Газета для врачей
№1 (30), 2017
Главный редактор
академик РАН, профессор
Е.Л. Насонов
Зам. главного редактора
профессор Л.Н. Денисов
http://gzt.ima-press.net

Ревматология

Профессорский форум *с. 2*
Благотворительная программа «Больше, чем реабилитация» *с. 6*
Всероссийская конференция по паллиативной медицине *с. 7*
Резюме Совета экспертов *с. 8*
В.А. Насонова – основатель отечественной ревматологии *с. 10*
Красная волчанка у детей *с. 11*

XVI Всероссийская школа ревматологов (22–24 марта 2017 г., Москва)

22–24 марта 2017 г. в Москве состоялась традиционная XVI Всероссийская школа ревматологов, организованная Общероссийской общественной организацией «Ассоциация ревматологов России» (АРР) и ФГБНУ НИИР им. В. А. Насоновой.

В рамках непрерывного последипломного образования по специальности «Ревматология» участниками программы «Клинические рекомендации по диагностике и лечению ревматических заболеваний» стали более ста пятидесяти врачей из разных городов России.

Школа имеет особое значение для российской медицины. В России около 17 млн пациентов с тяжелыми ревматическими заболеваниями (РЗ), более половины из них — молодого и трудоспособного возраста. Количество людей, страдающих такими заболеваниями, растет год от года. РЗ занимают третье место среди причин инвалидности, уступая первенство лишь сердечно-сосудистым и онкологическим заболеваниям. При этом 50% пациентов становятся инвалидами в течение первых 3 лет с момента постановки диагноза, а через 10–15 лет от начала заболевания инвалидность получают примерно 90% пациентов.

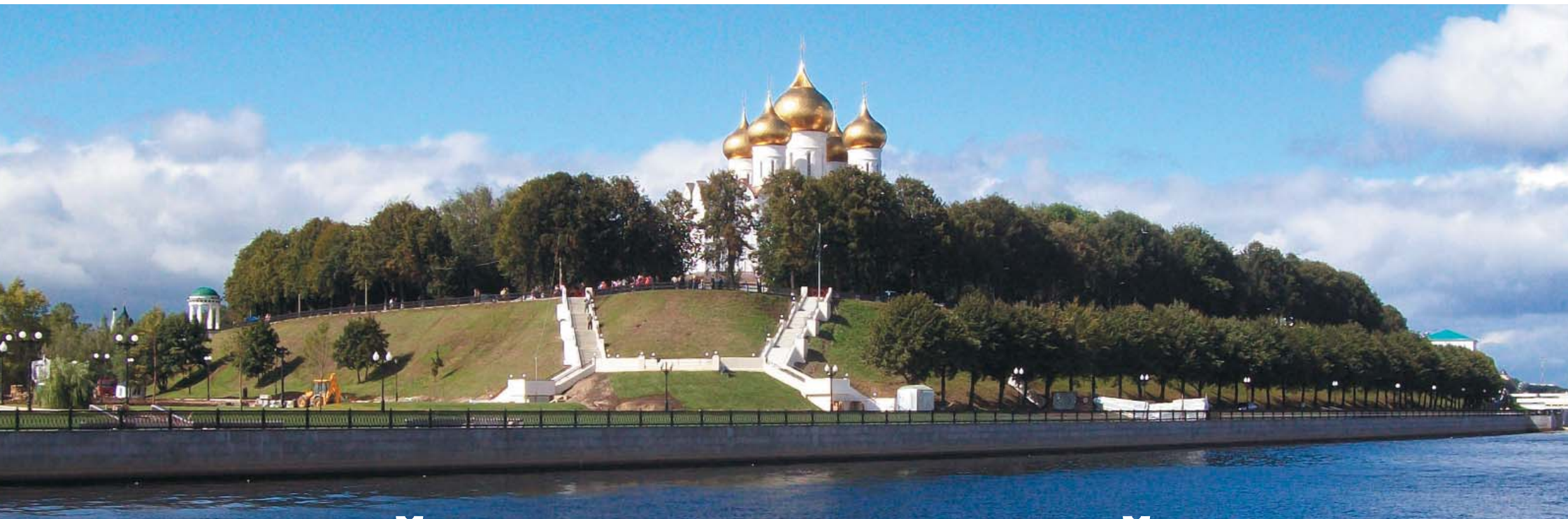
Цель непрерывного последипломного образования и проводящейся регулярно школы ревматологов – повысить и углубить профессиональный уровень ревматологов и терапевтов, предоставить информацию о современных методах диагностики и лечения, научить своевременно ставить правильные диагнозы и тиражировать успешный опыт ведения пациентов. И самое важное заключается в том, что школа ревматологов доступна для врачей из любого уголка нашей страны.

Повышенное внимание в этом году было уделено ревматоидному артриту: диагностике и прогнозу течения заболевания, терапевтической тактике современного лечения, предоперационным состояниям. Кроме того, разработаны и проведены специальные мастер-классы с диагностическими случаями остеоартрита, анкилозирующего спондилита, системной склеродермии, псориатического артрита, подагры. Лучшие ревматологи Российской Федерации представили алгоритм лечения этих и других РЗ. Отдельный семинар был посвящен клиническим рекомендациям для детской ревматологической практики. Участники школы получили уникальную возможность поделиться собственным опытом диагностики и лечения «трудных» больных, сопоставить его с международными и российскими клиническими рекомендациями.

Президент АРР академик РАН Евгений Львович Насонов отметил необходимость регулярного повышения квалификации ревматологов: «Заболевания опорно-двигательного аппарата очень распространены во всем мире. Для развития заболеваний имеет значение целый ряд факторов риска: генетическая предрасположенность, лишний вес, вирусы, травмы, малоподвижный и нездоровый образ жизни. Ревматологи должны сделать все возможное, чтобы пациенты могли вовремя получить квалифицированную помощь в любом регионе России и избежать инвалидности. Поэтому очень важно проводить такие школы».

Во время обучения специалисты получают необходимую информацию о новых лекарственных средствах, разработанных для лечения РЗ, в том числе о возможностях длительного успешного применения в клинической практике стандартных базисных противовоспалительных препаратов, генно-инженерных биологических препаратов и новых синтетических «таргетных» препаратов.

Всероссийская школа ревматологов, инициированная основоположником российской ревматологии академиком Валентиной Александровной Насоновой, объединяет и обучает врачей и, в конечном итоге, спасает и облегчает жизнь миллионов людей. ■



ПЕРВЫЙ ПРОФЕССОРСКИЙ ФОРУМ

(3–4 февраля 2017 г., Ярославль)

3–4 февраля 2017 г. в Ярославле проходил профессорский форум «Вопросы преподавания ревматологии в XXI веке». Также в эти дни состоялись пленум правления Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России» (АРР) и заседание Высшего совета Евразийской лиги ревматологов.

С приветствием в адрес участников форума обратились заместитель председателя правительства Ярославской области В.Г. Костин, ректор Ярославского государственного медицинского университета проф. А.В. Павлов, президент Ярославского государственного медицинского университета академик РАН Ю.В. Новиков, директор Департамента здравоохранения и фармации Ярославской области Р.Р. Саитгареев. Участников форума поздравил президент Российского научного медицинского общества терапевтов академик РАН А.И. Мартынов.

Программы постоянного повышения квалификации врачей – это фундамент прогресса медицины во всех странах мира. Все международные и национальные организации ревматологов берут эту тенденцию за основу и движутся в двух направлениях. Первое направление – это повышение квалификации ревматологов, второе – повышение квалификации врачей первичного звена, т. е. формирование у них того объема знаний, которым должны владеть врачи общей практики в области ревматологии.

По словам президента АРР, главного внештатного ревматолога Минздрава России академика РАН Е.Л. Насонова, важнейшее значение имеет тот факт, что сегодня Минздрав и Минобрнауки России ставят во главу угла проблему последипломного образования врачей, и это происходит в свете концепции «образование через всю жизнь» (life-longmedical education).

«Мы должны донести до всех врачей нашей страны, в первую очередь до терапевтов, знания о необходимости проведения ранней диагностики ревматических заболеваний (РЗ), рационального применения лекарственных препаратов. Последние десять лет наряду с традиционными методами очного обучения мы активно используем дистанционные методы, читаем лекции по телемедицине, которые необходимо стандартизировать и систематизировать. К сожалению, пока у нас нет единого представления о том, какие вопросы являются наиболее важными, и благодаря таким обсуждениям мы должны прийти к согласию. Задача форума – объединить усилия преподавателей и врачей и разработать стандарты преподавания клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики и проблем фармакотерапии», – отметил Е.Л. Насонов.

В работе форума приняли участие более 70 заведующих кафедрами и профессоров, преподающих терапию и ревматологию в медицинских вузах и на факультетах повышения квалификации врачей, а также ведущие ревматологи и терапевты Белоруссии (Н.А. Мартусевич), Казахстана (Г.А. Тогизбаев, Ч. Баймухамедов), Киргизии (О.В. Лобаченко), Узбекистана (М.З. Ризамухамедова) и другие – все члены Евразийской лиги ревматологов (LEAR).

Заседания проходили в формате круглого стола и были посвящены обсуждению ключевых подходов к преподаванию специальности «Ревматология» для ревматологов и терапевтов, унификации материалов лекций и практических занятий на основе российского и международного опыта, а также национальных клинических рекомендаций.

Заседания открыл академик РАН Е.Л. Насонов с докладом «Вызовы XXI века: вопросы преподавания основных понятий ревматологии», в котором был обобщен мировой опыт преподавания ревматологии в мире, сформулированы основные цели и задачи последипломного образования ревматологов и терапевтов, направленные на раннюю диагностику и рациональную терапию социально значимых РЗ.

Опытом преподавания проблем фармакотерапии РЗ, включая симптоматическую терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), применение базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) и генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), лечения коморбидной инфекции и стратегии вакцинации поделились академик РАН Е.Л. Насонов (Москва), академик РАН В.И. Мазуров (Санкт-Петербург), д.м.н. Д.И. Абдулганиева (Казань), д.м.н. Б.С. Белов (Москва), д.м.н. А.Е. Каратеев (Москва).

Вопросы преподавания проблем ревматоидного артрита (РА) были также активно представлены в сообщениях выступающих. Докладчики акцентировали внимание на возможностях ранней диагностики РА, в первую очередь основанной на тесном взаимодействии терапевтов, ревматологов и пациентов, рациональном применении БПВП и ГИБП для достижения ремиссии заболевания в рамках стратегии «Лечение до достижения цели».

Большой интерес вызвали выступления проф. А.П. Реброва (Саратов), проф. А.М. Лила (Санкт-Петербург), проф. А.А. Клименко (Москва), к.м.н. С.П. Якуповой (Казань), проф. Н.И. Коршунова (Ярославль), д.м.н. Т.В. Коротаевой (Москва), проф. В.В. Бадокина (Москва), проф. Л.В. Меньшиковой (Иркутск), посвященные актуальным подходам к преподаванию проблем спондилоартрита (СпА) и псориатического артрита. Всеми докладчиками подчеркивалось, что распространение знаний, касающихся диагностики и лечения СпА, относится к числу важнейших задач преподавания ревматологии в начале XXI в., и это во многом связано с огромной социальной значимостью данной патологии, объединяющей ревматологов с терапевтами, дерматологами, неврологами, травматологами-ортопедами, учеными, занимающимися проблемами генетической предрасположенности и иммунопатологии хронических воспалительных заболеваний человека.

