Газета для врачей
№2(13),2014
Главный редактор
академик РАН, профессор
Е.Л. Насонов
Зам. главного редактора
профессор Л.Н. Денисов

Ревматология

Протокол Экспертного совета по специальности «Ревматология» с. 2
I Съезд ревматологов Центрально-Черноземного региона России с. 4
Научная конференция «Салиховские чтения» с. 6
Третий международный склеродермический конгресс с. 7
Комплекс лечебной гимнастики для суставов с. 10

Ревматология в XXI веке

С 26 по 28 марта 2014 г. в рамках Программы непрерывного последипломного образования врачей по специальности «Ревматология» была проведена XI Всероссийская школа ревматологов имени академика В.А. Насоновой «Ревматология в XXI веке – лечение до достижения цели», в которой приняли участие более 250 ревматологов из разных регионов страны

Школу открыли президент Ассоциации ревматологов России (АРР), главный внештатный специалист Минздрава России по специальности «Ревматология», академик РАН Е.Л. Насонов и генеральный секретарь АРР д.м.н. В.Н. Амирджанова.

С актовой речью «Прогресс ревматологии в XXI в.» выступил академик РАН Е.Л. Насонов.

Первое заседание школы было посвящено Программе «T2T» – «Лечение до достижения цели». Прозвучали доклады д.м.н. Д.Е. Каратеева «T2T – достижения в лечении ревматоидного артрита» и д.м.н. проф. Ш.Ф. Эрдеса «T2T при спондилоартритах». Были представлены новые данные о предварительных результатах исследования «РЕМАРКА» (д.м.н. Д.Е. Каратеев). Большой интерес вызвал доклад академика РАН Е.Л.Насонова о новых рекомендациях EULAR по лечению ревматоидного артрита.

А. Гаспарян (Великобритания) выступил с докладами «Семейная средиземноморская лихорадка: анализ современных данных» и «Конфликт интересов при публикации статей в ревматологических журналах». Д.м.н. А.Е. Каратеев представил сообщение о противовоспалительной терапии при ревматических заболеваниях.

В рамках школы прошел симпозиум «Перспективы применения ритуксимаба при аутоиммунных заболеваниях». Были представлены доклады: проф. Л.П. Ананьевой «Ритуксимаб в лечении системной склеродермии», проф. В.И. Васильева «IgG-4-связанное заболевание и возможности анти-В-клеточной терапии», к.м.н. Т.В. Бекетовой «Лечение ритуксимабом АНЦА-ассоциированных васкулитов», проф. Г.В. Лукиной «Оценка эффективности анти-В-клеточной терапии при ревматоидном артрите.

Следующее заседание было посвящено применению глюкокортикоидов в ревматологии. В ходе заседания академик РАН Е.Л. Насонов выступил с докладом «Глюкокортикоиды в лечении ревматоидного артрита – «за» и «против». Также прозвучали доклады проф. С.К. Соловьева «Глюкокортикоиды и системная красная волчанка», д.м.н. А.Е. Каратеева «Гастроэнтерологические проблемы больных с ревматическими заболеваниями».

В рамках школы были рассмотрены проблемы диагностики и лечения ревматических заболеваний. Были представлены доклады: «Новое в лабораторной диагностике ревматических заболеваний» – д.м.н. Е.Н. Александрова; «Ранняя диагностика и лечение псориатического артрита: стратегия T2T» – д.м.н. Т.В. Коротаева; «Значение ЛФК и физиотерапевтических методов в лечении анкилозирующего спондилита» – к.м.н. Т.В. Дубинина; «Эффективность терапии ингибиторами рецепторов интерлейкина 6 в лечении ревматоидного артрита» – к.м.н. Е.Ю. Панасюк; «Панникулиты: современный взгляд на проблему» – д.м.н. Б.С. Белов; «Аутоиммунные заболевания и злокачественные новообразования» – к.м.н. В.Р. Городецкий.

Еще одно заседание школы было посвящено терапии генно-инженерными биологическими препаратами при ревматоидном артрите. С интересом были прослушаны доклады д.м.н. Д.Е. Каратеева «Прогнозирование и длительное поддержание низкой активности заболевания на фоне терапии генно-инженерными биологическими препаратами», к.м.н. Е.Л. Лучихиной «Клинический разбор: ранний прогноз в реальной клинической практике», д.м.н. В.Н. Амирджановой «Улучшение качества жизни при длительном лечении цертолизумаба пэголом».

Далее были рассмотрены проблемы ревмоортопедии. Прозвучали доклады д.м.н. В.Н. Амирджановой «Периоперационное ведение больных ревматоидным артритом», к.м.н. М.А. Макарова «Хирургическое лечение больных с ревматическими заболеваниями», проф. Е.И. Бялика «Внутрисуставное и периартикулярное введение лекарственных препаратов при воспалительных ревматических заболеваниях суставов».

В рамках школы также состоялся симпозиум «Этюды терапии ингибиторами фактора некроза опухоли альфа». Были сделаны три доклада: проф. Н.В. Чичасовой «Терапия ингибиторами фактора некроза опухоли альфа в рамках современной стратегии лечения ревматоидного артрита»; проф. Г.В. Лукиной «Данные о безопасности ингибиторов фактора некроза опухоли альфа»; проф. А.И. Дубикова «Отдаленные результаты лечения ингибиторами фактора некроза опухоли альфа по данным контролируемых клинических исследований».

На следующем заседании были рассмотрены проблемы коморбидности при ревматических заболеваниях. Участники школы прослушали доклады проф. В.И. Васильева «Коморбидность при болезни Шёгрена», д.м.н. Б.С. Белова «Проблема вакцинации в ревматологии», к.м.н. С.Г. Аникина «Современные возможности выбора терапии при остеоартрозе».

На заседании «Трудный пациент» были представлены клинические разборы, включающие дифференциальную диагностику болезни Шёгрена» (к.м.н. О.Г. Логвиненко), остеоартроза (к.м.н. Е.С. Цветкова), анкилозирующего спондилита (М.В. Подряднова) и подагры (к.м.н. М.С. Елисеев).

Последнее заседание Школы было посвящено кардиоваскулярным проблемам в ревматологии. Прозвучали доклады: «Новые рекомендации по ведению пациентов с ревматическими заболеваниями и сердечно-сосудистой патологией» (д.м.н. Т.В. Попкова, д.м.н. Д.С. Новикова); «Современные стратегии лечения артериальной гипертензии у больных ревматическими заболеваниями» (проф. А.П. Ребров); «Тромбозы при ревматических заболеваниях» (проф. Т.М. Решетняк); «Профилактика остеопоротических переломов как фактор, улучшающий выживаемость пациентов» (д.м.н. Н.В. Торопцова). ■

ПРОТОКОЛ
совещания профильной комиссии Экспертного совета Министерства здравоохранения Российской Федерации по специальности «Ревматология» №10 от 29 марта 2014 г.

Председатели: *академик РАН* **Е.Л. Насонов**, *академик РАН* **В.И. Мазуров**
Секретарь – *д.м.н.* **В.Н. Амирджанова**

На заседании присутствовали 82 члена Экспертного совета.

Повестка
Вопросы организации специализированной медицинской помощи больным с ревматическими заболеваниями (РЗ):

1. *Академик РАН* ***Е.Л. Насонов*****. Открытие Экспертного совета, приветствие участников.**
2. *Профессор* ***Р.М. Балабанова, к.м.н. Т.М. Новоселова*****. Перспективы развития ревматологической службы в Российской Федерации в новых условиях финансирования.**
3. *Д.м.н.* ***Д.Е. Каратеев*****. Стандарты оказания медицинской помощи больным с РЗ.**
4. *Д.м.н.* ***Д.Е. Каратеев****, профессор* ***Ш.Ф. Эрдес*****. Развитие Регистра больных ревматоидным артритом (РА) и анкилозирующим спондилитом (АС).**
5. *Д.м.н.* ***Е.А. Галушко*****. Внедрение непрерывного медицинского образования в ревматологии в соответствии с решением Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России.**

Перспективы изучения аутоиммунных ревматических заболеваний в XXI в.: системная красная волчанка (СКВ)

6. *Академик РАН* ***Е.Л. Насонов*****. Прогресс в лечении СКВ.**
7. *Профессор* ***Ли Сантех*** *(Великобритания)*. **СКВ в Великобритании.**
8. *Профессор* ***С.К. Соловьев***. **Современные рекомендации по фармакотерапии СКВ .**
9. *Профессор* ***Н.Г. Клюквина*****. Индекс тяжести в оценке СКВ.**
10. *Д.м.н.* ***Т.В. Попкова*****. Кардиоваскулярные осложнения СКВ.**
11. *Профессор* ***Т.М. Решетняк*****. Тромбозы при СКВ. Новые подходы к терапии.**
12. *К.м.н.* ***Е.А. Асеева*****. Когорта больных СКВ «РЕНЕССАНС».**
13. *Профессор* ***Г.В. Лукина*****. Предварительные результаты наблюдательного исследования по применению абатацепта в реальной клинической практике.**
14. **Дискуссия, принятие постановления Экспертного совета.**

Ревматология занимает достойное место в системе здравоохранения и входит в перечень приоритетных направлений его развития. Сложности перехода на новую систему финансирования, которые вызывают озабоченность у специалистов, существуют во всех специальностях: кардиологии, неврологии, педиатрии, онкологии. Ревматологам удалось отстоять свою специальность как одну из основных отраслей медицины.

ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой» имеет более чем полувековую историю, и его сотрудники накопили большой опыт оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи (ВТМП) тяжелым пациентам, что стало возможным благодаря наличию высококвалифицированных кадров и созданию единой ревматологической школы. Несмотря на меняющееся подчинение, Институт ревматологии сохраняет сложившиеся традиции сотрудничества с Министерством здравоохранения Российской Федерации, являясь научным клиническим институтом. Руководство научными исследованиями в настоящее время поручено Российской академии наук (РАН), а хозяйственной деятельностью – Федеральному агентству научных организаций (ФАНО) России. Минздравом России рассматривается вопрос об организации головных федеральных центров на базе ведущих научно-исследовательских институтов, выполняющих руководство специализированными службами в стране.

