

# БОНВИВА — мощная защита от постменопаузального остеопороза



- Доказанная защита от переломов костей<sup>1-3</sup>
- Единственный бисфосфонат, демонстрирующий неизменно высокую эффективность из года в год<sup>1-3</sup>
- Благоприятный профиль переносимости и особый комфорт приема<sup>1-3</sup>
- Единственный бисфосфонат, предоставляющий возможность выбора режима терапии: 1 таблетка в месяц или короткая внутривенная инъекция 1 раз в 3 месяца<sup>4</sup>



Программа  
ОСТЕОПОРОЗУ—НЕТ!



[www.osteoporozu.net](http://www.osteoporozu.net)

## ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА (В СОКРАЩЕНИИ)

**БОНВИВА®** (ибандроновая кислота).

Регистрационный номер: ЛС-001348

**Лекарственная форма.** Таблетки, покрытые оболочкой, 150 мг.

Регистрационный номер: ЛС-001108/08

**Лекарственная форма.** Раствор для внутривенного введения по 3 мг/3 мл в шприц-тюбик.

**Фармакотерапевтическая группа.** Костной резорбции ингибитор — бисфосфонат.

**Показания.** Постменопаузальный остеопороз с целью предупреждения переломов.

**Способ применения и дозы. Таблетированная форма: внутрь.** 150 мг (1 таблетка) один раз в месяц, за 60 мин до первого приема пищи, жидкости (кроме воды) или других лекарственных средств и пищевых добавок (включая кальций). Таблетки следует проглатывать целиком, заливая стаканом (180-240 мл) чистой воды в положении сидя или стоя и не ложиться в течение 60 мин после приема Бонвивы®. **Раствор для в/в введения:** 3 мг внутривенно болюсно (в течение 15-30 секунд) 1 раз в 3 месяца.

**Побочное действие** препарата обычно слабо или умеренно выражено. Преходящий гриппоподобный синдром отмечается после приема первой дозы и разрешается самостоятельно без коррекции терапии. При внутривенном введении возможно кратковременное понижение уровня кальция в крови. При применении таблетированной формы не отмечено увеличения частоты нежелательных явлений со стороны верхних отделов органов пищеварения у пациентов с заболеваниями ЖКТ. При появлении симптомов возможного поражения пищевода следует прекратить прием Бонвивы® и обратиться к врачу.

**Особые указания** - до начала применения препарата Бонвива® следует скорректировать гипокальциемию.

Пациентам следует употреблять достаточное количество кальция и витамина D. При применении **таблетированной формы:** следует проявлять осторожность при применении НПВП одновременно с препаратом Бонвива®. Коррекции дозы ибандроновой кислоты при одновременном применении с блокаторами H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов или другими препаратами, увеличивающими pH в желудке, не требуется. При применении **раствора для в/в введения:** Бонвива® несовместима с кальцийсодержащими и другими растворами для в/в введения. Ибандроновая кислота не влияет на активность основных изоферментов системы цитохрома P450. Перед каждой инъекцией препарата следует определять креатинин сыворотки крови. У пациентов, принимавших бисфосфонаты, имели место случаи остеонекроза челюсти.

**Противопоказания.** Повышенная чувствительность к ибандроновой кислоте или другим компонентам препарата. Гипокальциемия. Беременность и период

кормления грудью. Тяжелое нарушение функции почек (клиренс креатинина < 30 мл/мин). Только для таблетированной формы: поражение пищевода, приводящее к задержке его опорожнения. Неспособность находиться в положении сидя или стоя в течение 60 мин. Наследственная непереносимость галактозы, дефицит лактазы Lapp или глюкозо-галактозная мальабсорбция.

**Условия отпуска из аптеки.** По рецепту.

**Форма выпуска.** Таблетированная форма: 1 или 3 таблетки в блистер. В/в форма: 1 шприц-тюбик вместе с контейнером с иглой для инъекций.

**Перед применением следует обязательно ознакомиться с полной инструкцией по медицинскому применению соответствующей формы препарата БОНВИВА®.**

Литература: 1. Chestnut CH et al. J Bone Miner Res 2004; 19:1241-1249. 2. Felsenberg D et al. Osteoporosis Int. 2009;44:423-427. 3. Harris ST et al. Bone 2009;44:758-765. 4. Бонвива, инструкции по применению (таблетированная и инъекционная формы).