Другие заседания круглого стола включали обсуждение актуальных вопросов преподавания терапевтических аспектов остеоартрита, широко распространенного в популяции и затрагивающего проблемы коморбидности в ревматологии. Рациональная диагностика, профилактика и лечение остеоартрита и подагры особенно ярко подчеркивают мультидисциплинарные основы ревматологии в XXI в.

Опытом преподавания наиболее сложных разделов современной ревматологии, связанных с диагностикой и лечением системных заболеваний соединительной ткани, поделились проф. С.К. Соловьев (Москва), д.м.н. Т.В. Попкова (Москва), проф. Л.П. Ананьева (Москва), проф. Л.А. Князева (Курск). С программной лекцией «Лихорадки при ревматических заболеваниях» выступил проф. А.В. Гордеев (Москва).

В заключение участники форума обменялись практическим опытом и обсудили дискуссионные вопросы преподавания ревматологии для студенческой аудитории и в рамках последипломного образования ревматологов и терапевтов. В обсуждении приняли участие академик РАН А.И. Мазуров (Санкт-Петербург), проф. С.С. Якушин (Рязань), к.м.н. С.П. Якупова (Казань), проф. М.З. Каневская (Москва), проф. С.Е. Мясоедова (Иваново),

проф. А.А. Клименко (Москва), проф. Н.И. Коршунов (Ярославль), проф. Л.В. Меньшикова (Иркутск) и проф. Ч. Баймухамедов (Казахстан). Обсуждались ключевые задачи преподавания ревматологии для терапевтов и ревматологов на кафедрах медицинских вузов и кафедрах повышения квалификации врачей. Специалисты договорились о совместных шагах по выработке единой унифицированной стратегии и тактики преподавания ревматологии в России. В ходе дискуссии «Обмен опытом преподавания вопросов ревматологии в Российской Федерации и странах Евразийской лиги ревматологов» выступили ведущие специалисты от лиги.

Особое внимание на форуме было уделено проблемам фармакотерапии РЗ: применению НПВП, глюкокортикоидов, базисной противовоспалительной терапии, ГИБП и таргетных синтетических препаратов, воздействующих на внутриклеточные сигнальные пути.

В рамках форума состоялся пленум правления АРР, где были подведены итоги пятилетней работы организации, а также обсуждалась подготовка к VII Съезду ревматологов России, который пройдет в апреле 2017 г. в Москве. На заседании присутствовало 40 участников от списочного состава 68 членов правления АРР. Согласно уставу АРР, имеющийся кворум позволил обсудить и принять организационные и процедурные вопросы по проведению VII Съезда и выборов президента АРР. В состав президиума пленума правления АРР вошли президент АРР Е.Л. Насонов, первый вице-президент АРР В.И. Мазуров, вице-президент АРР А.А. Баранов, генеральный секретарь АРР В.Н. Амирджанова, председатель контрольно-ревизионной комиссии АРР В.Н. Сороцкая (счетная комиссия пленума), юрист АРР Т.А. Филимонов. Пленум правления АРР единогласно постановил провести VII Съезд ревматологов России 26–28 апреля 2017 г. в Москве. В соответствии с уставом АРР и распоряжением Минюста России для проведения выборов единогласно было утверждено «Положение о президенте АРР», которое регламентирует порядок выдвижения кандидатур на должность, процедуру и форму (открытым голосованием) его избрания на VII Съезде. Единогласно члены правления АРР утвердили нормы представительства делегатов от зафиксированных в уставе и утвержденных Минюстом России региональных отделений на VII Съезд ревматологов России. В рамках программы пленума правления президент АРР академик РАН Е.Л. Насонов представил отчет о своей работе за прошедшие четыре года (с 2013 по 2017 г.), который был единогласно одобрен членами правления АРР. Подавляющим большинством голосов пленум правления АРР выдвинул кандидатуру академика РАН Е.Л. Насонова на пост президента АРР на следующий срок для открытого голосования на VII Съезде ревматологов России. Другие кандидатуры на пост президента АРР членами правления АРР поддержаны не были. С протоколом пленума правления и результатами голосования можно будет ознакомиться на сайте АРР www.rheumatolog.ru.

Профессорский форум ревматологов проводился впервые, и организаторы выразили надежду на то, что именно такой формат станет традиционным. Многочисленные дискуссии об актуальных проблемах ревматологии призваны повысить качество оказания медицинской помощи пациентам, страдающим РЗ, позволить высококвалифицированным кадрам из российских регионов обмениваться своими знаниями и опытом со столичными специалистами.

В рамках форума подписан договор об учреждении Евразийской лиги ревматологов. В подписании договора приняли участие президенты общественных профессиональных организаций ревматологов России, Азербайджана, Армении, Белоруссии, Грузии, Киргизии, Молдовы. ■

Спонсорами стали фармацевтические компании «Бристол-Майерс Сквибб» и «Пфайзер».

Генеральный секретарь АРР,
д.м.н. ***В.Н. Амирджанова,***
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

Уважаемые коллеги!

ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ «АССОЦИАЦИЯ РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ»

приглашает вас
на VII Съезд ревматологов России с международным участием
«Актуальные вопросы ревматологии: российский и международный опыт»,
который состоится 26–28 апреля 2017 г.

Программа Съезда будет охватывать следующий перечень вопросов:

1. Состояние ревматологической службы в субъектах Российской Федерации.
2. Обсуждение проблемы ревматических заболеваний в XXI в.
3. Результаты многоцентровых научных программ в области ревматологии (с участием регионов Российской Федерации).
4. Патогенез, клиника, лечение артритов, спондилоартритов, системных заболеваний соединительной ткани.
5. Антифосфолипидный синдром, проблемы тромбозов.
6. Остеоартрит.
7. Подагра, метаболический синдром.
8. Вторичный остеопороз при ревматических заболеваниях.
9. Инновационные методы диагностики и лечения ревматических заболеваний.
10. Вопросы персонифицированной терапии больных ревматическими заболеваниями.
11. Педиатрическая ревматология.
12. Ревмоортопедия.
13. Результаты работы центров генно-инженерной биологической терапии.
14. Результаты работы Ассоциации больных с ревматическими заболеваниями «Надежда» и Межрегиональной общественной благотворительной организации инвалидов «Общество взаимопомощи при болезни Бехтерева».

Для достижения поставленных задач планируется проведение многочисленных пленарных лекций и заседаний, научных симпозиумов, круглых столов, мастер-классов.

Место проведения: Москва, Ленинский проспект, 32А, Новое здание Президиума РАН.
Оргкомитет: 115522, Москва, Каширское ш., 34а
Тел/факс: 8 (499) 614-44-56 или 8 (499) 614-44-86
sokrat@irramn.ru или nauka@irramn.ru

ОБУЧАЮЩИЙ КУРС ПО КАПИЛЛЯРОСКОПИИ (8–10 сентября 2016 г., Генуя)

Division of Clinical Rheumatology – Genova.

С 8 по 10 сентября 2016 г. в итальянской Генуе прошел VII обучающий курс по капилляроскопии ногтевого ложа (КНЛ), организуемый под эгидой Европейской антиревматической лиги (EULAR) совместно с Университетом Генуи.

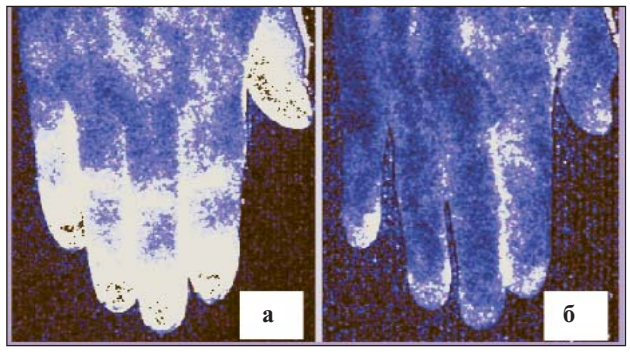
В 2016 г. в курсе приняли участие 145 ревматологов из 45 стран мира. Помимо ревматологов из Европы, обучение прошли врачи из Австралии, Новой Зеландии, Перу, Чили, Японии, Китая, Мексики, США, Казахстана и России. Структура курса состоит из практических занятий, интерактивного тестирования и лекций, посвященных патофизиологии микроциркуляторных нарушений при различных системных ревматических заболеваниях (РЗ), морфологии нормального капиллярного русла, проявлениях микроангиопатии, капилляроскопическим изменениям при первичном и вторичном синдроме Рейно, системной склеродермии (ССД), дермато- и полимиозите, системной красной волчанке, псориатическом артрите (ПсА), ревматоидном артрите, а также при других заболеваниях как у взрослых, так и у детей. Лекторами курса были крупнейшие специалисты по ССД, вопросам микроциркуляции, фиброза. Среди них – Cutolo Maurizio, Allanore Yannick, Denton Christopher, Distler Oliver, Foeldvari Ivan, Herrick Ariane, Ingegnoli Francesca, Smith Vanessa, Riccieri Valeria, Sulli Alberto. Лекции чередовались с демонстрацией видеокапилляроскопии ногтевого ложа, представлением истории заболевания приглашенных пациентов и последующей самостоятельной практикой в малых группах под руководством профессоров, которые оценивали правильность проведения исследования и интерпретации результатов.

Продемонстрированы такие методы практической оценки микроциркуляторного русла, как лазерная допплеровская ультрасонография и LASCA (лазерно-контрастный спектральный анализ), их сопоставимость с результатами видеокапилляроскопии, а также высокая информативность о состоянии микроциркуляторного русла при использовании всех трех методов у пациентов одновременно.

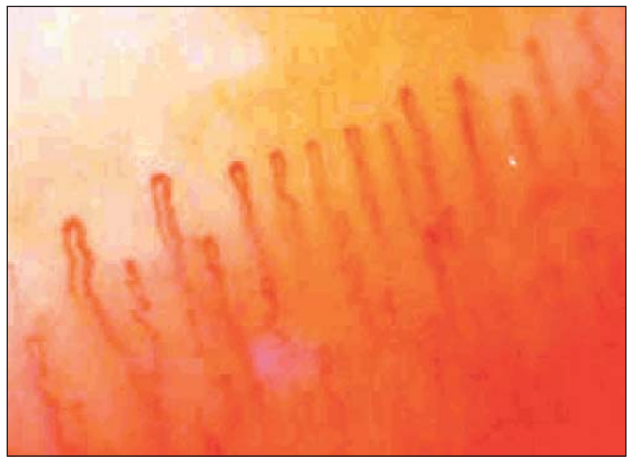
По результатам курса проведено интерактивное тестирование – предлагалось сделать заключение по демонстрируемым фотографиям КНЛ; были выданы сертификаты участников.