Институт ревматологии всегда выполнял функции головной научной организации по ревматологии в Российской Федерации и Республиканского ревматологического центра (согласно Постановлению-приказу РАМН и Минздрава России от 30.08.1991 г. №148/127020-1176 и от 30.06.1992 г. №41/190), возглавляя ревматологическую службу страны, тесно взаимодействуя с Минздравом России. По-прежнему остаются фундаментальными взаимодействие с вузовской наукой, подготовка студентов, врачей, преподавателей по специальности «Ревматология». Обучение студентов медицинских вузов и дальнейшее непрерывное последипломное образование врачей в настоящее время являются одной из важнейших задач подготовки квалифицированных кадров.

На заседании рассмотрен Приказ №916н от 10.12.2013 г «О перечне видов высокотехнологичной медицинской помощи» в соответствии с частью 4 статьи 34 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, №48, ст. 6724; 2012, №26, ст. 3442, 3446; 2013, №27, ст. 3459; №30, ст. 4038, №39, ст. 4883, №48, ст. 6165), который вступил в силу 01.01.2014 г.

Для больных с РЗ в Приказ включена поликомпонентная иммуномодулирующая терапия с использованием генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), гормональных и химиотерапевтических препаратов и специальных методов лабораторной и инструментальной диагностики у больных (старше 18 лет) с системными воспалительными РЗ (М05.0, М05.1, М05.2, М05.3, М05.8, М06.0, М06.1, М06.4, М06.8, М08, М45, М07.2, М32, М34) при впервые выявленном заболевании с высокой степенью активности воспалительного процесса или резистентностью к проводимой лекарственной терапиии:

1) поликомпонентная иммуномодулирующая терапия с применением ГИБП, лабораторной диагностики с использованием комплекса иммунологических и молекулярно-биологических методов, инструментальной диагностики с использованием комплекса рентгенологических (включая компьютерную томографию – КТ), ультразвуковых методик и магнитно-резонансной томографии (МРТ);

2) поликомпонентная иммуномодулирующая терапия с применением пульс-терапии глюкокортикоидами и цитотоксическими иммунодепрессантами, лабораторной диагностики с использованием комплекса иммунологических и молекулярно-биологических методов, инструментальной диагностики с использованием комплекса рентгенологических (включая КТ), ультразвуковых методик и МРТ.

31.01.2014 г. на заседании межведомственной рабочей группы по подготовке предложений по внесению изменений в постановление Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 г. №932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» в части установления нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медицинской помощи по перечню видов ВТМП, финансирование которых осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС), рассмотрены и утверждены тарифы ОМС на оказание этих видов медицинской помощи.

Проведен анализ оказания ВТМП в РФ в 2013 г. В 32 субъектах Российской Федерации терапию ГИБП получал 4351 пациент с РЗ.

По федеральным округам:

Центральный – 1087
Северо-Западный – 1545
Южный – 83
Северо-Кавказский – 134
Приволжский – 565
Уральский – 394
Сибирский – 498
Дальневосточный – 45

По нозологиям:
РА – 1649
АС – 897
Псориатический артрит (ПсА) – 248
СКВ – 16

Системная склеродермия (ССД) – 16
Болезнь Шёгрена (БШ) – 11
Васкулиты – 56

По препаратам:
Инфликсимаб (ремикейд) – 259 (15%)
Адалимумаб (хумира) – 196 (12%)
Этанерцепт (энбрел) – 107 (6%)
Цертолизумаб (симзия) – 36 (2%)
Голимумаб (симпони) – 7 (0,2%)
Тоцилизумаб (актемра) – 123 (7%)
Абатацепт (оренсия) – 115 (7%)
Ритуксимаб (мабтера) – 806 (49%)

В Федеральных клинических рекомендациях даны показания к назначению базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) и ГИБП, отмечена важность ранней диагностики и раннего лечения РЗ при тщательном контроле за активностью заболевания, проведением лечения до достижения цели – ремиссии или по крайней мере низкой активности заболевания и сохранения высокого качества жизни пацентов. При этом предусмотрена личная ответственность врача за проведение терапии и отбор пациентов для оказания ВТМП медицинскими комиссиями.

Экспертным советом отмечена важность сохранения коечного фонда и высококвалифицированных кадров ревматологов. В последнее время сокращение коек идет повсеместно не только в федеральных учреждениях здравоохранения, но и на клинических базах вузов, финансирование которых существенно сокращено. Тяжелые пациенты с РЗ в специализированных стационарах требуют дорогостоящего обследования для проведения дифференциальной диагностики перед проведением лечения, мультидисциплинарного подхода с привлечением многих специалистов. Дальнейшее сокращение ревматологических коек приведет к месяцам ожидания больными госпитализации, а упущенное время – к хронизации процесса, недостаточной эффективности стандартной терапии, быстрой инвалидизации пациентов и применению в дальнейшем дорогостоящих лекарственных препаратов.

Терапия ГИБП в ряде случаев инициируется федеральными медицинскими учреждениями и в настоящее время назначение того или иного препарата приходилось согласовывать с региональными учреждениями здравоохранения для возможности продолжения терапии на местах. В этом плане создание в стране 89 центров (кабинетов) терапии ГИБП является большим достижением ревматологии. В центрах работают сертифицированные врачи и медицинский персонал. Задача главных специалистов в новых условиях финансирования – обеспечить возможность продолжения персонифицированной терапии ГИБП и пересмотреть закупки этих препаратов в регионах в зависимости от реальной потребности пациентов, взаимодействуя с руководителями региональных фондов ОМС.

Рассмотрены стандарты оказания медицинской помощи больным с РЗ. Стандарт – это диагностический и лечебный процесс, которому должен следовать врач у определенного пациента при определенной болезни и в определенной клинической ситуации. С юридической точки зрения – это уровень качества помощи, которого профессионал должен придерживаться в данном сообществе. Стандарты ведения больных с РЗ рассматриваются с 2005 г., когда они носили рекомендательный характер, выпускались в «бумажном» варианте, а информация была представлена в виде таблиц; с этого времени они неоднократно пересматривались, в 2009 г. была создана электронная база данных, а с 2010 г. стандарты стали носить обязательный характер, однако их окончательный вариант до сих пор не принят. Существуют варианты стандартов первичной (амбулаторно-поликлинической, неотложной), специализированной (стационар, дневной стационар) и санаторно-курортной помощи больным с РЗ. Основными проблемами при разработке стандартов являются: существенные различия в уровне оснащенности и квалификации кадров между лечебными учреждениями; отсутствие доказательной базы для ряда распространенных технологий и препаратов; непонимание и неприятие методологии стандартизации, переоценка субъективного опыта, опыта коллег, значения авторитетов; отсутствие знаний или недостаточные знания в области доказательной медицины, необходимые для выбора медицинских технологий; наличие многоканальной системы финансирования (ОМС и добровольное медицинское страхование, платные услуги, средства федерального бюджета на оказание ВТМП); отсутствие автоматизированной информационной системы, недостаточные статистические данные.

В настоящее время утверждено 26 стандартов, в том числе 26.22.2012 г. Стандарты первичной медико-санитарной (№839), специализированной (№957) первичной медико-санитарной помощи (№1041) при АС, ПсА, других спондилоартритах не попали в «систему» стандартов специализированной помощи при РЗ: №250 (стационар) и №395 (дневной стационар). Стандарт №1061 первичной медико-санитарной помощи при первичном коксартрозе, РА, подагре с поражением тазобедренных суставов, остеонекрозе и кистах головки бедренной кости был принят без учета мнения ревмоортопедов, много лет занимающихся этими проблемами, и требует коррекции.

В отсутствие федеральных стандартов оказания медицинской помощи больным с РЗ во многих регионах России созданы региональные документы, регламентирующие оказание помощи больным. Ведение пациентов осуществляется по протоколам согласно клиническим рекомендациям, которые издаются и пересматриваются Ассоциацией ревматологов России один раз в 2 года.

Большое значение имеет дальнейшее совершенствование работы регистра больных с РЗ, данные которого в настоящее время могут быть особенно востребованы в реальной клинической практике в связи с изменениями условий финансирования. Отмечено, что на 25.03.2014 г. получены данные о 4216 пациентах с РА. Однако необходимо дальнейшее улучшение качества внесения данных в регистр путем организации и проведения обучающих семинаров, мониторирования центров регистра, организации оперативного контакта между Координационным центром и исследователями через сайт, включение новых центров с обязательством внесения данных о 50–100 больных в год в динамике. Необходимо объединить всех пациентов с ранним РА. В 2013 г. проведена доработка структуры регистра: предложены короткая и развернутая формы регистрации пациентов, конкретизации терапии, проведена оптимизация обязательных полей для заполнения, разрешены программные проблемы и устранены ошибки, возникавшие при загрузке данных в Excel, проведена оптимизация встроенных отчетов, сформированы предложения по расширению географии регистра. Все это позволит к концу 2014 г. получить полноценные данные о 6000 больных, обеспечить функционирование регистра как электронного листа ожидания, провести анализ данных о ювенильном хроническом артрите у взрослых. Начата работа по созданию регистра больных АС.

В крупных ревматологических центрах страны развернута сеть специальных терминалов для самооценки активности заболевания, функционального состояния и качества жизни пациентов, которые могут стать базой для развития новых регистров. Цель проекта – ускорение внедрения оценки количественных индексов активности заболеваний (РА, ПсА, АС) в ежедневную клиническую практику и повышение эффективности оценки результатов терапии с одновременным снижением затрат времени врача. Внедрение компьютерных терминалов будет способствовать использованию принципов T2T («Лечение до достижения цели») в ежедневной клинической практике, расширению участия медицинских сестер в оценке состояния здоровья пациентов, обучению пациентов оценке общего состояния здоровья и выраженности симптомов заболевания.

