RHEUMATOLOGY OF KAZAKHSTAN
Scientific and practical specialized journal

ҚАЗАҚСТАН
РЕВМАТОЛОГИЯСЫ

Ғылыми-практикалық мамандандырылған журнал

№1 | 2021

QCR
Республиканское общественное объединение
КАЗАХСКАЯ КОЛЛЕГИЯ РЕВМАТОЛОГИИ

РОО «Казахская коллегия ревматологии»
НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова»
ООО «Ассоциация ревматологов России»

QCR 2022

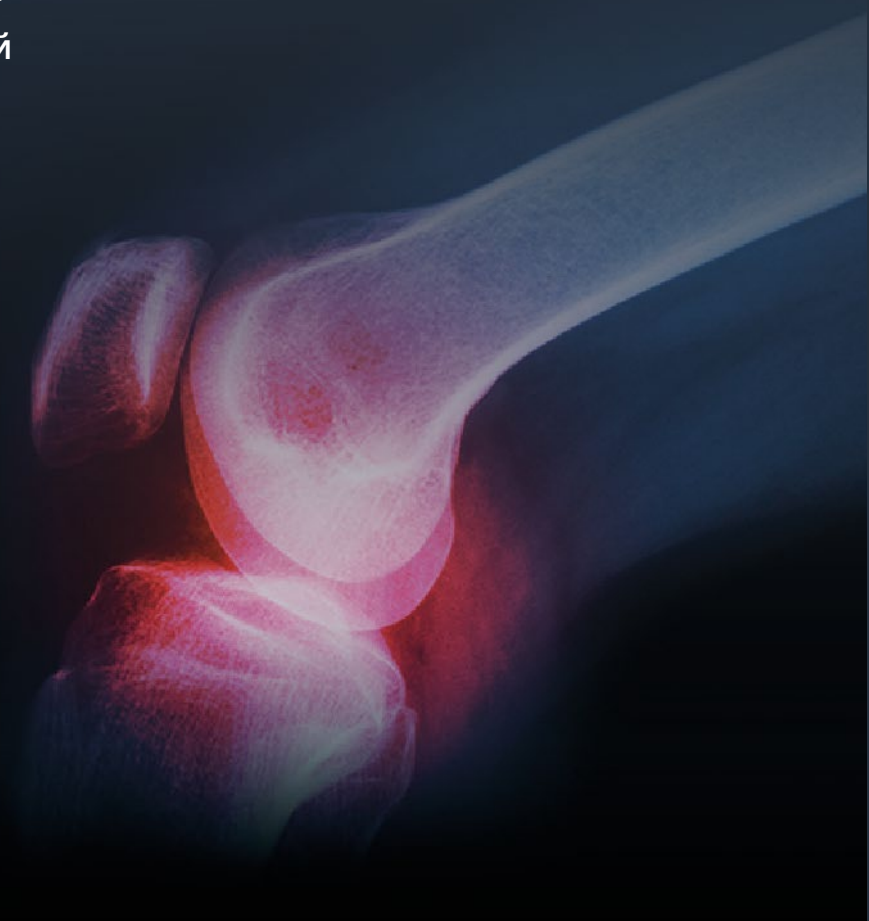
VI Евразийский Конгресс ревматологов

с международным участием

13-14 мая 2022

В программе:

- Состояние ревматологической службы
- Достижения научно-практической ревматологии
- Организационные проблемы ревматологической службы
- Клинические аспекты, инновационные подходы к ранней диагностике и лечению ревматических заболеваний



ҚАЗАҚСТАН
РЕВМАТОЛОГИЯСЫ

Ғылыми-практикалық мамандандырылған журнал

Научно-практический специализированный журнал «Ревматология Казахстана»
“Rheumatology of Kazakhstan” Scientific and practical specialized journal

Иесі мен құрылтайшысы: «Қазақ ревматология алқасы» республикалық қоғамдық бірлестігі
Собственник и учредитель: Республиканское общественное объединение «Казахская коллегия ревматологии»
Owner and founder: Republican Public Association “Qazaq College of Rheumatology”

Журнал ҚР Ақпарат және қоғамдық даму министрлігінде тіркелген
№KZ74VPY00032259, тіркеу куәлігі 11.02.2021 жылы
Журнал зарегистрирован в Министерстве информации и общественного развития РК
№KZ74VPY00032259, свидетельство о регистрации от 11.02.2021 года
Шығу жиілігі: Тоқсан сайын
Периодичность: Ежеквартально
Frequency: Quarterly

Бас редактор: Ғалымжан Тоғызбаев, м. ғ. д., профессор, «Қазақ ревматология алқасы» РҚБ төрағасы, ҚР ДСМ штаттан тыс бас ревматологы
Главный редактор: Галымжан Тогизбаев, д.м.н., профессор, председатель РОО «Казахская коллегия ревматологии», главный внештатный ревматолог МЗ РК
Editor-in-chief: Galymzhan Togizbayev, MD, Professor, Chairman of the ROO «Qazaq College of Rheumatology», Chief external rheumatologist of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan

Редакция алқасы/Редакционная коллегия/Editorial Board:

Eugene J. Kucharz (Катовица, Польша)
Matucci Marco C. (Флоренция, Италия)
Feist Eugen (Гоммерн, Германия)
Абишева Сауле Тлеубаевна (Нұр-Сұлтан, Қазақстан)
Асылбекова Макеш Куантаевна (Нұр-Сұлтан, Қазақстан)
Аубакирова Бахыт Амантаевна (Нұр-Сұлтан, Қазақстан)
Баймухамедов Чокан Тлеукулович (Шымкент, Қазақстан)
Горемыкина Майя Валентиновна (Семей, Қазақстан)
Дербисалина Гульмира Ажмадиновна (Нұр-Сұлтан, Қазақстан)
Дильманова Дина Сатыбалдиновна (Алматы, Қазақстан)
Жусупова Айнаш Ахаевна (Нұр-Сұлтан, Қазақстан)
Иванова Райфа Латыфовна (Семей, Қазақстан)
Исаева Бахытшолпан Габдулхакимовна (Алматы, Қазақстан)
Кабыкенова Раушан Касымовна (Алматы, Қазақстан)
Каратеев Дмитрий Евгеньевич (Мәскеу, Ресей)
Кузденбаева Раиса Салмаганбетовна (Алматы, Қазақстан)
Лила Александр Михайлович (Мәскеу, Ресей)
Мазуров Вадим Иванович (Санкт-Петербург, Ресей)
Машкунова Ольга Васильевна (Алматы, Қазақстан)
Мартусевич Наталья Альбертовна (Минск, Беларусь)
Мукушева Зауре Серикпаевна (Нұр-Сұлтан, Қазақстан)
Насонов Евгений Львович (Мәскеу, Ресей)
Хабижанов Болат Хабижанович (Алматы, Қазақстан)
Хабижанова Венера Болатовна (Алматы, Қазақстан)
Цурко Владимир Викторович (Мәскеу, Ресей)
Ялкин Шухрат Шакурович (Алматы, Қазақстан)

Шығарушы редактор/Выпускающий редактор/Issuing Editor:
Нұртолқын Карманова

Журналисттер/Журналисты: Айбала Шеру, Наргиз Есиркепова
Корректоры/Корректор: Разия Макетова
Техникалық редактор/Технический редактор: Оксана Канахина
Дизайн мен теру/Дизайн и верстка: Татьяна Терещенко
Фотограф: Айбала Шеру

Редакцияның мекен-жайы/Адрес редакции:
050010 Қазақстан Республикасы, Алматы қ., Достық д-лы, 210б
моб. +7 701 722 9644
E-mail: nur-karmanova@yandex.kz, secretary.qcr@mail.ru

№1 | 2021

Барлық құқықтар қорғалған. Ақпараттың шынайылығына авторлар мен жарнама берушілер жауап береді. Редакция авторлар мен кеңесшілердің пікірімен бөліспеуі мүмкін. Барлық мақалалар міндетті түрде екі жақты жабық рецензиялаудан өтеді. Қолжазбалар ғылыми және әдеби редакциядан өтеді. Журнал редакциясына материалдарды жіберу отырып, автор жариялау ережелерімен және өз материалдарын ашық қол жетімді орналастыруға келіседі. Редакция рецензенттердің қорытындысы бойынша авторлармен хат алмаспайды.

Все права защищены. Ответственность за достоверность информации несут авторы и рекламодатели. Редакция может не разделять мнения авторов и консультантов. Все статьи в обязательном порядке проходят двустороннее слепое рецензирование. Рукописи проходят научное и литературное редактирование. Направляя материалы в редакцию журнала, автор заведомо соглашается с правилами публикации и на размещение своих материалов в открытом доступе. Редакция не вступает в переписку с авторами по поводу заключения рецензентов.

«Print House Gerona» баспаханасында басылған, Алматы қ., Сәтпаев к-сі, 30а/3
Отпечатано в типографии «Print House Gerona», г. Алматы, ул. Сатпаева, 30а/3

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Актуальные вопросы ревматологической службы в Казахстане. *Г.А. Тогизбаев* 6

COVID-19

Клинические рекомендации по вакцинации против COVID-19 для пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ) 11

Суставные проявления постковидного синдрома: серия случаев и обзор литературы. *Ч.Т. Баймухамедов, Г.Н. Досыбаева, А.К. Ботабекова* 17

ОБЗОРЫ

Остеопороз при хронической болезни почек – систематический обзор. *В.Б. Хабижанова, С.А. Тулеутаева, А.А.Таутаева, Д.Е. Нугманов* 26

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Эффективность лечения остеоартрита коленного и тазобедренного суставов комбинированным препаратом хондроитина сульфата и глюкозамина гидрохлорида: промежуточные результаты российского наблюдательного исследования. *А.М. Лила, Л.И. Алексеева, К.А. Телышев, А.А. Баранов, Е.А. Трофимов* 32

ХРОНИКА СОБЫТИЙ

Итоги научно-практической конференции «Аутоиммунные заболевания: междисциплинарные вопросы» 42

Итоги научно-практической конференции «Смежные проблемы в ревматологии» с панельной дискуссией экспертов 46

На Конгрессе ревматологов Казахстана принимаются решения об улучшении качества оказания медицинской помощи пациентам с социально значимыми ревматическими заболеваниями 48

НПА, РЕЗОЛЮЦИИ

Об утверждении Положения об организациях, оказывающих ревматологическую помощь населению Республики Казахстан. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 марта 2011 года №132 50

Резолюция по итогам работы IV Конгресса ревматологов Казахстана на тему «Ревматология сегодня: тенденции и реальная практика» 56

QCR 2021

РОО «Казахская коллегия ревматологии»
НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»

Научно-практическая конференция

«Аутоиммунные заболевания: междисциплинарные вопросы»

23 октября 2021 года

DOI: 10.24353/QR.2021.93.21.001

Актуальные вопросы ревматологической службы в Казахстане



Г.А. Тогизбаев
РОО «Казахская коллегия ревматологии», г. Алматы

Системные аутоиммунные и иммуновоспалительные болезни занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости населения республики и в значительной мере определяют уровень его временной и стойкой утраты трудоспособности. Их значительная распространенность, поражение людей преимущественно молодого возраста, приведение к тяжелой инвалидности делают эту проблему социально значимой. В этой связи такие болезни, как ревматизм, системные поражения соединительной ткани и орфанные (редкие) заболевания включены в Перечень социально значимых (Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 сентября 2020 года № ҚР ДСМ-108/2020).

Учитывая актуальность проблемы, Министерством здравоохранения Республики Казахстан (далее – Министерство) в сложившихся экономических условиях изыскиваются возможности повышения качества специализированной ревматологической помощи путем совершенствования форм ее организации, внедрения в практическое здравоохранение современных методов диагностики, лечения и реабилитации.

В связи с этим Министерством приказом от 14.03.2011 г. №132 утверждено Положение об организациях, оказывающих ревматологическую помощь населению РК, которое является основополагающим документом для дальнейшего развития ревматологической службы. Наиболее важной составляющей частью приказа является необходимость создания кабинета генно-инженерной терапии биологическими препаратами в отделении ревматологии многопрофильной больницы (республики, области, города, района). При этом до сих пор таковые созданы не во всех регионах страны.

На сегодня работа по борьбе с ревматическими заболеваниями, проведение оздоровительных и профилактических мероприятий, расширение и укрепление международного сотрудничества в области здравоохранения, защите прав ревматологов проводится под руководством Республиканского общественного объединения «Казахская коллегия ревматологии» под моим председательством.

Краткий экскурс из истории создания Республиканского общественного объединения «Казахская коллегия ревматологии» (далее – РОО «ККР»).

Впервые, 16.03.2011 г., в Департаменте юстиции г. Астаны было зарегистрировано Общественное объединение «Врачей ревматологов» непосредственно под моим руководством, в мою бытность главным внештатным ревматологом МЗ РК в течение 5 лет, с 2011 по 2015 г.г.

В 2015 г. в Шымкенте было организовано ОО «Казахская коллегия ревматологов» по инициативе директора «МЦ болезней суставов г. Шымкент» Ч.Т. Баймухамедова.

В связи с этим для дальнейшего развития ревматологической службы были объединены усилия двух общественных организаций и создано единое Республиканское общественное объединение «Казахская коллегия ревматологии», действующее в настоящее время под моим председательством, которое объединяет ревматологов всего Казахстана. В связи с этим выявляется необходимость создания филиалов РОО «ККР» в каждом областном центре и городах республиканского значения.

IV Конгресс ревматологов Казахстана на тему «Ревматология сегодня: тенденции и реальная практика», организованный РОО «ККР» совместно с КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, явился важным событием для ревматологии по обмену опы-

том, знаниями и мнениями по актуальным вопросам междисциплинарного подхода к диагностике и лечению ревматических заболеваний. Принятая резолюция Конгресса является обязательным руководством для дальнейшего совершенствования ревматологической службы республики.

На основании данной резолюции был утвержден Экспертный совет из ведущих ревматологов страны как консультационно-совещательный орган для решения актуальных вопросов ревматологии.

Основной задачей РОО «ККР» в современном здравоохранении является консолидация усилий со стороны ведущих специалистов в области ревматологии, организаторов здравоохранения, сотрудников вузов, НИИ, НЦ и представителей практического здравоохранения.

Большой вклад в это вносят традиционные ежегодные Школы ревматологов. Настоящая школа является юбилейной –15-й! Главная роль Школы заключается в содействии внедрению в практику врачей-ревматологов принципов междисциплинарного взаимодействия и персонализированного подхода к пациенту, дифференциальной диагностики, лечения и профилактики ревматических болезней.

Новой площадкой для публикации научной информации широкого спектра в области ревматологии, практических рекомендаций по ревматологии и материалов по организации ревматологической службы станет научно-практический специализированный журнал «Ревматология Казахстана», под моей редакцией. Журнал впервые будет выпущен в 2021 году и позволит развивать профессиональные взаимосвязи между ревматологами и врачами смежных дисциплин, членами Казахской коллегии ревматологии. Планируется, что в будущем журнал войдет в перечень научных изданий, рекомендованных Комитетом по контролю в сфере образования и науки МОН РК для публикаций основных научных результатов диссертаций.

2020 и 2021 годы стали переломными во всех сферах жизни. Коронавирусная инфекция, вызвавшая пандемию, изменила привычный уклад жизни людей. Она показала, что здоровье – самая большая ценность, которая требует постоянного внимания, заботы и укрепления. Правительства всех стран объединились в борьбе против COVID-19. По инициативе РОО «ККР» в рамках резолюции Конгресса группой ведущих ученых страны были разработаны Клинические рекомендации «Вакцинация против COVID-19 для пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ)».

По данным управления медицинской статистики МЗ РК, на сегодняшний день текущая ситуация такова: медицинская помощь больным ревматическими заболеваниями оказывается в 86 специализированных кабинетах амбулаторно-поликлинических организаций и более чем на 463 койках стационарных отделений. При штатных нормативах 215,75 должностей, фактически работает 131 врач (из них 115 – для взрослых и 16 – для детей), что в целом свидетельствует о нехватке врачей ревматологов и необходимости в дополнительной подготовке кадров. Организован 1 ревматологический центр в г. Алматы и в регионах республики на базе многопрофильных больниц – койки ревматологического профиля, число которых за последние 2 года имеет тенденцию к снижению на 9% (с 510 до 463, в основном за счет взрослых – на 12,4% с 395 до 346).

Кардиохирургическая и ортопедическая помощь больным с осложнениями ревматических заболеваний оказывается в профильных организациях здравоохранения.

Мероприятия, направленные на борьбу с ревматическими поражениями сердца, позволили добиться устойчивого снижения заболеваемости ими в активной фазе как среди взрослых (15,2 в 2020 г. против 15,3 на 100 тыс. нас. в 2019 г.), однако среди детей отмечается незначительный рост (соответственно 5,2 и 5,4 на 100 тыс. детского нас.). Так, смертность от хронических ревматических болезней в 2019 г. составляла 0,9 на 100 тыс. нас., а за 2020 г. этот показатель снизился до 0,8 на 100 тыс. нас.

Несмотря на достижения, имеется ряд проблем, требующих решения.

В целом ситуация по ревматическим заболеваниям требует должного внимания и обусловлена нарастанием тяжелых форм ревматических болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани. Несмотря на некоторое снижение заболеваемости костно-мышечной си-

стемы и соединительной ткани в 2020 г. в сравнении с 2019 г. (на 0,9%) с 2117 до 2099 на 100 тыс. взрослого населения и (на 2,6%) с 1166 до 1136 на 100 тыс. детского населения, уровень заболеваемости остается высоким.

Следует отметить, что в связи с дефицитом врачей ревматологов в регионах, и обращений за медицинской помощью этих пациентов к ВОП и терапевтам, статистика не отражает истинную картину заболеваемости в стране.

В то же время ревматологическая служба, основным направлением которой в предыдущие годы была борьба с ревматизмом, недостаточно ориентирована на оказание медицинской помощи больным ревматическими заболеваниями всех нозологических групп, не обеспечивает потребность населения в ней.

Уровень подготовки участковых терапевтов, педиатров, ВОП и смежных специальностей недостаточен для ведения больных всех нозологических форм ревматических заболеваний.

Нормативы нагрузки на ревматолога амбулаторно-поликлинических организаций не в полном объеме учитывают особенности ведения больных с заболеваниями костно-мышечной системы и соединительной ткани, и возросшего объема диагностической и лечебной работы.

В первичном звене здравоохранения не созданы условия для ранней диагностики ревматической патологии и ее лечения. Не во всех случаях при постановке диагноза проводятся обязательные иммунологические и иммуногенетические методы исследования, методы инструментальной диагностики поражения суставов, такие как прецизионная рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковая диагностика.

Не во всех регионах страны в отделениях ревматологии многопрофильных больниц созданы кабинеты генно-инженерной терапии биологическими препаратами.

Из-за недостаточного финансирования здравоохранения не получили широкого использования экономически эффективные формы организации лечения больных – дневные стационары в поликлиниках, стационары дневного пребывания больного.

Недостаточно решены вопросы медицинской реабилитации ревматологических больных. Это свидетельствует об отсутствии должного внимания со стороны местных органов управления здравоохранением и руководителей медицинских организаций.

Для решения проблем в рамках реализации Госпрограммы развития здравоохранения РК на 2020-2025 годы нами разработан проект Дорожной карты по внедрению интегрированной модели развития ревматологической службы 2021-2022 годы, который позволит создать условия для реальной интеграции науки, клиники и образования в интересах здоровья населения, а также совершенствовать качество оказания медицинской помощи населению РК в условиях ОСМС. Проект Дорожной карты направлен в МЗ РК для согласования структурными подразделениями и утверждение.

В рамках Дорожной карты предусмотрено внесение в ряд нормативно-правовых актов изменений и дополнений:

- в приказе от 29.09.2015 г. №761 «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи» определить право самостоятельной плановой госпитализации ревматологических пациентов стационарами (*п.п. 37, 38)* и разрешить повторную плановую и экстренную госпитализацию пациентов в течение месяца после выписки в связи с возникшим основанием для госпитализаций;
- в приложении 12 приказа от 7.10.20 г. №116 в Правилах оказания медицинской реабилитации дополнить перечень диагнозов по кодам МКБ-10, операций (манипуляций) по кодам МКБ-9 с указанием уточняющего диагноза по коду XXI класса МКБ-10 медицинской реабилитации II-III этапов, в рамках ГОБМП (всего 13 диагнозов);
- в приложении 5 приказа от 17.08.2015 г. №669 «Об утверждении Правил оказания стационарзамещающей помощи» (приказ от 8.04.2020 г. №32/2020) дополнить перечень диагнозов по кодам МКБ-10 в рамках ГОБМП и системы ОСМС для взрослых на уровне города (18 диагнозов);

- в приложение 7 приказа от 30.10.2020 г. №170 «Тарифы на медицинские услуги в рамках ГОБМП, и (или) в системе ОСМС» внести дополнения:

1) включить диагностику аутоиммунных заболеваний – метод непрямой иммунофлуоросценции;
2) включить метод диагностики двуэнергетической рентгеновской денситометрии для ранней диагностики нарушений минерализации костной ткани при глюкокортикоидном остеопорозе;
3) включить МРТ илеосакрального сочленения в режиме STIR при диагностике диагностического критерия сакроилеита при анкилозирующем спондилите;
4) включить мультиспиральную КТ органов грудной клетки для подтверждения интерстициального поражения легких при системных заболеваниях соединительной ткани;
5) включить двуэнергетическую рентгеновскую абсорбциометрию для диагностики глюкокортикоидного остеопороза;

- в приказе МЗРК от 24.12.20 г. №321 «Об утверждении Правил проведения мониторинга исполнения условий договора закупа медицинских услуг у субъектов здравоохранения в рамках ГОБМП и (или) в системе ОСМС» исключить случаи повторной госпитализации из списка потенциального дефекта 4,0, а также исключить данный автоматически определяющийся дефект по ревматологическим случаям в ИС СУКМУ;
- дополнить приказы от 30.10.2020 г. №170 «Об утверждении тарифов на медицинские услуги, в рамках ГОБМП и в системе ОСМС» и от 18.02.2016 г. №126 «Об утверждении Стандарта организации оказания ревматологической помощи в РК», включив Алгоритм обследования ревматологических пациентов на уровне ВОП по предполагаемым ревматическим нозологиям с указанием кодов услуг согласно амбулаторному тарификатору;
- включить в Казахстанский национальный формуляр азатиоприн, гидроксихлорохин как лекарственные средства с доказанной клинической эффективностью при лечении ревматических заболеваний (приказ от 24.12.20 г. №326) и в список лекарственных средств, медицинских изделий в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, закупаемых у ЕД на 2021 г. (приказ от 28.07.2020 г. №90);
- включить при лечении ревматических заболеваний ряд лекарственных средств (приказ от 29.08.2017 г. № 666 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий в рамках ГОБМП и в системе ОСМС, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами, медицинскими изделиями и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне».

Учитывая сложившуюся ситуацию в республике, остро назрела необходимость в организации Научного центра ревматологии как головного научного и клинического учреждения республики для координации деятельности ревматологической службы и решения проблем системных аутоиммунных и иммуно-воспалительных болезней, оснащенного по самым современным стандартам оказания медицинской помощи больным для точной диагностики и лечения наиболее тяжелых форм болезней.

В настоящее время направлено письмо в Министерство с просьбой поддержать данную инициативу по решению назревших и актуальных вопросов развития ревматологической службы республики.

В случае поддержки готовы представить подготовленные нами проекты Дорожной карты по внедрению интегрированной модели развития ревматологической службы на 2021-2022 годы, Положение о Научном центре ревматологии, структуру, и отрабатывать их с Министерством и другими государственными органами.

В соответствии с приказом МЗ РК от 09.07.2021 г. №404 «О некоторых вопросах разработки и пересмотра клинических протоколов» будут актуализированы и внесены на утверждение на ОКК МЗ РК в

установленные сроки, следующие клинические протоколы:

1. Системная склеродермия (М34-М34.9);
2. Остеоартроз (М15.0, М16.0, М17.0).
3. Идиопатические воспалительные миопатии: первичный идиопатический дерматомиозит (М33.1) и первичный идиопатический полимиозит (М33.2);
4. Гигантоклеточный артериит с ревматической полимиалгией (М31.5).

Необходимо проработать с Министерством и подведомственными организациями (РЦЭЗ, РЦРЗ) вопрос по созданию автоматизированного республиканского регистра ревматологических пациентов (по аналогам регистров РПБ, РНБ, НРБТ, сахарный диабет и т.д.), который позволит проводить мониторинг внедрения клинических протоколов.

Необходимо принять меры по усилению межведомственного взаимодействия *(акиматы, управления здравоохранения регионов, вузы, центры постдипломного образования и др.*) по созданию мотивационного социального пакета (*обеспечение жильем и т.д.*) для привлечения молодых специалистов, резидентов-ревматологов в регионы, в том числе в рамках имеющихся государственных программ, для решения проблемы с обеспечением кадров, закреплением их медицинскими организациями.

В рамках Дорожной карты планируется разработать Методические рекомендации «Маршрутизация беременных женщин, страдающих ревматическими заболеваниями, от стадии планирования беременности до раннего послеродового периода», а также для врачей-ревматологов, ВОП и терапевтов по следующим заболеваниям: «Ревматоидный артрит», «Системная красная волчанка», «Анкилозирующий спондилит».

Предусмотрено подписание во 2-3 кварталах 2021 г. меморандума о сотрудничестве РОО «ККР» с местными органами управления здравоохранения регионов по улучшению ревматологической службы.

В ближайшее время необходимо изучить потребность в кадрах медицинских организаций всех уровней (область/город/район), оказывающих помощь при ревматических заболеваниях (АПП, стационар, КДЦ). Подготовить заявку на 2021-2022 годы в Министерство (ДНиЧР) на покрытие дефицита кадров за счет подготовки, переподготовки (резидентура) кадров и укомплектования с обязательным участием в решении данного вопроса местными органами управления здравоохранения.