История данного курса началась в 2004 г. по инициативе профессора M. Cutolo, и за это время значительно выросла значимость данного метода в ревматологии. Так, за последние 4 года по вопросам капилляроскопии опубликовано более 260 статей. Обнаружение склеродермического паттерна изменений капилляров ногтевого ложа включено в классификационные критерии ССД ACR/EULAR 2013 г., в классификационные критерии LeRoy ранней ССД и в критерии VEDOSS 2013 г. для диагностики очень ранней ССД.

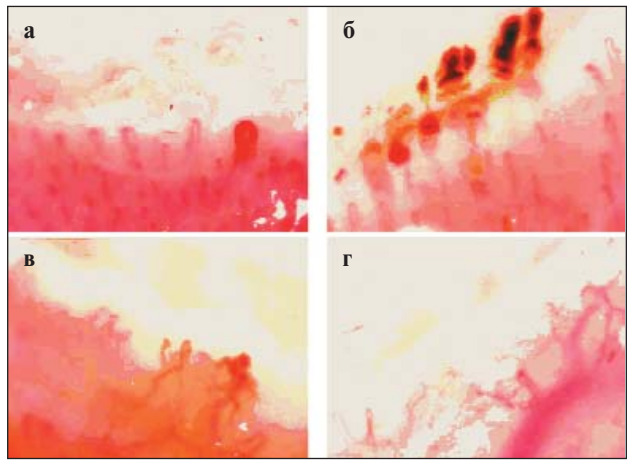
КНЛ – неинвазивный метод прижизненного исследования микроциркуляторного русла. Для проведения капилляроскопии могут использоваться различные оптические визуализирующие устройства: офтальмоскоп, дерматоскоп, стереомикроскоп и видеокапилляроскоп, различающиеся степенью оптического разрешения. Для получения достоверных результатов перед проведением исследования пациенту следует воздержаться от курения и употребления кофеина и акклиматизироваться около 15–20 мин в комнате с температурой воздуха 22–23 °С. Для



Лазерно-контрастный спектральный анализ у здорового человека (а) и пациента с поздним типом склеродермических изменений по данным КНЛ (б)



Нормальные капилляры ногтевого ложа



Склеродермический тип изменений капилляров ногтевого ложа: ранний (а), активный (б) и поздний (в, г)

лучшей визуализации и минимизации рефрактерных дефектов на кутикулу пальца наносится капля иммерсионного масла. Исследуется периангулярная область восьми пальцев кистей (за исключением большого пальца). В этой области дистальный ряд капиллярных петель проходит в дермальных сосочках параллельно поверхности кожи, что позволяет проследить различные сегменты капилляра (приносящее, выносящее колено и переходную часть). КНЛ является лучшим методом для ранней дифференциальной диагностики первичного и вторичного синдрома Рейно, определения паттерна микрососудистых повреждений, характерных для ССД. При КНЛ возможно проведение качественного, полуколичественного и количественного анализа (определения счета микрососудистых нарушений – MES 0–9). Для выявления характерных для ССД морфологических изменений капилляров, как правило, достаточно широкопольной капилляроскопии с увеличением 10–20. Полуколичественный и количественный анализы КНЛ используются для оценки прогрессирования сосудистого повреждения, оценки эффективности проводимой терапии. Для расчета MES необходимо большее увеличение – 100–200.

КНЛ при стандартном проведении не позволяет оценить перфузию. Однако перфузия дистальных конечностей при ССД может быть оценена с использованием различных неинвазивных, безопасных лазерных исследований: лазерная допплер-флуометрия, лазерная допплерография, лазерная спектрография, LASCA. Использование КНЛ совместно с лазерными техниками более информативно при постановке диагноза для определения прогноза и оценки эффективности терапии у пациентов с заболеваниями склеродермической группы.

Патология капилляров может обнаруживаться в связи с наличием эндокринологических, неврологических, сердечно-сосудистых болезней и особенно при РЗ, включая антифосфолипидный синдром, ССД, дерматомиозит, синдром Шегрена, ПсА. Лишь для ССД выявлен комплекс высокоспецифичных изменений, выявляемых при капилляроскопии.

Благодаря большому количеству научных исследований в настоящее время КНЛ применяется для дифференциальной диагностики первичного и вторичного феномена Рейно, для определения стадии ССД, риска образования новых язв у пациентов с ССД (CSURI), для оценки эффективности терапии дермато- и полимиозита (выполнение КНЛ вошло в рекомендации по диагностике и мониторингу активности ювенильного дерматомиозита), для дифференциальной диагностики дермато- и полимиозита, для скрининга на интерстициальное поражение легких у пациентов со смешанным заболеванием соединительной ткани, первичным билиарным циррозом и с перекрестным синдромом, для дифференциальной диагностики интерстициального поражения легких.

Огромный интерес к изучению вопросов микроциркуляции при РЗ, индуцированный в первую очередь достижениями капилляроскопии и огромной работой профессора M. Cutolo, вылился в то, что в 2015 г. на ежегодном съезде EULAR в Риме была организована научная группа по изучению вопросов микроциркуляции. ■

М.н.с. ***А.Ю. Захарова****,*
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

III СЪЕЗД РЕВМАТОЛОГОВ Уральского федерального округа (23–24 ноября 2016 г., Челябинск)

23–24 ноября 2016 г. в Челябинске проходило масштабное мероприятие – III Съезд ревматологов Уральского федерального округа. Основными задачами съезда стали знакомство с региональными особенностями опыта организации медицинской помощи по профилю «Ревматология», изучение и анализ современных рекомендаций по ранней диагностике и лечению ревматических заболеваний (РЗ), позволяющих объединить усилия ревматологов и терапевтов в решении сложных задач диагностики, профилактики и лечения больных с РЗ.

В работе съезда приняли участие более 300 ученых, ревматологов и терапевтов. Форум собрал вместе ведущих специалистов не только Уральского федерального округа, но и многих регионов Российской Федерации, было зарегистрировано более 300 слушателей. В течение двух дней работы съезда состоялось 5 семинаров, 2 секционных заседания и 1 мастер-класс, на которых было сделано 38 докладов.

Открытие съезда состоялось 23 ноября. С приветственным словом выступили первый заместитель министра здравоохранения Челябинской области В.Б. Щетинин и федеральный инспектор по Челябинской области И.В. Бугаева.

Главный внештатный ревматолог Минздрава России по Уральскому федеральному округу к.м.н. О.Б. Несмеянова в своем докладе представила характеристику и состояние ревматологической службы в округе, обратив внимание на высокий профессиональный уровень ревматологов Урала.

После торжественного открытия с докладом «Ранние спондилоартриты: от теории к практике» выступил заведующий лабораторией серонегативных спондилоартритов (СпА) ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой профессор Ш.Ф. Эрдес. В своем докладе он отметил высокий уровень оказания специализированой медицинской помощи больным со СпА в Уральском федеральном округе, обратив внимание на необходимость широкого внедрения методов ранней диагностики СпА в реальную клиническую практику. Особый интерес у слушателей вызвал доклад д.м.н. А.В. Гордеева о внескелетных проявлениях при СпА.

В течение первого дня работы съезда наибольшее внимание участников привлекли доклады и сообщения, посвященные междисциплинарным взаимодействиям при лечении пациентов с РЗ, а также проблеме коморбидности у ревматологических больных. С очень содержательными докладами выступили ведущие сотрудники ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой д.м.н. Т.В. Попкова, д.м.н. А.В. Гордеев, д.м.н. Е.А. Галушко, а также сотрудники Южно-Уральского государственного медицинского университета профессор М.И. Карпова и д.м.н. А.И. Долгушина.

Завершил работу первого дня семинар по междисциплинарным проблемам в лечении остеопороза и остеоартрита (ОА). В работе семинара приняли участие ревматологи и травматологи, которые рассказали о возможностях консервативной помощи пациентам с данными заболеваниями. Челябинские ревматологи и ортопеды поделились своими достижениями в лечении ОА и ортопедическом лечении заболеваний кисти.

После окончания первого дня работы съезда гости и участники продолжили неформальное общение на дружеском ужине. С поздравлениями выступили А.В. Гордеев, Е.А. Галушко, Т.В. Коротаева, а также главные ревматологи всех субъектов Уральского федерального округа. В своих выступлениях участники съезда с особой теплотой вспоминали своего учителя – академика В.А. Насонову, которая в годы Великой Отечественной войны, будучи студенткой Киевского медицинского института, находилась в эвакуации в Челябинске. Был отмечен ее огромный и неоценимый вклад в развитие ревматологической помощи не только в Челябинской области, но и во всех субъектах округа.

Второй день работы съезда открылся докладом главного ревматолога Свердловской области к.м.н. Л.П. Евстигнеевой, в котором она изложила собственный уникальный опыт организации медицинской помощи больным ревматологического профиля в своем регионе. Все прочие доклады программы второго дня освещали проблемы практической ревматологии. В работе семинаров, посвященных актуальным вопросам диагностики и лечения заболеваний суставов, приняли участие ведущие ревматологи России – профессор А.М. Лила, профессор В.В. Бадокин, д.м.н. Т.В. Коротаева, к.м.н. И.С. Дыдыкина, к.м.н. П.И. Новиков, которые в своих докладах представили самые современные доказательные клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний суставов. Несомненный интерес у слушателей вызвали доклады детских ревматологов к.м.н. И.П. Никишиной и д.м.н. С.О. Салугиной, в которых были изложены проблемы преемственности при переходе пациентов с ювенильными артритами под наблюдение врачей, лечащих взрослых пациентов.

Завершил работу съезда мастер-класс «Системные васкулиты: вопросы диагностики и терапии», на котором практикующие ревматологи представили клинические разборы пациентов с данным заболеванием

В дискуссии по завершению III Съезда ревматологов Урала все участники отметили высокий уровень организации мероприятия, выразили глубокое удовлетворение научной программой, охватившей основные направления и проблемы практической ревматологии.

25 ноября 2016 г. состоялось рабочее совещание главных ревматологов субъектов Уральского федерального округа, на котором специалисты обменялись опытом организации медицинской помощи по профилю «Ревматология» и обсудили возможности оптимизации ревматологической службы в регионах. ■

К.м.н. ***О.Б. Несмеянова****, главный внештатный ревматолог Минздрава Челябинской области*

«Двойной удар»: в трех городах России прошла кампания по информированию о псориатическом артрите

Кампания, созданная по инициативе Межрегиональной благотворительной общественной организации «Общество пациентов с псориазом» и глобальной биофармацевтической компании AbbVie, прошла в декабре 2016 г. в Самаре, Новосибирске и Екатеринбурге. С ее помощью организаторы решили повысить информированность общества о псориатическом артрите и его своевременной диагностике.

Как известно, у одного из трех пациентов с псориазом может развиться псориатический артрит (ПсА) — хроническое заболевание, при котором в патологический процесс вовлекаются кожа и суставы. Симптомы ПсА включают красные, чешуйчатые и иногда зудящие бляшки на коже, характерные для псориаза, а также припухшие, болезненные суставы с ограничением подвижности. Вместе эти симптомы могут создавать ощущение, что пациент подвергся «двойному удару».

