Газета для врачей
№3 (32), 2017
Главный редактор
академик РАН, профессор
Е.Л. Насонов
Зам. главного редактора
профессор Л.Н. Денисов
http://gzt.ima-press.net

Ревматология

18-й Конгресс EULAR с. 3
Проблема системной склеродермии с. 5
Резолюция совещания экспертов с. 6
Эксперты раскрывают секреты с. 8
Разное с. 9
«Турецкая» болезнь с. 11

ВЕРНУТЬ РАДОСТЬ ДВИЖЕНИЯ!

7 сентября 2017 г. в краевой детской клинической больнице Ставрополья состоялось торжественное открытие специализированного кабинета для реабилитации детей, страдающих ревматическими и другими хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Реабилитационный кабинет был открыт в рамках специальной программы «Больше, чем реабилитация», которую совместно с Межрегиональной благотворительной общественной организацией (МБОО) «Возрождение» реализует биофармацевтическая компания Pfizer.

В торжественном открытии приняли участие:

• **Н.С. Плотникова**, *главный специалист отдела медицинских проблем материнства и детства Минздрава Ставропольского края;*

• **А.С. Садовая**, *заместитель главного врача ГБУЗ «Краевая детская клиническая больница» (КДКБ) по медицинской части;*

• **Н.В. *Анисимов***, *заместитель главного врача ГБУЗ КДКБ;*

• **Т.Г. Дрепа**, *заведующая отделением кардиологии и ревматологии ГБУЗ КДКБ;*

• **Ж.Р. Гарибян**, *руководитель благотворительных программ МБОО «Возрождение»;*

• **Е.Н. Мухачева**, *менеджер по внешним коммуникациям и корпоративным программам компании Pfizer.*

Открытие реабилитационного кабинета ознаменовало новый этап в лечении детей Ставропольского края, страдающих различными ревматическими заболеваниями.

«Отделение кардиоревматологии уже много лет функционирует на базе детской краевой больницы и является единственным в Ставропольском крае. Здесь также проходят лечение дети из других регионов Северо-Кавказского федерального округа. Мы хорошо умеем лечить детей и достигаем прекрасных результатов. Следующий этап – реабилитация. При этом чем раньше она будет начата, тем выше эффект от лечения», – пояснила Н.С. Плотникова.

Только сочетание эффективного лечения и современных методов реабилитации, совместные усилия опытных врачей и заботливых родителей позволяет детям добиться существенных успехов в

В Ставропольском крае открылся кабинет реабилитации для детей с хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата

борьбе с болезнью, забыть о боли и вернуться к полноценной жизни. «Люди вообще не должны умирать от болезней. Пройдут годы, и мы будем с удивлением вспоминать о неизлечимых болезнях. Сейчас мы делаем все для того, чтобы их побороть», – отметил Н.В. Анисимов.

Для того чтобы добиться максимальных результатов и вновь ощутить радость движения, детям важны не только своевременно назначенные эффективные лекарства. Результаты терапии нужно поддерживать. «Для успешного преодоления болезни важно не только использование современных методов лечения и применение высокотехнологичных препаратов. Реабилитационные мероприятия позволяют продлить и закрепить эффект лекарственной терапии. Теперь мы сможем самостоятельно проводить реабилитацию, и для нас это действительно праздник», – сообщила Т.Г. Дрепа.

Дети уже начали осваивать упражнения, заниматься на тренажерах. Они с большим удовольствием выполняют все указания врачей ЛФК и реабилитологов.

«Мы очень рады, что можем внести вклад в повышение качества жизни маленьких пациентов. К сожалению, в таком юном возрасте они уже столкнулись с очень серьезной болезнью. И преодолеть ее смогут только с помощью родителей, врачей, государства, бизнеса и НКО. Общими усилиями мы можем вернуть этим детям радость движения без боли», – прокомментировала Ж.Р. Гарибян.

После церемонии открытия кабинета для детей из отделения реабилитации был организован красочный праздник, который прошел под лозунгом «Творить! Радоваться! Выздоравливать!». Детей навестили сказочные персонажи, которые поиграли с ними в веселые игры и помогли на время забыть о болезни.

«Программа “Больше, чем реабилитация” – это одна из самых значимых инициатив, которую реализует компания Pfizer. И она продолжается благодаря совместным усилиям наших коллег, партнеров и врачебного сообщества – благодаря людям с горящими сердцами. Мы видим замечательный отклик врачей, у которых появляется еще один инструмент в борьбе за здоровье детей, а истории успеха наших маленьких пациентов, которые выздоравливают и возвращаются к нормальной жизни, действительно окрыляют», – поделилась Е.Н. Мухачева.

Ставропольский край стал шестым регионом – участником программы «Больше, чем реабилитация». С 2014 г. реабилитационные кабинеты были также открыты в областных детских клинических центрах Амурской, Волгоградской, Иркутской, Челябинской и Свердловской областей. В ближайшее время оснащенные современным реабилитационным оборудованием кабинеты появятся также в Ленинградской области и Республике Саха (Якутия). ■

Добро пожаловать в Мадрид

Открытое письмо секретариата EULAR делегатам 18-го Ежегодного конгресса Европейской антиревматической лиги:

«Дорогие участники конгресса!

По поручению всего состава секретариата EULAR сердечно приветствую вас на конгрессе EULAR-2017. В этом году также отмечается 70-летие EULAR как организации. Европейская антиревматическая лига была основана в 1947 г., и первый ее конгресс был проведен в том же году в Копенгагене с участием 200 делегатов из 16 стран. А в 2017 г. конгресс принял около 14 тысяч делегатов из более чем 120 стран.

За эти 70 лет у EULAR отмечены серьезные достижения в области образования и науки в ревматологии. Дальнейшее развитие лиги шло параллельно с удивительным прогрессом в данной области медицины. Многие приводящие к инвалидности и часто к смерти ревматические болезни были инкурабельны в первые годы исследований, а сегодня они вполне контролируемы, что позволяет нам возвращать пациентов к нормальной жизни.

Вам представляется много возможностей отметить юбилей EULAR с нами во время конгресса. Наше путешествие можно начать с программы «Через всю историю EULAR», которая представлена на стеклянных панелях. Панели показывают EULAR изнутри — как организацию, а также научные достижения в ревматологии, отражающие взгляд и ощущение последних семи десятков лет. Фотовыставка демонстрирует старую медицинскую аппаратуру 1940–1950-х годов. Выражаем искреннюю благодарность за возможность предоставить эти фотографии Немецкому историческому музею медицины в госпитале Шарите в Берлине. Они демонстрируют ограниченные возможности в медицине в период основания EULAR и в то же время — удивительный прогресс, который достигнут за прошедшее время.

Мы также гордимся рекордом на нынешнем конгрессе — самым высоким уровнем отбора представленных абстрактов за всю историю конгресса. Было получено более чем 4850 абстрактов, и мы благодарим каждого, кто активно способствовал успеху данного мероприятия. Мы выражаем признательность научному комитету за научную программу, гордимся 350 приглашенными докладчиками, всеми, кто способствовал внедрению новейших достижений в клиническую практику и лечение пациентов, а также в базовую и трансляционную науку.

Также мы обращаем внимание на первую EULAR-кампанию, которая официально запущена на конгрессе. Лозунг «Не медли, присоединяйся сегодня» призывает людей с первичными симптомами ревматических и мышечно-скелетных болезней связываться с местными специалистами как можно быстрее, чтобы установить диагноз на ранней стадии и своевременно начать лечение, основанное на доказательности.

Другая интересная, новая инициатива — школа EULAR по ревматологии. Школа будет обеспечивать высококвалифицированными и образовательными программами врачей, работников здравоохранения и социальной сферы, людей с ревматическими и мышечно-скелетными болезнями. Цель школы — получить достойного лидера в области образования по ревматологии, доступного для всех и всюду.

Во время регистрации на конгрессе делегатам предложено годовое дополнительное членство в EULAR как специальный юбилейный подарок от организации.

В этом году произошли изменения в составе штата секретариата EULAR. Мой предшественник Хейнц Марчези ушел на пенсию в конце марта. От имени и по поручению коллег я хотела бы поблагодарить Хейнца за выдающийся вклад в активную работу секретариата, который он возглавлял последние 11 лет, будучи исполнительным директором EULAR. Я приступила к обязанностям в январе этого года и хотела бы выразить признательность за то, что вы радушно приняли меня на моем первом конгрессе в данной позиции, хотя я в работе конгресса участвовала много раз.

Я хотела бы представить новых членов секретариата. Наш новый менеджер по коммуникациям — Урсула Аринг (Ursula Aring) — начала работать с декабря 2016 г. Ее роль — работа во всех областях компьютерной сети с целью достижения понимания, согласия и активного вовлечения в работу всех, кто занимается проблемами мышечно-скелетных заболеваний во всех разделах работы EULAR. В мае 2017 г. мы приветствовали нового координатора по связям с обществами пациентов Альжбету Гехманн (Alzbeta Göhmann). Она будет продолжать работу, выполнявшуюся до этого Флориан Клетт, которая сейчас фокусируется на FOREUM фонде. Альжбета поддерживает представителей пациентских обществ в исполнительном комитете EULAR и координирует организацию работы в интернете, включая пациентское научное партнерство, программу взаимодействия, программы распространения знаний и общество молодых пациентов.

Благодарю вас за интерес к антиревматической лиге и ее активной деятельности и приветствую все EULAR-содружество». ■

Исполнительный директор EULAR
Джулия Раутенстраух

18-й Конгресс Европейской антиревматической лиги – EULAR (14–17 июня 2017 г., Мадрид)

14 июня 2017 г. в столице Испании открылся 18-й Ежегодный конгресс ревматологов. Он знаменателен тем, что проходил в год 70-летия основания EULAR. Мадрид принимал участников конгресса уже во второй раз, и количество гостей оказалось поистине огромным – около 14 тыс. человек из более чем 100 стран.

