Газета для врачей
№2 (31), 2017
Главный редактор
академик РАН, профессор
Е.Л. Насонов
Зам. главного редактора
профессор Л.Н. Денисов
http://gzt.ima-press.net

Ревматология

VII Съезд ревматологов России: обмен опытом между мировыми экспертами *с. 3*
Конгрессы, симпозиумы *с. 4–5*
Резолюция Совета экспертов *с. 6*
Благотворительная акция для детей *с. 8*
Панникулит – без паники *с. 11*

VII Съезд ревматологов России с международным участием

(25–28 апреля 2017 г., Москва)

25 апреля 2017 г. в Москве в зале Президиума Российской академии наук (РАН) собрались лучшие представители врачебного сообщества – члены Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России» (АРР) из всех регионов страны, врачи и ученые других медицинских специальностей, ведущие ревматологи стран ближнего зарубежья и Западной Европы.

В России Съезд ревматологов с международным участием проводился уже в седьмой раз. Проведение съезда – это назревшая необходимость, связанная с теми грандиозными задачами, которые были поставлены перед российскими наукой и здравоохранением Президентом и Правительством нашей страны. Не случайно местом проведения съезда была выбрана Москва. Именно здесь ревматология зарождалась как самостоятельная научная дисциплина, а российские ревматологи всегда были лидерами в разработке новых научных направлений, продолжая лучшие традиции российской медицины, заложенные академиками А.И. Нестеровым, Е.М. Тареевым, В.А. Насоновой.

В последние годы научная ревматологическая школа достигла значительных успехов, связанных с широким внедрением в практику высокотехнологичной терапевтической и хирургической медицинской помощи. Это позволило улучшить прогноз и избежать потери трудоспособности у многих ранее «неизлечимых» пациентов. Внедрение новых таргетных препаратов для лечения широкого спектра аутоиммунных и аутовоспалительных заболеваний, разработка концепции «Лечение до достижения цели» сделали ревматологию одной из самых интенсивно развивающихся и востребованных медицинских специальностей, передовым отрядом терапевтической науки и медицины в целом.

На открытии VII Съезда прозвучали приветственные слова первого заместителя министра здравоохранения России И.Н. Каграманяна, руководителя Федерального агентства научных организаций М.М. Котюкова, вице-президента РАН В.И. Стародубова. Также выступили: президент АРР, главный внештатный специалист-ревматолог Минздрава России академик РАН Е.Л. Насонов

и президент Общероссийской общественной организации «Российское научное медицинское общество терапевтов» академик РАН А.И. Мартынов.

Большой интерес и овации зала вызвала пленарная лекция корифея отечественной ревматологии профессора Я.А. Сигидина «Ревматоидный артрит: взгляд в прошлое, открывая будущее». Российские разработки в области терапии аутоиммунных ревматических заболеваний (РЗ) и новые сферы сотрудничества были представлены в докладе вице-президента по разработкам и исследованиям биофармацевтической компании BIOCAD Р.А. Иванова.

На открытии съезда за выдающийся многолетний вклад в развитие научной и практической ревматологии, разработку новых научных направлений в изучении этиологии, патогенеза, диагностики и лечения РЗ была торжественно вручена премия им. академика В.А. Насоновой, учрежденная АРР 1 июня 2013 г. В 2017 г. она была присуждена д.м.н., профессору Н.А. Шостак – заслуженному врачу Российской Федерации, завкафедрой факультетской терапии им. А.И. Нестерова в Российском национальном исследовательском медуниверситете им. Н.И. Пирогова, а также д.м.н., профессору Н.И. Коршунову – заслуженному врачу Российской Федерации (Ярославль).

Премия им. профессора Э.Р. Агабабовой за серию научных работ и вклад в изучение болезни Бехтерева вручена к.м.н. И.З. Гайдуковой (Саратов), дипломы номинантов – к.м.н. Т.В. Дубининой, к.м.н. Е.Е. Губарь, к.м.н. О.А. Румянцевой и к.м.н. Е.Ю. Логиновой за исследования по спондилоартритам.

Заседания съезда проходили одновременно в 5 залах и включали пленарные лекции ведущих профессоров России, стран СНГ и зарубежных коллег.

Особый интерес вызвали пленарные лекции академика РАН Е.Л. Насонова «Новые пути предотвращения прогрессирования раннего артрита: от метотрексата к иммунорегуляторным клеткам», И. Зипера (Германия) «Наши представления о прогрессировании аксиального спондилоартрита в 2017 г. Эволюция или революция?» и «Лечение раннего спондилоартрита: значение для долгосрочных результатов», академика РАН В.И. Мазурова (Санкт-Петербург) «Проблемы коморбидности в ревматологи», проф. М. Кутоло (Италия) «Витамин D – гормон, оказывающий иммуномодулирующий эффект при аутоиммунных ревматических заболеваниях», проф. Г. Шетта (Германия) «Что объединяет псориатический артрит и псориаз с точки зрения иммунопатогенеза», проф. А.Б. Данилова (Москва) «Междисциплинарный подход к оценке и лечению хронической боли», проф. З.С. Алекберовой (Москва) «Болезнь Бехчета: современные тенденции», член-корр. РАН проф. С.Н. Авдеева (Москва) «Фиброз легких глазами интерниста», проф. В.П. Павлова (Москва) «Ревмоортопедия в России – история и современность», проф. Н.Н. Кузьминой и Б.С. Белова (Москва) «Острая ревматическая лихорадка», проф. Л.А. Катаргиной и академика РАН В.В. Нероева (Москва) «Увеиты при ревматических заболеваниях», проф. Д.А. Поддубного (Германия) «Цели лечения аксиального спондилоартрита: что достижимо в настоящее время?», академика РАН И.В. Маева (Москва) «IgG4-связанные заболевания желудочно-кишечного тракта», академика РАН В.И. Коненкова (Новосибирск) « Иммуногенетика ревматических болезней: смена парадигм».

В рамках съезда был проведен академический форум по проблемам аутоиммунитета, в котором приняли участие академики РАН Е.Л. Насонов, В.И. Коненков, В.И. Мазуров, И.В. Маев и проф. С.Н. Быковская.

Активное участие в работе съезда принимала болгарская делегация с результатами научных исследований по иммунологическим и молекулярным аспектам анкилозирующего спондилита (АС) и оценке риска переломов при этом заболевании.

Большой интерес вызвало проведение дискуссионного клуба по междисциплинарному подходу к терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) псориатического артрита и псориаза с участием ревматологов и дерматологов.

Состоялся дискуссионный круглый стол по вопросам обеспеченности больных с РЗ высокоэффективной терапией ГИБП, который проводился совместно с Российской ревматологической ассоциацией «Надежда». Ведущие эксперты-ревматологи и пациенты Общества взаимопомощи при болезни Бехтерева обсудили вопросы диагностики и лечения АС.

Был проведен обучающий семинар по капилляроскопии с интерактивным голосованием по клиническим задачам.

Отдельное заседание было посвящено 5-й конференции «Нестеровские чтения», проводившейся в память А.И. Нестерова – советского ученого, терапевта, создателя Института ревматизма и школы ревматологов в СССР. Углубленное изучение им функции капиллярных сосудов у здорового и больного, физиотерапевтических методов лечения болезней сердца, сосудов и суставов было серьезной подготовкой к глубоким исследованиям проблемы ревматизма. Наибольший вклад А.И. Нестеров внес в развитие учения о ревматических болезнях. Он разработал классификации болезней суставов; дополнил классификацию, номенклатуру и диагностические критерии ревматизма, разработал и внедрил в практику методы комплексной гормонально-медикаментозной терапии и бициллино-аспириновой профилактики ревматизма, что способствовало значительному снижению заболеваемости ревматизмом в СССР. Классификация ревматизма, разработанная А.И. Нестеровым, была принята Всесоюзным комитетом по борьбе с ревматизмом. Его ученики представили доклады по новым

VII Съезд ревматологов России: обмен опытом между мировыми экспертами

27 апреля 2017 г. в Российской академии наук состоялась пресс-конференция в рамках VII Съезда ревматологов России.

В мероприятии приняли участие:

- академик РАН Е.Л. Насонов, президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России» (АРР), главный внештатный специалист-ревматолог Минздрава России;
- академик РАН В.И. Мазуров, проректор Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, вице-президент АРР;
- проф. М. Кутоло, директор научно-исследовательской лаборатории отдела ревматологии и кафедры внутренней медицины в университете Генуи, председатель группы по изучению нейроэндокринной иммунологии ревматических заболеваний в EULAR (Италия);
- А.В. Торгов, заместитель генерального директора по работе с органами государственной власти компании BIOCAD (Санкт-Петербург);
- Ж.Р. Гарибян, вице-президент МБОО «Возрождение» (Москва).

В России полтора миллиона тяжелых ревматологических пациентов, которые нуждаются в незамедлительном лечении. Это пациенты с ревматоидным артритом, спондилоартритом, системной красной волчанкой, зачастую представляющие молодую трудоспособную часть населения. Отсутствие своевременной терапии приводит таких пациентов в инвалидное кресло, что существенно сказывается на социальной и экономической составляющей государства. Несмотря на определенные трудности, ежегодно доступность лекарственной терапии для таких пациентов увеличивается.

По словам академика РАН Е.Л. Насонова, для создания российского регистра больных с ревматическими заболеваниями (РЗ) врачами была проделана колоссальная работа, и уже сейчас мы видим плоды этих трудов. Кроме того, на сегодняшний день созданы предпосылки для совершенствования ревматологической службы в стране.

«Ключевым направлением развития ревматологии во всех странах является передача знания и опыта врачам общей практики, – отметил Е.Л. Насонов. – Мы убеждены, что это позволит каждому врачу вне зависимости от специальности заподозрить дебют ревматического заболевания и направить пациента к специалисту-ревматологу ».

В нашей стране в настоящий момент функционирует 114 центров терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП), обеспечивающих диагностику и лечение пациентов с РЗ.

