

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства охорони
здоров'я України

_____ № _____

СТАНДАРТ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
АКСІАЛЬНИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ

Загальна частина**Діагноз: Аксиальний спондилоартрит**

Коди стану або захворювання. НК 025:2021 «Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я»:

M45 Анкілозуючий спондиліт

Розробники:

Коваленко Володимир Миколайович	генеральний директор державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска Національної академії медичних наук України», завідувач відділу некоронарних хвороб серця, ревматології та терапії, заступник голови робочої групи (за згодою);
Яременко Олег Борисович	завідувач кафедри внутрішньої медицини № 3 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, заступник голови робочої групи з клінічних питань;
Джус Марта Борисівна	професор кафедри внутрішньої медицини № 2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця;
Білявська Юлія Вікторівна	старший науковий співробітник відділу некоронарних хвороб серця, ревматології та терапії державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Борткевич Олег Петрович	головний науковий співробітник відділу некоронарних хвороб серця, ревматології та терапії державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Гарміш Олена Олексіївна	старший науковий співробітник відділу некоронарних хвороб серця, ревматології та терапії державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска Національної академії медичних наук України» (за згодою);

Герасименко Сергій Іванович	завідувач відділу захворювань суглобів у дорослих державної установи «Інститут травматології та ортопедії Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Дубас Віталій Васильович	науковий співробітник відділу некоронарних хвороб серця, ревматології та терапії державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Костогриз Юрій Олегович	молодший науковий співробітник державної установи «Інститут травматології та ортопедії Національної академії медичних наук України» (за згодою);
Проценко Галина Олександрівна	головний науковий співробітник відділу некоронарних хвороб серця, ревматології та терапії державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска» Національної академії медичних наук України (за згодою);
Рекалов Дмитро Геннадійович	провідний науковий співробітник відділу некоронарних хвороб серця, ревматології та терапії державної установи «Національний науковий центр «Інститут кардіології, клінічної та регенеративної медицини імені академіка М.Д. Стражеска» Національної академії медичних наук України (за згодою);
Сміян Світлана Іванівна	завідувачка кафедри внутрішньої медицини № 2 Тернопільського національного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського;
Станіславчук Микола Адамович	завідувач кафедри внутрішньої медицини № 1 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова;
Хімійон Людмила Вікторівна	завідувач кафедри терапії, сімейної медицини, гематології і трансфузіології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
Шевченко Наталя Станіславівна	завідувач кафедри педіатрії Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна;

Яцишин	ректор Івано-Франківського національного медичного
Роман Іванович	університету;

Методичний супровід та інформаційне забезпечення

Гуленко Оксана Іванівна	заступник директора департаменту—начальник управління стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги Департаменту стандартів у сфері охорони здоров'я Державного підприємства «Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України», заступник голови робочої групи з методологічного супроводу.
----------------------------	--

Рецензенти:

Надашкевич Олег Никонович	доктор медичних наук, професор, академік Національної академії наук вищої освіти України, завідувач кафедри сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;
Шевчук Сергій Вікторович	доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова.

Дата оновлення стандарту медичної допомоги – 2030 рік

Перелік скорочень

Акс-СПА	аксіальний спондилоартрит
Ат ФНП	антитіла фактор некрозу пухлини
бХМПРЗ	біологічний хворобомодифікувальний протиревматичний засіб
ГК	глюкокортикоїди
ЕП	екстраспінальні прояви
ЗБС	запальний біль у спині
ЗЗК	запальні захворювання кишечника
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
іІЛ-17	інгібітори інтерлейкіну-17
іФНП-α	інгібітори фактора некрозу пухлини-альфа
іЯК	інгібітори янус-кінази
МРТ	магнітно-резонансна томографія
НПЗЗ	нестероїдні протизапальні засоби
нр-Акс-СПА	нерентгенографічний аксіальний спондилоартрит
р-Акс-СПА	рентгенографічний аксіальний спондилоартрит
СМД	стандарт медичної допомоги
СПА	спондилоартрит
СРБ	С-реактивний білок
ШОЕ	швидкість осідання еритроцитів
ХМПРЗ	хворобомодифікувальний протиревматичний засіб
ASAS	Міжнародне товариство з оцінки спондилоартриту (Assessment of SpondyloArthritis international Society)
ASDAS	оцінка активності захворювання на анкілозуючий спондилоартрит (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score)
EULAR	Європейський альянс ревматологічних асоціацій (European Alliance of Associations for Rheumatology)
HLA-B27	антиген, який визначають для диференційної діагностики автоімунних хвороб
Форма № 025/о	форма первинної облікової документації №025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за №661/20974

Розділ I. Організація надання медичної допомоги при лікуванні аксіального спондилоартрит.