Для того чтобы обратить внимание пациентов с псориазом на возможные симптомы ПсА, побудить людей пройти короткий опрос для выявления первых признаков ПсА и при необходимости обратиться за консультацией к ревматологу в рамках кампании на станциях метро трех российских городов-миллионников до 15 января 2016 г. были размещены постеры «Двойной удар».

«Ранняя диагностика и адекватная терапия псориатического артрита могут предотвратить или замедлить необратимые изменения в суставах, – подчеркнула Олеся Мишина, президент Межрегиональной благотворительной общественной организации “Общество пациентов с псориазом”. – В среднем диагноз “псориатический артрит” ставится пациенту через 5 лет после проявления суставных симптомов. Даже полугодовая отсрочка визита к ревматологу может вызвать необратимое изменение в суставах пациента. Мы призываем всех посетить сайт общества и дальше распространить информацию, чтобы как можно больше людей узнало о важности ранней диагностики псориатического артрита».

Кампания «Двойной удар» разработана глобальной группой ревматологов, дерматологов, терапевтов и пациентских организаций при поддержке компании AbbVie. Сопредседателями глобальной группы являются доктор медицины, один из ведущих специалистов в данной области Филипп Хелливел, доктор медицины, старший исследователь в области дерматоревматологии Лаура Саваж и доктор медицины, старший консультант в области ревматологии из Барселоны Хуан Каньете.

«Псориатический артрит может оказывать существенное влияние на жизнь пациентов, создавая серьезные сложности при выполнении ежедневных задач, – отмечает Анна Самохвалова, директор по связям с общественностью AbbVie в России, Украине и СНГ. – Физические симптомы и эмоциональные последствия их могут негативно влиять на работу и социальную жизнь человека. С помощью кампании “Двойной удар” мы хотим привлечь внимание общественности к этому заболеванию и необходимости его своевременной диагностики, лечения, а также важности оказания эмоциональной поддержки людям с этим заболеванием». ■

Компания AbbVie

Всероссийская благотворительная программа «БОЛЬШЕ, ЧЕМ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

(30 марта 2017 г., Екатеринбург)

30 марта 2017 г. в Свердловской областной детской клинической больнице (ОДКБ) №1 состоялось торжественное открытие специализированного кабинета для реабилитации детей с ревматическими и другими хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Екатеринбург стал первым в 2017 г. городом – участником программы «Больше, чем реабилитация», инициированной Межрегиональной благотворительной общественной организацией (МБОО) «Возрождение» совместно с компанией Pfizer.

В Свердловской области вопросы ревматологических заболеваний у детей в возрасте до 17 лет актуальны на протяжении последних лет. Без правильно подобранного лечения и реабилитации в течение десяти лет ребенок может стать тяжелым инвалидом. Для того чтобы избежать подобного развития событий, важно вовремя выявлять заболевания, получать правильное лечение, а затем с помощью реабилитационных мероприятий необходимо закрепить успехи лекарственной терапии. Отсутствие качественной и проходящей под медицинским контролем реабилитации может стать причиной рецидива болезни или развития осложнений.

Главный детский ревматолог Свердловской области А.М. Рахимьянова подчеркнула: «Занятия в реабилитационном кабинете на специализированных тренажерах позволяют улучшить подвижность суставов, снимают отечность, дают прилив сил и энергии, необходимых для борьбы с коварным заболеванием. Ввиду социальной значимости и распространенности ревматических заболеваний в каждой детской больнице должно быть отдельное

ревматологическое отделение с обязательным реабилитационным кабинетом. Дети любого региона России должны иметь равный доступ к лечению и реабилитации как на федеральном, так и на региональном уровне».

В торжественном открытии приняли участие главный врач ОДКБ №1 О.Ю. Аверьянов, врач-ревматолог высшей категории, главный детский ревматолог Свердловской области А.М. Рахимьянова, начальник отдела восстановительного лечения ОДКБ №1, главный детский реабилитолог Свердловской области И.А. Плотникова, руководитель благотворительных программ МБОО «Возрождение» Ж.Р. Гарибян, менеджер по внешним коммуникациям и корпоративным программам компании Pfizer Е.Н. Мухачева.

В программу мероприятия вошла торжественная церемония открытия в ревматологическом отделении кабинета реабилитации с участием представителей СМИ, гостей и спикеров состоявшейся позже пресс-конференции, затем гостям была продемонстрирована работа нового кабинета.

В день открытия кабинета в ОДКБ №1 для детей отделения ревматологии также состоялся сказочный праздник с костюмированными аниматорами, играми и мастер-классами. ■

Всероссийская конференция по паллиативной медицине
(2 февраля 2017 г., Уфа)

2 февраля 2017 г. в Уфе (Башкирия), в ДК «Медик» Республиканской клинической больницы им. Г.Г. Куватова состоялась Всероссийская научно-практическая конференция «Паллиативная медицинская помощь». В ней приняли участие ведущие доктора из Москвы, а также терапевты, онкологи, ревматологи, кардиологи, неврологи Республики Башкортостан.

От имени Минздрава Республики Башкортостан участников и гостей конференции приветствовала начальник отдела организации медицинской помощи населению Гульнара Зиннурова. Она подчеркнула значимость проведения мероприятия и важность обсуждаемой темы паллиативной медицины для дальнейшего развития здравоохранения.

Как известно, целью паллиативной помощи является достижение максимально возможного качества жизни инкурабельных больных, страдающих неизлечимыми заболеваниями. Основные аспекты паллиативной медицины разъяснил д.м.н., профессор, заведующий кафедрой паллиативной медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, председатель правления российской Ассоциации паллиативной медицины Георгий Новиков. По его словам, на сегодняшний день оказание паллиативной медицинской помощи организовано во всех субъектах страны. Программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи предусмотрено формирование системы паллиативной помощи в количестве 100 коек на 1 млн населения. Однако этот показатель в стране пока не достигнут. «Сегодня функционирует 10 тысяч коек паллиативной медицинской помощи и всего 30 хосписов на всей территории Российской Федерации. Из них

половина – в Москве и Санкт-Петербурге», – отметил Георгий Новиков. Он уточнил, что открытие только хосписов не решит все вопросы, так как хоспис – это медико-социальное учреждение, возможности которого в оказании всех видов необходимой медицинской помощи данной категории пациентов ограничены. Поэтому необходимо открытие центров и отделений паллиативной медицинской помощи в составе многопрофильных больниц.

Как отметил профессор, в Башкортостане на базе Республиканского клинического онкологического диспансера одним из первых в России было открыто отделение паллиативной медицинской помощи. После этого здесь был создан территориальный центр, который оказывает организационно-методологическую помощь для дальнейшего развития этого направления.

«Существует мнение, что в паллиативной помощи нуждаются только онкологические больные. Это не так. Онкология составляет всего лишь одну треть всех болезней, две трети – пациенты с другими соматическими заболеваниями. Это ревматология, эндокринология, неврология, пульмонология, кардиология. Сегодня нам нужно переносить акцент на пациентов именно этих профилей», – подчеркнул Георгий Новиков.

В настоящее время в Республике Башкортостан для оказания паллиативной помощи развернуто порядка 1180 коек, 70 коек при онкодиспансере, 27 коек для детей. Такие цифры привела главный внештатный специалист по паллиативной медицинской помощи Минздрава Республики Башкортостан Ирина Бакулина. «Данным видом помощи охвачены все районы республики. Разработана маршрутизация пациентов. В медицинских организациях функционируют кабинеты паллиативной медпомощи, при них работают 17 выездных бригад. Также работают 5 детских кабинетов и 4 выездные бригады для оказания помощи детскому населению», – рассказала она.

В ходе конференции были рассмотрены актуальные вопросы паллиативной медицинской помощи, ее особенности, современные возможности и проблемы лечения хронической боли. Отдельное внимание уделено нейропсихологическим расстройствам, применению респираторной поддержки, IT-технологиям в паллиативной медицине и другим темам. ■

НОВОСТИ

Главные достижения в области ревматологии за 2016 г. (по результатам опроса американских ревматологов)

Применение тоцилизумаба в терапии гигантоклеточного артериита

Большинство опрошенных специалистов оценили изменение стратегии терапии в качестве основного достижения 2016 г. На американском конгрессе ревматологов профессор John H. Stone из Гарвардского университета (Бостон) подробно остановился на результатах международного клинического исследования, включающего в общей сложности 250 пациентов с гигантоклеточным артериитом. Пациенты были рандомизированы на две группы: получавшие комбинированную терапию глюкокортикоидами (ГК) и тоцилизумабом (ТЦЗ) и получавшие ГК и плацебо. Через 1 год терапии 56% пациентов группы ТЦЗ находились в стойкой ремиссии по сравнению с 14% больных в группе плацебо (p=0,0001). Таким образом, применение ТЦЗ является эффективным стероидсберегающим методом терапии этого распространенного варианта системного васкулита.

Анифролумаб в терапии системной красной волчанки

Анифролумаб – это моноклональное антитело, являющееся антагонистом рецептора интерферона I типа. Он подавляет активность IFN-α, IFN-β и IFN-ω. Патогенетическим обоснованием для применения анифролумаба в терапии системной красной волчанки (СКВ) послужили результаты ряда исследований, продемонстрировавших корреляционную взаимосвязь уровня IFN-α с активностью СКВ, а также с титром антител к двуспиральной ДНК. Было показано, что экспрессия гена, кодирующего белок IFN-α, в лимфоцитах пациентов с СКВ в 3 раза выше, чем в лимфоцитах здоровых людей. Есть данные и о том, что уровни IFN-α снижаются во время ремиссии СКВ. На ежегодном конгрессе EULAR доктор Richard Furie представил результаты 52-недельного исследования эффективности и безопасности применения анифролумаба в терапии СКВ. В данный протокол были включены 305 пациентов с активным заболеванием, эффективность терапии оценивалась на 169-й и 365-й дни с учетом SLE Responder Index 4. Через 169 дней первичной конечной точки достигли 34,3% пациентов из группы приема 300 мг препарата, 28,8% пациентов – из группы 1000 мг и 17,6% больных группы плацебо. Через 365 дней лечения 62,3% больных из группы анифролумаба 300 мг; 53,8% пациентов из группы 1000 мг и 40,2% из группы плацебо достигли SLE Responder Index 4 (p<0,001 между группами 300 мг и плацебо). Таким образом, по мнению доктора Furie, в этом исследовании получены очень обнадеживающие данные, касающиеся перспектив терапии СКВ, и авторы рассчитывают уже в ближайшие 5 лет начать использовать анифролумаб в реальной клинической практике.

