

# СИЛА ДВИЖЕНИЯ

## БЫСТРАЯ И ДЛИТЕЛЬНАЯ СИЛА ДЕЙСТВИЯ<sup>1,2</sup>

В клиническом исследовании оценки скорости эффекта при острой боли

- Быстрый обезболивающий эффект уже через **24 минуты**<sup>1,2,a</sup>
- Длительный обезболивающий эффект до **24 часов**<sup>1,2,a</sup>



## ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ ПРЕПАРАТА АРКОКСИА® В РОССИИ<sup>2</sup>

Остеoarтроз	60 мг
Ревматоидный артрит	90 мг
Анкилозирующий спондилит	90 мг
Острый подагрический артрит	120 мг <sup>b</sup>

Приведенные дозы для каждого показания соответствуют максимальным рекомендуемым суточным дозам.

<sup>b</sup>Препарат АРКОКСИА® 120 мг следует использовать только для купирования острой боли; длительность терапии при этом не должна превышать 8 суток<sup>2</sup>.

## 1 РАЗ В СУТКИ

**Аркоксия**  
(эторикоксиб, MSD)

<sup>a</sup>В рандомизированное, двойное слепое, параллельное исследование различных доз с плацебо- и активным контролем было включено 398 пациентов, мужчин и женщин, в возрасте 16 лет и старше, страдавших болевым синдромом умеренной и выраженной интенсивности после экстракции двух или более 111 моляров, в том числе минимум один из которых был частично ретенирован. Пациенты получали препарат АРКОКСИА® в дозах 60 мг (n = 75), 120 мг (n = 76), 180 мг (n = 74) и 240 мг (n = 76) 1 раз в сутки, ибупрофен в дозе 400 мг 1 раз в сутки (n = 48) или плацебо (n = 49). Первичной конечной точкой исследования являлось полное купирование боли через 8 часов после приема препаратов.

