

Газета для врачей

№ 3 (3), 2012

Главный редактор
академик РАМН,
д.м.н., профессор
Е. Л. Насонов



Ревматология

**ПЕРВЫЙ
ЕВРАЗИЙСКИЙ
КОНГРЕСС
РЕВМАТОЛОГОВ** с. 2

**ЛЕЧЕНИЕ
РЕВМАТОИДНОГО
АРТРИТА:
СМЕНА
ПАРАДИГМЫ** с. 4

**КОНФЕРЕНЦИЯ
ВО ВЛАДИМИРЕ** с. 7

**СОВЕЩАНИЕ
ЭКСПЕРТОВ** с. 8

**XIII ЕВРОПЕЙСКИЙ
КОНГРЕСС
РЕВМАТОЛОГОВ** с. 9

**НАС ОБЪЕДИНЯЛА
ОБЩАЯ ЦЕЛЬ:
СЛУЖЕНИЕ
БОЛЬНЫМ** с. 10

**ПЕРЕЛОМНЫЙ
ВОЗРАСТ** с. 12

ПАМЯТИ АКАДЕМИКА В.А. НАСОНОВОЙ

6 июля 2012 г. в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт ревматологии» Российской академии медицинских наук состоялось торжественное открытие мемориальной доски, посвященной академику РАМН профессору Валентине Александровне Насоновой.

«Здесь с 1987 года по 2011 год работала академик РАМН Валентина Александровна Насонова. Основоположник отечественной ревматологии».

Очень простая, предельно лаконичная надпись. А за ней — удивительная судьба удивительного человека. Открытие мемориальной доски — событие официальное. Но официальных слов в этот день не звучало. Потому что на торжественном мероприятии были люди, которые знали Валентину Александровну долгие годы, которые не просто уважали ее, но и любили как близкого человека. Приводим фрагменты прозвучавших здесь выступлений.

Академик РАМН Евгений Львович Насонов

— Сегодня у нас особое событие. В день рождения Валентины Александровны Насоновой мы открываем посвященную ей памятную доску. Все знают, что она в течение 30 лет была директором института. Но это здание связано с ее именем не только потому, что она была великим ученым, крупнейшим ревматологом, но еще и потому, что она была «прорабом перестройки», как мы говорили в свое время, руководила строительством института ревматологии. Многие сотрудники работали на стройке. Но руководила стройкой, как потом руководила институтом, академик Насонова.

Нам кажется, что слова на памятной доске отражают вклад Валентины Александровны в развитие ревматологии в России. Конечно, российская земля родила много великих ревматологов. И условно можно называть всех наших великих терапевтов основоположниками российской ревматологии. Но все то, что называется современной ревматологией, и сама специальность ревматология, связано с именем Валентины Александровны Насоновой.

Член-корр. РАМН Валерий Васильевич Береговых

— Мы дружили с Валентиной Александровной Насоновой, с 90-х годов активно обща-

лись. Хочу сказать сегодня об изумительном человеке, крупнейшем ученом. Она была академиком-секретарем клинического отделения. Она была человеком, который продвигал жизнь академии, разные направления академии, значимость ее.

Профессор Нина Николаевна Кузьмина

— Ученый с мировым именем, потрясающий врач, талантливый педагог, большой организатор, Валентина Александровна Насонова работала в Институте ревматологии с 1957 г. Более полувека. А с 1970 г. она стала директором института. И он сразу приобрел другое звучание. Она была организатором ревматологической службы во всей стране, ее знали во всем мире. Но сегодня хочется вспомнить еще и об истории строительства здания института. Наше прошлое здание на Петровке, конечно, замечательное, историческое. Но нам было там тесно. И Валентина Александровна смогла ускорить строительство. Стройка шла очень сложно. Наконец, в 1987 г. мы переехали. И я могу смело сказать, что здесь каждый камень, каждая плитка помнит Валентину Александровну.

Академик РАН и РАМН Николай Алексеевич Мухин

— Сегодня необычный и радостный день, потому что мы вспоминаем Валентину Александровну. Прежде всего — как замечательного врача-клинициста и очень прозорливого, продуктивного ученого. Хотелось бы подчеркнуть, что она была очень разносторонним и широкооб-

разованным человеком, любила музыку, искусство. И сегодня мы радуемся тому, что ее помнят многие. И, конечно, тому, что все мы по-прежнему остаемся верными друзьями и соратниками.

Академик РАМН Вадим Иванович Мазуров

— Валентина Александровна была неутомимым человеком, который продвигал ревматологию в разных регионах. К ней всегда удивительно тепло относились наши друзья из ближнего и дальнего зарубежья. Она была выдающимся учителем. И мы с гордостью говорим сегодня, что у нас есть одна школа ревматологии в России — школа Валентины Александровны Насоновой.

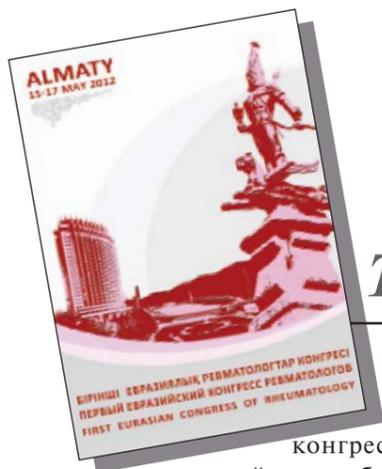
Академик РАМН Александр Сергеевич Тиганов

— Валентина Александровна была прекрасным клиницистом. Она была твердой в своих убеждениях и устремлениях. Помогала нам во многих делах, поддерживала коллег. Евгений Львович Насонов продолжает линию Валентины Александровны. Это родственные связи в самом высоком смысле. Память о ней — с нами.

Академик РАН и РАМН Мамед Джавадович Алиев

— Самое главное, что может сделать в жизни человек и ученый, — это родить сына, построить дом и посадить сад. Валентине Александровне все это удалось сделать. Любимый сын подхватил эстафетную палочку. Созданный ею институт успешно работает. А ее удивительный сад — это множество учеников, которые хранят ее традиции. ■





I ЕВРАЗИЙСКИЙ КОНГРЕСС РЕВМАТОЛОГОВ

Традиции и перспективы. Поиски и надежды

С 15 по 17 мая в Алматы прошел I Евразийский конгресс ревматологов. Он стал важнейшим событием, которого ждали, к которому долго готовились. На конгрессе собрались ведущие ревматологи 15 стран ближнего и дальнего зарубежья.

В программе конгресса были выступления, посвященные организационным проблемам, клиническим аспектам, инновационным подходам к ранней диагностике и лечению ревматических заболеваний. Он стал площадкой для обмена опытом, дискуссий и общения нескольких сотен специалистов.

В работе конгресса приняли участие такие мировые авторитеты в области современной ревматологии, как Е.Л. Насонов (Россия), Т. Сокка (Финляндия), С. Колен (Бельгия), Д. Роггенбук (Германия) и др.

В выступлениях главных ревматологов звучало много общих тем: старение населения, проблемы лекарственного обеспечения, новые информационные технологии, компьютерное обучение, образовательные программы для врачей и пациентов. Многие ведущие ревматологи вспоминали в своих выступлениях академика В.А. Насонову, подчеркивали, что они были и остаются ее учениками.

В рамках конгресса состоялось заседание экспертного совета, на котором главные ревматологи стран СНГ обсудили организационные вопросы, совместные программы и проекты, клинические рекомендации и руководства по лечению ревматических болезней. Наместили план дальнейшей совместной работы по профилактике и лечению ревматических болезней.

Экспертный совет положил начало масштабной работе, которую предстоит проделать в буду-

щем ревматологам, приехавшим на I Евразийский конгресс из стран СНГ.

Врачам-ревматологам необходимо объединиться, считают участники экспертного совета. Это важно и для каждого пациента, и для государства в целом. Потому что лечение ревматического больного обходится достаточно дорого. На заседании совета его участниками – главными ревматологами стран – было принято решение создать Лигу ЕвроАзиатских Ревматологов (ЛЕАР), в которую вошли ревматологи 9 стран – это Казахстан, Россия, Украина, Беларусь, Молдова, Грузия, Кыргызстан, Азербайджан, Узбекистан. В будущем к лиге, возможно, будут постепенно присоединяться страны Прибалтики и другие страны Евразийского пространства.

Было отмечено, что все рекомендации по фармакотерапии, диагностике, профилактике и лечению ревматических больных, вынесенные лигой, будут учитываться при оказании медицинской помощи населению министерствами здравоохранения тех стран, представители которых вошли в ЛЕАР. При этом каждое государство может адаптировать у себя эти рекомендации с учетом существующей на его территории нормативно-правовой базы.

Первым президентом ЛЕАР был избран генеральный директор Института болезней суставов, главный ревматолог МЗ Республики Казахстан д.м.н. Г.А. Тоғизбаев, вице-президентом – заместитель директора по научной работе, руководитель отдела ранних артритов ФГБУ «НИИР» РАМН д.м.н. Д.Е. Каратеев.

Эти позиции будут переходящими – в зависимости от того, где будет проходить следующий Евразийский конгресс.

На заседании экспертного совета было принято предварительное решение провести II Евразийский конгресс ревматологов в 2014 г. в Москве.

В завершение работы I Евразийского конгресса ревматологов были названы победители республиканского конкурса ревматологов Казахстана в 2011 г. Лучшим ревматологом республики выбрана Б.А. Аубакирова, главный ревматолог Астаны.

Подведены также итоги конкурса молодых ученых-ревматологов Казахстана.

«Конгресс – событие, которое останется в моей памяти на всю жизнь, – сказал, закрывая форум, академик Е.Л. Насонов. – Все наши корифеи мечтали о том, чтобы нас снова объединить. И сегодня мы идем по стопам наших великих учителей. Могу с уверенностью сказать, что конгресс прошел на очень высоком уровне, были представлены глубокие доклады на самые разные темы. Мы можем гордиться успехами нашей ревматологии в целом. И планируем еще более активно разрабатывать общие рекомендации, общие подходы к ведению пациентов с ревматическими заболеваниями. Конгресс – важнейший шаг на этом пути. Сейчас у нас уже все готово для того, чтобы запустить Российский регистр пациентов с ревматоидным артритом. И работа по созданию регистров пациентов будет продолжаться везде. Надеюсь, что когда мы соберемся вместе в следующий раз, то сможем доложить о новых успехах. И это укрепит позиции ревматологии, которую мы все любим и считаем самой важной среди других медицинских профессий. Мы будем двигаться к тому, чтобы ревматология была самой престижной врачебной профессией. Чтобы все знали: быть ревматологом – значит быть на самом переднем рубеже мировой медицинской науки».

I Евразийский конгресс ревматологов проходил в прекрасном здании Казахского академического театра драмы им. М.О. Ауэзова. Наверное, это можно считать символом сближения искусства и медицинской науки.