Барицитиниб в терапии ревматоидного артрита

Недавно профессор Peter C. Taylor представил данные исследования, свидетельствующие об эффективности перорального JAK1/2 ингибитора барицитиниба в терапии ревматоидного артрита (РА). В исследование были включены 1305 пациентов с активным РА (ЧБС/ЧПС ⩾6, СРБ ⩾6 мг/л) и неадекватным ответом на метотрексат (МТ). Все пациенты были рандомизированы на 3 группы: плацебо + МТ, барицитиниб в дозе 4 мг/сут + МТ и адалимумаб (АДА) 40 мг п/к 1 раз в 2 нед + МТ. Через 24 нед терапии ответ по критериям ACR20/50/70 и EULAR был достоверно выше в группе барицитиниба и АДА по сравнению с плацебо, причем ответ по критериям ACR50 и 70 был сопоставим в группах барицитиниба и АДА (50 и 46%; 30 и 22% соответственно), а по критериям ACR20 – достоверно выше в группе барицининиба (74 и 66% соответственно). Нежелательные реакции чаще регистрировались в группе барицитиниба и АДА. Частота серьезных нежелательных реакций была сопоставима во всех трех группах терапии, регистрировалось 2 случая смерти в группе барицитиниба, 5 случаев злокачественных новообразований (2 в группе барицитиниба и 3 в группе плацебо), 1 случай туберкулеза в группе АДА. Серьезных отклонений лабораторных показателей выявлено не было. Таким образом, применение барицитиниба при активном РА сопровождается значительным клиническим улучшением и приемлемым профилем безопасности и переносимости.

Внедрение биоаналогов в реальную клиническую практику

Биоаналоги являются биотерапевтическими продуктами, созданными для расширения доступности биологической терапии ревматических и ряда других заболеваний. Они могут отличаться от эталонных продуктов по способу производства, а также по составу. Помимо этого необходимо учитывать, что небольшие различия молекулярной структуры могут влиять на фармакокинетику, фармакодинамику, на иммуногенность, а также на развитие нежелательных явлений на фоне лечения. В настоящее время FDA официально утвердила ряд биоаналогов генно-инженерных биологических препаратов для терапии ревматоидного артрита, псориатического артрита, воспалительных заболеваний кишечника, ювенильного артрита и анкилозирующего спондилита: это биоаналоги инфликсимаба (инфлектра), этанерцепта (эрелзи) и адалимумаба (Amjevita). Использование биоаналогов открывает широкие перспективы в лечении аутоиммунных заболеваний, помогая сделать данный вид лечения более доступным.

РЕЗЮМЕ СОВЕТА ЭКСПЕРТОВ
«Вопросы “выживаемости” генно-инженерных биологических препаратов и возможности переключения на секукинумаб при анкилозирующем сподилите в реальной клинической практике»

Москва, 10 февраля 2017 г.

Цели Совета – получить рекомендации и заключение экспертов в отношении следующих аспектов:

1. «Выживаемость» генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП): критерии хорошей «выживаемости», оценка причин плохой «выживаемости» в реальной практике, взаимосвязь «выживаемости» и иммуногенности, потенциал «выживаемости» секукинумаба (СЕК) в реальной практике.
2. Переключение на другой ГИБП при анкилозирующем спондилите (АС): причины переключения, в том числе, по опыту пациентов, методы и сроки контроля эффективности терапии АС критерии неэффективности проводимой терапии, показания для переключения на другой ГИБП, в том числе на СЕК, алгоритм переключения, вовлеченность пациентов в процесс смены ГИБП.
3. Возможности и преимущества назначения СЕК как первого ГИБП при АС.

Участники

1. Эрдес Ш.Ф., д.м.н., профессор, заместитель директора по научной работе ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» (председатель).
2. Каратеев Д.Е., д.м.н., врио директора ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой».
3. Жиляев Е.В., д.м.н., профессор кафедры ревматологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздрава России, главный внештатный специалист-ревматолог г. Москвы.
4. Чичасова Н.В., д.м.н., профессор кафедры ревматологии факультета послевузовского профессионального образования врачей ФГБОУ ВО «Первый Московский медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России.
5. Лила А.М., д.м.н., профессор, проректор по учебной работе ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, главный внештатный специалист-ревматолог Санкт-Петербурга.
6. Дубиков А.М., д.м.н., профессор, заведующий городским ревматологическим центром, главный внештатный специалист-ревматолог г. Владивостока.
7. Дубинина Т.В., к.м.н., заведующая лабораторией научно-организационных проблем в ревматологии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой».
8. Ситало А.В., президент Межрегиональной общественной благотворительной организации инвалидов «Общество взаимопомощи при болезни Бехтерева».
9. Бостынец Г.С., председатель Московского отделения Межрегиональной общественной благотворительной организации инвалидов «Общество взаимопомощи при болезни Бехтерева».

Представлены следующие данные:

- «выживаемость» терапии ингибиторами фактора некроза опухоли α (ФНОα) и СЕК по данным клинических и наблюдательных исследований, результаты изучения иммуногенности (д.м.н. Д.Е. Каратеев);
- результаты опроса пациентов о замене/отмене ГИБП при болезни Бехтерева в Российской Федерации (А.В. Ситало);
- обзор результатов исследований СЕК при АС (профессор Ш.Ф. Эрдес);
- сравнительный анализ применения СЕК у пациентов, ранее не получавших ГИБП, по данным метаанализов и клинических исследований (профессор Е.В. Жиляев).

РЕЗЮМЕ

«Выживаемость» генно-инженерных биологических препаратов и секукинумаба при анкилозирующем спондилите

«Выживаемость» – период времени от начала лечения препаратом до его окончания по причине утраты терапевтического эффекта либо в связи с развитием непереносимости. На «выживаемость» терапии ГИБП влияет много факторов. Иммуногенность является одним из них. Для того чтобы судить о хорошей выживаемости, длительность непрерывного применения ГИБП должна быть не менее 1 года.

Согласно результатам исследований *in vitro* и результатам клинических исследований, моноклональные антитела к интерлейкину 17 (ИЛ17) СЕК имеет значительно более низкий иммуногенный потенциал по сравнению с ингибиторами ФНОα. В клинических исследованиях СЕК продемонстрировал стабильный ответ: при псориазе – в течение 4 лет терапии, при псориатическом артрите – 3 лет, при АС – 2 лет. При этом важно отметить, что число пациентов в данных исследованиях оставалось постоянным в течение всего периода наблюдения. По мнению экспертов, продемонстрированная стабильность эффекта и низкая иммуногенность СЕК в клинических исследованиях являются основанием предполагать хорошую «выживаемость» препарата при АС в реальной клинической практике. В то же время для суждения о преимуществе СЕК над ингибиторами ФНОα в отношении «выживаемости» необходимы дополнительные исследования, которые будут проводиться в условиях реальной клинической практики, в том числе с использованием регистров.

Переключение на другой генно-инженерный биологический препарат при анкилозирующем спондилите

Первичная неэффективность ГИБП при АС, по мнению экспертов, почти не встречается в реальной практике, хороший эффект имеет место у подавляющего большинства пациентов. Тем не менее ряд пациентов приходится «переключать» на другие ГИБП вследствие развития вторичной неэффективности, нежелательных реакций (НР) и административных причин. В то же время, по мнению пациентов, основанному на результатах он-лайн опроса, ведущей причиной отмены или смены ГИБП являются административные причины. Кроме того, большую озабоченность у пациентов вызывают задержки и перерывы в терапии ГИБП, замена оригинального препарата на биоаналог, а также в целом проблема с лекарственным обеспечением. Все эти факторы негативно влияют на достижение низкой активности или ремиссии заболевания, существенно снижают качество жизни пациентов. С другой стороны, эксперты подчеркнули, что существуют объективные причины, приводящие к проблемам с обеспечением ГИБП, в первую очередь связанные с недостаточным финансированием лекарственного обеспечения данной категории больных, а смена ГИБП должна обсуждаться с пациентом. Как пациенты, так и эксперты согласились, что данная тема заслуживает отдельной дискуссии с целью улучшения взаимодействия системы здравоохранения и пациентского сообщества.

Объективизированная оценка эффективности проводимой терапии должна быть одним из обязательных факторов принятия решения о необходимости смены ГИБП. В реальной практике при проведении терапии ГИБП необходимо оценивать индексы BASDAI, ASDAS-СРБ не реже 1 раза в 3 мес. В отношении необходимости обязательного измерения BASMI мнения экспертов разделились. Большинство из них считают, что оценка данного индекса крайне затруднительна в реальной практике вследствие недостатка времени на приеме у ревматолога, однако рекомендуется оценивать его хотя бы 1 раз в год. Общество взаимопомощи при болезни Бехтерева, как заявил А.В. Ситало, готово активно участвовать в разработке программного обеспечения для смартфонов, которое позволит пациентам самостоятельно контролировать активность заболевания.

До недавнего времени при ускользании эффекта одного ингибитора ФНОα или развития НР ревматологи были ограничены возможностью смены терапии только на другой препарат из этой группы. С регистрацией СЕК для лечения АС появилась возможность «переключения» на препарат с другим механизмом действия. Переключение на СЕК при неудаче терапии первым ингибитором ФНОα может быть обосновано рядом причин. СЕК демонстрирует хорошую эффективность у пациентов с неадекватным ответом на предшествующую терапию ингибитором ФНОα, т. е. как у пациентов с недостаточным эффектом, так и у пациентов, прекративших терапию ингибитором ФНОα в связи с НР. По мнению экспертов, рекомендации ASAS-EULAR 2016 г. в отношении «переключения» на ингибитор ИЛ17 после неэффективности первого ингибитора ФНОα являются убедительными и должны быть учтены в национальных рекомендациях. Очень важным аргументом в пользу переключения на СЕК после неэффективности первого ингибитора ФНОα является фармакоэкономический аспект. Согласно результатам фармакоэкономического исследования, применение СЕК при АС требует наименьших затрат на 2 года терапии и обеспечивает наименьший инкрементный показатель «затраты/эффективность» среди всех ГИБП, применяемых в настоящее время при АС.

Превосходство СЕК над адалимумабом, выявленное в непрямом сравнении, можно принимать во внимание, однако необходимо получить результаты прямого сравнительного исследования, проведение которого, как известно, планируется в ближайшее время.