### Сокращенная инструкция по медицинскому применению препарата АРКОКСИА®

ТОРГОВОЕ НАЗВАНИЕ: АРКОКСИА®, МНН: эторикоксиб. СОСТАВ: на 1 таблетку: эторикоксиб 60 мг, 90 мг, 120 мг. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА: Нестероидный противовоспалительный препарат (НПВП). Эторикоксиб является селективным ингибитором ЦОГ-2, в терапевтических концентрациях блокирует образование простагландинов и обладает противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим действием. Селективное подавление ЦОГ-2 эторикоксибом сопровождается уменьшением выраженности клинических симптомов, связанных с воспалительным процессом, при этом отсутствует влияние на функцию тромбоцитов и слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта. ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Симптоматическая терапия: остеоартроза, ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита, болей и воспалительной симптоматики, связанной с острым подагрическим артритом. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Внутрь, независимо от приема пищи, запивая небольшим количеством воды. Остеoarтроз: Рекомендуемая доза составляет 60 мг один раз в день. Ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилит: Рекомендуемая доза составляет 90 мг один раз в день. Острый подагрический артрит: Рекомендуемая в остром периоде доза составляет 120 мг один раз в день. Продолжительность использования препарата в дозе 120 мг составляет не более 8 дней. Следует использовать минимальную эффективную дозу минимально возможным коротким курсом. Средняя терапевтическая доза при болевом синдроме составляет однократно 60 мг в день. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Повышенная чувствительность к какому-либо компоненту препарата; полное или неполное сочетание бронхиальной астмы, рецидивирующего полипоза носа или околоносовых пазух и непереносимости ацетилсалициловой кислоты и других НПВП (в т.ч. в анамнезе); эрозивно-язвенные изменения слизистой желудка или 12-перстной кишки, активное желудочно-кишечное кровотечение; цереброваскулярное или иное кровотечение; воспалительные заболевания кишечника (болезнь Крона, неспецифический язвенный колит) в фазе обострения; гемофилия и другие нарушения свертываемости крови; выраженная сердечная недостаточность (NYHA II-IV); выраженная печеночная недостаточность (более 9 баллов по шкале Чайлд-Пью) или активное заболевание печени; выраженная почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин), прогрессирующие заболевания почек, подтвержденная гиперкалиемия; период после проведения аортокоронарного шунтирования; заболевания периферических артерий, цереброваскулярные заболевания, клинически выраженная ишемическая болезнь сердца; стойко сохраняющиеся значения артериального давления, превышающие 140/90 мм рт. ст. при неконтролируемой артериальной гипертензии; беременность, период грудного вскармливания; детский возраст до 16 лет. С ОСТОРОЖНОСТЬЮ: Язвенные поражения ЖКТ в анамнезе, наличие инфекции Helicobacter pylori, пожилой возраст, длительное использование НПВП, частое употребление алкоголя, тяжелые соматические заболевания, дислипидемия/гиперлипидемия, сахарный диабет, артериальная гипертензия, отеки и задержка жидкости, курение, клиренс креатинина менее 60 мл/мин, сопутствующий прием некоторых препаратов (антикоагулянты, антиагреганты, пероральные глюкокортикостероиды и др.). У пациентов с печеночной недостаточностью (5-9 баллов по шкале Чайлд-Пью) рекомендуется не превышать суточную дозу 60 мг. ОСОБЫЕ УКАЗАНИЯ: Прием препарата АРКОКСИА® требует тщательного контроля артериального давления, а также показателей функции печени и почек. Не следует применять препарат одновременно с другими НПВП. Применение препарата может отрицательно влиять на фертильную функцию у женщин и не рекомендуется женщинам, планирующим беременность. В период лечения необходимо соблюдать осторожность при вождении автотранспорта и занятии другими потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенной концентрации внимания и быстроты психомоторных реакций. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ (ниже перечислены наиболее важные варианты проявления побочного действия препарата): Эпигастральная боль, тошнота, диарея, диспепсия, метеоризм; головная боль, головокружение, слабость; сердцебиение, повышение АД; экхимозы; отеки, задержка жидкости; гипонатриемия; повышение «печеночных» трансаминаз. ФОРМА ВЫПУСКА: Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 60 мг, 90 мг, 120 мг. По 2, 4, 7 или 14 таблеток в блистер из пленки ПВХ и алюминиевой фольги. По 1 или 2 блистера в картонной пачке вместе с инструкцией по применению. УСЛОВИЯ ХРАНЕНИЯ: Хранить при температуре не выше 30°C. Хранить в недоступном для детей месте. СРОК ГОДНОСТИ: 2 года. Не использовать препарат по истечении срока годности. УСЛОВИЯ ОТПУСКА ИЗ АПТЕК: По рецепту врача. ФИРМА-ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: «Мерк Шарп и Доум Б.В.», Нидерланды. Представительство в России "Мерк Шарп и Доум Идея, Инк."

**Литература:** 1. Malmstrom K, Sapre A, Coughlin H, et al. Etoricoxib in ash te pain associated with dental surgery: a randomized, double-blind, placebo- and active comparator-controlled dose-ranging study. Clin Ther. 2004;26(5):667-679. 2. Данные компании MSD. Перед назначением препарата АРКОКСИА® пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по медицинскому применению, в особенности с разделами, посвященными, противопоказаниям и мерам предосторожности.



Дата создания материала июль 2009 г. Авторские права Merck Sharp & Dohme Corp., подразделение Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, Нью-Джерси, США. Все права защищены. Перед назначением, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению, предоставляемой компанией-производителем. Адрес: ООО «МСД Фармасытикалс», Россия, 119049, г. Москва, Шаболовка, д. 10, корп. 2. Тел.: +7 495 916 71 00, факс: +7 495 916 70 94, HYPERLINK «http://www.merck.com» www.merck.com. 09-2012-ACX-2009-RUCA-013 (W-1245704)-JA

