем рентгеноскопии или ультразвука. Это позволяет избежать ошибок, и не причинять дополнительных неудобств пациенту.

3.8. индикаторы эффективности процедуры или вмешательства:

-уменьшение болевого синдрома и воспаления в суставе.

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И
РЕАБИЛИТАЦИИ
ПО НОЗОЛОГИИ «АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ
СПОНДИЛИТ»**

Ташкент 2025

2. Основная часть.

2.1. Введение:

По данным ВОЗ заболевания костно-мышечной системы являются ведущим фактором инвалидизации во всем мире. В число этих заболеваний входит анкилозирующий спондилит (АС). Медицинское и социальное значение заболевание связано с высоким риском развития ранней инвалидизации молодого населения, которая в свою очередь приводит к высоким экономическим затратам. Учитывая актуальность заболевания анкилозирующего спондилита, предоставление научно обоснованной информации и рекомендаций медицинскому персоналу, создание единой системы подходов к ранней диагностике и лечению заболевания имеет большое значение в улучшении здоровья пациентов и снижении социально-экономической нагрузки на систему здравоохранения.

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

2.2. Определение – профилактики или реабилитации:

Профилактика это комплекс различного рода мероприятий, направленных на предупреждение какого-либо явления и/или устранение факторов риска. Профилактическое здравоохранение (профилактическая медицина или профилактика) подразумевает под собой комплекс мер, направленных на предотвращение развития заболеваний, в отличие от их лечения болезней. Подобно тому, как здоровье охватывает различные физические и психические состояния, так и на болезнь и нетрудоспособность влияют факторы окружающей среды, генетическая предрасположенность, возбудители заболеваний и образ жизни. Профилактика заболеваний базируется на мероприятиях, которые могут быть классифицированы как первичные, вторичные и третичные меры профилактики.

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

Реабилитация определяется как «комплекс мероприятий, направленных на восстановление функциональных возможностей человека и снижение уровня инвалидности у лиц с нарушениями здоровья с учетом условий их проживания».

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

2.3. Виды профилактики или реабилитации:

В зависимости от состояния здоровья или выраженной патологии рассматривают три вида профилактики:

- первичная;
- вторичная;
- третичная.

Первичная профилактика включает вакцинацию, рациональный режим труда и отдыха, регулярное сбалансированное питание, физическую активность.

Вторичная профилактика включает устранение факторов риска, которые при определённых условиях вызовут рецидив заболевания.

Третичная профилактика рассматривается как комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизни.

Этапы реабилитации:

Этап 1. Лечебно-реабилитационный. Он осуществляется в остром периоде заболевания или травмы.

Этап 2. Ранняя стационарная медицинская реабилитация. Осуществляется в остром и раннем восстановительном периоде заболевания или травмы в стационарных отделениях ранней медреабилитации.

Этап 3. Амбулаторный. Осуществляется в реабилитационных, а при их отсутствии — в профильных отделениях амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения.

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

2.4. принципы проведения общественных профилактических мероприятий и индивидуальной профилактики:

Помимо первичной, вторичной и третичной профилактики, выделяют также индивидуальную и общественную профилактику болезней.

Индивидуальная профилактика - включает меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, которые осуществляет сам человек, и практически сводится к соблюдению норм здорового образа жизни, к личной гигиене,

рациональному питанию и рациональному режиму труда и отдыха, активному занятию физической культурой.

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

Общественная профилактика – это социальные, воспитательные, санитарно-гигиенические, противоэпидемические и лечебных мероприятия, планомерно проводимые государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения.

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

3.1. Методы и процедуры профилактики:

1) При данном заболевании первичная профилактика отсутствует

2) скрининг - не существует.

3) вторичная профилактика - Обучение пациентов с АС, снижение массы тела, физические упражнения, ортопедические рекомендации (*Проводится СВ в СП, ревматологом в МПЦП*).

4) третичная профилактика – Реабилитация осложнений больных АС (*Проводится СВ в СП, ревматологом в МПЦП и в стационарных условиях и реабилитационных центрах*);

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

3.2. Методы и процедуры реабилитации:

Базируется на трех принципах:

1. комплексность и мультидисциплинарный подход;
2. преемственность на всех этапах;
3. индивидуальный характер построения реабилитационной программы с учетом активности процесса, функционального класса.