Дата выхода — март 2012 г. 2010-0151

**Бонвива®**  
ибандроновая кислота

ЗАО «Рош-Москва»  
Официальный дистрибьютор  
«Ф. Хоффманн-Ля Рош Лтд.» (Швейцария)  
Россия, 107031, Москва, Трубная площадь, дом 2  
Бизнес-Центр «Неглинная Плата»  
Тел.: +7 (495) 229-29-99  
Факс: +7 (495) 229-79-99  
[www.roche.ru](http://www.roche.ru)



# СОВРЕМЕННАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ Издаётся с 2007 г.

## НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ

акад. РАМН Е.Л. Насонов

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

В.Г. Барскова, *докт. мед. наук*

## Ответственный секретарь

О.Н. Егорова, *канд. мед. наук*

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Б.С. Белов, *докт. мед. наук*

Е.А. Голушко, *докт. мед. наук*

И.С. Дыдыкина, *канд. мед. наук*

Д.Е. Каратеев, *докт. мед. наук*

А.Е. Каратеев, *докт. мед. наук*

И.П. Никишина, *канд. мед. наук*

Н.В. Торопцова, *докт. мед. наук*

Н.А. Шостак, *докт. мед. наук*

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Л.Э. Атаханова (*Узбекистан*)

А.В. Глазунов (*Москва*)

В.О. Горбачев (*Германия*)

Л.Г. Гроппа (*Молдова*)

А.И. Дубиков (*Владивосток*)

И.В. Егоров (*Москва*)

Н.В. Загородний (*Москва*)

И.А. Зборовская (*Волгоград*)

Т.К. Логинова (*Москва*)

Л.В. Лучихина (*Москва*)

К.А. Лыткина (*Москва*)

Н.А. Мухин (*Москва*)

С.Е. Мясоедова (*Иваново*)

О.А. Назарова (*Иваново*)

Б.Ф. Немцов (*Киров*)

Ш.Ф. Одинаев (*Таджикистан*)

Л.А. Стаднюк (*Москва*)

С.Ш. Сулейманов (*Хабаровск*)

Т.Д. Тябут (*Беларусь*)

Н.А. Хитров (*Москва*)

П.А. Чижов (*Ярославль*)

## SCIENTIFIC SUPERVISOR

acad. RAMS E.L. Nasonov

## EDITOR-IN-CHIEF

V.G. Barskova, *MD*

## Executive Secretary

O.N. Egorova, *PhD*

## EDITORIAL BOARD

B.S. Belov, *MD*

I.S. Dydykina, *PhD*

E.A. Golushko, *MD*

D.E. Karateyev, *MD*

A.E. Karateyev, *MD*

I.P. Nikishina, *PhD*

N.V. Toroptsova, *MD*

N.A. Shostak, *MD*

## EDITORIAL BOARD

L.E. Atakhanova (*Uzbekistan*)

A.V. Glazunov (*Moscow*)

V.O. Gorbachev (*Germany*)

L.G. Groppa (*Moldova*)

A.I. Dubikov (*Vladivostok*)

I.V. Yegorov (*Moscow*)

N.V. Zagorodniy (*Moscow*)

I.A. Zborovskaya (*Volgograd*)

T.K. Loginova (*Moscow*)

L.V. Luchikhina (*Moscow*)

K.A. Lytkina (*Moscow*)

N.A. Mukhin (*Moscow*)

S.Ye. Myasoyedova (*Ivanovo*)

O.A. Nazarova (*Ivanovo*)

B.F. Nemtsov (*Kirov*)

Sh.F. Odinaev (*Tadzhikistan*)

L.A. Stadnyuk (*Moscow*)

S.Sh. Suleimanov (*Khabarovsk*)

T.D. Tyabut (*Belarus*)

N.A. Khitrov (*Moscow*)

P.A. Chizhov (*Yaroslavl*)

Предпечатная подготовка ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции:

123104, Москва, а/я 68, ООО «ИМА-ПРЕСС»

Телефон: (495) 941-99-61

e-mail: info@ima-press.net;

podpiska@ima-press.net

При перепечатке материалов ссылка на журнал обязательна.

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов. Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

ПИ № ФС 77-28 869 от 25 июля 2007 г.