# СОВРЕМЕННАЯ РЕВМАТОЛОГИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ ЖУРНАЛ Издаётся с 2007 г.

## НАУЧНЫЙ РУКОВОДИТЕЛЬ

акад. РАМН Е.Л. Насонов

## ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

В.Г. Барскова, докт. мед. наук

## Ответственный секретарь

О.Н. Егорова, канд. мед. наук

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Б.С. Белов, докт. мед. наук

И.С. Дыдыкина, канд. мед. наук

Д.Е. Каратеев, докт. мед. наук

А.Е. Каратеев, докт. мед. наук

И.П. Никишина, канд. мед. наук

Н.А. Шостак, докт. мед. наук

## РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Л.Э. Атаханова (Узбекистан)

А.В. Глазунов (Москва)

В.О. Горбачев (Германия)

Л.Г. Гроппа (Молдова)

А.И. Дубиков (Владивосток)

И.В. Егоров (Москва)

Н.В. Загородний (Москва)

И.А. Зборовская (Волгоград)

Т.К. Логинова (Москва)

Л.В. Лучихина (Москва)

К.А. Лыткина (Москва)

Н.А. Мухин (Москва)

С.Е. Мясоедова (Иваново)

О.А. Назарова (Иваново)

Б.Ф. Немцов (Киров)

Ш.Ф. Одинаев (Таджикистан)

Л.А. Стаднюк (Москва)

С.Ш. Сулейманов (Хабаровск)

Т.Д. Тябут (Беларусь)

Н.А. Хитров (Москва)

П.А. Чижов (Ярославль)

## SCIENTIFIC SUPERVISOR

acad. RAMS E.L. Nasonov

## EDITOR-IN-CHIEF

V.G. Barskova, MD

## Executive Secretary

O.N. Egorova, PhD

## EDITORIAL BOARD

B.S. Belov, MD

I.S. Dydykina, PhD

D.E. Karateyev, MD

A.E. Karateyev, MD

I.P. Nikishina, PhD

N.A. Shostak, MD

## EDITORIAL BOARD

L.E. Atakhanova (Uzbekistan)

A.V. Glazunov (Moscow)

V.O. Gorbachev (Germany)

L.G. Groppa (Moldova)

A.I. Dubikov (Vladivostok)

I.V. Yegorov (Moscow)

N.V. Zagorodniy (Moscow)

I.A. Zborovskaya (Volgograd)

T.K. Loginova (Moscow)

L.V. Luchikhina (Moscow)

K.A. Lytkina (Moscow)

N.A. Mukhin (Moscow)

S.Ye. Myasoyedova (Ivanovo)

O.A. Nazarova (Ivanovo)

B.F. Nemtsov (Kirov)

Sh.F. Odinaev (Tadzhikistan)

L.A. Stadnyuk (Moscow)

S.Sh. Suleimanov (Khabarovsk)

T.D. Tyabut (Belarus)

N.A. Khitrov (Moscow)

P.A. Chizhov (Yaroslavl)

Предпечатная подготовка

ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции:

123104, Москва, а/я 68, ООО «ИМА-ПРЕСС»

Телефон: (495) 941-99-61

e-mail: info@ima-press.net;

podpiska@ima-press.net

При перепечатке материалов ссылка на журнал обязательна.

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов. Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.

ПИ № ФС 77-28 869 от 25 июля 2007 г.

Подписной индекс в каталоге «Пресса России»: 42195

Электронная версия журнала в Научной электронной библиотеке: <http://www.elibrary.ru>  
на сайте НИИР РАМН: <http://rheumatology.beweb.ru/doctor/zhurnaly/sr/>

1 '11

Современная  
ревматология,  
2011, №1, 1–92

Отпечатано  
в типографии  
«Деком»

Тираж 3000 экз.