Сегодня ревматологи всего мира отмечают неослабевающее нарастание интереса к данному разделу медицины. Под эгидой EULAR на протяжении всех 70 лет ее существования создавались ревматологические сообщества, занимающиеся продвижением достижений научного и клинического прогресса в сфере ревматических и мышечно-скелетных болезней. О своеобразном прорыве в области ревматологии говорит и огромное число поданных на конгресс научных работ: 4850 абстрактов. При этом 48% из них были представлены в качестве презентаций, еще 26% предназначались для публикации; 347 презентаций были отобраны в качестве устных докладов, проведено 180 сессий и постерных туров с участием 355 докладчиков, 37 научных симпозиумов при поддержке фармацевтических фирм. Информация о значении ревматологии, о тяжести болезней, о финансовых затратах на ревматические заболевания (РЗ) становится все доступнее для общества и государственных структур, что существенно улучшает возможности диагностики и лечения этой патологии. А сотрудничество внутри EULAR сообществ работников здравоохранения и пациентских организаций создает базу для дальнейших достижений в области ревматологии. Такая интеграция облегчает выполнение и внедрение в ежедневную клиническую практику рекомендаций и стандартов по ведению пациентов с РЗ.

В церемонии открытия конгресса были отражены как достижения испанской культуры, так и 70-летняя история EULAR. Сотрудникам секретариата EULAR выражена признательность за проведенную за 10-летний период работу; затем был представлен новый состав секретариата.

Молодым авторам за лучшие абстракты были вручены премии. Их получили:

• **K. Debusschere** (Университет Гента, Бельгия), которая показала, что выработанный в кишечнике фактор некроза опухоли (ФНО), возможно, является триггером развития сакроилиита и предполагает альтернативное объяснение взаимоотношения между воспалением кишечника, последующей эволюцией развития воспалительного заболевания кишечника и воспаления позвоночника при спондилоартрите;

• **A. Elmesmari** (Институт инфекции, иммунитета и воспаления в Университете Глазго, Великобритания) – за изучение антивоспалительных репаративных свойств макрофагов у здоровых пациентов и больных с ревматоидным артритом (РА) в ремиссии;

• **R.J. Cuthbert** (Институт ревматологической и мышечно-скелетной медицины и госпиталь Университета Святого Джеймса, Великобратания) – за изучение содержания гамма-дельта Т-клеток в энтезисах человека и подлежащей периэнтезисной кости. Ученый фокусировался на изучении иммунологического профиля человеческого энтезиса с особым вниманием к наличию гамма-дельта Т-клеток. Соотношение Т-клеток было значительно выше в энтезисной ткани, чем в периферической крови, а количество гамма-дельта Т-клеток было в 6 раз выше в периферической энтезисной мягкой ткани и в 3 раза выше в периэнтезисной кости, чем в периферической крови. Полученные данные подтверждают, что гамма-дельта Т-клетки, вероятно, представляют собой клеточную популяцию, участвующую в патогенезе спондилоартрита;

• **S. Louise Smith** (Научно-исследовательский центр артритов по проблеме генезиса и геномики в Университете Манчестера, Великобритания) – за изучение значительно выраженной геном-распространенной ассоциации у пациентов с ювенильным идиопатическим артритом (ЮИА). Использовались 4 различных исследовательских платформы компании «Illumina» для выделения генотипов у 2585 больных ЮИА и 5181 представителя контрольной группы. Анализ данных при олигоартрите и серонегативном РА выявил 13 предварительно идентифицированных локусов риска и более 20 потенциально новых (необычных) участков, включая один единичный нуклеотидный полиморфизм в интергенной области между TNFSF15 и TNFSF8 на хромосоме 9. TNFSF15, очень близкий к ФНО и обнаруженный при болезни Крона, также вызывает экспрессию провоспалительных цитокинов (интерферон γ) и ФНОα из специфических Т-клеток, которые резистентны к терапии ингибиторами ФНОα;

• **M. van Tok** (Академический центр Амстердама, Нидерланды) – за работу на экспериментальной модели на крысах, которая продемонстрировала участие экспрессии интерлейкина 17А (ИЛ17А) и продукции на оси ИЛ23 на начальной стадии развития спондилоартрита. Исследователь и ее коллеги показали, что отсутствие активности оси ИЛ23/ИЛ23Р полностью предотвращает начало артрита и спондилита у HLA-B27/Hu-beta-2m трансгенных мышей, но в то же время не способно уменьшить воспаление в позвоночнике и периферических суставах при выраженной стадии болезни;

• **C. Corello** (отделение склеродермии в департаменте медицины, хирургии и неврологии Университета Сиены, Италия) – за предварительные данные о патологических нарушениях, развивающихся при системной склеродермии (ССД). При сравнили данных биопсии от 50 пациентов с ССД и 50 с невоспалительной миопатией, то определенные гистологические изменения, обнаруженные у больных ССД, мало чем отличались от таковых при миопатиях. Кроме главных отличительных признаков, включая фиброз, и экспрессии трансформирующего фактора роста β, выявлены микроангиопатия с экспрессией CD31 и потерей эндомизиальных сосудов, снижением экспрессии проангиогенного сосудистого эндотелиального фактора роста А (VEGF-A)

и повышенная экспрессия антиангиогенного VEGF-A165в;

• **J. Knoop** (Центр по реабилитации и ревматологии Reade, Амстердам, Нидерланды) – за изучение частоты применения анальгетиков и факторов, сопутствующих их использованию у пациентов с остеоартритом (ОА) коленных и тазобедренных суставов, наблюдаемых в поликлиническом центре. В этой работе обращалось внимание на использование анальгетиков в когорте пациентов из исследования AMSterdam OsteoArthritis (AMS-OA). Анальгетики были разделены на ацетаминофен, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП; включая коксибы) и опиоиды. Анальгетики использовали 62% пациентов, ацетаминофен – 50%, НПВП – 30% и опиоиды – 12%;

• **P. Raaschou** (отделение медицины Каролинского института, Стокгольм, Швеция) – за выявление связи между терапией ингибиторами ФНО и повторными случаями рака у больных РА в сравнении с другими методами лечения РА. Автор не обнаружила никакой разницы в частоте развития рака между всеми методами лечения, а также зависимости риска развития рака от времени начала лечения ингибиторами ФНО;

• **A. Vanier** (Университет в Нанте, Франция) – за разработку модели для предсказания быстрого рентгенологического прогрессирования у пациентов с ранним РА путем использования числа припухших суставов с наличием или без эрозий на рентгенограммах, ревматоидного фактора и уровня С-реактивного белка;

• **V. Stouten** (Католический университет Левена, Бельгия) – за изучение эффективности терапии метотрексатом с постепенно уменьшающейся по мере вступления в период ремиссии дозой глюкокортикоидов. Исследователи сравнивали исходы трех различных интенсивных комбинированных стратегий лечения пациентов из группы высокого риска, входивших в клиническое испытание CareRA, на 104-й неделе, фокусируя внимание на постоянном контроле за течением болезни;

• **A. de Koning** (департамент ревматологии в медицинском центре Лейденского университета, Нидерланды) – за сравнительное изучение малых доз облучения при компьютерной томографии и обычной рентгенографии у больных анкилозирующим спондилитом (АС) для определения образования синдесмофитов у пациентов из когорты SIAS (Sensitive Imaging of Axial Spondyloarthritis);

• **T. Goulenok** (Больница Биша – Клода Бернара, Париж, Франция) – за пилотное исследование, определяющее, как проводится вакцинация против пневмококка среди пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями по специальной осуществляемой медицинскими сестрами программе. В исследование включались пациенты, которые получали иммуносупрессивную терапию или терапию генно-инженерными биологическими препаратами;

• **E. Filhol** (Университет Нима, Франция) – за систематический обзор и метаанализ литературы за 2016 г., проведенный с целью оценить риск кардиоваскулярных осложнений среди больных РА до и после 2000 г. Результаты показали, что риск таких осложнений с 2000 г. снизился.

Также были вручены три премии за лучшие тезисы в области здравоохранения и социальной службы и одна премия за работу с пациентскими организациями. Их получили:

• **H. Zhengping** (областной главный госпиталь Гуанчжоу, Китай) – за изучение возможности включения телемедицины в работу с пациентами с АС. На базе интернет-госпиталя, который официально признан в Китае, создана госпитальная электронная сеть. Номинант и его коллеги провели 6-месячное рандомизированное контролируемое испытание двух групп пациентов: в одной группе было стандартное медицинское обслуживание, во второй – стандартное медобслуживание с использованием интернета. Оценка проводилась по нескольким параметрам в начале и через 6 мес. Пациенты, включенные во вторую группу, сообщили о существенном улучшении функциональных возможностей, психологического статуса, качества сна и улучшении общего состояния;

• **W. Peter** (Центр реабилитации и ревматологии Амстердама, Нидерланды) – за исследование, посвященное надежности, ответственности и интерпретации специального вопросника Animated Activity Questionnaire (AAQ), который помогает оценить степень ограничения активности при ОА тазобедренных и коленных суставов. AAQ, в дополнение к другим тестам, показал хорошую конструктивную валидность (доказательность), перекрестно-культуральную валидность, а также внутреннюю логичность и тест-ретест надежность. Изменения в AAQ свыше 13% показали реальное улучшение в ограничении активности у пациентов с ОА тазобедренных и коленных суставов. Исследователи нашли, что AAQ, возможно, будет иметь высокий потенциал в международном применении в научных исследованиях, но для клинической практики метод нуждается в дополнительном подтверждении;

• **Ellen M.H. Selten** (отделение ревматологии в Sint Maartenskliniek, Нидерланды) – за исследование, в котором изучалось, влияют ли вера пациента в эффективность лечения, нормы и оценка социального окружения (субъективная норма), понимаемая самооценка и выраженность симптомов на выбор пациентом метода лечения. В течение 2015–2016 гг. пациентам был выдан опросник Treatment Beliefs in Osteoarthritis. Авторы нашли, что вера в успех терапии и субъективные нормы были четко связаны с намеренным выбором всех лечебных показателей. Недоверие к лечению связано с намеренным выбором медикации боли и артропластики. Также отмечено, что воспринимаемая пациентами выраженная симптоматика не имеет отношения к намеренному выбору лечения;

• **K. Cattelaens** (Немецкая ревматологическая лига, пациентская организация в Германии) – за разработку проекта online-платформы, призванной обеспечить плавный перевод подростков с артритом из-под наблюдения педиатром к взрослому ревматологу. Десять подростков на начальном этапе были обучены использованию телефона, online-режима, им оказана персональная поддержка для перевода под наблюдение взрослого ревматолога. Немецкий научный центр артритов высоко оценил проект. Информационная online-платформа была хорошо принята, и более 10 тыс. посетителей воспользовались ею в течение первого года. Для пациентов был разработан информационный материал и предложено проведение семинаров.