Большое внимание члены Экспертного совета уделили проекту непрерывного последипломного образования врачей по специальности «Ревматология» в соответствии с решением Координационного совета по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России.

Обсужден Приказ Минздрава России №837 от 11.11.2013 «Об утверждения Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций». Отмечено, что при аттестации врачей будут учитываться участие в образовательных мероприятиях, изучение электронных материалов, публикационная активность, научная деятельность. Освоение врачом программы (очные занятия, лекции, симуляционные курсы, дистанционные образовательные мероприятия, конференции, семинары, школы) завершается сертификационным экзаменом. Программа непрерывного медицинского образования для врачей с участием общественных профессиональных организаций по специальности «Ревматология» утверждена на Экспертном совете Минздрава России по ревматологии в апреле 2013 г. и принята VI Съездом ревматологов России в мае 2013 г. На 2014 г. утверждены следующие сертифицированные мероприятия :

1. **XI Школа ревматологов имени академика В.А. Насоновой – 26–28 марта, Москва.**
2. **I Съезд ревматологов Центрально-Черноземного региона России – 3–5 апреля, Курск.**
3. **Республиканская научно-практическая конференция – «Салиховские чтения» – 18 апреля, Казань.**
4. **II Евразийский конгресс ревматологов – 20–23 мая, Москва.**
5. **Научно-практическая конференция «Ревматология – от простого к сложному» – 29–30 мая, Челябинск.**
6. **Дальневосточный форум – 23–25 июня, Хабаровск.**
7. **Северо-западная конференция – 17–19 сентября, Санкт-Петербург.**
8. **Научно-практическая конференция ревматологов ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН – 16–17 октября, Москва.**

На заседании профильной комиссии Экспертного совета Минздрава России по ревматологии обсуждены перспективы изучения аутоиммунных РЗ в XXI в. на примере СКВ. Подчеркнуты достижения отечественной ревматологической школы в изучении этого заболевания, особое внимание уделено современным методам диагностики СКВ, новым критериям постановки диагноза и важности оценки иммунологических маркеров. Были представлены перспективы применения ГИБП в лечении СКВ, особенно анти-В-клеточной терапии (ритуксимаб, белимумаб), использование которых открывает перспективы быстрого достижения ремиссии у тяжелых пациентов с минимальным риском развития нежелательных реакций.

Представлены современные рекомендации Ассоциации ревматологов России по лечению СКВ. Основные принципы современной терапии СКВ базируются на достижении ремиссии, являющейся основной целью терапевтических программ. Было подчеркнуто, что лечение тяжелых форм СКВ должно проводиться в специализированных центрах (отделениях), располагающих подготовленными специалистами и лабораторной базой для диагностики аутоиммунных заболеваний. Представлены рекомендации по назначению больным СКВ высокодозной терапии глюкокортикоидами и цитостатиками, плазмафереза, ритуксимаба и белимумаба.

Профессор Ли Сантех (Великобритания) представила данные об эффективности анти-В-клеточной терапии (ритуксимаб) в ревматологических центрах США и Западной Европы. Было подчеркнуто, что анти-В-клеточная терапия оказывается высокоэффективной у больных с критическим течением СКВ, развитием нефрита, поражением ЦНС, гематологическим кризом. Представлен новый международный инструмент оценки состояния здоровья больных СКВ – опросник качества жизни LupusQol. Данные о его валидации и применении в реальной клинической практике вызывают большой интерес, а внедрение этого инструмента в реальную клиническую практику в России должно способствовать более полной оценке больного СКВ и выбору адекватной терапии.

Основное внимание членами Экспертного совета было уделено применению различных индексов, позволяющих оценить активность СКВ. Убедительно доказана необходимость применения балльных методов оценки активности СКВ, как при проведении научных исследований, так и в реальной клинической практике. Применение индексов позволяет быстро и объективно оценить состояние больного СКВ и выбрать оптимальный терапевтический режим.

Рассмотрены актуальные вопросы коморбидных состояний при СКВ: поражение сердечно-сосудистой системы и развитие венозных и артериальных тромбозов. Отмечено, что своевременное выявление факторов риска развития коморбидных состояний, профилактика и адекватное лечение позволяют в значительной мере снизить инвалидизацию и смертность при СКВ.

На основании анализа 300 больных СКВ, наблюдавшихся в ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, представлены обобщенные данные о диагностике и терапии СКВ в Российской Федерации. Диагноз СКВ в первые 1,5 года после начала заболевания был установлен только у 43% больных, проживающих в регионах России, что свидетельствует о недостаточной диагностике СКВ в ранних стадиях. Из-за поздней диагностики и неадекватной терапии у 60% больных развились необратимые органные повреждения. Оценка качества жизни больных СКВ, вошедших в Российский регистр, выявила значительное снижение этого показателя у больных СКВ, длительно получающих глюкокортикоиды, по сравнению с группой больных, получающих анти-В-клеточную терапию.

Профильная комиссия Экспертного совета Минздрава России по специальности «Ревматология» постановляет:

Министерству здравоохранения Российской Федерации:

1. Рассмотреть вопрос об организации головного федерального центра ревматологии на базе ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН для осуществления координации и руководства специализированной ревматологической службой в Российской Федерации.
2. Совместно с федеральным и региональными фондами ОМС обеспечить преемственность лечения больных с РЗ с использованием поликомпонентной иммуномодулиру-

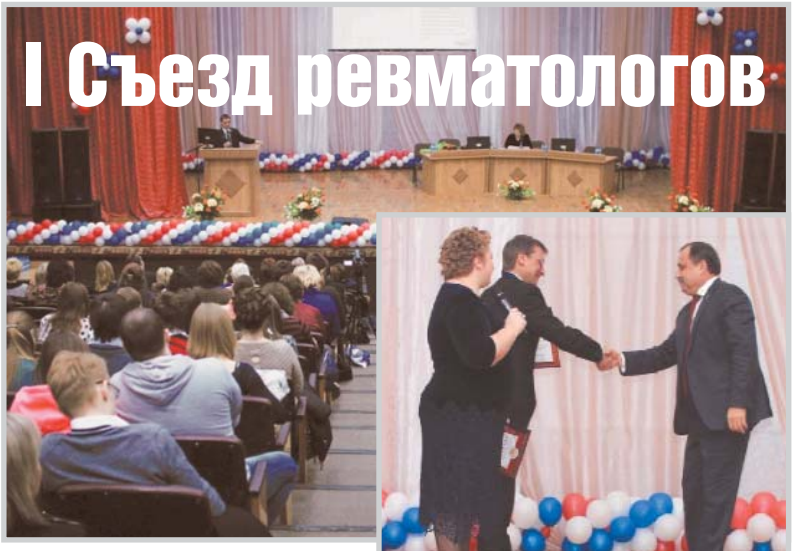
ющей терапии с включением ГИБП, гормональных и химиотерапевтических препаратов и специальных методов лабораторной и инструментальной диагностики у больных с системными воспалительными РЗ при впервые выявленном заболевании с высокой степенью активности воспалительного процесса или резистентностью к проводимой лекарственной терапии.

3. Обеспечить возможность продолжения терапии ГИБП, инициированной федеральными центрами, в регионах России и пересмотреть закупки этих препаратов в зависимости от реальной потребности пациентов, взаимодействуя с руководителями региональных фондов ОМС.
4. Оснастить краевые и областные медицинские центры необходимым лабораторным оборудованием для диагностики аутоиммунных РЗ.
5. Принять Федеральные стандарты оказания помощи больным РЗ по основным нозологическим формам, подготовленные ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН и Ассоциацией ревматологов России.
6. Пересмотреть Стандарт №1061 первичной медико-санитарной помощи при первичном коксартрозе, РА, подагре с поражением тазобедренных суставов, остеонекрозе и кистах головки бедренной кости с привлечением специалистов ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН.
7. Одобрить Программу непрерывного медицинского образования для врачей с участием общественных профессиональных организаций по специальности «Ревматология» на 2014 г.

Федеральному государственному бюджетному учреждению «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН:

1. Способствовать организации кабинетов терапии ГИБП в России и осуществлять подготовку врачей-ревматологов по оказанию ВТМП тяжелым пациентам с РЗ.
2. Совершенствовать работу Российского регистра больных с РЗ, подключая к его работе кабинеты терапии ГИБП в регионах, кафедры ревматологии.
3. Улучшить раннюю диагностику СКВ: внедрить современные критерии диагностики, мониторинга (индексы активности, опросники качества жизни) и лечения СКВ, основой которых должны стать Федеральные рекомендации, подготовленные Ассоциацией ревматологов России, путем их публикаций и проведения специализированных школ.
4. Организовать Национальный регистр больных СКВ для более полного представления о современном течении заболевания, методах его диагностики и лечения, расчета и подготовки предложений по лекарственному обеспечению больных СКВ.
5. Рекомендовать назначение анти-В-клеточной терапии больных СКВ с высокой активностью заболевания, неэффективностью высоких доз глюкокортикоидов и цитостатиков для достижения ремиссии, снижения летальности и инвалидности, уменьшения частоты развития необратимых органных повреждений. ■

Председатель Экспертного совета Минздрава России по специальности «Ревматология» академик РАН ***Е.Л. Насонов,***
секретарь д.м.н. ***В.Н. Амирджанова***



I Съезд ревматологов Центрально-Черноземного региона России

С 3 по 5 апреля 2014 г. в Курске состоялось знаковое для медицинского сообщества Черноземья событие – I Съезд ревматологов Центрально-Черноземного региона, собравший более 300 делегатов из Курской, Белгородской, Брянской, Орловской, Тульской, Воронежской, Тамбовской областей и Красноярского края.

Организаторами съезда выступили: ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Комитет здравоохранения Курской области, ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, Общероссийская общественная организация «Ассоциация ревматологов России», «Курская областная клиническая больница».

