

# Протокол Совещания профильной комиссии Экспертного совета Минздрава России по специальности «Ревматология» №15 от 24 октября 2015 г.

**Председатель:** академик РАН *Е.Л. Насонов*  
**Секретарь:** д.м.н. *В.Н. Амирджанова*

На заседании присутствовало 85 человек,  
из них 72 члена Экспертного совета (ЭС).

## Повестка

1. Утверждение клинических рекомендаций по диагностике и лечению анкилозирующего спондилита — *д.м.н., профессор Ш.Ф. Эрдес*
2. Утверждение клинических рекомендаций по ведению больных остеоартрозом — *д.м.н. Л.И. Алексеева*
3. Развитие Российского регистра пациентов с ранним артритом (ОРЕЛ) — *академик РАН Е.Л. Насонов, д.м.н. Д.Е. Каратеев*
4. Возможности адаптации модели клинико-статистических групп на региональном уровне — *к.м.н. М.В. Сура*

### 1. Утверждение клинических рекомендаций по диагностике и лечению анкилозирующего спондилита

На заседании профильной комиссии ЭС Минздрава России по специальности «Ревматология» обсуждены вопросы оказания специализированной помощи больным ревматическими заболеваниями, клинические рекомендации и стандарты ведения больных анкилозирующим спондилитом (АС). Клинические рекомендации и стандарты были разработаны Экспертной группой и представлены на сайте [rheumatology.ru](http://rheumatology.ru) для широкого обсуждения.

На заседании при обсуждении каждой рекомендации проведено интерактивное голосование.

В настоящих клинических рекомендациях под термином «анкилозирующий спондилит» понимается нозологическая единица, которая соответствует модифицированным Нью-Йоркским критериям (1984), вне зависимости от наличия или отсутствия внепозвоночных или внескелетных проявлений болезни и возраста пациентов. Соответственно, это регистрационные категории по МКБ-10 — М45 (Анкилозирующий спондилит) и М08.1 (Юношеский/анкилозирующий спондилит).

АС является потенциально опасным инвалидизирующим заболеванием, имеющим разнообразные клинические проявления, часто требующим мультидисциплинарного терапевтического подхода, который должен координироваться ревматологом.

В ряде случаев дебют заболевания приходится на детский возраст (ювенильный АС), при этом в детстве у пациентов проявления периферического артрита и энтезита значительно преобладают над симптомами аксиального поражения, а в подростковом возрасте на первый план выходит патология тазобедренных суставов (коксит).

Ранняя диагностика АС — необходимое условие своевременного начала терапии и предотвращения проведения необоснованных диагностических и лечебных процедур.

Первичной целью лечения больного АС является максимально длительное сохранение качества жизни, связанного со здоровьем, посредством контроля симптомов воспаления, предупреждения прогрессирования структур-

ных повреждений, сохранения/нормализации двигательной функции и социального статуса.

Оптимальное ведение пациента АС требует комбинации нефармакологических и фармакологических методов лечения.

**Результаты голосования по основным принципам ведения больных АС:**

1. АС — потенциально тяжелое заболевание с разнообразными клиническими проявлениями, обычно требующее мультидисциплинарного терапевтического подхода, который должен координировать ревматолог — 100%.

2. Основной целью терапии является достижение клинической ремиссии или минимальной воспалительной активности заболевания — 100%.

3. Терапия должна быть оптимальной и основываться на взаимопонимании врача и больного — 100%.

4. Оптимальная терапия АС базируется на комбинации фармакологических и нефармакологических методов лечения — 100%.

5. Среди нефармакологических методов лечения АС основное место занимают образование пациентов (школы больных) и регулярные физические упражнения (лечебная физкультура — ЛФК) (А\*) — 96%.

6. ЛФК больной должен заниматься постоянно, однако если она проводится в группах, под присмотром инструктора, ее эффективность несколько выше, чем в домашних условиях (В) — 100%

7. Систематические занятия ЛФК улучшают течение и прогноз болезни (А) — 100% (*рекомендовано добавить — «функциональный статус»*).

8. В настоящее время имеются данные о краткосрочной эффективности применения различных видов гидротерапии, мануальной терапии, чрескожной электронейростимуляции, акупунктуры, однако все исследования характеризуются низким уровнем доказательности. Поэтому в реальной клинической практике они должны использоваться с учетом потенциальной пользы и возможных рисков для пациента (D) — 100%.

\* А–D — уровни доказательности.