Подписной индекс в каталоге «Пресса России»: 42195

Электронная версия журнала — на сайте издательства ООО «ИМА-ПРЕСС»: <http://www.ima-press.net>

в Научной электронной библиотеке: <http://www.elibrary.ru>

на сайте ФГБУ «НИИР» РАМН: <http://rheumatology.beweb.ru/doctor/zhurnaly/sr/>

1 '12

Современная  
ревматология,  
2012, №1, 1–76

Отпечатано  
в типографии  
«Деком»

Тираж 3000 экз.

# С О Д Е Р Ж А Н И Е

## СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

*Ю.Л. Корсакова*

Лечение больных псориатическим артритом. Рекомендации Европейской антиревматической лиги .....	5
--	---

## ЛЕКЦИЯ

*А.Н. Калягин*

Современные диагностические подходы при фибромиалгии .....	11
--	----

*Н.А. Шостак*

Коксартроз и периартикулярная патология области бедра — особенности клинических проявлений, диагностика, подходы к терапии .....	15
---	----

*З.С. Алекберова, Ф.И. Измаилова,*

*М.Т. Кудиев, Е.Л. Насонов*

Этнические аспекты ревматических заболеваний .....	21
--	----

*Н.А. Шостак, Н.Г. Правдюк,*

*Л.А. Котлярова*

Гипермобильный синдром: взгляд интерниста .....	24
---	----

## КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

*О.А. Антелава, И.С. Денисов, Е.Г. Сажина, Р.М. Балабанова,*

*А.Н. Погодина, Е.И. Шмидт, Ю.А. Олюнин, Е.Л. Насонов*

Дифференциальный диагноз дисфагии и дисфонии при дерматомиозите (описание случая) .....	29
--	----

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*С.Б. Маличенко, Е.А. Мащенко, Е.Р. Шахнис,*

*М.У. Шибиллова, В.С. Маличенко*

Оценка состояния ремоделирования костной ткани и минерального обмена у пациенток пожилого возраста, ранее не обследовавшихся и не получавших антиостеопоротической терапии .....	32
---	----

*М.С. Светлова*

Диагностика и структурно-модифицирующая терапия остеоартроза коленного сустава .....	38
--	----

*М.С. Елисеев, И.С. Денисов, В.Г. Барскова*

Клинический опыт применения препарата уралит-У у больных подагрой и нефролитиазом .....	44
---	----

## ОБЗОР

*С.О. Мазуренко*

Искусство лечения остеопороза: бисфосфонаты .....	49
---	----

## ФАРМАКОТЕРАПИЯ

*О.Б. Ершова, К.Ю. Белова, А.В. Назарова*

Длительное применение препарата бонвива для лечения постменопаузального остеопороза: новые данные .....	57
---	----

*Н.В. Торопцова*

Вторичная профилактика остеопороза и остеопоротических переломов в реальной клинической практике и возможности ее повышения с помощью стронция ранелата .....	61
--	----

*Ш.Ф. Эрдес*

Эффективность адалимумаба при увектах у больных анкилозирующим спондилитом .....	65
--	----

*В.В. Бадюкин*

Симптоматическая терапия анкилозирующего спондилита .....	69
---	----

ЮБИЛЕЙ .....	75
--------------	----

# C O N T E N T S

## CURRENT GUIDELINES: DIAGNOSIS, TREATMENT

*Yu.L. Korsakova*

Management of patients with psoriatic arthritis .....	5
---	---

## LECTURE

*A.N. Kalyagin*

Current diagnostic approaches for fibromyalgia .....	11
--	----

*N.A. Shostak*

Coxarthrosis and periarticular pathology of the hip: clinical manifestations, diagnosis, approaches to therapy .....	15
---	----

*Z.S. Alekberova, F.I. Izmailova,*

*M.T. Kudayev, E.L. Nasonov*

Ethnic aspects of rheumatic diseases .....	21
--	----

*N.A. Shostak, N.G. Pravdyuk,*

*L.A. Kotlyarova*

Hypermobility syndrome: an internist's view .....	24
---	----

## CLINICAL OBSERVATION

*O.A. Antelava, I.S. Denisov, E.G. Sazhina, R.M. Balabanova,*

*A.N. Pogodina, E.I. Shmidt, Yu.A. Olyunin, E.L. Nasonov*

Differential diagnosis of dysphagia and dysphonia in dermatomyositis (description of a case) .....	29
--	----