Торжественное открытие съезда состоялось 3 апреля в актовом зале Курского государственного медицинского университета. С речью к делегатам съезда обратился ректор Курского государственного медицинского университета профессор В.А. Лазаренко. Он отметил огромное социальное значение ревматических заболеваний, необходимость постоянного совершенствования методов оказания медицинской помощи пациентам с ревматическими заболеваниями. Профессор В.А. Лазаренко подчеркнул важность внедрения инновационных методов терапии в ревматологическую практику. Он поблагодарил академика РАН, директора ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, профессора Е.Л. Насонова за оказанную честь проведения Съезда ревматологов в стенах Курского государственного медицинского университета, который по праву гордится своей 79-летней историей профессиональной подготовки медицинских кадров, активным развитием новых научных направлений. Профессор В.А. Лазаренко выразил надежду на дальнейшее сотрудничество с ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А.Насоновой» РАМН и вручил академику РАН Е.Л. Насонову письмо с благодарностью за организацию съезда.

Президент Ассоциации ревматологов России (АРР) академик РАН Е.Л. Насонов приветствовал делегатов съезда, подчеркнув огромную важность происходящего события для российской ревматологии. Он отметил динамичное развитие Курской ревматологической службы под руководством главного внештатного ревматолога комитета здравоохранения Курской области профессора Л.А. Князевой, активную работу центра антицитокиновой терапии, функционирующего на базе Курской областной клинической больницы.

Академик РАН Е.Л. Насонов вручил почетные грамоты организаторам здравоохранения Курской области: ректору Курского государственного медицинского университета профессору В.А. Лазаренко, председателю комитета здравоохранения Курской области О.В. Новиковой и главному врачу Курской областной клинической больницы М.А. Кожухову за значительный вклад в развитие ревматологической службы региона.

Делегатов съезда приветствовал первый заместитель председателя комитета здравоохранения Курской области В.А. Домекин, отметивший колоссальное значение проводимого мероприятия для медицинского сообщества Курской области. Он поблагодарил академика РАН Е.Л. Насонова за поддержку в проведении съезда. В.А. Домекин отметил активную работу Курского отделения АРР, возглавляемого профессором Л. А. Князевой, и заверил, что комитет здравоохранения Курской области готов поддерживать внедрение инновационных методов лечения в ревматологическую практику.

Главный внештатный ревматолог комитета здравоохранения Курской области, профессор Курского государственного медицинского университета Л.А. Князева выразила глубокую благодарность академику РАН Е.Л. Насонову за оказанное доверие и поддержку в проведении съезда. Профессор Л.А. Князева также подчеркнула большой вклад руководства Курского государственного медицинского университета и ректора, профессора В.А. Лазаренко, в подготовку медицинских кадров и реализацию научных исследований в области ревматологии; выразила признательность комитету здравоохранения Курской области, администрации Курской областной клинической больницы за содействие внедрению инновационных технологий в работу ревматологической службы региона.

Научную программу съезда открыл мастер-класс академика РАН Е.Л. Насонова «Корифеи медицинской науки – молодым врачам», посвященный современной стратегии лечения ревматоидного артрита (рекомендации EULAR 2013) и анализу результатов первого Российского стратегического исследования фармакотерапии ревматоидного артрита (РЕМАРКА). Академик РАН Е.Л. Насонов подчеркнул особую важность рационального применения метотрексата («золотой стандарт» лечения ревматоидного артрита) и особенно его подкожной формы (методжект) в стратегии лечения этого заболевания, а также необходимость развития российского регистра пациентов, страдающих ревматоидным артритом.

Большой интерес вызвал доклад д.м.н. Т.В. Попковой «Кардиоваскулярная патология и ревматоидный артрит», посвященный вопросам полиморбидности у ревматологических больных.

На симпозиуме «Ревматоидный артрит: инновационные подходы к лечению. Абатацепт в терапии ревматоидного артрита» с вступительным словом выступил академик РАН Е.Л. Насонов, прозвучали также доклады профессора Л.А. Князевой «Региональный опыт применения абатацепта» и профессора Н.В. Чичасовой «Абатацепт: от внутренней формы к подкожной». Симпозиум вызвал живой интерес аудитории и завершился бурной дискуссией между лекторами и слушателями.

Д.м.н. Т.В. Коротаева выступила с лекцией «Псориатический артрит: клиника, диагностика, лечение».

В ходе симпозиума «Стратегии инноваций: малая молекула – большие возможности» академик РАН Е.Л. Насонов отметил необходимость дифференцированного подхода к терапии ревматоидного артрита и оптимизации лечения путем внедрения инновационных методик. На симпозиуме были представлены доклады профессора Г.В. Лукиной на тему «Яквинус – новые возможности таргетной терапии» и «Аспекты безопасности применения Яквинуса».

Большой интерес у участников съезда вызвала лекция к.м.н. Т. В. Бекетовой «Системные некротизирующие васкулиты, патогенетически связанные с антинейтрофильными цитоплазматическими антителами: диагностика и современные подходы к лечению».

Профессор Г.В. Лукина представила доклад на тему «Опыт Российского и международного регистров CERRERA и TOCERRA», отметив вклад ревматологов Центрального Черноземья в создание информационной базы Российского регистра.

Во второй день съезда, 4 апреля, мастер-классы, лекции, круглые столы и симпозиумы проходили в большом и малом конференц-залах.

В большом зале рабочий день начался с симпозиума «Анкилозирующий спондилит: современная стратегия диагностики и лечения». Председатель симпозиума профессор Ш.Ф. Эрдес выступил с лекцией «Роль ранней терапии анкилозирующего спондилита: лечение до достижения цели. Персонифицированный подход в лечении анкилозирующего спондилита».

Доклады представили также к.м.н. Т.В. Дубинина «Анкилозирующий спондилит: ранняя диагностика, факторы неблагоприятного прогноза и механизмы прогрессирования» и к.м.н. доцент С.А. Лапшина «Роль школ для пациентов и пациентских организаций в ведении больных с анкилозирующим спондилитом».

В большом зале состоялся мастер-класс профессора Н.В. Чичасовой, посвященный применению базисных противовоспалительных препаратов в лечении ревматоидного артрита.

Живой интерес аудитории вызвал доклад проф. Н.И. Коршунова «Ревматоидный артрит: трудности диагностики», сопровождавшийся демонстрацией интересных клинических случаев.

Далее в большом зале состоялся крупный региональный симпозиум: «Ревматология Центрально-Черноземного региона: время местное» под председательством профессора Л.И. Князевой. Своим опытом и достижениями поделились ведущие рев-

матологи Центрального Черноземья. Доклады представили: главный ревматолог Воронежской области к.м.н. О.Н. Иванова «50 лет ревматологии Воронежской области: успехи и проблемы», главный ревматолог Белгородской области Л.В. Маснева «Ревматология Белгородской области: состояние проблемы», заведующая отделением ревматологии Белгородской областной клинической больницы №2 Л.С. Придачина «Работа центра генно-инженерной биологической терапии Белгорода», главный внештатный ревматолог Липецкой области И.А. Волкорезов «Ревматологическая служба Липецкой области: прошлое, настоящее, будущее», главный ревматолог Орловской области Л.С. Хахичева «Терапия генно-инженерными биологическими препаратами в Орловской области: достижения и перспективы», профессор В.Н. Сороцкая «Заболеваемость и смертность от ревматологических заболеваний в Тульском регионе». Завершил симпозиум доклад главного ревматолога Курской области профессора Л.А. Князевой «Ревматологическая служба Курской области: выполняя приоритетные задачи». Участники симпозиума делились своим региональным опытом, обсуждали существующие проблемы и возможные пути их решения.

В малом зале 4 апреля профессор Н.В. Чичасова выступила с лекцией «Ингибиторы фактора некроза опухоли α в стратегии лечения ревматоидного артрита». Профессор Н.И. Коршунов представил доклад «Приоритеты лечебно-реабилитационных программ у больных ревматоидным артритом. Место генно-инженерных биологических препаратов. Точка зрения ревматолога», вызвавший живую дискуссию. Участники съезда с большим интересом выслушали лекцию д.м.н. А.В. Смирнова «Рентгендиагностика ревматологических заболеваний».

Большой интерес вызвал и доклад профессора В.И. Васильева «Ig-G4- связанные заболевания: дифференциальная диагностика и подходы к терапии».

В ходе круглого стола «Остеоартроз: старая проблема, новые решения» были рассмотрены актуальные вопросы диагностики остеоартроза и современные подходы к его лечению с учетом развития побочных эффектов нестероидных противовоспалительных препаратов.

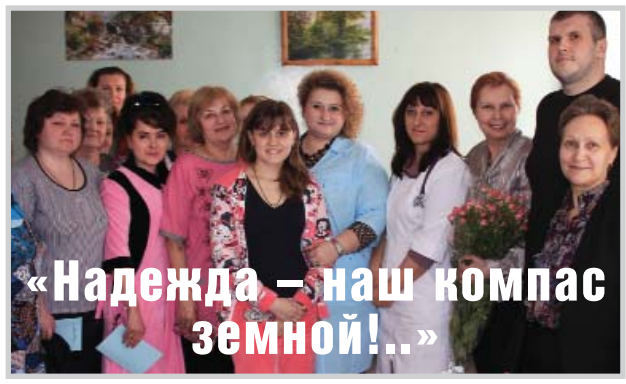
В рамках круглого стола доклады представили: профессор Л.А. Князева «Портрет пациента с остеоартрозом», профессор Н.В. Чичасова «Современные требования к ведению пациентов с остеоартрозом различной локализации», д.м.н. А.Е. Каратеев «Оценка риска желудочно-кишечных и сердечно-сосудистых осложнений в российской популяции: данные эпидемиологического исследования «КОРОНА-2», профессор Л.К. Пешехонова «Остеопороз и остеоартроз – две стороны одной медали».