Светлана Сухая

Г О В О Р Я Т У Ч А С Т Н И К И К О Н Г Р Е С С А



Мы попросили главного ревматолога МЗ Республики Казахстан, генерального директора Института болезней суставов Галымжана Асылбековича Тоғизбаева рассказать о самых актуальных проблемах казахстанской ревматологической службы, о том, что можно считать сегодня требованием времени.

– На ближайшие 5 лет мы запланировали много мероприятий по развитию нашей службы. Есть четкое представление о том, на чем нужно сконцентрировать наши усилия. В первую очередь необходимо полностью обеспечить учреждения первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в регионах врачами-ревматологами. Мы должны обязательно заниматься укреплением нашего кадрового потенциала.

Хочу сказать, что у нас более 10 лет не было нормативно-правовой базы, соответствующего приказа министра. И вот в марте 2011 г. такой приказ появился. Там указано на необходимость создания кабинетов ревматологов в учреждениях ПМСП, процедурных кабинетов для внутрисуставных манипуляций. Кроме того, будут созданы кабинеты генно-инженерной биологической терапии. Уже через год после этого приказа многое изменилось: сегодня в республике насчитывается 160 взрослых практических ревматологов, не считая детских кардиоревматологов. Так случилось, что детская ревматология после распада Советского Союза сохранилась у нас лучше, чем взрослая. По-

тому что специальность называлась именно «кардиоревматология», эти специалисты относились к кардиологической службе.

Одна из задач – наладить постоянную обратную связь со всеми ревматологами в регионах. Во многих удаленных местах нет возможности выхода в интернет. Поэтому в наших ближайших планах – обеспечить специалистов-ревматологов ноутбуками с возможностью подключения беспроводного интернета и мобильными телефонами.

По стратегическому развитию. У нас с российскими коллегами много общих планов и задач, будем осуществлять взаимное сотрудничество по разным направлениям: это рекомендации и руководства, образовательные программы, вопросы постдипломного образования, совместные научные исследования. Кроме того, сейчас я ставлю перед нашими молодыми врачами-ревматологами очень важную задачу. Прежде всего, это касается тех, кто только недавно окончил институт и после курса специализации квалифицировался как врач-ревматолог. Нужно, чтобы каждый ревматолог хотя бы понимал английский медицинский язык. Английский язык – обязательное условие международной научной интеграции. Знание английского абсолютно необходимо, чтобы в будущем мы могли успешно заниматься международными научными исследованиями. Казахстан в этом смысле – «поле непа-

ханое» для международных исследований. Потому что пациенты в Казахстане раньше не участвовали в международных исследованиях. А сейчас такая возможность появится. И мы будем активно готовиться и упорно двигаться в этом направлении. Это вторая сторона – научная.

Далее – вопросы качества оказания помощи, лекарственного обеспечения. Благодаря возможностям государства, правительства, министерства здравоохранения мы стараемся решать эти проблемы, стараемся учесть и «охватить» все «болевые точки», предоставить больным гарантированный объем бесплатной медицинской помощи на амбулаторном уровне. Сейчас у нас есть соответствующий приказ. Для больных ревматоидным артритом и ювенильным артритом мы, например, включили метотрексат в гарантированный объем помощи. Всех диспансерных больных мы стараемся обеспечить препаратами за счет гарантированной бесплатной помощи.

Терапия генно-инженерными биологическими препаратами – отдельный сложный вопрос. Мы планируем решать эту проблему с помощью республиканского трансферта, включиться в специальную государственную программу.

В целом я уверен, что у казахстанской ревматологической службы – большое будущее.

Впервые я увидела ее в 1980 г. Она приехала к нам в Семипалатинск. Это был маленький городок на северо-востоке Казахстана. Уже потом все узнали о полигоне в Семипалатинске. А тогда об этом месте никто еще ничего не знал, а вот Валентина Александровна уже знала! Она приехала по приглашению нашего института. Прекрасно помню — это было в феврале, очень холодно было. Причем ее поездку несколько раз откладывали, у нее были проблемы со здоровьем. А потом она приехала и сказала нам: «Теперь я уже решила так — хоть ползком, но поеду, не могу больше откладывать. Поеду, потому что неудобно перед людьми». Вот такие слова сказала, и я это помню до сих пор... Мы целой группой поехали — сотрудники кафедры и руководители здравоохранения области. В аэропорту ее встретили, привезли в гостиницу. Сели все вокруг и смотрим-слушаем, как заворуженные. Представьте — вдруг впервые к нам приезжает директор центрального института из Москвы. Да еще такая замечательная женщина! Увидели ее — удивительно красивая, цветущая. Ей было тогда 58 лет, я даже это хорошо запомнила...

На следующий день она пришла к нам на кафедру. Посмотрела, чем мы занимаемся. До этого я была кардиологом. Но мы уже немножко занимались клинической иммунологией. И она сказала: «Иммунологию вам лучше развивать именно в ревматологии!»

Хорошо помню, что она прочитала несколько интереснейших лекций для врачей. А потом села консультировать больных. И когда я увидела, как она консультирует пациентов, я в нее просто влю-

билась как во врача. Как она беседовала с людьми, как вникала во все детали! Это было удивительно. И вот я подумала — такая красивая женщина, такая умная — и она занимается этой проблемой. И сказала себе: «Я тоже буду заниматься ревматологией». И я не одна такая!

Я тогда была молодым доцентом кафедры, это было сложно. И когда стала готовить докторскую, тоже трудно было. Ведь тогда не было консультантов по докторским, т. е., у меня не было официального руководителя. И вот я набрала материал — и осмелилась приехать в Москву, осмелилась прийти прямо к Валентине Александровне. И говорю ей: «Помогите мне, пожалуйста! Мне необходимо, чтобы черновик моей работы посмотрел кто-то из ваших специалистов». Она сразу, при мне, пригласила профессора Алекберову Земфиру Садуллаевну, приобняла ее и попросила: «Земфирочка, пожалуйста, посмотрите работу доктора». Она не приказывала — а именно просила! Это было тоже поразительно. И потом мне Земфира Садуллаевна говорит: «Мне нужна хотя бы неделя, чтобы посмотреть Вашу работу». Я отвечаю: «Да я готова сколько угодно ждать!» И, представьте, она все посмотрела и убористым почерком на двух страницах все написала — страница такая-то, таблица такая-то — исправить то и то. Фактически она исправила всю мою работу, я была так благодарна! Вот с этого все и началось.

Примерно через 5 лет после приезда к нам Валентины Александровны я защитилась. Потом в нашем институте защитились еще 5 докторов наук — именно по ревматологии! Потому что для всех Ва-



Валентина Александровна была примером и многие тогда, как и я, влюбились в ревматологию.

Наше сотрудничество с институтом никогда не прекращалось. У Валентины Александровны была удивительно теплая манера общения. Она, в сущности, относилась к нам, как мама: по-доброму, хотя иногда и строго. Благодаря ей, эти традиции были приняты всеми. И потом мы всегда обращались и сегодня обращаемся за помощью и советом — и все в институте помогают нам бескорыстно и искренне. Все относились к нам с добротой тогда и поддерживают нас и сейчас. Повторю: это — ее манера и ее традиции. И они бережно хранятся до сих пор.

И еще одно хочу упомянуть. Давным-давно я прочитала книгу «Война с красными бабочками». Это была книжка про ее жизнь. И теперь на лекциях я всегда говорю своим студентам: «Хотите узнать, как ревматология развивалась, какой огромный и трудный путь пройден, найдите и прочитайте эту книжку».

Наталью Мартусевич, главного ревматолога Республики Беларусь,

мы попросили рассказать о важнейших направлениях работы ревматологов — о профилактике и реабилитации при ревматических заболеваниях.

Моим глубоким убеждением является то, что во многом проблемы ревматических заболеваний можно решить, разрабатывая стратегию и профилактическое направление ревматологии. С чем это связано? К сожалению, когда пациент обращается к нам, например с остеоартрозом, когда мы выявляем пациентов с пороком сердца, то часто оказывается, что во многом «поезд ушел». Те изменения, которые к этому времени произошли в организме, в ряде случаев являются необратимыми и становятся основой для хронизации ситуации. Мы можем лишь корректировать ее. В нашей стране возникла такая идея: сначала разработать программу профилактики ревматической болезни сердца. Затем попытаться внедрить те научные разработки, которые у нас появляются по профилактике ревматоидного артрита. И наконец, поднять вопросы профилактики по остеоартрозу.

Сначала скажу немного о профилактике ревматической болезни сердца. Первоначально возникла идея создания регистра и программы профилактики в отдельном регионе. Для этого был выбран Пинский район Брестской области. Дело в том, что в городе Пинске есть замечательный институт генетики. Он проводит сложнейшие генетические исследования, на уровне европейских разработок. Есть заинтересованность руководства здравоохранения этого региона. Наша идея и идея ректора этого института — в том, чтобы объединить усилия и создать единую комплексную программу. В качестве варианта первым шагом предложена именно программа по ревматической болезни сердца. В чем суть задумки. В семьях пациентов, больных ревматической болезнью сердца, обследуются родственники. Выявляются соответствующие генетические маркеры. Этим людям ставят на учет. И таким пациентам уделяют особое внимание, если у них обнаруживают стрептококковую инфекцию (прежде всего, речь идет о стрептококковых тонзиллитах). Их берут на четкий контроль. С нашей точки зрения, сначала это даст возможность снизить риск формирования



пороков сердца в отдельно взятом регионе. При позитивных результатах далее этот вопрос можно будет рассматривать в рамках более широких государственных мероприятий. Можно сказать, что для нас работа в Пинском районе — это своеобразный пилотный проект. Регион хорошо укомплектован ревматологами, они готовы к сотрудничеству, с энтузиазмом относятся к этой работе.

Теперь второй вопрос: разработка вопросов профилактики остеоартроза. Мне кажется, что есть перспектива объединения усилий Министерства образования и Министерства здравоохранения и создания единого комплекса мероприятий. Это позволит постепенно решить разные проблемы, начиная с детского возраста. А проблем действительно много: синдром гипермобильности суставов, плоскостопие, выявление групп риска. Именно поэтому необходимо работать совместно с Министерством образования. Нужен целый комплекс мероприятий, например, более активное использование лечебной физкультуры, возможно, занятий в плавательных бассейнах.

На эти проблемы накладывают свой отпечаток и нагрузки, которые испытывают наши дети, и сидячий образ жизни, и не всегда сбалансированный характер питания. Сегодня, наверное, невозможно разрабатывать вопросы профилактики, не рассматривая опорно-двигательный аппарат как единую сложную систему. Нельзя, допустим, выделять остеоартроз коленных или тазобедренных

суставов. Нельзя подходить «локально» к этим проблемам, нужен целый комплекс лечебно-профилактических мероприятий. Важно объединить усилия с травматологами-ортопедами по коррекции биомеханических нарушений, плоскостопия. Необходима программа, направленная на предотвращение повышения массы тела у пациентов, входящих в группу риска. С моей точки зрения, именно объединение этих усилий может дать реальный результат.