## ORIGINAL INVESTIGATIONS

*S.B. Malichenko, E.A. Mashchenko,*

*E.R. Shakhnis, M.U. Shibilova, V.S. Malichenko*

Evaluation of bone tissue remodeling and mineral metabolism in elderly patients who have not been previously examined and have received no antiosteoporotic therapy .....	32
--	----

*M.S. Svetlova*

Diagnosis and structure-modifying therapy for knee osteoarthritis .....	38
---	----

*M.S. Eliseyev, I.S. Denisov, V.G. Barskova*

Clinical experience with Uralyt-U used in patients with gout and nephrolithiasis .....	44
--	----

## REVIEW

*S.O. Mazurenko*

The art of treating osteoporosis: Bisphosphonates .....	49
---	----

## PHARMACOTHERAPY

*O.B. Yershova, K.Yu. Belova, A.V. Nazarova*

Long-term use of Bonviva for the treatment of postmenopausal osteoporosis: new evidence .....	57
---	----

*N.V. Toroptsova*

Secondary prevention of osteoporosis and osteoporotic fractures in real clinical practice and possibilities of its improvement with strontium ranelate .....	61
---	----

*Sh. Erdes*

Efficacy of adalimumab in uveitis in patients with ankylosing spondylitis .....	65
---	----

*V.V. Badokin*

Symptomatic therapy for ankylosing spondylitis .....	69
--	----

ANNIVERSARY .....	75
-------------------	----



# Лечение больных псориазическим артритом. Рекомендации Европейской антиревматической лиги

Ю.Л. Корсакова  
ФГБУ «НИИР» РАМН, Москва

Контакты: Юлия Леонидовна Корсакова Korsakova\_julia\_06@mail.ru  
Contact: Yulia Leonidovna Korsakova\_julia\_06@mail.ru

Псориазический артрит (ПсА) относится к группе серонегативных спондилоартритов, характеризуется разнообразными клиническими проявлениями с преимущественной локализацией воспалительного процесса в тканях опорно-двигательного аппарата. Европейской антиревматической лигой (European League Against Rheumatism — EULAR) были предложены рекомендации по ведению больных ПсА, в которых пристальное внимание уделено лечению этого заболевания системными или локальными симптоматическими и болезнью-модифицирующими противовоспалительными препаратами (БПВП). Рекомендации основаны на анализе данных литературы об эффективности нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), глюкокортикоидов (ГК), БПВП и генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП). Эти данные подверглись обсуждению и суммированы группой специалистов. Использована стандартная для EULAR Task Force комбинированная техника экспертного консенсуса и системного отбора. Комитет экспертов состоял из 28 ревматологов, 2 больных, 1 специалиста по инфекционным болезням, 1 дерматолога, 1 физиотерапевта и 2 стипендиатов по ревматологии из 14 европейских стран и США.

Рекомендации содержат принципы лечения ПсА — от НПВП до БПВП и ГИБП — с учетом артрикулярных и экстраартрикулярных проявлений ПсА и предназначены для ревматологов, пациентов, а также всех причастных к этому государственных органов и социальных служб. Определена стратегия терапии ПсА до достижения оптимальных результатов, основанная как на анализе данных клинических исследований, так и на мнении экспертов.

Хотя многое в этиологии и патогенезе ПсА остается недостаточно изученным, в последние годы терапия этого заболевания, ассоциированного с псориазом (Пс), претерпела значительные изменения и стала более эффективной. Появление данных о роли провоспалительных цитокинов в патогенезе ПсА привело к широкому применению синтетических БПВП и ГИБП [1–5], а в будущем ожидается создание еще более эффективных лекарственных средств [6–7]. Патогенетические процессы при Пс и ПсА во многом схожи, но между ними есть и различия. Это подтверждается тем, что часть препаратов может оказывать положительное влияние на псориазические бляшки, но не на артрит или поражение позвоночника, и наоборот. Примером могут служить НПВП, препараты фумаровой кислоты и алефасепт, а также фототерапия [8–12]. При ПсА наблюдаются различные клинические проявления: артрит периферических суставов, воспалительные процессы в позвоночнике [13] и, кроме того, дактилит и энтезопатия [14, 15].