9. Основу обучения составляет предоставление основной информации о заболевании, принципах терапии. Необходимо проведение обучения больных в «школах АС» технике самоконтроля (А) – 100%.

10. К лекарственным средствам, которые активно используются и рекомендуются при АС, относятся: нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), анальгетики, глюкокортикоиды (ГК), синтетические базисные противовоспалительные препараты (БПВП); ингибиторы фактора некроза опухоли  $\alpha$  (иФНО $\alpha$ ) – 95,4%.

11. АС является единственным ревматическим заболеванием, при котором длительный прием НПВП патогенетически обоснован, высокоэффективен и не имеет альтернативы, кроме лечения иФНО $\alpha$  – 94,5% (*рекомендовано убрать «патогенетически обоснован»*).

12. НПВП должны быть назначены больному АС сразу после установления диагноза, независимо от стадии заболевания – 97,5%.

13. Неэффективность или неполная эффективность первого (оригинального) НПВП является показанием к замене на другой. Не рекомендуется одновременное использование двух и более НПВП – 91,6% (*рекомендовано убрать «оригинального»*).

14. Перевод на синтетические или генно-инженерные препараты не является основанием для отмены НПВП – 93,2% (*рекомендовано заменить «перевод» на «назначение»*).

15. Анальгетики, такие как парацетамол и трамадол, могут быть использованы в качестве дополнительного краткосрочного симптоматического лечения, особенно в тех случаях, когда терапия боли при помощи НПВП неэффективна, противопоказана и/или плохо переносится – 96%.

16. Системное применение ГК (в таблетках) как при аксиальной форме АС, так и при наличии периферического артрита(-ов) не рекомендуется – 90%.

17. При периферическом артрите, сакроилиите и энтезитах можно использовать локальное введение ГК – 100%.

18. Местное лечение ГК эффективно при увеите – 100%.

19. Применение высоких доз ГК (пульс-терапия) имеет краткосрочный эффект и может быть использовано в отдельных клинических ситуациях – 95%.

20. Для лечения АС только с поражением аксиального скелета не рекомендуется назначение синтетических БПВП, таких как сульфасалазин, метотрексат или лефлуномид – 89,6% (*рекомендовано добавить «не доказано»*).

21. У пациентов с периферическим артритом рекомендуется лечение сульфасалазином (в дозе до 3 г в сутки). Эффективность терапии оценивается не ранее чем через 3 мес – 95,4%.

22. Эффективность всех разрешенных к использованию иФНО $\alpha$  (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб, цертолизумаба пэгол) в отношении основных клинических проявлений АС (боль, скованность, периферические артриты, энтезиты) практически одинакова – 97,9% (*рекомендовано убрать «практически»*).

23. Терапия иФНО $\alpha$  должна быть назначена/начата больному при персистирующей высокой активности АС, которая сохраняется, несмотря на стандартную терапию НПВП при аксиальном варианте, и сульфасалазина и локальной терапии при периферическом артрите – 93,3% (*рекомендовано заменить «при аксиальном варианте» на «АС без периферической симптоматики»*).

24. При аксиальном варианте АС не обязательно назначение синтетических БПВП перед назначением терапии иФНО $\alpha$  и одновременно с ней – 100%.

25. При потере эффективности одного из иФНО $\alpha$  (вторичная неэффективность) целесообразно назначение другого иФНО $\alpha$  – 100%.

26. Эффективность терапии иФНО $\alpha$  выше на ранней стадии болезни и при ее высокой активности, однако и при развернутой и поздней стадии заболевания она часто дает хороший клинический эффект – 95,8%.

27. Эффективность всех разрешенных к использованию иФНО $\alpha$  (инфликсимаб, адалимумаб, этанерцепт, голимумаб, цертолизумаба пэгол) в отношении основных клинических проявлений АС (боль, скованность, периферические артриты, энтезиты) практически одинакова.

28. При отсутствии противопоказаний для назначения иФНО $\alpha$  их следует назначить больным с установленным диагнозом АС в следующих случаях:

- при высокой активности болезни (BASDAI > 4 или ASDAS > 2,1) и при резистентности (или непереносимости) двух предшествующих НПВП, назначенных последовательно в полной терапевтической дозе с длительностью применения в целом  $\geq$  4 нед; у больных с периферическим артритом при резистентности (или непереносимости) к терапии сульфасалазином в дозе  $\geq$  2 г в течение  $\geq$  3 мес и внутрисуставных инъекций ГК (не менее двух);
- при наличии у пациента с достоверным диагнозом АС рецидивирующего (или резистентного к стандартной терапии) увеита, без учета активности болезни;
- при наличии у пациента с достоверным диагнозом АС быстро прогрессирующего коксита, без учета активности болезни.