1. Положення стандарту медичної допомоги

Лікування Акс-СПА здійснюється в амбулаторних та стаціонарних умовах у закладах охорони здоров'я (далі-ЗОЗ), що надають спеціалізовану медичну допомогу.

Надання медичної допомоги при лікуванні Акс-СПА потребує поєднання фармакологічних та нефармакологічних методів, міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення пацієнта мультидисциплінарною командою у складі: лікаря-ревматолога, лікаря фізичної та реабілітаційної медицини, лікаря-невропатолога, лікаря-ортопед-травматолога та інших лікарів-спеціалістів, за необхідності, з відповідними кваліфікацією та досвідом.

Пацієнти з Акс-СПА повинні отримувати всебічну інформацію про захворювання, його перебіг, методи лікування, прогноз та самоконтроль. Інформування пацієнтів є критично важливою складовою для підвищення прихильності до лікування та залучення до прийняття рішень.

2. Обґрунтування

Аксіальний спондилоартрит (далі-Акс-СПА) — це хронічне запальне захворювання опорно-рухового апарату з ураженням осевого скелета. Часто присутні периферичні (артрит, ентезит і дактиліт) і позасуглобові прояви, до останніх належать: гострий передній увеїт, запальні захворювання кишечника (далі-ЗЗК) та псоріаз. Акс-СПА включає пацієнтів із рентгенографічним сакроїліїтом, тобто рентгенографічний Акс-СПА (далі-р-Акс-СПА) також відомий як анкілозуючий спондиліт та нерентгенографічний Акс-СПА (далі-нр-Акс-СПА). Впродовж багатьох років було показано, що р-Акс-СПА та нр-Акс-СПА подібні щодо клінічних проявів, тягаря захворювання, включаючи наявність супутніх захворювань, отримане лікування та відповідь і є частиною одного спектру захворювань. У сукупності є достатньо доказів на користь терміну Акс-СПА, тому цей термін було обрано.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) наявні затверджені на рівні ЗОЗ клінічні маршрути пацієнта, що координують та інтегрують медичну допомогу для виявлення з групи ризику осіб, які хворіють, забезпечення своєчасного скерування пацієнтів з Акс-СПА до ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу;

2) існує задокументований індивідуальний план медичної допомоги, узгоджений з пацієнтом та, за згодою, членами сім'ї/законними представниками, доступний мультидисциплінарній команді та містить інформацію про діагноз пацієнта, план обстеження, лікування та спостереження;

3) пацієнтів та, за згодою, членів сім'ї/законних представників, забезпечити у доступній формі інформацією щодо стану пацієнта, плану обстеження, лікування, подальшого спостереження та контактами для отримання додаткової інформації й консультації.

Бажані:

4) провести заходи, в тому числі інформувати населення, щодо необхідності звернення до лікаря при появі болю в спині та суглобах для ранньої діагностики захворювань опорно-рухового апарату, в тому числі Акс-СПА.

Розділ II. Діагностика, лікування та подальше спостереження**1. Положення стандарту медичної допомоги**

Діагноз встановлюється лікарем-ревматологом на основі критеріїв, наведених у додатку 1 до цього Стандарту та передбачає: збір анамнезу, скарг пацієнта, даних клінічного огляду, лабораторних та інструментальних методів дослідження для визначення характеру та ступеня ураження опорно-рухового апарату та інших систем організму.

Перед початком протиревматичного лікування проводиться скринінгове обстеження пацієнта для оцінки наявності супутньої патології, факторів ризику, що з ними асоційовані, та визначення можливих протипоказань до застосування певних фармакологічних засобів.

Лікування пацієнтів з Акс-СПА здійснюється лікарем-ревматологом, за потреби, із залученням інших лікарів-спеціалістів, повинно бути спрямоване на забезпечення найкращої допомоги та базуватися на спільному рішенні пацієнта та лікаря. Результатом лікування повинно бути досягнення ремісії захворювання, зникнення больових відчуттів та повне відновлення рухових функцій.