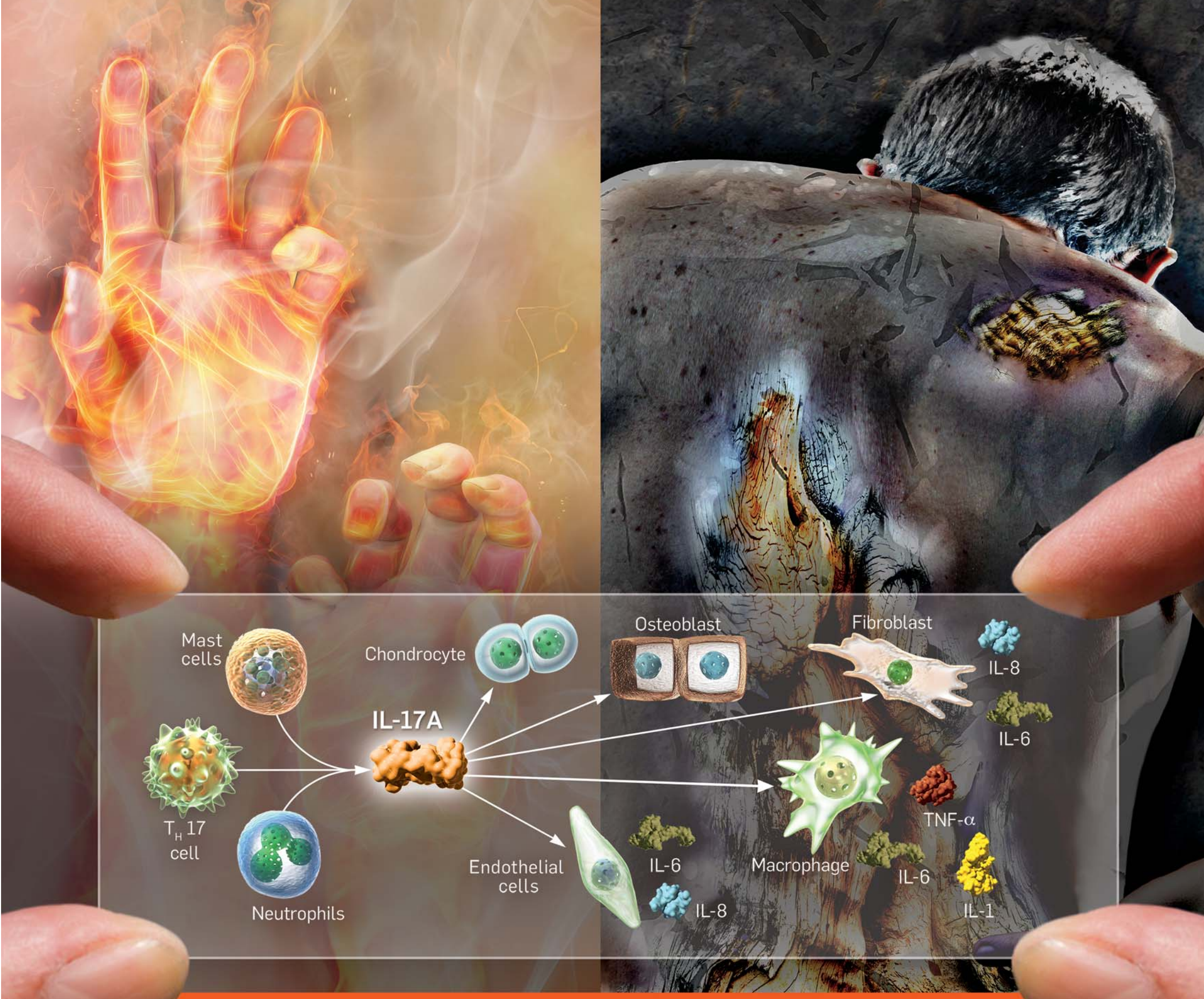
При переключении на СЕК с любого ингибитора ФНОα необходим период отмывки длительностью 1 мес.

По мнению экспертов, «переключение» на СЕК, как вследствие неэффективности, так и вследствие непереносимости ингибиторов ФНОα, не требует обязательного назначения «загрузочной» дозы, несмотря на то что при этом эффект может достигаться несколько позже. При этом эксперты согласны, что данная рекомендация противоречит утвержденной в России инструкции по применению препарата и окончательное решение о режиме введения препарата должно приниматься индивидуально в каждом конкретном клиническом случае.

Возможности и преимущества назначения секукинумаба как первого генно-инженерного биологического препарата при анкилозирующем спондилите

Отсутствие рентгенологического прогрессирования (индекс mSASSS) у 80% пациентов через 2 года терапии СЕК, а также разрешение поствоспалительных изменений, определяемое при магнитно-резонансной томографии, позволяют предположить, что данный препарат способен замедлять прогрессирование АС. При этом прогрессирование тормозится как у «биологически наивных» пациентов, так и у пациентов, ранее получавших ингибитор ФНОα. Несмотря на многообещающие результаты влияния СЕК на структурное прогрессирование, эксперты рекомендуют в рамках клинического исследования сравнить полученные данные с когортой больных, не получавших ГИБП, а также провести прямое сравнение с ингибитором ФНОα. Для окончательного суждения о преимуществах СЕК и возможностях его назначения как первого ГИБП у конкретных пациентов эксперты рекомендуют проведение post-hoc анализа ранее проведенных клинических исследований (эффективность в зависимости от пола, от статуса курения и сопутствующей терапии).

В то же время, принимая во внимание имеющуюся информацию об эффективности СЕК в отношении замедления прогрессирования АС, а также преимущество препарата по фармакоэкономическим показателям, эксперты считают возможным рекомендовать СЕК как препарат первой линии ГИБП наряду с ингибиторами ФНОα всем пациентам с АС. При этом наибольшую пользу от применения СЕК как первого ГИБП могут получить пациенты с высоким риском прогрессирования АС. ■



Меняем взгляд на реальность спондилоартритов

- ИЛ-17А — ключевой фактор хронического воспаления при спондилоартритах[1, 2]
- ИЛ-17А играет важную роль в воспалении суставов, энтезисов и кожи[3, 4, 5]
- ИЛ-17А — обоснованная цель для таргетной терапии спондилоартритов[4, 7]

* Интерлейкин -17А

725204/GENMED/A3/04.17/1500

1. Jandus C et al. Increased numbers of circulating polyfunctional Th17 memory cells in patients with seronegative spondylarthritides. Arthritis Rheum 2008; 58: 2307-17. **2.** Lubberts E. The IL-23-IL-17 axis in inflammatory arthritis. Nat Rev Rheumatol. 2015 Jul;11(7):415-29. **3.** Lubberts E. et al. IL-1-independent role of IL-17 in synovial inflammation and joint destruction during collagen-induced arthritis. J Immunol. 2001 Jul 15;167(2):1004-13. **4.** Ebihara S. et al. Interleukin-17 is a critical target for the treatment of ankylosing enthesitis and psoriasis-like dermatitis in mice. Autoimmunity. 2015 Jun;48(4):259-66. **5.** Girolomoni G. et al. Psoriasis: rationale for targeting interleukin-17. British Journal of Dermatology Volume 167, Issue 4, pages 717–724. **6.** Noordenbos T. et al. Interleukin-17-positive mast cells contribute to synovial inflammation in spondylarthritis. Arthritis Rheum 2012; 64: 99-109. 7. Miossec P, Kolls JK. Targeting IL-17 and TH17 cells in chronic inflammation. Nat Rev Drug Discov. 2012 Oct;11(10):763-76.

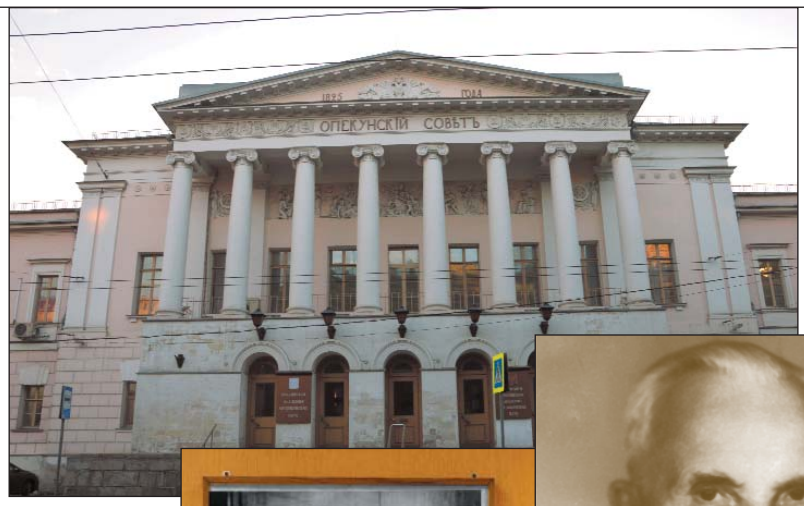
NOVARTIS

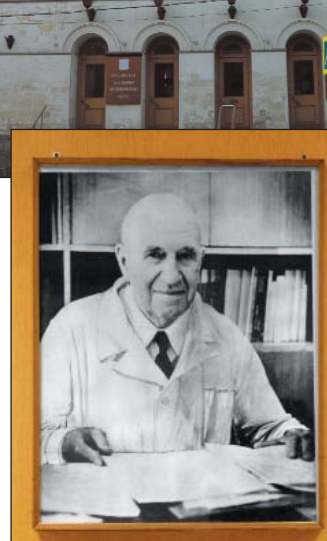
ООО «Новартис Фарма», Ленинградский пр-т, д. 72, корп. 3, тел.: +7 495 967 12 79, www.novartis.ru

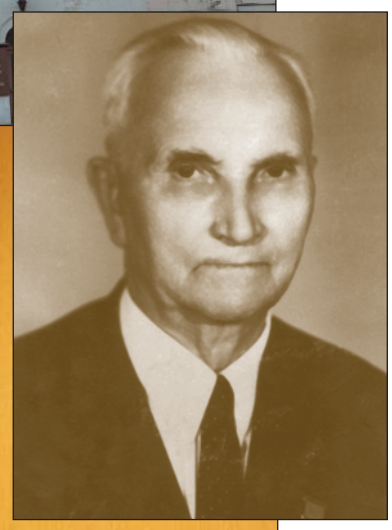
ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ. ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ В МЕСТАХ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЛИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ВЫСТАВОК, СЕМИНАРОВ, КОНФЕРЕНЦИЙ И ИНЫХ ПОДОБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ.

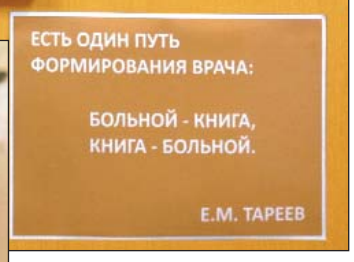
Академик В.А. НАСОНОВА – основатель отечественной ревматологии

Для всего терапевтического сообщества основатель отечественной ревматологии академик Валентина Александровна Насонова – великая женщина и уникальный специалист. В нашем институте часто проходят профессиональные мероприятия, посвященные ее памяти, и мне хочется на примере деятельности Валентины Александровны рассказать о становлении ревматологии в нашей стране для молодого поколения ревматологов. И, делая сообщения о жизни и работе В.А. Насоновой, нельзя не упомянуть ее учителей – академиков Евгения Михайловича Тареева и Анатолия Иннокентьевича Нестерова, о которых она сама всегда вспоминала с величайшим уважением.









В декабре 1927 г. на Пленуме II Всесоюзного съезда физиотерапевтов и VI Всесоюзного съезда по курортному делу было принято решение о создании Комитета по изучению ревматизма и борьбе с ним. С 1928 по 1942 г. Комитет возглавлял Максим Петрович Кончаловский, о котором Валентина Александровна много нам, своим ученикам, рассказывала. Почему по борьбе именно с ревматизмом? Потому что это были тяжелые годы для страны: высокая заболеваемость инфекционными болезнями – тифом, туберкулезом, ревматизмом. И на их ликвидацию были направлены особые усилия медиков. На Всесоюзном совещании Комитета в январе 1932 г., в котором принял участие генеральный секретарь Международной антиревматической лиги Ван Бремен, нарком здравоохранения Н.А. Семашко в заключительном слове сказал: «Обязанность государства – бороться с тягчайшими недугами населения... так же принципиально должны мы ставить борьбу с ревматизмом. Клинические исследования должны проводиться с учетом профессиональных и бытовых факторов». Лозунг этого совещания звучал как «Борьба с ревматизмом – борьба за пятилетку». К 1934 г. в стране уже было создано 150 ревматологических диспансеров и кабинетов.

