

«УТВЕРЖДАЮ»:
директор ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН
д. м. н., профессор, академик РАН
Насонов Евгений Львович

25.03.2014 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Федерального государственного бюджетного учреждения
«Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой»
Российской академии медицинских наук

Диссертация «Медицинская реабилитация больных ранним ревматоидным артритом» выполнена в лаборатории прогнозирования исходов и течения ревматических заболеваний отдела ранних артритов Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» Российской академии медицинских наук.

В период подготовки диссертации соискатель Орлова Евгения Владиславовна работала в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» Российской академии медицинских наук в лаборатории клинических исследований и международных связей в должности младшего научного сотрудника.

В 2002 г. окончила Государственную классическую академию имени Маймонида по специальности «лечебное дело».

В 2013 г. окончила очную академическую докторантуру по специальности «ревматология» в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» Российской академии медицинских наук.

В 2007 г. в диссертационном совете при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Воронежская государственная медицинская академия имени Н.Н. Бурденко Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» защитила диссертацию на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Коррекция иммуносупрессивных нарушений у больных с суставным синдромом низкоинтенсивным лазерным излучением» по специальности 14.00.05 – внутренние болезни.

Научные консультанты:

Каратеев Дмитрий Евгеньевич, доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе, заведующий отделом ранних артритов Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» Российской академии медицинских наук;

Кочетков Андрей Васильевич, доктор медицинских наук, профессор, заместитель главного врача по науке и медицинским технологиям Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центральная клиническая больница восстановительного лечения Федерального медико-биологического агентства»,

заведующий кафедрой реабилитационной и спортивной медицины Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства».

По итогам обсуждения принято следующее заключение:

Диссертационная работа Орловой Евгении Владиславовны «Медицинская реабилитация больных ранним ревматоидным артритом» выполнена по проблемам «ревматология» и «восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия» и входила в план научно-исследовательской работы ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН: тема № 334 «Ранний артрит: клинико-диагностические особенности, исходы, принципы активной терапии», утвержденной РАМН (государственный регистрационный номер 01200810610, УДК 616.72–002.77–07–08).

Основные положения и выводы диссертации основаны на материалах первичной документации и полностью им соответствуют. В работе представлены результаты обследования и лечения 182-х больных ранним ревматоидным артритом (РА), впервые поступивших в клинику ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН в период с 2010 по 2013 гг., с диагнозом, соответствующим критериям EULAR (European League Against Rheumatism) /ACR (American College of Rheumatology) 2010 г. Было обследовано 159 (87,4%) женщин и 23 (12,6%) мужчины в возрасте от 18-ти до 63-х лет, с давностью заболевания от 2-х до 20-ти месяцев. У 39-ти (21,4%) больных наблюдалась очень ранняя стадия заболевания, у 143-х (78,6%) – ранняя. Серопозитивным по ревматоидному фактору был 161 (88,5%) пациент, по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду – 121 (66,5%). 1-я степень активности наблюдалась у 52-х (28,6%) больных, 2-я – у 130-ти (71,4%). I рентгенологическая стадия определялась у 53-х (29,1%) пациентов, II – у 122-х (67,0%), III – у 7-ми (3,9%). I функциональный класс был у 34-х (18,7%) больных, II – у 139-ти (76,4%), III – у 9-ти (4,9%). На момент включения 100% пациентов получали синтетические базисные противовоспалительные препараты (метотрексат 15–25 мг в неделю, лефлуномид 20 мг в сут, сульфасалазин 1–2 г в сут), 170 (93,4%) пациентов – нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) «по требованию» и 37 (20,3%) – глюкокортикоиды. Больные были рандомизированы на 6 групп. У 29-ти больных 1-й группы применялись 2 метода аппаратной физиотерапии: у 14-ти пациентов (подгруппа 1а) – 10 процедур локальной воздушной криотерапии (ЛВКТ) суставов кистей, коленных или голеностопных суставов («Криоджет С600», температура –60°С, мощность воздушного потока 1370–1550 л/мин, длительность процедуры 15 мин), у 15-ти (подгруппа 1б) – 10 процедур магнитолазеротерапии (МЛТ) суставов кистей, коленных или голеностопных суставов («Мустанг» и «Матрикс», магнитная индукция 50 мТл, инфракрасное лазерное излучение, длина волны 0,89 мкм, частота импульсов 1000–1500 Гц, 12–16 мин) на стационарном этапе в течение 2-х недель. У 33-х пациентов 2-й группы проводились 2 программы лечебной физической культуры (ЛФК): у 15-ти больных (подгруппа 2а) – 10 высокоинтенсивных динамических тренировок (ВДТ) с использованием тренажеров Enraf-Nonius, у 18-ти (подгруппа