Реабилитация — отдельная важная тема. У нас есть целый институт, который занимается вопросами реабилитации. Мы активно работаем сейчас с группой сотрудников института, которые специализируются на проблемах ревматологии. В частности, завершается научный проект по разработке программ реабилитационных мероприятий для пациентов с системной красной волчанкой, подагрой, системным склерозом. Практически готовы протоколы. По ревматоидному артриту эти программы тоже достаточно хорошо разработаны, есть методические рекомендации, подготовленные нашими учеными. Есть реабилитационные отделения, механотерапия и т.д. У нас есть несколько клиник, где находятся пациенты после инфаркта миокарда, после серьезных операций по протезированию суставов. Мы планируем максимально расширять реабилитационную работу.

Еще скажу несколько слов о конгрессе. Прежде всего — это обмен опытом. Я с огромным удовольствием прослушала выступления наших коллег из других стран и почерпнула для себя много новых идей. Уверена, что это очень нужное мероприятие, которое позволяет каждому взять частичку опыта у другого, чтобы внедрить все самое полезное в своей стране. Будет замечательно, если в рамках конгресса мы сможем объединить свои усилия. Нужна разработка совместных проектов и межгосударственных протоколов по ведению пациентов. Нам всем необходимо иметь единое информационное пространство.

ЛЕЧЕНИЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА: СМЕНА ПАРАДИГМЫ

Сначала коротко обозначу самое главное, о чем я хотела бы сказать в своем выступлении.

Первый вопрос: какова цель лечения при ревматоидном артрите (РА)? Целью следует считать изменение естественного хода болезни и ремиссию.

Второй вопрос: как добиться достижения ремиссии при этом недуге? Главными, определяющими успех, мы считаем три компонента. Это раннее начало лечения, агрессивная терапия и очень жесткий контроль за ходом лечения. Правильность такого подхода подтверждена нашим собственным опытом, который убедительно показывает, как добиться наилучших результатов в ежедневной клинической практике.

Наконец, третий важнейший момент доклада — это результаты клинических испытаний. Суть проста: они подтверждают, что подкожное применение метотрексата (МТ) имеет существенные преимущества по сравнению с пероральным применением этого препарата.

Теперь остановимся на этих положениях более подробно.

Что имеется в виду, когда мы говорим о естественном ходе болезни? К сожалению, РА — заболевание не просто тяжелое. Это болезнь активная, она развивается очень быстро. И практически всегда ведет к повреждению суставов, потере функциональности суставов и, как следствие, к утрате работоспособности. В конечном счете РА нередко приводит к ранней, преждевременной смерти.

Но сегодня только 20% всех пациентов имеют эрозии суставов в момент постановки диагноза, у 50% эрозии развиваются в течение последующих 10 лет. Мы проанализировали данные о пациентах, которым в 80-годы был поставлен диагноз раннего РА. И получили четкие свидетельства того, что **первые 3 года играют решающую роль в том, чтобы купировать активные проявления болезни, затормозить развитие РА в будущем.** Именно первые 3 года критически важны для достижения дальнейшего успеха в лечении.

Закономерность очевидна: раннее начало лечения и быстрое достижение ремиссии в дебюте болезни помогают предотвратить потерю пациентами трудоспособности в последующие годы.

В Финляндии накоплен важный опыт лечения РА. Суть его в том, что пациенты получали лечение «традиционными» лекарствами, без использования генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП). Именно «старомодные» препараты позволили добиться ремиссии у очень большого процента пациентов через 6 месяцев. Все они сохраняли трудоспособность как минимум в течение 5 лет. Среди тех пациентов, у которых ремиссия не наступила в течение 6 месяцев, более 20% в течение 5 лет постепенно стали нетрудоспособны.

Исследования рентгеновских снимков подтверждают важнейший факт: ремиссия в течение первого года лечения позволяет предотвратить разрушение суставов, положительно влияет на развитие болезни и эффективность лечения в течение следующих 11 лет.

Теперь остановлюсь более подробно на факторах, которые позволяют достичь цели. Повторю, это три главных момента: раннее начало лечения, агрессивная (активная) терапия, очень жесткий контроль.

Хочу поделиться собственным опытом. Статистика, собранная нами за длительный период (начиная с 80-х годов), свидетельствует: в среднем симптомы болезни наблюдались в течение 6 месяцев до начала противоревматического лечения. Остановлюсь на том, как мы ведем всех пациентов с РА.

Прежде всего, это обучение пациентов с ранним РА в течение 2 лет. При этом у нас практикуется так называемый мультидисциплинарный подход к работе с пациентами, страдающими ранним РА. Имеется в виду, что с пациентом работает целая команда специалистов, несколько человек: ревматолог, медсестра, физиотерапевт, специалист по профессиональным заболеваниям. После того как диагноз установлен, пациент

Одним из самых интересных стало выступление на конгрессе известного ревматолога профессора Т. Сокка

(Центральный госпиталь г. Ивескиле, Финляндия).

Публикуем основные положения этого доклада.



посещает специалистов через 3 месяца, через год и через 2 года.

У каждого специалиста — своя задача, все они очень важны.

Задача ревматолога — назначить препараты, которые обеспечивают быструю ремиссию.

У медсестры — свои важнейшие цели работы с пациентом. Именно она должна добиться того, чтобы пациент понимал, что такое РА, знал самое главное о своем заболевании. Он должен четко осознавать, каковы цели лечения этой хронической болезни на каждом этапе. И именно от работы медсестры в значительной мере зависит обеспечение необходимого сотрудничества между врачами и пациентом. В сегодняшней медицине его точнее всего обозначает понятие комплаенс — приверженность пациента лечению.

Физиотерапевт обследует пациента, чтобы определить мышечную силу. А затем дает подробные советы по лечебной физкультуре. Такие занятия предполагают как минимум два с половиной часа в неделю аэробных упражнений. И еще минимум дважды в неделю нужно делать упражнения на развитие мышечной силы.

Наконец, специалист по профессиональным заболеваниям дает советы по лучшей организации ежедневной жизни пациента — с учетом специфики его работы.

Я глубоко убеждена, что в основе всего лечебного процесса при РА лежит именно **образование, просвещение пациентов.** Ни одно самое совершенное лекарство не поможет, если оно останется лежать на полке в аптеке. Если пациент его просто не будет использовать или быстро бросит уже начатое лечение. А потому у нас организована работа, которую мы условно называем «тропа пациента». Сначала это специальные вечерние занятия, которые позволяют дать самую базовую информацию о РА. А затем существуют специальные курсы для пациентов, где их обучают более тщательно.

Важнейший момент: «жесткий» контроль за всем процессом лечения обязательно предусматривает регулярную оценку пациентом своего состояния. При каждом посещении врача пациент подробно сообщает о своем состоянии. Он подходит к монитору и отвечает на вопросы, связанные с его ощущениями: где он чувствует боль, насколько свободно может двигаться, быстро ли ус-

тает и т. д. Для этого разработаны специальные компьютерные программы и тесты. Наша клиника сотрудничает со многими клиниками мира. И пациенты у нас бывают разные, поэтому наши тесты переведены на несколько языков, в том числе и на русский.

У нас достаточно высокий процент ремиссий. Через 3 месяца — это более 46% пациентов, через 6 месяцев — почти 60% и через год — почти 70%.

Как мы лечим РА? Назову главные принципы лечения.

Первое: сразу начинать медикаментозное лечение, которое многократно доказало свою эффективность, которое приводит к достижению быстрой ремиссии. Нужно еще добавить, что это должны быть препараты, которые вы можете себе позволить.

Второе: использовать местные подкожные инъекции во все воспаленные суставы.

Третье: использовать маленькую дозу преднизолона (5–7,5 мг в день).

Зададим вопрос: какие же препараты позволяют достичь быстрой ремиссии при раннем РА? Мы провели много исследований, которые подтвердили эффективность «традиционных» препаратов, прежде всего МТ. При этом возможна и монотерапия МТ, и лечение МТ в сочетании с другими препаратами. В одном из исследований было показано, что **только 3% пациентов нуждались в назначении ГИБП.**

Хочу напомнить, что наши подходы отличаются от рекомендаций Европейской антиревматической лиги (EULAR). Рекомендации предлагают начинать лечение с МТ в таблетках. В дополнение к МТ назначать глюкокортикоиды. Если не удастся достичь нужного эффекта, следует назначить пациенту один из ГИБП.

По нашему мнению, такая схема очень дорога. Во всяком случае в Финляндии мы не можем позволить себе лечение в соответствии с этими рекомендациями.

Важные исследования, в которых сравнивали эффект лечения РА разными препаратами, были проведены в Швеции (SWEFOT) и США (TEAR).

Основные выводы, которые позволяют сделать эти исследования, заключаются в следующем: лечение ГИБП, вероятнее всего, нужно назначать лишь незначительному проценту пациентов с ранним РА, потому что комбинация МТ с другими «традиционными» лекарствами дает такой же эффект, как и применение МТ в сочетании с одним из ГИБП.

Поэтому мы считаем, что МТ при лечении РА — это «якорный» препарат, который в разных случаях нужно использовать как монотерапию или в комбинации с другими «традиционными» лекарствами. Но применение МТ перорально (в таблетках) с «медленным» стартом и в низкой дозе дает возможность добиться низкой активности болезни только у трети пациентов.

В исследованиях в Финляндии были доказаны преимущества подкожного МТ. Оказалось, что его эффективность выше, чем МТ в таблетках. Проводилась также оценка безопасности разных форм МТ. Исследования подтвердили, что подкожное введение МТ не более опасно, чем таблетированный МТ.

Почему МТ в инъекциях «работает» лучше, чем МТ в таблетках? Биологическая доступность высоких доз перорального МТ варьировалась у пациентов весьма сильно. И в целом она была на треть ниже, чем биологическая доступность подкожного МТ. Поэтому в Финляндии мы чаще используем именно подкожное введение МТ.

В целом можно сделать вывод: подкожные инъекции МТ (20 мг и более) нужно считать первой линией терапии при лечении раннего РА.

С чего мы начинаем лечение? В тот самый день, когда поставлен диагноз РА, мы сразу начинаем инъекции МТ в комбинации с другими «традиционными» препаратами или как монотерапию. Первую инъекцию — 10 мг МТ — делает медсестра. Далее, начиная со второй недели, пациент сам делает инъекции МТ в дозе 20–25 мг.

Общее заключение может звучать очень коротко: мы уверены, что подкожное применение МТ помогает достичь поставленной цели.

После выступления профессор любезно согласилась ответить на несколько дополнительных вопросов.

— Ваш доклад был достаточно подробным. Теперь хотелось бы попросить Вас подвести итог сказанному, обозначить коротко то, что Вы считаете ключевыми подходами к лечению РА.