# С О Д Е Р Ж А Н И Е

## СОВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ: ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

*Т.В. Попкова, Т.А. Лисицына*

Рекомендации по ведению больных системной красной волчанкой в клинической практике (по материалам рекомендаций Европейской антиревматической лиги – EULAR) .....	4
---	---

## ЛЕКЦИЯ

*Б.С. Белов*

Рациональная антимикробная терапия А-стрептококкового тонзиллита – основа первичной профилактики ревматической лихорадки .....	13
---	----

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*М.С. Светлова, И.В. Хейфец*

Оценка динамики артросонографических показателей при длительном лечении гонартроза Терафлексом (3-летнее наблюдение) .....	23
---	----

*Н.В. Торопцова, О.А. Никитинская*

Лечение остеопороза: клинический опыт применения дженерического препарата .....	28
---	----

*С.О. Салугина*

Функциональный статус и качество жизни взрослых больных ювенильным артритом при длительном течении заболевания .....	33
---	----

*Т.А. Раскина, Ю.В. Аверкиева*

Летальность при переломах шейки бедра в старшей возрастной группе жителей Кемерово как обоснование необходимости медикаментозной профилактики остеопороза .....	39
--	----

## РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА

*А.В. Смирнов*

Рентгенологическая диагностика первичного остеопороза .....	47
---	----

## ФАРМАКОТЕРАПИЯ

*Е.В. Иголкина, Н.В. Чичасова,  
Г.Р. Имамединова, Е.Л. Насонов*

Возможности применения лефлуномида при ревматических заболеваниях .....	54
---	----

*Р.М. Балабанова*

Роль интерлейкина 1 при остеоартрозе и возможности его блокирования .....	58
---	----

*Ф.М. Кудаева*

Место нимесулида (Найза) в ревматологии .....	63
---	----

*Н.В. Чичасова*

Инфликсимаб (Ремикейд): возможности в лечении ревматоидного артрита .....	67
---	----

## ОБЗОР

*А.Г. Бочкова*

Роль глюкокортикоидов в лечении спондилоартритов .....	76
--	----

*А.Е. Каратеев*

Эффективность и безопасность нестероидных противовоспалительных препаратов: что мы узнали в 2010 году? .....	79
---	----

## ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

*Т.Ю. Бочарова*

Эффективность мелоксикама (Амелотекса) 15 мг/сут и комплексных витаминов группы В (КомплигамВ) 2 мл в снижении боли и ограничения функции у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника и остеоартрозом суставов .....	84
---	----

ИНТЕРВЬЮ .....	86
----------------	----



# Рекомендации по ведению больных системной красной волчанкой в клинической практике (по материалам рекомендаций Европейской антиревматической лиги – EULAR)

Т.В. Попкова, Т.А. Лисицына  
НИИ ревматологии РАМН, Москва

**Контакты:** Татьяна Валентиновна Попкова [popkovatv@mail.ru](mailto:popkovatv@mail.ru)  
**Contact:** Tatyana Valentinovna Popkova [popkovatv@mail.ru](mailto:popkovatv@mail.ru)

Системная красная волчанка (СКВ) – системное аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся гиперпродукцией органонеспецифических аутоантител к различным компонентам клеточного ядра с развитием иммуновоспалительного повреждения тканей и внутренних органов [1].

Распространенность СКВ составляет от 4 до 250 случаев на 100 тыс. населения. Пик заболеваемости приходится на 15–25 лет, женщины страдают в 8–10 раз чаще мужчин. СКВ наиболее часто развивается в репродуктивном возрасте, во время беременности и в послеродовом периоде. Летальность при СКВ в 3 раза выше, чем в популяции. Ранняя смертность наиболее часто связана с активностью заболевания и присоединением вторичной инфекции, по мере увеличения продолжительности жизни на одно из первых мест (примерно у трети пациентов) в качестве причины смерти выходит сердечно-сосудистая патология [2].

Характерная особенность СКВ – многообразие клинических проявлений и вариантов течения. Болезнь может дебютировать 1–2 симптомами, однако для развернутой картины СКВ характерно полиорганное поражение (табл. 1). Клинические проявления существенно варьируют у разных больных и в разные периоды заболевания. Течение СКВ волнообразное, с чередованием ремиссий и обострений. При обострениях возможно вовлечение в патологический процесс новых органов и систем.