26) – 10 занятий лечебной гимнастики (ЛГ) для суставов на стационарном этапе под руководством инструктора, с продолжением занятий ЛФК в обеих подгруппах на амбулаторно-домашнем этапе в течение 6-ти месяцев 3 раза в неделю в течение как минимум 45-ти мин. 25 больных 3-й группы прошли обучение в образовательной программе (Школа здоровья «Ревматоидный артрит») (4 ежедневных занятия по 90 мин) на стационарном этапе. 4-я группа (31 пациент) получала ЛВКТ, ЛГ для суставов и эрготерапию (ЭТ) (10 сеансов по 45 мин) на стационарном этапе, с продолжением занятий ЛГ и соблюдением рекомендаций ЭТ на амбулаторно-домашнем этапе в течение 6-ти месяцев. В 5-й группе (34 больных) проводилась комплексная программа реабилитации (КПР), включающая ЛВКТ, ЛГ для суставов, ЭТ, ортезирование по показаниям (рабочие ортезы лучезапястного сустава, коленные ортезы, индивидуальные ортопедические стельки) в течение 6-ти месяцев на стационарном и амбулаторно-домашнем этапах на фоне обучения в образовательной программе. 30 пациентов 6-й группы (контрольной) получали только медикаментозную терапию 6 месяцев. Все пациенты обследовались по одному протоколу: исходно во время госпитализации; через 2 недели по окончании стационарного этапа; на амбулаторном этапе через 3 и 6 месяцев.

Согласно полученным результатам, две методики аппаратной физиотерапии (ЛВКТ и МЛТ) при локальном воздействии на пораженные суставы пациентов с ранним РА вызвали краткосрочный анальгетический эффект непосредственно после завершения курса процедур. После окончания 2-недельного единичного курса ЛВКТ число болезненных суставов (ЧБС) уменьшилось на 40,7% ($p < 0,05$), боль по 100-мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ) – на 51,2% ($p < 0,01$). После курса МЛТ ЧБС снизилось на 30,4% ($p < 0,05$), боль по ВАШ – на 42,7% ($p < 0,05$). 2-недельный курс ЛВКТ оказывал более выраженное обезболивающее действие (снижение ЧБС и боли по ВАШ), чем курс МЛТ ($p < 0,05$). 2-недельный курс ЛВКТ улучшал функциональный статус (снижение индекса Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ) на $0,38 \pm 0,19$ балла ($p < 0,05$)), качество жизни (уменьшение индекса Rheumatology Assessment Patient Index Data (RAPID3) на $4,64 \pm 1,37$ балла ($p < 0,05$)), повышал силу сжатия более пораженной кисти, измеренную динамометром, на 24,5% ($p < 0,05$) и мощность разгибания более пораженного коленного сустава, оцененную с помощью En-TreeM Pulley анализа движений, на 38,3% ($p < 0,05$) у больных ранним РА в ближайшей перспективе.

После завершения курсов ЛВКТ и МЛТ достоверных отличий клинико-лабораторных параметров воспалительной активности (число припухших суставов (ЧПС), скорость оседания эритроцитов (СОЭ), С-реактивный белок (СРБ), индекс активности болезни Disease Activity Score (DAS28)) от исходных данных, а также от значений в группе контроля не наблюдалось ($p > 0,05$).