В течение четырех дней происходил постоянный обмен научной и клинической информацией между делегатами конгресса. Конгресс в очередной раз предложил широкий спектр тем, касающихся клинических инноваций, научных исследований и фундаментальной науки. Регулярно проходили и заседания, организованные сообществами пациентов с артритом и ревматизмом (PARE), сообществом работников сферы здравоохранения (HPR). Были представлены новые результаты наших инноваций относительно школ EULAR по ревматологии, кампании «Не медли, присоединяйся сегодня», а также научная дорожная карта «Rheuma Map».

В основу работы конгресса, как обычно, легло проведение постерных презентаций и постерных туров с интерактивным компонентом. За три дня были представлены 2336 постеров, 461 постер был включен в состав 45 постерных туров, посвященных различным научным темам. Все устные презентации были записаны, и зарегистрированным участникам они будут доступны в течение года.

Участники конгресса большое внимание уделили проводимой EULAR кампании «Не медли, присоединяйся сегодня» по раннему вовлечению пациентов в диагностику и терапию РЗ. Состоялась объединенная сессия для клиницистов, работников здравоохранения и социальных служб и для пациентов с РЗ, прошла специальная презентация о том, как все три перечисленные группы могут содействовать ранней диагностике и лечению ревматических болезней. Особенно важная роль отводится различным медицинским организациям и государственным учреждениям. Цель данной кампании – содействие раннему вмешательству в течение болезни, включение в нее пациентов с типичными симптомами, а также оказание врачами консультативной помощи как можно быстрее и на раннем этапе. Принципы кампании «Не медли, присоединяйся сегодня» будут адаптированы и включены в работу всех членов обществ пациентов с РЗ в качестве серьезной попытки развеять «народные» мифы об этих болезнях, информировать общество об их серьезности. Кампания важна не только для пациентов, но и для работников здравоохранения и социальной сферы в плане оказания своевременной врачебной помощи таким больным, чтобы предотвратить продолжительные необратимые нарушения.

В честь 70-летнего юбилея EULAR для всех гостей был организован торжественный ужин в историческом замке Castle of Vinuelas, где они смогли встретиться с коллегами со всего мира в дружеской и непринужденной атмосфере. ■

Д.м.н. ***Л.Н. Денисов,***
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

ПРОБЛЕМА СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ: по материалам VII Съезда ревматологов России (26–28 апреля 2017 г., Москва)

Повышенный интерес к проблеме системной склеродермии нашел отражение в программе научно-практических конференций, съездов и других мероприятий, в том числе и на недавно прошедшем в Москве VII съезде ревматологов России.

Системная склеродермия (ССД), или системный склероз, – одно из основных системных ревматических заболеваний (РЗ), в диагностике и лечении которого остается много нерешенных проблем. Как и другие системные РЗ, ССД отличается значительной гетерогенностью клинической картины – как в дебюте, так на любом другом этапе болезни – и вариабельностью течения. Следствием этого часто становятся поздняя диагностика ССД, особенно при лимитированной форме и хроническом течении болезни, а также эмпирический подход в выборе терапии. По этим причинам ССД постоянно находится в поле интересов ревматологов практического здравоохранения и является предметом исследований специализированных научных центров. На съезде ревматологов ССД были посвящены научное заседание «Лечение системной склеродермии – как решаются старые проблемы на новом этапе?» и обучающий семинар по капилляроскопии.

На научном заседании был представлен доклад проф. Л.П. Ананьевой «Что изменилось в лечении системной склеродермии за последние 2 года?», посвященный последним достижениям в лекарственной терапии данного заболевания. В докладе к.м.н. А.В. Волкова были представлены российские рекомендации по лечению легочной артериальной гипертензии (ЛАГ). С интересом было принято и сообщение о первом собственном наблюдении успешного применения моноклонального антитела к рецептору интерлейкина 6 – тоцилизумаба – при ССД (Л.П. Ананьева, О.А. Конева, Л.А. Горзанова).

Традиционно большое число участников собрал обучающий семинар по капилляроскопии. На нем Л.П. Ананьева осветила теоретические аспекты капилляроскопии, а д.м.н. Р.Т. Алекперов показал роль капилляроскопии в дифференциальной диагностике первичного и вторичного синдрома Рейно, ассоциированного с ССД. А.Ю. Захарова ознакомила слушателей с техникой проведения исследования и характерными капилляроскопическими изменениями. В завершение семинара к.м.н. М.Н. Старовойтова провела интерактивный опрос с решением реальных клинических задач.

Клиническая гетерогенность может быть причиной диагностических затруднений при интерпретации отдельных синдромов, которые могут развиться как при ССД, так и при других заболеваниях. Кроме того, известно, что имеются некоторые различия клинической картины ССД в зависимости от половой и этнической принадлежности больных. Этому аспекту ССД посвящена работа А.Ю. Захаровой и соавт. «Оценка поражений внутренних органов в современной когорте больных системной склеродермией». Авторы проанализировали клинические проявления у 347 больных с достоверной ССД. У всех больных был проведен полный спектр инструментальных и лабораторных исследований. Антинуклеарный фактор выявлялся у 87% больных, антитела к топоизомеразе 1 – у 45% и антицентромерные антитела – у 15% больных. Различные варианты поражений сердца наблюдались у 66% больных, интерстициальные изменения легких, изолированное снижение диффузионной способности легких, поражение желудочно-кишечного тракта и склеродермический почечный криз выявлялись у 75; 50; 70 и 2% больных соответственно. Показано, что частота поражений жизненно важных органов и систем сохраняется на том же уровне, который отмечен в более ранних наблюдениях. Авторы исследования приходят к заключению, что и в настоящее время остается высокой возможность реализации всех рисков, связанных с ССД.

С данным исследованием перекликаются и другие работы, представленные в материалах съезда. О.А. Жибрик и соавт. (Минск) изучали особенности течения ССД в зависимости от типа выявляемых специфических антинуклеарных антител. Целью исследования было – определить взаимосвязь клинических проявлений ССД с отдельными специфическими аутоантителами. Ретроспективный анализ клинических и серологических данных показал, что антитела к топоизомеразе 1 выявлялись у 63% больных и ассоциировались с более частым поражением сердца и пищевода. Антицентромерные антитела выявлялись только в 12% случаев и только у больных с лимитированным поражением кожи. В исследовании Р.У. Шаяхметовой и соавт. (Москва) проводился анализ клинических особенностей у больных ССД, у которых выявлялись антитела к рибонуклеопротеину. В этой категории больных преобладающей была лимитированная форма заболевания и наблюдалась высокая частота артропатий и миопатии.

Наиболее значимыми прогностическими факторами риска неблагоприятного исхода при ССД являются прогрессирующие поражения легких (интерстициальный фиброз легких и ЛАГ) и поражения сердца. При этом если поражения легких изучены достаточно полно, то этого нельзя сказать о поражениях сердца. Чаще всего склеродермическая кардиопатия проявляется перикардитом, обычно клинически не манифестным, и различными нарушениями ритма сердца. Этой проблеме посвящена работа Д.Р. Сагатовой и Н.Х. Абдуазизова (Ташкент), целью которой было изучить распространенность аритмий и проводимости сердца у больных ССД с применением различных методов инструментального обследования. Анализ ритма и проводимости сердца был сделан у 37 пациентов с помощью стандартной ЭКГ и суточного холтеровского мониторирования ЭКГ. Результаты исследования еще раз продемонстрировали высокую частоту нарушений ритма сердца, в том числе клинически значимых, у больных ССД. При этом суточное мониторирование ЭКГ обладает достоверно большей чувствительностью по сравнению со стандартной ЭКГ, что делает необходимым включение этого метода в число обязательных при ССД. Интересно, что в этом исследовании у 24% больных ССД одновременно имелась ишемическая болезнь сердца. Эта проблема стала темой другого исследования этих же авторов. Авторы изучали частоту каротидного атеросклероза у 10 женщин с ССД и у 30 здоровых женщин в возрасте в среднем 48 лет. Анализ результатов показал тенденцию к большей частоте у больных ССД атеросклеротического поражения сосудов, в том числе гемодинамически значимого, по сравнению с условно здоровым контролем.

Традиционно актуальным остается вопрос оптимизации терапии и клинической эффективности новых методов лечения ССД. В этом отношении возрастающий интерес привлекают моноклональные антитела к CD20-рецепторам В-лимфоцитов – например, ритуксимаб (РТМ), который в последнее десятилетие все шире применяется в лечении больных с прогрессирующим интерстициальным фиброзом легких, ассоциированным с ССД. О.А. Конева и соавт. (Москва) изучали влияние РТМ на легочную функцию у 54 пациентов с ССД с интерстициальным фиброзом легких. В исследуемой группе преобладали больные с диффузной формой ССД, которые наблюдались в среднем в течение 25 мес. Авторы наблюдали достоверное повышение форсированной жизненной емкости легких с 74 до 82%. Средний прирост этого показателя составил 7,5%, и его выраженность коррелировала с суммарной дозой РТМ. Установлено, что лучший эффект отмечался у больных с длительностью болезни менее 5 лет.