В клинической практике курация больных СКВ представляет собой сложную задачу и требует четкого взаимодействия между врачами разных специальностей. Основные проблемы связаны с определением степени поражения того или иного органа, что в свою очередь влияет на выбор терапии и исход СКВ [3, 4]. В связи с этим Европейская антиревматическая лига (EULAR) предложила разработать рекомендации по ведению пациентов с СКВ в реальной клинической практике, основанные на принципах доказательной медицины, которые опубликованы в июле 2010 г. в журнале «Annals of the Rheumatic Diseases».

Для разработки рекомендаций по ведению больных СКВ использованы техника Delphi (метод групповой заочной экспертной оценки, при которой эксперты отвечают на вопросы анкеты, все полученные данные суммируются и

статистически обрабатываются) [5], дискуссия в малых группах и систематический обзор литературы [6]. Дополнительно эксперты оценили и проанализировали стоимость и безопасность индивидуальных мониторинговых стратегий.

В данной публикации подробно изложены рекомендации по мониторингованию пациентов с СКВ, уровень и степень их доказательности, соотношение стоимость/риск лечения (табл. 2) и комментарии к ним.

## 1. Оценка состояния пациента с СКВ

Клиническая картина СКВ разнообразна, обусловлена активностью заболевания, необратимыми повреждениями органов, побочными эффектами терапии и изменением качества жизни пациента [7, 8].

Существует множество индексов для характеристики этих параметров. С одной стороны, эти индексы далеко не универсальны, с другой – помогают получить информацию, которую в дальнейшем можно оценить в динамике. В клинической практике оценка качества жизни у пациентов с СКВ с помощью опросников практически не используется. Для определения этого показателя экспертами EULAR предложены ВАШ от 0 до 10 баллов и/или оценка качества жизни на основании данных анамнеза пациента. Опросники для определения качества жизни рекомендованы к использованию только в многоцентровых исследованиях.

Для оценки активности СКВ разработано и внедрено около 10 индексов. Самыми востребованными являются Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI) [9], его модификация, использованная в исследовании Safety of Estrogens in Lupus National Assessment (SELENA) SELENA SLEDAI [10], British Isles Lupus Assessment Group Scale (BILAG) [11], European Consensus Lupus Activity Measurement (ECLAM) [12], оценка которых при помощи балльной системы удобна для отражения динамики симптомов в течение определенного времени. В России, помимо указанных индексов, остается актуальной оценка активности СКВ по классификации В.А. Насоновой [13].

При мониторинговании заболевания перечисленные индексы имеют диагностическую ценность, но ни один из них не проанализирован в рандомизированном клиническом исследовании применительно к эффективности терапии и исходу болезни.

До последнего времени оставался открытым вопрос о том, что считать обострением СКВ. Несмотря на большое количество индексов активности, только BILAG и SELENA SLEDAI традиционно используются для оценки выраженности обострения СКВ. Однако при использовании индекса SELENA SLEDAI можно дифференцировать выраженное обострение от умеренного и слабого, но нет четких критериев для разграничения слабого и умеренного обострения. То же касается и индекса BILAG — нет четких критериев слабого, умеренного и выраженного обострения. В 2006 г. была создана международная рабочая группа для уточнения понятия «обострение» СКВ. Результатом работы этой группы стала следующая формулировка: «Обострение — это поддающееся измерению повышение активности болезни в одной или более системе органов с появлением новых или ухудшением уже имеющихся клинических проявлений и симптомов и/или лабораторных данных. Эти изменения должны быть признаны клинически значимыми специалистом и повлечь за собой коррекцию или усиление терапии». В настоящее время проводится уточнение критериев разных степеней выраженности обострения СКВ [14].

Для определения потенциально необратимых поражений различных органов используют индекс повреждения (SLICC/ACR Damage Index) [15]. Кумулятивное повреждение — поражение органов и систем органического или функционального характера, накопленное за период болезни. В балльную оценку включают все типы повреждения с момента начала заболевания (обусловленные непосредственно СКВ или развившиеся вследствие терапии), при этом учитывают только признаки, сохраняющиеся в течение 6 мес и более.