При оценке результатов через 3 и 6 месяцев, достоверного влияния ЛВКТ и МЛТ, как методов монофизиотерапии, на болевой синдром, активность заболевания, функциональный статус, качество жизни и локомоторную функцию опорно-двигательного аппарата (сила сжатия кистей, мощность движения коленных и голеностопных суставов) у больных ранним РА не отмечалось.

У пациентов, регулярно занимавшихся ЛФК по двум программам (ВДТ с использованием тренажеров и ЛГ для суставов) в течение 6-ти месяцев, снизился болевой синдром (ЧБС на 62,0% ($p < 0,01$) и 50,0% ($p < 0,01$), боль по ВАШ на 60,7% ($p < 0,01$) и 56,4% ($p < 0,01$), соответственно), улучшились функциональные способности (умень-

шение HAQ на $0,91 \pm 0,33$ ($p < 0,01$) и $0,72 \pm 0,41$ балла ($p < 0,01$), соответственно) и двигательные возможности суставов (увеличение мощностей разгибания более пораженного коленного сустава на 74,7% ($p < 0,01$) и 72,2% ($p < 0,01$), сгибания более слабого голеностопного сустава на 71,8% ($p < 0,01$) и 40,9% ($p < 0,05$), соответственно), что привело к повышению качества жизни (уменьшение RAPID3 на $5,22 \pm 1,25$ ($p < 0,01$) и $4,41 \pm 0,87$ балла ($p < 0,01$), соответственно). Значимых различий по индексу DAS28 между обеими подгруппами ЛФК, а также контролем не было ($p > 0,05$). При этом через 6 месяцев у большинства пациентов подгрупп 2а (ВДТ) и 2б (ЛГ) отмечалась низкая активность по DAS28, с достоверными отличиями от контроля (66,7% против 36,7% ($p < 0,05$) и 57,1% против 36,7% ($p < 0,05$) соответственно). Оба комплекса ЛФК, в том числе высокоинтенсивные тренировки, не оказывали отрицательного влияния на активность болезни.

Клиническая эффективность ВДТ на тренажерах в течение 6-ти месяцев была выше, чем ЛГ для суставов, по влиянию на ЧБС и функциональные возможности (индексы HAQ и RAPID3, мощность движения коленных суставов) ($p < 0,05$). Приверженность пациентов с ранним РА к регулярным занятиям ЛГ для суставов была выше, чем к ВДТ на тренажерах на протяжении 3-х (94,4% против 73,3% ($p < 0,05$)) и 6-ти месяцев (77,8% против 60,0% ($p < 0,05$)). На амбулаторно-домашнем этапе в течение 6-ти месяцев регулярно выполняли ВДТ в тренажерном зале больные более молодого возраста (до 40-ка лет) (относительный риск (ОР) 4,71, 95% доверительный интервал (ДИ) 1,29; 17,56, $p < 0,01$) и с небольшой продолжительностью заболевания (очень ранняя стадия РА) (ОР 3,12, 95% ДИ 1,19; 11,37, $p < 0,01$).

Исходно у больных наблюдалась низкая приверженность к немедикаментозным методам лечения. От 5,6% до 16,7% пациентов регулярно занимались ЛФК, от 3,3% до 5,9% полностью выполняли рекомендации по формированию правильного функционального стереотипа, приверженность к использованию ортезов лучезапястного сустава составляла от 13,0% до 17,6%, коленного сустава – от 20,0% до 26,5%, стелечных ортезов – от 28,0% до 36,0%. Через 3 и 6 месяцев после обучения больных ранним РА в образовательной программе, разработанной согласно общим требованиям проведения Школ здоровья и рекомендациям стратегии «Лечение РА до достижения цели» (Treat to Target (T2T)), увеличилась приверженность к методикам формирования правильного функционального стереотипа (в 13,0 ($p < 0,01$) и 10,0 раз ($p < 0,01$)), к ортезированию лучезапястного (в 2,0 раза ($p < 0,01$) и на 75,0% ($p < 0,01$)), коленного суставов (на 33,3% ($p < 0,05$) и 50,0% ($p < 0,05$)) и стопы (на 71,4% ($p < 0,01$) и 57,1% ($p < 0,01$)), к регулярным занятиям ЛФК (в 4,0 ($p < 0,01$) и 3,25 раза ($p < 0,01$)), через 6 месяцев снизилась потребность в НПВП на 30,4% ($p < 0,05$). Наилучшая приверженность к немедикаментозным методам лечения через 3 месяца и некоторое угасание эффекта обучения к 6-му месяцу показало необходимость регулярного проведения Школ здоровья.