Подводя итоги, всем членам Республиканского общественного объединения «Казахская коллегия ревматологии» необходимо принять меры для решения актуальных проблем ревматологической службы в тесном контакте с акиматами, управлениями здравоохранения регионов, вузами, НИИ, НЦ и республиканскими организациями здравоохранения.

«Қазақ ревматология алқасы» республикалық қоғамдық бірлестігі
050010 Қазақстан Республикасы, Алматы қ., Достық д-лы, 210б
моб. +7 701 716 78 34 E-mail: secretary.qcr@mail.ru
qcr.org.kz

Республиканское общественное объединение «Казахская коллегия ревматологии»
050010 Республика Казахстан, г. Алматы, пр-т Достық, 210б
моб. +7 701 716 78 34 E-mail: secretary.qcr@mail.ru
qcr.org.kz

DOI: 10.24353/QR.2021.59.41.002

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ по вакцинации против COVID-19 для пациентов с иммуновоспалительными ревматическими заболеваниями (ИВРЗ)

РОО «Казахская коллегия ревматологии»

4 мая 2021 г.

Эксперты:
Тогизбаев Галымжан Асылбекович – д.м.н., профессор, главный внештатный ревматолог МЗ РК, председатель Казахской коллегии ревматологии (Алматы, Казахстан)
Иванова Райфа Латыфовна – д.м.н., профессор, врач-ревматолог, член Российской ассоциации ревматологов и Казахской коллегии ревматологии, член Евразийского экспертного совета по лечению ревматических заболеваний (Семей, Казахстан)
Машкунова Ольга Васильевна – к.м.н., профессор кафедры внутренних болезней НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», ведущий консультант НИИК и ВБ МЗ РК (Алматы, Казахстан)
Кулжанова Шолпан Адлгазыевна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней и клинической эпидемиологии, НАО «Медицинский университет Астана» (Нур-Султан, Казахстан)
Кошерова Бахыт Нургалиевна – д.м.н., проректор по клинической работе и непрерывному профессиональному развитию Медицинского университета Караганды, главный внештатный инфекционист МЗ РК (Караганда, Казахстан)

Пандемия COVID-19 оказала значительное влияние на течение, лечение и профилактику коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 пациентов, имеющих иммуновоспалительные ревматические заболевания. Разработка вакцин дает надежду на благоприятный прогноз исходов коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 у ревматологических пациентов. Но возможность вакцинации также поднимает множество вопросов, особенно для пациентов данной категории, получающих лечение лекарственными препаратами, которые могут повлиять на их иммунную систему в виде иммуносупрессии.

С начала пандемии коронавирусной инфекции возникают вопросы в ведении ревматических больных и порядке вакцинации от COVID-19. На панельной дискуссии экспертов «Вакцина COVID: за и против», прошедшей в рамках IV Конгресса ревматологов Казахстана, инфекционисты и ревматологи обсудили информацию о вакцинах от COVID и порядке вакцинации ревматических больных.

В итоге дискуссии эксперты пришли к единому мнению, что ревматические больные подлежат вакцинации от COVID-19 ввиду риска тяжелого течения и обострения основного заболевания при коронавирусной инфекции. Вакцинация не может вызвать обострения основного заболевания. Эксперты строго рекомендуют вакцинироваться и снизить риски тяжелого течения коронавирусной инфекции. Вакцинация проводится на стадии ремиссии и после консультации лечащего врача-ревматолога.

EULAR (Европейская лига по борьбе с ревматизмом) и ACR (Американский колледж ревматологии) опубликовали клинические рекомендации для больных с ревматическими заболеваниями. Ниже приводим данные по клиническим рекомендациям EULAR и ACR.

Рекомендации EULAR, декабрь 2020 г. [1]

В целом несколько разных видов вакцин используются в национальных прививочных программах. Все вакцины, которые сейчас разрабатываются от COVID-19, являются неживыми вакцинами, которые не могут вызвать вирусное заболевание,

не могут привести к передаче инфекции вам, а также не могут изменить вашу генетику. **Эти вакцины могут безопасно использоваться для пациентов с ИВРЗ и пациентов, получающих лечение, влияющее на их иммунную систему.** Другие неживые вакцины доказали свою эффективность и безопасность у пациентов на иммуносупрессивной терапии. Нет причин воздерживаться от использования этих вакцин у пациентов с ИВРЗ и пациентов, получающих лечение, влияющее на их иммунную систему.

Вакцинацию предпочтительней проводить, когда заболевание находится на стадии ремиссии; также предпочтительней проводить вакцинацию перед планируемым началом иммуносупрессивной терапии, если это соблюдается. Но, конечно же, это не всегда возможно. Вакцинация наиболее эффективна, когда количество или уровень иммуносупрессии низкий; однако риск обострения заболевания существенен и, следовательно, не рекомендуется снижать дозировку лекарственного препарата, которое вы принимаете.

В рекомендациях EULAR представлены ответы на часто встречаемые вопросы пациентов с ИВРЗ:

Надо ли мне вакцинироваться? Всем рекомендуется вакцинироваться от COVID-19. Вакцинация после перенесенного COVID-19 считается безопасной и возможно предоставляет дополнительную защиту.

Могу ли я вакцинироваться, если я принимаю противоревматические или иммуносупрессивные препараты? Да. Единственным исключением может быть ритуксимаб; в случае если вы применяете ритуксимаб, это будет зависеть от того, когда вы последний раз принимали препарат, необходима консультация вашего ревматолога.

Взаимодействуют ли вакцины с моими препаратами? Нет.

С кем мне необходимо проконсультироваться перед вакцинацией – с ВОП или ревматологом? Если у вас есть особые вопросы, лучше проконсультироваться с вашим ревматологом.

Какие данные необходимы для правильного принятия решения? Знания об активности заболевания, медикаментозном лечении и возможных сопутствующих заболеваниях.

Есть ли больше риска для меня заболеть COVID-19? Нет, нет никаких доказательств, что риск заболевания выше у пациентов с РЗОДА.

Есть ли больше риска для меня получить осложнения от COVID-19? Не из-за вашего заболевания; но – как и у всех – когда имеются значительные повреждения органов (например, гемодиализ при почечной недостаточности, тяжелые поражения легких), риск может быть выше.

Повышает ли моя терапия риск осложнения заболевания? Большинство препаратов, применяемых при РЗОДА, не связаны с осложнением заболевания. На сегодняшний день единственным лечением, которое может быть связано с осложнением течения COVID-19, является использование более 10 мг глюкокортикоидов в день или лечение ритуксимабом.

Разумеется, в отдельных случаях ваш лечащий врач может принять иное решение, исходя из вашего состояния и/или принимаемых вами лекарств. При возникновении сомнений проконсультируйтесь с вашим лечащим врачом-ревматологом. Вне зависимости от вакцинации от SARS-CoV-2, пациентам с РЗ и пациентам, получающим лечение, влияющее на их иммунную систему, крайне рекомендуется вакцинация от пневмококковой инфекции и гриппа.

Рекомендации ACR (Американский колледж ревматологии) [2]

Разработано Рабочей группой ACR по клиническому руководству по вакцинам против COVID-19. Данный проект краткого описания был одобрен Советом директоров ACR 8 февраля 2021 г. и обновлен 4 марта 2021 г.

Цель данного документа заключается в предоставлении рекомендаций для поставщиков медицинских услуг в области ревматологии по применению вакцины против COVID-19 и связанного с ними лечения больных ревматизмом и заболеваниями опорно-двигательного аппарата в период вакцинации против SARS-CoV-2. Данные утверждения были основаны на нехватке высококачественных данных и не предназначены для замены клинической оценки. Изменения, вносимые в планы лечения, особенно у пациентов со сложным ревматическим заболеванием, в

значительной степени зависят от заболевания, пациента, географии и времени и, следовательно, должны быть индивидуализированы как часть общего процесса принятия решений. Данное руководство предоставляется как часть «действующего документа», учитывающего быстро меняющиеся доказательства и ожидаемую потребность в частом обновлении по мере появления таких доказательств.

Общие рекомендации, связанные с вакцинацией против COVID-19 у больных с ревматическими заболеваниями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата:

- Исходя из риска заражения COVID-19, пациенты с AIIRD (аутоиммунное и воспалительное ревматическое заболевание) должны иметь приоритет для вакцинации по сравнению с неприоритетным населением того же возраста и пола.
- **Помимо известной аллергии на компоненты вакцины, нет никаких известных дополнительных противопоказаний касательно вакцинации против COVID-19** для пациентов с AIIRD (аутоиммунное и воспалительное ревматическое заболевание).
- Риск обострения болезни или обострения болезни после вакцинации против COVID-19 теоретически существует. Однако польза от вакцинации против COVID-19 для пациентов с RMD (ревматические заболевания и заболевания опорно-двигательного аппарата) перевешивает потенциальный риск возникновения нового аутоиммунитета.
- Поставщики медицинских услуг **не должны регулярно предписывать какие-либо лабораторные тесты (например, тесты на антитела к IgM и / или IgG к спайк-белкам или к нуклеокапсидным белкам) для оценки иммунитета к COVID-19 после вакцинации, а также для оценки необходимости вакцинации** еще не вакцинированного человека.
- Хотя в идеале вакцинация должна проводиться в условиях хорошо контролируемых AIIRD, за исключением пациентов с опасным для жизни заболеванием (например, в отделении интенсивной терапии по любой причине), вакцинация против COVID должна проводиться как можно скорее для тех, кому она рекомендована, независимо от активности и тяжести заболевания.

Руководство по применению и срокам вакцинации и иммуномодулирующей терапии в связи с введением вакцины против COVID-19 у пациентов с RMD*

Лекарственный препарат	Рекомендации по срокам проведения иммуномодулирующей терапии и вакцинации *	Уровень консенсуса рабочей группы
Гидроксихлорохин; апремиласт; ВВИГ (IVIG); глюкокортикоиды, эквивалентная доза преднизолона <20 мг / день	Никаких изменений ни в иммуномодулирующей терапии, ни в сроках вакцинации	Высокий – умеренный
Сульфасалазин; Лефлуномид; Микофеноловая кислота; Азатиоприн; Циклофосфамид (перорально); TNFi; IL-6R; IL-1; IL-17; IL-12/23; IL-23; Белимумаб; пероральные ингибиторы кальциневрина; Глюкокортикоиды, эквивалентная доза преднизолона ≥ 20 мг / день **	Никаких изменений ни в иммуномодулирующей терапии, ни в сроках вакцинации	Умеренный
Метотрексат	Отложить прием метотрексата на 1 неделю после каждой дозы вакцины для людей с хорошо контролируемым заболеванием; нет изменений в сроках вакцинации	Умеренный
JAKi	Отложить прием JAKi в течение 1 недели после каждой дозы вакцины; нет изменений в сроках вакцинации	Умеренный

Абатацепт SQ	Принимать абатацепт SQ как за одну неделю до, так и через неделю после первой дозы вакцины против COVID-19 (только); без перерыва при приеме второй дозы вакцины	Умеренный
Абатацепт IV	Время введения вакцины должно быть рассчитано таким образом, чтобы первая вакцинация произошла через четыре недели после инфузионного введения абатацепта (т.е. всего интервала дозирования), и отложить последующую инфузию абатацепта на одну неделю (т.е. всего 5-недельный перерыв); нет корректировки лекарства для второй дозы вакцины	Умеренный
Циклофосфамид IV	Время введения циклофосфамида должно быть рассчитано так, чтобы оно происходило примерно через 1 неделю после каждой дозы вакцины, если это возможно	Умеренный
Ритуксимаб	Предполагая, что риск заражения COVID-19 у пациента низкий или его можно снизить с помощью профилактических мер по охране здоровья (например, самоизоляции), необходимо запланировать вакцинацию таким образом, чтобы вакцинация начиналась примерно за 4 недели до следующего запланированного цикла приема ритуксимаба; после вакцинации отложить прием ритуксимаба на 2-4 недели после 2-й дозы вакцины, если позволяет активность течения заболевания	Умеренный
RMD = ревматические заболевания и заболевания опорно-двигательного аппарата; IVIG = иммуноглобулины для внутривенного введения; TNFi = ингибитор фактора некроза опухоли; IL = интерлейкин; JAKi = ингибитор Янус-киназы; CYC = циклофосфамид; RTX = ритуксимаб; IV = внутривенное введение; SQ = подкожное введение.		

** руководство по «применению» терапии было сделано исходя из предположения, что у пациента достаточно хорошо контролируемое заболевание, чтобы можно было временно прервать лечение; в противном случае принятие решения должно определяться в индивидуальном порядке с учетом соответствующих обстоятельств.*
*** не удалось достичь консенсуса относительно сроков вакцинации пациентов, получавших эквивалентные дозы преднизолона ≥ 20 мг / день; см. полное руководство, когда оно будет опубликовано, для получения дополнительных сведений.*
IL-6R = сарилумаб; тоцилизумаб; IL-1R = анакинра, канакинумаб; IL-17 = иксекизумаб, секукинумаб; IL-12/23 = устекинумаб; IL-23 = гуселкумаб, ризанкизумаб; JAKi = барицитиниб, тофацитиниб, упадацитиниб.

По данным Минздрава России, иммунитет начинает формироваться уже после первой прививки. Повторная прививка подстегивает иммунный ответ организма и дает более длительный эффект. Исследования доказывают, что двухступенчатая вакцинация дает иммунный ответ в 100 процентах случаев. И такой иммунитет сильнее, чем у тех, кто переболел коронавирусом. Противопоказания к вакцинации:

- гиперчувствительность к какому-либо компоненту вакцины или к вакцине, содержащей аналогичные компоненты;
- тяжелые аллергические реакции в анамнезе;
- острые инфекционные и неинфекционные заболевания;
- **обострение хронических заболеваний (вакцинацию проводят не ранее чем через 2-4 недели после выздоровления или ремиссии);**
- беременность и период грудного вскармливания;
- возраст до 18 лет.

На основании вышеизложенного Экспертный совет КРР сформулировал основные временные клинические рекомендации по вакцинации от коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 пациентов с ИВРЗ в Республике Казахстан

№	Рекомендации
1.	Польза от вакцинации коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 у пациентов с ИВРЗ превышает риск от нежелательных явлений от вакцинации
2.	Вакцинация от коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 показана всем пациентам с ИВРЗ
3.	Вакцинация от коронавирусной инфекции SARS-CoV-2 пациентам с ИВРЗ должна проводиться в период ремиссии основного заболевания в соответствии с международными индексами ремиссии и активности
4.	Перед вакцинацией необходимо добровольное согласие пациента и осмотр лечащего ревматолога для определения показаний и противопоказаний для вакцинации и необходимой коррекции DMARD-терапии
5.	Абсолютным противопоказанием для вакцинании на сегодняшний день являются возраст до 18 лет, наличие анафилактических реакций на предшествующие вакцины, беременность
6.	Требуют коррекции на фоне вакцинации следующие препараты DMARD-терапии: метотрексат при всех путях введения (пероральном, подкожном), циклофосфан для в/в введения, ритуксимаб, абатацепт для подкожного и в/в введения, JAKi
7.	Откладывают применение метотрексата на 1 неделю после каждой дозы вакцины в случае хорошо контролируемого заболевания; отсутствие изменений в сроках вакцинации
8.	Откладывают применение JAKi на 1 неделю после каждой дозы вакцины; отсутствие изменений в сроках вакцинации
9.	Прекращают применение абатацепта на одну неделю до и одну неделю после вакцинации только первой дозой вакцины против COVID-19; отсутствие изменений в сроках введения второй дозы вакцины
10	Выбирают время введения циклофосфамида таким образом, чтобы оно происходило примерно через 1 неделю после каждой дозы вакцины, если это возможно
11	Планируют вакцинацию таким образом, чтобы серия вакцин была начата примерно за 4 недели до следующего запланированного цикла ритуксимаба; после вакцинации откладывают прием ритуксимаба на 2-4 недели после 2-й дозы вакцины, если позволяет активность заболевания
12.	Основываясь на данных исследований и международных рекомендаций, предпочтения по отношению к какой-то одной вакцине против COVID-19 по сравнению с остальными отсутствуют. Поэтому пациенты с ИВРЗ должны быть привиты любой доступной вакциной
13.	В случае многодозовой вакцины пациентам с ИВРЗ необходимо проводить вторую инъекцию той же вакцины, даже в случае наличия несерьезных побочных явлений, связанных с получением первой дозы, в соответствии со сроками, описанными в руководящих принципах CDC
14.	После вакцинации против COVID-19 пациенты с РЗОДА должны продолжать следовать всем рекомендациям, касающимся соблюдения социальной дистанции и других профилактических мер

Данные клинические рекомендации будут обновляться по мере накопления клинических данных о COVID-19.

Список литературы:

1. Bijlsma JW, December E. View points on SARS-CoV-2 vaccination in patients with RMDs. Ann Rheum Dis 2020;2021:411–2.
2. COVID-19 Vaccine Clinical Guidance Summary – Updated April 28, 2021.
3. Jeyanathan M, Afkhami S, Smaill F, Miller MS, Lichty BD, Xing Z. Immunological considerations for COVID-19 vaccine strategies. Nat Rev Immunol. 2020;20(10):615–632. doi: 10.1038/s41577-020-00434-6.
4. Geisen UM, Berner DK, Tran F, et al. Immunogenicity and safety of anti-SARS-CoV-2 mRNA vaccines in patients with chronic inflammatory conditions andimmunosuppressive therapy in a monocentric cohort. Ann Rheum Dis 2021. doi:10.1136/annrheumdis-2021-220272. [Epub ahead of print: 24 Mar 2021].
5. Connolly CM, Ruddy JA, Boyarsky BJ. Safety of the first dose of mRNA SARS-CoV-2 vaccines in patients with rheumatic and musculoskeletal diseases. Ann Rheum Dis2021.
6. Boyarsky BJ, Ruddy JA, Connolly CM, et al.

Antibody response to a single dose of SARS-CoV-2 mRNA vaccine in patients with rheumatic and musculoskeletal diseases. Ann Rheum Dis 2021. doi:10.1136/annrheumdis-2021-220289. [Epub ahead of print:23 Mar 2021].
7. Campochiaro C, Trignani G, Tomelleri A, et al. Potential acceptance of COVID-19 vaccine in rheumatological patients: a monocentric comparative survey. Ann Rheum Dis 2021. doi:10.1136/annrheumdis-2020-219811. [Epub ahead of print: 28 Jan 2021].
8. Priori R, Pellegrino G, Colafrancesco S, et al. SARS-CoV-2 vaccine hesitancy among patients with rheumatic and musculoskeletal diseases: a message for rheumatologists. Ann Rheum Dis 2021. doi:10.1136/annrheumdis-2021-220059. [Epub ahead of print: 23 Feb 2021].
9. Boekel L, Hooijberg F, van Kempen ZLE, et al. Perspective of patients with autoimmune diseases on COVID-19 vaccination. Lancet Rheumatol 2021;3:e241–3.
10. Felten R, Dubois M, Ugarte-Gil MF, et al. Vaccination against COVID-19: expectations and concerns of patients with autoimmune and rheumatic diseases. Lancet Rheumatol 2021;3:e243–5.
11. Curtis JR, Johnson SR, Anthony DD, et al. American College of rheumatology guidance for COVID-19 vaccination in patients with rheumatic and musculoskeletal diseases – version 1. Arthritis Rheumatol 2021.
12. Schulze-Koops H, Specker C, Skapenko A. Vaccination of patients with inflammatory rheumatic diseases against SARS-CoV-2: considerations before widespread availability of the vaccines. RMD Open 2021;7:e001553.
13. Kramer DB, Opel DJ, Parasidis E, et al. Choices in a crisis – individual preferences among SARS-CoV-2 vaccines. N Engl J Med Overseas Ed 2021.
14. https://covid19.rosminzdrav.ru/

DOI: 10.24353/QR.2021.68.20.003

Суставные проявления постковидного синдрома: серия случаев и обзор литературы

Ч.Т. Баймухамедов[1, 2], Г.Н. Досыбаева[2], А.К. Ботабекова[1,2]
[1]Медицинский центр болезней суставов, г. Шымкент, Республика Казахстан
[2]Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент, Республика Казахстан

Аннотация. Во второй год пандемии инфекции SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2) практические врачи все чаще сталкиваются с новой патологией – «постковидным синдромом» (ПКС, Post-COVID-19 syndrome, Long Covid). Одним из наиболее частых проявлений ПКС является суставной синдром, проявляющийся миалгией, артралгией, нестойким артритом, а в некоторых случаях и стойким артритом. Цель статьи – проанализировать данные литературы и обсудить собственные клинические случаи поражений суставов после COVID-19.

Ключевые слова: инфекция SARS-CoV-2, постковидный синдром, ревматоидный артрит, серия случаев, обзор.

Ковидтан кейінгі синдромның буын ауруы ретінде көрініс табуы: жағдайлар сериясы мен әдебиеттерге шолу

SARS-CoV-2 инфекциялық пандемиясының болып жатқанына екінші жыл және бұл практикалық дәрігерлердің ковидтен кейінгі синдромның жаңа патологиясымен ұшырасуын жиілетіп отыр (ПКС, Post COVID-19 syndrome). ККС ең көбі буын синдромдары, артралгия, тұрақсыз артрит, кей жағдайда, тұрақты артрит аурулары арқылы көрініс табады. Бұл мақаланың мақсаты – осы әдебиеттердегі мәліметтерге анализ жасап, жеке клиникалық жағдайларда кезіккен COVID-19-дан кейін пайда болған буын ауруларын талқылау болып табылады.

Түйінді сөздер: SARS-CoV-2 инфекциясы, ковидтен кейінгі синдром, ревматоид артрит, жағдайлар сериясы, шолу.

Для цитирования: Баймухаммедов Ч.Т., Досыбаева Г.Н., Ботабекова А.К. Суставные проявления постковидного синдрома: серия случаев и обзор литературы. Ревматология Казахстана. 2021;1:17-25

Joint manifestations of Post-COVID-19 syndrome: case series and literature review

The pandemic of SARS- Cov -2 infection is in its second year, and more and more practitioners are faced with a new pathology – Post-Covid-19 syndrome. One of the most common manifestations of Post-Covid syndrom is a joint syndrome, characterizing by myalgia,arthralgia,non-persistent arthritis,and in some cases, persistent arthritis. The purpose of this article is to analyze the literature data and to discuss our own clinical cases of joint lesions after COVID-19

Key Words: SARS-CoV-2 infection, Post-COVID-19 syndrome, rheumatoid arthritis, case series, review..

Во второй год пандемии инфекции SARS-CoV-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2) количество заразившихся в мире достигло почти 200 000 000, а количество умерших превысило 4 000 000 человек (по данным Университета Джона Хопкинса на 22 июня 2021 г.). С каждым днем все чаще врачи сталкиваются с «новым вызовом», новым заболеванием – «постковидным синдромом» (ПКС, Post-COVID-19 syndrome, Long Covid).

Постковидный синдром (Long Covid) – системный воспалительный синдром, симптомы которого развиваются во время или после инфекции SARS-CoV-2, продолжаются более 12 недель и не объясняются альтернативным диагнозом.

Еще одно часто встречаемое название ПКС – «длительный (долгий) COVID-19» (Long Covid). Термин «долгий COVID-19» впервые использовала в социальных сетях (#LongCovid) доктор из Италии Элиза Перего. Она переболела COVID-19 и использовала новый термин для описания разнообразных симптомов заболевания после острого

Сведения об авторах

Чокан Баймухамедов (http://orcid.org/0000-0003-3261-1036), директор «Медицинского центра болезней суставов г. Шымкент» 160013, Казахстан, г. Шымкент, ул. Сасбукаева, 32а. Тел. раб.: +7 (7252) 432255, сот. +7 7058476191, +77013452036 (личный) Сайт: www.sustav-med.kz, e-mail: shocan@mail.ru

Г.Н. Досыбаева, заведующая кафедрой ВОП-2 Южно-Казахстанской медицинской академии

А.К. Ботабекова, ревматолог Медицинского центра болезней суставов г. Шымкент, ассистент кафедры ВОП-2 Южно-Казахстанской медицинской академии

периода [1]. Long Covid чрезвычайно разнообразен, наиболее часто наблюдаются утомляемость, головная боль, нарушение внимания, выпадение волос, одышка, миалгии и артралгии [2]. ПКС чаще встречается после тяжелого течения SARS-CoV-2, но может наблюдаться и у лиц с легкой формой, не нуждающихся в госпитализации. Пока не установлено, как влияет пол, раса, возраст, коморбидность, тяжесть COVID-19 на риск развития ПКС. Проблема становится больше с каждым днем, с ростом числа переболевших инфекцией SARS-CoV-2. Без сомнений в ближайшем будущем это станет чрезвычайно серьезной медицинской и экономической проблемой. К сожалению, в Казахстане большинство врачей, руководителей здравоохранения и чиновники не знакомы с данной проблемой. Сегодня также мы не имеем точной статистики частоты ПКС. H. Kemp и соавт. [3] пишут, что «длительный COVID» отмечается примерно у 10% больных, перенесших SARS-CoV-2. Более высокую частоту развития ПКС отмечают египетские ученые I. Galal и соавт. [4], в когорте из 430 пациентов те или иные симптомы ПКС встречались у 26,5% больных. L. Jacobs и соавт. [5] опросили 183 пациентов, перенесших COVID-19, миалгии и повышенная утомляемость беспокоили 55% реконвалесцентов. В двух метаанализах, опубликованных на сегодня [2,6] и обобщающих результаты 26 исследований, ПКС составлял в среднем 19% от лиц, переболевших COVID-19 (от 7 до 34%). Отмечается существенный «разброс» данных в зависимости от популяции и тяжести перенесенного заболевания. Основной проблемой в получении достоверных результатов является большая разница в определении «основных исследуемых параметров» и дизайне исследований. Цель данной статьи –познакомить врачей разных специальностей с проблемой ПКС («Long Covid») и прежде всего с суставными проявлениями ПКС с точки зрения практического врача-ревматолога.