— Прослушав доклад, вы, видимо, уже поняли, что в чем-то я иду «против течения», что мое мнение не во всем совпадает с самыми распространенными сейчас взглядами. Сегодня внимание специалистов часто сконцентрировано прежде всего на применении новых препаратов. И я не буду снова и снова повторять, что у нас действительно много новых достижений, появились ГИБП, много новых лекарств в целом. Все это так. И, конечно, новые современные лекарства — это прекрасно. Но, с другой стороны, мы считаем правильным как бы хранить их «про запас», назначать только тем пациентам, которые в них действительно нуждаются, не могут без них обойтись. Мы уже продемонстрировали обоснованность такого подхода в своих финских исследованиях и видим это во многих работах коллег из других стран. И в ходе нашей ежедневной практики смогли убедиться: если мы лечим пациентов в соответствии с теми принципами, о которых я рассказывала в докладе, у них наступает ремиссия. Наши пациенты действительно находятся в стойкой длительной ремиссии: состояние суставов не ухудшается, эрозии не развиваются. Мы видим это, даже когда наблюдаем таких пациентов очень долго, например, в течение 10 лет. И мы применяем в основном так называемые традиционные лекарства.

Но я хочу подчеркнуть: пациент должен четко понимать, в чем суть его заболевания. Он должен понимать, какова цель лечения в каждый момент времени. Должен понимать, что эти лекарства надо принимать регулярно, в соответствии с предписаниями врача, а не хранить где-то на дальней полочке. Помогают только те лекарства, которые ты принимаешь регулярно. И потому я подчеркиваю особую важность образования, информации для пациентов. Я не могу сегодня представить ревматологическую практику без совместной работы целой команды специалистов. И, прежде всего, надо сказать, что при лечении ревматических болезней огромна роль медсестры, которая должна быть всегда доступна для общения с больным, к которой он может обратиться в любой момент, по любому поводу. У врача не всегда есть время объяснять пациенту многие детали, связанные с этим тяжелым недугом. РА — длительное заболевание, и лечение длится годами. И медсестра всегда должна быть готова ответить на вопросы, которые возникают в ежедневной жизни больного. Например, по поводу особенностей приема МТ в таблетках или использования инъекций, какая между ними разница, в чем преимущества или, наоборот, недостатки.

Лечение, прием лекарств, как правило, вызывают сложные эмоции у пациента. А в случае серьезного хронического заболевания — это целая буря эмоций! В один прекрасный день пациент узнает о своем диагнозе и должен осознать и принять новые обстоятельства своей жизни. Поэтому, я это подчеркиваю, критически важным для успеха становится участие в лечении самого пациента, тщатель-

ное обучение, участие медсестры в этом процессе. Если ты выписываешь рецепт на нужный препарат и даешь самые правильные рекомендации, но все это просто летит в мусорную корзину, — лечение не поможет... И во всем мире при лечении хронических заболеваний мы видим эту практику, везде повторяется ситуация, когда нет никакой уверенности в том, что пациент действительно принимает назначенные препараты. Это практически невозможно ни подтвердить с достоверностью, ни проконтролировать. Приверженность пациента лечению или отсутствие таковой — одна из важнейших проблем медицины в целом. А в современной ревматологии это особенно важно.

— Каковы преимущества МТ в инъекциях по сравнению с таблетками?

— Есть много сложных деталей. Но суть проста: часто именно использование МТ в инъекциях позволяет избежать назначения ГИБП, таких случаев в нашей практике много. Один из важнейших моментов кажется очень простым: используя МТ в



инъекциях, пациент может быстро убедиться, что лекарство действительно «работает»! Но это и есть главное условие, предпосылка приверженности лечению — пациент должен как можно быстрее увидеть результат лечения. Иногда пациент принимает МТ в таблетках и чувствует тошноту или его беспокоит желудок, и он не хочет принимать лекарство. И тогда я говорю: «Давайте попробуем методжект, вы сами будете делать инъекцию, это совсем несложно». Мы помогаем пациенту (в том числе, назначая фолиевую кислоту) справиться с побочными эффектами. И потом я говорю: «Давайте попробуем определить именно ту дозу, которую организм переносит. И найдем ту минимальную дозу, которая дает реальный лечебный эффект, позволяющий контролировать вашу болезнь». Иногда даже инъекция минимальной дозы (7,5 мг) помогает добиться нужного результата и при этом избежать побочных явлений. Иногда нужна инъекция 15 мг или 20 мг. Вот это и есть самое трудное в лечении — найти этот баланс между эффективностью препарата и его переносимостью. Подчеркну еще раз: главное, чтобы пациент достаточно быстро почувствовал реальный результат лечения. И я снова повторю: нужна очень грамотная работа медсестры. Чтобы дать всю нужную информацию и при этом постараться убрать все неприятные эмоции, которые мешают лечению. И, конечно, есть случаи, когда МТ дейст-

вительно не позволяет добиться ремиссии и нужно назначать ГИБП. Но таких пациентов мало, во многом потому, что мы назначаем именно подкожное введение МТ.

— Существуют разные исследования о предикторах «ответа» на лечение МТ. Как, по Вашему мнению, определить такие предикторы, есть ли они? Обычно бывает очень трудно дать некий прогноз, понять заранее, будет ли такое лечение эффективным.

— Я абсолютно с Вами согласна. В обычной практике очень трудно найти «предвестники», которые позволяли бы прогнозировать ход лечения, часто вообще нет никаких предикторов. Конечно, есть некоторые объективные показатели, результаты анализов, и вы корректируете лечение, делаете его более или менее агрессивным. Но в целом вы просто должны терпеливо вести пациента к ремиссии. Чаще всего нет никаких четких предикторов! У нас есть программа, рассчитанная на 2 года. И только постепенно мы видим, что происходит, как тот или иной пациент «отвечает» на лечение.



И у нас есть пациенты с ранним РА, мы наблюдаем их уже 5 или 10 лет. И чаще всего в конце концов понимаем: главная проблема, главная причина, по которой лекарство «не работает» в каком-то конкретном случае, проста. И она одна и та же: лекарство «не работает» потому, что пациент его не принимает, в какой-

то момент самовольно прекращает его принимать. Именно это главная проблема! Как можно это предвидеть? Как можно это прогнозировать? Возможно, нужно проводить очень сложные и масштабные психологические исследования, чтобы понять эти закономерности.

Конечно, нужно изучать, от чего зависит приверженность пациента лечению. Но в сегодняшней своей практике я обычно просто «отбрасываю» все предикторы, не обращаю на них внимания. Я, прежде всего, тщательно наблюдаю за пациентом — и выбираю тактику лечения просто в соответствии с тем, что вижу в процессе лечения. Стараюсь внимательно слушать пациента, пытаюсь почувствовать, что реально происходит. Иногда пациент говорит, что есть некие неприятные ощущения, небольшая болезненность в суставах — и я должна понять, есть ли при этом ремиссия, должна ли я изменять, корректировать лечение, чтобы убрать даже малейшие симптомы болезни. Тесное сотрудничество врача и пациента — наиглавнейшее условие успеха при лечении столь серьезного хронического заболевания. Наверное, это и можно считать главным предиктором эффективности терапии — удалось ли в самом начале установить контакт с больным, добиться его доверия, дать нужную информацию и таким образом обеспечить его приверженность лечению. ■

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

Пожилые пациенты: резкий рост потребления наркотических обезболивающих в США

За последние несколько лет (после 2007 г.) применение наркотических обезболивающих лекарств у пожилых пациентов резко выросло. Раньше их прописывали в основном больным с онкологическими заболеваниями, теперь врачи все чаще назначают такое лечение пациентам с хронической болью. Между тем специалисты полагают, что их применение, особенно у пожилых людей, требует особой осторожности. Эффективность и безопасность наркотических анальгетиков при хронических

заболеваниях (не онкологических) пока мало изучена.

Между тем пациенты старше 60 лет уже стали основными потребителями таких лекарств в США. По сравнению с 2007 г. в 2011 г. пациентам 60 лет и старше было выписано на 32% больше опиатов, которые входят в число самых продаваемых (прежде всего, это кодеин и кодеинсодержащие препараты). Этот рост в 2 раза превысил рост потребления таких лекарств у пациентов в возрасте от 40 до 50 лет. Одним из важнейших факторов, повлиявших на рост применения опиатов, стало то, что в 2009 г. Американское гериатрическое обще-

ство присоединилось к тем, кто выступал за более активное использование этих препаратов при хронической боли, особенно у пациентов 75 лет и старше.

Метотрексат — пероральный или подкожный?

Исследования немецких ученых показали, что при детском идиопатическом артрите подкожное введение метотрексата (МТ) по эффективности и безопасности сопоставимо с пероральным применением этого лекарства. После 6 месяцев лечения 73% детей, получавших таблетки МТ, достигли улучшения на 30% в соот-

ветствии с педиатрическим индексом Американской коллегии ревматологов (PedACR30). 72% детей, получавших подкожные инъекции МТ, достигли такого же результата. В исследовании приняли участие 411 пациентов, 259 из них получали МТ в таблетках. Средний возраст пациентов — 10 лет, две трети — девочки.

Новые возможности при лечении псориатического артрита

Пациенты с диагнозом активного псориатического артрита, вероятно, получают новые возможности для лечения. Это особенно важно потому, что при этом заболевании тера-

Продолжение см. на с. 8

Владимир

23-26 мая 2012



VII Всероссийская конференция РЕВМАТОЛОГОВ РОССИИ

С 23 по 26 мая 2012 г. во Владимире проходила VII Всероссийская конференция «Ревматология в реальной клинической практике». Проведение Всероссийской конференции в древнем и красивейшем городе Центральной России – Владимире – это продолжение сформировавшейся за последние годы хорошей традиции – организации выездных научно-практических конференций в области ревматологии в различных городах нашей страны.

На конференции обсуждались актуальные проблемы современной диагностики и оптимизации методов лечения ревматоидного артрита (РА), анкилозирующего спондилита, кардиологической патологии, вторичного остеопороза при ревматических заболеваниях, системных васкулитов, болезни Бехчета, системной склеродермии, микрокристаллических артритов. Инновационные подходы к терапии ревматических заболеваний были освещены на сателлитных симпозиумах.

Конференция была открыта пленарным заседанием, на котором были затронуты наиболее острые вопросы, касающиеся распространенности ревматических заболеваний в Российской Федерации среди взрослого и детского населения (доклад проф. Р.М. Балабановой, Москва), прогресса взаимодействия в области системной склеродермии в рамках международного сотрудни-

чества (проф. М. Матуччи-Церинич, Италия) и психосоматических проблем, возникающих при РА (проф. Н.И. Коршунов, Ярославль). Конференция прошла с широким международным участием. Проф. М. Матуччи-Церинич (Италия) в своем докладе коснулся проблем легочной гипертензии при системной склеродермии, подходы к терапии которой активно обсуждаются в последнее время. Проф. М. Кутоло (Италия) рассмотрел вопросы эффективности, безопасности и иммуногенности современных генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) в свете последних рекомендаций EULAR, а также изложил современную точку зрения на использование лефлуномида при РА. Проф. А. Несбитт (Великобритания) в телемедицинской лекции «Цертолизумаб пэгол – усовершенствованный ингибитор ФНО с уникальной химической структурой: от создания молекулы до клиники» привел важные данные об особенностях строения, фармакодинамики и фармакокинетики этого недавно зарегистрированного в Российской Федерации препарата. Применение ультразвуковых методов исследования для диагностики и мониторинга активности воспалительного процесса при ревматических заболеваниях осветил проф. В. Грасси (Италия).