- **Целью реабилитации** больных как после органосохраняющих оперативных вмешательств, так и после эндопротезирования коленного сустава является полноценное функциональное, социально-бытовое и профессиональное восстановление. Реабилитация включает в себя медицинскую реабилитацию, или восстановительное лечение, социальную реабилитацию, направленную на социально-бытовую адаптацию, и профессиональную реабилитацию, которая состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования и профессионально-производственной адаптации.

Реабилитация больных основана на общеизвестных принципах: раннее начало на фоне достижения у пациента адекватного уровня анальгезии за счёт мультимодального использования как различных фармакологических средств, так и немедикаментозных методов, непрерывность, последовательность, комплексность, а также индивидуальный подход в проведении лечебных мероприятий.

- полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсация утраченных функций пораженного органа или системы: частичное восстановление нарушенных функций суставов.

- поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса: немедикаментозное и медикаментозное поддержание функций суставов.

- предупреждение, ранняя диагностика и коррекция возможных нарушений функций поврежденных органов или систем организма: своевременная ранняя диагностика, немедикаментозное и медикаментозное лечение.

- предупреждение и снижение степени возможной инвалидности: своевременная ранняя диагностика, немедикаментозное и медикаментозное лечение.

- улучшение качества жизни: современные методы реабилитации пациентов.

- сохранение работоспособности пациента: современные методы реабилитации пациентов.

- социальная интеграция пациента в общество: современные методы реабилитации пациентов.

4. Показания к проведению 3-х видов профилактики и к реабилитации:

Цель реабилитации:

-уменьшение боли;

-уменьшение воспалительных явлений в суставной полости (скопление жидкости), отека и скованности суставов;

-улучшение функции суставов;

-замедление процесса анкилозирования в позвоночнике;

- увеличить диапазон движений, мышечную силу и выносливость;
- сохранять способность к самообслуживанию, выполнению домашних дел, работе и учебе;
- улучшить психологическое состояние;
- улучшить качество жизни

Показания к проведению реабилитации:

- Сопутствующая коморбидная патология: заболевания сердечно-сосудистой системы, патология желудочно-кишечного тракта, остеопороз, стероидный диабет.

-метаболические и эндокринные заболевания: сахарный диабет, акромегалия, гиперпаратиреоз, охроноз, гемахроматоз, Вильсона-Коновалова, болезнь Гоше, кристаллоассоциированные заболевания (подагра, пирофосфатная артропатия, гидроксипатитная артропатия) и другие.

-врожденные, приобретенные, эндемические заболевания: болезнь Педжета, гемофилия, синдром гипермобильности суставов, врожденный вывих бедра, эпифизарная дисплазия и другие дисплазии опорно-двигательного аппарата, нарушения механики суставов, неравенство длины ног, варусная/вальгусная деформация, сколиоз.

- посттравматические: травмы суставов, переломы или остеонекроз, состояния после операций на суставах и т. д.

- другие заболевания костей и суставов (ревматоидный артрит, реактивный артрит, инфекционный артрит, инфекционный спондилит и др.).

- синдесмофитоз;

- анкилоз

-состояния после операций на суставах и позвоночнике;

-ФНС III класс – ограниченные возможности заниматься профессиональной и непрофессиональной деятельностью при полном сохранении возможностей самообслуживания.

-ФНС класс IV – самообслуживание, профессиональная и непрофессиональная деятельность ограничена.

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

5. Критерии проведения профилактики:

Первичной профилактики развития АС не существует. После диагностики заболевания пациентам рекомендуется избегать факторов, приводящих к обострению

заболевания (интеркуррентные инфекции, стрессы, простудные заболевания и др.), отказаться от курения и ограничить употребление алкоголя, поддерживать нормальную массу тела, соблюдать гигиену полости рта. и здоровый образ жизни.

Вторичная профилактика должна быть основана на купировании воспалительной активности, вызывающей развитие АС и коморбидной патологии.