Через 6 месяцев после обучения больных с ранним РА в Школе здоровья наблюдалось снижение болевого синдрома (ЧБС на 62,4% ($p < 0,01$), боли по ВАШ на 56,8% ($p < 0,01$)), улучшение функциональных возможностей (снижение HAQ на $0,68 \pm 0,34$ балла ($p < 0,05$)), качества жизни (уменьшение RAPID3 на $4,91 \pm 0,92$ балла ($p < 0,01$)) и некоторых локомоторных показателей. Значимого влияния на активность заболевания по индексу DAS28 образовательная программа не оказала. Однако, через 6 месяцев после обучения у большинства больных ранним РА отмечалась низкая активность заболевания по DAS28 с достоверным отличием от группы контроля (62,5% против 36,7%

($p < 0,05$) и чаще регистрировался хороший ответ на лечение по критериям EULAR (DAS28) (56,3% против 40,0% в контрольной группе ($p < 0,05$)).

При сравнительном анализе пяти реабилитационных схем наилучшую клиническую эффективность у больных ранним РА показала КПР (медикаментозная терапия, ЛВКТ, ЛГ для суставов, ЭТ, ортезирование, образовательная программа), как после завершения 2-недельного стационарного, так и 6-месячного амбулаторно-домашнего этапов.

Стационарный этап КПР снижал болевой синдром (ЧБС на 49,4% ($p < 0,05$), боль по ВАШ на 53,7% ($p < 0,01$)), улучшал функциональные возможности (уменьшение HAQ на $0,51 \pm 0,34$ балла ($p < 0,05$)), качество жизни (снижение RAPID3 на $4,78 \pm 1,43$ балла ($p < 0,05$)) и локомоторные показатели (повышение силы сжатия более пораженной кисти на 28,2% ($p < 0,05$), мощности разгибания более пораженного коленного сустава на 60,2% ($p < 0,01$) и сгибания более слабого голеностопного сустава на 55,3% ($p < 0,01$)), но не влиял на параметры общей воспалительной активности заболевания (ЧПС, СОЭ, СРБ, индекс DAS28) у пациентов с ранним РА.

Через 6 месяцев КПР у больных ранним РА наблюдалось наиболее выраженное уменьшение болевого синдрома (ЧБС на 72,3% ($p < 0,01$), боли по ВАШ на 70,4% ($p < 0,01$)), клинико-лабораторных показателей (снижение ЧПС на 74,1% ($p < 0,01$), СОЭ на 58,2% ($p < 0,01$), СРБ на 70,8% ($p < 0,01$)), улучшение функционального статуса (уменьшение HAQ на $0,97 \pm 0,56$ балла ($p < 0,01$)), качества жизни (снижение RAPID3 на $5,98 \pm 1,25$ балла ($p < 0,01$)), локомоторной функции опорно-двигательного аппарата (повышение силы сжатия более пораженной кисти на 44,9% ($p < 0,05$), мощностей разгибания более пораженного коленного сустава на 88,7% ($p < 0,01$) и сгибания более пораженного голеностопного суставов на 81,6% ($p < 0,01$)). Разработанная КПР оказалась единственной из изученных реабилитационных методик, повышающей эффективность медикаментозной терапии в отношении контроля активности заболевания (снижение DAS28 на $1,38 \pm 0,21$ балла ($p < 0,05$)). Через 6 месяцев КПР у больных ранним РА достоверно чаще отмечалась низкая активность болезни по DAS28 (77,3% против 36,7% в контрольной группе ($p < 0,05$)) и регистрировался хороший эффект на лечение по критериям EULAR (DAS28) (77,3% против 40,0% в контрольной группе ($p < 0,05$)).