2. Обґрунтування

Рання діагностика та своєчасне лікування Акс-СПА запобігають формуванню стійких порушень опорно-рухового апарату та розвитку інших можливих ускладнень захворювання (порушення зору, ураження клапанного апарату серця, амілоїдоз), що є запорукою збереження якості життя та працездатності пацієнтів.

Акс-СПА – це потенційно тяжке захворювання із різноманітними проявами, що зазвичай потребує мультидисциплінарного лікування, яке координує лікар-ревматолог. Основною метою лікування пацієнта з Акс-СПА є покращення якості життя, шляхом контролю симптомів та запалення, запобігання прогресивним структурним пошкодженням, а також збереження/нормалізації функцій та соціальної залученості. Досягнення цього показника забезпечується шляхом впливу на ключові компоненти захворювання, які визначають функціональний стан пацієнта, а саме: активність запального процесу, наявність і ступінь структурних ушкоджень, а також рівень функціональних порушень. Вибір лікувальної тактики має базуватись на оцінці активності захворювання та її динаміці.

Терапія включає як фармакологічні, так і нефармакологічні методи. Важливим є персоналізований підхід до лікування, який враховує індивідуальні потреби пацієнта. Медична допомога передбачає застосування симптоматичних та хворобомодифікувальних протиревматичних лікарських засобів (далі-ХМПРЗ) для лікування захворювання та його ускладнень, а також

застосування комплексу заходів, спрямованих на відновлення та збереження рухових функцій організму.

Фізичні вправи є основним нефармакологічним методом терапії з доведеною ефективністю. Пацієнтам слід рекомендувати відмову від куріння, оскільки є ризик підвищення запальної активності та прогресування ураження хребта.

Реабілітаційні заходи є необхідною умовою для відновлення рухових функцій та збільшення якості життя пацієнта. Реабілітація пацієнтів з Акс-СПА здійснюється фізичними терапевтами та іншими лікарями-спеціалістами, за необхідності. Основою реабілітації пацієнтів є щоденне виконання фізичних вправ за індивідуально розробленим планом.

3. Критерії якості медичної допомоги

Обов'язкові:

1) для скринінгу та уточнення діагнозу провести комплекс діагностичних обстежень, що включає оцінку скарг, збір анамнезу та фізикальне обстеження пацієнта;

2) провести лабораторне обстеження, що включає: визначення швидкості осідання еритроцитів (далі-ШОЕ) та рівень С-реактивного білка (далі-СРБ);

3) для оцінки структурних змін провести рентгенографію хребта/крижово-клубових суглобів;

4) для виявлення аксіального запалення у разі діагностичної невизначеності або підозри на залишкову активність провести магнітно-резонансну томографію (далі-МРТ) крижово-клубових суглобів та/або хребта, однак її рутинне застосування не рекомендується;

5) для діагностики Акс-СПА використовувати набір критеріїв, зазначених у додатку 1 до цього Стандарту;

6) надати рекомендації пацієнтам з Акс-СПА щодо припинення куріння, фізичної активності та заняття з лікарем фізичної та реабілітаційної медицини;

7) призначити лікування відповідно до алгоритму, наведеного у додатку 2 до цього Стандарту;

8) при підтвердженні залишкової запальної активності та за відсутності контекстуальних факторів, які можуть спотворювати оцінку активності захворювання (наприклад, фіброміалгія, супутня депресія, інші коморбідні стани), провести посилення імуносупресивної терапії;

9) пацієнтам, які страждають від болю та скутості, призначити нестероїдні протизапальні засоби (далі-НПЗЗ), як засоби першої лінії лікування до максимальної дози, враховуючи ризики та переваги;

10) пацієнтам, які добре реагують на НПЗЗ, за необхідності, для контролю симптомів, рекомендувати безперервне застосування НПЗЗ;

11) у разі неефективності, протипоказань або непереносимості НПЗЗ для симптоматичного лікування залишкового болю призначити знеболювальні лікарські засоби;

12) пацієнтам з Акс-СПА розглянути локальне застосування глюкокортикоїдів (далі-ГК) - ін'єкції у зони м'язово-скелетного запалення,

пероральні ГК не рекомендовані через недостатню ефективність та потенційні побічні ефекти при тривалому застосуванні;

13) у разі наявності периферичного артриту можливе застосування сульфасалазину, як варіанту протиревматичної терапії, пацієнтам із суто аксіальним ураженням не слід призначати звичайні синтетичні ХМППЗ (зокрема, сульфасалазин або метотрексат);

