



Лечение псориатического артрита

Цель терапии псориатического артрита – достижение ремиссии или уменьшение основных клинических проявлений заболевания до минимальных, замедление или предупреждение рентгенологической прогрессии, увеличение продолжительности и качества жизни пациентов.

Данным заболеванием часто страдают молодые пациенты, которым угрожает потеря трудоспособности, если псориатический артрит длительное время не компенсировать.

Медикаментозная терапия делится на противовоспалительные препараты короткого действия (НПВП, ГКС), с отменой которых очень быстро возвращаются симптомы артрита. Терапия только одними этими препаратами не должна превышать 1 месяц. Но, при использовании комбинаций с другими препаратами НПВП не отменяют. Длительное непрерывное использование нестероидных противовоспалительных препаратов обеспечивает лучший контроль симптомов заболевания, чем прием в режиме «по требованию». На кожные проявления псориаза эти НПВП действуют слабо, или даже могут обострять кожный псориаз.

Для базисной терапии псориатического артрита применяют метотрексат и лефлуномид, реже циклоспорин. Данная группа препаратов назначается сразу при установленном диагнозе, при отсутствии противопоказаний. Очень часто эта терапия имеет хороший эффект, способна ввести заболевание в стойкую ремиссию. Но, встречаются и особые случаи, когда стандартная терапия не эффективна (сохраняется артрит с факторами неблагоприятного прогноза такие как эрозии, дактилит, повышение скорости оседания эритроцитов/содержания С-реактивного белка в крови, в сочетании с функциональными нарушениями; острыми множественными дактилитами (вовлечение 3-х пальцев и более) с функциональными нарушениями, не достигших ремиссии или минимальной активности заболевания на фоне лечение метотрексатом** или иммунодепрессантами, внутрисуставным введением кортикостероидов системного действия в течение $\geq 3-6$ месяцев; множественными энтезитами с функциональными нарушениями при отсутствии эффекта от нестероидных противовоспалительных препаратов в сочетании с внутрисуставным введением кортикостероидов системного действия в течение 4–12-ти недель; активным спондилитом с функциональными нарушениями, при отсутствии эффекта от нестероидных противовоспалительных препаратов в течение 4–12-ти недель) или имеет место сопутствующая патология, непереносимость стандартной базисной терапии.

В этих случаях оценивается возможность назначения генно- инженерных препаратов (ГИП).

Перед началом терапии ГИП необходимы:

- Общий (клинический) анализ крови, включая дифференцированный подсчет лейкоцитов (лейкоцитарная формула) и исследование уровня тромбоцитов в крови;
- Анализ крови биохимический общетерапевтический, включая исследование уровня креатинина, мочевины, билирубина в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, гаммаглутамилтрансферазы и щелочной фосфатазы в крови;

- Общий (клинический) анализ мочи; ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное) ультразвуковое исследование органов малого таза (комплексное) эзофагогастродуоденоскопия;
- Прицельная рентгенография органов грудной клетки (в 2 проекциях) или компьютерная томография органов грудной полости, очаговая проба с туберкулином, консультация врача-фтизиатра для исключения активной и латентной туберкулезной инфекции;
- Обследование на ВИЧ-инфекцию (определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Humanimmunodeficiencyvirus HIV 1) в крови, определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-2 (Humanimmunodeficiencyvirus HIV 2) в крови);
- Обследование на вирусные гепатиты В и С (определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, определение антител к вирусу гепатита С (Hepatitis C virus) в крови).

По нашему опыту, наиболее экономически выгодным и эффективным в настоящее время является лечение псориатического артрита нетакимабом в дозе 120 мг (торговое название эфлейра). Данный препарат можно назначать как в режиме монотерапии, так и в сочетании с любой ранее назначенной базисной терапией, терапией НПВП


После еженедельной инициации в течение 1 месяца возможен переход на 1 подкожное введение 1 раз в месяц.

Достижение ремиссии или минимальной активности псориатического артрита следует оценивать каждые 3–6 месяцев.

Отзыв нашего пациента на сайте «продокторов»

+7-996-72XXXXX

+2.0 ОТЛИЧНО

 Проверено

Посетили врача
Февраль 2022

Отзыв оставлен через

 Сайт

Комментарий

ПРОДОКТОРОВ

Я, Ежов Александр Владимирович, 1985 г. р., страдаю псориатическим спондилоартритом около 3 лет. Мучаюсь с болями в шее, ногах и пояснице, практически не мог ходить. Долгое время меня лечили "Метотрексатом" и другими тяжелыми препаратами, от которых я плохо себя чувствовал, были боли в поджелудочной, почках, и поднималось давление. После того, как Ирина Алексеевна перевела меня на препарат "Эфлейра", я стал очень хорошо себя чувствовать, организм начал восстанавливаться, я стал нормально ходить, боли прошли, опухоль в суставах пропала. Огромное спасибо замечательному и грамотному врачу, знающей свое дело Шафиевой Ирине Алексеевне!



Клиники медуниверситета (СамГМУ)

21 февраля 22 в 13:59

Спасибо, приятно получить такой позитивный отзыв. Рады, что лечение вам помогло. Мы всегда на связи.



Клиники медуниверситета (СамГМУ)-просп. 17 февраля 2022 в 20:15
Карла Маркса, д. 165-б