Значимое улучшение среднесрочных исходов раннего РА под влиянием КПР, включающей основные элементы мультидисциплинарной медицинской помощи, показало целесообразность включения реабилитационных технологий в стратегию «Лечение РА до достижения цели» (Treat to Target (T2T)) совместно с медикаментозной терапией.

При корреляционном анализе у больных ранним РА, прошедших 6-месячную КПР на стационарном и амбулаторно-домашнем этапах, была выявлена обратная взаимосвязь между снижением болевого синдрома по ВАШ, индексов HAQ и RAPID3, определенных по валидированным шкалам на основе самооценки пациентами своего состояния («self-reported»), и повышением силы сжатия более пораженной кисти ($r = -0,47$ ($p < 0,05$), $r = -0,33$ ($p < 0,05$), $r = -0,28$ ($p < 0,05$)), мощностей разгибания более пораженного коленного сустава ($r = -0,54$ ($p < 0,05$), $r = -0,37$ ($p < 0,05$), $r = -0,43$ ($p < 0,05$)) и сгибания более пораженного голеностопного сустава ($r = -0,31$ ($p < 0,05$), $r = -0,25$ ($p < 0,05$), $r = -0,20$ ($p < 0,05$)), измеренных объективными методами с помощью динамометра и En-TreeM анализа движений.

Таким образом, на ранней стадии заболевания в соответствии с индивидуальными потребностями больного РА, ему должны быть доступны все элементы мультидисциплинарной медицинской помощи (медикаментозная терапия, физиотерапия, ЛФК, ЭТ, ортезирование, образовательные программы) и обеспечена поддержка со стороны пациентских организаций. Комплексный персонифицированный подход с участием многопрофильной команды специалистов с момента установления диагноза способен дать наилучшие среднесрочные результаты в лечении больных РА. Программа немедикаментозной реабилитации и обучение пациентов с ранним РА в Школе здоровья должны быть включены в стратегию «Лечение РА до достижения цели» (T2T). Сочетание медикаментозного лечения согласно рекомендациям T2T с КПП превосходит фармакологическую терапию по выраженности контроля над симптоматикой, потребности в симптоматических препаратах, улучшению функциональных способностей и приверженности больных к различным методам лечения.

Высокая степень достоверности результатов диссертационной работы обусловлена достаточным клиническим материалом, использованием современных клинических, лабораторных, инструментальных и аппаратных методов обследования, тщательным анализом полученных данных с применением современных методов статистической обработки.

Конкретное участие автора в получении научных результатов

На основе обзора литературных данных автором определены цель и задачи научной работы, выбраны оптимальные реабилитационные методики, определены протокол обследования пациентов и дизайн проведения исследования. Автором разработаны опросник для контроля приверженности к немедикаментозным методам лечения, образовательная программа для больных РА и КПП на ранней стадии заболевания, апробированные на достаточном клиническом материале и реализованные в виде патента РФ на изобретение №2500379 «Способ реабилитации больных ранним ревматоидным артритом». В клинике ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН автором проводился физикальный осмотр пациентов, анализ лабораторных данных, исследование локомоторной функции опорно-двигательного аппарата с помощью динамометра и En-TrecM анализа движений. Полученные результаты систематизированы и внесены в электронную базу данных, выполнена статистическая обработка материала. Результаты проанализированы, обсуждены, сопоставлены с литературными данными, на основании чего сформулированы выводы и практические рекомендации.

Научная новизна

Впервые в открытом контролируемом исследовании определены роль и место немедикаментозных методик в реабилитации пациентов с ранним РА, как при отдельном использовании, так и в комплексном их применении.