Больные СКВ имеют повышенный риск развития сопутствующих заболеваний, в частности сердечно-сосудистых, инфекционных, определенных форм рака, и осложнений, в том числе артериальной гипертензии (АГ), дислипидемии (ДЛП), сахарного диабета, остеопороза (ОП), аваскулярных некрозов костей, которые связаны с терапией СКВ или обусловлены самим заболеванием и являются основной причиной летальности у таких больных. Контролируемых исследований, подтверждающих улучшение исхода при проведении скрининга и мониторинга сопутствующей патологии, не существует. Тем не менее данные, полученные в центрах, где сосредоточены наиболее тяжелые больные СКВ, расширяют возможности предупреждения сопутствующих заболеваний. Для выявления этих состояний и их осложнений комитет EULAR рекомендует проводить тщательное наблюдение больных СКВ и проявлять повышенную настороженность в отношении коморбидных состояний.

## 2. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний [16–22]

Пациенты с СКВ имеют высокую распространенность традиционных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, среди которых наиболее часто встречаются АГ и ДЛП (11,5–75%). Но даже при их исключении риск развития атеросклероза и его осложнений при СКВ остается высоким. Факторы риска, обусловленные аутоиммунным заболеванием, вносят свой вклад в ускоренное развитие атеросклероза и его осложнений.

По нашему мнению, учет факторов риска и их коррекция у больных СКВ имеют огромное значение для снижения вероятности развития сердечно-сосудистых осложнений. Так как активность аутоиммунного процесса может из-

Таблица 1. Частота клинических и лабораторных проявлений СКВ

Проявления СКВ	Число больных, %
<b>Конституциональные симптомы:</b>	
лихорадка	40–85
слабость, утомляемость	75–85
снижение массы тела	30–50
<b>Поражение кожи и слизистых оболочек:</b>	
фотосенсибилизация	45–70
дискоидные высыпания	20–25
«бабочка»	50–60
энантема, язвенный стоматит, хейлит	7–40
алопеция	24–70
сыпь	50–75
<b>Поражение опорно-двигательного аппарата:</b>	
артриты/артралгии	95
миалгии	16–23
асептические некрозы	10
фибромиалгический синдром	20–30
<b>Поражение легких:</b>	
плеврит	40–60
легочная гипертензия	5–14
ТЭЛА	5–12
пневмонит	1–4
<b>Поражение сердечно-сосудистой системы:</b>	
перикардит	50–80
поражение клапанного аппарата	13–90
миокардит	10–30
<b>АГ</b>	10–50
<b>Поражение ЖКТ:</b>	
асцит, панкреатит, васкулит	1–10
мезентериальных сосудов	
пептические язвы	4–12
патология печени	10–25
<b>Поражение почек:</b>	
быстро прогрессирующий волчаночный нефрит	45–90
нефрит с нефротическим синдромом	10–12
терминальная стадия почечной недостаточности	30–40
	10–15
<b>Поражение ЦНС:</b>	
мигрень	65–95
эпилептические припадки	40–55
хорея, миелит, церебральная атакия	20–40
невропатии	1–4
нервно-психические и поведенческие нарушения	2–21
	20–80
<b>Лабораторные нарушения:</b>	
аутоиммунная гемолитическая анемия	10–20
тромбоцитопения	7–18
лейкопения	50–70
лимфопения	60–80
антиядерные антитела	95–100
анти-ds-ДНК	60–70
анти-Sm-антитела	30
аФЛ	15–80
повышение СОЭ	40–80

**Примечание.** ТЭЛА — тромбоэмболия легочной артерии, ЖКТ — желудочно-кишечный тракт.

менить выраженность традиционных факторов риска, коррекция последних и дальнейший план наблюдения за пациентами с СКВ должны определяться индивидуально, с учетом исходного риска развития сердечно-сосудистых ослож-

С О В Р Е М Е Н Н Ы Е Р Е К О М Е Н Д А Ц И И : Д И А Г Н О С Т И К А , Л Е Ч Е Н И Е

Таблица 2. Рекомендации по мониторингованию пациентов с СКВ, уровень и степень их доказательности, соотношение стоимость/риск лечения