В России в 2 раза меньше ревматологов, чем должно быть согласно приказу Минздрава. Максимальное увеличение знаний терапевтов даст возможность делегировать определенные обязанности врачам первичного звена. Целый ряд кафедр медицинских вузов сейчас занимается подготовкой и образованием ревматологов.

Участники пресс-конференции отметили большие возможности в отношении диагностики, которые позволяют уже на ранних этапах обнаружить заболевание. Терапия должна быть назначена тем, кто в ней действительно нуждается. «Как правило, мы встречаем пациентов, имеющих уже несколько заболеваний, что существенно осложняет дифференциальную диагностику. Принципы лечения в таком случае должны строиться с учетом совместимости препаратов, длительности терапии и других факторов», – отметил В.И. Мазуров.

Современные ГИБП способны воздействовать четко на механизмы патогенеза, создавая все условия для снижения активности воспалительного процесса. На пресс-конференции экспертами было отмечено особое место российских биоаналогов в лекарственной терапии ревматологических больных. Наличие в России серьезной научной и производственной базы способствует выпуску таких препаратов.

Профессор М. Кутоло высоко оценил уровень российской ревматологии, отметив, что Россия занимает в области ревматологии достойное место в десятке ведущих европейских стран.

В ходе пресс-конференции особое внимание было уделено проблеме перехода пациента-ребенка во взрослую сеть, где продолжение терапии зачастую прерывается, а упущенное в лечении время приводит к печальным последствиям, в первую очередь, к инвалидности.

В дискуссии приняли участие представители Общероссийской организации больных ревматическими заболеваниями «Надежда» и Общества взаимопомощи при болезни Бехтерева.

Участники пресс-конференции отметили высокий уровень организации съезда ревматологов, на площадке которого удалось обсудить не только последние достижения в диагностике и лечении РЗ, но и профилактические меры, а также организацию медицинской помощи ревматологическим пациентам.

Спонсоры информационной кампании Съезда: фармацевтические компании «Бристол-Майерс Сквибб», «Медак Гмбх» и биотехнологическая компания BIOCAD. ■

взглядам на кальцинирующие поражения сердца, современным представлениям о методах оценки кардиоваскулярного риска у больных с РЗ.

В течение трех дней съезда работала постерная сессия, на которой было представлено 84 доклада. Дипломами за лучшие постерные доклады на церемонии закрытия съезда были награждены:

- И.Д. Заславский и соавт. за доклад « Малоинвазивное хирургическое лечение височно-нижнечелюстных суставов у пациентов с различной ревматической патологией» (Центр челюстно-лицевой реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии МГМСУ им. А.И. Евдокимова);
- М.А. Кунст и соавт. за исследование «Динамическое наблюдение за пациентами с ревматоидным артритом в рамках регионального регистра как эффективного инструмента лечения до достижения цели» (Казанский государственный медицинский университет);
- Е.Ю. Пономарева и соавт. за доклад «Волчаночная маска» ВИЧ-инфекции в стадии СПИД» (ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России);
- М.М. Закиров и соавт. за работу «Клиника и течение ANCA-ассоциированных васкулитов у детей» (БУЗ ВО «ВОДКБ №1», Воронеж);
- Т.А. Панафидина и соавт. за исследование «Клиническое значение N-концевого фрагмента натрийуретического пептида у пациентов с системной красной волчанкой, не получающих патогенетическую терапию» (ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой).

Участникам съезда было представлено и вручено новое издание российских клинических рекомендаций по ревматологии, подготовленное АРР и ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой.

В рамках съезда состоялось общее собрание членов АРР, высоко оценивших работу президента и правления ассоциации за прошедшие 4 года и избравших руководящие органы на следующий срок. Президентом АРР переизбран академик РАН Е.Л. Насонов, первым вице-президентом – академик РАН В.И. Мазуров, вице-президентом – проф. А.А. Баранов, генеральным секретарем избрана д.м.н. В.Н. Амирджанова.

Президентами общественных организаций (ассоциаций и обществ ревматологов) России и стран ближнего зарубежья (Молдова, Армения, Беларусь, Казахстан, Киргизстан) подписан договор о создании Евразийской лиги ревматологов.

Участники съезда выразили искренне удовлетворение научной программой, охватившей основные направления и проблемы научно-практической ревматологии, а также высказали благодарность за отличную организацию мероприятия.

В заключение следует отметить, что проблемы и вопросы, освещенные на VII Съезде ревматологов России, важны и актуальны для современного здравоохранения и направлены на совершенствование оказания медицинской помощи населению, страдающему широко распространенными, социально значимыми РЗ. Отмечено, что масштабность предстоящей работы в настоящее время требует от всего медицинского сообщества сплоченности и высокого профессионализма. От эффективности нашей работы зависит здоровье россиян – основа, которая определяет возможность поступательного развития нашей страны. ■

Сопредседатель организационного комитета VII Съезда ревматологов России, президент АРР, академик РАН ***Е.Л. Насонов****,*
генеральный секретарь АРР, д.м.н. ***В.Н. Амирджанова****,*
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

4-й Международный конгресс дебатов в области ревматологии и аутоиммунных заболеваний CORA-2017 (9–11 марта 2017 г., Болонья)

4-й Международный конгресс дебатов в области ревматологии и аутоиммунных заболеваний CORA предлагает новый интерактивный формат, в котором известные эксперты обсуждают актуальные вопросы, затрагивающие ревматологию, клиническую иммунологию и смежные области. Впервые конгресс прошел во Флоренции в 2011 г., и с тех пор CORA является одним из главных мероприятий в области ревматологии и аутоиммунитета. В 2016 г. конгресс собрал более 800 участников, а в 2017 г. приехало уже более 1000 человек со всего мира.

CORA-2017 прошел в Болонье, столице итальянского региона Эмилия-Романья. Это важный университетский центр Италии и всей Европы. Университет, основанный в 1088 г., известен как самый старый в мире. Он был важным центром европейской интеллектуальной жизни еще в средние века. Среди его студентов были Данте, Петрарка, Эразм, Коперник.

CORA-2017 включал в себя основные и короткие дебаты, научные лекции и презентации, а также очень интересный новый тип сессии – разбор трудных клинических случаев, представленных ведущими специалистами в той или иной области.

В области спондилоартритов (СпА) в основных дебатах наибольший интерес представила дискуссия о самостоятельности отдельной нозологии недифференцированного СпА. В настоящее время уделяется большое внимание и вызывает немало споров современная концепция СпА, которая, согласно критериям ASAS, делит данные заболевания на аксиальный и периферический СпА. В дебатах приняли участие профессор, член Международной группы по изучению СпА в ASAS К. Баралиакос и профессор, член Северо-Американской группы по изучению СпА SPARTAN – А. Деодар. Рассматривались две точки зрения: возможность исключения недифференцированного СпА из группы периферических СпА и, наоборот, выделение данной нозологии как отдельного заболевания в классификационных критериях.

В сессии постерных докладов интересные данные были представлены по итальянской когорте раннего аксиального СпА SPARTAN о выявленной корреляции матриксной металлопротеиназы 3 с индексами активности болезни и рентгенологическим индексом mSASSS.

В работе конгресса приняли участие сотрудники НИИР им. В.А. Насоновой с постерными докладами: Д.Г. Румянцева («Correlation of axial spondyloarthritis disease activity with the receive frequency of NSAIDs»), Е.М. Агафонова («Correlation of clinical signs and symptoms and instrumental findings in AS coxitis»), А.С. Авдеева («Association of regulatory T-cells with disease activity and autoantibodies levels in methotrexate-naïve patients with early rheumatoid arthritis») и Ж.Г. Верижникова («The role of multiplex analysis of antinuclear antibodies in systemic lupus erythematosus»). Все представленные доклады вызвали интерес и активное обсуждения у участников сессии. ■

К.м.н. ***А.С. Авдеева, Д.Г. Румянцева,***
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

3-й Международный симпозиум по IgG4-связанному заболеванию и фиброзу (15–18 февраля 2017 г., Мауи, Гавайи)

С 15 по 18 февраля 2017 г. на Гавайских островах (о. Мауи) проходил 3-й Международный симпозиум по IgG4-связанному заболеванию и фиброзу. Это крупнейшее и единственное в мире событие, посвященное исключительно данной патологии, проходит каждые три года, на нем встречаются все крупнейшие исследователи в данной области и традиционно рассматриваются некоторые смежные вопросы, такие как патофизиологические аспекты фиброзообразования, лечение других фиброзирующих заболеваний. В этом году конференция насчитывала около 115 делегатов более чем из 15 стран.

Программа 3-го Международного симпозиума включала постерную сессию и ряд докладов, в которых были представлены основные достижения последних лет в области исследования патогенеза IgG4-связанного заболевания (С3), его диагностики и дифференциальной диагностики, лечения. Изучение данной нозологии началось в Японии около 15 лет назад с аутоиммунного панкреатита 1-го типа (АИП 1) и сейчас очень активно продолжается по всему миру.

Центральным вопросом симпозиума стало обсуждение создания классификационных критериев IgG4-С3 и диагностики идиопатической, т. е. не связанной с ВИЧ и вирусом герпеса человека 8-го типа, мультицентрической болезни Каслмана. По сравнению с предыдущими симпозиумами произошло смещение акцентов с обсуждения общей номенклатуры, спектра поражаемых органов, описания серологических и патоморфологических особенностей диагностики заболевания к обсуждению ключевых патогенетических механизмов IgG4-С3, его связи с другими иммуноопосредованными состояниями, в первую очередь с канцерогенезом, и необходимости организации мультицентровых исследований.

Организация мультицентровых исследований, посвященных IgG4-С3, затруднительна в связи не только с относительно редкой встречаемостью заболевания, но и с огромным разнообразием клинических форм и диагностическими сложностями. Не все органы-мишени IgG4-С3 одинаково хорошо доступны для биопсии, а морфологическая картина может существенно варьировать в зависимости от органа и стадии заболевания. Международной группой экспертов была предпринята попытка создания первых классификационных критериев IgG4-С3, которые позволят формировать более однородные группы пациентов для проведения различных клинических исследований. Результаты этой предварительной работы были представлены на симпозиуме.