Впервые показана необходимость и возможность включения немедикаментозной реабилитации и обучения больных ранним РА в стратегию «Лечение РА до достижения цели» (Treat to Target (T2T)). Дано научное обоснование применения нефармако-

логических методик при раннем РА, что дополняет стратегию Т2Т, приводит к оптимизации медикаментозной терапии и наилучшему восстановлению функциональных возможностей пациентов.

Впервые продемонстрировано, что комплексный персонифицированный подход к реабилитации на ранней стадии заболевания, исходя из индивидуальных потребностей пациента, способен обеспечить наилучшие среднесрочные клинические и функциональные исходы в лечении РА.

Впервые доказана необходимость обучения пациентов с РА непосредственно после постановки диагноза. Впервые разработана и апробирована на достаточном клиническом материале унифицированная модель образовательной программы (Школа здоровья «Ревматоидный артрит»), согласно общим требованиям и единой методологии проведения Школ здоровья и в соответствии с принципами и рекомендациями российской версии для пациентов международной программы «Лечение РА до достижения цели» (Т2Т). Показано, что участие в Школе здоровья на ранней стадии РА снижает потребность в нестероидных противовоспалительных препаратах (НПВП), повышает приверженность к немедикаментозным методам лечения и дает больным необходимые инструменты для формирования ежедневной стратегии борьбы и самоконтроля над заболеванием, что улучшает функциональные возможности и качество жизни.

Впервые изучено применение различных программ реабилитации при раннем РА в сравнительном аспекте и определено их место в комплексном лечении этой группы больных. Показано, что метод аппаратной физиотерапии (ЛВКТ) может использоваться у больных ранним РА для краткосрочного симптоматического снижения болевого синдрома и повышения функциональных способностей. Установлена роль двух программ ЛФК (ВДТ с использованием тренажеров и ЛГ для суставов) в реабилитации пациентов с ранним РА на стационарном и амбулаторно-домашнем этапах. Показано, что регулярные занятия ВДТ с использованием тренажеров и ЛГ для суставов на ранней стадии РА способствуют улучшению контроля над симптоматикой, функционального статуса, двигательных возможностей крупных суставов и качества жизни больных.

Впервые, на основе проведенного сравнительного анализа 5-ти реабилитационных схем, определена наиболее эффективная КПП при раннем РА, включающая основные элементы мультидисциплинарной медицинской помощи (медикаментозная терапия, ЛВКТ, ЛГ для суставов, ЭТ, различные виды ортезирования, образовательная программа) с возможностью применения ее на стационарном и амбулаторно-домашнем этапах. Разработанная КПП больных ранним РА защищена патентом Российской Федерации на изобретение.

Практическая значимость

Для практического здравоохранения предложены новые технологии медицинской реабилитации больных ранним РА, включающие аппаратную физиотерапию, ЛФК, ЭТ и обучение пациентов. Разработана оптимальная КПП пациентов с ранним РА (ЛВКТ, ЛГ для суставов, ЭТ, ортезирование, образовательная программа) на стационарном и амбулаторно-домашнем этапах.

Установлена наиболее эффективная методика аппаратной физиотерапии раннего РА – ЛВКТ, разработана технология проведения процедур, определены показания и противопоказания к использованию метода, проанализированы возможные побочные эффекты.

Разработаны два комплекса ЛФК для больных ранним РА (ВДТ с использованием тренажеров и ЛГ для суставов), показавшие высокую клиническую эффективность и рекомендованные для регулярных занятий на стационарном и амбулаторно-домашнем этапах с момента установления диагноза. Показано, что ВДТ на тренажерах необходимо дифференцировано назначать пациентам молодого возраста (до 40 лет), с небольшой продолжительностью заболевания.

Создана модель образовательной программы (Школа здоровья «Ревматоидный артрит»), которая показала существенное влияние на повышение приверженности больных ранним РА к различным методам лечения и может быть рекомендована к проведению в стационарных и амбулаторных учреждениях здравоохранения. При этом унификация системы обучения позволила значительно повысить эффективность работы с пациентами. Разработан и апробирован на достаточном клиническом материале опросник, позволяющий контролировать приверженность больных РА к немедикаментозным методам терапии и повысить комплаентность их применения в реальной клинической практике.