Перед назначением иФНО $\alpha$  обязательным является двойной скрининг на туберкулез – внутрикожная проба (проба Манту или диаскин-тест) и рентгенография легких с последующим их повторением каждые 6 мес на фоне терапии (D). Внутрикожная проба может быть заменена на квантифероновый тест – 94% (*рекомендовано добавить: «T-SPOT.TB и при необходимости выполняется КТ»*).

*Рекомендации по ведению больных АС приняты большинством голосов с учетом замечаний членов ЭС.*

## **2. Утверждение клинических рекомендаций по ведению больных остеоартрозом**

Обсуждены вопросы оказания специализированной помощи больным ревматическими заболеваниями, клинические рекомендации и стандарты ведения больных остеоартрозом (ОА). Клинические рекомендации и стандарты были разработаны Экспертной группой и представлены на сайте [rheumatology.ru](http://rheumatology.ru) для широкого обсуждения.

На заседании при обсуждении каждой рекомендации проведено интерактивное голосование.

ОА – это заболевание суставов, характеризующееся клеточным стрессом и деградацией экстрацеллюлярного матрикса, возникающих при макро- и микрповреждении, которые активируют ненормальные адаптивные восстановительные процессы, включая провоспалительные пути иммунной системы, костное ремоделирование и образование остеофитов. В настоящее время в подавляющем большинстве стран используется термин «остеоартрит», что отражает существенную роль воспаления в патогенезе забо-

левания. Определены цели лечения: обеспечить понимание больным своего заболевания и умение управлять им (изменение образа жизни, применение физических упражнений, поддерживающих функцию суставов, защита суставов), уменьшение боли, улучшение функционального состояния суставов и предотвращение развития деформации суставов и инвалидизации больного, добиться улучшения качества жизни больных, замедления прогрессирования заболевания, предотвращение побочных эффектов фармакотерапии и обострения сопутствующих заболеваний.

#### **Результаты голосования по основным принципам ведения больных остеоартрозом**

1. Лечение ОА должно быть комплексным и включать нефармакологические, фармакологические и хирургические методы. *Комментарии:* при лечении следует учитывать факторы риска ОА, интенсивность боли и степень нарушения функций сустава, наличие воспаления, локализацию и выраженность структурных нарушений, пожелания и ожидания больного – 98%.

2. Обучение больных должно быть обязательным компонентом всех терапевтических программ при ОА и проводиться с учетом индивидуальных особенностей больного, включать информацию о заболевании, рекомендации по изменению образа жизни, снижению массы тела и необходимости выполнения физических упражнений (В) – 100%.

Рекомендовано проведение групповых или индивидуальных занятий, возможны телефонные контакты (С) – 100%.

Работа может проводиться и с больными, и с их родственниками (С) – 100%.

Обучающие программы должны быть организованы на постоянной основе, а не в качестве разового мероприятия (С) – 100%. *Комментарии:* основной целью программ обучения является повышение эффективности проводимой терапии путем активного вовлечения пациента в лечебный процесс. Программы обучения оказывают небольшое влияние на симптомы заболевания, функциональную недостаточность, качество жизни, но могут повышать уровень организации лечебного процесса, приверженность лечению, положительное восприятие жизни и способствовать более активному стилю жизни.

3. Больным ОА с избыточной массой тела (индекс массы тела – ИМТ – более 25 кг/м<sup>2</sup>) рекомендуется уменьшение массы тела (В). Рекомендовано снижение массы тела не менее чем на 5% за 6 мес или на 10% за год (В) – 97,1%. *Комментарии:* снижение массы тела уменьшает боль и улучшает функцию коленных суставов. Снижение массы тела позитивно влияет на структурные изменения в хряще и биохимические маркеры обмена хряща и кости. Для достижения значимого симптоматического эффекта снижение массы тела должно достигать 10%.

4. Физические упражнения необходимы для укрепления силы четырехглавой мышцы бедра и увеличения объема движений (А). При ОА тазобедренных суставов необходимы силовые упражнения (С) – 100%. *Комментарии:* физические упражнения при ОА способствуют снижению боли и сохранению функциональной активности суставов, особенно при их сочетании с образовательными программами. Укрепление четырехглавой мышцы бедра вызывает достоверное уменьшение боли, сопоставимое с применением НПВП. При ОА тазобедренных суставов силовые физические упражнения (изометрические, упражнения с противодействием) способствуют уменьшению боли в су-

ставах. Необходимо учитывать противопоказания для занятий ЛФК у больных ОА, как абсолютные (неконтролируемая аритмия, блокада 3-й степени, недавние изменения на электрокардиограмме, нестабильная стенокардия), так и относительные (кардиомиопатия, пороки сердца, плохо контролируемая артериальная гипертензия).