Несмотря на большое число проводимых исследований, патогенез IgG4-С3 по-прежнему остается неизвестным, однако в настоящий момент стало ясно, что ведущая роль принадлежит цитотоксическим CD4+

Т-клеткам (CD4+ CTLs) и Т-фолликулярным хелперам 2-го типа. Эти результаты были представлены исследователями из Америки (Бостон, Massachusetts General Hospital) и Японии (Токио, Университет Кэйо). Было показано, что у пациентов с активным нелеченым IgG4-СЗ клетки с фенотипом цитотоксических Т-клеток являются преобладающим пулом CD4+ клеток как в крови, так и в тканевом инфильтрате, причем имеется их олигоклональная пролиферация. Данные клетки активно инфильтрируют ткани пораженных органов, где секретируют множество различных профибротических цитокинов и цитолитических молекул. Т-фолликулярные хелперы 2-го типа, по-видимому, играют ведущую роль в стимуляции дифференцировки наивных В-клеток в плазмобласты и переключении В-клеток на синтез IgG 4-го типа.

Несмотря на то что становится все больше и больше исследованных звеньев патогенеза IgG4-СЗ, неоспоримых доказательств аутоиммунной природы данного заболевания нет. Докладчиками многократно подчеркивалось, что от пациентов с IgG4-СЗ удается выделить огромное множество различных антигенов, и какой или какие именно вызывают активацию цитотоксических CD4+ лимфоцитов, неизвестно. Также не удается подтвердить генетическую предрасположенность к данному заболеванию и выявить конкретные триггеры его развития. Были представлены и результаты, доказывающие, что у пациентов с IgG4-СЗ имеются выраженные изменения в составе микробиома по сравнению со здоровыми лицами, однако остается неясным, следует ли рассматривать это как потенциальный триггер или результат иммуносупрессивной терапии. Кроме того, в ряде работ установлено, что стимуляция Toll-подобных рецепторов сопряжена с повышением выработки IgG4 и цитокинов Th2-ряда мононуклеарами периферической крови.

Отдельная большая секция была посвящена обсуждению связи IgG4-СЗ с онкогенезом. В настоящий момент существуют противоречивые данные относительно того, имеют ли пациенты с IgG4-СЗ повышенный риск развития различных злокачественных опухолей. Первыми свои данные обнародовали японские исследователи, представив новые результаты анализа 84 пациентов с IgG4-СЗ, которые наблюдались в среднем в течение 4,5 года. Стандартизованный риск развития различных злокачественных новообразований, в основном солидных, был выше, чем в общей популяции, и составил 2,49 (95% доверительный интервал 1,44–4,28), а в первый год после постановки диагноза IgG4-СЗ – 5,54 (95% доверительный интервал 2,49–12,33). Эти данные были лишь отчасти поддержаны коллегами из Великобритании и США. Доктор Вебстер доложил результаты наблюдения 115 английских пациентов с АИП 1-го типа/склерозирующим IgG4-связанным холангитом. В данной группе больных в сравнении с национальным регистром злокачественных заболеваний в Великобритании не было получено увеличения риска развития гепато-панкреатических карцином и роста смертности в связи с опухолевыми заболеваниями, однако было получено практически двукратное повышение риска развития любых опухолей. Что касается данных американских исследователей, в их когорте из 165 пациентов увеличения риска развития всех опухолей, за исключением лимфоидных, подтверждено не было. Таким образом, однозначного ответа на вопрос на данный момент нет.

Последний день симпозиума был посвящен обсуждению стратегии лечения IgG4-СЗ. В 2015 г. были опубликованы международные согласительные рекомендации по лечению IgG4-СЗ, в которых за глюкокортикоидами (ГК) было закреплено место «золотого стандарта» терапии данного заболевания.

Широко обсуждалось применение анти-В-клеточной терапии (ритуксимаба – РТМ) и использование новых терапевтических целей, которые, к сожалению, зачастую недоступны для японских клиницистов и пациентов ввиду жесткости протоколов страховой медицины. Профессор Джон Стоун, который является одним из ведущих мировых специалистов по IgG4-СЗ и возглавляет данное направление исследований в США, представил первые результаты применения нового моноклонального антитела Xmab587 при IgG4-СЗ. Вариабельный домен данного моноклонального антитела связывает CD19, а константный – FcγRIIb-рецептор на поверхности В-клетки, что приводит к их обратимой блокаде, а не разрушению. Это предоставляет потенциально большую возможность для терапевтического маневра, чем в условиях длительной полной деплеции В-клеток, наблюдающейся после применения РТМ. Представленные результаты свидетельствуют о хорошей переносимости препарата пациентами с IgG4-СЗ и его достаточно высокой эффективности. У 82% пациентов наблюдалось выраженное клиническое улучшение (уменьшение значения индекса ответа IgG4-СЗ), которое наступало уже в течение первых 2 нед от начала терапии. Интересно отметить, что у пациентов-«ответчиков» наблюдалось быстрое снижение числа В-клеток в периферической крови примерно на 50% от исходных значений – неожиданный эффект, причина которого пока неизвестна.

Крайне интересный доклад, посвященный лечению IgG4-СЗ орбит, был представлен офтальмологом и онкологом клиники Мейо, которые имеют многолетний опыт совместного лечения пациентов.

Постерная сессия была представлена 49 постерами, затрагивавшими широкий спектр иммунологических, диагностических и клинических аспектов IgG4-СЗ, а также клинико-лабораторной характеристикой крупнейшей в мире на сегодняшний день когорты из 334 пациентов (Япония). Из НИИР им. В.А. Насоновой было представлено два постера. В первом были опубликованы собственные результаты лечения IgG4-СЗ циклофосфамидом в качестве терапии первой линии без применения средних доз пероральных ГК, во втором – приведены результаты исследования частоты клональной В-клеточной лимфопролиферации у пациентов с IgG4-СЗ. В рамках данной презентации было представлено первое в мире на сегодняшний день описание клинического случая сочетания IgG4-СЗ и локальной формы AL-амилоидоза орбиты. Оба постера вызвали живой интерес и обсуждение с коллегами особенностей выбора терапевтической стратегии у пациентов с IgG4-СЗ.

Завершился симпозиум интерактивным голосованием всех делегатов относительно следующего места проведения Международного симпозиума по IgG4-СЗ. Среди претендентов выступали Италия, США, Канада и Япония, которая и получила почетное звание хозяйки следующей встречи. Предположительно следующий симпозиум пройдет в Саппоро в 2020 г. ■

Е.В. Сокол, ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

Стажировка в Медицинском центре Лейденского университета, Нидерланды

Предпосылкой к данной стажировке стала лекция профессора Т. Хайзинги, прошедшая в рамках конференции «Терапия ревматических заболеваний: проблемы эффективности и безопасности», состоявшейся в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в октябре 2015 г.

Меня заинтересовала точка зрения, объединяющая взгляды клинициста и фундаментального ученого, работающего в лаборатории. Хотелось бы отметить, что эта стажировка не состоялась бы без поддержки администрации Института ревматологии им. В.А. Насоновой.

Что касается организации ревматологической помощи в Нидерландах, то там при 17 млн населения имеется 46 ревматологических центров, оказывающих специализированную помощь больным с ревматическими заболеваниями (РЗ). Одним из наиболее крупных является отдел ревматологии в университете Лейдена, старейшем в Нидерландах. Медицинский центр Лейденского университета представляет собой крупное учреждение, объединяющее клинические и научные исследования, в том числе фундаментальные; и отдел ревматологии является его структурной единицей.

В нем под руководством проф. Тома Хайзинги трудится ряд известных ученых. Отдел можно условно разделить на две части: клиническую, занимающуюся эпидемиологическими и клиническими исследованиями, и лабораторную, посвященную фундаментальной и трансляционной науке. Важная особенность отдела заключается в том, что научная работа проводится врачами-клиницистами совместно с фундаментальными исследователями, а некоторые научные сотрудники совмещают работу с пациентами и исследования в лаборатории.

Мне выпала возможность лично поработать с некоторыми из сотрудников. Прежде всего, это директор отдела, проф. Том Хайзинга, врач-ревматолог, имеющий большой опыт курирования не только клинических, но и лабораторных исследований; профессор Рене Тус, биолог-иммунолог, заведующий лабораторным подразделением. Моим непосредственным руководителем была доктор Диане ван дер Вауде, также врач-ревматолог с опытом как эпидемиологических, так и трансляционных исследований.

Основу лабораторного подразделения составляют четыре исследовательские группы; под началом возглавляющих их опытных исследователей трудятся 12 аспирантов, 3 постдока, 6 лаборантов и 5 студентов магистратуры.

Одним из наиболее крупных проектов отдела ревматологии является когорта раннего артрита, существующая уже в течение 24 лет. В ней наблюдается почти 4000 человек. Особенностью данной когорты является то, что пациенты в нее включаются на самой ранней стадии, с артралгиями и недифференцированным артритом, и впоследствии регулярно наблюдаются в течение длительного времени.

Мне довелось принять участие в четырех различных трансляционных научных проектах:

1. Выработка различных видов антител к посттрансляционно модифицированным белкам.
2. Особенности трансплацентарной передачи антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) у беременных женщин с ревматоидным артритом.
3. Связь между инфекцией полости рта и АЦЦП-позитивным артритом
4. Влияние АЦЦП на атеросклероз.

Данная стажировка предоставила уникальную возможность посмотреть на проблемы РЗ с совершенно новой стороны — точки зрения фундаментального ученого, работающего в лаборатории. ■

Клинический ординатор ***М.Ю. Волков****, ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой*

Резолюция Совета экспертов: «Место ингибитора фосфодиэстеразы-4 в комплексном лечении среднетяжелого и тяжелого псориаза и активного псориатического артрита»

11 мая 2017 г. в Санкт-Петербурге состоялся междисциплинарный Совет экспертов в области дерматологии и ревматологии под председательством главного внештатного специалиста-ревматолога Минздрава России, президента Ассоциации ревматологов России (АРР), академика РАН, профессора, д.м.н. Е.Л. Насонова и вице-президента АРР, главного ревматолога Северо-Западного федерального округа, заслуженного деятеля науки Российской Федерации, академика РАН, президента СЗГМУ им. И.И. Мечникова, профессора, д.м.н. В.И. Мазурова.