Схема 1. **Стадии (формы) COVID-19 (NICE, 2020)**

- **Острая форма COVID-19**: признаки и симптомы COVID-19 до 4 недель.
- **Продолжающийся симптоматический COVID-19**: признаки и симптомы от 4 до 12 недель.
- **Постковидный синдром (Post-COVID-19 syndrome):** признаки и симптомы, которые развиваются во время или после инфекции, соответствующей COVID-19, продолжаются более 12 недель и не объясняются альтернативным диагнозом.
- **Длительный COVID (Long COVID):** термин «длительный COVID» обычно используется для описания признаков и симптомов, которые сохраняются или развиваются после острого COVID-19. Он включает как продолжающийся симптоматический COVID-19 (от 4 до 12 недель), так и синдром после COVID-19 (12 недель и более).

Терминология

Академик Е.Л. Насонов в последнем номере журнала «Научно-практическая ревматология» отмечал: «В настоящее время получены данные о развитии у ряда пациентов, перенесших COVID-19, разнообразных длительно сохраняющихся клинических симптомов, инструментальных, лабораторных и иммунологических нарушений, для характеристики которых используются различные дефиниции, включая «длительный» (long) или «долговременный» (long haulers) COVID-19 и постковидный-19 синдром (post-COVID-19 syndrome)» [7]. Течение COVID-19 можно разделить на несколько стадий, наиболее удобная классификация для практических врачей с нашей точки зрения предлагается в британских рекомендациях NICE [8] (Схема 1).

Мы считаем, что в рутинной практике можно считать ПКС и «Long Covid» синонимами. В литературе встречаются также термины «Подострый COVID-19» (Post-acute COVID-19), «Персистирующие после COVID-19 симптомы» (Persistent COVID-19 Symptoms), «Постковидные проявления» (Post COVID-19 manifestations), «Долгосрочные эффекты COVID-19» (Long-term COVID-19 effects), с точки зрения практического врача это все различные обозначения ПКС. Очень важно, что ПКС уже есть в МКБ-10 как «Состояние после COVID-19» (Post COVID-19 condition – U09.9), в МКБ-11 под шифром RA02. Остается не до конца ясным вопрос о временных рамках ПКС. Если начальная граница более или менее ясна (12 недель-3 месяца), то по финальной границе остаются разногласия (6-12 месяцев?). То есть, если проявления ПКС наблюдаются более года – скорее всего следует определяться с другим диагнозом.

Суставные проявления постковидного синдрома

Как уже отмечалось, одним из наиболее частых проявлений ПКС является суставной (костно-мышечный) синдром. Мы предлагаем собственную схему основных проявлений суставного синдрома при ПКС (Схема 2).

Миалгия и артралгия. Миалгия (боль в мышцах) и артралгия (боль в суставах) яв-

ляются одними из самых часто встречаемых проявлений любой вирусной инфекции. Эти симптомы возникают у 50–90% больных в остром периоде COVID-19 [9, 10], очень часто встречаются и при ПКС. Это может быть связано с поражением мышечной ткани и суставов, вызванным иммунокомплексным воспалением, системными нарушениями микроциркуляции и тканевой гипоксией. Некробиотические изменения миоцитов при COVID-19 подтверждают повышение уровня креатинфосфокиназы, аспартатаминотрансферазы и лактатдегидрогеназы [11]. По данным итальянских авторов [12], артралгия встречалась в 27,3% случаев ПКС и занимает третье место после усталости и одышки, по данным египетского регистра [4], артралгия наблюдалась у 57,2% пациентов и занимала второе место. Проблема всех исследований – отсутствие единообразия, четкого стандартного протокола исследования.

Схема 2. **Основные проявления суставного (костно-мышечного) синдрома при ПКС**

- **Миалгия**
- **Артралгия**
- **Нестойкий артрит**
- **Стойкий артрит**

Схема 3. **Основные проблемы «взаимоотношений» между COVID-19 и ИВРЗ**

- Влияние COVID-19 на течение ИВРЗ
- Влияние ИВРЗ на течение COVID-19
- Риск возникновения COVID-19 у пациентов с ИВРЗ
- Ведение пациентов с ИВРЗ во время пандемии инфекции SARS-CoV-2
- Вакцинация пациентов с ИВРЗ
- Использование «ревматологических» препаратов для терапии COVID-19
- Суставные проявления ПКС

Артриты. ИВРЗ и инфекция SARS-CoV-2. Суставной синдром в свою очередь может быть дебютом иммуновоспалительного ревматического заболевания (ИВРЗ). В основе ИВРЗ лежит нарушение иммунологической толерантности к собственным тканям, ведущее к воспалению и необратимым органным повреждениям. Это такие болезни, как системная красная волчанка, синдром Шегрена, идиопатические воспалительные миопатии, системная склеродермия, ревматоидный артрит (РА), спондилоартриты (СпА). Сегодня в практике ревматолога часто встречается ситуация, когда надо дифференцировать суставные проявления ПКС и ИВРЗ. Проблеме «взаимоотношений» между инфекцией SARS-CoV-2 и ИВРЗ посвящено в последнее время много статей. В литературе (как русско-, так и англоязычной) рассматриваются следующие проблемы ИВРЗ в период пандемии COVID-19 (Схема 3).

Первые 6 пунктов достаточно подробно освещены в литературе, последняя проблема (Суставные проявления ПКС) – намного меньше, в русскоязычной литературе единичные публикации. В дебюте пандемии (март 2020 г.) Е.Л. Насонов писал [13]: «Что касается перспектив пациентов с ИВРЗ, то, хотя развитие COVID-19 при них, к счастью, еще не описано, можно полагать, что инфицирование SARS-CoV-2 (как и другими вирусами) способно вызывать обострение патологического процесса». К сожалению, сегодня мы достаточно часто наблюдаем как случаи обострения ИВРЗ после инфекции SARS-CoV-2, так и случаи развития нестойких, а иногда и стойких суставных проявлений при ПКС. Имеется достаточно много публикаций, описывающих случаи возникновения реактивного артрита (РеА) после COVID-19 [14-26]. Возможно, первыми эту патологию описали в ноябре 2020 г. S. Parisi и соавт. [14]. Они наблюдали пациентку 58 лет, у которой артрит голеностопного сустава развился через 25 дней после появления признаков COVID-19. Подтверждением этиологической роли SARS-CoV-2 стало отсутствие признаков других ревматических заболеваний, включая повышение уровня РФ, АЦЦП, АНФ, HLA B-27. Позднее M. Gasparotto и соавт. [15] представили собственное наблюдение постковидного артрита и еще 6 случаев развития данной патологии, описанных в публикациях других авторов. В PubMed сегодня можно найти около 16 сообщений о случаях артрита, возникшего после перенесенной инфекции SARS-CoV-2. С нашей точки зрения «реактивный артрит» в данном случае не совсем удачный термин, все-таки у РеА имеются достаточно четкие этиологические рамки, более правилен термин «вирус индуцированный артрит», «вирусный артрит». Инфекционные болезни, в том числе респираторные вирусные инфекции давно ассоциируются с возникновением ИВРЗ, основной возможный механизм – молекулярная мимикрия [27, 28]. Вирусные артриты в острой стадии инфекции обычно связаны с другими типичными симптомами (сыпь, лихорадка,

миалгия), это часто встречается при парвовирусной и энтеровирусной инфекции, краснухе. Чаще всего артрит проходит самостоятельно, но иногда вирусный артрит может стать хроническим (вирус Чикунгунья, гепатит В, хронический ВИЧ-ассоциированный артрит).

Стойкие артриты. Дебют ИВРЗ после COVID-19. С точки зрения ревматолога очень интересна вероятность развития стойкого артрита и возникновения ИВРЗ de novo. Накануне «Эпохи COVID-19» было опубликовано большое исследование корейских ученых (более 24000 больных), которое показало возможную триггерную роль коронавирусов в возникновении РА [29]. Среди восьми других вирусов коронавирус был достоверно связан с увеличением числа случаев возникновения новых случаев РА (9,2% – на втором месте после метапневмовируса). Особенно интересно то, что у пожилых пациентов с РА коронавирус встречался еще чаще – в 14,6% случаев. В выводах говорится о возможной этиологической роли респираторных вирусных инфекций для развития РА. В своей публикации [30] и докладе на APLAR 2020 мы предложили три варианта сосуществования (Coexistents) ИВРЗ и COVID-19 (Схема 4) и представили случай дебюта РА после перенесенной инфекции SARS-CoV-2 (клинический случай 1).

Схема 4. **Варианты сосуществования (Coexistents) ИВРЗ и COVID-19**

1. **Параллельно (не пересекаются)**
2. **Обострение ИВРЗ после COVID-19**
3. **Дебют ИВРЗ после COVID-19**

Параллельное течение ИВРЗ и инфекции довольно частое явление, но скорее всего это касается легкого течения SARS-CoV-2. Вероятно, тяжелый COVID-19 усугубит ИВРЗ, тем более это потребует отмены или уменьшения дозы базовых препаратов. Скорее всего, больные с ИВРЗ чаще болеют COVID-19, несмотря на то, что страдающие серьезной болезнью люди более тщательно соблюдают санитарно-эпидемиологические правила [7].

Инфекция SARS-CoV-2 потенциально способна индуцировать обострение иммуновоспалительного процесса [31] или развитие «новой» аутоиммунной патологии. Обострение ИВРЗ после COVID-19 в повседневной практике сегодня встречается достаточно часто (клинический случай 3). Распространенная ситуация, когда пациент с ИВРЗ при заболевании инфекцией SARS-CoV-2 перестает принимать базовую терапию, например метотрексат и через некоторое время наступает обострение ИВРЗ (flare – «вспышка»).

Третий вариант – дебют ИВРЗ после COVID-19 очень много дискутируется. Часто у пациентов с «длительным» COVID-19 выявляются аутоантитела, характерные для ИВРЗ [32]. После перенесенного COVID-19 зафиксировано значительное повышение титра антинуклеарного фактора (АНФ), формирование антифосфолипидных антител, антинейтрофильных цитоплазматических антител, антител к Ro, ревматоидного фактора (РФ), антител к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП) [33]. Около 30% пациентов имеют хотя бы одно антинуклеарное антитело против ядерного антигена. Это объясняется молекулярной мимикрией вируса SARS-CoV-2 и запуском механизма аутоиммунитета в ответ на репликацию вируса. Что это – дебют ИВРЗ или преходящие последствия перенесенного аутоиммунного заболевания? Впрочем, это касается не только ИВРЗ, но и других аутоиммунных заболеваний (АИЗ). Сегодня имеются доказательства того, что SARS-CoV-2 может стать пусковым моментом развития ряда аутоиммунных заболеваний, таких как синдром Гийена-Барре, антифосфолипидный синдром, РА, болезнь Кавасаки, системные заболевания соединительной ткани, аутоиммунная гемолитическая анемия, сахарный диабет 1-го типа и др. [32, 33, 34]. Как пример возможности возникновения нового ИВРЗ мы приводим следующее клиническое наблюдение.

Клинический случай 1. Дебют достоверного ревматоидного артрита после инфекции SARS-CoV-2

67-летний мужчина с выраженной коморбидностью: ИБС с развитием инфаркта миокарда и стентированием (2010 г.), гонартроз с эндопротезом коленного сустава (2018 г.), хроническая обструктивная болезнь легких. В феврале при очередном медицинском осмотре в поликлинике: РФ и АЦЦП отрицательный, полиартрита кистей рук и утренней скованности не было. В конце мая появились симптомы инфекции SARS-CoV-2: повышение температуры тела, нарушение обоняния, одышка, слабость. Рентген 01.07.20: двусторонняя интерстициальная пневмония. Сатурация кислорода 83%, госпитализирован в инфекционную больницу с диагнозом COVID-19. Тест

полимеразной цепной реакции (ПЦР) в больнице был отрицательным, низкое качество тестов ПЦР и неправильный забор материала для исследования были большой проблемой в Казахстане в 2020 году. Пациенту стало лучше, и через 3 дня он «убежал» домой из больницы. Через месяц начались боли и припухлость мелких суставов рук с утренней скованностью. 14.08 больной обратился в «Медицинский центр болезней суставов» (МЦБС) с симметричным полиартритом кистей и стоп и выраженной утренней скованностью более 6 часов (рис. 1), DAS-28 = 7,35. Экспресс-тесты на антитела к SARS-CoV-2: IgG и IgA положительные. У пациента был очень высокий ревматоидный фактор (411 МЕ/мл), СОЭ (59 мм/час), СРБ (55 мг/л), АЦЦП 19,2 МЕ/мл (верхний предел нормы 20 МЕ/мл). Был диагностирован ранний РА, пациент прошел курс терапии в МЦБС. Через 3 недели при повторном обследовании: тест на антитела к SARS-CoV-2 (количественный): IgA 0,1 (отрицательный), IgG 13,3 (положительный). СОЭ снизилась до 28 мм/ч, СРБ до 18 (норма 5 мг/л) , ДАС-28 2,8. АЦЦП вырос до 28 МЕ/мл (положительно!). Больной продолжил прием метотрексата 15 мг/нед, метилпреднизолон в таблетках 6 мг/сут. Еще через месяц (15.10.20) на контрольном осмотре припухлости суставов нет, болезненность коленных суставов при ходьбе, СОЭ 22 мм/ч (норма), СРБ 2 мг/л, ДАС-28 2,2 (РЕМИССИЯ!!!). АЦЦП вырос до 105 МЕ/мл (!!!). Такая динамика АЦЦП (19-28-105) не оставляет сомнений в РА.

Описанный случай возникновения позитивного по РФ и АЦЦП ревматоидного артрита после инфекции SARS-CoV-2 возможно был первым в литературе. Очень важным является то, что больной за 3 месяца до заболевания COVID-19 обследовался, не было обнаружено симптомов артрита, РФ и АЦЦП были негативны. Подробнее с данным случаем, фотографиями, рентгенологическими исследованиями можно ознакомиться в нашей публикации в «The Lancet Rheumatology» [35]. Данный случай интересен и тем, что быстро удалось достичь медикаментозной ремиссии (DAS28 по СРБ=2,2) на стандартных дозах метотрексата и небольших дозах метилпреднизолона, несмотря на высокую активность РА и выраженную коморбидность. Это еще раз доказывает важность ранней диагностики и эффективность ранней базовой терапии. Если попасть в «окно возможностей», то можно достичь ремиссии при РА достаточно быстро.

То, что инфекция SARS-CoV-2 может вызывать серьезные аутоиммунные нарушения, сегодня уже нет сомнений. Непонятно, будут ли эти проявления преходящими постинфекционными эпифеноменами, или могут развиться стойкие АИЗ, в том числе ИВРЗ. Возможно, постковидные суставные проявления и антиядерные антитела своеобразный «след кометы» [36] и через какое-то время антитела, как и суставной синдром, уйдут в прошлое. Представляем клинический случай, когда выраженный суставной синдром и наличие АЦЦП (в низком титре) заставило предполагать дебют РА.

Клинический случай 2. **Суставные проявления постковидного синдрома в виде симметричного полиартрита мелких суставов кисти и коленных суставов, симулирующие РА**

Больная И., 1974 г.р., врач, обратилась в МЦБС 28.09.20 с жалобами на симметричные боли и припухлость мелких суставов кистей, на боли в коленных суставах, незначительное ограничение движения, а также на скованность в суставах до обеда и общую слабость. Ранее боли в суставах не беспокоили. В начале мая 2020 года было повышение температуры тела до 37,6^{0}С, слабость, нарушение обоняния, вкуса, потливость. Обратилась в поликлинику, назначены противовирусные препараты (Ацикловир), симптоматические средства. Состояние ухудшалось, появилась одышка, сильная слабость. На КТ ОГК от 30.06.20 – картина двусторонней полисегментарной пневмонии. ПЦР не проводилась. Лечилась дома самостоятельно (антибиотики, симптоматические, народные средства). В июле (спустя 1,5 месяца от начала заболевания) стала отмечать боли и припухлость 2-4 пальцев рук с обеих сторон, боли в коленных суставах. Появилась скованность в суставах кисти продолжительностью около часа. Принимала НПВП с незначительным эффектом. При осмотре отмечается припухлость в области лучезапястных суставов, проксимальных межфаланговых суставах с обеих сторон (2, 3, 4 пальцы кисти), припухлость коленных суставов, больше слева. Симптом «поперечного сжатия кисти» слабо «+». Оценка болевого синдрома по ВАШ – 80 мм. ЧБС – 10, ЧПС – 6, DAS28 – 5,81. Лабораторно: повышение СОЭ до 24 мм/ч, СРБ – 7 мг/л, АСЛО – 242 Ед/мл, глюкоза – 5,7 ммоль/л, АЦЦП – 21 ме/мл (слабоположительный). Антитела Anti-SARS-CoV-2 (качественный): Covid-19 IgM-слабоположительный, Covid-19 IgG-положительный. АНФ и РФ отрицательные.

В БАК наблюдалось умеренное повышение АЛТ (91 ед/л) и АСТ (66 ед/л). Больная консультирована гепатологом, маркеры вирусных гепатитов отрицательные. Учитывая прием большого количества антибиотиков и НПВП, повышение печеночных трансфераз расценено как токсическое действие медикаментов. На УЗИ кистей от 01.10.20 г.: УЗИ признаки теносиновита сгибателей 2,3 пальцев справа, 3 слева. УЗИ коленных суставов: умеренный синовит с обеих сторон, двусторонний гонартроз. Синовиальная оболочка: справа утолщено до 3,2 мм, слева до 3,4 мм. На R-графии кистей (рис. 2) определяется околосуставной остеопороз, единичные субкортикальные кистовидные просветления. Согласно «Классификационным критериям РА ACR/EULAR» 2010 года, больной был выставлен диагноз «Ранний ревматоидный артрит, серонегативный, акт. III ст., неэрозивный (рентгенологическая I ст.). АЦЦП (+). ФК III ст. Состояние после перенесенной короновирусной COVID-19 (вирус идентифицирован ИФА IgG и M SARS-CoV-2). Полисегментарная двусторонняя пневмония в стадии разрешения». Больной назначен метотрекесат 15 мг/неделю, симптоматическая терапия. В течение месяца у больной удалось достичь ремиссии, нормализовались показатели СОЭ и СРБ, DAS28 – 2,3. АЦЦП при повторном исследовании – незначительно вырос (21 ме/мл). При осмотре через 6 месяцев – АЦЦП, СРБ, РФ, СОЭ, АЛТ, АСТ в норме, артрита нет. Уменьшена доза метотрексата (12,5-10-7,5 мг), через 2 месяца отменен. Еще через 6 месяцев – поражения суставов нет, лабораторные показатели в норме. Диагноз РА снят, поражения суставов расценены как суставные проявления ПКС.

Таким образом, суставной синдром после инфекции SARS-CoV-2 может протекать с наличием тех или иных аутоантител и иногда могут набираться критерии того или иного ИВРЗ. Чрезвычайно тяжело определиться с диагнозом, это новое ИВРЗ или проявления ПКС. Часто этот вопрос можно решить лишь после длительного наблюдения. Затрудняет дифференциальную диагностику и тот факт, что вопрос о временных рамках ПКС остается открытым (до 12 месяцев?). В одном из последних (май, 2021) больших обзоров английских авторов [37] приводится 5 наблюдений (включая наше) возникновения РА после инфекции SARS-CoV-2 [35, 38, 39, 40]. Возможно, это связано с тем, что в большинстве описанных случаев больные не были обследованы на АЦЦП и РФ до заболевания COVID-19. В МЦБС на сегодня мы наблюдали уже 8 случаев дебюта РА после инфекции SARS-CoV-2, однако невозможно однозначно утверждать, что перенесенная вирусная инфекция является триггерным фактором РА. Нельзя исключить манифестации уже имеющегося вялотекущекого и малосимптмного ИВРЗ после перенесенной инфекции. Острая инфекция SARS-CoV-2 может демаскировать ранее не диагностированные ревматические состояния или вызвать заболевание de novo, и то, и другое может сохраняться после разрешения инфекции [34]. В качестве иллюстрации данной возможности приводим описание случая впервые выявленного анкилозирующего спондилита после инфекции SARS-CoV-2.

Клинический случай 3. **Впервые выявленный анкилозирующий спондилит после инфекции SARS-CoV-2**

Пациентка К., 1975 г.р., в начале июня 2020 г. наблюдалось повышение температуры, резкая слабость, одышка, кашель, потеря обоняния. На КТ ОГК двусторонняя полисегментарная пневмония, характерная для COVID-19, наличие симптома «матового стекла», площадь поражения – 18% (по выписке из г. Атырау). ПЦР на SARS-CoV-2 был отрицательный, но, учитывая типичную клиническую картину и рентгенологические данные, был выставлен диагноз «COVID-19, вирус не идентифицирован. двусторонняя интерстициальная пневмония». Проводилась симптоматическая терапия, антибиотикотерапия. Через 1,5 месяца после заболевания появились боли в коленных суставах и кистях, в нижней части спины воспалительного характера. Ранее боли в спине беспокоили только после усиленных физических нагрузок. Больная связывает возникшие боли с перенесенным COVID-19. Прием НПВП приносил облегчение, но без НПВП самочувствие опять ухудшалось. 28.09.20 г. больная обратилась в «Медицинский центр болезней суставов г. Шымкент» с жалобами на боли и дискомфорт в шейном и поясничном отделах позвоночника, усиливающиеся в покое, особенно по утрам, а также на боли в мелких суставах кистей и коленных суставах, утреннюю скованность в суставах кисти и позвоночнике. При обследовании: ВАШ – 70 мм, повышение СОЭ (28 мм/ч), АЦЦП и РФ отрицательные, анализ крови на антитела к COVID-19 IgG положительный, ПЦР на HLA B-27 – обнаружен (+). На УЗИ кистей – симметричный полиартрит. На обзорной рентгенографии таза: двусторонний сакроилиит

2 стадии по Kellgren (рис. 3). Артрит тазобедренных суставов с признаками вторичных дегенеративных изменений. На рентгенографии грудного отдела позвоночника (рис. 4): единичные синдесмофиты на боковых углах отдельных тел позвонков. Больной был выставлен диагноз «Анкилозирующий спондилит (АС, впервые установленный), периферическая форма, серопозитивный по HLA B-27».

В данном случае понятно, что за 3 месяца не мог развиться АС до второй рентгенологической стадии и образованием синдесмофитов. Вероятно, АС у генетически предрасположенной пациентки протекал в стертой малосимптомной форме и после перенесенной инфекции SARS-CoV-2 манифестировал.

Заключение

Приведенные случаи и анализ литературы показывают, что случаи возникновения суставного синдрома в постковидном периоде часто создают большие проблемы в дифдиагностике и требуют тщательного изучения. Иногда правильный диагноз можно поставить лишь по истечении времени. Вероятность триггерной роли инфекции SARS-CoV-2 в возникновении ИВРЗ авторам кажется весьма большой. Часто встречается такой аргумент против: на миллионы случаев COVID-19 описаны менее 20 случаев возникновения ИВРЗ. Надо учитывать, что очень тяжело абсолютно точно доказать связь инфекции и ИВРЗ, очень тяжело доказать отсутствие малосимптомного ИВРЗ до инфекции SARS-CoV-2. Мало врачей описывают свои наблюдения, кроме того, сейчас журналы очень неохотно принимают описания таких случаев. Конечно, требуются длительные серьезные когортные исследования, но возможно через год-два мы получим ответ в виде роста заболеваемости ИВРЗ в «Эпоху COVID-19».