Рекомендации	Уровень доказательности и сила рекомендаций	Уровень согласия экспертов	Соотношение стоимость/риск лечения
<b>1. Оценка состояния пациентов</b> Дополнительно к стандартным требованиям по мониторингу пациентов в общей клинической практике у больных СКВ необходимо оценивать: активность СКВ с помощью утвержденных индексов — при каждом визите к врачу; индекс повреждения (SLICC (ACR)/DI) — ежегодно; качество жизни, исходя из анамнеза и/или с использованием ВАШ от 0 до 10 баллов — при каждом визите к врачу; наличие сопутствующей патологии; безопасность принимаемых препаратов	5, D	97,6	Низкая/очень низкий
<b>2. Факторы риска развития ССЗ</b> При первом визите к врачу, а затем как минимум ежегодно следует оценивать: факт курения, наличие сосудистых осложнений (церебральные/сердечно-сосудистые), физическую активность, прием контрацептивов, гормональных препаратов, семейный анамнез по ССЗ; содержание холестерина и глюкозы в крови; АД, индекс массы тела и/или окружность талии; <i>Некоторые пациенты нуждаются в более частом обследовании, например пациенты, принимающие ГК</i>	1b, B	98,1	Низкая/очень низкий
<b>3. Другие сопутствующие состояния</b> <b>ОП.</b> У всех пациентов с СКВ необходимо: контролировать адекватный прием кальция и витамина D, регулярность физических упражнений и умеренность курения; выявлять ОП (с помощью денситометрии) в соответствии с нормами для женщин в постменопаузе, для пациентов, принимающих ГК или другие препараты, снижающие МПКТ <b>Онкологические заболевания.</b> Онкопоиск проводится в соответствии с рекомендациями для общей популяции, включая ПАП-мазок	2b, C	93,8	Умеренная/очень низкий
	2b, C	92,3	Умеренная/низкий
<b>4. Риск развития инфекционных осложнений</b> Скрининг. Пациенты с СКВ должны быть обследованы на: ВИЧ с учетом индивидуальных факторов риска; HCV, HBV с учетом индивидуальных факторов риска, особенно перед назначением иммуносупрессивных препаратов, включая высокие дозы ГК; туберкулез, особенно перед назначением иммуносупрессивных препаратов, включая высокие дозы ГК; ЦМВ у отдельных пациентов в процессе лечения Вакцинация. Пациенты с СКВ имеют высокий риск развития инфекционных осложнений, поэтому необходима их профилактика. Назначение инактивированных вакцин (особенно против гриппа и пневмококковой инфекции) показано пациентам с СКВ, получающим иммуносупрессанты. Предпочтительно их назначение в неактивный период СКВ. При назначении других вакцин рекомендован индивидуальный подход с соотношением риска и пользы лечения. Мониторинг. При всех визитах к врачу следует продолжать оценку риска развития инфекционных осложнений с учетом результатов анализов: выраженная нейтропения ( $<500$ клеток/ $\text{мм}^3$ ); выраженная лимфопения ( $<500$ клеток/ $\text{мм}^3$ ); низкий уровень IgG ( $<500\text{мг/дл}$ )	2b, C	98,8	Умеренная/очень низкий
	5, D	93,5	Умеренная/умеренный
	1b, B	88,8	Умеренная/очень низкий
<b>5. Частота осмотров</b> При отсутствии активности СКВ, существенных необратимых изменений органов и сопутствующей патологии рекомендовано осматривать пациентов каждые 6—12 мес, при этом особое внимание должно быть уделено вопросам профилактики	5, D	93,8	Умеренная/низкий
<b>6. Лабораторная оценка</b> При первом визите к врачу целесообразно исследовать АНФ, анти-ds-ДНК, анти-Ro, анти-La, анти-RNP, анти-Sm, аФЛ,	2b, C	92,3	Умеренная/очень низкий