Состав участников Совета экспертов: Д.И. Абдулганиева (Казань), И.Б. Беляева (Санкт-Петербург), А.А. Василенко (Великий Новгород), Н.Н. Везикова (Петрозаводск), А.И. Дубиков (Владивосток), Е.В. Жиляев (Москва), Е.П. Иливанова (Ленинградская область), О.В. Инамова (Санкт-Петербург), А.И. Куликов (Ростов-на-Дону), А.Ю. Куликов (Москва), Т.В. Коротаева (Москва), А.М. Лила (Санкт-Петербург), И.М. Марусенко (Петрозаводск), Л.В. Меньшикова (Иркутск), И.П. Малинина (Калининград), О.Б. Несмеянова (Челябинск), А.В. Петров (Симферополь), М.С. Петрова (Санкт-Петербург), Р.Р. Самигуллина (Санкт-Петербург), В.В. Тыренко (Санкт-Петербург), М.М. Хобейш (Санкт-Петербург), Н.Н. Шостак (Санкт-Петербург).

По данным разных авторов, псориатический артрит (ПсА) в общей популяции выявляется в 1–3% случаев. Распространенность ПсА среди больных псориазом варьирует от 7 до 40%. По результатам государственного статистического наблюдения, в Российской Федерации в 2015 г. было зарегистрировано 341 339 человек с диагнозом псориаз и 18 545 человек с диагнозом ПсА, из них 3695 – с диагнозом, установленным впервые в жизни. Из числа зарегистрированных больных с диагнозом ПсА на долю лиц в возрастной категории от 18 лет и старше приходится 97%, что в абсолютных числах составляет 18 069 человек.

Для лечения среднетяжелого и тяжелого псориаза в настоящее время рекомендованы системные средства (циклоспорин, метотрексат, производные ацитретина, системная фотохимиотерапия). В случае неэффективности, непереносимости стандартной системной небиологической терапии, а также при наличии сопутствующих заболеваний, исключающих возможность применения стандартной системной небиологической терапии, рекомендованы к применению генно-инженерные биологические препараты (ГИБП): инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, устекинумаб, секукинумаб.

К основным группам препаратов, применяемых для лечения ПсА на территории России, относятся нестероидные противовоспалительные средства, внутрисуставные глюкокортикоиды, базисные противовоспалительные препараты (БПВП). При неэффективности или непереносимости БПВП используются ГИБП: группа ингибиторов фактора некроза опухоли α (ФНОα) и группа ингибиторов интерлейкинов (ИЛ12/23 и ИЛ17).

При доказанной эффективности ГИБП в лечении псориаза и ПсА применение препаратов данной группы имеет ряд ограничений: выработка антител на вводимый препарат (это может повлечь за собой снижение эффекта от проводимой терапии); риск возникновения инфекционных заболеваний, реакции гиперчувствительности, в особенности при парентеральном введении препаратов, и др. Вышеперечисленные ограничения применения существующих методов терапии определяют необходимость создания новых эффективных и безопасных препаратов.

В России в 2016 г. был зарегистрирован препарат для лечения бляшечного псориаза среднетяжелой и тяжелой степени и активного ПсА – апремиласт, ингибитор фосфодиэстеразы 4-го типа (ФДЭ4). Данный препарат не является представителем класса стандартных БПВП или ГИБП. Апремиласт относится к новому классу малых молекул, или таргетных синтетических БПВП, и обладает рядом особенностей практического применения. С этим связана актуальность определения места данного лекарственного средства в алгоритме терапии псориаза и ПсА.

Целью Совета экспертов являлось рассмотрение результатов опыта применения апремиласта в рамках клинических испытаний, а также российских и зарубежных рекомендаций по ведению больных псориазом и ПсА для определения места препарата в терапии данных заболеваний и разработки рекомендаций для практического применения препарата.

Апремиласт обладает принципиально новым механизмом действия по сравнению с зарегистрированными препаратами для лечения псориаза и ПсА. Апремиласт специфически ингибирует ФДЭ4 внутри клеток, участвующих в процессе воспаления. При угнетении ФДЭ4 возрастает количество циклического аденозинмонофосфата (цАМФ), что в свою очередь ведет к подавлению воспалительной реакции за счет снижения продукции ФНОα, ИЛ12, ИЛ23, ИЛ17 и других провоспалительных факторов, а также повышения уровней противовоспалительных цитокинов, например ИЛ10.

В международных рандомизированных клинических исследованиях ESTEEM 1–2 и PALACE 1–4, в которых участвовали и российские исследователи, было показано, что апремиласт эффективен в лечении среднетяжелого и тяжелого псориаза, в том числе его проблемных форм (псориаза ногтей, волосистой части головы, ладонно-подошвенного псориаза) и ПсА. При ПсА апремиласт показал эффективность в отношении периферического артрита, дактилита, энтезита, спондилита, псориаза, а также достоверно повышал физическую активность пациентов и улучшал качество жизни больных. По результатам исследований было продемонстрировано, что пероральной прием 30 мг апремиласта 2 раза в день позволяет достичь улучшения ACR20, ACR50, ACR70, PASI75 соответственно у 61,3; 30,7; 12; 35,4% пациентов через 1 год терапии и у 66,5; 37,3; 21,0; 49,4% пациентов через 2 года терапии апремиластом. Опубликованные данные о результатах лечения апремиластом свидетельствуют о том, что эффективность терапии оставалась стабильной в течение 4 лет в рамках исследований. Согласно систематическому анализу, эффективность апремиласта в лечении ПсА сопоставима с эффективностью ингибиторов ФНОα через 24 нед терапии. Результаты прямого сравнительного исследования апремиласта и этанерцепта в лечении псориаза также свидетельствуют о сопоставимой эффективности данных препаратов: через 16 нед терапии ответ PASI75 был достигнут у 11,9% в группе плацебо, у 39,8 и 48,2% пациентов в группах получавших соответственно апремиласт и этанерцепт. В рамках клинических исследований было показано, что апремиласт эффективен как у пациентов, которые ранее не получали ГИБП, так и у пациентов, у которых предшествующая терапия биологическими препаратами и/или БПВП была неэффективной.

Наиболее частыми неблагоприятными реакциями на терапию апремиластом были диарея и тошнота, головная боль и инфекции верхних дыхательных путей. Сводный анализ данных по пациентам, принимавшим апремиласт в исследованиях ESTEEM и PALACE в течение 3 лет (1905 пациентов, 527 пациенто-лет), показал, что частота возникновения серьезных сердечно-сосудистых нежелательных реакций, злокачественных новообразований и тяжелых инфекций (на 100 пациенто-лет терапии) в группе пациентов, получавших апремиласт, была сопоставима с группой плацебо в течение плацебоконтролируемого периода (16 нед) и сохранялась на низком уровне при длительном лечении (данные представлены до 156-й недели терапии). В исследованиях не сообщалось о случаях тяжелых оппортунистических инфекций, активации латентного туберкулеза, значимом отклонении лабораторных показателей. Апремиласт не относится к классу ГИБП, что определяет ряд особенностей клинического применения препарата: отсутствие иммуногенности и, соответственно, «феномена ускользания эффекта» терапии, низкий риск развития серьезных инфекций, пероральный прием препарата. Назначение апремиласта не требует проведения специального лабораторного мониторинга.

Важно отметить, что на территории Российской Федерации в исследованиях PALACE 1–3 приняли участие центры из Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Казани, Новосибирска, Пензы, Кемерово, Ярославля, Нижнего Новгорода, Воронежа, Смоленска, Владимира, Рязани. В исследования было включено 126 пациентов в России, при этом общее число пациентов в вышеуказанных исследованиях составило 1493. Пациенты получали апремиласт в дозе 20 мг 2 раза в день (n=32) или 30 мг 2 раза в день (n=48) либо плацебо с последующим переходом на терапию апремиластом (n=46). «Заслепленный» период исследования продолжался до 52-й недели терапии, общая длительность терапии в рамках исследования составила 5 лет. На Совете экспертов были рассмотрены данные до 208-й недели терапии. Ретроспективный анализ результатов, полученных в российской когорте пациентов, показал, что в целом по исходным характеристикам пациенты, участвовавшие в исследованиях в России, соответствовали общей когорте пациентов в исследованиях PALACE 1, PALACE 2 и PALACE 3. Обращает на себя внимание тот факт, что частота мутилирующего артрита в российской группе пациентов (21%) была выше, чем в общей популяции пациентов (1%), при этом число больных с олигоартритом было ниже (8% пациентов в России, 29% пациентов в общей популяции). Почти в половине случаев наблюдалось сочетание спондилита с периферическим артритом

(47% больных), а также наличие дактилита – у 49% пациентов и энтезитов – у 68% пациентов. У больных со спондилитом среднее значение BASDAI составляло 6,8, что соответствует высокой активности спондилита. Среднее число болезненных и припухших суставов составляло соответственно 22 и 14 на момент включения в исследования. Распространенность поражения кожи у 68 (54%) больных была ⩾3%. Несмотря на наличие некоторых отличий по характеристикам включенных в исследования пациентов в России и общей когорте, эффективность апремиласта в когорте российских пациентов полностью соответствует эффективности, продемонстрированной в общей популяции пациентов в исследованиях PALACE 1, PALACE 2 и PALACE 3. На фоне терапии апремиластом в российской когорте отмечалось клиническое улучшение симптомов ПсА к 16-й неделе, при этом клинический ответ улучшался в течение первого года терапии: на 52-й неделе в группе пациентов, получавших 30 мг апремиласта 2 раза в день, ответ ACR20, ACR50 и ACR70 был достигнут у 55,2; 26,9 и 14,9% пациентов соответственно. Стабильный клинический ответ на терапию апремиластом сохранялся в течение 4 лет терапии. На 208-й неделе доля достигших ответа ACR20, ACR50 и ACR70 составляла соответственно 68,0; 44,9 и 22%. Неблагоприятные реакции, отмеченные как в плацебоконтролируемом периоде, так и на более поздних этапах наблюдения в исследованиях PALACE 1, PALACE 2 и PALACE 3 в российской когорте пациентов, соответствовали международным данным. В целом апремиласт показал долгосрочную эффективность и благоприятный профиль безопасности в лечении ПсА как в общей популяции пациентов, так и в российской когорте больных.