Слушатели проявляли крайнюю заинтересованность в рассматриваемой тематике и задавали докладчикам множество вопросов, на которые получали развернутые и подробные ответы.

5 апреля заседание съезда открылось докладом профессора А.А. Баранова «Лабораторная диагностика ревматических заболеваний», который представил самую современную информацию о диагностических методиках в ревматологии.

Делегаты съезда с большим вниманием выслушали лекцию профессора Л.И. Князевой «Системная красная волчанка. Современные критерии диагностики», которая сопровождалась большим иллюстративным материалом на основе собственных клинических наблюдений. Живой интерес у врачей вызвало описание случая «Суставной синдром – первичный пациент на приеме у врача». Клинические разборы представили профессора Л.К. Пешехонова и Л.А. Князева.

Подводя итоги работы I Съезда ревматологов Центрально-Черноземного региона, следует отметить, что мероприятие подобного масштаба впервые проводилось в Черноземье. Съезд стал важным образовательным событием, позволившим всем врачам региона ознакомиться с современными аспектами диагностики и лечения ревматических заболеваний. ■



«Надежда – наш компас земной!..»

В преддверии I Съезда ревматологов Центрально-Черноземного региона, 2 апреля 2014 г., в Курске на базе ревматологического отделения Курской областной клинической больницы состоялась встреча президента Общероссийской организации инвалидов «Надежда» Н.А. Булгаковой с представителями регионального отделения ассоциации.

С приветственным словом к участникам встречи обратились главный внештатный ревматолог комитета здравоохранения Курской области профессор Л.А. Князева и заведующая отделением ревматологии Курской областной клинической больницы О.Б. Ершова, которые подчеркнули важность совместной работы врачей и пациентов для достижения ремиссии и контроля активности заболевания. Профессор Л.А. Князева положительно оценила работу регионального отделения ассоциации, возглавляемого Е.А. Титовой.

Президент ассоциации Н.А. Булгакова подробно рассказала собравшимся о деятельности ассоциации, необходимости расширения сотрудничества врачей и пациентов, активизации работы региональных подразделений.

Н.А. Булкагова ответила на многочисленные вопросы о деятельности ассоциации, ее возможностях и целях работы.

Все пациенты высказали желание взаимодействовать с региональным отделением ассоциации «Надежда» в целях совершенствования оказания медицинской помощи ревматологическим больным.

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

Значение двухэнергетической компьютерной томографии (КТ) для диагностики подагры

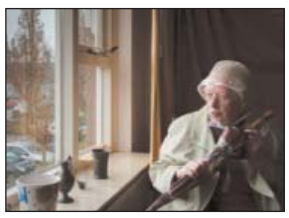
Двухэнергетическая КТ может помочь в диагностике подагры в сложных клинических случаях, а также при недостаточной информативности поляризационной микроскопии.

Профессор T. Bongartz и соавт. из клиники Мейо в Рочестере, штат Миннесота, продемонстрировала, что чувствительность двухэнергетической КТ для верификации кристаллов моноурата натрия составляет около 0,90 (95% ДИ 0,76–0,97), а специфичность – 0,83 (95% ДИ 0,68–0,93). Авторы оценили результаты КТ у 119 пациентов с достоверным диагнозом подагры. У 90% больных при проведении КТ было подтверждено наличие кристаллов; ложноотрицательные результаты регистрировались у 4 пациентов с первым приступом подагрического артрита и длительностью симптомов менее 6 нед. Также кристаллы были выявлены у 11 из 30 больных с болью в коленных суставах и отсутствием кристаллов в синовиальной жидкости при поляризационной микроскопии. Затем КТ была проведена 30 больным с артритом суставов и невозможностью получения синовиальной жидкости для исследования. У 14 из них кристаллы были обнаружены в околосуставных тканях, сухожилиях и энтезисах. Таким образом, авторы пришли к выводу, что двухэнергетическая КТ может являться дополнительным методом диагностики подагры при недостаточной информативности поляризационной микроскопии или невозможности получить синовиальную жидкость для анализа.

Вакцинация при системной красной волчанке (СКВ)

Пациенты с СКВ имеют гораздо более высокий риск развития герпетической инфекции по сравнению со здоровой популяцией. Вакцина против *H. zoster* доступна с 2006 г., однако в литературе отсутствуют данные о ее потенциальной иммуногенности и безопасности для пациентов с аутоиммунными заболеваниями. Вакцина может применяться у больных, получающих преднизолон <20 мг/сут, метотрексат ⩽0,4мг/кг в неделю и азатиоприн в дозах ⩽3 мг/кг в сутки. Однако данные о возможности использования вакцины у пациентов, получающих другие иммунодепрессанты, такие как циклофосфамид или микофенолата мофетил, отсутствуют. В пилотное исследование, проведенное

E. Chakravarty из медицинского исследовательского фонда Оклахомы, было включено 10 больных с СКВ, старше 50 лет и 10 здоровых добровольцев. У 2 больных имелись эпизоды герпетической инфекции в анамнезе. Первичной конечной точкой безопасности стало появление любого герпетиформного или буллезного элемента в месте инъекции. Автор не зафиксировала обострений заболевания, наблюдалось лишь незначительное колебание уровня комплемента в сыворотке крови; безопасность вакцины была идентична в обеих группах. У 3 пациентов регистрировалась незначительная эритема в месте введения. Авторы планируют продолжить работу, определить эффективность и безопасность вакцины у более молодых пациентов и больных, получающих различные схемы лечения.



Влияет ли климат на распространенность воспалительных заболеваний суставов?

Где пожилые люди чаще страдают от воспалительных заболеваний суставов: в Орегоне с холодным влажным климатом или в Саудовской Аравии? Распространенность воспалительных заболеваний суставов у пожилых людей в возрасте от 65 до 74 лет в Орегоне составляет 49% (по данным CDC), в то время как в Саудовской Аравии эта цифра гораздо выше – 61%.

(по данным The Saudi Medical Journal)

Многие пациенты, страдающие заболеваниями суставов, жалуются, что их состояние ухудшается в холодную влажную погоду. В литературе имеется много фактов, подтверждающих это. Так, почти 2500 лет назад Гиппократ описал негативное влияние ветра и дождя на боли в суставах. Китайская медицина рассматривает ревматизм как «болезнь, связанную с дождем и ветром». В отчетах конца XIX–начала XX века часто отмечалась связь между погодными явлениями, такими как резкое изменение атмосферного давления, и выраженностью боли в суставах, также пациентам рекомендовалась смена климата на более сухой и жаркий.

Группа ученых во главе с E.J. Timmermans из VU University Medical Center в Амстердаме провели опрос пациентов в 6 европейских странах с различным климатом. В опросе участвовало 712 пациентов из Германии, Италии, Великобритании, Нидерландов, Испании и Швеции. Средний возраст пациентов – 73 года, 72% – женщины, 67% считали себя метеозависимыми. Интересно, что самый высокий процент метеочувствительных пациентов был в странах с сухим теплым климатом (Испания и Италия – 77%), а самый низкий – в Швеции (57%). Кроме того, жители стран с теплым сухим климатом сообщали о более интенсивных болях в суставах, чем пациенты, проживающие в холодных климатических условиях. Таким образом, авторы не выявили связи между выраженностью воспалительных изменений в суставах и климатическими факторами, а также рекомендовали своевременное лечение метеочувствительных пациентов с использованием комплекса различных терапевтических методов.

Препараты, содержащие экстракт сои и авокадо, могут улучшить состояние пациентов с остеоартрозом тазобедренного сустава

По данным 3-летнего плацебоконтролируемого исследования, применение экстракта сои и авокадо в группе пациентов с остеоартрозом (ОА) тазобедренного сустава достоверно уменьшало число больных с прогрессированием заболевания, однако клиническое значение данного наблюдения до конца неясно.

Французские ученые применяли препарат, состоящий из неомыляемых фракций авокадо и масла сои. Его действие основывается на ингибиции интерлейкина 1, стимуляции синтеза коллагена и воздействии на остеобласты. Через 3 года наблюдения за 399 больными ОА продемонстрировано достоверное замедление рентгенологического прогрессирования на 20% в группе принимавших данный препарат по сравнению с группой плацебо. Около 85% больных сообщили о развитии неблагоприятных реакций. От дальнейшего участия в исследовании из-за развития нежелательных реакций отказались 16,9% больных из группы активного лечения и 14,8% пациентов из группы плацебо.

Авторы намерены продолжить исследования и использовать в качестве первичной конечной точки тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава.

Maheu E, Cadet G, Marty M, et al. Randomised, controlled trial of avocado–soybean unsaponifiable (Piascledine) effect on structure modification in hip osteoarthritis: the ERADIAS study. Ann Rheum Dis. 2014;73:376–384.

В КАЗАНИ ПРОШЛА НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «САЛИХОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»

На ежегодной научно-практической конференции «Салиховские чтения: трижды врач кто воспитал врачей», посвященной 200-летию ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России, обсуждался широкий круг терапевтических вопросов. Особое внимание было уделено ревматическим заболеваниям, которые могут в течение считанных месяцев инвалидизировать пациента. По словам организаторов конференции (ГБОУ ВПО Казанский государственный медицинский университет Минздрава России, Министерство здравоохранения Республики Татарстан, Общероссийская общественная организация «Ассоциация ревматологов России», ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН), подобные мероприятия позволяют консолидировать имеющуюся на данный момент информацию, дают возможность обмена опытом, стимулируют дальнейшие исследования и разработки в области медицины. На конференцию съехались лучшие ревматологи России и их зарубежные коллеги.