Внедрение в практику

Основные результаты работы, проведенной в рамках программы «Ранний артрит: клинико-диагностические особенности, исходы, принципы активной терапии» (тема № 334), утвержденной РАМН (государственный регистрационный номер 01200810610, УДК 616.72–002.77–07–08), внедрены в клиническую практику ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН и ГБУЗ г. Москвы «ГКБ №1 им. Н.И. Пирогова». По результатам исследования получены 2 патента Российской Федерации на изобретения (№ 2360717 и № 2500379). Разработаны методические рекомендации для врачей-физиотерапевтов и ревматологов «Локальная воздушная криотерапия пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата» (Санкт-Петербург, 2013).

Апробация работы

Результаты исследования были представлены на III съезде врачей общей практики (семейных врачей) «Актуальные проблемы внедрения общей врачебной практики в России» (Белгород, 2008), V и VI Съездах ревматологов России (Москва, 2009, 2013), Всероссийском форуме «Развитие санаторно-курортной помощи, восстановительного лечения и медицинской реабилитации» (Москва, 2010), Ежегодных научно-практических конференциях ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН «Системные ревматические болезни и спондилиты» и «От прошлого – к настоящему и будущему» (Москва, 2010, 2013), II Всероссийском конгрессе ревматологов России (Ярославль, 2011), V Международной конференции «Новые технологии клинической и спортивной реабилитации» (Москва, 2011), I Евразийском конгрессе ревматологов (Алматы, 2012), VII Всероссийской конференции «Ревматология в реальной клинической практике»

(Владимир, 2012), Международном конгрессе «Реабилитация и санаторно-курортное лечение 2012» (Москва, 2012), VII Национальном конгрессе терапевтов (Москва, 2012), Юбилейной конференции с международным участием, посвященной 45-летию ЦКБВЛ (Москва, 2013), Ежегодных конгрессах Европейского общества по кальцификации тканей (European Calcified Tissue Society (ECTS)) (Стокгольм, 2012, Лиссабон, 2013, постерные доклады), Ежегодных Европейских конгрессах ревматологов (European League Against Rheumatism (EULAR)) (Берлин, 2012, Мадрид, 2013, постерные доклады).

Материалы диссертации достаточно полно отражены в опубликованных работах: по результатам диссертации опубликовано 50 печатных работ: 18 научных статей в рецензируемых журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Министерстве образования и науки Российской Федерации для публикации основных результатов диссертаций на соискание ученых степеней доктора и кандидата медицинских наук, 1 статья в иностранном журнале, 28 тезисов (из них 8 тезисов в международных рецензируемых журналах), получены 2 патента Российской Федерации на изобретения (№ 2360717 и № 2500379), разработаны 1 методические рекомендации для врачей.

По актуальности темы, объему проведенных исследований, новизне и научно-практической значимости полученных результатов диссертация соответствует требованиям п. 9 «Положения о порядке присуждения ученых степеней» ВАК при Министерстве образования и науки Российской Федерации (Постановление Правительства Российской Федерации от 24 сентября 2013 г. № 842 «О порядке присуждения ученых степеней»), предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени доктора наук.

Диссертация «Медицинская реабилитация больных ранним ревматоидным артритом» Орловой Евгении Владиславовны рекомендуется к защите на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальностям: 14.01.22 – ревматология и 14.03.11 – восстановительная медицина, спортивная медицина, лечебная физкультура, курортология и физиотерапия.

Заключение принято на заседании Ученого совета Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» Российской академии медицинских наук.

На заседании присутствовало 25 из 36 членов ученого совета. Результаты голосования: «за» – 25 человек, «против» – нет, «воздержалось» – нет; протокол № 4 от 4 февраля 2014 г.

Ученый секретарь
ФГБУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН,
доктор медицинских наук



Амирджанова В.Н.