14) пацієнтам з високою або стійкою активністю захворювання, при терапії НПЗЗ призначити інгібітори фактору некрозу пухлин-альфа (далі-іФНП- α) або інгібітори інтерлейкіну-17 (далі-іІЛ-17);

15) проводити моніторинг перебігу захворювання пацієнтів з Акс-СПА (частота визначається індивідуально з урахуванням клінічних проявів, тяжкості захворювання та терапевтичної стратегії), що включає:

скарги;

клінічні показники (оцінка симптомів, фізикальне обстеження);

лабораторні дослідження, зокрема рівень СРБ;

методи візуалізації з інтервалом не менше 2 років;

16) пацієнтам з рефрактерним болем або інвалідністю, рентгенологічними ознаками структурних ушкоджень, незалежно від віку, рекомендувати застосування тотального ендопротезування кульшового суглоба; а пацієнтам з тяжкою інвалідизуючою деформацією - проведення коригуючої остеотомії хребта;

17) у разі значної зміни перебігу захворювання, крім запального процесу, провести повторне обстеження, зокрема, візуалізаційне, для виключення інших причин;

18) у разі доведеного недостатнього ефекту проведеного лікування необхідно переглянути доцільність продовження терапії або зміну лікарського засобу;

19) після невдалого застосування першого біологічного/таргетно синтетичного ХМППЗ розглянути можливість переходу на інший біологічний ХМППЗ:

іФНП- α , якщо в анамнезі є рецидивний увеїт або активне ЗЗК;

іІЛ-17 - пацієнтам зі значними проявами псоріазу;

інгібітори янус-кінази (далі-іЯК);

20) пацієнтам у стійкій ремісії розглянути можливість поступового зниження дози біологічного ХМППЗ;

21) при відсутності відповіді на лікування, яке характеризується клінічно значущим покращенням активності захворювання за шкалою ASDAS (тобто зниження $ASDAS \geq 1,1$) й позитивною оцінкою результату лікарем-ревматологом через 12 тижнів лікування, виконати переоцінку діагнозу та розглянути наявність супутніх захворювань;

22) після виписки із стаціонару пацієнтам з Акс-СПА слід рекомендувати: щоденне виконання фізичних вправ, дотримання здорового способу життя, зокрема відмова від паління;

дотримуватись режиму медикаментозного лікування;

проводити регулярний моніторинг лабораторних показників та, за необхідності, виконати інструментальні методи дослідження;

23) забезпечити пацієнтів доступом до повноцінної програми реабілітації.

Індикатори якості медичної допомоги

1. Наявність у ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу, клінічного маршруту пацієнта (далі-КМП) з Акс-СПА.

2. Відсоток пацієнтів з Акс-СПА, яким для виявлення аксіального запалення проведено МРТ крижово-клубових суглобів та/або хребта.

Паспорти індикаторів якості медичної допомоги

1.Наявність у ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу, КМП з Акс-СПА.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього Стандарту.

Цей індикатор характеризує організаційний аспект запровадження сучасних медико-технологічних документів в регіоні. Якість медичної допомоги пацієнтам, відповідність надання медичної допомоги вимогам КМП відповідність КМП цьому Стандарту даним індикатором висвітлюватися не може, але для аналізу цих аспектів необхідне обов'язкове запровадження КМП у ЗОЗ.

Бажаний рівень значення індикатора:

2025 рік – 90%,

2026 рік та подальший період – 100%.

Інструкція з обчислення індикатора.

Установа, яка має обчислювати індикатор: структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані надаються лікарями ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, розташованими на території обслуговування, до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані подаються поштою, у тому числі електронною.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки.

Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від усіх ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з Акс-СПА, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є звіт структурних підрозділів з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій, який містить інформацію про кількості ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу пацієнтам з Акс-СПА, зареєстрованих на території обслуговування.

Чисельник індикатора складає загальна кількість ЗОЗ, що надають спеціалізовану медичну допомогу, зареєстрованих на території обслуговування,

для яких задокументований факт наявності КМП з Акс-СПА. Джерелом інформації є КМП, наданий ЗОЗ.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

2. Відсоток пацієнтів з Акс-СПА, яким для виявлення аксіального запалення проведено МРТ крижово-клубових суглобів та/або хребта.

Індикатор ґрунтується на положеннях цього СМД.

Зауваження щодо інтерпретації та аналізу індикатора.

Цей індикатор характеризує як організаційний аспект запровадження сучасних методів діагностики у регіоні, так і клінічний аспект їх виконання.