6. Этапы и объемы реабилитации:

Реабилитационные мероприятия у больных с периферической формой АС при поражении тазобедренных и коленных суставов рекомендовано начинать в стационаре сразу после оперативного вмешательства и продолжать его на всём протяжении всей госпитализации (первый этап реабилитации). После выписки из стационара при необходимости продолжать восстановительное лечение (если есть возможность) в реабилитационных отделениях (второй этап реабилитации), а заканчивать – в условиях отделений медицинской реабилитации дневного стационара, санатория, амбулаторно-поликлинической медицинской организации или на дому (третий этап реабилитации).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

При периферической форме АС весь курс послеоперационного восстановительного лечения состоит из 2 периодов (ранний и поздний послеоперационные периоды), которые подразделяют на 5 двигательных режимов: 1) спадающий с 1-2 до 5-7 дня (острое послеоперационное реактивное воспаление), 2) тонизирующий с 5-7 до 15 дня (заживление послеоперационной раны), 3) ранний восстановительный с 15 дня до 6-8 недель (преобладание процессов резорбции разрушенных костных структур), 4) поздний восстановительный с 6-8 до 10 недель (преобладание процессов регенерации костной ткани), 5) адаптационный с 10-12 недель до 12 месяцев (ремоделирование костной ткани).

Медицинскую реабилитацию больных, особенно пожилого и старческого возраста, рекомендовано начинать в предоперационном периоде для ранней активизации в послеоперационном периоде.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Предоперационный период: электромиостимуляция (ЭМС) ягодичных мышц, мышц обеих бедер, голеней; массаж обеих нижних конечностей; ЛФК (изометрические упражнения).

Ранний послеоперационный период: упражнения для грудного и диафрагмального дыхания; ФТЛ (воздействие электрическим полем ультравысокой частоты (ЭП УВЧ) или УФО на рану, ЭМС на здоровой ноге №5, после снятия швов - на оперированную, массаж

с 2-3 недели после операции); ЛФК с 1-2 дня (изометрические движения, движения в суставах верхних конечностей и здоровой ноги), с 1 дня под руководством инструктора ЛФК больного обучают присаживаться в кровати с помощью рук и надкроватной рамы; вставать и ходить без нагрузки на оперированную конечность с дополнительной опорой на костыли разрешается через несколько часов после операции. После удаления дренажей рекомендуют ходьбу с дополнительной опорой на костыли и дозированной нагрузкой на оперированную конечность.

Поздний послеоперационный период (с 3 недели): Разрешается частичная нагрузка на ногу (ходьба по лестнице при помощи костылей), использование трости в течение 3-4 недель; ЛФК; ФТЛ (электрофорез обезболивающих средств).

Рекомендовано полную нагрузку больным разрешать, в среднем, через 1,5-3 месяца после корригирующих околосуставных остеотомий бедренной или большеберцовой костей и через 1-3 месяца после операции эндопротезирования, в зависимости от степени поражения сустава, методики и особенностей хирургического вмешательства. Основу лечебных мероприятий этого периода восстановительного лечения составляют ЛФК (в том числе в бассейне), занятия на тренажёрах и бальнеотерапевтические процедуры, которые рекомендовано проводить в специализированных центрах или санаторно-курортных учреждениях.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 5).

Рекомендовано применение физиотерапевтического лечения в рамках реабилитации в послеоперационном периоде при отсутствии противопоказаний определенной категории пациентов.

Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств – 2).

Задачи физиотерапии в раннем периоде - воздействие физическими факторами с целью получения анальгетического, противовоспалительного, противоотечного, репаративно-регенераторного эффектов в заинтересованных тканях оперированной конечности. С этой целью при клинической необходимости можно использовать широкий арсенал современных методов физиотерапии, с учётом факторов коморбидности пациента..

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

7. Диагностические мероприятия с указанием уровня медицинской профилактики или реабилитации:

Лабораторная диагностика:

-общий анализ крови;

-общий анализ мочи;

- СРБ, ревматоидный фактор

-БАК: (креатинин, глюкоза, общий билирубин, трансаминазы, триглицериды, липиды высокой, низкой плотности)

Лабораторные исследования проводятся с целью подтверждения или сравнительной диагностики других воспалительных заболеваний суставов (реактивный артрит, пирофосфатная артропатия, РА, ПсА, подагра, инфекционный спондилит). При АС СОЭ повышено при ОАК, СРБ высокий, РФ отрицательный, HLA-B27 положительный у 70-80% случаев 4 Д.