ОСНОВНЫЕ МОМЕНТЫ (MAIN POINTS)

1. Постковидный синдром («Long Covid») – системный воспалительный синдром, симптомы которого развиваются во время или после инфекции SARS-CoV-2, продолжаются более 12 недель и не объясняются альтернативным диагнозом.
2. Суставной синдром при постковидном синдроме встречается часто.
3. Постковидный синдром сегодня должен быть учтен при дифференциальном диагнозе вновь возникшего суставного синдрома.
4. Постковидный синдром может быть триггерным фактором развития новых ИВРЗ.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

ПРИЛОЖЕНИЕ



Рисунок 1. Фотография кистей пациента: симметричный полиартрит мелких суставов обеих кистей (пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов)



Рисунок 2. R-графия кистей: умеренный околосуставной остеопороз, небольшое сужение суставных щелей в пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставах, единичные субкортикальные кистовидные просветления. Такие изменения могут наблюдаться при раннем РА



Рисунок 3. Обзорная рентгенография таза: двусторонний сакроилиит 2 стадии по Kellgren. Артрит тазобедренных суставов с признаками вторичных дегенеративных изменений. Лонное сочленение, места прикрепления связок к костям таза без особенностей

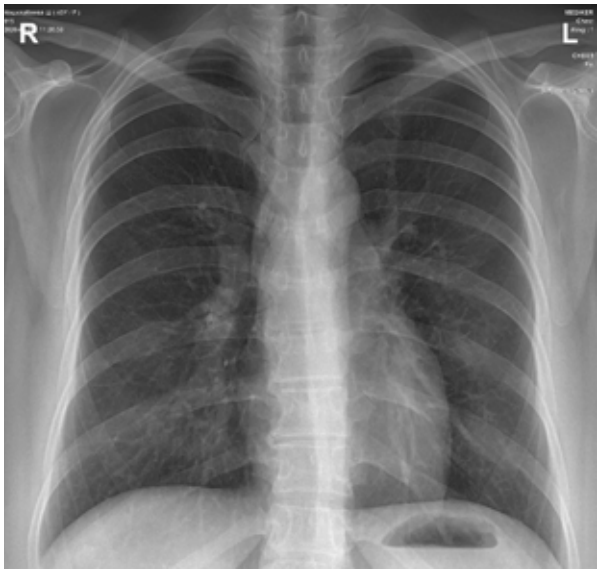


Рисунок 4. Рентгенография ОГК: в грудном отделе позвоночника выявляются единичные синдесмофиты на боковых углах отдельных тел позвонков

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Список литературы:

1. Perego E, 2020. Available at: https://twitter.com/elisaperego78/status/ 1263172084055838721?s=20. Accessed: 31.07.2020
2. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo P, Cuapio A, et al. More than 50 long-term effects of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. Res Sq. 2021: rs.3.rs-266574. doi: 10.21203/rs.3.rs-266574/v1
3. Kemp H, Corner E, Colvin L. Chronic pain after COVID-19: Implications for rehabilitation. Br J Anaesth. 2020;125(4):436-440. doi: 10.1016/j.bja.2020.05.021
4. Galal I, Mohamed Hussein A, Amin M, Saad MM, Zayan HEE, Abdelsayed MZ, et al. Determinants of persistent post-COVID-19 symptoms: Value of a novel COVID-19 symptom score. The Egyptian Journal of Bronchology. 2021;15:10. doi: 10.1186/s43168-020-00049-4
5. Jacobs L, Paleoudis E, Bari D, Nyirenda T, Friedman T, Gupta A, et al. Persistence of symptoms and quality of life at 35 days after hospitalization for COVID-19 infection. PLoS One. 2020;11;15(12): e0243882. doi: 10.1371/journal.pone.0243882
6. Himmels JPW, Qureshi SA, Brurberg KG, Gravningen KM. COVID-19: Long-term effects of COVID-19. Rapid review. URL: https://www.fhi.no/en/publ/2021/Long-Term-Effects-of-COVID-19 (Accessed: 18th April 2021).
7. Насонов Е.Л., Лила А.М., Мазуров В.И. с соавт. Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) и иммуновоспалительные ревматические заболевания. Рекомендации Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России». Научно-практическая ревматология. 2021;59(3):239–254. Nasonov EL, Lila AM, Mazurov VI. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and Immune-mediated Rheumatic Diseases. Recommendations of the Association of Rheumatologists of Russia. Nauchno-praktich-eskaya revmatologiya =Rheumatology Science and Practice. 2021;59(3):239–254 (In Russ.). doi: 10.47360/1995-4484-2021-239-254
8. COVID-19 rapid guideline: managing the long-term effects of COVID-19 NICE guideline Published: 18 December 2020 www.nice.org.uk/guidance/ng188
9. Weng LM, Su X, Wang XQ. Pain symptoms in patients with coronavirus disease (COVID-19): A literature review. J Pain Res. 2021;26;14:147-159. doi:10.2147/JPR.S269206
10. Cipollaro, L., Giordano, L., Padulo, J., Oliva, F., & Maffulli, N. (2020). Musculoskeletal symptoms in SARS-CoV-2 (COVID-19) patients. Journal of Orthopaedic Surgery and Research, 15(1). doi:10.1186/s13018-020-01702-w
11. Каратеев А.Е., Амирджанова В.Н., Насонов Е.Л., Лила А.М. и др. «Постковидный синдром»: в центре внимания скелетно-мышечная боль. Научно-практическая ревматология. 2021;59(3):255–262. Karateev AE, Amirdzhanova VN, Nasonov EL, Lila AM et al. "Post-COVID syndrome": The focus is on musculoskeletal pain. Nauchcno-Prakticheskaya Revmatologia = Rheumatology Science and Practice. 2021;59(3):255–262 (In Russ.). doi: 10.47360/1995-4484-2021-255-262
12. Carfì A, Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. JAMA.

2020;11;324(6):603-605. doi: 10.1001/jama.2020.12603
13. Насонов Е.Л. Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19): размышления ревматолога. Научно-практическая ревматология. 2020;58(2):123-132. Nasonov EL. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a rheumatologist's thoughts. Nauchno-Prakticheskaya Revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2020;58(2):123-132 (In Russ.). doi: 10.14412/1995-4484-2020-123-132
14. Parisi S, Borrelli R, Bianchi S, Fusaro E. Viral arthritis and COVID-19. Lancet Rheumatol. 2020;2(11):e655-e657. doi: 10.1016/S2665-9913(20)30348-9
15. Gasparotto M, Framba V, Piovella C, Doria A, Iaccarino L. Post-COVID-19 arthritis: A case report and literature review. Clin Rheumatol. 2021:1-6. doi: 10.1007/s10067-020-05550-1
16. Ono K, Kishimoto M, Shimasaki T, et al. Reactive arthritis after COVID-19 infection.RMD Open. 2020 Aug; 6(2)
17. Saricaoglu EM, Hasanoglu I, Guner R. The first reactive arthritis case associated with COVID-19. J Med Virol. 2020 Jul 11
18. Liew IY, Mak TM, Cui L, Vasoo S, Lim XR. A Case of Reactive Arthritis Secondary to Coronavirus Disease 2019 Infection. J Clin Rheumatol. 2020 Sep; 26(6):233.
19. Schenker HM, Hagen M, Simon D, Schett G, Manger B. Reactive Arthritis and Cutaneous Vasculitis After SARS-CoV-2 Infection. Rheumatology, Nov 2020 Vol. 18, p. Epub ahead of print.
20. Talarico R M, Stagnaro C, Ferro F, Carli L, Mosca M. Symmetric Peripheral Polyarthritis Developed During SARS-CoV-2 Infection. Lancet Rheumatol 2020, pp. e518-e519.
21. Jali I. Reactive Arthritis After COVID-19 Infection. Cureus. 2020; 12(11): e11761. Published 2020 Nov 28. doi:10.7759/cureus.11761
22. De Stefano L, Rossi S, Montecucco C, Bugatti S. Transient monoarthritis and psoriatic skin lesions following COVID-19. August 2020, Ann Rheum Dis, Epub ahead of print.
23. Danssaert Z, Raum G, Hemtasilpa S. Reactive Arthritis in a 37-Year-Old Female with SARS-CoV2 Infection. Cureus 2020 Aug 12; 12(8): e9698.
24. Salvatierra J, Martínez-Peñalver D, and Lucia Salvatierra-Velasco. Covid-19 related dactyitis. Published online 2020 Jul 1. doi: 10.1016/j.jbspin.2020.06.009
25. Yokogawa N, Minematsu N, Katano H, Suzuki T. Case of Acute Arthritis Following SARS-CoV-2 Infection. June 2020, Ann Rheum Dis, p. Epub ahead of print.
26. Hønge BL, Hermansen MF, Storgaard M Reactive arthritis after COVID-19. BMJ Case Reports CP 2021;14: e241375.
27. Albert LJ, Inman RD. Molecular mimicry and autoimmunity. N Engl J Med 1999;341: 2068e74
28. Smatti MK, Cyprian FS, Nasrallah GK, et al. Viruses and autoimmunity: A review on the potential interaction and molecular mechanisms. Viruses. 2019;11(8). pii: E762. doi: 10.3390/v11080762
29. Joo YB, Lim YH, Kim KJ, et al. Respiratory viral infections and the risk of rheumatoid arthritis. Arthritis Res Ther. 2019;21(1):199. doi: 10.1186/s13075-019-1977-9
30. Baimukhamedov Ch. «COVID-19 as a potential Risk Factor for Rheumatoid Arthritis», International Journal of Rheumatic diseases Volume 23, sup. 1, p. 170, october 2020
31. Hsu TY, D'Silva KM, Patel NJ, Wang J, Mueller AA, Fu X, et al. Laboratory trends, hyperinflammation, and clinical outcomes for patients with a systemic rheumatic disease admitted to hospital for COVID-19: A retrospective, comparative cohort study. Lancet Rheumatol. 2021 May 28. doi: 10.1016/S2665-9913(21)00140-5
32. Ehrenfeld, M., Tincani, A., Andreoli, L., Cattalini, M., Greenbaum, A., Kanduc, D., … Shoenfeld, Y. (2020). Covid-19 and autoimmunity. Autoimmunity Reviews, 102597. doi:10.1016/j.autrev.2020.102597
33. Dotan A, Muller S, Kanduc D, David P, Halpert G, Shoenfeld Y. The SARS-CoV-2 as an instrumental trigger of autoimmunity. Autoimmun Rev. 2021;19:102792. doi: 10.1016/j. autrev.2021.102792
34. Sakir Ahmed, Olena Zimba, Armen Yuri Gasparyan. COVID-19 and the clinical course of rheumatic manifestations. Clin Rheumatol. 2021 Mar 17 : 1–9. doi: 10.1007/s10067-021-05691-x
35. Baimukhamedov C, Barskova T, Matucci-Cerinic M. Arthritis after SARS-CoV-2 infection. Lancet Rheumatol. 2021 May;3(5):e324-e325. doi: 10.1016/S2665-9913(21)00067-9.
36. Rossella Talotta, Erle S. Robertson Autoimmunity as the comet tail of COVID-19 pandemic World J Clin Cases. 2020 Sep 6; 8(17): 3621–3644. Published online 2020 Sep 6. doi: 10.12998/wjcc.v8.i17.3621
37. H. Zacharias, S. Dubey, G. Koduri, et al., Rheumatological complications of Covid 19, Autoimmunity Reviews (2021), https://doi.org/10.1016/j.autrev.2021.102883
38. Lea Perrot, Marie Hemon, Jean-Marc Busnel et al. First flare of ACPA-positive rheumatoid arthritis after SARS-CoV-2 infection Lancet Rheumatol. 2021 Jan; 3(1): e6–e8. Published online 2020 Nov 23. doi: 10.1016/S2665-9913(20)30396-9
39. Roongta R, Chattopadhyay A, Ghosh A. Correspondence on „Onset of rheumatoid arthritis after COVID-19: coincidence or connected?"Annals of the Rheumatic Diseases Published Online First: 27 April 2021. doi: 10.1136/annrheumdis-2021-220479
40. Derksen VFAM, Kissel T, Lamers-Karnebeek FBG, et al. Onset of rheumatoid arthritis after COVID-19: coincidence or connected? Ann Rheum Dis Epub ahead of print. Feb 2021. doi:10.1136/annrheumdis-2021-219859.

УДК: 616-07. 7-003.85. 61-008.6
DOI: 10.24353/QR.2021.15.74.004

Остеопороз при хронической болезни почек – систематический обзор

В.Б. Хабижанова[1], С.А. Тулеутаева[1], А.А Таутаева[2], Д.Е. Нугманов[1]
[1]НАО «Казахский национальный медицинский университет им.С.Д. Асфендиярова», кафедра «Общей врачебной практики» №1, г. Алматы, Республика Казахстан
[2]КГП на ПХВ «Городская поликлиника №16» г. Алматы, Республика Казахстан

Аннотация: Хроническая болезнь почек (ХБП) связана с развитием минеральной болезни костей (МБК), остеопорозом и хрупкими переломами. Среди пациентов с ХБП наиболее распространенным типом почечной остеодистрофии является адинамическая болезнь кости или низкий метаболизм костной ткани. Последствия CKD-MBD (Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder) включают повышенный риск переломов, большую заболеваемость и смертность. Таким образом, цель состоит в том, чтобы предотвратить возникновение переломов посредством облегчения минерально-костного нарушения (MBD), вызванного ХБП, и лечения последующего остеопороза.
Обзор раскрывает проблему распространенности остеопороза при хронической болезни почек и направлен на ведение пациентов с данной патологией.

Ключевые слова: остеопороз, остеопения, хроническая болезнь почек.

Хабижанова Венера Болатовна, к.м.н., профессор кафедры Общей врачебной практики НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», e-mail: habizhanova.v@kaznmu.kz, +7(747) 4055064 https://orcid.org/0000-0002-7488-0173

Тулеутаева Светлана Александровна, магистр здравоохранения, преподаватель кафедры Общей врачебной практики НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», e-mail: maxataul@mail.ru, +7(701)2282168 https://orcid.org/0000-0002-9287-0454

Для цитирования: Хабижанова В.Б., Тулеутаева С.А., Таутаева А.А., Нугманов Д.Е. Остеопороз при хронической болезни почек – систематический обзор. Ревматология Казахстана. 2021;1:26-31.

Osteoporosis in Chronic Kidney Disease – A Systematic Review

V.B. Khabizhanova, S.A. Tuleutayeva, A.A. Tautayeva, D.E. Nugmanov

Abstract: Chronic kidney disease (CKD) is associated with the development of mineral bone disorder (MBD), osteoporosis, and brittle fractures. The most common type of renal osteodystrophy is adynamic bone disease or low bone metabolism among patients with CKD. The consequences of CKD-MBD (Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder) include an increased risk of fractures, morbidity, and mortality. Thus, the goal is to prevent the occurrence of fractures by alleviating bone mineral impairment (MBD) caused by CKD and treating subsequent osteoporosis.
The review reveals the problem of the prevalence of osteoporosis in chronic kidney disease and is aimed at treating patients with this disease.

Keywords: osteoporosis, osteopenia, chronic kidney disease.

Бүйректің созылмалы ауруы кезіндегі остеопорозы – жүйелі шолу

Хабижанова В.Б., Тулеутаева С.А., Таутаева А.А., Нугманов Д.Е.

Түсініктеме: Бүйректің созылмалы ауруы (БСА) сүйектің минералды ауруының (СМА) асқынуымен, остеопорозбен және морт сынулармен байланысты. БСА шалдыққан науқастардың арасында бүйрек остеодистрофиясының ең кеңінен тараған түрі – сүйектің қуатсыздық ауруы немесе сүйек тінінің төмен метаболизмі саналады. CKD-MBD (Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder) асқынуы сыну қаупінің артуы мен ауруға шалдығуды және өлім жағдайын құрайды. Осылайша басты мақсат – БСА тудырған минералды-сүйек бұзылысын (MBD) жеңілдету есебінен сынықтардың пайда болуының алдын алу және бұдан кейінгі остеопорозды емдеу.
Шолу бүйректің созылмалы ауруы кезінде остеопороздың таралу проблемасын ашады және осындай патологияға ұшыраған науқастарды емдеуге бағытталған.

Кілт сөздер: остеопороз, остеопения, созылмалы бүйрек ауруы.

Введение

Остеопороз (ОП) – это прогрессирующее системное заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы и нарушением структуры (микроархитектоники) костной ткани, приводящее к увеличению хрупкости кости и риску возникновения переломов. Важное значение имеет не только выявление остеопороза, но и определение его причины [1, 3]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) назвала остеопороз четвертой причиной заболеваемости и смертности от хронических неинфекционных заболеваний [4] и определяет остеопороз как показатель T ≤ -2,5 [5].

В связи с поздним появлением признаков остеопороза важно учитывать и выявлять факторы риска заболевания [6]. ХБП – независимый фактор риска остеопороза [5].

В последние годы особый интерес в мировом сообществе вызывает проблема минерально-костных нарушений (МКН) при ХБП. Отмечается значительная распространенность заболеваниями почек в популяции. Распространенность ХБП увеличивается с возрастом, при этом частота выявления МКН коррелирует со степенью снижения СКФ, отражающей функцию почек [7]. По рекомендациям Kdigo, 2012 [8], МНК-ХБП представляет системное нарушение минерального и костного обменов вследствие ХБП, проявляющееся одним или несколькими взаимосвязанными нарушениями:

- нарушениями обмена кальция, фосфора, паратиреоидного гормона или витамина Д;
- нарушениями костного обмена, минерализации, объема костной ткани;
- кальцификация сосудов или других мягких тканей.

Уровни фосфора, ПТГ, фактора роста фибробластов (ФРФ) в сыворотке крови повышаются по мере снижения функции почек [10].

В патогенезе МКН-ХБП значительную роль отводят фактору роста фибробластов 23 (FGF23) и Клото (Klotho). В последние годы обнаружена корреляция между развитием дисбаланса в этой системе (FGF23/Klotho) и прогрессированием ХБП, а также развитием артериальной гипертензии, гипертрофии левого желудочка, сердечно-сосудистых осложнений (аритмии, инфаркта миокарда, застойной сердечной недостаточности, внезапной сердечной смерти), кальцификации сосудов и мягких тканей, а также смертностью пациентов как на преддиализной стадии ХБП, так и получающих заместительную почечную терапию [11].

Выделяют множество причин развития вторичного остеопороза, среди которых особая роль отводится ХБП. Хроническая болезнь почек изменяет количественные и качественные характеристики кости посредством мультифакториального влияния на костный метаболизм, способствуя развитию остеопении, остеопороза и повышая риск переломов. По мере прогрессирования ХБП снижение минеральной плотности костной ткани (МПК) в основном затрагивает бедро, но не позвоночник. ХБП – фактор риска хрупких (малотравматичных) переломов [9]. У пациентов с ХБП G5D и трансплантатом почки (КТ) наблюдалась значительно высокая частота перелома шейки бедра в группе гемодиализа (HD), чем в группах перитонеального диализа (PD) или КТ. Последствия переломов увеличили уровень смертности у пациентов с ХБП без диализа и с диализом [12]. У пациентов с ХБП-МБД следует рассмотреть возможность использования DXA (двухэнергетическая рентгеновская абсорбциометрия) или FRAX для проверки риска переломов. Так, цель состоит в том, чтобы предотвратить возникновение переломов посредством облегчения МКН, вызванного ХБП, и лечения последующего остеопороза. Важное значение имеют также лечение гиперфосфатемии и вторичного гиперпаратиреоза (SHPT). Понимание сложного патогенеза CKD-MBD имеет решающее значение для улучшения краткосрочных и долгосрочных результатов. В данной статье представлен обзор лечения остеопороза у пациентов с ХБП [12].

Цель: предотвратить возникновение переломов посредством предупреждения нарушений (снижения) минеральной плотности костей, вызванного ХБП, и лечение последующего остеопороза.

Материалы и методы. Для данного систематического обзора было найдено 59 статей в PubMed и Google Scholar с использованием поисковых слов: остеопороз, остеопения, перелом, хроническая болезнь почек. После процесса отбора для исключения повторяющихся статей и исследований до 2010 года (глубина исследования 10 лет) 22 статьи были рассмотрены для дальнейшего анализа. Каждая статья была независимо оценена и извлечена двумя рецензентами для проверки источников, включая год, авторов, дизайн исследования и клинические результаты.

Обсуждения

Пациенты с хронической болезнью почек (ХБП) с сопутствующим остеопорозом становятся обычным явлением.

Прогноз при хронической болезни почек зависит от этиологии, степени снижения клубочковой фильтрации (от G1 до G5) (табл. 1).

В рекомендациях KDIGO относительно взрослых лиц с хронической болезнью почек G3a-GD стадии и минерально-костными нарушениями (уровень достоверности по системе GRADE) отмечается, что по мере снижения функции почек отмечают заметные изменения в минеральном метаболизме костной ткани, в результате которых повышается риск переломов, развития сердечно-сосудистых заболеваний и общей летальности. Поэтому при разработке рекомендаций особое внимание уделено методам снижения содержания фосфатов, поддержания концентрации кальция и снижения уровня паратиреоидного гормона в крови при нарушении клубочковой фильтрации на G3a-GD стадии или для пациентов, находящихся на диализе [13]. Рандомизированные исследования, оценивающие связь между воздействиями на эти показатели и клиническими исходами, отсутствуют, но систематические обзоры свидетельствуют, что ранний контроль фосфора может помочь снизить частоту ранних клинических последствий МКН-ХБП. Также недостаточно данных о том, что какой-либо определенный фосфат-связывающий препарат значимо влияет на исходы у больных. Доказательная база на основании систематического обзора данных о сывороточных концентрациях кальция, фосфора и ПТГ и риске смерти и ССЗ у пациентов с ХБП показала, что при повышении концентрации фосфора в крови на 1 мг/дл (0,33 ммоль/л) риск смерти возрастает на 18% (ОР 1,18; 95% ДИ 1,12-1,25). Корреляция между ПТГ или уровнем кальция в сыворотке и общей смертностью отсутствовала [8].

Соответственно, проводится диагностика биохимических нарушений:

1. Начиная с G3a стадии рекомендуется контролировать уровень кальция, фосфатов, паратиреоидного гормона и активность щелочной фосфатазы и ее костной фракции (КЩФ) в сыворотке крови. КЩФ также является чувствительным маркером эффективности лечения вторичного гиперпаротиреоза активными метаболитами витамина D.

2. У пациентов с хронической болезнью почек G3a-GD стадии частота контроля уровня кальция, фосфатов и паратиреоидного гормона в сыворотке крови зависит от наличия и величины нарушений, а также темпов прогрессирования хронической болезни почек [13].

Оценка риска переломов посредством DXA и FRAX является широко используемым методом для количественной оценки МПК у пациентов с ХБП, у него есть некоторые ограничения. Так, DXA измеряет площадную, а не объемную МПК и не различает кортикальную и губчатую кость и не может оценить микроархитектуру кости или метаболизм кости. Инструмент оценки риска переломов (FRAX), разработанный ВОЗ, также может быть полезен для прогнозирования риска переломов у пациентов с недиализной ХБП и реципиентов КТ [14].

У пациентов с ХБП могут развиваться одновременно несколько различных осложнений (сердечно-сосудистые заболевания, ацидоз, анемия и другие) наряду с МКН, отражающие нарушение эндокринной или экзокринной функции почек. Следует отметить, что осложнения наблюдаются не у всех пациентов с ХБП, и степень их сложности и скорости развития может варьировать даже у людей с одинаковыми категориями СКФ или альбуминурии. Важную роль при уходе за этими пациентами играет осведомленность об общих осложнениях и вариантах их лечения [8].

Таблица 1. **Прогноз хронической болезни почек по стадии снижения клубочковой фильтрации (KDIGO, 2012)**

Категории (стадии) СКФ хронической болезни почек (ХБП)			
Скорость клубочковой фильтрации, мл/мин/1,73 м^2	G1	Нормальная или повышенная	≥90 мл/мин/1,73 м^2.
	G2	Несколько сниженная	60–89
	G3a	Немного – умеренно сниженная	45–59
	G3b	Умеренно – сильно сниженная	30–44
	G4	Значительно сниженная	15–29
	G5	Почечная недостаточность	<15

***Примечание:** когда к обозначению стадии снижения клубочковой фильтрации добавлено «D», это свидетельствует о диализе (например G3D).
Снижение функции почек коррелирует со способностью почек поддерживать водный и электролитный гомеостаз.

Известно, что многие терапевтические средства, используемые для лечения остеопороза, нарушают функцию почек. Принято считать, что остеопороз у пациентов с ХБП от G1 до G3 можно лечить так же, как и у пациентов с остеопорозом, не страдающих ХБП. Однако у пациентов с ХБП 4 или более поздней стадии и пациентов с ХБП, находящихся на диализе с остеопорозом, бисфосфонаты следует применять с осторожностью, учитывая возможное развитие таких заболеваний, как адинамическая болезнь костей. Применение препаратов витамина D в низких дозах относительно безопасно. Женщинам в постменопаузе ралоксифен следует назначать с осторожностью. При применении деносумаба следует тщательно контролировать концентрацию кальция в сыворотке, чтобы предотвратить развитие гипокальциемии, и одновременно следует вводить активные формы препаратов витамина D 3 [15].

С возрастом не только ухудшается состояние костной ткани, но и увеличивается риск падений. Для профилактики и лечения остеопороза необходимо применять синтетические аналоги витамина D3 – кальцитриол и альфакальцидол. Использование данных препаратов позволяет миновать ключевой этап активации витамина D3 – 1-альфа-гидроксилирование в почках. Это особенно важно при лечении больных старше 45 лет и тех, у кого имеются хронические заболевания почек. Эффективность и безопасность указанных препаратов в моно- и комбинированной терапии подтверждены результатами многочисленных исследований [16,17].

Почечная остеодистрофия (ROD) представляет собой спектр поражений костей, варьирующийся от высокообменных до низкообменных. Выражение гистологических поражений костей регулируется паратиреоидным гормоном (ПТГ), витамином D, кальцием, фосфором и алюминием, которые действуют как основные регуляторы активности остеобластов и скорости образования кости. Доступность иммунометрических анализов ПТГ позволила разумно предсказать подтипы поражений костей у пациентов с хронической болезнью почек (ХБП).

Знания о лечении нарушений минерального состава кости (MBD) у недиализных пациентов с хронической болезнью почек (ND-CKD) скудны, хотя они необходимы для определения областей для терапевтического улучшения.

В проспективном исследовании у 727 пациентов с распространенной ХБП стадии 3b-5 из 19 нефрологических клиник оценили текущее лечение ХБП-МБД за два визита, проведенных с интервалом в 6 месяцев. Терапевтическая инертность определялась как отсутствие лечения, несмотря на гиперфосфатемию и/или гипокальциемию, и/или гиперпаратиреоз. Первичной конечной точкой была распространенность достигнутой цели по параметрам CKD-MBD и сопутствующим методам лечения (фосфатсвязывающие средства, витамин D и добавки кальция). Вторичной конечной точкой была оценка распространенности и клинических коррелятов терапевтической инерции. В результате более 65% пациентов не достигли целевых показателей паратгормона (ПТГ), в то время как 15 и 19% не достигли целевых показателей по фосфату и кальцию соответственно. Доля нелеченых пациентов снизилась с 3b до 5 стадии (исходно с 60 до 16% соответственно). От исходного уровня до 6-месячного визита достижение целей оставалось стабильным. Низкобелковая диета была назначена 26% пациентов, фосфатсвязывающие – 17,3% (кальциевые – 15,5%, алюминиевые – 1,8%) и витамин D – 50,5%. Общая распространенность терапевтической инерции при посещении через 6 месяцев составила 34,0% (при гиперфосфатемии – 54,3%). По сравнению с 3 стадией ХБП вероятность терапевтической инерции была на 40 и 68% ниже на 4 и 5 стадии соответственно. В результате целевые уровни ПТГ, кальция и фосфата не были достигнуты у значительной части пациентов. Треть пациентов, у которых хотя бы один параметр MBD не соответствовал целевому показателю, не получали лечения. Терапевтическая инертность в отношении лечения CKD-MBD может быть основным препятствием для оптимизации профилактики и лечения CKD-MBD [18].