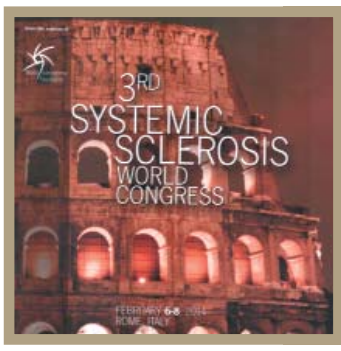
В рамках данного мероприятия состоялась пресс-конференция, в которой приняли участие министр здравоохранения Республики Татарстан А.Ю. Вафин, директор ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН академик РАН, президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России» Е.Л. Насонов, ректор Казанского государственного медицинского университета, профессор, член-корреспондент АН Республики Татарстан А.С. Созинов, заведующая кафедрой госпитальной терапии Казанского государственного медицинского университета д.м.н. Д.И. Абдулганиева и заведующая городским ревматологическим центром на базе ГАУЗ «Городская клиническая больница №7» Р.Г. Мухина. Докладчики подчеркнули важность привлечения внимания средств массовой информации к заболеваниям костно-мышечной системы и распространения через них необходимой для населения информации, поскольку огромное значение в профилактике и правильном лечении большинства заболеваний имеет осведомленность людей.

По статистике, каждый 10-й житель нашей страны в той или иной степени страдает от заболеваний костно-мышечной системы. При несвоевременном или неправильном лечении 30% из них становятся инвалидами уже в течение первого года после начала ревматоидного воспаления, а 90% – в последующие 10–15 лет болезни. Врачи с сожалением констатируют, что среди заболевших много детей, а пик заболеваемости приходится на людей активного, работоспособного возраста – 40–50 лет. В то же время врачи оптимистичны в прогнозах: благодаря постоянно развивающимся технологиям сегодня не составляет труда распознать болезнь на самой ранней стадии и незамедлительно начать лечение. Как и в случае с другими заболеваниями, в ревматологии дорого время: чем раньше пациент обратится к врачу, тем выше вероятность эффективного лечения и удовлетворительного качества жизни. Академик РАН Е.Л. Насонов отметил: «Если мы обнаруживаем у пациента раннюю стадию заболевания (хотя бы в первые полгода), у него благоприятные перспективы, а если более позднюю, какие бы дорогостоящие инновационные лекарства мы не использовали, прогноз все равно становится хуже». Участники пресс-конференции подчеркнули, что процесс разработки новых методов диагностики и лечения идет очень активно и Татарстан в этом плане занимает особое место. Так, в Казани на базе Городской клинической больницы № 7 создан ревматологический центр, который может принять до 1400 пациентов в год, на амбулаторный прием ежедневно приходят до 80 пациентов (из них 60% повторно). По словам министра здравоохранения Республики Татарстан А.Ю. Вафина, Центр оснащен самым современным диагностическим оборудованием, здесь используются уникальные программы инструментальной диагностики, позволяющие выявить заболевание до появления характерных симптомов. Кроме того, в центре установлены терминалы самооценки состояния пациентов (в дальнейшем планируется внедрение терминалов и в других лечебных учреждениях республики). На базе центра также создана исследовательская структура, которая ведет наблюдение за новыми фармакологическими разработками, в том числе генно-инженерными препаратами. Многие из этих препаратов с успехом применяются в лечении больных и, по словам академика РАН Е.Л. Насонова, при правильном использовании снижают вероятность протезирования суставов в поздних стадиях ревматических заболеваний. За последние 20 лет появилось множество высокотехнологичных препаратов, которые не просто снимают воспаление, но и способны существенно снизить инвалидизацию и улучшить качество жизни больных.

Участники научной конференции и пресс-конференции отметили, что сплоченность ученых, фармакологов и практикующих врачей и поддержка со стороны государства, несомненно, окажут положительное влияние на дальнейшее развитие ревматологии в России.

Между ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России и ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН был заключен договор, который станет гарантом развития новых технологий в диагностике и лечении ревматических заболеваний, а также даст возможность оперативного внедрения российских разработок в профильных медицинских учреждениях. Кроме того, в рамках договора планируется ввести постдипломные образовательные программы с целью повышения квалификации врачей-терапевтов и ревматологов. По словам ректора ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» А.С. Созинова, подписание договора именно в рамках «Салиховских чтений» является актом уважения к знаменитому представителю казанской терапевтической школы профессору Ильдару Газимджановичу Салихову и его ученикам, а также признанием того, что казанская медицинская школа находится на передовых позициях. ■

Ежегодная научно-практическая конференция «Салиховские чтения: трижды врач кто воспитал врачей»



С 6 по 8 февраля 2014 г. в Риме проходил

ТРЕТИЙ МЕЖДУНАРОДНЫЙ СКЛЕРОДЕРМИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС

Первый международный конгресс, посвященный системной склеродермии (ССД), состоялся в 2010 г. во Флоренции, второй – в 2012 г. в Мадриде. С 6 по 8 февраля 2014 г. в Риме проходил Третий международный склеродермический конгресс. В его работе приняли участие более 1200 специалистов из 56 стран мира. Конгресс сочетал в себе лучшие традиции двух предыдущих мероприятий и в то же время продемонстрировал новейшие достижения фундаментальной науки и богатый практический опыт мировой когорты клиницистов. Особый акцент в работе настоящего форума был сделан на терапии ССД и улучшении качества жизни таких пациентов. Торжественность и важность этого события подчеркивает то, что Папа Римский Франциск обратился к участникам конгресса с посланием: «Его Святейшество Папа Франциск шлет сердечные поздравления и наилучшие пожелания всем участникам Третьего мирового склеродермического конгресса в Риме. Он полагает, что такой обмен опытом, научные исследования и будущие перспективы окажутся плодотворными для борьбы с этой разрушительной болезнью и для оказания эффективной помощи и поддержки пациентам и их семьям.»

На конгрессе присутствовали ведущие специалисты в области ревматологии, изучающие проблему ССД. Научная программа конгресса была обширной и охватывала различные аспекты ССД: этиопатогенез, диагностику, особенности клинической картины и курации больных. Программа состояла из 12 сессий, симпозиумов, рабочих совещаний, интерактивных семинаров, круглых столов, на которых обсуждались основные достижения и перспективы изучения ССД.

Одна из сессий была посвящена новым критериям ССД. Разработкой критериев занимался Объединенный комитет Американской коллегии ревматологов (ACR) и Европейской лиги по борьбе с ревматизмом (EULAR). Эксперты пришли к выводу о необходимости слияния отдельных критериев и упрощения оценки их значимости.

Согласно новым стандартам диагностики, диагноз «системная склеродермия» ставится пациентам с утолщенной кожей проксимальнее пястно-фаланговых суставов независимо от наличия других признаков. Если же состояние пациента не удовлетворяет данному критерию, необходимо оценить наличие следующих параметров: утолщение кожи на пальцах рук, поражение кончиков пальцев (наличие рубчиков, язвочек), телеангиэктазии, аномальные капилляры ногтевого ложа, легочная артериальная гипертензия и/или интерстициальная болезнь легких, синдром Рейно и наличие антител, ассоциированных с ССД.

Проверка показала, что специфичность и чувствительность новых критерив составляет более 90%. Предыдущая версия критериев диагностики ССД была опубликована в 1980 г. и обладала чувствительностью не более 75%. «Критерии 1980 г. были недостаточно чувствительны для выявления пациентов с ранними стадиями заболевания или со слабо выраженными кожными проявлениями», – так объяснил необходимость пересмотра стандартов один из ведущих авторов исследования доктор Франк ван ден Хуген.

Хочется отметить, что новые критерии обладают большой чувствительностью и специфичностью, имеют ряд дополнительных параметров в отличие от критериев 1980 г., что имеет существенное значение для диагностики лимитированной склеродермии, особенно ранней, склеродермии без характерного поражения кожи, а также для раннего выявления легочной гипертензии.

Одним из дискуссионных вопросов был вопрос о месте глюкокортикоидов (ГК) в терапии ССД. С докладом на эту тему выступил выдающийся американский ревматолог профессор T. Medsger. Истинные риск/польза применения ГК при ССД до настоящего времени не установлены. Риск развития «склеродермического криза», или истинной склеродермической почки, одного из самых серьезных, нередко фатальных, осложнений ССД, может появляться при использовании любых доз ГК, увеличиваясь при использовании >15 мг преднизолона в день, при активности ССД. Поэтому ГК должны назначаться с осторожностью с учетом терапевтических целей, при постоянном мониторировании артериального давления и функции почек. Таким образом, вопрос об использовании ГК остается открытым, чтобы на него ответить, необходимы проспективные рандомизированные клинические исследования.

Интересным было сообщение K. Sallivan и соавт. «Прогрессирующее ухудшение состояния больных с поражением легких: 11-летний исход клинического испытания Scleroderma lung study». Рандомизированное многоцентровое исследование циклофосфамида (ЦФ) при интерстициальном поражении легких у больных ССД включало 158 больных: 76 из них принимали ЦФ и 76 – плацебо. Лечение продолжалось в течение года, еще год пациентов наблюдали без терапии ЦФ. Только у 14% пациентов не отмечено нарастания функциональной и органной недостаточности, у остальных констатированы прогрессирующее ухудшение, функциональная недостаточность, ухудшение качества жизни и летальный исход. Следует признать, что отдаленные результаты годичного лечения ЦФ и плацебо оказались практически одинаковыми, не имели достоверных отличий. По мнению других докладчиков, наряду с активным использованием ЦФ, в том числе при диффузной ССД, не теряют актуальности такие препараты, как метотрексат, азатиоприн, микофенолата мофетил.

На конгрессе активно обсуждались вопросы таргетной терапии. В отличие от других ревматических заболеваний, например ревматоидного артрита и системной красной волчанки, в лечении ССД генно-инженерные биологические препараты до настоящего времени использовались мало. Сегодня проводятся экпериментальные и клинические исследования этих препаратов при ССД и их список расширяется – ингибиторы фактора некроза опухоли α, анти-TGFβ, антитела к рецептору интерлейкина 6 (тоцилизумаб), 1 и 17, блокаторы Т-клеточной костимуляции, антитела к CD20 (ритуксимаб), антитела к BLyS (белимумаб) и др.