РА оставался в фокусе внимания участников конференции. Современный взгляд на дифференциальную диагностику раннего артрита и прогнозирование нозологических исходов недифференцированного артрита с точки зрения клинициста представила к.м.н. Е.Л. Лучихина, а с точки зрения иммунолога – к.б.н. А.А. Новиков (Москва). При этом

Конференция во Владимире

С 23 по 26 мая 2012 г. во Владимире проходила VII Всероссийская конференция «Ревматология в реальной клинической практике».

оба докладчика сделали упор на необходимость широкого внедрения методик определения антицитруллиновых антител как основы для ранней диагностики РА, а также новых (2010) классификационных критериев этого заболевания. Реализация концепции «Treat to Target» («Лечение до достижения цели») при РА в реальной практике – важнейшая задача современной российской ревматологии. И одним из главных инструментов является развитие Российского регистра больных ревматоидным артритом, который в настоящее время находится на новом этапе, включающем возможности ведения базы данных в реальном времени и интеграции регистра с рабочим местом врача-ревматолога (сообщения д.м.н. Д.Е. Каратеева, Москва). Проф. Ю.В. Муравьев (Москва) коснулся вопроса оптимизации терапии метотрексатом с точки зрения концепции целевой дозы.

Терапия ГИБП была темой многих чрезвычайно интересных сообщений. Академик Е.Л. Насонов (Москва) в нескольких сообщениях осветил принципиальные вопросы терапии ингибиторами ФНО альфа, ритуксимабом и тоцилизумабом, включая подходы к персонализации терапии. Доклады академика В.И. Мазурова (Санкт-Петербург) были посвящены практическим аспектам применения адалимумаба и других ГИБП с точки зрения приверженности пациентов терапии, а также эффективности и безопасности голимумаба – нового полностью человеческого антитела к ФНО альфа. Д.м.н. Г.В. Лукина (Москва) привела новые данные из Российского регистра ритуксимаба. Вопросы иммуногенности ГИБП были обсуждены в докладе д.м.н. Е.Н. Александровой (Москва).

Новые российские клинические рекомендации по ведению больных анкилозирующим спондилитом были представлены в докладе проф. Ш.Ф. Эрдеса (Москва).

Многие заседания, вызвавшие огромный интерес и наиболее острые дискуссии, были посвящены проблемам, находящимся на стыке специальностей. Так, большой отклик нашли сообщения о кардиоваскулярной патологии при ревматических заболеваниях (д.м.н. Т.В. Попкова и соавт., Москва), включая инфекционный эндокардит (проф. А.П. Ребров и соавт., Саратов). Активная дискуссия развернулась по вопросу о сосуществовании воспалительных ревматических заболеваний и хронических бактериальных и вирусных (в первую очередь гепатит В и С) инфекций, включая вопросы вакцинопрофилактики (круглый стол с участием д.м.н. Д.Е. Каратеева, д.м.н. Б.С. Белова, д.м.н. Т.Н. Лопаткиной, Москва).

Особое внимание было уделено проблемам педиатрической ревматологической практики. Обсуждались вопросы оптимизации терапии детей с системной красной волчанкой (проф. Е.И. Алексеева, Москва), дифференциальной диагностики (к.м.н. Л.Г. Медынцева) и современной биологической терапии (чл.-корр. РАМН проф. П.Ф. Литвицкий, проф. Е.И. Алексеева, к.м.н. И.П. Никишина, Москва) системного ювенильного артрита, а также множество других насущных проблем современной педиатрической ревматологии.

Большое внимание было уделено симптоматической терапии и оптимизации лечения болевого синдрома нестероидными противовоспалительными препаратами (проф. Л.И. Алексеева, проф. А.Б. Данилов, д.м.н. А.Е. Каратеев, Москва).

В целом VII Всероссийская конференция «Ревматология в реальной клинической практике» стала еще одним важным шагом в развитии российской ревматологической науки и важным звеном последипломного образования практикующих ревматологов нашей страны. ■

Проф. Д.Е. Каратеев



СОВЕЩАНИЕ ЭКСПЕРТОВ

16 июня в Москве состоялось Совещание экспертов
«Энбрел и тофацитиниб в современной стратегии лечения ревматоидного артрита».



В работе совещания приняли участие: директор НИИ ревматологии академик РАМН Е.Л. Насонов, заместитель директора института проф. Д.Е. Каратеев, д.м.н. Г.В. Лукина, главные ревматологи регионов – В.Н. Сороцкая (Тула), С.П. Якупова (Казань), Л.П. Евстигнеева (Екатеринбург), О.В. Семагина (Самара), О.Н. Иванова (Воронеж). В качестве зарубежных спикеров в совещании участвовали известный ученый из Великобритании проф. Р. Мутс и региональный медицинский директор по ревматологии компании «Пфайзер» Р. Василеску.

Целью проведения совещания была актуализация проблем ранней диагностики, раннего активного лечения, необходимости создания рекомендаций по ведению больных ревматоидным артритом (РА), обсуждение новых данных о патогенезе РА и возможностей клинического применения ингибитора jak-киназы тофацитиниба в лечении этого заболевания.

Проф. Д.Е. Каратеев отметил, что выявленная в процессе исследований, проведенных НИИ ревматологии, распространенность РА превысила данные официальной статистики Минздравсоцразвития РФ в 2,5–5 раз.

Это объясняется неудовлетворительным уровнем диагностики этих заболеваний в реальной клинической практике. Так, по данным Д.Е. Каратеева, с момента появления первых симптомов заболевания до постановки диагноза проходит около 2 лет, при этом пациент посещает врача в среднем 6 раз. Лишь у 18% больных правильный диагноз ставится в течение первых 6 месяцев. Средняя продолжительность заболевания до момента выхода пациента на инвалидность остается в Российской Федерации рекордно короткой — от 8 до 10 лет. Что касается терапии больных РА, то лишь 27% из них получают достаточную дозу метотрексата, считающегося основой терапии этого заболевания. Все перечисленное выше, по мнению проф. Д.Е. Каратеева, диктует необходимость кардинального улучшения ранней диагностики заболевания, применения ранней активной терапии, которая может существенно снизить инвалидизацию таких пациентов. Чтобы добиться этой цели, жизненно необхо-

димы разработка и активное внедрение национальных рекомендаций по данной проблеме.

Проф. Р. Мутс (Великобритания) изложил современные алгоритмы лечения пациентов с РА, принятые EULAR.

Говоря о современных генно-инженерных биологических препаратах (ГИБП), он затронул чрезвычайно важную проблему иммуногенности этих средств, оказывающей значительное влияние на их эффективность. Проф. Р. Мутс представил данные международных исследований, указав, что наибольшей иммуногенностью обладают ингибиторы ФНО, относящиеся к группе моноклональных антител, в первую очередь инфликсимаб. Выработка организмом нейтрализующих антител к этим препаратам приводит к значительному снижению их эффективности, возникает необходимость повышения дозы. Это отражается и на стоимости лечения. Энбрел не вызывает продукцию нейтрализующих антител, поэтому длительное время сохраняет эффективность при использовании в первоначальной дозе.

Д.м.н. Г.В. Лукина отметила роль ГИБП в лечении РА, подчеркнув значение ингибиторов ФНО как препаратов первой линии биологической терапии согласно современным международным рекомендациям по лечению РА. Г.В. Лукина охарактеризовала основные отличия и преимущества энбрела перед другими ингибиторами ФНО. Были представлены результаты клинических исследований COMET и DART, в которых четко продемонстрированы эффективность энбрела в предотвращении деструктивных изменений суставов при раннем агрессивном лечении РА и отсутствие необходимости повышения дозы в процессе терапии, обусловленное низким уровнем иммуногенности препарата.

Академик Е.Л. Насонов представил новейшие данные о патогенезе РА. Подчеркнув крайне сложный и во многом неясный механизм развития этого заболевания, Е.Л. Насонов привел последние данные, характеризующие роль jak-киназы в патогенезе РА, обозначил возможные пути воздействия на патогенетический каскад РА с помощью низкомолекулярных соединений — ингибиторов jak-киназы. Одним из таких препаратов является тофацитиниб, который в настоящее время прошел 3-ю фазу клинических исследований и находится в стадии регистрации. Е.Л. Насонов описал основные свойства этого препарата и механизм его действия.

Результаты клинических исследований 3-й фазы препарата тофацитиниб были представлены региональным медицинским директором компании «Пфайзер» Р. Василеску. Они свидетельствуют о высокой клинической эффективности и высоком уровне безопасности тофацитиниба.

В активной дискуссии, которая последовала за этими сообщениями, все участники совещания с оптимизмом высказались о перспективах применения нового препарата. Было отмечено, что появление нового низкомолекулярного перорального средства, обладающего эффективностью ингибиторов ФНО и не уступающего им по безопасности, является безусловным прорывом в разработке новых методов лечения РА.

Обсуждая препарат энбрел, участники экспертного совещания сошлись в едином мнении о том, что у него есть преимущества перед другими ингибиторами ФНО: высокая эффективность, в том числе при длительном применении в исходной дозе, обусловленная отсутствием выработки нейтрализующих антител к препарату в сочетании с благоприятным профилем безопасности, в частности туберкулезной. Это позволяет использовать энбрел в качестве препарата первой линии биологической терапии РА.

Результаты клинических исследований тофацитиниба, представленные Р. Василеску, были высоко оценены участниками совещания. Они высказали свое мнение о возможности применения тофацитиниба в качестве средства первой линии при неэффективности терапии метотрексатом, т.е. до назначения биологической терапии. О месте тофацитиниба в лечении РА, по мнению экспертов, можно будет сказать более определенно, имея данные об эффективности и безопасности его длительного применения в реальной клинической практике, а также о стоимости терапии. ■

Материал подготовил проф. Д.Е. Каратеев

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

Продление см. на с. 11

печетический выбор пока весьма ограничен. На очередном Конгрессе EULAR в Берлине исследователи из Глазго (Шотландия) сообщили о результатах применения стекинумаба (Стелара) у пациентов с активной стадией болезни. Препарат позволил улучшить состояние пораженных (воспаленных) суставов. При этом наблюдалось также улучшение состояния кожного покрова. Такой эффект был ожидаем, так как Стелара уже достаточно успешно применяется некоторое время при лечении псориаза. Целью нового исследования было понять, улучшит ли препарат состояние суставов. Ответ оказался положительным. Исследователи полагают, что современное понимание патфизиологии псориазического арт-

рита позволяет считать такое лечение оправданным. У части пациентов оно дает возможность успешно воздействовать на состояние и кожи, и суставов, а также улучшить качество жизни в целом.