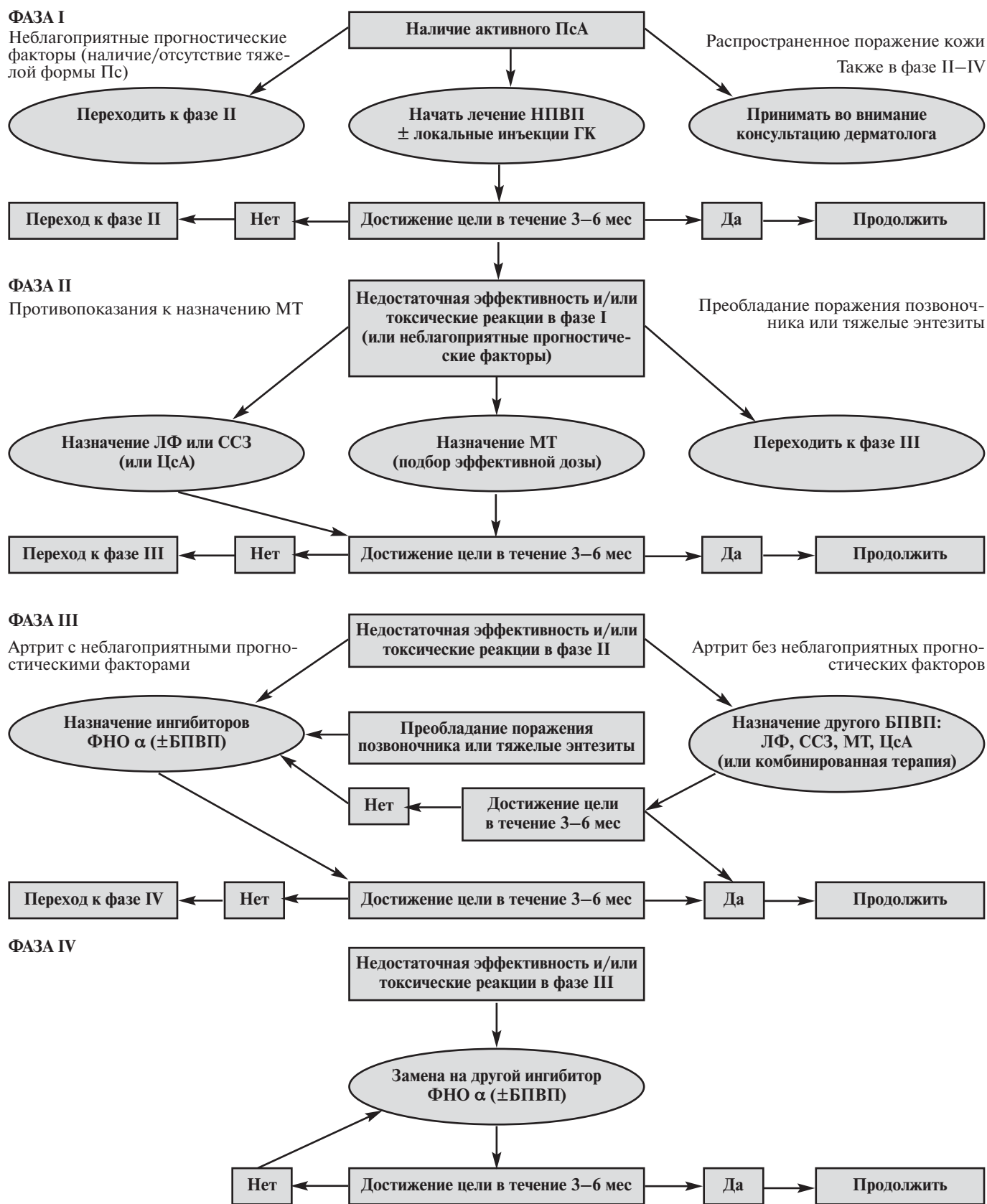
Разнообразие проявлений ПсА и малочисленность рандомизированных контролируемых клинических исследований (РКИ), не говоря уже о стратегических исследованиях, привели к отсутствию четких, обоснованных с точки зрения доказательной медицины данных об эффективности различных методов терапии при ПсА в отличие от ревматоидного артрита (РА) и других хронических воспалительных заболеваний суставов. Это касается оценки эффективности при ПсА БПВП и ГИБП, особенно ингибиторов ФНО  $\alpha$  [1–5, 16–18] (по применению ГИБП разработаны только общие рекомендации [19]). В 2009 г. Группой по изучению и оценке псориаза и псориазического артрита (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis — GRAPPA) предложены рекомендации для лечения ПсА [20, 21], особый акцент в них сделан на кожные проявления Пс и обосновано назначение терапии. Тем не менее врачи нуждаются в кратком и простом для использования руководстве, которое бы содержало сведения об оптимальном применении имеющихся методов лечения и четкую стратегию терапии ПсА.