5. При ОА коленных суставов рекомендуются упражнения тай чи (В). В качестве ЛФК может использоваться ходьба (А) – 49% – **рекомендация не принята**.

6. Лицам с ОА рекомендуется носить удобную обувь с хорошими амортизирующими свойствами и поддержкой стопы (D) – 100%.

Преимущественно на ранних стадиях и при отсутствии механической нестабильности коленных суставов показано применение эластичного надколенника (D) – 100%.

У лиц с преимущественным поражением медиальных отделов коленных суставов и варусным изменением оси сустава рекомендуются вальгизирующие ортезы (В) и/или стельки с клиновидным краем 5–10° с латеральной стороны (С) – 100%.

Лицам с признаками механической нестабильности коленных суставов показано использование ортезов с полужесткой или жесткой фиксацией (В) – 100%.

При поражении I запястно-пястного сустава применяются фиксаторы или ортезы (В) – 100%.

При поражении дистальных межфаланговых суставов рекомендуется использование фиксаторов в ночное время (D) – 100%.

При ОА крупных суставов рекомендуется ходьба с тростью или другими вспомогательными приспособлениями. Трость должна находиться на противоположной пораженной конечности стороне (С) – 95,4%.

7. При ОА коленных суставов с признаками воспаления можно рекомендовать применение холодовых аппликаций – пакеты со льдом, массаж льдом (В). Для уменьшения боли при ОА коленных суставов и суставов кистей рекомендуются тепловые процедуры (В). Для уменьшения симптомов при ОА коленных суставов рекомендуется чрескожная электронейростимуляция (А, В). Для уменьшения симптомов при ОА коленных суставов рекомендуется ультразвуковая терапия в постоянном или импульсном режиме (В) – 49%. *Комментарии:* уровень доказательности рекомендаций низкий, следует заменить «рекомендуется» на «возможно назначение» – **рекомендация не принята**.

8. Акупунктура может использоваться у некоторых больных для уменьшения боли в качестве дополнительного метода лечения ОА (В) – 22,7% – **рекомендация не принята**.

9. При слабых или умеренных болях в суставах применяется парацетамол в минимальной эффективной дозе, но не выше 3,0 г/сут (максимальная разовая доза не должна превышать 350 мг) (А) – 56,9%. *Комментарии:* в России нет большого опыта длительного применения парацетамола, пациенты в большинстве случаев получают НПВП. Рекомендовано убрать «максимальную разовую дозу».

10. НПВП показаны при ОА в случае неэффективности парацетамола, а также при наличии признаков воспаления (А). При сильной боли в суставах лечение следует начинать сразу с НПВП (А). НПВП применяются в минимальной эффективной дозе и назначаются на максимально короткие сроки (А). Для купирования боли при ОА коленных суставов и суставов кистей, не купирующейся приемом парацетамола, или при нежелании больного принимать НПВП внутрь рекомендуются трансдермальные (ло-

кальные) формы НПВП (А). НПВП при ОА применяют только в период усиления болей. Больные должны быть детально информированы о достоинствах и недостатках НПВП, включая безрецептурные препараты. Все НПВП в эквивалентных дозах обладают сходной эффективностью, выбор НПВП определяется, прежде всего, безопасностью препарата в конкретных клинических условиях. Наименьшим риском развития желудочно-кишечного кровотечения обладают селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 (ЦОГ2). При наличии факторов риска развития нежелательных явлений (возраст старше 65 лет, наличие в анамнезе язвенной болезни или желудочно-кишечного кровотечения, одновременный прием ГК или антикоагулянтов), наличии тяжелых сопутствующих заболеваний назначают селективные ингибиторы ЦОГ2. У больных ОА с факторами риска желудочно-кишечных кровотечений одновременно с НПВП необходимо рекомендовать прием ингибитора протонной помпы в полной суточной дозе. При назначении НПВП необходимо тщательно оценивать кардиоваскулярные факторы риска, учитывать возможность развития НПВП-ассоциированных энтеропатий, токсического поражения печени, почек. Необходим контроль артериального давления и течения хронической сердечной недостаточности на фоне приема НПВП. При назначении НПВП следует учитывать возможность лекарственных взаимодействий – 93,7%. *Рекомендовано дополнить рекомендацию целевыми уровнями достижения артериально-го давления, представить рекомендацию более компактно.*

11. Трамадол применяют в течение короткого периода для купирования сильной боли при условии неэффективности парацетамола или НПВП, а также невозможности назначения оптимальных доз этих ЛС. В первые дни его назначают по 50 мг/сут с постепенным увеличением дозы до 200–300 мг/сут – 97,6%.