Менопауза и ревматоидный артрит

Раннее (в возрасте до 46 лет) наступление менопаузы снижает риск развития тяжелого ревматоидного артрита (РА). Исследования, проведенные шведскими учеными, показали: у женщин, которым впервые был поставлен диагноз РА, прослеживается взаимосвязь между временем наступления менопаузы и степенью тяжести заболевания. У пациенток с ранней менопаузой риск развития тяжелых форм РА на 50% ниже, чем у

женщин с более поздней (в возрасте 46 лет и старше) менопаузой. Результаты этих исследований подтверждают предположения о том, что развитие РА (и других аутоиммунных заболеваний) связано с гормональными сдвигами в женском организме. Дальнейшие поиски в этом направлении очень важны, так как «молекулярная база» этих сложных взаимосвязей пока не понятна. Доклад был сделан на одном из заседаний ежегодного Конгресса EULAR в Берлине.

Биомаркеры помогут определить активность болезни

Исследователи из Университета Алабамы (Бирмингем) выявили четкую корреляцию между обычными индексами активности РА и группой

биомаркеров, которые отражают глубинные процессы развития болезни. Индекс множественного биомаркера оценивался у 230 пациентов (большинство — женщины, средний возраст — 56 лет). Использование биомаркеров может дать дополнительные возможности для оценки активности болезни. Кроме того, множественный биомаркер, как считают исследователи, может быть предиктором ответа на лечение или средством оценки эффективности терапии на самых ранних ее стадиях.

Недостаток сна как фактор риска инсульта

Бостон. Исследования подтвердили: у людей, которые спят менее 6 часов в день, значительно (в четыре



XIII Европейский конгресс ревматологов, Берлин (6–9 июня, 2012 г.)

Недавно в Берлине завершился XIII Европейский конгресс ревматологов, который, несомненно, явился центральным событием мировой ревматологии в 2012 г.

Недавно в Берлине завершился XIII Европейский конгресс ревматологов, который, несомненно, явился центральным событием мировой ревматологии в 2012 г. Как всегда, конгресс прошел с большим успехом, в его работе приняло участие более 15 000 делегатов из более чем 100 стран мира. Самыми представительными были делегации из Германии, Франции, Великобритании (более 100 делегатов), Испании, Италии, Швейцарии (более 600). В конгрессе приняли участие 236 российских ревматологов, а также 42 ревматолога из Украины, 11 из Молдовы, 13 из Беларуси. Наряду с членами EULAR в конгрессе участвовали члены Европейского общества детских ревматологов (PRES – Paediatric Rheumatology European Society).

Тематика конгресса была чрезвычайно широка и включала обсуждение новых данных, касающихся диагностики и лечения наиболее распространенных ревматических болезней, их этиологии и патогенеза, персонализированной терапии. Конгресс собрал всех ведущих ревматологов мира, 350 приглашенных экспертов, выступавших с лекциями и докладами. В рамках научной программы участники конгресса обсудили основные направления развития мировой ревматологии.

EULAR – организация, которая уже много лет объединяет ревматологов всех стран Европы. И Россия здесь занимает весьма важное место. Президент EULAR – М. Дугадос, известный ревматолог. Подчеркнем еще раз, что конгресс – это крупнейшее событие в календаре мероприятий, связанных с современной ревматологией.

Как всегда, на форуме было вручено несколько премий. Одну из них получил, например, профессор Х. Язичи, которого хорошо знают многие сотрудники нашего института. Он занимается, в частности, болезнью Бехчета, является самым цитируемым автором публикаций по этой проблеме. Профессор Х. Язичи получил премию за вклад в ревматологию, он занимается многими проблемами. Молодые исследователи получили премии за работы по проблемам остеоартроза и спондилоартритов. Стоит упомянуть, что А. Дик, известный ревматолог, возглавлявший европейские регистры генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), и П. Так, крупный голландский ревматолог-иммунолог, стали почетными членами EULAR.

В конгрессе принимали активное участие представители организаций, которые объединяют пациентов. Одной из пациенток была вручена специальная награда за эссе о том, как преодолеть тяжелый недуг. У этой женщины сразу две тяжелые болезни – ревматоидный артрит (РА) и синдром Шегрена. Но она вернулась к полноценной жизни и работе, у нее трое детей. Ей вручили премию как человеку, который смог победить свою болезнь с помощью врачей. Нет сомнений, что и у нас есть пациенты, достойные такой премии.

Организаторы конгресса стараются дать его участникам максимум новой научной информации, постоянно совершенствуют форму подачи материала. В этом году были подготовлены две новые программы – What is New (WIN) и How to Treat (HOT). В первую вошло 18 лекций ведущих специ-

алистов о самых интересных исследованиях в ревматологии. Второй цикл докладов объединил 20 выступлений, посвященных клиническим аспектам. В них были затронуты проблемы лечения всего спектра ревматических заболеваний.

Активно обсуждалась тема постдипломного образования. EULAR подготовила второе издание руководства по основным образовательным программам. Для нас это тоже очень важно. Мы обязательно будем использовать его в рамках нашей программы постдипломного образования.

Хочется коротко остановиться на некоторых статистических данных, которые отражают активность разных стран на конгрессе. Есть важные показатели, в частности, количество тезисов, которые были представлены на конгрессе. По этому показателю Россия очень сильно опережает другие страны Восточной Европы и СНГ. Всего на конгресс было подано около 3600 тысяч тезисов. Из них только 5% – лучшие из лучших – были включены в программу в качестве устных докладов. В этом году от России было принято 98 тезисов, это несколько меньше, чем в прошлые годы. Среди них 62 – больше половины – это тезисы сотрудников нашего института. Мы можем говорить об этом с гордостью. Это достойный показатель. Наш институт направил больше тезисов, чем отдельные страны, такие как Дания, Португалия, Норвегия, Польша и др. Мы вправе сказать, что эта статистика отражает поступательное движение и динамику развития ревматологии и в России в целом, и в нашем институте, в частности. Эти данные учитываются руководством EULAR.

Есть еще показатель принятых тезисов в виде постеров и устных докладов. По этому параметру у нас тоже неплохие результаты: из 62 тезисов около

половины было принято в виде постеров и устных докладов. Казалось бы, все благополучно. При этом есть одно «но». Устных докладов – значительно меньше, прежде всего, из-за недостаточного знания английского языка. Тем не менее, у нас было несколько в высшей степени достойных устных докладов, и мы поздравляем коллег с этим успехом.

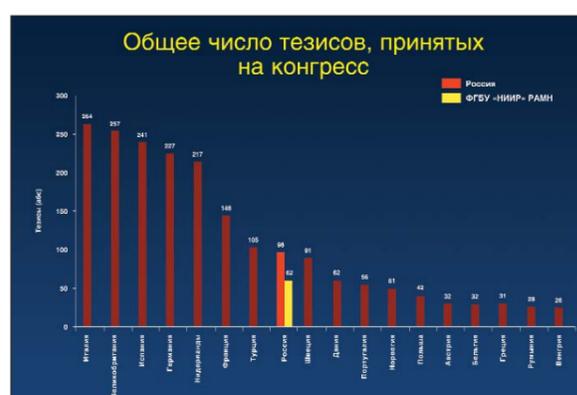
Что нового было на конгрессе? Пожалуй, наиболее значимой можно считать идею о том, что закончилась эра плацебоконтролируемых исследований в ревматологии. Мы говорили об этом с 2000 г. Постепенно вместо плацебо стали использовать метотрексат (плюс плацебо), сравнивать другие препараты именно с ним. Но сейчас закончился период и этих исследований. Если сегмент плацебо и остался, то он очень небольшой. А в принципе превалирует другой подход: сразу лечить ГИБП, в первую очередь ингибитором ФНО. Именно это в настоящее время – «золотой» стандарт комбинированной терапии. И любой другой ГИБП должен сравниваться с ингибиторами ФНО. Вот эта идея, – видимо самое важное, что прозвучало на конгрессе EULAR. Мы всегда говорили, что мы мало знаем о сравнительной эффективности разных ГИБП. Только данные метаанализов дают косвенное сравнение эффективности и безопасности того или иного препарата. А должны быть прямые – head to head – исследования этих препаратов. И вот такие исследования уже появились. На конгрессе прозвучал интересный доклад, в котором сравнивалась монотерапия адалимумабом и монотерапия тоцилизумабом. В нем много спорных моментов. Но все эксперты, которые слышали этот доклад, говорят о том, что это первое исследование, где на большой группе пациентов проведено сравнение эффективности монотерапии двумя препаратами. Это интересно как пример прямого сопоставления двух ГИБП. В другом исследовании было проведено сравнение эффективности и безопасности адалимумаба и абатацепта в комбинации с метотрексатом. Исследования показали, что эти препараты одинаково эффективны. Это тоже представляет интерес как первая в мире работа, где на большом материале, статистически достаточном, доказана одинаковая эффективность этих препаратов.

Повторим еще раз: конгресс подтвердил, что эра плацебоконтролируемых исследований ГИБП завершена.

Совсем недавно EULAR представила новые статистические данные, интереснейший анализ состояния ревматологической службы в странах-членах EULAR. Их еще предстоит изучить. Но стоит упомянуть о том, что по общему числу ревматологов Россия занимает 2-е место (после Франции), а вот по числу ревматологов на 100 тысяч населения у нас крайне низкий показатель, наша страна находится на одном из последних мест. Это значит, что в России остро не хватает ревматологов, и это одна из многих актуальных проблем, которые нам надо решать как можно быстрее.

Материалы, связанные с более детальным освещением Европейского конгресса ревматологов, будут опубликованы в четвертом номере газеты. ■

Акад. Е.Л. Насонов, д.м.н. Л.Н. Денисов



НАС ОБЪЕДИНЯЛА ОБЩАЯ ЦЕЛЬ: СЛУЖЕНИЕ БОЛЬНЫМ

Детское отделение функционирует в Институте ревматологии с момента его основания — т. е. с 1958 г.

И в трудовой книжке Нины Николаевны Кузьминой — одна единственная запись: принята на работу в ноябре 1958 г. Трудовой стаж — 53 года...

— *Нина Николаевна, почти вся Ваша профессиональная жизнь — более 50 лет! — связана с Институтом ревматологии. Расскажите, пожалуйста, как все начиналось.*

— Поступила в институт после окончания аспирантуры, пройдя собеседование с его первым директором академиком Анатолием Иннокентьевичем Нестеровым. Это были годы, когда по всей стране и во всем мире бушевал ревматизм (по современной терминологии — острая ревматическая лихорадка — ОРЛ). По образному выражению академика А.И. Нестерова, ревматизм не проносился ураганом эпидемий, не поражал воображение статистикой смертельных катастроф. Однако протекал очень тяжело, нередко уносил человеческие жизни, в том числе детские. Этим и определялась научная тематика работы института в целом и нашего отделения, в частности: борьба с ОРЛ.