Цільовий (бажаний) рівень значення індикатора на етапі запровадження СМД не визначається заради запобігання викривлення реальної ситуації внаслідок адміністративного тиску.

Інструкція з обчислення індикатора.

Організація (ЗОЗ), яка має обчислювати індикатор: ЗОЗ, в яких надається медична допомога пацієнтам з Акс-СПА, структурні підрозділи з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій.

Дані про кількість пацієнтів надаються лікарями, які надають медичну допомогу пацієнтам з Акс-СПА.

Метод обчислення індикатора: підрахунок шляхом ручної або автоматизованої обробки. Індикатор обчислюється структурними підрозділами з питань охорони здоров'я місцевих державних адміністрацій після надходження інформації від ЗОЗ, що надають медичну допомогу пацієнтам з Акс-СПА. Значення індикатора обчислюється як відношення чисельника до знаменника.

Знаменник індикатора складає загальна кількість пацієнтів з Акс-СПА, яким надається медична допомога у ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування. Джерелом інформації є: форма первинної облікової документації № 025/о «Медична карта амбулаторного хворого №_», затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року №110, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за №661/20974 (далі – форма № 025/о).

Чисельник індикатора складає кількість пацієнтів з Акс-СПА, яким надається медична допомога у ЗОЗ, зареєстрованих на території обслуговування, яким для виявлення аксіального запалення у разі діагностичної невизначеності або підозри на залишкову активність проведено МРТ крижово-клубових суглобів та/або хребта. Джерелом інформації є: форма № 025/о.

Значення індикатора наводиться у відсотках.

Перелік джерел та нормативно-правових актів, використаних при розробці стандартів медичної допомоги

1. Електронний документ Клінічна настанова, заснована на доказах «Аксіальний спондилоартрит», 2025 року, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 14 лютого 2012 року № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 28 квітня 2012 року за № 661/20974.
3. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної та реабілітаційної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрований в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313.
4. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 13 червня 2025 року № 971 «Про затвердження сімнадцятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності».

**В.о. директора Департаменту
медичних послуг**

Андрій ГАВРИЛЮК

Додаток 1
до Стандарту медичної допомоги
«Аксіальний спондилоартрит»
(пункт 1 розділу II)

Критерії для діагностики Акс-СПА

Поняття спондилоартрит (далі-СПА) включає аксіальний спондилоартрит (далі-Акс-СПА), анкілозуючий спондилоартрит, псоріатичний артрит, артрит/спондиліт із запальним захворюванням кишечника і реактивний артрит. Пацієнти з характерними ознаками СПА, які не відповідають критеріям жодного з цих підтипів, були також включені як такі, що мають захворювання на СПА із невизначеною етіологією.

Пацієнти зі СПА також можуть бути визначеними відповідно до наявності у них клінічних проявів як пацієнти з переважно периферичним типом СПА або з переважно Акс-СПА, з частковим збігом ознак цих двох підтипів.

Сакроіліїт, підтверджений радіографічним дослідженням - невід'ємна частина критеріїв для діагностики анкілозуючого спондилоартриту. Однак, рентгенологічні зміни можуть відображати наслідки запалення (структурні порушення), а не саме запалення, що може бути легко виявлено за допомогою МРТ, часто за декілька років до рентгенологічних проявів сакроіліїту. Критерії включають як пацієнтів з підтвердженим рентгенографічним сакроіліїтом, так і без нього.

Критерії запального болю в спині (ASAS, 2009):

Хронічний біль в спині (тривалість більше 3-х місяців) з такими ознаками:
вік початку <40 років;
поступовий початок;
поліпшення після виконання фізичних вправ;
відсутність поліпшення у спокої;
нічний біль (з поліпшенням при пробудженні).

За наявності 4 із 5 критеріїв біль вважається запальним. Чутливість критеріїв становить 77%, специфічність - 91,7%.

Критерії класифікації ASAS для Акс-СПА

(для пацієнтів із болем у спині упродовж ≥ 3 місяців і віком на початок захворювання < 45 років)

Сакроіліїт із візуалізаційними проявами* плюс ≥ 1 ознаки СПА**	або	HLA-B27 плюс ≥ 2 інших ознак СПА**
---	-----	---

Примітки:

*Сакроіліїт із візуалізаційними проявами:

активне (гостре) запалення на МРТ, що з високою вірогідністю вказує на наявність сакроіліїту у поєднанні зі СпА

або

визначений сакроіліїт із радіографічними ознаками згідно зі зміненими Нью-Йоркськими критеріями.