В 2015 г. апремиласт был включен в международные рекомендации по лечению псориаза и ПсА – GRAPPA, EULAR, NICE и др. С учетом положительного опыта применения препарата в рамках клинических исследований, в том числе на территории Российской Федерации, а также на основании международных рекомендаций апремиласт был включен в Российские федеральные клинические рекомендации по ведению больных псориазом и ПсА. В соответствии с рекомендациями апремиласт может быть назначен пациентам при неэффективности или непереносимости БПВП либо при наличии противопоказаний к их применению. Кроме того, апремиласт может быть альтернативной терапевтической опцией у пациентов с неэффективностью/непереносимостью ГИБП. Важно отметить, что своевременное назначение таргетной терапии пациентам со среднетяжелым и тяжелым псориазом, ПсА позволяет снизить активность воспалительного процесса, увеличить функциональную активность суставов, предотвратить повреждение суставных поверхностей и, в целом, не только улучшить качество жизни пациента, но и отдалить наступление инвалидности.

В рамках клинико-экономического анализа эффективности апремиласта в лечении ПсА в России в сравнении с препаратами, включенными в стандарты, клинические рекомендации, перечни жизненно необходимых и важных лекарственных препаратов (ЖНВЛП) и лекарственных препаратов для обеспечения отдельных категорий граждан (ОНЛС) и занимающими лидирующее положение на рынке (адалимумаб, устекинумаб и инфликсимаб), с целью расчета максимального эффекта применения апремиласта в рамках программы государственных гарантий были получены следующие результаты:

1. *Расчет исходя из коммерческой цены на апремиласт и зарегистрированных в госреестре цен на препараты сравнения:* стоимость курса терапии лекарственным препаратом апремиласт за весь период исследования (2 года) на 18% ниже стоимости лечения препаратом устекинумаб, на 33% ниже стоимости инфликсимаба и сопоставима по стоимости с адалимумабом.

2. *Расчет исходя из проектной цены апремиласта для включения в перечень ЖНВЛП*: стоимость курса терапии лекарственным препаратом апремиласт за весь период исследования (2 года) в среднем на 26% ниже стоимости лечения препаратами сравнения: устекинумабом, адалимумабом и инфликсимабом. Применение апремиласта приводит к снижению общих прямых затрат на оказание медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на 28% по сравнению с использованием таких лекарственных средств, как устекинумаб, адалимумаб и инфликсимаб, при переключении 1000 пациентов, а также на 21; 15; 42% при переключении одного пациента с терапии лекарственными средствами устекинумаб, адалимумаб и инфликсимаб соответственно. В денежном выражении экономия средств составляет 558 544 741 рубль.

Совет экспертов постановил:

• Апремиласт, ингибитор ФДЭ4, является представителем нового класса малых молекул, или таргетных синтетических БПВП, в лечении псориаза и ПсА. В ходе международных исследований было показано, что апремиласт эффективен в лечении различных проявлений ПсА (периферического артрита, энтезита, дактилита, спондилита), а также среднетяжелого, тяжелого бляшечного псориаза, в том числе псориаза проблемных локализаций. Для апремиласта характерно благоприятное соотношение риск/польза при длительном применении: стабильный эффект терапии, отсутствие иммуногенности, признаков гепато- и кардиотоксичности, низкий риск развития серьезных инфекций.

• Апремиласт продемонстрировал сходную краткосрочную и долгосрочную (в течение 5 лет) эффективность и безопасность в российской когорте пациентов с ПсА, включенных в международные исследования.

• В соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по лечению ПсА апремиласт рекомендуется больным с высокой активностью периферического артрита, энтезита и дактилита при неэффективности/непереносимости предшествующей терапии синтетическими БПВП или с противопоказаниями к их назначению, а также с неэффективностью/непереносимостью ГИБП или противопоказаниями к назначению ГИБП.

• Совет экспертов рекомендует включить апремиласт в перечни ЖНВЛП и ОНЛС для лечения активного ПсА, а также среднетяжелого, тяжелого псориаза у пациентов старше 18 лет. ■

КРАТКАЯ ИНСТРУКЦИЯ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ХУМИРА® (информация только для медицинских и фармацевтических работников). Наименование юридического лица, на имя которого выдано регистрационное удостоверение: ООО «ЭббВи», Россия. См. полную информацию о препарате в инструкции по применению. Номер регистрационного удостоверения: ЛС-002422. Международное непатентованное наименование: адалимумаб. Лекарственная форма: раствор для подкожного введения. В 0,8 мл раствора содержится активное вещество: адалимумаб 40 мг. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА. Хумира® (адалимумаб) представляет собой рекомбинантное моноклональное антитело, пептидная последовательность которого идентична IgG1 человека. Адалимумаб селективно связывается с фактором некроза опухоли альфа (ФНО-α) и нейтрализует его биологические функции. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ. Ревматоидный артрит, анкилозирующий спондилит, аксиальный спондилоартрит, псориатический артрит, ювенильный идиопатический артрит (с 2-х лет), болезнь Крона у взрослых и детей с 6 лет, язвенный колит, активный энтезит-ассоциированный артриту пациентов в возрасте от 6 лет и старше, неинфекционный увеит (средний, задний) и панувеит у взрослых, хронический бляшечный псориаз (среднетяжелой и тяжелой степени), хронический бляшечный псориаз (тяжелой степени) у детей с 4 лет. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. Гиперчувствительность к адалимумабу или любым его вспомогательным компонентам; беременность, период грудного вскармливания, детский возраст до 18 лет (кроме пациентов от 2 лет с ювенильным идиопатическим артритом, пациентов от 4 лет с хроническим бляшечным псориазом, пациентов от 12 лет с активным гнойным гидраденитом, пациентов от 6 лет с болезнью Крона (среднетяжелой и тяжелой степени) и пациентов от 6 лет с активным энтезит-ассоциированным артритом); инфекционные заболевания, в том числе туберкулез; совместный прием с другими генно-инженерными биологическими и противоревматическими препаратами (например, анакинра и абатацепт), в том числе антагонистами ФНО. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ. Рецидивирующие инфекции в анамнезе; носительство вируса гепатита В; злокачественные новообразования, в том числе в анамнезе; сердечная недостаточность; демиелинизирующие заболевания нервной системы, в том числе в анамнезе; пациенты старше 65 лет. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ. Наиболее часто — реакции в месте введения препарата, инфекции, новообразования, лейкопения, повышение концентрации липидов, головная боль, тошнота, рвота, боль в животе, сыпь. Полный список побочных эффектов в инструкции по применению препарата. ФОРМА ВЫПУСКА. Раствор для подкожного введения 40 мг/0,8 мл. Препарат в однодозовом шприце. Препарат во флаконе. Для получения более подробной информации о препарате, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению препарата или обратитесь в ООО «ЭббВи» по адресу: 125047, г. Москва, ул. Лесная, д. 7, БЦ «Белые Сады», здание «А». Тел.: +7 495 258-42-77, факс: +7 495 258-42-87.

* Kimel, et al. Adalimumab plus methotrexate improved SF-36 scores and reduced the effect of rheumatoid arthritis (RA) on work activity for patients with early RA. J Rheumatol 2008; 35:206-15.

abbvie

RUHUM170718

Благотворительная акция для детей в Институте ревматологии

31 мая, в преддверии Международного дня защиты детей, в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой состоялся праздник для маленьких пациентов детского отделения.

Есть дети, которые особенно нуждаются в заботе. Это маленькие пациенты с ревматическими заболеваниями. Большую часть своей жизни они вынуждены проводить в больничных палатах, на процедурах, под пристальным контролем врачей. Праздники для детей в стенах больницы происходят нечасто, но всегда приносят множество позитивных эмоций и помогают юным пациентам отвлечься от ежедневных лечебных процедур. Улыбки на их лицах не только воодушевляют врачей и родителей, но и приносят пользу здоровью.

Во время очередного праздника маленькие пациенты смогли почувствовать себя обычными детьми. Они играли с аниматорами, активно участвовали в конкурсах и викторинах, с интересом разворачивали подарки. Также в рамках праздника был организован интерактивный мастер-класс, на котором дети научились делать открытки и теперь могут дарить их друзьям, врачам и родителям.

«Защита детей от всех невзгод и болезней является одним из главных предназначений каждого взрослого человека, тем более педиатра. Мы, врачи, предоставляем нашим детям самую современную и эффективную терапию, в том числе высокотехнологичными препаратами, которые способны вернуть детям свободу движения и жизнь без боли. Но им нужна и психологическая поддержка, поэтому праздник, организованный благотворительной организацией “Возрождение”, стал для детей ярким событием, позволившим отвлечься от ежедневных лечебных процедур. Я верю, что положительные эмоции, которые ребята получили сегодня, помогут им быстрее справиться с болезнью», – отметила И.П. Никишина, руководитель лаборатории ревматических заболеваний детского возраста с реабилитационной группой.