Первый руководитель детского отделения — профессор А.В. Долгополова. В те годы приоритетными работами сотрудников института и педиатров была разработка диагностических критериев ревматизма, вопросов его лечения и профилактики. Были подготовлены соответствующие программы, которые выполнялись совместно с другими учреждениями как отечественными, так и зарубежными (Болгария, Германия, Польша). Институт набирал силу.

На протяжении 30 лет (1970–2000 гг.) институтом руководила академик В.А. Насонова. Мы прошли вместе с ней в общей сложности полувековой творческий путь: Валентина Александровна — от старшего научного сотрудника до академика, я — от младшего научного сотрудника до руководителя детского отделения, профессора.

Будучи терапевтом-ревматологом, В.А. Насонова трепетно относилась к детской клинике и нашим маленьким пациентам.

Нас объединяла одна цель: служение больным. Взрослым и детям.

В первые годы

в отделении находились дети школьного возраста — старше 5–7 лет. А сейчас все заболевания «омолодились», нередко в клинику поступают дети 1,5–2 лет.

Проблема ревматизма долгие годы оставалась актуальной. Поэтому научные исследования и изыскания в этом направлении были продолжены как педиатрами, так и терапевтами. Валентина Александровна изучала наряду с другими проблему ОРЛ с позиций терапевта-ревматолога, детская клиника — с педиатрических позиций.

Она часто говорила, что ревматизм ребенка — словная модель заболевания в целом. Стрептококковая инфекция, артрит, хорей, — все проявляется в высшей степени ярко, отчетливо. Реакция детского организма — более генерализованная, более тяжелая. Это приводило к большому проценту формирования порока сердца.

Представляло интерес предложенное Валентиной Александровной исследование влияния возрастной реактивности на течение ОРЛ.

Шли годы. Институт приобретал лидирующее положение и международное признание.

— *Постепенно менялись и картина заболевания, и даже терминология. Если можно, обозначьте некоторые этапы этого противостояния медицины и тяжелого недуга.*

— Исторически сложилось так, что в нашей стране врачи на протяжении длительного времени пользовались термином «ревматизм». Заслугой Валентины Александровны было внедрение в наш лексикон применимого за рубежом термина «острая ревматическая

лихорадка». Профессионалы понимают, что это очень важный момент. Это позволило нам говорить «на одном языке» с зарубежными коллегами, сопоставлять полученные в разных странах данные.

Время неумолимо шло вперед. Это были годы напряженных исследований. Разработанные диагностические критерии ОРЛ, принципы комплексного этапного лечения, профилактические программы и их внедрение в практическое здравоохранение — все это позволило резко изменить ситуацию. Значительно снизилась распространенность, первичная заболеваемость и рецидивы ОРЛ. Течение заболевания стало не таким тяжелым, заметно снизился процент сформированного порока сердца. А главное — практически полностью была ликвидирована летальность, мы перестали терять детей из-за ОРЛ.

Валентина Александровна всегда говорила, что усилия медиков, направленные на борьбу с ОРЛ, дали воистину ошеломляющие результаты.

Произошла эволюция заболевания, его течение и прогноз стали более благоприятными. Вместе с тем значительно затруднилась диагностика заболевания, так как его симптомы стали не такими явными, яркими. Это касалось и ведущего проявления ОРЛ — поражения сердца, фактически определяющего его прогноз. Поэтому на протяжении всего времени изучения ОРЛ большое внимание уделялось кардиальной патологии, особенно поражению клапанного аппарата сердца. Накопленный многолетний врачебный опыт, широкое внедрение в клиническую практику новых инструментальных методов исследований, в частности доплерографической эхокардиографии, позволили педиатрам разработать клинко-эхокардиографические признаки митрального и аортального вальвулита. Была сформулирована концепция клапанного поражения сердца.

— *Если можно, объясните это чуть подробнее.*

— Это было действительно большое дости-



жение педиатров. Самое тяжелое поражение — порок сердца — формируется, если у ребенка или у взрослого во время атаки есть клапанное поражение сердца. А мы попытались еще ДО формирования порока сердца — с помощью эхокардиографии и нашего клинического опыта — определять это поражение. Порок сердца — это уже исход. Своевременное распознавание заболевания, назначенное адекватное лечение помогали предупредить его формирование. И Валентина Александровна с самого начала поддерживала это исследование, разделяя точку зрения педиатров.

С годами «облик» болезни менялся. И важно, что именно Валентина Александровна стала инициатором пересмотра существующей с 1964 г. классификации ОРЛ. Новый вариант классификации был утвержден на заседании Ассоциации ревматологов в 2003 г. в Саратове. Он используется до настоящего времени.

У нас с Валентиной Александровной много совместных работ по проблеме ОРЛ. Полученные данные нашли отражение в общих публикациях в отечественных и зарубежных изданиях, в докладах на конференциях в нашей стране и за рубежом.

— Вы помните свою первую зарубежную командировку?

— Да, конечно! Это была Болгария, 60-е годы. Раньше ведь нас сразу не выпускали в капиталистические страны. Начинать с Болгарии. И я скажу — эта поездка произвела на меня потрясающее впечатление. И сама поездка, и возвращение домой. Незадолго до этого в космосе побывал Гагарин. И когда он вернулся, то сказал: «Я целовал землю». Так вот, в Болгарии было прекрасное к нам отношение, все было замечательно. И научная программа — очень интересная! Но я помню, с каким чувством вернулась в Москву. Конечно, я не целовала землю. Но была потрясена тем, что снова на Родине. Вот так мы тогда жили, так чувствовали... Потом были десятки других командировок. В социалистические страны, а потом и в капиталистические. Но всегда очень хотелось домой! Чаще всего ездила по приглашению педиатров, уже было много общих комплексных тем с педиатрами-ревматологами социалистических стран. И только потом нам разрешили ездить в капиталистические страны. Первая поездка — в Англию, в 1980 г. Повторю снова: всегда было все интересно, но всегда с удовольствием возвращалась домой...

— Нина Николаевна, сегодня в Вашем отделении стало особенно много маленьких пациентов с болезнями суставов. Как Вам кажется, почему так изменилась детская ревматология?

— Действительно, в последние два с половиной десятилетия структура ревматических заболеваний и у детей, и у взрослых заметно изменилась. У детей на смену ОРЛ приходят заболевания суставов. В последние годы у нас в клинике преобладают больные с суставной патологией (это большая группа ювенильных артритов, спондилоартритов). Нередко в клинике находятся дети с системными заболеваниями соединительной ткани — системной красной волчанкой, системной склеродермией, дерматомиозитом и др. Научная тематика отделения направлена на изучение сложной проблемы — суставной патологии.

Почему стало меньше пациентов с ревматизмом — понятно. Это и меры профилактики, и более совершенная диагностика, и современное адекватное лечение. Нельзя исключить, что само заболевание претерпевает метаморфозы на протя-

жении нескольких столетий. Происходит эволюция болезни. Влияние наших врачебных усилий несомненно. Но, кроме того, существуют еще и самостоятельные законы эволюции заболевания. А вот резкий рост болезней суставов — с этим еще предстоит долго разбираться. Мы беседовали со многими крупнейшими учеными мира на эту тему. Нет единого ответа. Конечно, называют много причин — влияние экологии, образа жизни, инфекционных факторов, генетических закономерностей. Но точно этиология этих болезней пока не установлена, есть лишь гипотезы.

Самая жизнь заставила нас заниматься именно суставной патологией. И я опять хочу сказать, что Валентина Александровна всегда поддерживала наши научные исследования, с удовольствием консультировала наших детишек, умела с ними общаться. И всегда ее поражало, что клинические проявления болезни — более выраженные по сравнению со взрослыми пациентами. Она смотрит ребенка — а у него поражены не только суставы, но и лимфоузлы, и сердце, и печень. Она иногда говорила: «Это, видимо, не ваши пациенты. Скорее всего, это онкология». А мы отвечали: «Валентина Александровна, мы прошли этот этап. Мы обязательно консультировали и продолжаем консультировать при необходимости таких больных, их смотрят онкологи. Но обычно оказывается, что это тяжелое течение именно суставных болезней». Да, бывают такие тяжелые системные формы суставных заболеваний.

— Если можно, давайте вернемся к разговору о международном сотрудничестве. У вас были длительные совместные исследования с американскими врачами. Пожалуйста, расскажите немножко об этом.

— Это удивительная история, хотя бы потому, что она длилась четверть века! Представьте, в течение целых 25 лет наша клиника принимала участие в крупных международных исследованиях с американскими коллегами. В этой работе участвовало 4 советских центра и 32 американских. Координатором исследований в СССР была наша детская клиника, а в США — крупнейший ученый педиатр-ревматолог из Техаса, профессор Э. Брюэр, которого Валентина Александровна очень хорошо знала и имела с ним тесные контакты во время визитов американских коллег в нашу страну.

Наше сотрудничество с Америкой началось в условиях холодной войны. Настоящей холодной войны! Сейчас молодым людям это даже трудно понять и представить. Был страх перед поездкой, страх перед общением. Чужая жизнь. Политики на высшем уровне договориться не могли. Вражда в каждом слове. А мы, врачи, находили общий язык!

За эти 25 лет были выполнены крупные совместные исследования. Первая работа касалась сравнительной характеристики особенностей течения и клинических проявлений ювенильного артрита в СССР и США. Эти исследования легли в основу остальных. Были проведены работы по оценке терапевтической эффективности и безопасности ряда препаратов, которые используются при заболеваниях суставов. Это были первые работы педиатров в нашей стране, которые выполнялись с принципиально новых позиций. Двойной слепой плацебоконтролируемый метод лежал в основе исследования. И это была заслуга американских коллег. И впервые мы стали работать на компьютере, который нам подарил профессор Брюэр. Результаты наших совместных исследований были опубликованы у нас в стране и за рубежом, их до сих пор всегда цитируют в зарубежных

источниках. Заслуга Валентины Александровны в этом огромна.

На протяжении этих 25 лет американские коллеги неоднократно бывали у нас, а мы неоднократно были в командировках в Америке. И перестали друг друга бояться. И коллеги в Америке нас опекали, заботились о нас, окружали любовью. За эти долгие годы мы в самом деле стали близкими друзьями. И мы их принимали. Конечно, прежде всего, были совещания, работа. А затем большая культурная программа, посещали Большой театр. С билетами было трудно, но институт имел право покупать билеты для зарубежных ученых в специальной кассе. Приглашали американских коллег на ужин в ресторан «Прага».

Хочу снова сказать, что я часто вспоминаю Валентину Александровну. Она — крупнейший ученый. Но при этом она всегда была очень доступной. С ней кто угодно — врач или профессор или кто-то из пациентов — мог поговорить на любые темы. Санитарки часто к ней приходили. И всегда можно было получить от нее ответ на любой вопрос и очень мудрый совет.