Первый послевоенный Пленум Комитета состоялся в апреле 1947 г. – ровно 70 лет назад. На нем была принята программа по развертыванию научно-исследовательской работы и улучшению лечебно-профилактической помощи больным с ревматизмом и болезнями суставов. В состав Комитета входили ведущие терапевты страны – М.С. Вовси (председатель), А.И. Нестеров, В.И. Молчанов, М.В. Черноруцкий, Ю.Ф. Домбровская, М.А. Ясиновский, Б.П. Кушелевский.

Благодаря авторитету и инициативе академика А.И. Нестерова в марте 1958 г. вышло распоряжение Совета Министров РСФСР о создании Государственного научно-исследовательского института ревматизма. Первым директором его был избран сам А.И. Нестеров, пригласивший в организованное им отделение пограничных форм сотрудницу клиники Е.М. Тареева Валентину Александровну Насонову. К тому времени Валентина Александровна уже защитила кандидатскую диссертацию по геморрагическому васкулиту (болезни Шенлейна–Геноха) (1954). В институте она начала работу по системной красной волчанке (СКВ) и в 1968 г. защитила докторскую диссертацию. Материалы данной работы вошли в монографию «Коллагенозы» (1965), вышедшую под редакцией Е.М. Тареева. А в 1972 г. вышла монография «Системная красная волчанка (критерии диагностики и клинические варианты течения)», опередив на 5 лет критерии, предложенные Американской коллегией ревматологов. Большой интерес к этой теме В.А. Насонова сохраняла на всю жизнь. По ее инициативе были внедрены методы экстракорпоральной терапии, пульс-терапии кортикостероидами, цитостатиками. О результатах пульс-терапии СКВ ученица Валентины Александровны М.М. Иванова сделала сообщение на Конгрессе ревматологов США в Денвере в 1979 г., вызвав бурные аплодисменты участников. Разработку новых методов терапии СКВ продолжает ученик Валентины Александровны профессор С.К. Соловьев.

Но вернемся на несколько лет назад – в 1970 г., который является важной вехой в становлении ревматологии в нашей стране. Этот год знаменателен тем, что на должность директора института была утверждена Валентина Александровна Насонова, кандидатуру которой предложил академик А.И. Нестеров. Его напутствие – заниматься всеми ревматологическими заболеваниями (РЗ), а не только волчанкой – Валентина Александровна выполнила в полной мере.

Эра антибиотиков изменила «проблему ревматизма» в нашей стране, снизив заболеваемость до минимума. Но в большей степени это заслуга Валентины Александровны, которая вместе с профессором И.А. Бронзовым и педиатром профессором Н.Н. Кузьминой продолжала развивать направление. Пересматривались классификация и терминология болезни, которая сейчас именуется острой ревматической лихорадкой. В.А. Насонова не уставала повторять врачам о значении стрептококковой инфекции, ее изменчивости. Под руководством Валентины Александровны Б.С. Джузеновой была выполнена кандидатская диссертация на молодых новобранцах, а затем защищена докторская – на исходах болезни. По ее инициативе проводились конференции по данной проблеме, вышла в свет монография «Ревматизм», созданная совместно с профессором И.А. Бронзовым.

Принципы раннего агрессивного лечения аутоиммунных заболеваний, сформулированные в конце прошлого века, находят развитие и в настоящее время.

Большой вклад В.А. Насонова внесла в понимание ревматоидного артрита (РА) как системного заболевания. Под ее руководством в 1990 г. была защищена моя докторская диссертация «Ревматоидный артрит с системными проявлениями (клиника, лечение, прогноз)», в которой было доказано, что включение в комплексную терапию цитостатиков (метотрексата) на ранних стадиях болезни способствует сохранению 10–15-летней выживаемости у 90% больных.

Валентина Александровна первая одобрила терапию РА биологическими препаратами, увидев эффект ремикейда, будучи в Великобритании у профессора Майни. Принципы раннего агрессивного лечения РА сохраняют актуальность и находят развитие в настоящее время в отделе ранних артритов под руководством профессора Д.Е. Каратеева.

В широкий круг научных интересов В.А. Насоновой входили самые разные аспекты ревматологии. Услышав в Америке о болезни Лайма, она создала группу по изучению этой новой для нас нозологии, которую возглавила профессор Л.П. Ананьева. Оттуда же она привезла экспериментальную модель волчанки мышей-гибридов NZB/W и создала лабораторию экспериментально-биологических моделей РЗ.

Валентина Александровна инициировала продолжающиеся и сегодня развиваться аспекты эффективности и безопасности нестероидных противовоспалительных препаратов и базисной терапии. В последние годы она большое внимание уделяла подагре как составной части метаболического синдрома, поручив эту работу своей ученице, профессору В.Г. Барсковой. Одна из последних публикаций В.А. Насоновой была посвящена памяти У. Гебердена, описавшего вариант остеоартрита суставов кисти.

В.А. Насонова опубликовала более 600 печатных работ, 9 монографий, большинство из которых являются до настоящего времени настольными книгами не только для ревматологов, но и врачей других специальностей. Обостренное чувство нового способствовало генерации перспективных идей, которые она щедро дарила своим ученикам.

Высок авторитет В.А. Насоновой был среди ведущих отечественных ученых, которые доверили ей должность академика-секретаря отделения клинической медицины Академии медицинских наук СССР.

В.А. Насонову высоко ценили в международном сообществе ревматологов, она являлась почетным членом многих национальных обществ, в том числе США, Японии, Великобритании, Финляндии, всех стран социалистического содружества. Более 25 лет В.А. Насонова была экспертом ВОЗ по ревматологии. Она была единственной женщиной – президентом Европейской антиревматической лиги (EULAR). Благодаря ее международному авторитету в 1983 г. в Москве был проведен X Европейский конгресс ревматологов.

Важной своей задачей как главного ревматолога страны В.А. Насонова считала постоянное совершенствование и укрепление ревматологической службы страны. Многие годы она являлась президентом Ассоциации ревматологов России.

Помнят своего учителя и чтят ее память ревматологи не только России, но и стран СНГ. До сих пор во многих республиках ревматология сохраняет свою значимость благодаря ее ученикам. Большую школу прошли отечественные ревматологи на профессиональных съездах, которые она старалась проводить в разных республиках и городах для большего охвата слушателей. С этой же целью проводились выездные декадники, привлекавшие большое число врачей всех специальностей без отрыва от основной работы. До сих пор вспоминают ревматологи разборы больных, которые проводила Валентина Александровна: как она осматривала пациентов, как разговаривала с ними. Так могла только она – любившая свою профессию, любившая своих больных независимо от их статуса. Она была для всех не только Учителем, но и просто добрым человеком, к которому можно было обратиться по любому вопросу и получить помощь. Недаром ревматологи присудили ей звание «Королева ревматологии».

В 1998 г. Валентина Александровна инициировала создание школы для пациентов, которая приобрела широкую популярность у наших больных.

За многолетний труд В.А. Насонова была удостоена многих правительственных наград, международной премии «Профессия – жизнь» в номинации «Легенда мировой медицины», явившейся отражением признания ее выдающихся заслуг перед отечеством и своим народом. К 90-летию со дня рождения В.А. Насоновой Институту ревматологии присвоено имя этого великого ученого, создателя отечественной ревматологии. Задача последующих поколений ревматологов – чтить память об этой великой женщине. ■

Профессор ***Р.М. Балабанова****,*
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

Ревматолог и Я
приложение для пациентов

Красная волчанка у детей

Системная красная волчанка (СКВ) – хроническое аутоиммунное заболевание соединительных тканей и сосудов. Иммунная система обеспечивает организму защиту от вредных микроорганизмов. При аутоиммунном заболевании механизм защиты начинает реагировать на собственные клетки как на чужеродные. Это становится причиной запуска воспалительного процесса, влияющего на многие органы: почки, кожу, суставы, сердце, клетки крови и легкие.

Тяжелое воспаление может привести к хроническим болям, повреждению тканей и внутренних органов. СКВ проявляется периодически, но очень редко исчезает насовсем. Большинство пациентов испытывают слабые симптомы болезни, которые время от времени сменяются обострениями с резко повышающейся усталостью, лихорадкой, сыпью, болями в суставах, отеками, выпадением волос, повышенной чувствительностью к свету и резкой потерей веса. После очередного обострения заболевание переходит в стадию ремиссии. 90% заболевших СКВ составляют молодые женщины. Объясняется это гормональными особенностями женского организма, повышенной склонностью к продукции глобулинов, а также теми процессами, которые происходят в матке во время менструации, – например, это возможное образование аутоантител к отторгаемым клеткам эндометрия.

К сожалению, красной волчанкой болеют и дети.

Общая картина болезни

Детям СКВ диагностируют в 20% всех случаев. И сама болезнь, и борьба с ней проходят у них тяжелее, чем у взрослых. У малышей СКВ классифицируется как исключение, но в возрасте с 9–10 лет уже возможно полноценное проявление заболевания. Это связано с гормональным фоном организма. В переходном возрасте, с активным выбросом гормонов, увеличивается вероятность зарождения и развития болезни. Проявляется она в процентном соотношении больше у девочек, так как у них активнее происходят гормональные выбросы и перестройка организма.

Но почему вообще это происходит? Причины возникновения СКВ во многом загадочны. Многие специалисты после долгих лет изучения болезни пришли к общему мнению: основной причиной аутоиммунного нарушения является вирусная инфекция. Также есть версия о негативном влиянии медицинских препаратов, таких как различные вакцины, антибиотики, противосудорожные и гипотензивные средства, сульфаниламиды, гамма-глобулин. Установлено также, что у детей большое значение в развитии заболевания играет наследственный фактор. Замечено, что значительно чаще СКВ возникает у однояйцевых близнецов и в меньшей степени у разнояйцевых. У ребенка, имеющего предрасположенность к возникновению СКВ, толчком для развития заболевания могут послужить различные внешние факторы, способные повышать индивидуальную чувствительность организма: переохлаждение, солнечное облучение, стресс.

Признаки красной волчанки у ребенка

Сходу диагностировать у ребенка СКВ не представляется возможным в связи с отсутствием классических симптомов в начале заболевания. Болезнь поражает какой-то один орган – через некоторое время воспалительный процесс практически прекращается, и поражение затрагивает другой орган.

Распознать начало СКВ можно лишь при первых появлениях мелкой красной сыпи на переносице и щеках (так называемая «бабочка»). Другие характерные симптомы СКВ:

- красные чешуйчатые пятна на голове, руках, спине, шее;
- выпадение волос;
- повышенная температура;
- воспаление лимфатических узлов;
- язвочки на слизистых оболочках рта и носа;
- жидкий стул;
- тошнота;
- жалобы на боль в суставах и мышцах;
- отеки стоп и кистей;
- ухудшение зрения;
- общая дистрофия;
- частая депрессия и нервные расстройства.