Важной характеристикой медикаментозного лечения помимо оценки клинической эффективности используемого лекарственного средства являются такие параметры, как переносимость, спектр побочных эффектов, их частота и выраженность. Эти характеристики в полной мере выявляются в постмаркетинговых исследованиях. Такие исследования особенно актуальны применительно к препаратам, которые используются в клинической практике относительно недавно, или в случаях использования препаратов в лечении заболеваний, при которых они раньше не применялись. К таким препаратам относится в первую очередь РТМ. В этом отношении несомненный интерес представляет исследование Л.П. Ананьевой и соавт. «Безопасность ритуксимаба при системной склеродермии: спектр нежелательных явлений». В этом открытом проспективном исследовании проведен анализ безопасности РТМ у 90 больных ССД. Показанием для назначения РТМ была неэффективность стандартной терапии у больных с прогрессирующим течением и неблагоприятными прогностическими факторами. Нежелательные явления (НЯ) были зарегистрированы у 29 (32%) больных. Наиболее частыми НЯ были инфекции. Редкими, но серьезными НЯ были: церебральная ишемия, острый панкреатит, лимфома и аллергический пневмонит. Исследование продемонстрировало широкий спектр возможных осложнений лечения РТМ и необходимость тщательного мониторинга НЯ в данной категории больных.

В целом съезд продемонстрировал большой интерес ревматологов и практических врачей других специальностей к современным достижениям в ранней диагностике ССД и ее осложнений, новым подходам к лекарственной терапии. ■

Д.м.н. ***Р.Т. Алекперов,***
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

РЕЗОЛЮЦИЯ СОВЕЩАНИЯ ЭКСПЕРТОВ ПО ТЕМЕ «ВОПРОСЫ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ СО СПОНДИЛОАРТРИТАМИ»

6 июля 2017 г. в Москве состоялось междисциплинарное совещание экспертов, посвященное вопросам доступности новых методов лечения пациентов с анкилозирующим спондилитом (АС). В совещании приняли участие ведущие ревматологии, клинические фармакологи и организаторы здравоохранения России – академик РАН Е.Л. Насонов, академик РАН В.И. Мазуров, д.м.н. А.М. Лила, д.м.н. Ш.Ф. Эрдес, д.м.н. Д.Е. Каратеев, д.м.н. А.Л. Верткин, д.м.н. С.К. Зырянов, д.м.н. А.И. Дубиков, д.м.н. М.Ю. Фролов, к.п.н. О.В. Обухова.

Мероприятие включало обсуждение следующих вопросов:

• Эффективность и безопасность нового класса препаратов – ингибиторов интерлейкина 17 (ИЛ17) – при спондилоартритах (СпА).

• Маршрутизация пациентов со СпА и проблемы поздней диагностики.

• Доступность терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) пациентам с АС; возможности обеспечения пациентов новыми препаратами, не входящими в перечни жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП) и лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан (ОНЛС).

• Возможности рационального распределения бюджетных средств за счет внедрения новой медицинской технологии.

• Возможности регистров пациентов со СпА.

АС представляет собой серьезную медико-социальную проблему. Распространенность АС в России составляет не менее 0,1%, заболеваемость – 79,6 на 100 тыс. населения. По разным данным, частота развития инвалидности у больных АС в Российской Федерации составляет от 20,5 до 56%, при этом стойкая утрата трудоспособности наступает в среднем через 15 лет от начала болезни, а средний возраст установления инвалидности составляет 46,3 года.

АС – одно из наиболее затратных заболеваний: в 2016 г. на лечение пациентов с данной нозологией из государственного бюджета было потрачено около 8 млрд рублей.

Основой комплексной терапии АС являются регулярное использование нестероидных противовоспалительных препаратов, лечебная физкультура, а при недостаточной эффективности этих методов – назначение ГИБП, расходы на которые и составляют значимую часть бюджетных затрат. Поздняя диагностика заболевания, недостаточное использование рекомендованных ресурсов стандартной терапии, отсутствие полноценной системы реабилитации приводят к нерациональному использованию ГИБП.

До настоящего времени возможности генно-инженерной биологической терапии ограничивались только одним классом биологических препаратов – ингибиторами фактора некроза опухоли α (ФНОα). При этом у 20–40% больных имеет место недостаточный эффект (первичная или вторичная неэффективность – «ускользание» эффекта) или непереносимость этих препаратов. У таких больных нет других вариантов лечения, помимо либо повышения дозы того же препарата, что может увеличить риск развития нежелательных явлений, либо перехода на другой ингибитор ФНОα. При этом эффективность каждого следующего ингибитора ФНОα, согласно результатам проспективных клинических исследований, как правило, ниже предыдущего. С ингибированием ФНОα также связано повышение риска развития (реактивации) туберкулеза. С учетом этих обстоятельств существует настоятельная необходимость внедрения в широкую клиническую практику препаратов с альтернативным механизмом действия.

Секукинумаб (Козэнтикс) – это инновационный, первый в своем классе и единственный одобренный к применению в Российской Федерации препарат рекомбинантных, полностью человеческих моноклональных антител к ИЛ17А. Препарат представляет вариант терапии активного АС с новым механизмом действия, реализующимся в таргетном воздействии на патогенез болезни. Секукинумаб при СпА продемонстрировал высокую эффективность и стабильность ответа в отношении как купирования основных симптомов заболевания, так и торможения рентгенологического прогрессирования АС.

Благоприятный профиль безопасности секукинумаба, в том числе и в отношении развития туберкулеза, основывается на данных, полученных в 42 клинических исследованиях по разным показаниям, в которые было включено более 7 тыс. пациентов (6200 пациенто-лет воздействия секукинумаба). Инфекционные нежелательные явления были в основном представлены кандидозом легкой и умеренной выраженности и инфекциями верхних дыхательных путей, при этом ни одного случая развития туберкулеза или реактивации латентного туберкулеза не зарегистрировано.

Локальный опыт применения: в лечебных учреждениях России в рамках клинических исследований лечение секукинумабом получили в общей сложности 176 пациентов с АС (около 30% международной популяции исследований), результаты локального клинического опыта использования препарата опубликованы в научной прессе.

Секукинумаб включен в российские национальные рекомендации, а также в европейские и американские рекомендации по лечению АС, псориатического артрита и псориаза. Секукинумаб включен в территориальные программы государственных гарантий ряда регионов Российской Федерации, однако потребности в обеспечении пациентов со СпА, нуждающихся в назначении секукинумаба как препарата с альтернативным механизмом действия, не могут быть в полной мере удовлетворены за счет региональных бюджетов.

Согласно результатам фармакоэкономического исследования, проведенного Межрегиональной общественной организацией «Ассоциация клинических фармакологов», стоимость курса трехгодичной терапии секукинумабом ниже стоимости терапии адалимумабом и инфликсимабом на 41,6 и 57,7% соответственно. Анализ влияния на бюджет Программы государственных гарантий продемонстрировал, что использование секукинумаба за трехлетний период приведет к снижению расходов на 51,2%. В случае применения секукинумаба в рамках программы ОНЛС расходы на лечение АС за 3 года сократятся на 51,9%.

Таким образом, секукинумаб является альтернативой для тех пациентов с болезнью Бехтерева, у которых наблюдаются так называемое «ускользание» эффекта, непереносимость или противопоказания к назначению ингибиторов ФНОα. Для пациентов с высоким риском прогрессирования заболевания секукинумаб может являться препаратом первого выбора.

На основании изученных материалов и последовавшей дискуссии участники совещания экспертов рекомендуют:

Главным внештатным ревматологам регионов Российской Федерации:

• принять к сведению и проинформировать ревматологов, что новый препарат для лечения АС секукинумаб обладает высокой эффективностью и благоприятным профилем безопасности; секукинумаб можно рекомендовать для назначения больным АС как в качестве препарата первой линии наряду с ингибиторами ФНОα, так и при неэффективности или непереносимости ингибиторов ФНОα;

• при формировании региональных заявок на ГИБП учитывать потребность в препарате с альтернативным механизмом действия для пациентов с АС, у которых имеют место неэффективность, непереносимость или противопоказания к назначению ингибиторов ФНОα;

• рассмотреть вопрос о включении препарата секукинумаб в стационарный и амбулаторный перечни территориальной программы государственных гарантий для лечения пациентов с АС.

Президентам Ассоциации ревматологов России, Российского научного медицинского общества терапевтов и Региональной общественной организации «Амбулаторный врач»:

• с целью актуализации проблемы воспалительной боли в спине как одного из наиболее частых проявлений АС разработать программу повышения квалификации врачей амбулаторного звена (врачей – участковых терапевтов, врачей общей практики, семейных врачей);

• рассмотреть возможность подготовки и издания клинических рекомендаций (согласованный консенсус экспертов) для терапевтов и врачей общей практики по диагностике заболеваний, сопровождающихся болью в спине, раннему выявлению больных АС и дальнейшей их маршрутизации на амбулаторно-поликлиническом этапе;

• для улучшения ранней диагностики АС обсудить создание алгоритма маршрутизации пациентов с воспалительной болью в спине, а также возможности по его внедрению в клиническую практику.

Предложить главному внештатному ревматологу Минздрава России:

• принимая во внимание имеющиеся положительные данные об эффективности и безопасности секукинумаба, полученные, в том числе, при проведении клинических исследований в Российской Федерации, поддержать заявку, поданную в Минздрав России, о включении секукинумаба в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения», в «Перечень лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан», в стандарты оказания медицинской помощи при АС.