Спонсоры мероприятия: «Пфайзер», «AbbVie Россия» и «Ф. Хоффманн-Ля Рош». ■

КАЛМИРЕКС®

Миорелаксант с оптимальной переносимостью

Помогает снять мышечный спазм

Не вызывает сонливости, можно управлять автомобилем

Улучшает периферический кровоток

Может применяться с седативными и снотворными препаратами

РУ ЛП-003821 от 06.09.16

МНН: Лидокаин + Толперизон
Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 2,5 мг/мл + 100 мг/мл №5 и №10
Информация для медицинских и фармацевтических работников

cotekc

НОВОСТИ

Переключение пациентов с оригинального инфликсимаба на его биоаналог не приводит к обострению заболевания

Недавно были представлены данные наблюдательного исследования датских ученых, включающего пациентов с ревматоидным артритом (РА), псориатическим артритом (ПсА) и анкилозирующим спондилитом (АС), переключенных с оригинального инфликсимаба (ИНФ) на его биоаналог СТ-Р13 по экономическим причинам. Данный регистр охватывает около 95% взрослого населения с ревматическими заболеваниями, активность заболевания контролируется как минимум 1 раз в 2 года и всякий раз при смене терапии. Учитывая доступность исторических данных из данного регистра, пациенты выступали в качестве собственного контроля в отношении колебаний активности заболевания до и после переключения, а также для сравнения эффективности терапии оригинальным препаратом и его биоаналогом.

В исследование было включено 802 пациента, активность заболевания анализировалась за 3 мес до переключения, в момент переключения и спустя 3 мес. Средний возраст больных составил 55 лет, пациенты ранее получали терапию ИНФ более 6 лет. Период наблюдения составил 413 дней. Доза биоаналога составила: в группе РА – 3,3 мг/кг каждые 8 нед, ПсА – 4,6 мг/кг каждые 7 нед, АС – 4,8 мг/кг каждые 8 нед. Проанализировав динамику активности заболевания, ученые не выявили ее значимых различий в периоды за 3 мес до переключения и спустя 3 мес после переключения. Частота обострений заболевания также была сопоставима в эти периоды наблюдения. Скорректированные коэффициенты «удержания» терапии в течение 1 года были несколько ниже в группе СТ-Р13 (83,4%) по сравнению с группой ИНФ (86,8%), следовательно, скорректированная разница составила 3,4%. По мнению авторов, это не обязательно связано с самим препаратом, а может зависеть от негативного отношения к нему. Пациенты, у которых предшествующая терапия ИНФ проводилась более 5 лет, имели более высокий коэффициент «удержания».

Сходные результаты об отсутствии динамики активности заболевания при переключении на СТ-Р13 были получены норвежскими учеными в рандомизированном исследовании NOR-SWITCH.

Препарат СТ-Р13 был одобрен FDA в апреле 2016 г., а в январе 2017 г. был разработан проект руководства об использовании биоаналогов в реальной клинической практике, который в настоящее время дорабатывается.

II Академический саммит «Ревматология: Стратегия принятия решений» (2–3 ноября 2016 г., Новосибирск)

2–3 ноября 2016 г. в Новосибирске в конгресс-центре отеля «DoubleTree by Hilton Novosibirsk» состоялся II Академический саммит «Ревматология: Стратегия принятия решений». Организаторами данного мероприятия выступили Федеральное агентство научных организаций (ФАНО) России, Российская академия наук, ФГБУ «Сибирское отделение медицинских наук», Минздрав Новосибирской области, Общероссийская общественная организация «Ассоциация ревматологов России» (АРР), ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии» (НИИКЭЛ), ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой.

В открытии саммита приняли участие руководитель Сибирского территориального управления ФАНО России (Новосибирск) А.А. Колович, научный руководитель ФГБНУ НИИКЭЛ (Новосибирск) академик РАН В.И. Коненков. Научный руководитель ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, главный внештатный специалист-ревматолог Минздрава России, президент АРР академик РАН Е.Л. Насонов выступил с приветствием к участникам мероприятия по телемосту из Москвы.

В работе саммита приняли участие 300 ученых, ревматологов, кардиологов, травматологов, дерматологов, специалистов лучевой диагностики и терапевтов из многих регионов Российской Федерации. В течение 2 дней работы конференции состоялись собственно саммит, панельная дискуссия «Академический час», посвященная таргетной терапии ревматических заболеваний (РЗ), 3 пленарных заседания, постерная сессия, в рамках которой прошел конкурс молодых ученых «Актуальные вопросы ревматологии», и мастер-класс, на которых было сделано 24 доклада. В холле отеля была организована выставка, в работе которой приняли участие 11 фармацевтических компаний.

Академический саммит начал свою работу с программных выступлений ведущих экспертов России в области ревматологии, иммунологии, цитологии, генетики и молекулярной биологии. Академик РАН В.И. Коненков (НИИКЭЛ) выступил с сообщением «Иммуногенетика ревматических болезней: смена парадигм». Академик РАН В.А. Козлов (Новосибирск) в своем выступлении «Проблема поломки иммунологической толерантности в клинике аутоиммунных заболеваний» представил современные знания в области молекулярных и клеточных основ патогенеза аутоиммунных заболеваний, особое внимание уделив проблемам поломки иммунологический толерантности. Академик РАН Н.А. Колчанов (Новосибирск) выступил с лекцией «Фармакология, биоинформатика и системная биология», в которой затронул вопросы поиска новых высокоэффективных фармпрепаратов для лечения РЗ с позиции современных знаний в области системной биологии и биоинформатики. Профессор А.В. Гордеев (НИИР им. В.А. Насоновой) сделал доклад на тему «Мультидисциплинарные эффекты противоревматической терапии».

Огромный интерес аудитории вызвала панельная дискуссия «Академический час», на которой обсуждался комплекс вопросов по теме «Таргетная терапия ревматических заболеваний: назад в будущее».

Первое пленарное заседание саммита было посвящено теме «Таргетная терапия ревматических заболеваний. Дистанция в 15 лет». К.м.н. И.О. Смитиенко (Москва) выступил с сообщением «Ингибиторы фактора некроза опухоли α в лечении ревматических заболеваний: 15-летний опыт», в котором проследил эволюцию взглядов на вопросы эффективности и безопасности подобной терапии. Профессор Г.В. Лукина (НИИР им. В.А. Насоновой) в своем докладе «Анти-ИЛ6 и анти-CD20 моноклональные антитела в лечении аутоиммунных заболеваний: анализ данных российских регистров» поделилась с участниками бесценным опытом успешной организации многоцентровых исследований эффективности и безопасности биологических препаратов в реальной клинической практике. Профессор Н.В. Чичасова (Москва) в лекции «Результаты применения стратегии T2T в клинической практике: российский опыт» представила коллегам основные достижение внедрения стратегии «Лечение до достижения цели» в курацию больных РА в нашей стране. В своем сообщении «Ингибирование внутриклеточных сигнальных путей – новые возможности терапии ревматоидного артрита» к.м.н. М.А. Королев представил современные данные о новых перспективных таргетных синтетических препаратах с точкой приложения на тирозиновые протеинкиназы и их нише в лечении РА.

Д.м.н. Е.А. Галушко (НИИР им. В.А. Насоновой) в своем докладе «Современные «мишени» терапии ревматических заболеваний» на основании последних успехов в изучении патогенеза аутоиммунных заболеваний, сделала актуальных обзор данных о перспективных терапевтических таргетах с акцентом на интерлейкин (ИЛ)17 и ИЛ23.

Второй день работы саммита открылся пленарной лекцией профессора Н.Л. Това (Новосибирск) и профессора Е.А. Мовчан (Новосибирск) «Поражение почек при первичных васкулитах сосудов большого и среднего калибра», которая вызвала живой интерес аудитории и широко обсуждалась в рамках интерактивной дискуссии.

Второе пленарное заседание было посвящено теме «Метаболические заболевания скелета. Нарушение ремоделирования хрящевой и костной ткани». Профессор Н.В. Чичасова выступила с докладом «Современная стратегия лечения остеоартрита», в котором осветила проблемы факторов риска развития заболевания, классификационных критериев, подходов к лечению и профилактике остеоартрита (ОА). Сообщение к.м.н. А.Э. Сизикова (Новосибирск) содержало современные данные об основных принципах локальной терапии ОА, с фокусом на препараты гиалуроновой кислоты.

К.м.н. С.А. Макаров (НИИР им. В.А. Насоновой) представил современные данные об особенностях эндопротезирования крупных суставов у больных с РЗ. Д.м.н. А.В. Смирнов (НИИР им. В.А. Насоновой) выступил с докладом «Возможности МРТ-диагностики ревматических заболеваний». Сообщение к.м.н. М.А. Королева было посвящено вопросам таргетной терапии системного остеопороза.

Впервые в рамках Академического саммита была проведена постерная сессия, в рамках которой состоялся конкурс молодых ученых «Актуальные вопросы ревматологии».

В ходе работы третьего пленарного заседания состоялись разборы клинических случаев.

Завершил работу саммита мастер-класс «Рентгенологическая диагностика ранних форм ревматических заболеваний». Участники саммита выразили глубокое удовлетворение научной программой мероприятия, охватившей основные направления и проблемы научно-практической ревматологии, а также выразили благодарность за отличную организацию работы II Академического саммита. ■

К.м.н. ***М.А. Королев****,*
ФГБНУ «Научно-исследовательский институт клинической и экспериментальной лимфологии»

РОССИЙСКИЕ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ РОССИЙСКОЙ РЕВМАТОЛОГИИ

BIOCAD на VII Съезде ревматологов России

Разработка современных инновационных препаратов для терапии ревматических и других аутоиммунных заболеваний на территории Российской Федерации многим до сих пор кажется мифом. Однако компания BIOCAD показала, что полный цикл разработки оригинальных генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) российскими учеными – это реальность.

Сегодня в портфеле компании BIOCAD 7 препаратов для терапии ревматических заболеваний на различных стадиях разработки, 4 из них – оригинальные молекулы, 3 – биоаналоги.

VII Съезд ревматологов России – главное мероприятие для практикующих врачей, позволяющее обменяться последней профессиональной информацией, и площадка для обсуждения новых научных идей и проектов в области разработки лекарственных препаратов.