Объектами изучения и обсуждения сегодня являются эффективность синтетических БПВП при ПсА, роль ГК, комбинированная терапия синтетическими БПВП или БПВП и ГИБП [17–22]. Кроме того, даже оценка активности ПсА находится под пристальным вниманием, тем более что способы этой оценки, применяемые в клинических исследованиях, обычно заимствованы из методов оценки активности и эффективности терапии при РА [23].

## НПВП при ПсА

Группа экспертов единодушно подчеркнула, что у большинства больных ПсА препаратами первой линии являются НПВП, хотя данных об их использовании при этой патологии немного [24, 25]. На фоне лечения НПВП наблюдается улучшение суставного синдрома ПсА, но эти препараты не оказывают влияния на Пс. При назначении НПВП следует учитывать вероятность развития кардиоваскулярных и гастроинтестинальных осложнений [26–28]. Кроме того, не всегда состояние больного требует терапии НПВП, так как у некоторых пациентов наблюдается хороший эффект при лечении простыми анальгетиками. Учитывая потенциальную токсичность НПВП, авторы рекомендаций предлагают использовать эти препараты в самых низких дозах и максимально короткое время. При ПсА эффективны как неселективные, так и селективные ингибиторы ЦОГ 2, а исследования, подтверждающие возможность ухудшения кожного процесса на фоне терапии НПВП, не проводились.

СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ



Рекомендации EULAR по лечению ПсА

### Терапия синтетическими БПВП

Существует незначительное число клинических исследований, на основании которых можно принять решение о начале лечения БПВП. Кого нужно лечить БПВП? Когда следует начинать терапию БПВП? Для ответа на эти вопросы необходимы дальнейшие исследования. Основываясь на прогностических факторах, описанных в литературе, группа экспертов указала, что БПВП назначают пациентам с высокой активностью заболевания и потенциально неблагоприятным прогнозом течения ПсА. Активность заболевания определяется при наличии  $\geq 1$  болезненного и воспаленного сустава, и/или болезненных точек (энтезита), и/или дактилита, и/или боли в спине воспалительного характера; для начала лечения БПВП учитывается только наличие поражения суставов. Факторами неблагоприятного прогноза течения ПсА считаются: наличие  $\geq 5$  воспаленных суставов, повышение уровня острофазовых показателей, рентгенологические признаки прогрессирующего деструктивного поражения суставов, применение ГК, снижение функциональной способности и качества жизни больного [29].

Как и при РА, позднее начало терапии БПВП при ПсА может привести к ухудшению состояния больного [30]. Если у больного сохраняется активный ПсА, несмотря на лечение НПВП, то рекомендуется назначить ему синтетический БПВП, причем на «ранней стадии» артрита. Так как термин «ранний» не был ранее определен, согласно общим представлениям, артрит считается ранним при длительности воспаления суставов от нескольких недель до 1 года. Что касается выбора БПВП, экспертами учитывались накопленные сведения об эффективности различных препаратов этой группы, но не было сравнительных исследований. Исходя из анализа данных литературы, эксперты рекомендовали метотрексат (МТ) как препарат выбора среди БПВП. Это решение основано, в частности, на данных об эффективности МТ при ПсА и других воспалительных заболеваниях суставов, широком терапевтическом диапазоне доз, наличии различных способов применения (внутрь, парентерально) [31–33]. Согласно данным исследований, ни один из БПВП не продемонстрировал эффективное влияние на энтезит и воспалительный процесс в позвоночнике.