12. Локальные НПВП оказывают достаточный анальгетический эффект при ОА коленных суставов и суставов кистей, обладают хорошей переносимостью. Должны применяться в течение 2 нед с последующим перерывом, поскольку эффективность при более длительном приеме снижается – 95,7%.

13. Внутрисуставное введение ГК показано при ОА коленных суставов с симптомами воспаления (А). Рекомендуется использовать однократные инъекции метилпреднизолона (40 мг) или триамцинолона (20 или 40 мг).

Не рекомендуется выполнять более 2–3 инъекций в год в один и тот же сустав. При ОА ГК вводят в коленные суставы для уменьшения боли и симптомов воспаления, длительность эффекта от 1 нед до 1 мес. Эффект при внутрисуставном введении ГК развивается быстрее, чем при применении гиалуроновой кислоты, но продолжительность его меньше – 97,9%.

14. Препараты, содержащие хондроитина сульфат и/или глюкозамин, рекомендуются при ОА для уменьшения боли, улучшения функции суставов; эффект сохраняется в течение нескольких месяцев после их отмены, хорошо переносятся больными (А) – 86,8%.

15. Диацереин назначается для лечения ОА коленных и тазобедренных суставов в качестве симптоматического средства для уменьшения боли (А) – 89,4%.

16. Неомыляемые соединения авокадо и сои – пиласклин – применяют для уменьшения боли, улучшения функции суставов и, вероятно, замедления прогрессирования ОА (А) – 79,6%.

17. Производные гиалуроновой кислоты применяют для внутрисуставного введения с целью уменьшения боли и улучшения функции сустава (А) – 95,8%.

18. Эндопротезирование суставов показано больным с выраженным болевым синдромом, не поддающимся консервативному лечению, при наличии серьезного нарушения функций сустава (до развития значительных деформаций, нестабильности сустава, контрактур и мышечной атрофии) (А) – 93,6%.

*Рекомендации по ведению больных ОА приняты большинством голосов, исключены рекомендации 5, 7, 8.*

### 3. Развитие Российского регистра пациентов с ранним артритом (ОРЕЛ)

Обсуждены вопросы развития Российского регистра пациентов с ранним артритом (ОРЕЛ) – это программа клинко-эпидемиологического мониторинга ревматоидного артрита на территории России и интегратор различных элементов оказания медицинской помощи.

Основные тенденции в лекарственной терапии с-БПВП (в первую очередь подкожной формы метотрексата), повышение использования ГИБП (в первую очередь не иФНО) до 20–30% от общего числа больных активным РА, сохранение и некоторое увеличение доли госпитализированных больных в специализированные отделения, повышение доли больных с хорошим контролем над активностью ревматоидного артрита – до 30%.

Намечены перспективы развития регистра на 2016 г.:

- Гармонизировать и совместить проекты «Регистр ОРЕЛ», «Терминалы», «Школы медицинских сестер», «РЕМАРКА» и др.
- Создать в рамках платформы «Регистр пациентов с ревматоидным артритом» субрегистр пациентов с псориатическим артритом.
- Подготовить карту регистра и программное обеспечение.
- Пилот программного обеспечения провести на базе ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой.
- Включить другие центры во втором полугодии 2016 г.
- Повышать уровень базы данных Регистра: обеспечивать качество информации, внесенной в регистр (полнота данных); особое внимание обратить на нежелательные реакции; сопоставлять данные регистра с рекомендациями Ассоциации ревматологов России (АРР), Европейской антиревматической лиги (EULAR); выбрать приоритетные рекомендации, которые можно проанализировать по данным регистра; сделать акцент на обязательном заполнении соответствующих полей; провести анализ данных опросов, анкет, регистра; использовать данные регистра как инструмент для обоснования лекарственного обеспечения в Минздраве России, Фонде обязательного медицинского страхования (ФОМС); провести в рамках проекта «Регистр ОРЕЛ» программу наблюдательного исследования по тофацицинибу; провести анализ коморбидности по данным регистра (акцент на депрессию); провести анализ пациентов в ремиссии и оценить их исходы; добиваться оптимизации терапии (дозы, отмены).