**Ознаки СпА:

запальний біль у спині;

артрит;

ентезит (п'ятки);

увейт;

дактиліт;

псоріаз;

хвороба Крона/виразковий коліт;

добра реакція на НПЗЗ;

випадки захворювання на СпА у сімейному анамнезі;

HLA-B27;

підвищений СРБ. Підвищений СРБ вважається ознакою СпА у поєднанні з хронічним болем у спині

Відповідно до критеріїв, пацієнт із хронічним болем у спині (≥ 3 місяців) і віком до 45 років на момент початку захворювання може бути класифікований за наявності сакроіліїту (або підтвердженого рентгенографічного сакроіліїту, або активного запалення крижово-клубових суглобів на МРТ, що вказує з високою вірогідністю на наявність сакроіліїту у поєднанні із СпА) і хоча б однієї із типових ознак СпА або наявності HLA-B27 у поєднанні з щонайменше двома іншими ознаками СпА. Чутливість 82,9 %, специфічність 84,4 %.

Визначення параметрів, що застосовуються для критеріїв класифікації Акс-СпА

Ознака СпА	Визначення
ЗБС	ЗБС на думку лікаря-спеціаліста: наявні принаймні чотири з наступних п'яти параметрів: вік на момент початку захворювання до 40 років; поступове наростання симптомів на початку захворювання; поліпшення після спортивних вправ; відсутність поліпшення після відпочинку; нічний біль, що поліпшується, коли пацієнт підводиться з ліжка.
Артрит	Активний синовіт, діагностований лікарем, у минулому або натеper.
Ентезит (п'ята)	Ентезит п'ятки: спонтанний біль або болючість у минулому чи тепер при обстеженні місця прикріплення ахіллового сухожилля або підшовної фасції до п'яtkової кістки.
Увейт	Передній увейт у минулому або тепер, підтверджений офтальмологом.

Ознака СПА	Визначення
Дактиліт	Дактиліт у минулому або тепер, підтверджений лікарем
Псоріаз	Псоріаз в минулому або тепер, підтверджений лікарем
Запальні захворювання кишечника	Хвороба Крона або виразковий коліт у минулому або тепер, підтверджений лікарем
Хороша відповідь на НПЗЗ	Упродовж 24–48 год після введення повної дози НПЗЗ біль в спині відсутній або стан набагато кращий
Випадки захворювання на СПА у сімейному анамнезі	Наявність у родичів першого ступеня (мати, батько, сестри, брати, діти) чи другого ступеня (бабусі й дідусі по материнській чи батьківській лінії, тітки, дядьки, племінники і племінниці) будь-якого захворювання із таких: анкілозуючий спондиліт; псоріаз; гострий увеїт; реактивний артрит; ЗЗК
Підвищений СРБ	Концентрація СРБ вища нормальної верхньої межі у поєднанні із болем в спині, після виключення інших причин підвищеної концентрації СРБ
HLA-B27	Позитивний результат аналізу у відповідності до стандартних лабораторних методів
Сакроіліїт за результатами рентгену	Двосторонній сакроіліїт стадії II–IV або односторонній сакроіліїт стадії III–IV згідно із оглядовою рентгенограмою, згідно зі зміненими Нью-Йоркськими критеріями
Сакроіліїт за результатами МРТ	Активні запальні ураження крижово-клубових суглобів з вираженим набряком/остейтом кісткового мозку, що вказують на наявність сакроіліїту у поєднанні із СПА

Додаток 2
до Стандарту медичної допомоги
«Аксіальний спонділоартрит»
(підпункт 7 пункту 3 розділу II)

Рекомендації щодо лікування пацієнтів з Акс-СПА

Лікування пацієнтів з Акс-СПА повинно бути персоналізованим, з урахуванням клінічної картини (аксіальні, периферичні прояви, псоріатичне ураження шкіри та нігтів), супутніх захворювань, психосоціальних факторів, загального стану пацієнта; проводити відповідно до попередньо визначеної мети лікування; повинно бути спрямоване на досягнення чітко визначеної терапевтичної мети (досягнення ремісії (ASDAS <1.3) або низької активності захворювання (наприклад, ASDAS < 2,1)) та проводиться відповідно до алгоритму.

Алгоритм лікування Акс-СПА, заснований на рекомендаціях ASAS-EULAR (2022)