Исследование синовиальной жидкости проводят при периферических формах заболевания только с целью сравнительной диагностики при синовитах (инфекционный артрит, реактивный артрит, пирофосфатный артрит, подагра). I В.

Инструментальная диагностика:

Рентгенография таза, позвоночника, или МРТ исследования;

УЗИ суставов для диагностики синовита;

Рентгенологическое исследование является наиболее надежным методом диагностики АС и выявляет признаки сакроилеита и спондилита. Рентгенограмма таза и тазобедренного сустава в передне-задней и боковой проекциях для основного выявления структурных изменений крестцово-подвздошного сочленение (сакроилеит) и позвоночника (квадратизация позвоночника, язвенно-эрозионные поражения, остеосклероз или «цветущие углы», синдесмофиты) и метод мониторинга развития. I Б.

УЗИ – метод ультразвукового исследования коленного и тазобедренного суставов с целью выявления синовита, направления ГКС в тазобедренный сустав.

МРТ применяют для диагностики сакроилеита, синовита и энтезита. При наличии клинических показаний и при отсутствии при рентгенологическом исследовании доказанных признаков сакроилеита рекомендуется МРТ тазобедренно-подвздошного сустава, которая считается основным методом диагностики сакроилеита.

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

8. Тактика медицинской профилактики или реабилитации с указанием уровня:

Профилактика

Лечение и наблюдение пациентов должно проводиться ревматологом (в виде исключения – врачами общей практики, но при поддержке ревматолога), и при необходимости привлечение других специалистов (ортопеды, физиотерапевты, кардиологи, невропатологи, психологи и др.) и основываться на тесном взаимодействии врача и пациента

Диспансерное наблюдение направлено на

профилактику обострения заболевания

постоянную коррекцию терапии;

профилактику осложнений лекарственной терапии;

Проводиться непрерывное лечение и наблюдение врача ревматолога не реже 2 раз в 3 мес.;

Каждые 3 мес: общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, креатинин);

Рентгенография суставов один раз в год

Избегать факторы, которые могут провоцировать обострение болезни (интеркуррентные инфекции, стресс и др.).

Госпитализация по показаниям

При необходимости консультация специалистов

Диспансерное наблюдение рекомендуется проводить врачом первичной медико-санитарной помощи. Во время визита необходимо обратить внимание на: изменение количества поврежденных суставов, интенсивность болей (ВАШ, см), объем движений в суставах, побочные эффекты препаратов. При необходимости необходимо изменить схемы приема лекарств, отменить или изменить их. Необходимо определить, соблюдает ли больной рекомендации, режим диеты и нагрузки. Для исправления нарушенной биомеханики суставов применяют ортезы.

При развитии анкилозов, синдесмофитозов позвоночника рекомендуется длительное наблюдение за больными с учетом их индивидуальных особенностей. 5 Д.

Обучение пациентов

Обучение пациентов проводится с учетом особенностей больного и включает информацию о заболевании, рекомендации по изменению образа жизни, снижению веса и необходимости выполнения физических упражнений. Обучение эргономическим методикам (трудотерапия) и использованию вспомогательных приспособлений.

Обучающие программы самоэффективности и самоконтроля должны быть организованы на постоянной основе.

В этих программах используется междисциплинарный групповой подход. На занятиях рассказывают пациентам о заболевании, действии лекарств и их побочных эффектах, значение физических упражнений.

Выбор методов лечения должно основываться на совместном решении между пациентом и специалистом.

Физические упражнения :

1 A	Всем пациентам с АС рекомендуется заниматься физическими упражнениями для улучшения мышечной функции и силы, и предотвращения анкилоза и уменьшения боли.
-----	---

Рекомендуемые упражнения: аэробика, силовые (менее 3-4 кг) или на сопротивление, гибкость и растяжка. Прогулку можно использовать как аэробное упражнение. Упражнения, предназначенные для укрепления силы мышц позвоночника и поддержания подвижности.

Упражнения должны быть индивидуализированы и адаптированы к потребностям каждого пациента, чтобы они стали частью его образа жизни.

Продолжительность аэробных тренировок средней интенсивности должна составлять не менее 30 минут в день или до 60 минут для большей пользы. Упражнения следует начинать с 1-2 минут, а интенсивность и/или продолжительность упражнений следует со временем увеличивать.