При лечении МТ необходимо проводить подбор эффективной дозы. Наиболее эффективная доза МТ при ПсА не определена, тем не менее установлено, что при РА доза 25 мг в неделю эффективнее, чем более низкие дозы [34]. Другими препаратами, которые также оказывали положительное воздействие при ПсА, являются сульфасалазин (ССЗ), лефлуномид (ЛФ) и циклоспорин А (ЦсА). Однако длительное применение ЦсА сопровождается развитием побочных реакций [35, 36]. Существуют указания на эффективность при ПсА солей золота и азатиоприна, хотя для этих препаратов уровень доказательности довольно низок. По имеющимся данным, терапия БПВП при ПсА не способна замедлить деструктивные процессы в суставах. Эффективность комбинированной терапии различными БПВП имеет низкий уровень доказательности и нуждается в более глубоком изучении [37, 38].

Учитывая вероятность развития гепатотоксических реакций у больных ПсА, принимающих МТ или ЛФ, особенно у лиц, регулярно употребляющих алкоголь, страдающих ожирением, сахарным диабетом (СД) 2-го типа и неалкогольным стеатозом печени, а также у получающих сопутст-

вующую терапию другими потенциально гепатотоксичными препаратами (например, статинами), следует регулярно контролировать уровень печеночных трансаминаз, а некоторым больным рекомендуется проведение биопсии печени [39].

### Выбор БПВП при наличии клинически значимого Пс

Некоторые БПВП способны положительно влиять на Пс, особенно МТ, ЦсА, ЛФ и ССЗ [40]. В клинических исследованиях тяжесть Пс принято оценивать с помощью индекса распространенности и тяжести Пс — PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Учитывается и процент поражения поверхности тела при Пс, что тоже, безусловно, является индикатором его тяжести. В некоторых случаях Пс может быть ограниченным, но при этом он значительно ухудшает качество жизни больного (например, Пс на лице, руках, гениталиях). При наличии у больного Пс умеренной и тяжелой степени тяжести по оценке дерматолога эксперты рекомендуют начать лечение БПВП.

### Локальные и системные ГК

Инъекции ГК применяются как дополнительная терапия при олигоартрите, энтезите или дактилите [41]. Внутрисуставное введение ГК эффективно при моно- и олигоартритах либо при хорошо контролируемом полиартрите. Инъекции ГК могут назначаться при дактилите в область сухожилия или околосуставные участки и при энтезите, например в область локтевого сустава или в зону ахиллобурсита [42].

Системное назначение ГК может вызвать обострение Пс [43]. Тем не менее в литературе мало сведений (только описания случаев), подтверждающих возможность обострения ПсА при лечении ГК. По данным национальных регистров, ГК широко применяются при ПсА (например, в Германии их получают до 30% таких больных) обычно в низких дозах ( $\leq 7,5$  мг/сут) [44], хотя нет доказательных клинических исследований эффективности системной терапии ГК при данном заболевании. Итак, группой экспертов был сделан вывод о том, что системные ГК являются вариантом лечения ПсА, но они должны назначаться с осторожностью, учитывая возможность обострения Пс. Особенно осторожно следует использовать ГК у больных с тяжелым распространенным Пс и/или у тех, кто не принимает БПВП (по мнению эксперта). Следует учитывать, что при ПсА, как и при других хронических заболеваниях, длительное применение ГК может вызвать серьезные нежелательные явления [45], поэтому эти препараты нужно назначать как можно реже. При уменьшении дозы ГК возможно обострение Пс. Важно, чтобы лечение ГК было безопасным, и это подчеркивается в рекомендациях.

### Ингибиторы ФНО $\alpha$

В случаях когда лечение БПВП неэффективно или плохо переносится, рекомендуется назначать ингибиторы ФНО  $\alpha$ . Лечение считается неэффективным, если в течение длительного времени (обычно 3–6 мес) активность заболевания не становится низкой. Возможно проведение терапии ингибиторами ФНО  $\alpha$  (с или без БПВП), если сохраняется активный ПсА, т. е. при наличии воспаленных суставов и/или по крайней мере умеренной активности заболевания, и/или снижении функциональных возможностей или качества жизни больного. Однако определение активности ПсА остается предметом изучения и обсуждения и является частью программы исследований ПсА.

При применении ингибиторов ФНО  $\alpha$ , например адалимумаба, этанерцепта, голимумаба и инфликсимаба, у больных ПсА наблюдаются положительная динамика кож-