#### 4. Возможности адаптации модели клинико-статистических групп на региональном уровне

Обсуждены возможности адаптации модели клинико-статистических групп (КСГ) на региональном уровне и возможности оплаты медицинской помощи в условиях стационара в системе обязательного медицинского страхования по КСГ в ревматологии. Отмечено, что разработка общероссийской системы КСГ начата в 2012 г.; в 2015 г. применяется уже третья модель системы КСГ.

Система КСГ является способом оплаты медицинской помощи в стационарных условиях и в условиях дневного стационара за счет средств обязательного медицинского страхования (ОМС). КСГ не регламентируют применение конкретных технологий диагностики и лечения больных, а представляют собой механизм распределения имеющихся средств на основе сложившегося соотношения расходов на разные заболевания. Назначение конкретных медицинских технологий, объем медицинской помощи регулируются стандартами медицинской помощи, перечнями, клиническими рекомендациями и пр.

Цели внедрения КСГ в России: унификация методов оплаты и тарифов на оказание медицинской помощи на всей территории России; повышение справедливости системы финансирования стационаров (более высокая оплата за больший объем оказанных услуг и более сложные и тяжелые случаи); повышение эффективности оказания стационарной помощи (за счет минимизации стимулов к неоправданному удлинению сроков лечения, сохранению неэффективно функционирующего коечного фонда и создания стимулов к использованию современных технологий диагностики и лечения).

В Постановлении Правительства Российской Федерации от 28.11.2014 г. №1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» отмечено, что:

- базовая программа обязательного медицинского страхования предусматривает оплату медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, которая осуществляется за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе КСГ заболеваний);
- средние нормативы объема медицинской помощи в стационарных условиях в рамках базовой программы ОМС – 0,172 случая госпитализации на 1 застрахованное лицо (2015);
- средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования на 1 случай госпитализации в медицинских организациях (их структурных подразделениях), оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, за счет средств обязательного медицинского страхования, – 22 233,1 руб. (2015).

Модель финансового обеспечения специализированной медицинской помощи в стационарных условиях и в дневных стационарах основана на объединении заболеваний в КСГ – группы заболеваний, относящихся к одному профилю стационарной медицинской помощи

и сходных по используемым методам диагностики и лечения пациентов (клинически однородные) и средней ресурсоемкости (стоимость, структура затрат и набор используемых ресурсов); или КППГ (клинико-профильные группы) – группа КСГ и/или отдельных заболеваний, объединенных одним профилем стационарной медицинской помощи.

Таким образом, КСГ – это классификация стационарных случаев в группы, клинически однородные и сходные по средней ресурсоемкости. КСГ предназначены для оплаты законченных случаев лечения в стационаре и в дневном стационаре, где не регламентируется применение конкретных технологий, а представляется механизм распределения имеющихся средств.

Модель КСГ разрабатывается на федеральном уровне с целью унификации методов оплаты и тарифов на оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, повышения эффективности оказания стационарной помощи и обеспечения справедливости системы финансирования стационаров (большая оплата за больший объем и более сложные случаи). Разработанная на федеральном уровне модель КСГ предназначена для использования на всей территории России. В субъектах Федерации могут применяться поправочные коэффициенты в целях адаптации модели к региональным условиям, а также выделяться подгруппы из действующих КСГ по установленным правилам. Действующая модель КСГ не является окончательной и будет совершенствоваться по результатам внедрения на основе анализа объективной информации об объемах и оплате медицинской помощи в разных субъектах Российской Федерации.

Определены перспективы развития модели КСГ на 2016 г. с обработкой поступающих предложений по совершенствованию группировки, увеличению количества КСГ.

Запланированы мероприятия по актуализации модели: разработка КСГ для дневного стационара, для реабилитации (неврология, кардиология, травматология и ортопедия, неонатология и др.).

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

##### **Минздраву России:**

1. Утвердить клинические рекомендации по диагностике и лечению анкилозирующего спондилита.
2. Утвердить клинические рекомендации по ведению больных остеоартрозом с учетом замечаний членов Экспертного совета.

#### **Главным внештатным специалистам-ревматологам федеральных округов Российской Федерации:**

1. Представить планы объемов оказания специализированной ревматологической помощи по регионам на 2016 г.
2. При ведении больных анкилозирующим спондилитом и остеоартрозом руководствоваться клиническими рекомендациями.

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