На торжественном открытии VII Съезда ревматологов России вице-президент компании BIOCAD по исследованиям и разработкам Роман Иванов выступил с докладом «**Российские разработки в области терапии аутоиммунных ревматических заболеваний – новые сферы сотрудничества**». Специалистам в различных областях науки и клинической практики были представлены проекты, над которыми работает компания совместно с ведущими учеными в области терапии аутоиммунных заболеваний и онкологии.

26 апреля научная программа Съезда открылась сателлитным симпозиумом **«Оригинальные и воспроизведенные инновационные препараты для лечения аутоиммунных заболеваний. Эволюция технологий в России»**.

Дмитрий Евгеньевич Каратеев, врио директора ФГБНУ НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой, профессор, д.м.н., представил Научную программу клинических исследований компании BIOCAD.

BIOCAD – компания полного цикла с самым большим в России объемом инвестиций в исследования и разработку (R&D); большое внимание уделяется качеству продукции на всех стадиях процесса от разработки до производства. BIOCAD следует всем необходимым международным требованиям и рекомендациям в области разработки лекарственных средств. Научные исследования компании соответствуют стандартам доказательной медицины и проводятся в соответствии с требованиями FDA, EMA.

Наличие в портфеле компании доступных биоаналогов ГИБП позволяет лечить все большее количество пациентов не только с ревматологической, но и с онкологической патологией. Поиск новых молекул и разработка новых препаратов отвечают неудовлетворенным потребностям, которые существуют в области терапии аутоиммунных заболеваний и открывает все большие перспективы в лечении пациентов.

Тесное взаимодействие с научным сообществом позволило компании занять лидирующие позиции в области разработки и производства биотехнологических лекарственных препаратов.

Александр Михайлович Лила, проректор по учебной работе Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова г. Санкт-Петербурга, профессор, д.м.н., в докладе «Применение биоаналога моноклональных антител к В-лимфоцитам в терапии ревматоидного артрита. Результаты клинического исследования ALTERRA» остановился на важных аспектах завершенных клинических исследований российского биоаналога ритуксимаба, которые свидетельствуют об эквивалентности показателей эффективности, безопасности и иммуногенности российского биоаналога и оригинального препарата.

Разработка препарата, объем и методология его исследований соответствуют современным международным рекомендациям. Исследование BIORA у больных РА продемонстрировало возможность безопасного переключения в терапии с оригинального препарата на биоаналог без повышения частоты/тяжести нежелательных явлений или ухудшения исходов лечения. Российский биоаналог ритуксимаба признан взаимозаменяемым с оригинальным препаратом.

Евгений Львович Насонов, академик РАН, президент «Ассоциации ревматологов России», подробно осветил Программу разработки оригинальных препаратов для терапии

аутоиммунных заболеваний: моноклонального антитела к ИЛ17, к рецептору ИЛ6 и биспецифического моноклонального антитела к ФНОα/ИЛ17. Разработка инновационных ГИБП направлена на поиск новых мишеней и более высокую эффективность в отношении существующих мишеней. Несмотря на то что этот процесс требует серьезных усилий и вложений, многие фармацевтические компании ведут свой поиск, в их числе и российская биотехнологическая компания BIOCAD. Новые препараты находятся на разных стадиях клинических исследований, но уже сейчас можно сделать определенные выводы, которые позволяют нам с оптимизмом смотреть в будущее в отношении таких серьезных заболеваний, как анкилозирующий спондилит, псориатический артрит, псориаз, ревматоидный артрит.

27 апреля при поддержке фармацевтических компаний прошла пресс-конференция с участием академиков РАН **Е.Л. Насонова**, **В.И. Мазурова**, профессора **М. Кутоло (Генуя, Италия)**; заместителя генерального директора компании BIOCAD **А.В. Торгова**, президента общества больных ревматическими заболеваниями «Надежда» **Н.А. Булгаковой**.

На пресс-конференции в числе обсуждаемых были вопросы, касающиеся выхода на рынок препаратов российского производства, влияния государственной политики импортозамещения на обеспеченность пациентов препаратами ГИБП. ■

Ревматолог и Я

приложение для пациентов

Панникулит – без паники

Что нужно знать пациенту

Панникулиты – группа воспалительных заболеваний с поражением подкожной жировой клетчатки, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Частота панникулитов в разных регионах мира широко варьирует. При этом болезнь встречается во всех возрастных группах, но чаще страдают панникулитом женщины трудоспособного возраста 18–30 и 45–60 лет, причем заболевание серьезно ограничивает их физическую активность. Без эффективного лечения через 5–10 лет около трети больных становятся инвалидами. Очень часто они чувствуют себя беспомощными из-за боли, слабости, неспособности к самообслуживанию. Это нередко приводит к хроническому стрессу, депрессии.

История болезни

Термин «панникулит» возник в 1911 г. Однако несколько ранее, в 1892 г., впервые был описан «синдром очаговой дистрофии» подкожной жировой клетчатки с локализацией узлов на щеках, молочных железах, верхних и нижних конечностях, что сопровождалось прогрессирующей слабостью. В 1894 г. впервые были отмечены аналогичные изменения на ногах и груди без поражения внутренних органов. Позднее врач-академик А.И. Абрикосов обозначил подобные образования термином «олеогранулема» и в дальнейшем разработал классификацию олеогранулем, которая почти полностью совпадает с классификациями панникулитов, появившимися позже.

Классификация панникулитов

Следует отметить, что единая общепринятая классификация панникулитов на сегодняшний день отсутствует. Рядом авторов предложено группировать панникулиты в зависимости от происхождения и гистоморфологической картины. Принято выделять два вида панникулитов: преимущественно септальный и преимущественно лобулярный. При септальном панникулите воспалительные изменения локализуются больше в соединительнотканных перегородках (септах) между жировыми дольками. Лобулярный характеризуется в основном поражением самих жировых долек. Оба типа панникулитов могут протекать с васкулитом и без него.

Преимущественно септальный панникулит без васкулита – такие заболевания, как узловатая эритема, липоидный некробиоз, эозинофильный фасциит, синдром эозинофилии-миалгии.

Преимущественно септальный панникулит с васкулитом – поверхностный мигрирующий тромбофлебит, узелковый полиартрит, кожная форма узелкового полиартериита.

Преимущественно лобулярный панникулит без васкулита – идиопатический лобулярный панникулит (болезнь Вебера–Крисчена), цитофагический гистиоцитарный панникулит, липодерматосклероз, физический (посттравматический) панникулит, неонатальный панникулит, постстероидный панникулит, панникулит, связанный с системными заболеваниями, панкреатический, люпус-панникулит, подкожный саркоид, кальцифилаксия, лейкемия и лимфома, инфекционный панникулит.

Преимущественно лобулярный панникулит с васкулитом – узелковый васкулит, индуративная эритема Базена, лепрозная узловатая эритема, феномен Люцио (диффузная лепроматозная лепра), нейтрофильный лобулярный панникулит, ассоциированный с ревматоидным артритом.

Причины возникновения панникулита

До сих пор неясно, почему развивается данное заболевание. Вероятно, это связано с воздействием на организм многих факторов. Известно, что некоторые люди генетически предрасположены к панникулиту, но важно знать, что болезнь при этом никогда не передается от родителей к детям. У некоторых пациентов панникулит начинается после перенесенной серьезной инфекции. Другие существенные факторы, которые могут спровоцировать развитие заболевания, – переохлаждение, сильный стресс, травма, прием сильнодействующих лекарственных препаратов. Доказано также, что при ревматических болезнях, заболеваниях поджелудочной железы, злокачественных новообразованиях и других заболеваниях увеличивается риск развития панникулита. Однако у большинства больных первые симптомы болезни появляются без видимой причины, на фоне полного здоровья.

Ученым удалось понять многие механизмы развития панникулита. Его сущность состоит в нарушении функции иммунной системы. В некоторых клетках возникает процесс нарушения перекисного окисления липидов. Другие клетки иммунной системы начинают вырабатывать слишком много веществ (медиаторов), вызывающих воспалительную реакцию, и, как следствие, возникают боль и повреждение собственных тканей организма. Поэтому основная цель лечения панникулитов – уменьшение чрезмерной активности «иммунных» клеток и продуцирования ими вредных для организма веществ.

Как распознать панникулит?

Основной клинический признак септального панникулита – болезненные, изолированные друг от друга, четко отграниченные от окружающей ткани узлы, которые имеют различную окраску (от телесной до синюшно-розовой), диаметром до 5 см. Уплотнения локализуются, как правило, на ногах, регрессируют без образования язв и рубцов. При лобулярном панникулите узлы чаще множественные, с преимущественной локализацией на ногах и руках, реже – на груди, животе. Иногда узлы сливаются друг с другом, формируют конгломераты и обширные бляшки с неровными контурами и бугристой поверхностью. Обычно узлы рассасываются в течение нескольких недель, оставляя «блюдцеобразные» западения кожи вследствие атрофии подкожной жировой клетчатки, в которых могут откладываться кальцинаты. Иногда узел вскрывается с выделением маслянисто-пенистой массы, а затем формируются плохо заживающие изъязвления и атрофические рубцы.

Беременность при панникулите

Часто септальный панникулит выявляется в первом триместре беременности и протекает благоприятно. Возможны рецидивы заболевания через 3–6 мес после родов, поэтому всю беременность больная должна наблюдаться у ревматолога и акушера-гинеколога. Проведение терапии значимо не влияет на процесс родоразрешения и состояние здоровья плода.

К какому врачу обратиться?

Учитывая многообразие клинических проявлений панникулита, иногда заболевшему человеку довольно трудно сориентироваться, к какому врачу обратиться в начале болезни.

При любых изменениях самочувствия рекомендуется обращаться к терапевту. После проведения анализов он сможет предположить диагноз и направит больного к ревматологу. Дополнительно могут потребоваться консультации пульмонолога, дерматолога, флеболога, гематолога, онколога, эндокринолога. Так как панникулиты нередко ассоциированы с хроническими инфекциями, полезно будет обследоваться и у инфекциониста. Помощь в лечении окажет также диетолог.