В целом симптомы заболевания СКВ зависят от формы, которую она принимает. Существует три варианта течения этой болезни.

При остром течении заболевание развивается молниеносно, симптомы наиболее тяжелые: сильная головная боль, обильные высыпания на лице, сильная интоксикация организма, лихорадка, ломота в суставах. Для этой формы СКВ характерно быстрое поражение почек.

Подострое течение СКВ начинается, как правило, с проявлений полиартрита, одновременного или поочередного воспаления нескольких суставов. Другие характерные симптомы – воспаление слизистых оболочек, потеря веса, отсутствие аппетита.

Хроническое течение СКВ наиболее сложно в постановке диагноза. Воспаление сначала поражает какой-то один орган, и налицо все признаки нарушения функции этого органа. Затем поочередно происходят рецидивы кожных высыпаний или полиартрита. Болезнь развивается медленно, растягивается на годы, постепенно вовлекая в патологический процесс другие органы и системы.

Диагностика СКВ происходит после тщательного лабораторного исследования. Конечно, конкретных анализов на СКВ не существует, однако более или менее четкую картину заболевания помогут понять такие лабораторные исследования, как общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, анализ крови на антинуклеарные антитела и антитела против клеток ДНК. Для выявления осложнений проводят также диагностику по показаниям: УЗИ сердца, электрокардиограмму, коагулограмму, исследование органов брюшной полости, почек, головного и спинного мозга, электромиографию. Кроме того, при постановке диагноза врач исходит из индивидуальных симптомов пациента, общего состояния его организма.

Лечение красной волчанки у детей

Основной врач, занимающийся лечением СКВ, – ревматолог. Первичный осмотр может произвести терапевт, однако при малейшем подозрении на СКВ он обязан срочно перенаправить пациента к специалисту. Ревматолог в первую очередь назначит комплексное гормонально-медикаментозное лечение, которое следует проводить в условиях стационара. Это важно: только при постоянном наблюдении за состоянием пациента можно оптимально подобрать дозы лечебных препаратов. Антибиотики и поливитамины врач рекомендует в случаях, когда к СКВ дополнительно присоединяется инфекция. К сожалению, СКВ – болезнь системная и поражает множество органов, поэтому лечение нужно проводить при участии и других специалистов – педиатра, иммунолога, невропатолога, эндокринолога.

Стационарное лечение длится некоторое время, до улучшения состояния и исчезновения наиболее тяжелых симптомов. После выписки, однако, лечение следует продолжать в домашних условиях. Обязателен прием назначенных врачом глюкокортикоидов (ГК). Терапия может растянуться на несколько месяцев, при регулярном осмотре у ревматолога. Больного ставят на учет и контролируют его состояние. Правда, максимум, чего можно добиться при лечении СКВ, – это стойкой ремиссии, когда заболевание не будет иметь ярких проявлений.

Полное излечение пока невозможно. Очень важно для поддержания нормального состояния соблюдать не только требования правильного медикаментозного лечения, но и предписанные врачом комплекс витаминов, диету и специальные ограничения, связанные с образом жизни.

Как жить с волчанкой

Здоровый образ жизни помогает облегчить процесс контроля за симптомами СКВ у ребенка. Следует научить его распознавать у себя признаки обострения заболевания – такие как повышенная усталость, внезапная боль в суставах, сыпь, температура. Если ребенок слишком мал, чтобы самому контролировать свое состояние, родителям необходимо постоянно проверять его самочувствие.

Стресс может обострять симптомы СКВ. Поэтому маленького пациента нельзя нервировать, применять к нему излишнюю строгость, требовать от него поведения, характерного для здоровых детей. Помните, что он слаб и постоянно подвержен риску обострения тяжелой болезни. Такого ребенка нужно щадить, обращаться с ним бережно, ласково, с максимальной теплотой. Он должен чувствовать постоянный моральный комфорт и защиту.

Все это касается также учебы, если пациент является школьником. Врачи рекомендуют для пациентов с СКВ переход на домашнее обучение. Однако в некоторых случаях ребенок лучше себя чувствует в школе, при условии, что это хорошее, комфортное учебное заведение, без избытка народа. Решать все эти вопросы нужно совместно с самим ребенком, обязательно учитывая его мнение. Однако родителям следует контролировать, как происходит процесс обучения при любом выбранном варианте, – и, если наметились проблемы, как можно скорее изменить решение. В тяжелом случае рекомендуется пропустить год в школе до входа пациента в стойкую ремиссию.

Нельзя нагружать больного ребенка и домашней работой. Пусть делает только то, что хочет сам, родители ни в коем случае не должны принуждать его к чему-либо. Вместе с тем не стоит относиться к нему как к инвалиду, ни на что не способному. Важно найти правильный баланс.

Приучите ребенка к мысли, что он в любой момент может попросить помощи у взрослых и в этом нет ничего плохого.

Следите, чтобы ребенок регулярно занимался физическими упражнениями. Полезны совместные ежедневные прогулки – они помогают снять стресс, улучшить настроение, отвлечься от мыслей о болезни, избавиться от усталости. Физическая активность в целом способствует приливу энергии, поддерживает организм в хорошем состоянии. Для детей с СКВ лучше всего подходят такие виды спорта, как плаванье и ходьба.

Ребенок должен достаточно отдыхать физически. Ему необходимо около 12 часов сна для того, чтобы почувствовать себя отдохнувшим, причем лучше пораньше ложиться, а не позднее вставать.

У некоторых маленьких пациентов может повышаться кровяное давление, в этом случае нужно обязательно его снижать. Также необходимо принимать препараты, предотвращающие развитие остеопороза, который возникает вследствие воздействия ГК.

Забота о коже

Для того чтобы избавить больного ребенка от кожных проявлений, можно применять различные мази и кремы. Особенно хороший эффект достигается при использовании фторсодержащих препаратов. Однако следует помнить, что высыпания на коже вновь появляются, как только прекращается использование мазей. Стоит проконсультироваться с врачом об использовании кортикостероидных кремов, которые используются для лечения кожных заболеваний. Для старших детей, если кожная сыпь некрасиво поражает лицо или оставляет шрамы, можно попробовать использовать специальную лечебно-декоративную косметику.

Ребенку с СКВ следует ограничить пребывание на солнце. Нужно обязательно пользоваться защитными кремами с фактором не менее 50 SPF. Ультрафиолетовый свет вызывает обострение у 70% людей, страдающих СКВ. Родители маленького пациента должны об этом знать и строго контролировать эти моменты, не допускать, чтобы он долго находился на солнцепеке, наносить защитный крем. Если избежать пребывания на солнце невозможно, надевайте на ребенка одежду, прикрывающую руки и ноги, а также головной убор. Не стоит следовать модной нынче тенденции проводить отпуск в жарких экзотических странах – ребенку с СКВ это строго противопоказано, даже при условии, что он там будет отсиживаться в тени. Негативно влияет не только южное солнце, но и резкая смена климатической зоны. Все это может вызвать обострения болезни и выход из ремиссии. Помните, что активность солнечных лучей находится на пике между 10.00 и 16.00.

Диета при волчанке

Диета – одно из составляющих лечения СКВ. Дети в большинстве обожают чипсы, шоколад и колу – так вот, эти «продукты» под строгим запретом. Придется приучить ребенка к мысли, что они являются для него смертельно опасными.

Нужно ограничить простые углеводы (любые сладости, мучные изделия), потому что они поддерживают воспаление в организме. И еще одно важное условие – отсутствие продуктов, которые могут вызывать аллергию.

Для СКВ не существует единой сбалансированной диеты, но можно составить правила питания, которые не будут вредить ослабленному организму и повысят эффективность проводимого лечения.

В первую очередь следует серьезно ограничить соль и полностью исключить из меню копчености и консервы. Эти продукты сильно «напрягают» организм и усугубляют нарушения обмена веществ, характерные для больных с системными заболеваниями.

При составлении диеты обязательно нужно учитывать, что ребенок с СКВ принимает длительно и в больших дозах нестероидные противовоспалительные препараты и ГК. Их побочное действие связано с раздражением желудочно-кишечного тракта и возможностью образования язв. Еда должна быть щадящей, хорошо усвояемой, не очень жирной. Гормональные препараты усиливают аппетит, а также вызывают задержку жидкости и отложение жира в организме. Это опять-таки ведет нас к отказу от простых углеводов и мучных изделий, способствующих дополнительной задержке жидкости в организме. Еще одним нежелательным влиянием ГК можно назвать их способность нарушать функцию поджелудочной железы и ухудшать усвоение пищи, способствовать развитию стероидного сахарного диабета, вызывать диффузный остеопороз. Поэтому вся пища должна быть максимально термически, механически и химически щадящая, то есть никакой жареной, жирной еды, уменьшить количество быстро усваиваемых углеводов. Если нет аллергии, сахар лучше заменить медом. Откажитесь от острых блюд. Рекомендуются супы на овощных бульонах, каши на воде, отварные и тушеные овощи, нежирное отварное мясо.

А вот субпродукты есть не стоит. В диетическом питании при СКВ рекомендуется употреблять только постное мясо, сваренное в нескольких водах (первый бульон нежелателен к употреблению), хорошо действует нежирная рыба и птица.

Для улучшения функционирования кишечника обязательно применение биопрепаратов и кисломолочных продуктов. Вообще легкий и полезный молочный белок, большое содержание кальция делают творог, кефир, молоко и каши на нем практически незаменимыми для больных с СКВ.

Необходимо достаточное количество клетчатки, например цельнозерновой или отрубной хлеб, каши – овсяная, гречневая, перловая, пшеничная, ячневая. Хорошо чистит и стимулирует желудочно-кишечный тракт салат из тертых яблок, моркови и мелко нашинкованной капусты. Свежие овощи и фрукты должны ежедневно быть в рационе больных. Если же при этом отмечается выраженный метеоризм, растительные продукты можно тушить в небольшом количестве воды или готовить на пару.

Пить больной ребенок должен в достаточном, но не чрезмерном количестве, чтобы не создавать слишком большую нагрузку на почки. Рекомендуются компоты, морсы, настой шиповника, напитки из брусники, клюквы, отвар крапивы, корня одуванчика. Подобный стиль питания обеспечит хорошую переносимость назначенных препаратов, не создаст дополнительную нагрузку на организм, улучшит качество жизни. ■

Издатель: ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции: 115093, Москва, Партийный пер., д. 1, корп. 58, офис 45.
ООО «ИМА-ПРЕСС»
Телефон: (495) 926-78-14
e-mail: info@ima-press.net
сайт: http://gzt.ima-press.net

Главный редактор:
академик РАН **Е.Л. Насонов**

Заместитель главного редактора:
д.м.н. **Л.Н. Денисов**

Шеф-редактор:
Т.А. Гойдина

При перепечатке материалов ссылка на газету обязательна.

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
ПИ № ФС77-49216 от 30 марта 2012 г.

Подписной индекс в каталоге «Пресса России» – 91732

Ревматология. 2017;1(30):1–12.

Тираж – 2000 экз.

Отпечатано в типографии **«Деком»**