В случаях прогрессирующего поражения легких реальностью становится трансплантация. Интересны данные испанских коллег A. Fernandez-Codina и соавт. «Трансплантация легких при ССД. Опыт испанского центра (2005–2013 гг.)». Пересадка легких проведена 6 пациентам с ССД, 5 из них – билатеральная. Показаниями для трансплантации явились: легочный фиброз – у 3 пациентов, легочный фиброз в сочетании с легочной артериальной гипертензией (ЛАГ) – у 2, ЛАГ – у 1. После пересадки все больные получали иммуносупрессанты. Годичная выживаемость составила 83% и двухгодичная – 80%. Смерть от инфекционных респираторных осложнений наступила у 2 пациентов (через 39 и 54 мес соответственно) и аденокарциномы легких – у 1 (через 7 мес). Полученные результаты были схожими при пересадке легких по другим причинам, т. е. наличие ССД не влияло на результат.

Продолжаются исследования, посвященные поиску биомаркеров при ССД. В связи с этим заслуживает внимание работа M. Antivalle и соавт «Прогностическое значение NTproBNP у больных ССД без легочной гипертензии». Авторы показали прогностическое значение этого пептида у больных ССД. В исследование были включены 100 пациентов с ССД без ЛАГ и состояний, вызывающих увеличение уровня NTproBNP (ИБС, сердечная недостаточность и т. п.). Повышение концентрации NT-proBNP (>400 pg/ml) ассоциировалось с плохой выживаемостью и увеличением летальности от всех причин. Предложено включить определение этого маркера в скрининговый алгоритм для оценки прогноза ССД.

Активно обсуждалась ЛАГ, ассоциированная с ССД. Данной проблеме, в частности разработке алгоритмов ранней диагностики ЛАГ, были посвящены сессия и симпозиумы. В результате исследования ДЕТЕКТ (2-этапное проспективное обсервационное когортное исследование с участием пациентов с ССД для оценки скрининговых тестов и заболеваемости легочной гипертензией и ЛАГ) были определены скрининговые методы диагностики ЛАГ и признаки ССД, ассоциированные с развитием ЛАГ, разработаны алгоритмы ее диагностики. Среди признаков ССД, ассоциированных с развитием ЛАГ, выделены следующие: изолированное снижение диффузионной способности легких – DLCO (соотношение FVC/DLCO), наличие антицентромерных антител, телеангиэктазий, повышение уровня сывороточных маркеров (NTpro BNP, мочевая кислота), изменения на электрокардиограмме (смещение вправо электрической оси сердца). Была разработана компьютерная программа (так называемый калькулятор) для использования в ежедневной клинической практике. Калькулятор базируется на алгоритме с высокой чувствительностью и специфичностью и при внесении определенных клинико-лабораторных параметров помогает решить, какому пациенту проводить эхокардиографическое исследование с последующей катетеризацией правых отделов сердца.

На съезде была широко представлена и проанализирована постерная секция. ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН представил следующие постерные доклады: «Выживаемость у пациентов с легочной артериальной гипертензией, ассоциированной с системной склеродермией» (А. Волков и соавт.), «Деплеция В-лимфоцитов у больных системной склеродермией с интерстициальным поражением легких после терапии ритуксимабом» (Л. Ананьева и соавт.), «Минеральная плотность костей у пациентов с системной склеродермией» (Р. Алекперов и соавт.), «Динамика индекса тяжести и индекса активности у пациентов с системной склеродермией с интерстициальным поражением легких» (О. Овсянникова и соавт.), «Эволюция перекрестной формы системной склеродермии (О. Десинова и соавт.).

Завершился конгресс 30-минутной лекцией американского ученого, одного из корифеев ревматологии D. Furst, который представил свой взгляд на наиболее интересные работы конгресса. Приятно отметить, что из 500 тезисов, присланных на конгресс, работа ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН, посвященная применению ритуксимаба при ССД, была отмечена им отдельно.

Параллельно научному конгрессу проходил конгресс для пациентов, страдающих ССД. Были обсуждены различные вопросы, касающиеся терапии, поведения в быту и обществе, беременности и депрессии. Две сессии были посвящены пациентам-мужчинам и пациентам с ювенильной склеродермией, заболевшим в детском и подростковом возрасте.

Хочется отметить, что накануне открытия конгресса 5 февраля во время очередной мессы, в Ватикане, на площади Святого Петра было отведено специальное место для членов Федерации, объединяющей пациентов с данной патологией (FESCA). Во время молитвы Папа Франциск благословил больных с этим тяжелым недугом. ■

К.м.н. ***М.Н. Старовойтова****,*
ФГБУ «Научно-исследовательский институт им. В.А. Насоновой» РАМН

Ревматология
приложение для пациентов

Лечебная физкультура для пациентов с ревматическими заболеваниями. Комплекс лечебной гимнастики для суставов

К.м.н. Е.В. Орлова, С.Н. Кузяков
ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» РАМН

Групповые и индивидуальные занятия лечебной физкультурой (ЛФК), упражнения для кистей должны быть обязательной частью лечения ревматологических больных. Различные программы ЛФК (аэробные нагрузки, силовые мышечные тренировки, комплексы упражнений для кистей и стоп) снижают болевой синдром, мышечную атрофию, улучшают функциональный статус и качество жизни, увеличивают аэробные возможности, силу мышц, объем движений в суставах у пациентов с ревматическими заболеваниями. Все это помогает сохранить трудоспособность, улучшить профессиональную и социальную адаптацию больных. Основные задачи ЛФК при ревматических заболеваниях таковы:

- воздействие на пораженные суставы и связочный аппарат с целью развития их подвижности;
- снижение болевого синдрома путем приспособления суставов к дозированной нагрузке;
- укрепление мышечной системы и повышение ее работоспособности, борьба с гипотрофией и атрофией мышц;
- повышение общего тонуса организма, тренированности и трудоспособности;
- снижение скорости потери костной ткани, укрепление мышц, помогающих избегать падений, и тренировка равновесия при остеопорозе;
- тренировка сердечно-сосудистой и дыхательной систем, снижение риска развития артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца;
- уменьшение уровня холестерина, снижение риска тромбозов сосудов, инфаркта, инсульта;
- достижение сбалансированного потребления и расхода энергии для снижения массы тела и риска ожирения;
- повышение устойчивости к стрессам.

Продолжительность тренировок составляет 45–50 мин. Активные движения чередуются с расслаблением и спокойным дыханием. Лечебная гимнастика показана во всех стадиях патологического процесса; при высокой активности полезны дыхательная гимнастика, лечение положением, коррекция свода кисти.

Поддерживающие и развивающие мышечную силу и общую физическую выносливость упражнения можно делать самостоятельно, ЛФК со специальными упражнениями лучше вначале изучить под руководством специалиста. Упражнения необходимо выполнять не менее 8–10 раз. При уже развившихся ограничениях движений лучше тренироваться 2 раза в день. **Помните, что нужный результат может быть достигнут только длительными (в течение недель, месяцев) тренировками.**

Важнейшие программы ЛФК:

1. Аэробная тренировка, увеличивающая выносливость. Начинайте заниматься 3 раза в неделю по 30 мин, можно по 10–15 мин несколько раз в день. Далее увеличивайте продолжительность тренировки до 30 мин 5 раз в неделю.

2. Развитие мышечной силы. 8–10 упражнений необходимо выполнять по 8–12 раз, серии повторять 2–3 раза до 2–3 раз в неделю.

3. Тренировка равновесия. По возможности 2–3 раза в неделю.

Аэробные тренировки (развитие выносливости)

Влияющая на выносливость регулярная физическая активность (аэробные тренировки) улучшает состояние сердечно-сосудистой системы. Аэробной называется нагрузка, в ходе которой не возникает дефицита кислорода. Аэробная тренировка не вызывает у больных РА обострения заболевания или усиления боли. Благодаря регулярной аэробной физической активности можно достичь:

- тренированности сердечно-сосудистой системы;
- сохранения функции суставов;
- увеличения мышечной силы;
- улучшения функции органов дыхания;
- большей выносливости;
- снижения веса, улучшения осанки и фигуры;
- сохранения минеральной плотности костной ткани;
- улучшения настроения, психоэмоционального состояния.

Больным с разной активностью ревматоидного артрита (РА) можно рекомендовать упражнения с умеренной интенсивностью. Во время аэробной тренировки нужно выполнять упражнения при частоте пульса 60–85% от максимальной частоты сердечных сокращений (МЧСС); для здорового человека МЧСС = 220 – возраст (в годах):

- умеренная интенсивность упражнений – 55–70% МЧСС = (0,55–0,7) х МЧСС;
- значительная интенсивность – 70–85% МЧСС = (0,7–0,85) х МЧСС.

Коэффициент 0,6–0,7 используется для вычисления у нетренированных или пожилых людей; коэффициент 0,7–0,85 – у тренированных здоровых людей. 40–50-летним людям с низкой физической активностью, которые начинают тренировки, для определения правильной частоты сердечных сокращений рекомендуется проводить нагрузочный тест. Тренировки можно начинать с 10–15 мин 2–3 раза в неделю, затем их продолжительность увеличивают до 30 мин.

Для развития выносливости подходят динамические тренировки для всего тела (например, ходьба, танцы, езда на велосипеде или велотренажере в зале или на улице, катание на беговых лыжах). Повышение нагрузки зависит от общего состояния здоровья и сопутствующих заболеваний. Если с первоначальной нагрузкой тренировки проходили 4–5 нед, можно попробовать увеличить нагрузку. Если выносливость, мышечная сила, подвижность суставов и общее самочувствие улучшаются, можно рекомендовать тренировки с умеренной интенсивностью не менее 30 мин в день 5 раз в неделю.