Следует учитывать противопоказания к занятиям ЛФК.

<https://rheumatology.org/axial-spondyloarthritis-guideline>

https://rheumatolog.su/media/media/2018/07/18/clinrec_ank_sp.pdf

<https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>

9. Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий:

- Уменьшение болезненности в пораженном суставе;
- Частичное или полное восстановление функциональной деятельности пораженного сустава.

Для адекватного уровня анальгезии:

- мультимодальное использование различных фармакологических средств;
- использование немедикаментозных методов терапии и реабилитации;
- непрерывность, последовательность, комплексность, а также индивидуальный подход в проведении профилактических и реабилитационных мероприятий.

Список использованной литературы:

1. Эрдес Шандор обновленные рекомендации ACR по ведению аксиального спондилоартрита // Научно-практическая ревматология. 2020. №1. <https://cyberleninka.ru/article/n/obnovlennye-rekomendatsii-acr-po-vedeniyu-aksialnogo-spondiloartrita>
2. Bautista-Molano, Wilson et al. “Pan American League of Associations for Rheumatology recommendations for the management of axial spondyloarthritis.” *Nature reviews. Rheumatology* vol. 19,11 (2023): 724-737. doi:10.1038/s41584-023-01034-z. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37803079/>
3. Bautista-Molano, Wilson et al. “2021 clinical practice guideline for the early detection, diagnosis, treatment, and monitoring of patients with axial spondyloarthritis. Colombian Association of Rheumatology.” *Reumatologia clinica* vol. 18,4 (2022): 191-199. doi:10.1016/j.reumae.2021.09.003. <https://www.reumatologiaclinica.org/en-linkresolver-2021-clinical-practice-guideline-for-S2173574322000430>
4. Diekhoff, Torsten et al. “Reporting Sacroiliac Joint Imaging Performed for Known or Suspected Axial Spondyloarthritis: Assessment of SpondyloArthritis International Society Recommendations.” *Radiology* vol. 311,3 (2024): e231786. doi:10.1148/radiol.231786.

https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.231786?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed

5. Liew, Jean W, and Maureen Dubreuil. "Treat to Target in Axial Spondyloarthritis: Pros, Cons, and Future Directions." *Rheumatic diseases clinics of North America* vol. 46,2 (2020): 343-356. doi:10.1016/j.rdc.2020.01.011. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0889857X20300119?via%3Dihub>
6. Martey, Christopher, and Raj Sengupta. "Physical therapy in axial spondyloarthritis: guidelines, evidence and clinical practice." *Current opinion in rheumatology* vol. 32,4 (2020): 365-370. doi:10.1097/BOR.0000000000000714. https://journals.lww.com/co-rheumatology/abstract/2020/07000/physical_therapy_in_axial_spondyloarthritis_.7.aspx
7. Ramiro S, Nikiphorou E, Sepriano A, et al. ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update *Annals of the Rheumatic Diseases* 2023;82:19-34. <https://ard.bmj.com/content/82/1/19.long>
8. Seo, Mi Ryoung et al. "Korean treatment recommendations for patients with axial spondyloarthritis." *The Korean journal of internal medicine* vol. 38,5 (2023): 620-640. doi:10.3904/kjim.2023.194. <https://www.kjim.org/journal/view.php?doi=10.3904/kjim.2023.194>
9. Ward, Michael M et al. "2019 Update of the American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis." *Arthritis & rheumatology (Hoboken, N.J.)* vol. 71,10 (2019): 1599-1613. doi:10.1002/art.41042 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31436026/>
10. Wu, Xinyu et al. "A clinical practice guideline for the screening and assessment of enthesitis in patients with spondyloarthritis." *Frontiers in immunology* vol. 13 978504. 12 Sep. 2022, doi:10.3389/fimmu.2022.978504 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36172360/>
11. Zhao, Sizheng Steven et al. "Treatment of axial spondyloarthritis with biologic and targeted synthetic DMARDs: British Society for Rheumatology guideline scope." *Rheumatology advances in practice* vol. 7,2 rkad039. 15 May. 2023, doi:10.1093/rap/rkad039 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10183299/>