Гипокальциемия часто встречается у пациентов с ХБП и способствует увеличению секреции ПТГ и аномальному ремоделированию костей. Общая концентрация кальция в сыворотке снижается после удержания фосфата, снижения концентрации 1,25 (OH) 2 D (кальцитриола) и устойчивости к кальциемическому действию ПТГ на кости во время процесса ХБП [19].

Нет достаточных клинических данных, изучающих эффективность терипаратида у пациентов с ХБП-МБД, поскольку большинство клинических испытаний исключали па-

циентов с повышенным исходным уровнем ПТГ в сыворотке крови. В ретроспективном анализе исследования по профилактике переломов терипаратид увеличивает МПК в поясничной области и шейке бедра у пациенток с постменопаузальным остеопорозом и рСКФ до 30 мл/мин [20]. Другой апостериорный анализ постмаркетингового надзорного исследования с участием тридцати пациентов с ХБП G4 и трех пациентов с ХБП G5 показал, что ежедневный прием терипаратида улучшал МПК и частоту новых позвоночных и невертебральных переломов у пациентов с остеопорозом с высоким риском переломов [21]. Необходимы более масштабные исследования для оценки роли терипаратида или абалопаратида в адинамической болезни костей. Поскольку все больше данных указывает на центральную роль нарушенной передачи сигналов Wnt – β-катенин в патогенезе CKD-MBD и его перекрестном взаимодействии между почками, сосудистой сетью и костью.

Изменения минерального и гуморального обмена, а также структуры костей развиваются на ранней стадии развития ХБП. ХБП-МБД включала отклонения от нормы кальция, фосфора, ПТГ и/или витамина D; аномалии обмена костной ткани, минерализации, объема, линейного роста или прочности; и/или кальциноз сосудов или других мягких тканей [22].

Возможность использования DXA или FRAX для проверки риска переломов для пациентов с ХБП-МБД повысит контроль над заболеванием.

Следует призывать пациентов с ХПБ к физической активности с учетом состояния сердечно-сосудистой системы и переносимости (как минимум по 30 минут 5 раз в неделю), к достижению здорового веса (ИМТ 20-25 кг/м^2 в зависимости от специфических демографических показателей в разных странах) и к отказу от курения [8]. Немедикаментозные вмешательства включают изменение содержания кальция в пище и витамина D, повышение физической активности, отказ от курения, упражнения с весовой нагрузкой, предотвращение падений [23] и отказ от чрезмерного употребления алкоголя. У пациентов с ХБП G1-3 врачи должны использовать бисфосфонаты и другие методы лечения остеопороза так же, как и пациентам без ХБП. Бисфосфонаты, как правило, не рекомендуются пациентам с рСКФ <35 мл/мин или признаками адинамической болезни костей из-за недопущения чрезмерного подавления ремоделирования кости. У реципиентов КТ бисфосфонаты эффективно улучшают МПК шейки бедра и поясничного отдела позвоночника [24, 25, 26].

Заключение

Знание проблемы и понимание сложного патогенеза остеопороза при ХБП имеет решающее значение для того, чтобы помочь улучшить краткосрочные и долгосрочные результаты. Тактика и методы лечения остеопороза, связанного с ХБП, должны быть ориентированы на определение типа почечной остеодистрофии у каждого конкретного пациента с ХБП. В настоящем обзоре основное внимание уделяется механизму, оценке и ведению пациентов с ХБП и снижением минеральной плотности костей пациента, используя комплексный подход с целью предотвратить возникновение переломов посредством предупреждения нарушений минеральной плотности костей. Однако сохраняющиеся перспективы научного и клинического поиска обосновывают необходимость изучения более подробной информации, лежащей в основе патофизиологии и оценке безопасности и эффективности препаратов для лечения ХБП и остеопороза.

Прозрачность исследования

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Список литературы:

1. Ревматология: Клинические рекомендации / под ред. Акад. РАМН Е.Л. Насонова. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 752 с.
2. Ревматология: национальное руководство/ под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010 г. – 711 с.
3. Беневоленская Л.И. Остеопороз. Клинические рекомендации. 2-е изд., 2011.
4. Kanis J.A. Assessment of osteoporosis at the primary health-care level // WHO Collaboraiting Centre. – 2007.
5. Наджар М.С., Мир М.М., Музамил М. Распространенность остеопороза у пациентов с хро-

ническим заболеванием почек (стадии 3-5) по сравнению с контрольной группой того же возраста и пола: исследование Центра третичной помощи Кашмирской долины. Saudi J. Kidney Dis. Пересадка. 2017; 28 :538–544. [PubMed] [Google Scholar].
6. Мельниченко Г.А. и соавт. Федеральные клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике остеопороза. Проблемы Эндокринологии. 2017;63(6):392-426. https://doi.org/10.14341/probl2017636392-426.
7. Барышева О.Ю., Марусенко И.М., Везикова Н.Н., Мелентьева А.А. Современные подходы к диагностике и лечению остеопороза. Фарматека: 2017, S4 , С. 35-40.
8. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney inter., Suppl. 2013; 3: С.1–150.
9. Kim S.M., Long J., Montez-Rath M., Leonard M., Chertow G.M. Hip Fracture in Patients with Non-Dialysis-Requiring Chronic Kidney Disease. J. Bone Miner. Res. 2016;31:1803–1809. doi: 10.1002/jbmr.2862.
10. Ветчинникова О.Н., Кантария Р.О. Терапевтическая тактика при третичном гиперпаратиреозе после трансплантации почки (Обзор литературы и клинические наблюдения)// Клиническая нефрология 2014,1: С. 55-63.
11. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). Kidney International. 2009;76(Suppl. 113):115–19.
12. Hsu CY, Chen LR, Chen KH. Osteoporosis in Patients with Chronic Kidney Diseases: A Systemic Review. Int J Mol Sci. 2020 Sep 18;21(18):6846. doi: 10.3390/ijms21186846. PMID: 32961953; PMCID: PMC7555655
13. Ketteler M., Block G.A., Evenepoel P. et al. (2018) Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder: Synopsis of the Kidney Disease: Improving Global Outcomes 2017 Clinical Practice Guideline Update. Ann. Intern. Med., 168(6): 422–430.
14. Jamal S.A., West S.L., Nickolas T.L. The clinical utility of FRAX to discriminate fracture status in men and women with chronic kidney disease. Osteoporos. Int. 2014;25:71–76. doi: 10.1007/s00198-013-2524-1. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar
15. Kosaku Nitta 1, Aiji Yajima 1, Ken Tsuchiya Management of Osteoporosis in Chronic Kidney Disease, 2017. PMID: 29021477PMCID: PMC5790712 DOI: 10.2169/internalmedicine.8618-16 Free PMC article
16. Lesnyak O., Ershova O., Belova K. et al. Epidemiology of fracture in the Russian Federation and the development of a FRAX model // Arch. Osteoporos. 2012. Vol. 7. № 1–2. P. 67–73.
17. Пашенцева А.В., Шаронова Л.А., Вербовой А.Ф. Роль альфакальцидола в лечении остеопороза//«РМЖ» №1, 2017 – С. 49-52.
18. Gallieni, M., De Luca, N., Santoro, D. et al. Management of CKD-MBD in non-dialysis patients under regular nephrology care: a prospective multicenter study. J Nephrol 29, 71–78 (2016). https://doi.org/10.1007/s40620-015-0202-4.
19. Iwasaki Y, Kazama JJ, Fukagawa M. Molecular Abnormalities Underlying Bone Fragility in Chronic Kidney Disease. Biomed Res Int. 2017;2017:3485785. doi:10.1155/2017/3485785.
20. Miller P.D., Schwartz E.N., Chen P., Misurski D.A., Krege J.H. Teriparatide in postmenopausal women with osteoporosis and mild or moderate renal impairment. Osteoporos. Int. 2007;18:59–68. doi: 10.1007/s00198-006-0189-8.
21. Nishikawa A., Ishida T., Taketsuna M., Yoshiki F., Enomoto H. Safety and effectiveness of daily teriparatide in a prospective observational study in patients with osteoporosis at high risk of fracture in Japan: Final report. Clin. Interv. Aging. 2016;11:913–925. doi: 10.2147/CIA.S107285.
22. Moe S., Drueke T., Cunningham J., Goodman W., Martin K., Olgaard K., Ott S., Sprague S., Lameire N., Eknoyan G., et al. Definition, evaluation, and classification of renal osteodystrophy: A position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Kidney Int. 2006;69:1945–1953. doi: 10.1038/sj.ki.5000414
23. West S.L., Jamal S.A., Lok C.E. Tests of neuromuscular function are associated with fractures in patients with chronic kidney disease. Nephrol. Dial. Transplant. 2012;27:2384–2388. doi: 10.1093/ndt/gfr620. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
24. Wilson L.M., Rebholz C.M., Jirru E., Liu M.C., Zhang A., Gayleard J., Chu Y., Robinson K.A. Benefits and Harms of Osteoporosis Medications in Patients With Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann. Intern. Med. 2017;166:649–658. doi: 10.7326/M16-2752.
25. Wang J., Yao M., Xu J.H., Shu B., Wang Y.J., Cui X.J. Bisphosphonates for prevention of osteopenia in kidney-transplant recipients: A systematic review of randomized controlled trials. Osteoporos. Int. 2016;27:1683–1690. doi: 10.1007/s00198-015-3465-7.
26. Toth-Manikowski S.M., Francis J.M., Gautam A., Gordon C.E. Outcomes of bisphosphonate therapy in kidney transplant recipients: A systematic review and meta-analysis. Clin. Transplant. 2016;30:1090–1096. doi: 10.1111/ctr.12792.

Эффективность лечения остеоартрита коленного и тазобедренного суставов комбинированным препаратом хондроитина сульфата и глюкозамина гидрохлорида: промежуточные результаты российского наблюдательного исследования

А.М. Лила [1,2], Л.И. Алексеева [1], К.А. Телышев [1], А.А. Баранов [3], Е.А. Трофимов[4]

[1]ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва; [2]кафедра ревматологии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, Москва; [3]ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ярославль; [4]ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург

[1]Россия, 115522, Москва, Каширское шоссе, 34А;
[2]Россия, 125993, Москва, ул. Баррикадная, 2/1, стр. 1;
[3]Россия, 150000, Ярославль, ул. Революционная, 5;
[4]Россия, 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, 41

Цель исследования – оценка динамики боли, повседневной функциональной активности суставов, качества жизни и удовлетворенности лечением у пациентов с остеоартритом (ОА) коленного (КС) или тазобедренного (ТС) суставов, длительно принимающих комбинированный препарат глюкозамина (ГА) и хондроитина (ХС) в рутинной клинической практике.

Пациенты и методы. Выполнен промежуточный анализ данных открытого многоцентрового проспективного неинтервенционного исследования, которое проводится на территории Российской Федерации. В исследование включали пациентов с ОА КС или ТС I–III стадии по классификации Kellgren-Lawrence, которые использовали комбинированный препарат ГА и ХС (Терафлекс®). Промежуточный анализ выполнен на основе данных, полученных через 16–24 нед лечения (визит 2) у 542 пациентов (50% общей выборки).

Результаты и обсуждение. В исследуемую группу включено 399 пациентов с ОА КС и 143 пациента с ОА ТС из 43 центров России. Во время визита 2 у пациентов с ОА КС/ТС по всем подшкалам опросников KOOS/HOOS отмечалась положительная динамика по сравнению с исходным уровнем. Доля пациентов с ≥20% увеличением баллов при ОА КС составляла для разных подшкал от 42,6 до 67,4%, при ОА ТС – от 47,6 до 66,4%.

Большинство пациентов (89,1%) принимали Терафлекс® 3 мес и более. Эффективностью лечения были удовлетворены 76,1% пациентов. Нежелательные явления (НЯ) терапии были зарегистрированы у 16 (3,0%) пациентов и включали преимущественно нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта – в 12 (2,2%) случаях.

Заключение. Результаты, полученные через 16–24 нед лечения препаратом Терафлекс®, свидетельствуют о снижении частоты и интенсивности боли и других симптомов ОА, а также об увеличении функциональной активности и качества жизни у пациентов с ОА КС или ТС после первого курса терапии. Большинство пациентов были удовлетворены лечением. Частота НЯ, связанных с приемом препарата, была низкой, а их характер соответствовал информации о побочных эффектах препарата.

Ключевые слова: остеоартрит коленного сустава; остеоартрит тазобедренного сустава; наблюдательное исследование; лечение; Терафлекс®.

Контакты: Людмила Ивановна Алексеева; dr.alekseeva@gmail.com
Для ссылки: Лила АМ, Алексеева ЛИ, Телышев КА и др. Эффективность лечения остеоартрита коленного и тазобедренного суставов комбинированным препаратом хондроитина сульфата и глюкозамина гидрохлорида: промежуточные результаты российского наблюдательного исследования. Современная ревматология. 2020;14(3):71–78. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-3-71-78

The efficiency of treatment with a combined chondroitin sulfate and glucosamine hydrochloride drug for knee and hip osteoarthritis: intermediate results of a Russian observational study

A.M. Lila [1,2], L.I. Alekseeva [1], K.A. Telyshev [1], A.A. Baranov [3], E.A. Trofimov[4]

1V.A. Nasonova Research Institute of Rheumatology, Moscow; 2Department of Rheumatology, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Ministry of Health of Russia, Moscow; 3Yaroslavl State Medical University, Ministry of Health of Russia, Yaroslavl; 4I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Ministry of Health of Russia, Saint Petersburg

LMR-CH-20210816-07

Objective: to assess pain dynamics, daily functional activity of joints, quality of life, and treatment satisfaction in patients with knee and hip osteoarthritis (KOA and HOA), who long take a combined glucosamine (GA) and chondroitin sulfate (CS) drug in routine clinical practice.

Patients and methods: An interim analysis of data from an open multicenter prospective non-interventional study that is being conducted in the Russian Federation was carried out. The study included patients with Kellgren–Lawrence Stages I–III KOA or HOA, who were treated with a combined GA and CS drug (Theraflex®). The interim analysis was based on the data obtained at 16–24 weeks of treatment (Visit 2) in 542 patients (50% of the total sample).

Results and discussion. A study group included patients with KOA (n=399) or HOA (n=143) from 43 centers in Russia. At visit 2, the KOA/HOA patients showed positive changes in all subscales of the Knee disability and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS/Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) questionnaires compared to the baseline level. The proportion of patients with a ≥20% increase in different subscale scores ranged from 42.6 to 67.4% for KOA and from 47.6 to 66.4% for HOA.

Most (89.1%) patients took Theraflex® for ≥3 months. 76,1% of patients were satisfied with treatment efficiency. Adverse events (AEs) related to treatment were recorded in 16 (3.0%) patients and included mainly gastrointestinal tract disorders in 12 (2.2%) cases.

Conclusion. The results obtained at 16–24 weeks of Theraflex® treatment are indicative of a decrease in the frequency and intensity of pain and other symptoms of OA, as well as increases in joint functional activity and quality of life in patients with KOA or HOA after the first cycle of therapy. The majority of the patients were satisfied with the treatment. The incidence of drug-related AEs was low, while their nature was consistent with information on the drug's side effects.

Keywords: knee osteoarthritis; hip osteoarthritis; observational study; treatment; Theraflex®.

[1]34A, Kashirskoe Shosse, Moscow 115522, Russia;
[2]2/1, Barrikadnaya St., Build. 1, Moscow 125993, Russia;
[3]5, Revolyutsionnaya St., Yaroslavl 150000, Russia;
[4]41, Kirochnaya St., Saint Petersburg 191015, Russia

Contact: Lyudmila Ivanovna Alekseeva; dr.alekseeva@gmail.com
For reference: Lila AM, Alekseeva LI, Telyshev KA, et al. The efficiency of treatment with a combined chondroitin sulfate and glucosamine hydrochloride drug for knee and hip osteoarthritis: intermediate results of a Russian observational study. Sovremennaya Revmatologiya=Modern Rheumatology Journal. 2020;14(3):71–78. DOI: 10.14412/1996-7012-2020-3-71-78

Остеоартрит (ОА) – одно из самых распространенных заболеваний суставов. Хроническая боль и постепенное снижение подвижности суставов при ОА приводят к заметному ухудшению качества жизни, а также уменьшению продолжительности жизни больных в среднем на 10–12 лет [1]. Выраженные симптомы ОА, сопровождающиеся утратой трудоспособности, обусловливают увеличение смертности в 2,4 раза, а при наличии коморбидных состояний этот показатель в 4 раза выше, чем в общей популяции [2].

Согласно рекомендациям Международного общества по изучению остеоартрита (Osteoarthritis Research Society International, OARSI) и Европейской антиревматической лиги (European League Against Rheumatism, EULAR), лечение ОА может быть немедикаментозным, медикаментозным и инвазивным и способно оказывать не только симптоматическое, но и структурно-модифицирующее действие [3]. Полагают, что структурно-модифицирующее действие препаратов для лечения ОА основано на их способности активировать анаболические процессы в матриксе хряща, подавлять активность лизосомальных ферментов и стимулировать функцию хондроцитов [4]. Симптоматические препараты замедленного действия (глюкозамин – ГА, хондроитина сульфат – ХС, гиалуроновая кислота, диацереин, неомыляемые соединения авокадо и сои) через 8–12 нед применения позитивно влияют на симптомы ОА, обладают выраженным последействием в течение 2–4 мес после окончания приема, некоторые препараты этой группы замедляют темпы прогрессирования ОА путем воздействия на определенные патогенетические звенья заболевания [3]. Именно поэтому препараты ГА и ХС рассматриваются в качестве базисных средств лечения ОА на самых ранних стадиях заболевания [5].

Доказанная эффективность ГА и ХС в качестве монотерапии в ряде исследований создала предпосылки для комбинации этих веществ [6, 7]. Так, в экспериментальном исследовании L.W. Lippielo [8] было установлено, что комбинированное применение ГА и ХС способствовало увеличению продукции гликозаминогликанов хондроцитами на 96,9% по сравнению с 32% при монотерапии. В исследовании GAIT, в котором изучалась эффективность ГА (500 мг 3 раза в день) и ХС (400 мг 3 раза в день), в группе с умеренной и тяжелой болью в коленном суставе (КС) доля пациентов с ≥20% уменьшением боли к 24-й неделе терапии была статистически значимо выше на фоне комбинированной терапии ГА и ХС по сравнению с плацебо (79,2% против 54,3%; p=0,008) [9].

По данным K.L. Lapane и соавт. [10], около половины пациентов (47%) с рентгенологически подтвержденным диагнозом ОА КС используют дополнительные и альтернатив-

ные виды лечения, а около четверти (24%) из них сочетают эти методы со стандартной терапией, в частности с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Среди наиболее часто применяемых дополнительных лекарственных средств – ГА и ХС: свыше 55% пациентов получали эти препараты в качестве монотерапии или в составе комбинированного лечения.

Противовоспалительное, анальгетическое и хондропротективное действие комбинированных препаратов ГА и ХС было продемонстрировано в ряде клинических исследований, в том числе с рандомизированным сравнительным дизайном [11–15]. Терапевтические преимущества комбинированных препаратов ГА и ХС отражены в резолюции Международного совещания экспертов [16] и клинических рекомендациях по ведению больных с остеоартритом и коморбидностью в общей врачебной практике [17].

Представляет интерес изучение эффективности и безопасности применения комбинированного препарата ГА и ХС в реальной клинической практике, особенно у пациентов с ОА КС и тазобедренного сустава (ТС), которым назначают длительные курсы терапии. В настоящее время в Российской Федерации проводится проспективное многоцентровое наблюдательное исследование с целью сбора информации о пациентах с ОА КС или ТС, получающих Терафлекс®. В настоящей статье представлены промежуточные результаты этого исследования (после завершения первого курса терапии).

Цель исследования – оценка динамики боли, повседневной функциональной активности суставов, качества жизни и удовлетворенности лечением у пациентов с ОА КС или ТС, завершивших первый курс терапии препаратом Терафлекс® в рутинной клинической практике.

Пациенты и методы. В открытое многоцентровое неинтервенционное проспективное исследование включали пациентов, которым в рамках рутинной клинической практики врачом был назначен препарат ГА и ХС (Терафлекс®) в дозах согласно инструкции по медицинскому применению, а также пациенты, самостоятельно приобретающие препарат. Допускалось участие в исследовании пациентов, принимающих лекарственную форму с ибупрофеном (Терафлекс® Адванс) при условии запланированного перехода в дальнейшем на Терафлекс®. Терафлекс® (АО «Байер») представляет собой комбинацию ГА 500 мг (в виде глюкозамина гидрохлорида) и ХС 400 мг в одной капсуле.

Протокол исследования до включения пациентов был утвержден Межвузовским комитетом по этике и опубликован на сайте международной базы клинических исследований Clinical Trials.gov под номером NCT03330288. Все включенные в исследование пациенты дали согласие на сбор данных.

Критерии включения: пациенты мужского и женского пола с ОА КС или ТС I–III стадии по классификации Kellgren–Lawrence, получающие Терафлекс® не более 2 нед и подписавшие информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии невключения: участие пациента в исследовательских программах, предусматривающих проведение манипуляций, выходящих за рамки рутинной клинической практики; применение любого симптом-модифицирующего препарата замедленного действия в предшествующие 5 мес; внутрисуставные инъекции глюкокортикоидов в предшествующие 3 мес; инъекции гиалуроновой кислоты и/или PRP-терапия (внутрисуставное введение аутологичной обогащенной тромбоцитами плазмы) в суставы нижних конечностей в предшествующие 6 мес.

Было запланировано четыре визита: визит 1 (включение в исследование), визиты 2 и 3 (наблюдение, 16–24-я и 36–44-я недели лечения препаратом Терафлекс®) и визит 4 (заключительный, 56–64-я неделя лечения). Во время визита 1 регистрировали демографические данные пациента, сведения об образе жизни, медицинском анамнезе (включая наличие факторов риска развития ОА), стадии ОА по Kellgren–Lawrence. При каждом визите оценивали информацию, касающуюся применения препарата Терафлекс®, удовлетворенности лечением, показателей жизненно важных функций, индекса массы тела (ИМТ), физикального обследования, медикаментозной и немедикаментозной сопутствующей терапии, нежелательных явлений (НЯ). В зависимости от пораженного сустава во время каждого визита пациенты заполняли Шкалу оценки повреждения коленного сустава и исхода остеоартрита (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score, KOOS) или Шкалу оценки ограничений функций тазобедренного сустава и исхода остеоартрита (Hip injury and Osteoarthritis Outcome Score, HOOS). В исследование планируется включить 1100 пациентов.

Промежуточный анализ был выполнен после завершения визита 2 (16–24-я неделя лечения) у первых 550 (50%) пациентов, вошедших в исследование. Статистический

анализ проводили с помощью программного пакета SAS (версия 9.4). Для анализа применяли методы описательной статистики. Анализ всех изучаемых показателей выполнен в популяции полного набора данных (Full analysis set, FAS), которая включала всех пациентов, соответствовавших критериям отбора и получивших по крайне мере одну дозу препарата.

Результаты. Первые 550 пациентов были отобраны в 43 клинических центрах Российской Федерации: 13 центрах Москвы, 21 центре Санкт-Петербурга и 9 центрах Ярославля. Из исследования выбыли 8 пациентов, так как они не соответствовали критериям отбора (на момент скрининга они получали Терафлекс® более 2 нед), поэтому в статистический анализ было включено 542 пациента: 399 (73,6%) с ОА КС и 143 (26,4%) с ОА ТС.

Большую часть пациентов составляли женщины – 481 (88,7%), средний возраст – 61,1±7,0 года; 99,3% участников исследования являлись представителями европеоидной расы. Средний ИМТ – 30,0±5,5 кг/м^2, в большинстве случаев ИМТ соответствовал избыточной массе тела или ожирению. У 395 (72,9%) пациентов выявлена II стадия ОА по Kellgren–Lawrence, у 84 (15,5%) – III стадия, у 63 (11,6%) – I стадия. Все больные имели хотя бы одно сопутствующее заболевание. Наиболее часто встречались патология сердечно-сосудистой системы – у 358 (66,1%) пациентов, нарушения обмена веществ и питания – у 199 (36,7%), болезни желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – у 134 (24,7%). Самыми частыми нозологическими формами были: гипертоническая болезнь – у 329 (60,7%) пациентов, алиментарное ожирение – у 127 (23,4%), хронический гастрит – у 90 (16,6%), варикозное расширение вен нижних конечностей – у 75 (13,8%), сахарный диабет 2-го типа – у 59 (10,9%).

По данным промежуточного анализа, коморбидные заболевания являлись основной причиной назначения сопутствующей терапии, которую получал 471 (86,9%) пациент. Большая часть пациентов принимали селективные бета-блокаторы – 137 (25,3%), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента – 101 (18,6%), антагонисты ангиотензина II – 88 (16,2%).

Динамика среднего балла по подшкалам опросника KOOS

По всем подшкалам опросника KOOS у пациентов с ОА КС отмечалась положительная динамика (увеличение среднего балла) к визиту 2 (16–24-я неделя лечения) по сравнению с исходным уровнем. У пациентов с ОА КС среднее изменение по подшкале «Боль» составило 15,7 балла (95% доверительный интервал, ДИ 13,96–17,35), по подшкале «Качество жизни» – 14,6 балла (95% ДИ 12,88–16,40), по блоку «Функциональная активность сустава» (KOOS-PS) – 13,8 балла (95% ДИ 12,00–15,57), по подшкале «Симптомы» – 11,7 балла (95% ДИ 9,76–13,54). Количество пациентов с ≥20% увеличением баллов составляло для разных подшкал от 42,6 до 67,4% (рис. 1).