Включение секукинумаба в перечень ЖНВЛП и программу ОНЛС обоснованно, так как позволит при сохранении высокой клинической эффективности терапии снизить риск инвалидизации пациентов и существенно сократить расходы бюджета здравоохранения на лечение больных АС, а также непрямые и дополнительные затраты, связанные с выплатой социальных пособий и реабилитацией таких пациентов. ■

НОВОСТИ

Взаимосвязь между серопозитивностью по определенным типам антител с вероятностью развития легочной гипертензии у пациентов с системной красной волчанкой

Риск смерти у пациентов с системной красной волчанкой (СКВ), ассоциированной с легочной артериальной гипертензией (ЛАГ), намного выше, чем у больных СКВ в целом, при этом совокупная 5-летняя выживаемость составляет 68 и 94,8% соответственно. ЛАГ является независимым фактором риска смертности. Хотя раннее выявление ЛАГ с последующим быстрым и интенсивным лечением может улучшить функциональный статус и выживаемость пациентов, однако диагностика на ранней стадии, как правило, затруднена в связи с длительно бессимптомным течением заболевания и появлением сердечно-легочной симптоматики уже на продвинутой стадии болезни.

Результаты ранее проведенных исследований продемонстрировали противоречивые результаты взаимосвязи различных групп антител с риском развития ЛАГ у пациентов с СКВ. Китайскими авторами был проведен метаанализ, включающий результаты 20 клинических исследований с целью выявления потенциальных серологических биомаркеров СКВ-ассоциированной ЛАГ.

Число пациентов, вошедших в исследования, которые включены в анализ, варьировало от 51 до 1900 человек. Средний возраст больных составлял от 26,5 до 47,8 года. В самом крупном исследовании средняя продолжительность СКВ составляла 3,4 года, а среднее систолическое давление на легочной артерии – 54,2 мм рт. ст.

Анализировались следующие аутоантитела и их связь с ЛАГ: анти-RNP, анти-Sm, анти-dsDNA, анти-SSA, анти-SSB.

Анти-RNP-антитела обладали самой высокой прогностической ценностью в отношении развития ЛАГ: относительный риск (ОР) 3,68 (95% ДИ 2,04–6,63, p<0,0001). Объединенный ОР для анти-Sm-антител составлял 1,71 (95% ДИ 1,06–2,76, p =0,03). По мнению авторов, это первые данные об ассоциации между анти-Sm-антителами и развитием ЛАГ. Анти-Sm-антитела могут являться стабильным предиктором, их уровень обычно мало зависит от активности заболевания и остается положительным даже в состоянии ремиссии. Объединенные ОР для антител анти-dsDNA, анти-SSA и анти-SSB были 1,23 (95% ДИ 0,85–1,79, p=0,28); 1,17 (95% ДИ 0,53–2,57, p=0,7) и 1,16 (95% ДИ 0,82–1,65, p=0,4) соответственно – что не являлось статистически значимым.

Анти-RNP-антитела также считаются предиктором сосудистых поражений и фактором риска для ЛАГ, связанной с заболеваниями соединительной ткани, особенно с системным склерозом, хотя основной механизм, лежащий в основе этого явления, не полностью понят, авторы предположили, что это антитело может быть вовлечено в общий путь васкулопатии, что способствует развитию ЛАГ.

Проведение более длительной терапии снижает риск рецидивов АНЦА-ассоциированного васкулита

Французские ученые представили результаты исследования REMAIN, объединяющего пациентов с микроскопическим полиангиитом, гранулематозом с полиангиитом из 33 центров в 11 европейских странах в период с сентября 1998 г. по март 2010 г. В исследование были включены пациенты, позитивные по антинейтрофильным цитоплазматическим антителам (АНЦА), получавшие терапию циклофосфамидом и преднизолоном в течение как минимум 3 мес и находившиеся в стабильной ремиссии на фоне поддерживающей терапии азатиоприном/преднизолоном. АНЦА-отрицательные больные могли быть включены в исследование только при гистологическом подтверждении васкулита. Пациенты были включены в протокол в среднем через 18–24 мес после начала терапии и случайным образом рандомизированы на две группы: продолжения (прежняя терапия была продолжена) или отмены лечения (иммуносупрессивная терапия постепенно была отменена). При рандомизации средняя суточная доза азатиоприна составляла 99±37 мг, а средняя суточная доза преднизолона – 5,9±2,2 мг.

Из 110 пациентов, включенных в исследование, 52 (47%) имели гранулематоз с полиангиитом, а 58 (53%) – микроскопический полиангиит. Антитела к протеиназе-3 (PR-3) выявлялись в 52% случаев, к миелопероксидазе (МПО) – у 44% больных; 4% пациентов были негативны по АНЦА.

Первичной конечной точкой была доля пациентов с рецидивом васкулита в течение периода исследования; вторичными конечными точками являлись: частота обострений, развитие побочных эффектов терапии; увеличение показателей индекса поражения васкулита (VDI), прогрессирование почечной недостаточности, смертность.

Исследователи обнаружили, что обострение заболевания регистрировалось у 62,7% пациентов в группе отмены терапии и только у 22% – в группе продолжения лечения; следовательно, пациенты, прекратившие терапию, имели в 2,84 раза более высокий ОР рецидива (95% ДИ 1,72–4,9), по сравнению с больными, продолжившими лечение. Прогрессирование почечной недостаточности регистрировалось у четырех пациентов (7,8%) в группе отмены, но ни у одного больного в группе продолжения (p=0,012). Частота смертельных случаев составила: 2 в группе отмены и 5 в группе продолжения (3 – от рака, 2 – от сердечно-сосудистых заболеваний и 2 – от неопределенных причин).

Хотя не было никакой разницы в процентной доле АНЦА-положительных пациентов при рандомизации, у больных из группы отмены чаще наблюдалось появление АНЦА. К 6-му месяцу 72% пациентов в группе отмены были АНЦА-положительными, по сравнению с 52% в группе продолжения (p=0,04). Не было статистической разницы в частоте или тяжести побочных эффектов терапии между двумя группами и никакой разницы в итоговых показателях VDI.

Таким образом, авторы пришли к выводу, что иммуносупрессия (p<0,0001) и позитивность по АНЦА при рандомизации (p=0,017) были единственными предикторами рецидива заболевания; тип АНЦА-антител (PR-3 против МПО), особенности заболевания (микроскопический полиангиит или гранулематоз с полиангиитом), возраст и функция почек при рандомизации не прогнозировали развитие рецидива.

Ограничением исследования является тот факт, что оно было открытым, и это могло повлиять на результаты; также необходимо учитывать особенности выборки пациентов, поскольку больные с непереносимостью азатиоприна или имеющее более тяжелое течение заболевания были исключены из протокола. Авторы отметили, что это исследование было проведено до широкого использования ритуксимаба, и трудно экстраполировать его результаты на пациентов, которые получают анти-В-клеточную терапию.

Эксперты раскрывают секреты

Панельная дискуссия и мастер-класс «Анкилозирующий спондилит – победа ради пациентов» прошли 27 апреля 2017 г. в рамках VII Съезда ревматологов при поддержке компании «Новартис Фарма».

В мероприятии приняли участие представители медицинского и пациентского сообществ, ведущие российские эксперты Ассоциации ревматологов России и участники Общества взаимопомощи при болезни Бехтерева. Впервые на одной сцене в рамках одного симпозиума собрались пациенты и доктора, которых задавались одними и теми же вопросами: как пациенту рассказать о том, что его волнует, а врачу – иметь возможность провести необходимые обследования, поставить правильный диагноз и назначить адекватное лечение? Были затронуты следующие темы:

• У вас на приеме пациент с болезнью Бехтерева – что важно и можно успеть за 15 минут?

• Врач и пациент: как стать союзниками?

• Ремиссия глазами врача и пациента – «не лекарством единым».

Модератором панельной дискуссии выступил Сергей Малоземов, ведущий канала НТВ. Экспертам было что обсудить, вопросов накопилось очень много. Но главный – как сделать жизнь пациентов с болезнью Бехтерева лучше?

Мероприятие началось с показа короткого фильма, который был специально снят для демонстрации на съезде. Четверо пациентов, страдающих болезнью Бехтерева, рассказывают в нем о своей жизни, о том, как жить постоянно с этим недугом («Представьте, что у вас болит зуб. Представили? А теперь представьте, что зуб болит по всему телу!»), как научиться радоваться каждому дню, о том, как их близкие – жены, мужья и даже дети – поддерживают их в минуты депрессии и обострения болезни. Профессор Ш.Ф. Эрдес вышел на сцену, вытирая слезы после просмотра видео, и сказал: «Что же вы раньше мне не показали этот ролик, я бы подготовился к таким сильным эмоциям».

И врачи, и пациенты высказывали свою точку зрения в процессе живой дискуссии, а также с помощью интерактивного голосования до и во время мероприятия, а пациенты заранее поучаствовали в опросе на сайте Общества взаимопомощи при болезни Бехтерева.

Цель данных опросов – выяснение и сравнение понимания различных аспектов заболевания и его терапии врачами и пациентами. Мы как организаторы полагали, что позиции докторов и пациентов по многим вопросам кардинально различаются, и поэтому готовили модератора умело лавировать и находить точки соприкосновения в почти противоположных позициях. Однако результаты голосования неожиданно показали совсем другое – врачи и пациенты во многом имеют очень близкую точку зрения: цели у них едины, они готовы слушать и поддерживать друг друга, при этом врачи готовы видеть в пациентах активных участников процесса лечения.