С О В Р Е М Е Н Н Ы Е   Р Е К О М Е Н Д А Ц И И :   Д И А Г Н О С Т И К А ,   Л Е Ч Е Н И Е

Рекомендации	Уровень доказательности и сила рекомендаций	Уровень согласия экспертов	Соотношение стоимость/ риск лечения
<p>С3-, С4-компоненты комплемента</p> <p>При негативных результатах лабораторных исследований в анамнезе повторно оценивают:</p> <p>аФЛ — при планировании беременности, перед операцией или трансплантацией органов, перед назначением эстроген-содержащих препаратов, при появлении новых неврологических проявлений или сосудистых осложнений;</p> <p>анти-Ro- и анти-La-антитела — при планировании беременности;</p> <p>анти-ds-ДНК и С3-, С4-компоненты комплемента — для подтверждения активности/ремиссии СКВ</p> <p>У пациентов в неактивный период СКВ раз в 6—12 мес исследуют:</p> <p>клинический анализ крови;</p> <p>уровень СРБ;</p> <p>уровень сывороточного альбумина;</p> <p>уровень сывороточного креатинина (или скорость КФ);</p> <p>общий анализ мочи и соотношение белок/креатинин мочи</p> <p><i>Проводят контроль определенных показателей в зависимости от принимаемого препарата</i></p>	5, D	89,5	Умеренная/очень низкий
<p><b>7. Кожно-слизистые проявления</b></p> <p>Должны быть классифицированы как:</p> <p>СКВ-специфические;</p> <p>СКВ-неспецифические;</p> <p>СКВ-подобные;</p> <p>связанные с приемом лекарств</p> <p>Кожные проявления должны быть отнесены либо к проявлениям активности, либо к необратимым повреждениям при СКВ с помощью валидированного индекса (например, CLASI)</p>	5, D	94,6	Умеренная/низкий
<p><b>8. Почки</b></p> <p>У пациентов с персистирующим мочевым синдромом или повышением уровня сывороточного креатинина необходимо определять соотношение белок/креатинин мочи или суточную протеинурию, проводить микроскопию мочевого осадка и УЗИ почек для решения вопроса о биопсии почки</p> <p>У пациентов с нефритом нужно проводить определение соотношения белок/креатинин мочи или суточной протеинурии и иммунологических тестов (С3, С4 и анти-ds-ДНК), микроскопию мочевого осадка и измерение АД как минимум раз в 3 мес в течение первых 2—3 лет болезни</p> <p>Пациентов с ХПН (скорость КФ &lt;60 мл или стойкая протеинурия &gt;0,5 г/сут) необходимо обследовать в соответствии с общими рекомендациями, разработанными для больных с ХПН</p>	1b, B	94,2	Высокая/умеренный
<p><b>9. Нейропсихические проявления</b></p> <p>Больных СКВ нужно обследовать для выявления нейропсихических симптомов: судорог, парестезий, нарушений чувствительности, слабости, головной боли, эписиндрома, депрессии и т. п. Когнитивные нарушения могут быть выявлены при оценке внимания, концентрации, речи, памяти (при расспросе пациента о затруднениях при планировании и выполнении обычной работы, в том числе домашней, нарушений памяти). При подозрении на когнитивные и тревожно-депрессивные расстройства пациент должен быть осмотрен психиатром</p>	2b, D	87,7	Умеренная/очень низкий
<p><b>10. Оценка состояния глаз</b></p> <p>В соответствии со стандартными рекомендациями необходимо консультировать у окулиста всех пациентов, которым планируется назначение ГК или АМП.</p> <p>Повторные консультации необходимы:</p> <p>пациентам, получающим ГК (учитывая риск развития катаракты и глаукомы);</p> <p>пациентам, получающим АМП, с низким риском развития ретинопатии — ежегодно после 5 первых лет наблюдения, с высоким риском развития ретинопатии — ежегодно на протяжении всего наблюдения</p>	2b, D	95,8	Умеренная/низкий

**Примечание.** ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, HCV — вирус гепатита С, HBV — вирус гепатита В, АНФ — антинуклеарный фактор, ХПН — хроническая почечная недостаточность, КФ — клубочковая фильтрация.