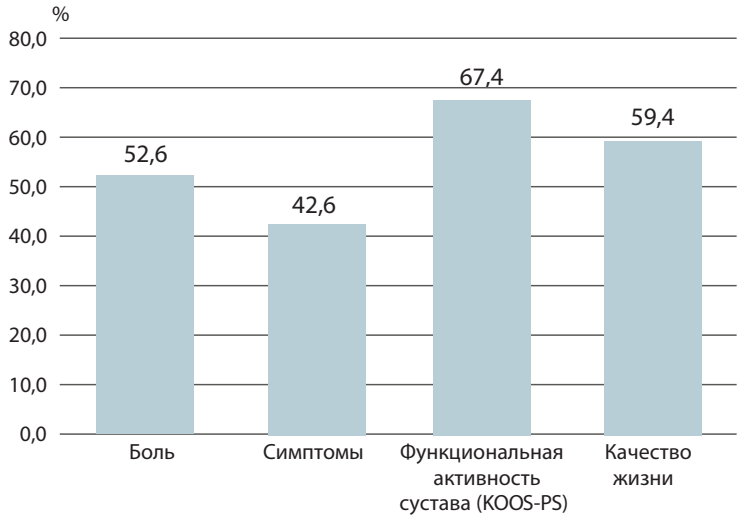


Рис. 1. Доля пациентов с ≥20% увеличением балла по подшкалам опросника KOOS к визиту 2 (16–24-я неделя лечения) относительно исходного уровня. KOOS-PS (KOOS-physical short form, краткая форма подшкал «Сложность выполнения ежедневных бытовых действий» и «Спорт, активность на отдыхе»)

Fig. 1. The proportion of patients with ≥20% increase in the score of KOOS subscales by Visit 2 (at 16–24 weeks of treatment) relative to the baseline level. KOOS-PS (KOOS-physical short form, the short form of the subscales «Difficulty with activities of daily living» and «Sports and holiday activities»)

Ответы на отдельные вопросы KOOS свидетельствовали об увеличении к визиту 2 по сравнению с исходным уровнем доли пациентов с менее частой и менее интенсивной болью, вечерней тугоподвижностью и утренней скованностью, обусловленными ОА КС (рис. 2). При ответе на вопрос о том, насколько осложняют жизнь проблемы с КС, больше пациентов ответили «совсем нет» (8,8% против 0,3%), «слегка» (43,8% против 16,7%) и меньше – «умеренно» (38,5% против 48,0%), «сильно» (6,9% против 30,2%) и «очень сильно» (2,1% против 4,8%).

Динамика среднего балла по подшкалам опросника HOOS

По данным промежуточного анализа, у пациентов с ОА ТС отмечалась положитель-

ная динамика по всем подшкалам опросника HOOS. При этом среднее изменение по подшкале «Боль» составило 16,0 балла (95% ДИ 13,0–19,0), по подшкале «Качество жизни» – 14,3 балла (95% ДИ 10,9–17,6), по блоку «Функциональная активность сустава» (HOOS-PS) – 16,1 балла (95% ДИ 12,6–19,6), по подшкале «Симптомы» – 10,3 балла (95% ДИ 7,0–13,6). Доля пациентов с ≥20% увеличением балла составляла для разных подшкал от 47,6 до 66,4% (рис. 3).



Рис. 2. Результаты оценки частоты боли (а), выраженности скованности (б) и тугоподвижности (в) в КС по опроснику KOOS на момент визита 1 (исходно) и визита 2 (16–24-я неделя лечения).

Fig. 2. Results of assessing the frequency of pain (a), severity of stiffness (б) and rigidity (в) in the knee joint according to the KOOS questionnaire at Visits 1 (at baseline) and 2 (at 16–24 weeks of treatment)

Результаты ответов на отдельные вопросы у пациентов с ОА ТС были сопоставимы с таковыми у пациентов с ОА КС. Так, к визиту 2 была отмечена позитивная динамика в отношении уменьшения частоты боли и выраженности тугоподвижности в тазобедренном суставе (рис. 4). Согласно результатам ответа на вопрос о том, насколько осложняют жизнь пациенту проблемы с ТС, доля ответов с оценкой «совсем нет» увеличилась с 0,7 до 4,3%, с оценкой «слегка» – с 17,3 до 41,7%, при этом снизилась доля ответов с оценками «умеренно» (с 45,3 до 38,9%), «сильно» (с 32,4 до 13,0%) и «очень сильно» (с 4,3 до 2,2%). В целом позитивный сдвиг наблюдался для каждого вопроса шкалы HOOS.

Приверженность терапии

Оценка приверженности лечению через 16–24 нед (визит 2) показала, что большинство пациентов с ОА КС (89,0%) и ТС (89,5%) принимали Терафлекс® 84 дня и более (включая период применения Терафлекс® Адванс), что свидетельствовало о соблюдении врачебных рекомендаций по длительности терапии.

Удовлетворенность лечением

Результаты оценки удовлетворенности лечением с использованием шкалы Лайкерта: от 5 («очень удовлетворен») до 1 («очень неудовлетворен») свидетельствуют о том, что через 16–24 нед применения препарата Терафлекс® большинство пациентов (76,1%) были удовлетворены лечением: 57,5% дали оценку «удовлетворен» и 18,6% – «очень удовлетворен» (см. таблицу). Результаты удовлетворенности лечением у пациентов с ОА КС и ТС были сопоставимы, однако несколько меньше пациентов с ОА ТС дали оценку «очень удовлетворен» (ОА КС – 20,4%, ОА ТС – 13,7%).

Симптоматическая терапия обезболивающими средствами

Хотя бы одно назначение обезболивающего препарата в связи с ОА целевого сустава было зарегистрировано примерно у трети пациентов – 190 (35,1%), другой ме-

дикаментозной терапии (топические НПВП, витамины, препараты центрального действия) – у 99 (18,3%).

На момент промежуточного анализа было недостаточно данных для оценки длительности применения обезболивающих средств и динамики потребности в них в качестве симптоматической терапии при ОА КС или ТС на фоне приема препарата Терафлекс®. Эта информация будет проанализирована после завершения исследования.

Нежелательные явления

Хотя бы одно НЯ было зарегистрировано у 112 (20,7%) из 542 пациентов, включенных в исследование. Среди НЯ с частотой ≥1% отмечены: нарушения со стороны костно-мышечной системы – у 34 (6,3%) пациентов, нарушения со стороны ЖКТ – у 29 (5,4%), инфекционные и паразитарные заболевания – у 24 (4,4%), нарушения со стороны нервной системы – у 13 (2,4%), сосудистая патология – у 11 (2,0%).

НЯ, связанные, по мнению исследователей, с препаратом Терафлекс®, зафиксированы у 16 (3,0%) пациентов. Наблюдались преимущественно нарушения со стороны ЖКТ – у 12 (2,2%) и скелетно-мышечной системы – у 4 (0,7%). Эти НЯ включали: боль в животе, тошноту, диарею, запор, диспепсию, метеоризм, обострение геморроя, боль в мышцах, позвоночнике, синдром сдавления ротатора плеча. Большинство связанных с препаратом НЯ имели легкую степень, к НЯ средней степени относились тошнота (у 2 пациентов), боль в животе (у 1), диспепсия (у 1), боль в мышцах (у 1), синдром сдавления ротатора плеча (у 1).

Серьезные НЯ (СНЯ) возникли у 8 (1,5%) пациентов. Все случаи СНЯ (обострение ишемической болезни сердца, острое нарушение мозгового кровообращения, фибрилляция предсердий, мерцательная аритмия, корешковый болевой синдром, миозит грушевидной мышцы, комбинированный геморрой 4-й стадии, проведение плановой операции по эндопротезированию КС) были оценены как не связанные с приемом препарата Терафлекс®.

Обсуждение. Результаты промежуточного анализа данных (через 4–6 мес после начала исследования) свидетельствуют об уменьшении интенсивности боли и других симптомов ОА, а также об увеличении функциональной активности суставов и улучшении качества жизни у пациентов с ОА КС или ТС после первого курса приема препарата Терафлекс®. По всем подшкалам опросников

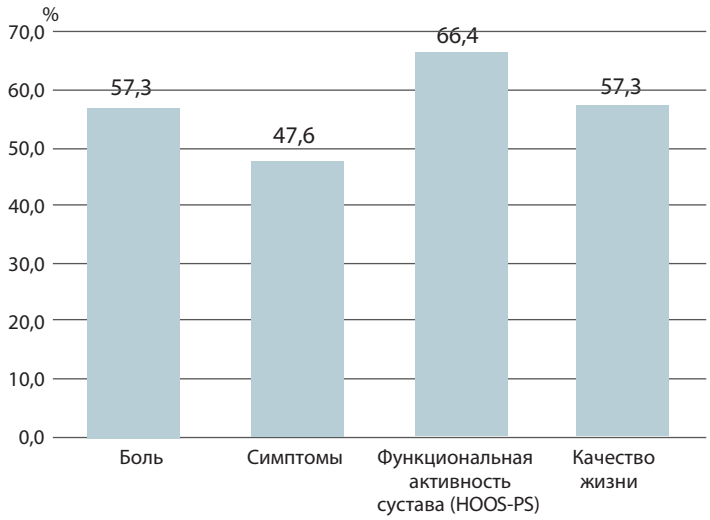


Рис. 3. Доля пациентов с ≥20% увеличением балла по подшкалам опросника HOOS к визиту 2 (16–24-я неделя лечения) относительно исходного уровня. HOOS-PS (HOOS-physical short form, краткая форма подшкал «Сложность выполнения ежедневных бытовых действий» и «Активность, спорт и активный отдых»)

Fig. 3. The proportion of patients with ≥20% increase in the score of HOOS subscales by visit 2 (at 16–24 weeks of treatment) relative to the baseline level. HOOS-PS (HOOS-physical short form, the short form of the subscales «Difficulty with activities of daily living» and «Activity, sports, and outdoor activities»)

KOOS и HOOS отмечалась положительная динамика (увеличение среднего балла) по сравнению с исходным уровнем. Для всех подшкал опросников KOOS и HOOS увеличение составило >10 баллов.

В настоящее время клинически значимыми считаются те изменения, которые являются существенными с точки зрения выраженности клинической симптоматики и облегчения состояния пациента. Критерий минимального клинически значимого изменения (МКЗИ) для опросника KOOS остается до конца не исследованным. Наиболее вероятно, что в дальнейшем будет разработан диапазон конкретных МКЗИ. До этого момента МКЗИ для KOOS следует считать равным 8–10 единицам [18]. Оценка данного параметра для опросника HOOS проводится в настоящее время. В связи с этим считаем обоснованным рассматривать увеличение баллов HOOS и KOOS у пациентов в нашем исследовании как клинически значимое, что подтверждается данными других авторов [19, 20].

В настоящей статье результаты представлены по подшкалам опросников KOOS и HOOS, вместе с тем положительная динамика наблюдалась и для каждого из вопросов: возрастала доля пациентов с менее частыми и менее интенсивными симптомами и затруднениями, связанными с ОА КС или ТС.

Отмечена хорошая приверженность терапии – большинство пациентов (89,1%) принимали Терафлекс® 3 мес и более. Хотя это первое исследование эффективности препарата Терафлекс® с использованием опросников KOOS и HOOS, исходные характеристики пациентов, а также результаты терапии согласуются с представленными в литературе данными [11–15]. Так, в ранее выполненных исследованиях у пациентов с ОА КС и ТС с использованием индекса WOMAC отмечено уменьшение боли, скованности и улучшение функционального состояния суставов, а также суммарного индекса WOMAC через 4–6 мес терапии препаратом Терафлекс® [11–15].

У большинства пациентов (72,9%) имелась II стадия ОА по Kellgren–Lawrence. Избыточная масса тела, гормональные нарушения, деформация костей и суставов, хирургические операции на суставах являлись основными факторами риска развития ОА и зарегистрированы примерно у половины пациентов. Наиболее частыми сопутствующими заболеваниями у участников исследования были гипертоническая болезнь (у 60,7%) и алиментарное ожирение (у 23,4%).

Несмотря на наличие большого количества коморбидных состояний (каждый пациент имел хотя бы одно сопутствующее заболевание), в 79,3% случаев не зарегистрировано ни одного НЯ во время приема препарата Терафлекс®. Связь НЯ с терапией исследуемым препаратом определена у 16 (3,0%) пациентов, в основном это были нарушения со стороны ЖКТ. СНЯ зарегистрированы в 8 (1,5%) случаях и объясняются тем, что исследуемую группу составили пациенты преимущественно старшего возраста (средний возраст 61,1 года) с наличием большого числа сопутствующих заболеваний. При этом связь с приемом препарата Терафлекс® не установлена ни для одного СНЯ.

Текущее исследование имеет ряд ограничений, которые определяются его неинтервенционным характером: не предусмотрено проведения рандомизации, ослепления, отбора пациентов согласно строгим критериям включения/невключения; в связи с отсутствием группы сравнения невозможно провести сравнительный анализ эффективности. Вместе с тем это исследование дает ценную информацию об эффективности и безопасности препарата при применении в рутинной клинической практике, а также о характеристиках пациентов, которым проводится лечение. Проспективный дизайн и электронный сбор данных позволяют значительно повысить качество и достоверность получаемой информации.



Рис. 4. Результаты оценки частоты боли (а), скованности (б) и выраженности тугоподвижности (в) в ТС по опроснику HOOS на момент визита 1 (исходно) и визита 2 (16–24-я неделя лечения)

Fig. 4. Results of assessing the frequency of pain (a), stiffness (b), and severity of rigidity (c) in the hip joint according to the HOOS questionnaire at Visits 1 (at baseline) and 2 (at 16–24 weeks of treatment)

Результаты оценки удовлетворенности лечением на момент визита 2 (16–24-я неделя лечения), n (%)

Results of assessing treatment satisfaction at Visit 2 (at 16–24 weeks of treatment), n (%)

Оценка	ОА КС (n=378)	ОА ТС (n=139)	Всего (n=517)
Очень неудовлетворен	3 (0,8)	1 (0,7)	4 (0,8)
Неудовлетворен	9 (2,4)	7 (5,0)	16 (3,1)
Затрудняюсь ответить	72 (19,1)	32 (23,0)	104 (20,1)
Удовлетворен	217 (57,4)	80 (57,6)	297 (57,5)
Очень удовлетворен	77 (20,4)	19 (13,7)	96 (18,6)
Итого	378 (100)	139 (100)	517 (100)

Примечание. К моменту проведения промежуточного анализа полные данные были доступны для 517 пациентов.
Note: n – the number of patients in the complete population dataset. At the time of the interim analysis, complete data were available for 517 patients.

Ограничением представленных результатов промежуточного анализа является также отсутствие сведений о длительности применения НПВП и других обезболивающих средств и динамике потребности в них на фоне лечения препаратом Терафлекс®. Это обусловлено недостаточным объемом данных в связи с коротким сроком наблюдения в рамках промежуточного анализа. Данные показатели эффективности лечения будут проанализированы после завершения исследования.

Заключение. Результаты промежуточного анализа данных, полученных через 4-6 мес терапии препаратом Терафлекс®, свидетельствуют о снижении частоты и интенсивности боли и других клинических симптомов ОА, а также об улучшении функциональной активности и качества жизни у пациентов с ОА КС или ТС после первого курса терапии. Большинство пациентов были удовлетворены лечением. Частота НЯ, связанных с исследуемым препаратом, была низкой, а их характер соответствовал известной информации о его побочных эффектах.

Благодарности. Авторы выражают благодарность Радьковой Е.А. (ООО «ОСТ Рус», Санкт-Петербург, Россия), а также сотрудникам медицинского отдела АО «Байер» Калентьевой Ю.В. и Соколову К.А. за техническую помощь при подготовке текста статьи и поиск научных источников.

Список литературы:

1. Nuesch E, Dieppe P, Reichenbach S, et al. All cause and disease specific mortality in patients with knee or hip osteoarthritis: popu- lation based cohort study. BMJ. 2011 Mar 8; 342:d1165. doi: 10.1136/bmj.d1165.
2. Turkiewicz A, Kiadaliri AA, Englund M. Cause-specific mortality in osteoarthritis of peripheral joints. Osteoarthritis Cartilage. 2019 Jun;27(6):848-854. doi: 10.1016/j.joca.2019. 02.793. Epub 2019 Feb 21.
3. Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, et al. OARSI recommendations for the manage- ment of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. Osteoarthritis Cartilage. 2008 Feb; 16(2):137-62. doi:10.1016/j.joca.2007.12.013.
4. Du Souich P. Absorption, distribution and mechanism of action of SYSADOAS. Pharma- col Ther. 2014 Jun;142(3):362-74. doi: 10.1016/ j.pharmthera.2014.01.002. Epub 2014 Jan 21.
5. Lila AM, Denisov LN, Zotkin EG, et al. Pharmacological Management of Osteoarthritis With a Focus on Symptomatic Slow-Acting Drugs: Recommendations From Leading Russian Experts. J Clin Rheumatol. 2020 Jul 24. doi: 10.1097/RHU.0000000 000001507. Online ahead of print.
6. Qiu GX, Weng XS, Zhang K, et al. A multi-central, randomized, controlled clin- ical trial of glucosamine hydrochloride/sul- fate in the treatment of knee osteoarthritis. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. 2005 Nov 16;85(43):3067-70.
7. Zegels B, Crozes P, Uebelhart D, et al. Equivalence of a single dose (1200 mg) com- pared to a three-time a day dose (400 mg) of chondroitin 4&6 sulfate in patients with knee osteoarthritis. Results of a randomized double blind placebo controlled study. Osteoarthritis Cartilage. 2013 Jan; 21(1):22-7. doi: 10.1016/j. joca.2012.09.017. Epub 2012 Oct 8.
8. Lippielo LW. Beneficial effect of cartilage structure modifying agents tested in chondro- cyte and rabbit instability model ostearthrosis. Arthritis Rheum. 1999;(42):256.
9. Clegg DO, Reda DJ, Harris CL, et al. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. N Engl J Med. 2006 Feb 23; 354(8):795-808. doi: 10.1056/NEJMoa052771.

10. Lapane KL, Sands MR, Yang S, et al. Use of complementary and alternative medicine among patients with radiographic-confirmed knee osteoarthritis. Osteoarthritis Cartilage. 2012 Jan;20(1):22-8. doi: 10.1016/j.joca. 2011.10.005.
11. Беневоленская ЛИ, Алексеева ЛИ, Зайцева ЕМ. Эффективность препарата Терафлекс у больных с остеоартритом коленных и тазобедренных суставов. Русский медицинский журнал. 2005;13(8):525-7. [Benevolenskaya LI, Alekseeva LI, Zaitseva EM. Effectiveness of teraflex in patients with osteoarthritis of the knee and hip joints. Russkii meditsinskii zhurnal. 2005;13(8):525-7. (In Russ.)].
12. Лила АМ, Мазуров ВИ, Шидловская ОВ и др. Терафлекс в комплексной терапии остеоартрита коленных суставов и остеохондроза позвоночника (результаты клинического исследования). Русский медицинский журнал. 2005;13(24):1618-22. [Lila AM, Mazurov VI, Shidlovskaya OV, et al. Teraflex in the treatment of osteoarthri- tis of the knee and degenerative disc disease of the spine (the results of a clinical study). Russkii meditsinskii zhurnal. 2005;13(24): 1618-22. (In Russ.)].
13. Алексеева ЛИ, Кашеварова НГ, Шарапова ЕП и др. Сравнение постоянного и интермиттирующего лечения больных Остеоартритом коленных суставов комбинированным препаратом «Терафлекс». Научно-практическая ревматология. 2008;46(3):68-72. [Alekseeva LI, Kashevarova NG, Sharapova EP, et al. Comparison of continuous and intermittent treatment of patients with knee osteoarthritis with combined drug «Teraflex». Nauchno-prakticheskaya revmatologiya = Rheumatology Science and Practice. 2008;46(3):68-72. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1995-4484-2008-662
14. Елисеева ЛН, Бледнова АЮ, Оранский СП. Преимущества и потенциальные возможности применения препарата Терафлекс в лечении остеоартрита. Русский медицинский журнал. 2014;22(6):1-6. [Eliseeva LN, Blednova AYu, Oranskii SP. Advantages and potential applications of teraflex in the treatment of osteoarthritis. Russkii meditsinskii zhurnal. 2014;22(6):1-6. (In Russ.)].
15. Поворознюк ВВ, Насонов ЕЛ. Эффективность и безопасность двух схем лечения препаратом Терафлекс у пациентов с остеоартритом коленных суставов. Рецепт. 2008;(2):98-101. [Povoroznyuk VV, Nasonov EL. Effectiveness and safety of two treatment regimens with teraflex in patients with knee osteoarthritis. Retsept. 2008;(2):98-101. (In Russ.)].
16. Лила АМ, Алексеева ЛИ, Бабаева АР и др. Возможности фармакологического лечения остеоартрита: фокус на симптоматические медленно действующие препараты (SYSADOA) и индивидуальные особенности пациента. Резолюция международного совещания экспертов. Современная ревматология. 2019;13(4):143-7. [Lila AM, Alekseeva LI, Babaeva AR, et al. Pharmacological treatment options for osteoarthritis: focus on symptomatic slow- acting drugs for osteoarthritis (SYSADOA) and individual patient characteristics: Resolution of the International Expert Meeting. Sovremennaya revmatologiya = Modern Rheumatology Journal. 2019;13(4): 143-7. (In Russ.)]. doi: 10.14412/1996-7012-2019-4-143-147
17. Российское научное общество терапевтов. Клинические рекомендации «Ведение больных с остеоартритом и коморбидностью в общей врачебной практике». 2016. [Russian scientific society of therapists. Clinical recommendations «Management of patients with osteoarthritis and comorbidity in general medical practice». 2016.]
18. Roos EM, Lohmander LS. The Kneeinjury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS): from joint injury to osteoarthritis. Health Qual Life Outcomes. 2003 Nov 3;1:64. doi: 10.1186/1477-7525-1-64.
19. Lyman S, Lee YY, McLawhorn AS, et al. What Are the Minimal and Substantial Improvements in the HOOS and KOOS and JR Versions After Total Joint Replacement? Clin Orthop Relat Res. 2018 Dec;476(12): 2432-41.
20. Kemp JL, Collins NJ, Roos EM, et al. Psychometric properties of patient-reported outcome measures for hip arthroscopic surgery. Am J Sports Med. 2013 Sep;41(9):2065-73.

Поступила / отрецензирована / принята к печати Received / Reviewed / Accepted 1.07.2020 / 6.08.2020 / 13.08.2020

Лила А.М. https://orcid.org/0000-0002-6068-3080
Алексеева Л.И. https://orcid.org/0000-0001-7017-0898
Телышев К.А. https://orcid.org/0000-0001-8424-4544
Баранов А.А. https://orcid.org/0000-0003-3987-8112
Трофимов Е.А. https://orcid.org/0000-0003-3236-4485

Впервые опубликовано в журнале «Современная ревматология». 2020;14(3):71–78

Заявление о конфликте интересов/ Conflict of Interest Statement

Статья спонсируется компанией «Байер». Спонсор участвовал в разработке проекта исследования и поддержке исследовательской программы, а также принятии решения о представлении статьи для публикации. Конфликт интересов не повлиял на результаты исследования. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.

This article has been supported by Bayer. The sponsor has participated in the development of the investigation project and supported the investigation program, as well as in the decision to submit the article for publication. The conflict of interest has not affected the results of the investigation. The authors are solely responsible for submitting the final version of the manuscript for publication. All the authors have participated in developing the concept of the article and in writing the manuscript. The final version of the manuscript has been approved by all the author

LMR-CH-20210816-07



L.KZ.MKT.CH.11.2020.0315

СПОСОБСТВУЕТ УМЕНЬШЕНИЮ БОЛИ В СУСТАВАХ*

Терафлекс®

ДВИЖЕНИЕ - ХОРОШЕЕ РЕШЕНИЕ

*Длительность лечения от 2х месяцев. Терафлекс®.D-глюкозамина гидрохлорид 500 мг, хондроитин сульфат натрия 400 мг. **Показания:** остеоартроз, остеопороз, плечелопаточный периартрит, остеохондроз, дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника. **Способ применения и дозы:** взрослым и детям старше 12 лет первые 3 недели назначают по 1 капсуле 3 раза в сутки после еды; в последующие дни – по 1 капсуле 2 раза в сутки. Минимальный курс приема составляет 2 месяца. **Побочные действия:** тошнота, боль в желудке, вздутие кишечника, диарея или запор, аллергические реакции. **Противопоказания:** повышенная индивидуальная чувствительность к любому из компонентов препарата, фенилкетонурия, беременность, период лактации, детский возраст до 12 лет. **Условия отпуска из аптек:** без рецепта. Перед применением внимательно ознакомьтесь с инструкцией по медицинскому применению. Самолечение может быть вредным для вашего здоровья. РК-ЛС-5№014445 от 26.07.2016 г. Без ограничения срока действия. Адрес организации, принимающей на территории РК претензии от потребителей по качеству продукции (товара), и ответственной за пострегистрационное наблюдение за безопасностью лекарственного средства: ТОО «Байер КАЗ», Ул. Тимирязева, 42, БЦ «Экспо-Сити», пав. 15, 050057 Алматы, РК. Тел.: +7 701 715 78 46 – круглосуточно. E-mail: kz.claims@bayer.com

DOI: 10.24353/QR.2021.46.66.005

Итоги научно-практической конференции «Аутоиммунные заболевания: междисциплинарные вопросы»

20 ноября 2020 года

РОО «Казахская коллегия ревматологии» совместно с НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова» провели в онлайн-формате научно-практическую конференцию «Аутоиммунные заболевания: междисциплинарные вопросы».

Цель конференции – аутоиммунные заболевания должны восприниматься врачами и обществом в целом как единая, однородная группа заболеваний. Конференция должна стать площадкой для обсуждения актуальных вопросов исследования, диагностики и лечения аутоиммунных и иммунодефицитных заболеваний с участием ученых, клиницистов, представителей системы здравоохранения и фармацевтических компаний.