Профессор Ш.Ф. Эрдес прокомментировал результаты опросов: «Мы видим, что стратегическая цель у врачей и пациентов одна – достижение ремиссии заболевания и повышение качества жизни пациентов. Нам нужно вместе искать и находить точки соприкосновения, обсуждать проблемы и перспективы ранней диагностики и качественного лечения. Можно сказать, что не лекарством единым жив пациент: лечение станет намного эффективнее, если все участники процесса будут стремиться к достижению общей цели».

Позицию пациентского сообщества в дискуссии представлял президент Общества взаимопомощи при болезни Бехтерева Алексей Ситало. Он отметил: «Основная цель лечения болезни Бехтерева – улучшение качества жизни пациентов с этим заболеванием. Грамотный, разъяснительный и мотивирующий разговор со специалистом-ревматологом здесь играет ключевую роль. Я на собственном опыте понял, скольких трудностей можно было бы избежать, если бы я с самого начала обладал полной информацией о болезни, ее особенностях, возможных последствиях и ответственности самого пациента; о том, как нужно говорить с лечащим врачом и какие вопросы задавать. Поэтому одна из задач нашего Общества – помогать пациентам и врачам налаживать конструктивный диалог».

В процессе панельной дискуссии специалист по скрайбингу фиксировал все основные моменты дискуссии с помощью графических символов и рисунков, в итоге получился яркий конспект мероприятия в понятном, читаемом виде – вы можете увидеть его на фото.

Панельная дискуссия проходила в очень неформальной теплой атмосфере, в нашем зале было самое большое количество участников. Темы, которые обсуждали спикеры, никого из сидящих в зале не оставили равнодушным, врачи внимательно слушали, смотрели, голосовали, когда спрашивали их мнения, смеялись, когда спикеры шутили, и сопереживали, когда пациенты делились своей болью и проблемами. Последней темой дискуссии стал план Общества взаимопомощи при болезни Бехтерева проводить больше пациентских школ в регионах. Апогеем стал вопрос Алексея Ситало, обращенный к врачам из всех уголков России: кто из вас хотел бы, чтобы мы приехали в ваш регион и провели школу для пациентов? Руки подняла почти половина зала, а это значит, что плодотворный диалог пациента с врачом уже есть и в ближайшее время он будет набирать обороты, расширяя свою географию.

Анкилозирующий спондилит (АС), или болезнь Бехтерева, – одно из немногих ревматических заболеваний, для которого на данный момент нет однозначного определения ремиссии, а значит и объективных критериев эффективности проводимой терапии. В 2012 г. при обследовании российских пациентов с этим заболеванием было выявлено, что стойкая утрата трудоспособности наступает в среднем через 15 лет после начала болезни, а средний возраст получения инвалидности составил 46,3 года. В Европе АС диагностирован у 1,7 млн человек – примерно такому же количеству пациентов поставлен диагноз «ревматоидный артрит». Однако в России официальная статистика по распространенности АС ниже примерно в 10 раз. Это может говорить о том, что в реальности пациентов значительно больше. Часто диагноз выставляется на поздних стадиях, когда подвижность суставов уже сильно ограничена и развился анкилоз позвонков — неподвижность сустава, наступающая в результате образования костного, хрящевого или фиброзного сращения суставных концов сочленяющихся костей. Если вовремя распознать болезнь и назначить лечение, инвалидизации можно избежать. Но для этого необходимы эффективные инструменты, в том числе коммуникативные, касающиеся взаимодействия врача с пациентом. ■

ШКОЛА ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХТЕРЕВА (10 августа 2017 г., Казань)

Более 50 человек, страдающих болезнью Бехтерева, приняли в рамках школы для пациентов участие в практическом занятии по лечебной физкультуре (ЛФК), которая рекомендована для сохранения подвижности и замедления прогрессирования болезни. 25 казанских специалистов по ЛФК посетили мастер-класс в городской клинической больнице №7 и познакомились с применением данного метода у пациентов.

Практические занятия прошли в казанском фитнес-центре Akimbo под руководством Сергея Кузякова, методиста ЛФК ФГБНУ НИИР им. В.И. Насоновой. С. Кузяков показал пациентам упражнения на тренажерах, которые они могут выполнять самостоятельно в любом спортивном клубе.

Своевременное и адекватное лечение замедляет развитие болезни и повышает качество жизни пациентов. Основной задачей терапии является уменьшение воспаления и боли, сохранения подвижности позвоночника. Последние исследования показывают, что новые генно-инженерные биологические препараты могут потенциально замедлять прогрессирование заболевания. Но для профилактики прогрессирования болезни важно применять и такой метод, как ЛФК, которая является одной из основ правильного образа жизни пациентов. Специально разработанные упражнения помогают сохранить подвижность суставов и позвоночника, растянуть мышцы и поддерживать гибкость. Гимнастику пациентам необходимо делать по утрам, так как воспалительные процессы в организме активнее протекают ночью. Алексей Ситало, президент Общества взаимопомощи при болезни Бехтерева, считает: «Для сохранения подвижности людей с болезнью Бехтерева двигательная активность и занятия ЛФК по своей значимости стоят на одном уровне с лекарственной терапией. Это особенно важно для молодых, в позвоночнике и суставах которых еще не произошли необратимые изменения. При болезни Бехтерева поражаются связки, соединительные ткани и суставы, а регулярные физические упражнения не позволят им окостенеть. Для таких пациентов движение – это на самом деле жизнь».

Мероприятие было организовано Обществом взаимопомощи при болезни Бехтерева при поддержке Ассоциации ревматологов России, ведущих специалистов региона, а также при спонсорской поддержке биофармацевтической компании AbbVie в России. В нем приняли участие ведущие ревматологи региона, реабилитологи, тренеры фитнес-клубов, молодые врачи из Германии и Хорватии, находящиеся на обучении в Казани. ■

Встречи в Казахстане

На III Евразийском конгрессе ревматологов, который проходил 26–27 мая 2016 г. в Минске, президент Российской ревматологической ассоциации (РРА) «Надежда» Н.А. Булгакова обратилась к президенту Лиги евразийских ревматологов (LEAR) Г. А. Тогизбаеву с просьбой о приеме трех пациентских организаций – из России, Беларуси и Казахстана – в члены LEAR. Данная просьба была удовлетворена.

Было подписано соглашение о сотрудничестве пациентских организаций ревматологического профиля между этими тремя странами. Такой союз поможет поднять на новый уровень обучение пациентов, страдающих ревматическими заболеваниями (РЗ).

Уже в октябре 2016 г. председатель пациентской организации Казахстана Ж. Базарова встретилась в Москве с президентом LEAR нового созыва, президентом Ассоциации ревматологов России (АРР) академиком РАН Е.Л. Насоновым. Прошла рабочая встреча. В настоящее время обсуждается Устав LEAR.

В 2017 г. президент РРА «Надежда» Н.А. Булгакова была приглашена в Казахстан для проведения совместных мероприятий. 7 февраля 2017 г. состоялась ее встреча с главным ревматологом Республики Казахстан Н.Б. Турдалиным. Школа для пациентов была проведена в ревматологическом центре в Алматы, где гостей радушно встретила председатель общественной организации «Независимое общество ревматологов» Б.Г. Исаева, с которой участники РРА «Надежда» часто встречаются на различных мероприятиях. И вновь появился важный повод для продолжения контактов.

10 февраля 2017 г. прошла первая международная научно-просветительская школа для пациентов с РЗ. Участниками школы были пациенты, проходящие лечение в ревматологическом центре, а также пациенты из Алматы и Алматинской области, их родные и близкие. Данную школу посетили и пациенты из Франции, которые узнали о ней, находясь в Казахстане. Хочется отметить, что пациенты по всему миру объединяются, рассказывают о своих достижениях, обмениваются опытом так же, как и сообщество врачей. Это две стороны одной медали: врачи не могут существовать без пациентов, а пациенты – без врачей. Во время проведения школы с докладом о ревматоидном артрите выступила ревматолог К.Ш. Максаткызы. По окончании лекции у пациентов было много вопросов. Н.А. Булгакова рассказала о пациентской организации в России, ее целях, задачах в деле защиты прав пациентов. Был показан короткий ролик о проведении школы для пациентов в Чебоксарах.

Слушателям была представлена председатель пациентской организации Алматы Ж. Базарова. Организация эта еще совсем молодая, но с российской стороны с первых шагов оказывается помощь в ее становлении, а также в работе пациентской организации в Беларуси.

Планируется создание отдельного сайта для пациентов.

По окончании школы многочисленные нерешенные проблемы обсуждались в теплой, дружественной обстановке – за дастарханом, с чашечкой имбирного чая. ■

Президент РРА «Надежда»
Н.А. Булгакова

Стихи Татьяны Васильевны Дубининой уже публиковались в одном из номеров газеты «Ревматология», и читатели получили истинное наслаждение от прочитанного, отмечая поэтический дар автора.

Я уверен, что публикуемые стихи также доставят вам радость встречи. В них появляются нотки грусти, и, возможно, читатели почувствуют в стихотворных строчках некий философский подтекст.

Л.Н. Денисов

Белыми птицами в небе паря,
Мирно плывут облака,
Тих и безмолвен печальный маршрут
В поисках дома, в котором их ждут
Птицы бескрылые, ветром гонимые,
Вечно скитаясь, живут.
Вот почему, в сердце грусть затая,
Плачут осенним дождем небеса.

****

Жизни циферблат отсчитывает даты,
Складывая дни в прошедшие года.
Мы спешим потратить ценные мгновенья,
Точно нам отмерены века.
В суете проблем, забыв о главном,
Души продаем за медяки,
А растратив их, идем на паперть,
Ожидая милости судьбы
Получив ее благословенье,
Обещаем расплатиться в срок,
Оставляя в качестве залога –
Дату, когда будет подведен итог.