Работали 50 лет вместе, прошли долгий путь по одной дороге, называемой «Ревматология». И стали действительно близки по духу, понимали друг друга. Во время одной из последних бесед Валентина Александровна мне сказала: «Нина, мы с тобой так давно знаем друг друга, прошли вместе такой долгий путь, что мы уже не просто сотрудники одного института. Мы с тобой уже близкие родственники»...

— В конце разговора давайте хотя бы упомянем о совсем новых проблемах, возникающих в детской ревматологии.

— Ревматология, в том числе и детская, прошла огромный путь. Жизнь заставляет заниматься новыми проблемами. В последние 10 лет это аутоиммунные синдромы. Они редко встречаются, но имеют большое значение. Это целая группа генетических заболеваний, иногда очень тяжелых. К ним относятся периодическая болезнь, синдром Маршалла, болезнь Бехчета и др.

Важно, что сейчас неотъемлемой частью нашей работы стало сотрудничество с генетиками. Мы как клиницисты ставим диагноз, но генетики должны его подтвердить. Это новое направление работы, очень сложное, но и очень интересное с научной точки зрения.

Еще одна новая проблема — применение генно-инженерных биологических препаратов. Наверное, за ними будущее. Но нам, детским врачам, нужно время, чтобы их окончательно оценить. Мы должны быть очень осторожны. Нужно оценить не только их эффективность, но и переносимость. Детский организм — хрупкий!

Опытный врач знает, что надо лечить не болезнь, а больного. При лечении ребенка эта истина верна вдвойне. Дети не всегда знают, что такое болезнь. Но с малышом надо уметь общаться. Иначе его и не заметишь, он будет кричать и плакать. И мы ничего не услышим и не увидим. Доверие ребенка к врачу — одно из главных условий лечения.

Общение с больным ребенком — большое искусство. А еще есть мамы и папы, бабушки и дедушки. И они хотят знать в деталях, что происходит с их ребенком. Надо им все объяснить, успокоить. Так что, «добрый доктор Айболит» будет нужен всегда. И никакие успехи генетики его не заменят. ■

Светлана Сухая

НОВОСТИ МЕДИЦИНЫ

с половиной раза) чаще развиваются симптомы, увеличивающие риск инсульта, по сравнению с теми, кто спит 8–9 часов в сутки. В исследовании принимали участие 5666 пациентов с нормальным индексом массы тела, средний возраст — 61 год, 44% из них — мужчины.

Погода не виновата

Многие пациенты с фибромиалгией уверены, что в периодическом обострении их болезни виновата погода. Однако тщательный анализ погод-

ных условий и степени их воздействия на два основных симптома фибромиалгии — боль и чувство усталости — показал, что взаимосвязь погоды и болезни проявляется очень редко и слабо. Датские исследователи, которые проделали эту работу, предлагают свое объяснение частым жалобам пациентов на негативное влияние погоды. Все люди склонны к анализу своего состояния, причины фибромиалгии не вполне ясны. Симптомы болезни часто меняются — и погода тоже постоянно меняется. Для пациентов это становится по-

водом «обвинить» переменчивую погоду в обострении недуга.

Сердце не любит диету по Аткинсу

Новые исследования подтвердили, что диета с низким содержанием углеводов и высоким содержанием протеинов (например, популярная диета по Аткинсу) может увеличить риск развития сердечно-сосудистых заболеваний. Диеты с низким содержанием углеводов стали очень популярны, так как помогают контролировать вес. Изучение их воздействия на сердце да-

вало разные результаты. Например, американские исследования не подтвердили взаимосвязи такой диеты и повышенного риска развития ишемической болезни сердца. Но три европейских исследования показали повышение кардиоваскулярной смертности при соблюдении подобной диеты. В одном из этих исследований (его проводили ученые из Афинского университета) приняли участие более 43 тысяч женщин в возрасте от 30 до 49 лет.

По материалам зарубежных СМИ



Ревматология

приложение для пациентов

ПЕРЕЛОМНЫЙ ВОЗРАСТ По статистике, остеопороз диагностируется у каждой 3-й женщины в мире (хотя и у мужчин он тоже встречается довольно часто). Самые страшные последствия — переломы.

По статистике, остеопороз диагностируется у каждой 3-й женщины в мире (хотя и у мужчин он тоже встречается довольно часто). Самые страшные последствия — переломы. Один из наиболее типичных и тяжелых случаев — перелом шейки бедра. После такой травмы только 25% пациентов возвращаются к нормальной жизни, 50% на всю жизнь остаются инвалидами, еще 25% умирают в течение 3 лет после перелома.

По данным Российской ассоциации по остеопорозу (РАОП), в России этим недугом страдают 14 миллионов людей, еще 20 миллионов имеют предрасположенность к остеопорозу. При этом чаще всего человек узнает о своем диагнозе только тогда, когда уже случился тяжелый перелом, так как явных симптомов болезни нет.

«Самые частые последствия остеопороза — переломы предплечья, позвонков и самый серьезный и сложный — перелом шейки бедра, — говорит президент РАОП д.м.н. О. Лесняк. — Проблема в том, что такой перелом никогда не срастется, если не сделать вовремя операцию. По мировым стандартам, 90% больных с переломом шейки бедра должны быть прооперированы в первые 3 дня после травмы. В нашей стране таких больных оперируют редко».

Остеопороз (от греческих слов «osteon» — кость и «poros» — отверстие, пора) — это заболевание скелета, при котором снижается масса костей, они становятся хрупкими, как бы пористыми. В основе таких нарушений — недостаток кальция.

Как бороться с грозным недугом?

Эксперты уверены: эту болезнь, которая уже превратилась в эпидемию, безусловно, можно и нужно лечить. Но самое важное — можно научиться предупреждать ее. Суть недуга в том, что уменьшается плотность и ухудшается качество костей. Как этого не допустить? Медики хорошо знают, что пик костной массы, как бы кульминация всего процесса формирования скелета, достигается к 17–20-летнему возрасту. Установлена прямая зависимость: чем выше плотность костей в этом возрасте, тем меньше риск переломов после 50 лет. Значит, главная профилактика грядущих травм должна проводиться именно в детском и подростковом возрасте. Другой период, когда кости челове-

ка требуют особой заботы, — это 40–50 лет (особенно у женщин).

Главный залог здоровых костей — правильное питание. В потребляемых продуктах должно быть достаточно кальция, фосфора, минералов, витаминов. Источник кальция — это, конечно же, прежде всего молоко и молочные продукты. Кроме того, важны многие другие продукты, содержащие нужные для организма микроэлементы: овощи и фрукты (особенно все виды капусты), рыба. Кальцием богаты также сыр, яйца, печень. Увы, даже при полноценном питании мы часто не получаем с едой того, что необходимо. В таких случаях надо добавлять кальций в виде каких-то препаратов, причем принимать их нужно долгое время. Кроме кальция, особенно важен витамин D.

Второй важнейший элемент профилактики остеопороза — физическая активность. Понятно, что костная ткань без движения начинает разрушаться. В Мексике, например, в программу профилактики болезней кости входят танцевальные вечера, особенно — для пожилых людей. Ведь танцы — это не просто активное движение, а еще и отработка навыка устойчивой позы, своеобразное обучение тому, как избежать падений. Во многих странах серьезно занимаются профилактикой падений — делают специальные поручни для пожилых людей, разрабатывают максимально удобную мебель.

Серьезнейшие факторы, увеличивающие риск развития остеопороза, — увлечение алкоголем и курение. И то, и другое делает кости более хрупкими. Увлечение сладкой газированной водой тоже вредит нашим костям, хотя бы потому, что неизбежно уменьшает количество молока в рационе любой семьи.

Кто в группе риска?

В группу повышенного риска по остеопорозу входят люди старше 50 лет, особенно женщины в период постменопаузы.

Чаще всего переломы случаются в результате падений. РАОП разработала подробные рекомендации, как уменьшить риск падения. Приводим некоторые из них.

Когда вы дома:

- Поддерживайте порядок и убирайте лишние вещи с пола.

- Уберите все свободные провода, шнуры и другие предметы, за которые можно зацепиться.
- Убедитесь, что все ковры и коврики имеют нескользкое основание либо прикреплены к полу.
- Не используйте скользкий воск (лак) на голых полах.
- Не переставляйте мебель в непривычные места.
- Не ходите дома без обуви: в носках или босиком, подберите себе удобные нескользящие тапочки.
- Все необходимые вещи должны находиться у вас под рукой. Не вставляйте на стулья или стремянки, чтобы достать нужный предмет.
- Кровать должна быть такой высоты, чтобы, когда вы сидите на ее краю, ваши ноги касались пола.
- Используйте радиотелефон, чтобы вам было легче отвечать на звонки.
- На кухне перед плитой и перед раковиной положите резиновый коврик.

Позаботьтесь о том, чтобы ваше жилище было хорошо освещено:

- Расположите выключатели в квартире в наиболее удобном для вас месте: рядом с кроватью, сразу при входе в комнату.
- Ночник должен находиться в непосредственной близости от кровати, чтобы вы могли его легко включить, если вам потребовалось встать ночью. При необходимости оставьте включенным ночник между спальней и ванной комнатой на всю ночь.
- Держите фонарик в ночном столике.

Обеспечение безопасности в ванной очень важно для людей с суставными болями, ослабленными мышцами или ограниченными физическими возможностями. Если у вас имеется одна из вышеперечисленных проблем, вам необходимо произвести небольшие изменения в ванной комнате:

- Установите поручни в ванной и туалете.
- Используйте прорезиненный коврик в душевой кабинке или ванной.
- Если в душе вам трудно стоять, используйте специальные пластмассовые стулья со спинками и нескользящими ножками.
- Если вы привыкли принимать ванну сидя, используйте нескользящие резиновые подстилки на присосках.
- Установите ограничитель горячей воды для предотвращения ожогов.
- Следите за тем, чтобы пол в ванной или душевой кабине был сухим.
- Необходимо установить в ванной комнате две поддерживающие ручки: одну — чтобы забираться в ванную и выходить из нее, другую — чтобы помочь вам встать из сидячего положения. Не используйте вешалки для полотенец в качестве опоры, они не выдержат вашего веса.

Подготовила Светлана Сухая

Издатель: ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции: 123104, Москва, Тверская ул., д. 9/17, стр. 7, офис 13.
ООО «ИМА-ПРЕСС»
Телефон: (495) 941-99-61
e-mail: info@ima-press.net
www.ima-press.net

Главный редактор:
акад. РАМН Е.Л. Насонов
Шеф-редактор: С.М. Сухая

При перепечатке материалов ссылка на газету обязательна.
Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор) ПИ № ФС77-49216 от 30 марта 2012 г.

Ревматология, 2012, №3 (3), 1–12
Тираж — 2000 экз.
Отпечатано в типографии «Деком»