На сегодняшний день в мире насчитывается около 80, а по некоторым данным более 100 аутоиммунных заболеваний. Среди наиболее распространенных: ревматоидный артрит, аутоиммунный тиреоидит, болезнь Грейвса, рассеянный склероз, болезнь Крона, васкулиты, системная красная волчанка, целиакия, синдром Шегрена, псориаз, сахарный диабет 1 типа, антифосфолипидный синдром, аллергии, анкилозирующий спондилит, витилиго.

Крупные эпидемиологические исследования свидетельствуют о всплеске аутоиммунных заболеваний в развитых странах мира. Стоит отметить, что более 75–80% пациентов с аутоиммунными заболеваниями – женщины разных возрастных групп, большую часть которых составляют женщины детородного возраста, что несомненно является серьезным вызовом для системы здравоохранения и современной медицинской науки в целом.

Генетическая предрасположенность, инфекционные агенты, стремительно ухудшающиеся экологические факторы, хронический стресс, курение и неправильное питание рассматриваются в качестве основных причин развития аутоиммунных заболеваний.

Генетической предрасположенности отдают лишь 25% в развитие аутоиммунных заболеваний, остальные 75% относятся к факторам окружающей среды.

Конференцию вел модератор **Тогизбаев Галымжан Асылбекович** – д.м.н., профессор, председатель Казахской коллегии ревматологии.

В программе НПК были представлены следующие доклады:

- **Мониторинг пациентов с псориазом среднетяжелых и тяжелых форм. Батпенова Гульнар Рыскелдыевна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии и дерматокосметологии НАО «Медицинский университет Астана» (Нур-Султан, Казахстан)

«Псориазом болеют около 3,5% населения планеты, в мире зарегистрировано 125 млн человек с псориазом, или каждый двадцать пятый житель.

Эпидемиология псориаза в Казахстане: заболеваемость псориазом по данным международной статистики: 382 тыс. В 45% случаев у пациентов с псориазом развивается псориатический артрит. Взято под наблюдение и находится на учете: 6879 человек. 20 лет – среднее время с момента постановки диагноза псориаз в РК, в течение этого времени пациенты не получали адекватной терапии. Склонность к постоянному рецидивирующему, торпидному течению из-за нерациональной терапии и самолечения. Нарастание тяжелых, приводящих к инвалидизации форм заболевания: псориатической эритродермии, псориатического артрита, пустулезного псориаза».

• **Алгоритм диагностики и ведения пациентов с псориатическим артритом.** **Машкунова Ольга Васильевна** – к.м.н., профессор кафедры внутренних болезней НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова», ревматолог высшей категории, ведущий консультант НИИКиВБ МЗ РК (Алматы, Казахстан)

«Общие принципы A-F

- **A**. Псориатический артрит – это гетерогенное и потенциально тяжелое заболевание, которое может потребовать многопрофильного лечения.
- **B**. Лечение пациентов с псориатическим артритом должно быть направлено на обеспечение наилучшего ухода и должно основываться на совместном решении пациента и ревматолога с учетом эффективности, безопасности и затрат.
- **C**. Ревматологи – это специалисты, которые в первую очередь должны лечить скелетно-мышечные проявления у пациентов с псориатическим артритом; при наличии клинически значимого поражения кожи ревматолог и дерматолог должны сотрудничать в диагностике и лечении.
- **D.** Основная цель лечения пациентов с псориатическим артритом заключается в максимальном повышении качества жизни, связанного со здоровьем, посредством контроля симптомов, предотвращения структурных повреждений, нормализации функции и участия в общественной жизни; снятие воспаления – важный компонент для достижения этих целей. Лечение пациентов с псориатическим артритом должно быть направлено на обеспечение наилучшего ухода и должно основываться на совместном решении пациента и ревматолога с учетом эффективности, безопасности и затрат.
- **E.** При ведении пациентов с псориатическим артритом следует уделять внимание каждому скелетно-мышечному проявлению и принимать соответствующие решения о лечении.
- **F.** При ведении пациентов с псориатическим артритом следует принимать во внимание немышечно-скелетные проявления (кожа, глаза и желудочно-кишечный тракт). Также следует учитывать сопутствующие заболевания, такие как метаболический синдром, сердечно-сосудистые заболевания или депрессия».

• **Печень в эпицентре аутоиммунных реакций.** **Нерсесов Александр Витальевич** – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой гастроэнтерологии НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова», президент Казахской Ассоциации по изучению печени (Алматы, Казахстан)

«Аутоиммунные болезни печени строго ассоциированы с системными (ревматологическими) проявлениями/заболеваниями. Поражения печени (иммунной и неиммунной природы) встречаются у 30-43% пациентов с ревматологическими заболеваниями. ЛИПП занимают важное место в структуре болезней печени при ревматологических заболеваниях. ХГС, ХГВ/D потенцируют развитие системных (ревматологических) проявлений / заболеваний. ИСТ при ревматологических заболеваниях может вызвать реактивацию ХГВ, что определяет необходимость превентивной ПВТ».

• **Преимущества применения подкожных форм биологической терапии в эпоху COVID-19.** **Кайбуллаева Джамиля Ахтановна** – к.м.н., доцент кафедры гастроэнтерологии, гепатологии с курсом эндоскопии НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова» (Алматы, Казахстан)

«Ранняя адекватная терапия у пациентов с ВЗК с учетом активности и прогностических факторов способствует достижению целей терапии, снижению риска развития осложнений.

Биологическая терапия выбирается с учетом профиля пациента (ЯК vs БК, активность, стратификация рисков), предпочтений пациента, а также безопасности (в т.ч. в период пандемии COVID-19).

Устекинумаб – моноклональное антитело, ингибитор p-40-IL12, 23, с доказанной эффективностью при ЯК и БК (быстрый и стойкий ответ), применяемый также у неответчиков на анти-ФНО агенты, у пациентов с осложненным течением, благоприятным профилем безопасности».

• **Новые стандарты терапии СД 2 типа. Нурбекова Акмарал Асыловна** – д.м.н., профессор, врач высшей категории (Алматы, Казахстан)

«9,3% населения планеты в возрасте 20-79 лет живут с сахарным диабетом – 463 млн., это каждый 11-й человек на планете. Повышенный уровень глюкозы ВДВОЕ увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. При контроле уровня глюкозы, артериального давления и холестерина он может быть снижен. Конечной целью лечения СД2 является снижение общей заболеваемости и смертности от ССЗ».

• **Биосимиляры инсулина, что необходимо знать для эффективного и безопасного использования. Демидов Николай Александрович** – к.м.н., главный эндокринолог Троицкого и Новомосковского административного округа г. Москвы, руководитель Московского сегмента ФРСД (федеральный регистр пациентов с сахарным диабетом) (Москва, Россия)

«Сахарный диабет – неинфекционная пандемия, число больных (в том числе и нуждающихся в инсулинотерапии) катастрофически быстро растет. Стоимость новых молекул аналогов инсулина значимо ограничивает их широкое применение в большинстве стран мира. Даже страны с развитой экономикой и высокотехнологичные компании – лидеры инсулинового рынка включаются в процесс производства и использования биосимиляров инсулина. Только широкое использование недорогих и качественных биосимиляров инсулина может решить проблему обеспечения всех больных СД качественными современными препаратами аналогов инсулина».

• **Аспекты применения анти-В клеточной терапии в реальной практике. Машкунова Ольга Васильевна** – к.м.н., профессор кафедры внутренних болезней НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова», ревматолог высшей категории, ведущий консультант НИИКиВБ МЗ РК (Алматы, Казахстан)

• **Роль витамина D при ревматических заболеваниях. Тогизбаев Галымжан Асылбекович** – д.м.н., профессор, председатель Казахской коллегии ревматологии (Алматы, Казахстан)

«Дефицит витамина D – все чаще описываемое явление во всем мире. Неопровержимые доказательства ассоциаций болезней человека и фундаментальных физиологических исследований продемонстрировали значение дефицита витамина D при различных физиологических расстройствах, включая невропатию [2], злокачественные новообразования [3, 4], бесплодие [5], сердечно-сосудистые заболевания [6, 7], заболевания почек [8], метаболизм глюкозы [9] и иммунологические дисфункции [10–13]. Витамин D, помимо его решающей роли в метаболизме костей, был связан с множеством аутоиммунных заболеваний в нескольких эпидемиологических исследованиях. Благодаря своей уникальной способности связываться с VDR и служить фактором транскрипции, витамин D может регулировать экспрессию генов и в дальнейшем оказывать иммуномодулирующее действие на иммунные клетки».

• **Средства «передовой» терапии в лечении аутоиммунных заболеваний. Кузденбаева Раиса Салмаганбетовна** – профессор, академик НАН РК, лауреат Государственной премии РК, президент Профессиональной ассоциации клинических фармакологов и фармацевтов РК (Алматы, Казахстан)

• **Ингибиторы ФНО в лечении аутоиммунных заболеваний на примере адалимумаба. Тогизбаев Галымжан Асылбекович** – д.м.н., профессор, председатель Казахской коллегии ревматологии (Алматы, Казахстан)

«Роль ФНО в патогенезе иммуноопосредованных заболеваний является ключевой, с последующей активацией других провоспалительных цитокинов, таких как интерлейкины 1, 6, 17, 23 и ряда других. Именно эта особенность воспалительного процесса при большинстве аутоиммунных состояний послужила основой для поиска эффективных препаратов терапии, которыми стали ингибиторы ФНО.

Аутоиммунные и иммунноопосредованные заболевания представляют собой большую группу гетерогенных патологических состояний, различающихся по своим клиническим проявлениям, но имеющим определенную генетическую и патофизиологическую связь.

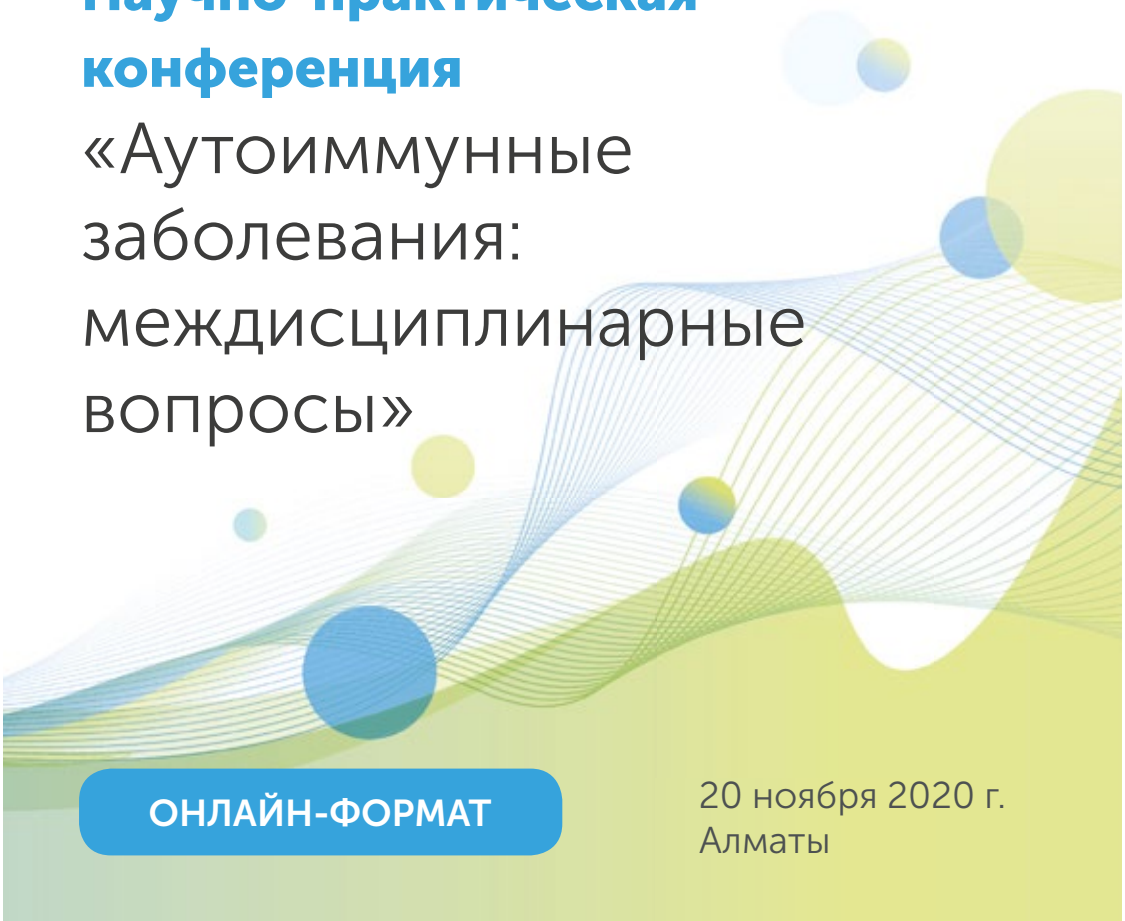
ФНО играют ключевую роль в механизме аутоиммунного процесса, являются ведущим фактором, запускающим каскад воспалительных реакций.

Ингибиторы ФНО зарекомендовали себя как эффективный и относительно безопасный класс препаратов, применяемых для лечения иммунопосредованных патологий.

Представитель класса ингибиторов ФНО адалимумаб показан для лечения широкой гаммы ревматологических, гастроэтерологических, дерматологических нозологий и ассоциированных с ними состояний».

На конференции ревматологи совместно со специалистами смежных дисциплин обсуждали вопросы диагностики и комплексного подхода к лечению аутоиммунных состояний. После каждого доклада врачи активно задавали вопросы спикерам.

На конференции зарегистрировались 897 участников: ВОП-ы, терапевты (338), педиатры (34), семейные врачи (25), ревматологи (184), кардиологи (31), неврологи (13), дерматовенерологи (44), дерматологи (12), эндокринологи (21), гастроэнтерологи (15), гепатологи (4), офтальмологи (8), аллергологи (16), пульмонологи (2), иммунологи (3), акушер-гинекологи (5), гинекологи (7), стоматологи (3), онкологи (2), ангиохирурги (1), эндоскописты (2), резиденты (58), КазМУНО (15), МП (27), пациенты (20).



DOI: 10.24353/QR.2021.17.16.006

Итоги научно-практической конференции «Смежные проблемы в ревматологии» с панельной дискуссией экспертов

25 февраля 2021 г., онлайн-формат

В феврале проходила конференция с панельной дискуссией экспертов по направлениям кардиология, пульмонология, дерматология и нефрология. Конференцию открыла и приветствовала участников Танатарова Гульназ Нурсолтановна, директор Департамента науки и человеческих ресурсов МЗ РК и Тогизбаев Галымжан Асылбекович, профессор, председатель Казахской коллегии ревматологии.

Мультидисциплинарный подход и панельная дискуссия экспертов дала возможность по-новому взглянуть на диагностику и лечение ревматических болезней. На научно-практической конференции «Смежные проблемы в ревматологии» выступили ведущие ученые и специалисты Казахстана, Польши, России. Благодаря онлайн-формату более 1200 врачей смогли прослушать доклады и получить информацию о новых мировых тенденциях в области ревматологии и смежных дисциплин.

Панельная дискуссия: Ревматология – Кардиология

Актуальность проблемы спондилоартита в Республике Казахстан. **Тогизбаев Галымжан Асылбекович** – д.м.н., профессор, председатель Казахской коллегии ревматологии.

АС является потенциально опасным инвалидизирующим заболеванием, имеющим разнообразные клинические проявления, часто требующим мультидисциплинарного терапевтического подхода, который должен координировать ревматолог. Ранняя диагностика АС – необходимое условие своевременного начала эффективной терапии и предотвращения ненужных, а порой и вредных, диагностических и лечебных процедур. Первичной целью лечения больного АС является максимальное сохранение качества жизни, связанного со здоровьем, посредством контроля симптомов воспаления, предупреждения прогрессирования структурных повреждений, сохранения\ нормализации двигательной функции и социального статуса.

Практический опыт применения JAK в лечении РА на примере упадацитаниба. **Иванова Райфа Латыфовна** – д.м.н., профессор, врач-ревматолог, член Российской ассоциации ревматологов и Казахской коллегии ревматологии, член Евразийского экспертного совета по лечению ревматических заболеваний (Семей).

Появляются новые препараты для лечения аутоиммунных заболеваний, в том числе ревматоидного артрита, позволяющие добиваться строгих показателей ремиссии. Также ревматологические препараты показали эффективность при лечение ковид-инфекции.

Эксперты:

- **Джунусбекова Гульнара Алдешевна** – к.м.н., профессор кафедры ревматологии НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова» (Алматы)
- **Евгений И. Кухаж** – д.м.н., кафедра и клиника внутренней медицины, ревматологии и клинической иммунологии Силезского медицинского университета, президент Ассоциации ревматологии в Польше, (Катовица, Польша)
- **Дуйсенова Аманкуль Куандыковна** – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова» (Алматы)

Панельная дискуссия: Ревматология – Пульмонология

Интерстициальное поражение легких при ревматических заболеваниях: новые возможности. **Тогизбаев Галымжан Асылбекович** – д.м.н., профессор, председатель Казахской коллегии ревматологии.

Интерстициальная болезнь легких представляет собой серьезную проблему в лечении пациентов с ревматическими заболеваниями из-за его прогрессивного характера, вариабельного ответа на терапию и плохого прогноза. Это может быть ассоциировано с системной склеродермией, ревматоидным артритом, дерматомиозитом или смешан-

ным заболеванием соединительной ткани и реже с системной красной волчанкой и синдромом Шегрена. В диагностике и лечении ИБЛ и других легочных проявлений при ревматических заболеваниях все еще существуют серьезные проблемы. Экспертиза в области капиллярной микроскопии, выявление тонких подсказок при клиническом обследовании и интерпретация сложных иммунологических тестов и компьютерная томография имеют большое значение для диагностики и индивидуального подбора терапии. Работая в тесном сотрудничестве с пульмонологами, радиологами, патологами, ревматологи могут многое предложить этой наиболее сложной группе пациентов с мультидисциплинарной проблемой.

Диагностика и лечение ИЛФ. Смежные вопросы пульмонологии и ревматологии. **Мукатова Ирина Юрьевна** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой пульмонологии и фтизиатрии АО «МУА» (Нур-Султан).

Идиопатический легочный фиброз – прогрессирующее фиброзирующее заболевание легких. Однако имеется ряд других ИЗЛ, которые имеют подобный фенотип прогрессирования и имеют схожие клинические особенности и патобиологические механизмы, предполагающие «общий» фиброзный ответ на повреждение ткани, независимо от основного характера, например, при РА и СС.

ИЛФ и маски COVID-19. Что последует за пандемией

Эксперты:

- **Гучев Игорь Анатольевич –** к.м.н., врач-терапевт COVID-19 госпиталя ГКБ 24 Департамента здравоохранения города Москвы, член правления Альянса клинических микробиологов и химиотерапевтов (Москва)
- **Касенова Сауле Лаиковна** – д.м.н., профессор, руководитель НИИК и ВБ МЗ РК, главный внештатный пульмонолог г. Алматы

Панельная дискуссия: Ревматология – Дерматология

Современные подходы к ведению пациентов с псориазом и псориатическим артритом. **Исаева Бахытшолпан Габдулхакимовна** – д.м.н., профессор кафедры ревматологии, консультант Центра внутренних болезней НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова», председатель ОО «Независимое общество ревматологов РК». **Баев Асылжан Исаевич** – к.м.н., врач- дерматовенеролог (Алматы).

При длительной терапии метотрексатом у больных со среднетяжелым и тяжелым течением псориаза терапевтический эффект развивается в ранние сроки и остается стабильным в течение 26 недель. Данные свидетельствуют о безопасности длительного лечения МТ у пациентов, страдающих среднетяжелым и тяжелым течением псориаза.

Панельная дискуссия: Ревматология – Нефрология

Анти-В-клеточная терапия при поражении почек у ревматологических пациентов. **Машкунова Ольга Васильевна** – к.м.н., профессор кафедры внутренних болезней НАО «КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова», ведущий консультант НИИК и ВБ МЗ РК (Алматы).

Почки являются одним из органов, наиболее часто вовлекаемых в патологический процесс у пациентов с системными ревматологическими заболеваниями. Поражение почек может быть вызвано воздействием системного аутоиммунного заболевания, быть результатом осложнений или побочных эффектов используемой терапии и усугубляться коморбидной патологией. Нефролог и ревматолог играют ключевую роль в менеджменте таких пациентов: в ранней верификации диагноза, определении стратегии лечения, назначении соответствующих методов лечения в острой стадии заболевания и долгосрочном ведении таких больных.

Современный взгляд на лечение волчаночного нефрита. **Туганбекова Салтанат Кенесовна** – д.м.н., заведующая кафедрой внутренних болезней, Национальный научный медицинский центр, председатель РОО «Общество нефрологов, врачей диализа и трансплантологов Казахстана».

Волчаночный нефрит встречается у 60% взрослых и 80% детей с СКВ.

Требования к разработке и производству высококачественных тестов для диагностики аутоиммунных заболеваний. **Dr. Raimund Fiedler** – Director Development Phadia AI.

Высокая аналитическая специфичность тестов, достигнутая использованием антигенов и моноклональных антител без перекрестных реакций между классами иммуноглобулинов. Доказана клиническая ценность и значимость наших тестов. Мы являемся специалистами в лабораторной диагностике аутоиммунных болезней и предлагаем полную панель для диагностики данных заболеваний.

DOI: 10.24353/QR.2021.34.88.007

На Конгрессе ревматологов Казахстана принимаются решения об улучшении качества оказания медицинской помощи пациентам с социально значимыми ревматическими заболеваниями

23-24 апреля 2021 года состоялось главное ревматологическое событие – IV Конгресс ревматологов Казахстана на тему «Ревматология сегодня: тенденции и реальная практика», организованный Республиканской общественной организацией «Казахская коллегия ревматологии» совместно с Казахским национальным медицинским университетом им. С.Д. Асфендиярова, с участием ведущих ученых, клиницистов, педагогов, представителей фармацевтических компаний и организаторов здравоохранения из Казахстана, России, Кыргызстана, Украины, ОАЭ и других стран. Более 2000 участников, в том числе ревматологи, кардиологи, терапевты, ВОП, пульмонологи, дерматологи, инфекционисты, гепатологи, травматологи, ортопеды и другие специалисты получили возможность в режиме онлайн слушать доклады и задавать вопросы спикерам.

На форуме обсуждалась важность междисциплинарного подхода к диагностике и лечению ревматических заболеваний. Высокий уровень инвалидизации пациентов и высокая стоимость болезнь-модифицирующей фармакотерапии определяет большое медицинское и социально-экономическое значение болезней с поражением опорно-двигательного аппарата.

Директор Департамента науки и человеческих ресурсов МЗ РК Танатарова Гульназ Нурсолтановна в своем обращении к участникам форума сказала: «Академическая среда должна сегодня сформировать пул высококвалифицированных специалистов на всех уровнях подготовки для создания профессиональной среды, отвечающей откликам и потребностям населения в получении безопасных и качественных услуг. Инициативы, которые сегодня проводятся в медицинском образовании РК, являются плацдармом для развития ревматологической службы и признании наших специалистов в международном медицинском сообществе». Гульназ Нурсолтановна пожелала продуктивной работы Конгрессу и дальнейшего развития ревматологической службы в отрасли!

Ректор КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова профессор Нургожин Талгат Сейтжанович поблагодарил организаторов Конгресса за объединение ведущих специалистов в области ревматологии, организаторов здравоохранения и сотрудников отечественных и зарубежных профильных научно-исследовательских учреждений и отметил: «Конгресс станет площадкой для обмена знаниями и опытом по актуальным вопросам ревматологии, вместе мы добьемся значимых и достойных результатов».

Конгресс ревматологов Казахстана является знаковым событием для ревматологии, где мы подводим итоги и делимся результатами исследований и опытом. В программе форума обсуждение междисциплинарных проблем и дискуссия «Вакцина COVID: за и против», и многие актуальные проблемы ревматологии, – подчеркнул председатель Казахской коллегии ревматологии, главный внештатный ревматолог Минздрава РК профессор Тогизбаев Галымжан Асылбекович.

Коморбидность и системное поражение органов при ревматических болезнях вызвала необходимость комплексного подхода к патологии человека. Так как при ревматических болезнях формируется целый ряд патологических состояний, которые присущи не только ревматологической патологии, но и другим болезням



внутренних органов. В своих сообщениях неврологи, офтальмохирург, педиатр, кардиолог и терапевты говорили о смежных проблемах при лечении системных заболеваний.

С начала пандемии коронавирусной инфекции возникают новые вопросы в ведении ревматических больных. Много споров в медицинском обществе вызывает вакцинация от COVID-19. На форуме инфекционисты и ревматологи обменялись информацией о вакцинах от COVID и порядке вакцинации ревматических больных на панельной дискуссии экспертов «Вакцина COVID: за и против» с участием ведущих ревматологов: профессора Р.Л. Ивановой, профессора Г.А. Тогизбаева, профессора О.А. Машкуновой, главного внештатного инфекциониста Минздрава РК профессор Б.Н. Нургалиевой и профессора Ш.А. Кулжановой, зав. кафедрой инфекционных болезней и клинической эпидемиологии. В итоге дискуссии эксперты пришли к единому мнению, что ревматические больные подлежат вакцинации ввиду риска тяжелого течения и обострения основного заболевания при коронавирусной инфекции. Однозначно вакцинация проводится на стадии ремиссии и после консультации лечащего врача-ревматолога.

Профессор О.А. Машкунова рассказала подробно о течении и исходах COVID-19 при иммуновоспалительных ревматических заболеваниях в своем докладе «Особенности течения ревматических заболеваний на фоне коронавирусной инфекции в Республике Казахстан: первые результаты и первые выводы».

В рамках Конгресса прошло совещание главных внештатных ревматологов регионов «Практические проблемы, необходимые меры в целях изменений НПА в ревматологии» под руководством главного внештатного ревматолога Минздрава РК Тогизбаева Галымжана Асылбековича. В ходе совещания специалисты из регионов озвучили проблемы ревматологической службы. На сегодняшний день в ревматологии накопились вопросы, требующие анализа и поиска решений по совершенствованию ревматологической службы страны. В связи с этим принято решение о создании экспертного совета из ведущих ревматологов страны по решению ряда проблем ревматологической службы.