****

В сердце поселилась непогода,
Плачущая сереньким дождем,
Затянув все мысли пеленою
Тусклых, беспросветных облаков.
Где ты, радость солнечных мгновений?
Дней счастливых светлая пора?
Потеряв вас, видимо, надолго,
Будет маяться уставшая душа.
Но однажды, распахнув окошко
И увидев неба синеву,
Радуги заветную подковку,
Сердцем я почувствую весну.

****

Юнец спросил у мудреца:
«Куда течет любви река?»
«Смотря какие берега
И широка ль сама река?
Начало где, истока бег?
Тогда смогу я дать ответ».
Задумавшись, сказал юнец:
«Не знаю я реки, мудрец,
Чиста ль вода, красив ли брег,
Узка ль, широка, глубока,
Я ждал ответа от тебя».
«Когда войдешь в нее, сынок,
И поплывешь в потоке вод,
Тогда на все найдешь ответ,
А у меня ответа нет». ■

ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА (ПСА)
И АНКИЛОЗИРУЮЩЕГО СПОНДИЛИТА (АС) У ВЗРОСЛЫХ

СМОТРИ НА МЕНЯ

Я ДОКАЖУ СВОЕЙ СЕМЬЕ, ЧТО ВСЕ ЕЩЕ МОГУ ОСТАВАТЬСЯ САМИМ СОБОЙ

Козэнтикс – первый и единственный* ингибитор интерлейкина-17А

Перед началом применения ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению

КОЗЭНТИКС

Секукинумаб, лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения, 150 мг

РУ № 003715

Показания к применению: лечение псориаза среднетяжелой и тяжелой степени у взрослых пациентов, которым показана системная терапия или фототерапия. Лечение активного псориатического артрита в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом у взрослых пациентов при недостаточном ответе на предшествующую терапию базисными препаратами. Лечение активного анкилозирующего спондилита у взрослых пациентов при недостаточном ответе на стандартную терапию.

Способ применения и дозы: *лечение псориаза среднетяжелой и тяжелой степени у взрослых пациентов, которым показана системная терапия или фототерапия:* рекомендуемая доза составляет 300 мг в качестве начальной дозы на 0, 1, 2и 3-й неделе путем подкожной инъекции, которая в последующем вводится ежемесячно в качестве поддерживающей дозы, начиная с 4-й недели. Каждая доза 300 мг вводится в виде двух отдельных подкожных инъекций по 150 мг. *Лечение активного псориатического артрита в режиме монотерапии или в комбинации с метотрексатом у взрослых пациентов, при недостаточном ответе на предшествующую терапию базисными препаратами:* рекомендуемая доза составляет 150 мг в качестве начальной дозы на 0, 1, 2 и 3-й неделе путем подкожной инъекции, которая в последующем вводится ежемесячно в качестве поддерживающей дозы, начиная с 4-й недели. Для пациентов с неадекватным ответом на терапию анти-ФНОα (фактор некроза опухоли α) препаратами или для пациентов с псориазом средней и тяжелой степени тяжести рекомендуемая доза составляет 300 мг в качестве начальной дозы на 0, 1, 2 и 3-й неделе путем подкожной инъекции, которая в последующем вводится ежемесячно в качестве поддерживающей дозы, начиная с 4-й недели. Каждая доза 300 мг вводится в виде двух отдельных подкожных инъекций по 150 мг. *Лечение активного анкилозирующего спондилита у взрослых пациентов при недостаточном ответе на стандартную терапию:* рекомендуемая доза составляет 150 мг в качестве начальной дозы на 0, 1, 2 и 3-й неделе путем подкожной инъекции, которая в последующем вводится ежемесячно в качестве поддерживающей дозы, начиная с 4-й недели.

Противопоказания: тяжелые реакции гиперчувствительности к секукинумабу или к другим вспомогательным компонентам препарата. Клинически значимые инфекции в стадии обострения (например, активный туберкулез). Возраст до 18 лет в связи с отсутствием данных по эффективности и безопасности. Беременность и период грудного вскармливания.

Особые указания и меры предосторожности. Инфекции: следует соблюдать осторожность при решении вопроса о применении препарата Козэнтикс у пациентов с хроническими инфекциями или с наличием в анамнезе рецидивирующей инфекции. В случае развития тяжелой инфекции пациент должен находиться под наблюдением, препарат Козэнтикс не следует вводить до разрешения инфекции. До начала лечения препаратом Козэнтикс должно быть принято решение о проведении противотуберкулезной терапии у пациентов с латентными формами туберкулеза. Применение препарата у пациентов с туберкулезом в активной фазе противопоказано. **Болезнь Крона:** следует тщательно наблюдать пациентов с обострением болезни Крона на фоне лечения препаратом Козэнтикс. **Реакции гиперчувствительности:** в клинических исследованиях отмечены редкие случаи реакций гиперчувствительности. При возникновении анафилактических или других серьезных аллергических реакций применение препарата Козэнтикс следует немедленно прекратить, необходимо немедленно начать соответствующую симптоматическую терапию. **Вакцинация:** не следует проводить вакцинацию живыми вакцинами на фоне лечения препаратом Козэнтикс. **Беременность и период грудного вскармливания:** применение препарата во время беременности и в период грудного вскармливания противопоказано.

Побочное действие. Очень часто (≥ 10%): назофарингит, инфекция верхних отделов дыхательных путей; **часто (от 1 до 10%):** ринит, фарингит, герпетическая инфекция слизистой оболочки полости рта, ринорея, диарея, крапивница.

За более подробной информацией о препарате обратитесь к инструкции по медицинскому применению препарата Козэнтикс, лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения, 150 мг.

«НОВАРТИС ФАРМА АГ», ШВЕЙЦАРИЯ

ТОЛЬКО ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ. ДЛЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ В МЕСТАХ ПРОВЕДЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ИЛИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ВЫСТАВОК, СЕМИНАРОВ, КОНФЕРЕНЦИЙ И ИНЫХ ПОДОБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ИЗОБРАЖЕНИЯ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗОБРАЖЕНИЯМИ РЕАЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ.

NOVARTIS

ООО «Новартис Фарма», 123215, г. Москва, Ленинградский пр-т, д. 72, корп. 3
Тел.: +7 (495) 967-12-70, факс: +7 (495) 967-12-68, www.novartis.ru

Козэнтикс
секукинумаб

* Зарегистрированный в РФ.

803410/COS/A3/09.17/1900

Ревматолог и Я

приложение для пациентов

«Турецкая» болезнь

Болезнь Бехчета получила свое название по имени турецкого дерматолога, впервые в 1937 г. описавшего ее симптомы. И не случайно это произошло именно в Турции. Дело в том, что в большинстве случаев заболевание встречается в южных регионах Европы – на Средиземноморье, на Кавказе и в Закавказье, – а также в Японии. В северных широтах оно проявляется крайне редко. Подобная выборочная зональность болезни Бехчета может указывать на значение генетических, климатических или еще не выясненных инфекционно-аллергических факторов в развитии процесса.

Болезнь Бехчета (ББ) – рецидивирующее эрозивно-язвенное поражение слизистых оболочек полости рта, половых органов, кожи с постепенным вовлечением в процесс глаз, суставов, сосудов и внутренних органов. По сути, это системный васкулит с мультиорганным поражением, что и было подтверждено официально в 2013 г. при пересмотре номенклатуры васкулитов на основании критериев международных классификаций.

Признаки болезни Бехчета

Специалисты выделяют главные и второстепенные (малые) критерии в симптоматике ББ. К главным критериям относятся рецидивирующий афтозный стоматит, кожная и подкожная узловатая эритема (воспалительное поражение кожных и подкожных сосудов, проявляющееся образованием плотных болезненных полушаровидных воспалительных узлов различного размера), увеит с гипопионом (поражение глаз), генитальные язвы. Малые критерии включают артрит, эпидидимит (воспаление придатка яичка), васкулярные симптомы со стороны мелких артерий и вен, нарушения пищеварения, менингоэнцефалит, легочную дисфункцию, болезни почек.

Рецидивирующий афтозный стоматит

Данный симптом встречается у 97–100% пациентов с ББ. Проявляется следующим образом: на слизистых оболочках полости рта, губ, твердого неба, глотки, боковых поверхностей и уздечки языка появляются мелкие пузырьки с мутным содержимым, превращающиеся затем в язвочки диаметром от 2 до 12 мм, которые имеют желтовато-белое некротическое основание и красные края и четко выделяются на фоне здоровых участков слизистой оболочки. Подобные язвочки, только более крупные, могут возникать на коже и слизистых оболочках половых органов и оставлять после себя мелкие рубцовые изменения, которые служат дополнительным диагностическим признаком. Возможны высыпания на коже, напоминающие узловатую или многоформную эритему, фолликулиты, распространенный кожный фурункулез, подногтевые абсцессы. Существует и так называемая положительная уколочная проба: на месте любой кожной инъекции у большинства больных ББ появляется узелок со скудным гнойным содержимым. В последующем узелок самостоятельно рассасывается, оставляя после себя небольшой кожный рубчик.

Поражение суставов

У 50–60% больных ББ развивается артрит крупных суставов (коленных, голеностопных, лучезапястных, локтевых) без деструкции. Часто его сопровождают проявления артралгии (боли в суставах без видимых причин).

Поражение нервной системы

Этот симптом при ББ появляется в различные промежутки времени и характеризуется менингоэнцефалитом (головные боли; лихорадка; менингеальные явления – рвота, ригидность мышц; атаксия – нарушение согласованности движений различных мышц; парезы, нарушения зрения). Специалисты считают, что присоединение неврологической симптоматики придает ББ фатальное течение.

Поражение сосудов

Процесс поражения сосудов происходит в виде васкулита легких, почек, миокарда, он проявляется кровоизлияниями в кожу и слизистые оболочки, гематурией (кровь в моче), кровотечениями из пищеварительного тракта, кровохарканьем. У 12% пациентов с ББ встречаются тромбозы и тромбофлебиты магистральных сосудов (полых вен, сосудов головного мозга, вен нижних конечностей). Также могут образовываться аневризмы брюшных и легочных артерий или аорты, разрывы которых приводят, увы, к летальному исходу.