Уровень тренированности сердечно-сосудистой системы определяется по разнице между величиной пульса до и после нагрузки, спустя 3 мин после нагрузки:

- хорошая тренированность – разница не более 5 ударов в минуту;
- удовлетворительная – разница 5–10 ударов;
- низкая – разница более 10 ударов.

Необходимо контролировать интенсивность физической активности по пульсу (см. таблицу).

Как быть физически более активным:

- увеличьте время прогулки или просто время ежедневной ходьбы (например, на работу, в магазин) в среднем темпе до 30–60 мин;
- не сидите больше 30 мин подряд (перед телевизором или за компьютером, на работе и в других местах), старайтесь вставать и что-то делать;
- планируйте свои тренировки заранее, на неделю вперед;
- используйте свободное время для увеличения физической активности, получайте удовольствие от работы в саду, находясь на природе;
- уменьшите пассивное времяпрепровождение (перед телевизором, за компьютером и другую пассивную деятельность);
- движение улучшает настроение и внешность, наслаждайся движением!

Тренировка мышечной силы

Тренировка мышечной силы является ключевым вопросом реабилитации. Болезнь делает человека пассивным, это способствует развитию общей слабости и атрофии мышц. При помощи умеренной или интенсивной силовой тренировки можно сохранить мышечную силу и даже увеличить ее. Можно рекомендовать силовые тренировки 2–3 раза в неделю. Упражнения необходимо делать на разные группы мышц (8–10 упражнений) по 8–12 раз. Мышечную силу можно развивать на тренажерах, при помощи гантелей, резиновых лент или просто при упражнениях с напряжением мышц.

Как избежать перегрузки и что учитывать во время тренировки?

Если после тренировки мышечная боль длится больше 2 ч и сохраняется на следующее утро, необходимо пересмотреть нагрузку и упражнения. Тренировки следует распределять в течение дня равномерно, чтобы не было перегрузки.

Избежать перегрузки суставов помогают:

- удобная, поддерживающая ногу, смягчающая удары обувь;
- правильные движения;
- дозированная нагрузка.

При поражении суставов ног не подходят упражнения, которые сильно нагружают ноги, например длительная ходьба. В таком случае нужно заниматься ездой на велосипеде, катанием на беговых лыжах, плаванием. При поражении суставов кистей (запястья, пальцы) следует учитывать рекомендации по защите суставов кистей. В таком случае не подходят игры с мячом, иногда ходьба с палками и другие нагружающие кисти виды тренировки.

Основные правила выполнения физических упражнений:

- нельзя осуществлять упражнения через силу и боль;
- нельзя выполнять движения, вызывающие острую боль в суставе;
- объем движений в суставе, их амплитуду и количество следует увеличивать постепенно;

Интенсивность физической активности в зависимости от возраста и пульса

возраст	интенсивность (пульс в 1 мин)	
	низкая – умеренная	умеренная – значительная
30	105–133	133–162
40	99–126	126–153
50	94–119	119–145
60	88–112	112–136
70	83–105	105–128
80	77–98	98–119

- упражнения необходимо выполнять плавно, без резких движений;
- начинать занятия необходимо с простых упражнений, постепенно добавляя более сложные;
- для правильного выполнения упражнений и повышения эффективности занятий необходима консультация инструктора по ЛФК;
- **если появились чувство усталости, плохое самочувствие, головокружение, одышка, значительное учащение пульса, повышение артериального давления следует прекратить тренировки, отдохнуть, если нужно – обратиться к врачу.**

Рекомендуется выполнять упражнения регулярно, не менее 20 мин, 3–5 раз в неделю.

Самостоятельные тренировки противопоказаны при:

- РА с высокой активностью, выраженной болью в суставах;
- нестабильной стенокардии;
- ишемической болезни сердца с частыми приступами при малых усилиях и в покое;
- сердечной недостаточности II стадии и выше;
- нарушениях ритма сердца;
- артериальной гипертензии 180/110 мм рт. ст. и более (III стадии);
- нарушениях мозгового кровообращения, геморрагическом инсульте в анамнезе;
- пороках сердца, в частности аортальном или субаортальном мышечном стенозе;
- болезнях легких с выраженной дыхательной недостаточностью;
- тромбофлебите и тромбоэмболических осложнениях;
- легочной гипертензии;
- состояниях после кровоизлияния в глазное дно;
- миопии высокой степени (более 8 диоптрий);
- злокачественных новообразованиях;
- психических заболеваниях;
- лихорадочных состояниях и инфекциях;
- декомпенсированном сахарном диабете.

Упражнения для плечевых и локтевых суставов

При поражении суставов верхних конечностей упражнения для них выполняют преимущественно в исходном положении сидя и стоя. При патологии суставов нижних конечностей в исходном положении лежа и сидя тренируют опорную функцию ног. При заболевании суставов позвоночника рекомендованы также разгрузочные (для позвоночника) положения, например стоя на четвереньках, лежа на спине, животе.

1. *Исходное положение: сидя, руки согнуты в локтевых суставах. Вращения в плечевых суставах вперед и назад, по 4 раза в каждую сторону.*
2. *Исходное положение: сидя, руки согнуты в локтевых суставах. Махи согнутыми в локтевых суставах руками (вперед, назад), по 4 раза в каждую сторону.*
3. *Исходное положение: сидя, руки полусогнуты в локтевых суставах. Разведение полусогнутых в локтевых суставах рук в стороны, 8 раз.*
4. *Исходное положение: сидя, обхватив локти ладонями. Поднять руки посмотреть в «окошко» и опустить, 8 раз.*
5. *Исходное положение: сидя. Развести руки в стороны – вдох, и свести, обхватив туловище, – выдох, 8 раз.*
6. *Упражнения для шеи. Выполнять движения головой вперед, назад, вправо, влево; круговые движения по и против часовой стрелки, около 2 мин.*

Упражнения для суставов рук со снарядами (мяч, палка)

1. *Исходное положение: сидя, мяч – в прямых руках перед собой. Вращение по кругу рук с мячом в плечевых суставах вправо, затем влево, до счета «четыре» в каждую сторону.*
2. *Исходное положение: сидя, руки разведены в стороны, в одной из них – мяч. Перекладывание мяча из одной руки в другую над головой, 8 раз.*
3. *Исходное положение: сидя – мяч в вытянутых вперед руках. Поворачивать мяч вправо влево, не опуская руки, по 4 раза в каждую сторону.*
4. *Исходное положение: сидя – мяч в вытянутых вперед руках. Надавить на мяч до счета «шесть», 4 раза.*
5. *Исходное положение: сидя, палку держать двумя руками. Перемещать палку по кругу вдоль туловища, перед собой, по 4 раза в одну и другую сторону.*
6. *Исходное положение: сидя, палку держать двумя руками перед собой. «Гребля» палкой, по 8 раз каждой рукой.*
7. *Исходное положение: сидя, опираясь кистями на вертикально поставленную палку. Отвести палку вперед прогнувшись в спине, 6 раз.*
8. *Исходное положение: сидя, опираясь кистями на вертикально поставленную палку, руки согнуты в локтевых суставах. Круговые движения в одну и в другую сторону, по 4 раза.*
9. *Исходное положение: сидя, держать палку за спиной. Поднять и опустить палку, 8 раз.*

Упражнения для коленных и тазобедренных суставов

1. *Исходное положение: лежа на спине, поочередно сгибать на себя и разгибать стопы до счета «восемь».*
2. *Исходное положение: лежа на спине. Сгибать и разгибать ноги в коленных суставах, стопы скользят по кушетке, опираясь на пятки, до счета «восемь».*
3. *Исходное положение: лежа на спине. Ноги согнуты в коленных суставах, сведены вместе, сжать до счета «шесть» и максимально развести в стороны, 4 раза.*
4. *Исходное положение: лежа на спине. Попеременно поднимать и опускать правую и левую прямую ногу вверх, по 4 раза.*
5. *Исходное положение: лежа на спине. Ноги развести на ширину плеч, выполнять круговые движения прямой ногой по 4 раза в каждую сторону, поочередно каждой ногой.*
6. *Исходное положение: лежа на животе. Попеременно поднимать и опускать правую и левую прямую ногу, по 4 раза.*
7. *Исходное положение: лежа на животе. Попеременно отводить каждую ногу по дуге в сторону, по 4 раза каждой ногой.*
8. *Исходное положение: лежа на животе. Попеременно сгибать и разгибать ноги в коленных суставах, с отведением и ротацией бедра в сторону, по 4 раза.*
9. *Исходное положение: лежа на боку. Поднять и опустить прямую ногу, по 6 раз на каждом боку.*
10. *Исходное положение: лежа на боку. Поднять ногу на 30°, держать до счета «шесть» и медленно опустить, по 6 раз на каждом боку.*
11. *Исходное положение: лежа на боку. Махи прямой ногой вперед и назад, по 6 раз на каждом боку.*
12. *Исходное положение: сидя. Катание мяча по кругу согнутой ногой в коленном суставе, по 4 раза в каждую сторону, поочередно каждой ногой.*
13. *Исходное положение: сидя. Ходьба на месте сидя, в течение 30–60 с.*

Литература

1. Насонова В.А., Павлов В.П., Павленко Т.М. и др. Особенности восстановительного лечения больных ревматологического профиля. *Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры*. 2003; 3: 32–35.
2. Хюва К., Лаур П., Метсна В. и др. Ревматоидный артрит: инструкции для пациентов. Составитель П. Тувик. Таллинн, 2008. 95 с.
3. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура – М.: Гэотар-Медиа, 2006. 568 с.

Издатель: ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции: 115093, Москва, Партийный пер., д. 1, корп. 58, офис 16.
ООО «ИМА-ПРЕСС»
Телефон: (495) 926-78-14
e-mail: info@imapress.net
www.ima-press.net

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

Заместитель главного редактора:
профессор **Л.Н. Денисов**
Шеф-редактор: **С.М. Сухая**

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. 2014;2(13):1–12.

Тираж – 2000 экз.

Отпечатано в типографии **«Деком»**