Главная задача Конгресса ревматологов – развитие ревматологической службы и повышение качества жизни и снижение уровня инвалидизации населения, и как следствие улучшение благосостояния жителей страны, что определено основополагающей задачей системы здравоохранения.

Об утверждении Положения об организациях, оказывающих ревматологическую помощь населению Республики Казахстан

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 марта 2011 года № 132. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 5 апреля 2011 года № 6869.
В соответствии с подпунктом 1) пункта 3 статьи 32 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» и в целях совершенствования оказания ревматологической помощи населению Республики Казахстан

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемое Положение об организациях, оказывающих ревматологическую помощь населению Республики Казахстан.

2. Начальникам управлений здравоохранения областей и городов Астаны, Алматы (по согласованию) принять к руководству настоящий приказ и обеспечить:
   1) организацию и оказание ревматологической помощи (взрослому и детскому) населению Республики Казахстан;
   2) открытие кабинета ревматолога и отделение ревматологии при медицинских организациях;
   3) своевременную диагностику ревматической патологии у детей и взрослых современными методами;
   4) представление ежегодной информации до 25 декабря отчетного года о ходе выполнения настоящего приказа главному внештатному ревматологу Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Тогизбаев Г.А.).

3. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Тулегалиева А.Г.) обеспечить государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

4. Департаменту юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан обеспечить официальное опубликование настоящего приказа после его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Э.А.

6. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

Министр здравоохранения Республики Казахстан **С. Каирбекова**

Положение об организациях, оказывающих ревматологическую помощь населению Республики Казахстан

Утверждено
приказом
Министра
здравоохранения
Республики
Казахстан

от 14 марта
2011 года № 132

1. Общие положения

1. Настоящее положение об организациях, оказывающих ревматологическую помощь населению Республики Казахстан (далее – Положение) определяет задачи, функции, правовые и организационные основы деятельности организаций, оказывающих ревматологическую помощь населению Республики Казахстан независимо от форм собственности.

2. В данном положении используются следующие определения:

- профилактика – комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение возникновения заболеваний, прогрессирования на ранних стадиях болезней и контролирование уже развившихся осложнений, повреждений органов и тканей;
- ревматические болезни – это группа заболеваний, протекающих преимущественно с системным или локальным поражением соединительной ткани. К ним относятся болезни с преобладающим поражением суставов, васкулиты и диффузные заболевания соединительной ткани, истинный ревматизм;
- генно-инженерная терапия – совокупность генно-инженерных (биотехнологических) и медицинских методов, направленных на внесение изменений в генетический аппарат соматических клеток человека в целях лечения заболеваний.

3. Организации, оказывающие ревматологическую помощь (взрослому и детскому) населению (далее – Организации) создаются в целях своевременного проведения мероприятий, направленных на выявление, лечение и медицинскую реабилитацию ревматологических больных.

4. Работу Организации, координирует главный внештатный специалист ревматолог (республики, области, города).

5. Ревматологическая помощь включает в себя своевременное выявление, лечение, медицинскую реабилитацию ревматологических больных.

6. Ревматологическая помощь (взрослому и детскому) населению оказывается в форме консультативно-диагностической и (или) стационарной медицинской помощи.

2. Основные задачи и функции организации, оказывающих ревматологическую помощь

7. Основными задачами организаций, оказывающих ревматологическую помощь населению, являются:

1) организация и проведение мероприятий, направленных на профилактику ревматических болезней среди детей и взрослых;
2) ранняя диагностика ревматических болезней, путем современных методов диагностики;
3) лечение больных ревматологическими заболеваниями в соответствии с протоколами оказания ревматологической помощи;
4) реабилитация детей и взрослых с ревматическими заболеваниями;
5) совместно с организациями первичной медико-санитарной помощи, центрами формирования здорового образа жизни и общественными объединениями ревматологов проводить мероприятия по первичной профилактике ревматических болезней.

8. При подозрении или в случае выявления ревматических заболеваний или их обострении, врачи-терапевты, врачи педиатры, врачи общей практики (семейные врачи) и врачи других специальностей направляют больных на консультацию и на лечение в кабинет врача-ревматолога или в отделение ревматологии.

3. Структура организаций, оказывающих ревматологическую помощь

9. На базе организации здравоохранения (области, города), оказывающей специализированную или высокоспециализированную амбулаторно-поликлиническую помощь создаются кабинеты врача-ревматолога.

10. На базе организации здравоохранения (области, города), оказывающей специализированную или высокоспециализированную стационарную или стационарозамещающую помощь создаются ревматологические отделения.

§ 1. Кабинет ревматолога

11. Кабинет ревматолога создается на базе организации здравоохранения (области, города), оказывающей специализированную или высокоспециализированную амбулаторно-поликлиническую помощь для оказания ревматологической помощи детскому и взрослому населению.

12. Медицинский персонал кабинета ревматолога осуществляет:

1) консультативно-диагностическую и лечебную помощь при ревматических болезнях (взрослых и детских);
2) отбор и направление больных с ревматическими болезнями (взрослых и детей) на стационарное лечение;
3) отбор и направление больных с ревматическими болезнями на оказание высокоспециализированной медицинской помощи;
4) амбулаторное ведение и диспансерное наблюдение больных (взрослых и детей), страдающих следующими ревматическими болезнями: острая ревматическая лихорадка, ревматические пороки сердца, остеоартроз с поражением коленных и тазобедренных суставов у лиц трудоспособного возраста, остеопороз, ревматоидный артрит, ювенильный ревматоидный артрит, серонегативные спондилоартриты (анкилозирующий спондилит, псориатический и энтероколитический спондилоартриты, реактивные артриты, включая болезнь Рейтера), системные заболевания соединительной ткани (системная красная волчанка, антифосфолипидный синдром, системная склеродермия, дерматополимиозит, болезнь Шегрена, эозинофильный фасциит, смешанное заболевание соединительной ткани, ревматическая полимиалгия), системные васкулиты, подагра, Лайм-артрит;
5) осуществление диагностических и лечебных внутрисуставных и околосуставных манипуляций;
6) направление больных с ревматическими болезнями на реабилитацию и санаторно-курортное лечение;
7) осуществление экспертизы временной нетрудоспособности к работе или учебе;
8) своевременное направление больных (взрослых и детей) с ревматическими болезнями на медико-социальную экспертизу;
9) организационно-методическая помощь и участие врача-ревматолога в диспансеризации населения (взрослых и детей) региона;
10) участие в организации и работе школ больных с ревматическими болезнями (остеоартрозом, остеопорозом, ревматоидным артритом, анкилозирующим спондилоартритом, системной красной волчанкой и другими системными поражениями соединительной ткани, подагрой);
11) внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации ревматологических больных (взрослых и детей);
12) участие в мероприятиях по повышению квалификации по ревматологии врачей ревматологов (взрослых и детских), участковых терапевтов и педиатров, врачей общей практики и семейных врачей, а также среднего медицинского персонала;
13) ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности.

13. Кабинет врача-ревматолога обеспечивается минимальным перечнем оборудования согласно приложению 1 к настоящему Положению.

§ 2. Ревматологическое отделение

14. Оказание ревматологической помощи производится в организациях здравоохранения, оказывающих многопрофильную специализированную или высокоспециализированную стационарную или стационарозамещающую помощь (взрослому и детскому) населению (республики, области, города, района).

15. Для дифференциальной диагностики, выработки тактики и проведения необходимого специализированного лечения, при невозможности оказания эффективной медицинской помощи в кабинете врача-ревматолога, больные направляются в ревматологическое отделение медицинской организации.

16. Ревматологическое отделение возглавляет заведующий, назначаемый на

должность руководителем медицинской организации, в составе которой создано данное отделение.

17. Медицинский персонал ревматологического отделения (взрослое и детское) осуществляет:

1) оказание диагностической, лечебной и профилактической помощи больным с ревматическими болезнями, в соответствии с протоколами оказания ревматологической помощи;
2) проведение лабораторной и инструментальной диагностики и дифференциальной диагностики с другими заболеваниями;
3) осуществление госпитального этапа реабилитации ревматологических больных, включая пациентов, перенесших хирургические вмешательства на суставах;
4) отбор и направления больных с ревматическими болезнями на оказание высокоспециализированной медицинской помощи;
5) участие в экспертизе временной нетрудоспособности к работе или учебе;
6) разработка и проведение мероприятий по улучшению и внедрению новых методов диагностики, лечения, диспансеризации и профилактики ревматических заболеваний;
7) внедрение и ведение обучающих программ для больных с целью профилактики ревматических заболеваний;
8) участие в процессе повышения профессиональной квалификации персонала многопрофильного стационара по вопросам диагностики и оказания медицинской помощи в области ревматических заболеваний;
9) оказание консультативной помощи врачам других отделений стационара в вопросах профилактики, диагностики и лечения ревматических болезней;
10) освоение и внедрение в практику новых методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных ревматическими болезнями;
11) ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о деятельности, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

18. Ревматологическое отделение может использоваться в качестве клинической базы образовательных организаций среднего, высшего и дополнительного профессионального образования, а также научных организаций.

19. При ревматологическом отделении создается процедурный кабинет для внутрисуставных манипуляций, оснащенный согласно приложению 2 к настоящему Положению;

20. При организациях здравоохранения, оказывающих многопрофильную специализированную или высокоспециализированную стационарную помощь населению (республики, области, города, района) в структуре ревматологического отделения (взрослого и детского) создается кабинет генно-инженерной терапии для проведения генно-инженерной терапии биологическими препаратами.

21. Кабинет генно-инженерной терапии биологическими препаратами включает помещение для консультативного приема, процедурный кабинет для длительного внутривенного введения биологических препаратов, оснащенный медицинским оборудованием согласно приложению 3 к настоящему Положению.

22. Медицинский персонал кабинета генно-инженерной терапии биологическими препаратами осуществляет:

1) проведение генно-инженерной терапии биологическими препаратами больных по медицинским показаниям;
2) анализ эффективности и переносимости генно-инженерной терапии биологическими препаратами;
3) осуществление информационного обеспечения специалистов и пациентов по различным аспектам генно-инженерной терапии биологическими препаратами;
4) осуществление консультативной деятельности по вопросам генно-инженерной терапии биологическими препаратами;
5) внедрение современных методов генно-инженерной терапии биологическими препаратами при ревматических болезнях;
6) участие в разработке и реализации региональных программ и иных документов по охране здоровья населения;
7) оказание организационно-методической и консультативной помощи медицинским организациям по вопросам генно-инженерной терапии биологическими препаратами;
8) ведение учетной и отчетной документации, предоставление отчетов о дея-

тельности, сбор данных для регистров, ведение которых предусмотрено законодательством.

23. Больные, нуждающиеся в эндопротезировании, по медицинским показаниям направляются на консультацию к врачу-травматологу-ортопеду для определения последующей тактики ведения больного.

24. Больные с приобретенными пороками сердца, нуждающиеся в кардиохирургической операции, направляются на консультацию к врачу кардиохирургу для определения последующей тактики ведения больного.

25. В случае если проведение медицинских манипуляций, связанных с оказанием помощи (взрослым и детям) больным с ревматическими болезнями, может повлечь возникновение у пациента болевых ощущений, такие манипуляции проводятся с обезболиванием.

Приложение 1
к Положению об организациях,
оказывающих ревматологическую помощь
населению Республики Казахстан

Минимальный перечень
оборудования для ревматологического кабинета

№	Наименование оборудования	Количество (штук/комплект)
Ревматологический кабинет		
1	Облучатель ультрафиолетовый бактерицидный (для помещений)	1
2	Ступенька, лесенка	1
3	Кушетка процедурная	1
4	Столик манипуляционный с принадлежностями	1
5	Компьютер с принтером	1
6	Подставка под стерилизационные коробки и биксы	1
7	Шкаф медицинский	1
8	Аптечка первой помощи	1
9	Штатив лабораторный	1
10	Емкость для сбора отходов	1
11	Подушка	4

Приложение 2
к Положению об организациях,
оказывающих ревматологическую помощь
населению Республики Казахстан

Минимальный перечень
оборудования для кабинета процедурного
для внутрисуставных манипуляций

№	Наименование оборудования	Количество (штук/комплект)
Кабинет процедурный для внутрисуставных манипуляций		
1	Бактерицидная лампа	1
2	Стол (кушетка) высотой 75-85 см (для манипуляций на нижних конечностях пациента)	1
3	Ступеньки к столу (для пациента)	1
4	Столик (для манипуляций на верхних конечностях пациента)	1
5	Столик для бикса со стерильным материалом	1
6	Шкаф с аптечкой неотложной помощи	1
7	Шкаф для медицинских препаратов, инструментов	1
8	Штатив с пробирками для синовиальной жидкости	1

Приложение 3
к Положению об организациях,
оказывающих ревматологическую помощь
населению Республики Казахстан

Минимальный перечень
оборудования для кабинета генно-инженерной
терапии биологическими препаратами

№	Наименование оборудования	Количество (штук/ комплект)
Кабинет генно-инженерной терапии биологическими препаратами		
1	Бактерицидная лампа	1
2	Кушетка процедурная	2
3	Рабочее место врача-ревматолога	1
4	Рабочее место медицинской сестры	1
5	Стол для медикаментов	1
6	Штатив для длительных инфузионных вливаний	2
7	Шкаф для медикаментов	1
8	Холодильник медицинский	1
9	Аптечка первой помощи	1
10	Монитор кардиологический (ЭКГ)	2
11	Насос-дозатор инфузионный (регулятор инфузионный)	2
12	Электрокардиограф многоканальный	1
13	Дефибриллятор	1
14	Набор для трахеостомии	1
15	Аппарат дыхательный ручной	1
16	Термометр медицинский цифровой (электронный)	1
17	Фонендоскоп	1
18	Измеритель артериального давления манометрический мембранный	1
19	Облучатель-рециркулятор воздуха ультрафиолетовый	1
20	Весы медицинские	1

DOI: 10.24353/QR.2021.97.91.008

РЕЗОЛЮЦИЯ
по итогам работы IV Конгресса ревматологов Казахстана на тему «Ревматология сегодня: тенденции и реальная практика»

24 апреля 2021 года, г. Алматы

Участники Конгресса отметили, что ревматические и аутоиммунные заболевания характеризуются трудностью ранней диагностики, часто приводят к быстрой инвалидности пациентов, сокращают продолжительность их жизни, при этом лечение требует больших финансовых затрат и отличается низкой эффективностью у некоторых пациентов. Ревматическими болезнями все чаще страдают молодые люди трудоспособного и репродуктивного возраста. На основании выступления спикеров, дискуссий специалистов и имеющихся проблем в области лечения и профилактики ревматологических заболеваний, в целях улучшения ревматологической службы, повышения качества жизни и снижения инвалидизации населения Конгресс ПОСТАНОВИЛ:

1. В целях улучшения организационной и методической работы:

1.1 Создать Экспертный Совет РОО «Казахская коллегия ревматологии» (по списку);

1.2 Закрепить конкретных кураторов из числа институтов, ННМЦ с имеющимися ревматологами и т.д. за каждым регионом, в том числе по телемедицине.

2. Для улучшения и поддержки кадрового потенциала службы:

2.1 подготовить информацию в МЗ РК о потребности регионов в ревматологах;

2.2 внести предложения в МЗ РК о внесении изменений и дополнений в Приказ МЗ РК №ҚР ДСМ-92/2020 от 30.07.20 г. «О размещении государственного образовательного заказа на подготовку специалистов с послесредним, высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием на 2020-2021 учебный год» по увеличению количества образовательных грантов по ревматологии взрослой, детской;

2.3 проинформировать МЗ РК о принятии мер, направленных на усиление межведомственного взаимодействия (территориальные УЗ, акиматы, вузы, центры постдипломного образования и др.) по созданию мотивационного социального пакета (обеспечение жильем и т.д.) с целью привлечения молодых специалистов, резидентов-ревматологов в регионы, в том числе в рамках имеющихся государственных программ.

3. В целях обеспечения практической деятельности в соответствии с современными требованиями:

3.1 подать заявку в МЗ РК на пересмотр и разработку неактуальных клинических протоколов на 2021 год;

3.2 Рекомендовать МЗ РК внести изменения в следующие отраслевые приказы:

- Приказ №761 от 29.09.2015 г. «Об утверждении Правил оказания стационарной помощи», в том числе предусмотреть право самостоятельной плановой госпитализации ревматологических пациентов стационарами (п.п. 37, 38), возможность повторной плановой и экстренной госпитализации пациентов в течение месяца после выписки с учетом возникших показаний (необходимость пульс-терапии, применение ГИП, возникновение интеркуррентных инфекций, высокая активность заболевания и т.д.), исключить случаи повторной госпитализации из списка потенциального дефекта 4,0, согласно Единому классификатору дефектов, а также исключить данный автоматически определяющийся дефект по ревматологическим случаям в ИС СУКМУ (Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 декабря 2020 года №ҚР ДСМ-321/2020 г. «Об утверждении Правил проведения мониторинга исполнения условий договора закупа медицинских услуг у субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования»);

- Приказ МЗ РК № ДСМ-205/2020 от 25.11.20 г. «Об утверждении минимальных

нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками» по увеличению расчетов обеспеченности ревматологами на 10 000 населения (на данный момент 0,03), с разработкой нормативов штатных нагрузок на одного врача-ревматолога стационара, КДП (включая время приема);

- Приказ МЗ РК от 7 октября 2020 г. №ДСМ-116/2020 «Об утверждении правил оказания медицинской реабилитации» в приложении №12 внести дополнительный перечень диагнозов по кодам МКБ-10, операций (манипуляций) по кодам МКБ-9 с указанием уточняющего диагноза по коду XXI класса МКБ-10 медицинской реабилитации II-III этапов в рамках ГОБМП и системе ОСМС для взрослых со следующими ревматологическими заболеваниям: Серопозитивный ревматоидный артрит (М 05.8), другие уточненные ревматоидные артриты (М06.8), Анкилозирующий спондилит (М45), дистальные межфаланговые псориатические артропатии (М 07.0), Мутилирующий артрит (М07.1), Псориатический спондилит (М07.2), Другие псориатические артропатии (М07.3), Первичный генерализованный остеоартроз (М15.0), Вторичный множественный артроз (М15.3), Первичный коксартроз двусторонний (М16.0), Посттравматический коксартроз двусторонний (М16.4), первичный гоноартроз двусторонний (М17.0), вторичный гоноартроз двусторонний (М17.4).

- Приложение 7 к приказу №КР ДСМ-170/2020 от 30 октября 2020 года «Тарифы на медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования» внести в диагностику аутоиммунных заболеваний – метод непрямой иммунофлуоросценции, являющийся «золотым стандартом» во всем мире.

- Приказ от 17 августа 2015 года №669 «Об утверждений правил оказания стационарзамещающей помощи» в приложении №5 внести дополнительный перечень диагнозов по кодам МКБ-10 в рамках ГОБМП и системы ОСМС для взрослых на уровне города со следующими ревматологическими диагнозами: Серопозитивный ревматоидный артрит (М05.8), другие уточненные ревматоидные артриты (М06.8), Анкилозирующий спондилит (М45), дистальные межфаланговые псориатические артропатии (М07.0), Мутилирующий артрит (М07.1), Другие псориатические артропатии (М07.3), Идиопатическая подагра (М10.0), Другая вторичная подагра (М10.4), Первичный генерализованный остеоартроз (М15.0), Вторичный множественный артроз (М15.3), Первичный коксартроз двусторонний (М16.0), первичный гоноартроз двусторонний (М17.0), Другие формы системной красной волчанки (М32.8), Другие дерматомиозиты (М33.1), Полимиозит (М33.2), Прогрессирующий системный склероз (М34.0), Другие формы системного склероза (М34.8), Другие уточненные системные поражения соединительной ткани (М35.8).

- Приказ №ҚР ДСМ-291/2020 от 20.12.20 г. «Об утверждении правил оплаты услуг субъектов здравоохранения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и (или) в системе обязательного социального медицинского страхования» в части возможности оплаты генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) на стационарном уровне по клинико-затратной группе (КЗГ) пролеченного случая с дополнительным возмещением затрат или по фактически понесенным расходам (по аналогу онкогематологических случаев с применением химиотерапевтических препаратов) с соответствующим изменением логистики Информационной системы «Электронный регистр стационарных больных» (ИС ЭРСБ);

- Приказы №ҚР ДСМ-170/2020 г. «Об утверждении тарифов на медицинские услуги, предоставляемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования» и №126 от 18.02.2016 года «Об утверждении Стандарта организации оказания ревматологической помощи в Республике Казахстан» в части определения единого алгоритма обследования ревматологических пациентов на уровне ВОП по предполагаемым ревматическим нозологиям с указанием кодов услуг согласно амбулаторному тарификатору;

3.3 Ввиду отсутствия четких статистических данных по количеству, заболеваемости и приросту ревматических заболеваний по имеющимся статистическим выходным формам, а также постоянной потребности в актуализации вышеуказанных критериев, инициировать создание автоматизирован-

ного регистра ревматологических больных в РК по аналогам регистров РПБ, РНБ, НРБТ, сахарный диабет и т. д.

4. В целях оптимизации административно-распорядительных, организационных функций и полномочий:

4.1. Внести изменения в Казахстанский национальный формуляр в части включения азатиоприна, гидроксихлорохина как ЛС с доказанной клинической эффективностью при лечении ревматических заболеваний в порядке согласно приказу и.о. Министра здравоохранения РК от 24.12.20 г. № ҚР ДСМ-326/2020 «Об утверждении правил формирования Казахстанского национального лекарственного формуляра, а также правил разработки лекарственных формуляров организаций здравоохранения» с последующим включением данных позиций в Приказ Министра здравоохранения РК от 28.07.2020 г. № ҚР ДСМ – 90/2020 «Об утверждении списка лекарственных средств, медицинских изделий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, закупаемых у Единого дистрибьютора на 2021 год». Внести изменения в приказ Министра здравоохранения РК от 29.08.2017 года № 666 «Об утверждении Перечня лекарственных средств и медицинских изделий в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования, в том числе отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями (состояниями) бесплатными и (или) льготными лекарственными средствами, медицинскими изделиями и специализированными лечебными продуктами на амбулаторном уровне» в части включения лекарственных средств в п. 20 Ревматоидный артрит – Упадацитиниб. В п. 21 – Анкилозирующий спондилит исключить показание «Ранее получавшим пациентам». В п. 22 – Системная красная волчанка внести Гидроксихлорохин и Азатиоприн, и Белимумаб. В п. 50 – Узелковый полиартериит и родственные состояния; Другие некротизирующие васкулопатии внести Метилпреднизолон, Мофетиламикофенолат и Азатиоприн, Ритуксимаб (для болезни Вегенера). В п. 52 – Системный склероз (системная склеродермия) внести Метилпреднизолон, Мофетиламикофенолат, Азатиоприн, Силденафил, Илопрост.

4.2. Возвращение к практике разделения в Списке Единого дистрибьютора лекарственных средств, используемых для оказания помощи на стационарном и амбулаторном уровнях. Крайне важно сохранить возможность применения на амбулаторном уровне форм выпуска препаратов (таблетки, шприцы, шприц-ручки), применение которых не требует привлечения помощи медицинского персонала. Также данная мера позволит избежать ошибок в планировании учреждениями амбулаторного звена, что положительно скажется на решении проблем Единого дистрибьютора, связанных с избыточными остатками лекарственных средств, по которым был отказ со стороны лечебных учреждений.

4.3. Совету Экспертов во взаимодействии с соответствующими структурами МЗ РК, профильными научно-медицинскими организациями разработать «Маршрутизацию беременных женщин, страдающих ревматическими заболеваниями» от стадии планирования беременности до раннего послеродового периода. Завершить эту работу к 01.11.2021 года. После принятия «Маршрутизации…» сделать ее основным руководством для работы с данным контингентом пациенток.

QCR
Республиканское общественное объединение
КАЗАХСКАЯ КОЛЛЕГИЯ РЕВМАТОЛОГИИ

SKMA 1979 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY

ЦЕНТР БОЛЕЗНЕЙ СУСТАВОВ

Республиканское общественное объединение
«Казахская коллегия ревматологии»

Южно-Казахстанская медицинская академия

Медицинский центр болезней суставов
г. Шымкента



11-12 июня 2021 года г. Шымкент

Юбилейная международная Школа ревматологов «Ревматология в эпоху COVID-19»



Создаем будущее, где заболевания останутся в прошлом

В Janssen мы создаем будущее, где заболевания останутся в прошлом. Мы – фармацевтические компании Johnson & Johnson, и мы не жалеем сил, чтобы это будущее стало реальностью для пациентов по всему миру. Мы побеждаем заболевания передовой наукой. Изобретаем, как помочь тем, кто нуждается в помощи. Исцеляем безнадежность человеческим теплом.

Наша компания – больше, чем просто лекарственные средства. Мы стремимся не только разрабатывать и производить препараты, но также предоставлять комплексные решения, включая научное сотрудничество с экспертами и взаимодействие с государственными организациями.

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johnson & Johnson

Деятельность компании сосредоточена на разработке препаратов для лечения и улучшения качества жизни пациентов в тех областях медицины, где мы можем принести больше всего пользы:

- Онкология
- Неврология
- Наркология
- Нефрология
- Гематология
- Психиатрия
- Гастроэнтерология
- Ревматология
- Эндокринология
- Вирусология

За более подробной информацией обращайтесь
в **ООО «Джонсон & Джонсон»** действующее через свой филиал в РК
Республика Казахстан, 050040, г.Алматы, ул.Тимирязева, 42,
павильон 23-а тер-ия АО КЦДС «Атакент», тел./факс: +7 (727) 356 88 11
CP-184328