Поражение глаз

Этот грозный симптом ББ встречается у 50–70% пациентов, причем без лечения примерно через 3,5 года от появления первых симптомов поражения у больных наступает слепота, а 25–45% пациентов с поражением глаз полностью теряют зрение, несмотря на проводимую стандартную терапию.

Различают 5 стадий поражения глаз при ББ:

1) продромальная – системные проявления заболевания без включения в процесс самого глаза;

2) начальная – симптомы иридоциклита (воспаления радужной оболочки и цилиарного тела глазного яблока) с минимальным поражением глазного дна;

3) средняя – поражения глазного нерва наряду с воспалительными изменениями переднего сегмента глаза;

4) поздняя – прогрессирующая дегенерация глазного нерва с резко сниженной остротой зрения;

5) терминальная – рубцовые изменения сетчатки, слепота в связи с атрофией зрительного нерва, отслойкой сетчатки и вторичной глаукомой.

Прочие проявления

При ББ часто наблюдаются хронический рецидивирующий тонзиллит, рецидивирующий эпидидимит, безболезненное припухание слюнных и слезных желез, лихорадка, потеря массы тела.

Этиология болезни Бехчета

Этиология заболевания до сих пор неизвестна. Сам Бехчет считал, что оно имеет вирусное происхождение, так как он обнаружил внутриклеточные включения в мазках язвенного отделяемого. В последующем вирус был выделен из крови больных, также была отмечена терапевтическая эффективность противовирусных средств, однако прямых доказательств вирусной этиологии заболевания нет. Не исключено, что герпес-вирусная инфекция предшествует и отяжеляет течение заболевания. Другие авторы придают значение бактериальной инфекции, особенно туберкулезу.

В последние годы обсуждается аутоиммунный механизм развития болезни, наконец, есть данные и о генетической предрасположенности к заболеванию.

В свете всех современных данных представляется наиболее вероятным, что бактериальные, вирусные или какие-то другие факторы дают толчок к развитию болезни, а дальше вступает в силу аутоиммунный механизм при наличии генетической предрасположенности.

Как все происходит

Заболевание, как правило, возникает между 15 и 40 годами жизни (мужчины поражаются чаще, чем женщины) и имеет хроническое течение. В клинической картине отмечаются повторяющиеся кризы, ремиссия между которыми может длиться от одного года до нескольких лет. Однако в среднем бывает по 4–5 обострений в год. Процесс заканчивается, как правило, резким снижением или полной потерей зрения в среднем через 2–5 лет от начала заболевания. И чем в более молодом возрасте возникает поражение глаз, тем серьезнее прогноз потери зрения.

Часто общие симптомы (кожные высыпания, артриты или артралгии, афтозный стоматит) появляются раньше глазных. В таких случаях больные длительное время не обращаются к врачу или проходят лечение от совершенно других заболеваний.

Наблюдается и иное течение процесса: нередко симптоматика поражения глаз развивается в первую очередь и при этом, как правило, заболевают оба глаза. Второй глаз вовлекается в процесс в течение 1 года в 78% и в течение 3 лет – в 90% случаев. Общий анализ крови показывает увеличение СОЭ, биохимический – повышение уровня альфа-2- и гамма-глобулинов, серомукоида, фибрина, сиаловых кислот. При исследовании синовиальной жидкости наблюдается преобладание нейтрофилов, что свидетельствует о воспалительных изменениях.

Поражение суставов является ведущим признаком ББ, оно всегда множественное, с последовательным вовлечением суставов «снизу вверх», боли в суставах усиливаются ночью и утром, кожа над ними гиперемирована, появляются выпот, рецидивирующий полиартрит, приводящий к ограничению функции и атрофии прилежащих мышц. Рентгенологическое исследование суставов выявляет

околосуставной остеопороз, асимметричное сужение суставных щелей, при длительном течении – эрозивно-деструктивные изменения.

Лечение болезни Бехчета

Выбор методики лечения при ББ – всегда прерогатива врача, причем лучше, если это будет сделано в условиях стационара после полного соответствующего обследования. Направлено лечение на максимальное увеличение продолжительности жизни при оптимальном сохранении ее качества и полноценности, на достижение длительной ремиссии и на предупреждение необратимого повреждения внутренних органов. Поскольку причина болезни толком не известна, говорить о полной излечимости не приходится.

Однако в последнее время в связи с развитием молекулярной генетики появились новые подходы к терапии этого заболевания. В первую очередь ученые создают группу лекарственных препаратов, блокирующих мембранные белки, активизация которых при внедрении инфекции является как бы пусковым механизмом развития заболевания. Вторым направлением инноваций является разработка препаратов, способных подавлять аутоиммунные реакции. Третье направление в лечении ББ основано на разработке методик трансплантации родных для организма гемопоэтических клеток. Ну и, конечно, постоянно идет совершенствование диагностических методик, имеющих специфический именно для этой болезни характер.

Институтом ревматологии разработана следующая схема лечения ББ:

1) бонафтон или ацикловир по 1 таблетке 3 раза в день через 1 час после еды – 20 дней;

2) рифампицин по 2 капсулы 2 раза в день или таривид по 1 таблетке 2 раза в день – 20 дней;

3) аевит по 1 мл 1 раз в день внутримышечно – 20 дней;

4) супрадин или олиговит по 1 драже 1 раз в день во время еды – 3–4 мес;

5) делагил по 1 таблетке 1 раз в день после ужина – 3–4 мес, а при необходимости – 10 мес, перерыв 2 мес и вновь прием;

6) колхицин по 1 таблетке (0,5 мг) 2 раза в день после еды – много месяцев и, может быть, лет.

Противовирусные препараты и антибиотики широкого спектра действия назначают, поскольку не исключается микробная или вирусная природа заболевания. Витамины А и Е, входящие в состав аевита, являются антиоксидантами, ретинопротекторами, а также уменьшают побочные реакции при химиотерапии.

Делагил (хингамин, резохин, хлорохин) – это противомалярийный препарат, который оказывает также тормозящее действие на синтез нуклеиновых кислот и иммунологические процессы и потому является иммуносупрессором. В последнее время он широко применяется при лечении коллагенозов (системная красная волчанка, склеродермия, ревматоидный артрит) как базисный препарат; обладает также антиаритмическим действием. Назначают его внутрь после еды, и лечебный эффект наступает через 3–6 нед, иногда через 3–6 мес. При длительном приеме иногда возможно появление дерматита (красно-фиолетовые папулы на разгибательной поверхности конечностей и на теле) – значит, надо уменьшить дозу или отменить препарат. Возможны нарушения координации, снижение остроты зрения, мелькание в глазах, отложение пигмента в роговице; как правило, эти явления позже проходят самостоятельно. Однако большие дозы препарата могут вызвать поражение печени и миокарда, поседение волос. Противопоказания: тяжелые заболевания сердца, почек, нарушения функции печени, патология кроветворных органов.

Колхицин – алкалоид, выделенный из клубнелуковиц безвременника великолепного из семейства лилейных. Препарат предложен для лечения периодической болезни и подагры, назначают его длительно (до 5 лет и более). Лечение проводится под тщательным клиническим и гематологическим контролем. Возможно развитие диареи, лейкопении и других осложнений, характерных для лечения цитостатиками. Противопоказания: почечная и печеночная недостаточность, гнойные заболевания, беременность.

Если через 1–2 мес указанного выше лечения не будет хорошего эффекта, необходимо продолжить прием колхицина, делагила, олиговита или супрадина и добавить преднизолон по 1 мг на 1 кг массы тела в день. Если и это лечение через 1–2 мес не даст хорошего эффекта, возможно добавление циклофосфана по 100 мг внутривенно ежедневно до достижения суммарной дозы 14 г или лейкерана по 0,2 мг в сутки несколько лет.

В последнее время получены данные об эффективности применения низких доз циклоспорина А в лечении ББ (5 мг/кг в день, снижая до 2 мг/кг в день – при хорошей переносимости до 30–38 мес), однако выявлены недостатки этого препарата по сравнению с лейкераном.

Возможно одновременное назначение симптоматических средств, различной местной терапии (гепатромбиновая и индометациновая мазь, полоскания). Необходимо учитывать, что во время лечения цитостатиками (лейкеран, циклофосфан) необходимо систематически (не менее 2–3 раз в нед) производить общий анализ крови; при развитии резкой лейкопении (2,5–3 · 10 /л) прекращают прием препарата, а в случае необходимости переливают кровь или вводят лейкоцитную и тромбоцитную массу, назначают стимуляторы кроветворения, витамины. В течение курса лечения рекомендуется производить переливания крови по 100–125 мл 1 раз в неделю.

В последнее время в комплексном лечении ББ рекомендуется применять экстракорпоральную терапию: гемосорбцию, ультрафиолетовое и лазерное облучение крови. При этом отмечается иммуномодулирующий эффект, который наиболее четко проявляется в сочетании с системным применением стероидов.

Прогноз крайне сложен, ведь сама по себе ББ не является причиной смерти, опасны ее осложнения. Поэтому жизнь каждого, кто страдает этим заболеванием, находится в его собственных руках. Внимательное и бережное отношение к себе, ранняя диагностика, корректное лечение и полное взаимопонимание с лечащим врачом – залог долголетия пациента. Важно отметить, что при лечении ББ требуются индивидуальный подход, точный учет клинической картины и иммунологической реактивности больного, терпение и настойчивость. ■

Проф. ***З.С. Алекберова****, в.н.с.* ***Т.А. Лисицына****,*
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

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;3(32):1–12.

Тираж – 2000 экз.

Отпечатано в типографии **«Деком»**