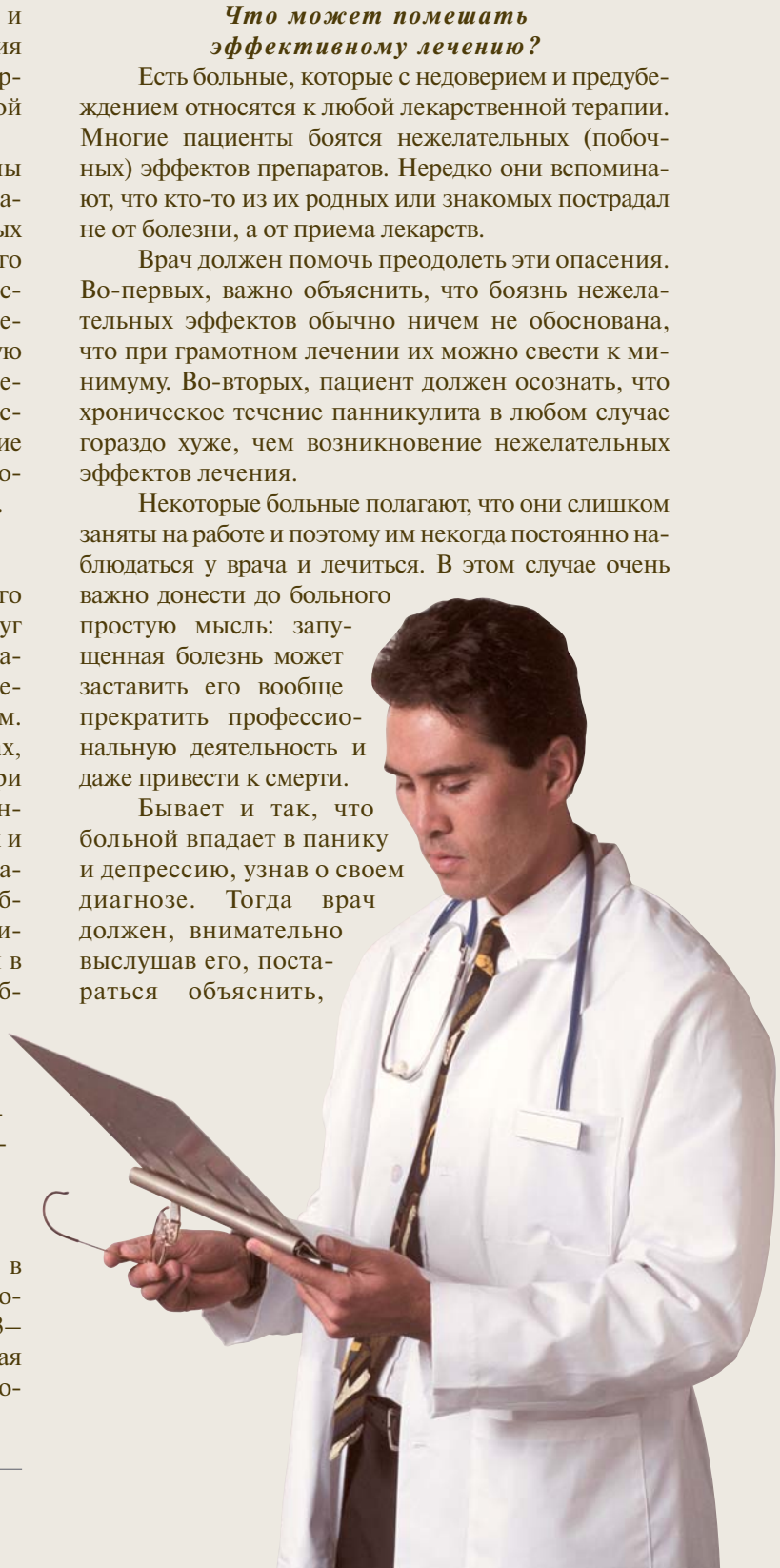
Что может помешать эффективному лечению?

Есть больные, которые с недоверием и предубеждением относятся к любой лекарственной терапии. Многие пациенты боятся нежелательных (побочных) эффектов препаратов. Нередко они вспоминают, что кто-то из их родных или знакомых пострадал не от болезни, а от приема лекарств.

Врач должен помочь преодолеть эти опасения. Во-первых, важно объяснить, что боязнь нежелательных эффектов обычно ничем не обоснована, что при грамотном лечении их можно свести к минимуму. Во-вторых, пациент должен осознать, что хроническое течение панникулита в любом случае гораздо хуже, чем возникновение нежелательных эффектов лечения.

Некоторые больные полагают, что они слишком заняты на работе и поэтому им некогда постоянно наблюдаться у врача и лечиться. В этом случае очень важно донести до больного простую мысль: запущенная болезнь может заставить его вообще прекратить профессиональную деятельность и даже привести к смерти.

Бывает и так, что больной впадает в панику и депрессию, узнав о своем диагнозе. Тогда врач должен, внимательно выслушав его, постараться объяснить,



что своевременное грамотное лечение позволяет контролировать болезнь и избежать инвалидности.

Есть еще одна категория больных – это те, кто любит запасаться множеством лекарств, ориентируясь на рекламу (как правило, недобросовестную). Очень важно убедить таких пациентов в том, что самолечение «под руководством» рекламы может только навредить.

Как показывает практика, многие пациенты при возникновении первых симптомов панникулита долго занимаются самолечением или лечатся у врачей других специальностей (у терапевта, дерматолога, хирурга, онколога). Поэтому установление правильного диагноза, а следовательно, и назначение лечения затягиваются – на год, а то и больше. Самое важное, что должен всегда помнить пациент: при наличии болезненных красных уплотнений необходимо как можно скорее попасть на прием к ревматологу.

Медикаментозное лечение панникулита

Медикаментозная терапия является основным методом лечения панникулита. При некоторых вариантах болезни перспективными методами считаются также физиотерапия и санаторно-курортное лечение. Основная цель медикаментозной терапии – достижение ремиссии или, по меньшей мере, сокращение длительности и снижение выраженности воспалительного процесса и улучшение качества жизни пациента.

Для лечения используют комплекс препаратов. С одной стороны, это симптоматические лекарственные средства (нестероидные противовоспалительные препараты и глюкокортикоиды – ГК), с другой – препараты, влияющие на патогенез болезни: базисные противовоспалительные и генно-инженерные биологические препараты (ГИБП).

Медикаментозное лечение панникулитов может давать очень хорошие результаты, но требует тщательного контроля, который должен осуществлять квалифицированный ревматолог. Разработана целая система такого контроля. В начале лечения

пациент должен посещать врача не реже одного раза в 1–3 мес. Помимо осмотра назначаются анализы крови, наиболее часто – в первые 6 мес лечения, когда требуются подбор эффективной дозы препарата и оценка риска нежелательных реакций. При септальном панникулите ежегодно делается компьютерная томография (КТ) грудной клетки для оценки прогрессирования болезни. Схема лечения по решению ревматолога может меняться. При этом чрезвычайно важны доверительные отношения между больным и врачом. После достижения хорошего эффекта терапии рекомендуется показываться ревматологу не реже одного раза в 6 мес.

Другая сторона контроля – оценка показателей безопасности лечения. Схема такого контроля зависит от того, какие препараты назначены больному. Например, при приеме циклофосфана или микофеналата мофетила нужно контролировать функцию печени, число кровяных клеток. При назначении ГИБП внутривенное введение проводится в условиях специально оборудованного процедурного кабинета под наблюдением врача. Особое внимание уделяется диагностике латентной («молчащей») туберкулезной инфекции, для чего перед назначением терапии необходимо сделать реакцию Манту и КТ легких. Обязательно определение маркеров инфекции вирусами гепатита В и С, носительство которых может быть (как и туберкулезная инфекция) абсолютным или относительным противопоказанием для назначения любого ГИБП.

Подведем некоторые итоги. Успеху лечения при панникулите могут способствовать многие факторы. Часть их зависит от врача. Это его квалификация позволяет рано распознать заболевание и незамедлительно начать лечение, контролировать ход лечения (оценка параметров тяжести и прогрессирования заболевания), поддерживать и укреплять желание пациента лечиться. Не менее важны факторы, которые зависят от пациента, – настрой на лечение, доверие к медицинским работникам (и врачам, и медсестрам). И, конечно, одно из главных условий успеха терапии – строгое соблюдение пациентом рекомендаций, касающихся образа жизни и правил лечения тем или иным лекарством.

Как жить с диагнозом «панникулит»

Если вам поставили диагноз «панникулит», то это не значит, что жизнь закончилась. Старайтесь победить болезнь, может быть, не в прямом смысле. Да, вероятно, вы будете в чем-то ограничены. Но миллионы людей и с более тяжелыми заболеваниями живут яркой, полной впечатлений жизнью! Значит, сможете и вы. Что для этого нужно сделать?

• Прислушивайтесь к себе. Если вы устали, то лягте и отдохните. Возможно, вам придется перестроить свой график дня. Но лучше подремать несколько раз в день, чем работать до изнеможения и регулярно повышать риск рецидива.

• Изучите все признаки перехода заболевания в период обострения. Обычно его провоцируют сильные стрессы, переохлаждение, травмы, простуда и даже употребление некоторых продуктов. Стоит по возможности избегать провоцирующих факторов, и жизнь сразу станет чуточку веселее. Давайте себе умеренную физическую нагрузку. Лучше всего заниматься плаваньем или йогой.

• Бросьте курить и старайтесь избегать пассивного курения. Не стоит рисковать долгими годами жизни из-за сигареты.

• Примите свой диагноз, изучите все про болезнь, расспросите врача обо всем, что вам непонятно, и вздохните спокойно. Панникулит сегодня не приговор. Если нужно, не стесняйтесь просить родных и близких поддержать вас. ■

Д.м.н. ***Б.С. Белов****, к.м.н.* ***О.Н. Егорова****,*
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;2(31):1–12.

Тираж – 2000 экз.

Отпечатано в типографии **«Деком»**