

Газета для врачей

№ 1 (1), 2012

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



Ревматология

ГУМАНИЗМ
РУССКОГО
ВРАЧА с. 3

НОВЫЕ
ПРЕПАРАТЫ —
НОВЫЕ
НАДЕЖДЫ с. 5

БОЛЕЗНЬ ПОД
КОНТРОЛЕМ с. 6

СОВРЕМЕННАЯ
НАУКА ТРЕБУЕТ
ИНТЕГРАЦИИ
УСИЛИЙ с. 7

КОРОЛЕВА
РЕВМАТОЛОГИИ с. 9

ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ —
ПОДАВИТЬ
АКТИВНОСТЬ
БОЛЕЗНИ с. 11

Этот номер посвящается памяти основателя отечественной ревматологии В.А. Насоновой

ЭСТАФЕТА НАУЧНОГО ПОИСКА



Евгений Львович Насонов — директор крупнейшего института федерального значения — Института ревматологии РАМН. Ученый и организатор.

А еще он — сын своей мамы, академика Валентины Александровны Насоновой. И, возможно, это звание для него — самое дорогое и самое ответственное.

— Она была абсолютно замечательной мамой. Так случилось — я был в семье единственным ребенком. И, несмотря на свою чрезвычайную загруженность, она втягивала меня в свою жизнь. Не столько в медицинские разговоры — я в этом ничего не понимал. У нее была очень насыщенная общественная жизнь. Она, например, была делегатом XXI съезда КПСС. Был такой внеочередной съезд партии, где было провозглашено, что нынешнее поколение советских людей будет жить при коммунизме. Она была тогда совсем молодой женщиной, никогда не занималась политикой. Но воспринимала свое избрание делегатом съезда как величайшую честь. Помню, как она готовилась к этому событию: мы вместе ходили по музеям, обсуждали историю страны. Есть фото, где мы стоим возле скульптуры Ленина. Она искренне верила в ту систему ценностей, которая существовала в советском обществе.

— *Значит, медицина не была основным «фоном» Вашей детской жизни?*

— Во всяком случае, не могу сказать, что с раннего детства хотел быть врачом. Хотя в целом мы жили в атмосфере, связанной с ее профессией. Папа — не медик. Он был ответственным партийным работником, член КПСС с 1917 года, занимался административно-хозяйственной деятельностью. И так сложилось, что работа отца в семье никогда не обсуждалась.

Помню прекрасно время, когда мама готовила кандидатскую диссертацию. Помню эту колоссальную работу, это был 1952—1953 год, мне было всего четыре-пять лет. Потом, когда я уже был постарше, она работала над докторской диссертацией — и вся квартира была много месяцев завешана огромными таблицами. Тогда ведь не было возможности показывать слайды, готовили таблицы и схемы, которые

вывешивались во время защиты. Кроме того, институт, где мама работала, находился рядом с нашим домом, я туда часто приходил, общался с людьми. Валентина Александровна переехала в Москву в 1944 году, с 1958 года начала работать на Петровке. А жили мы у Никитских ворот. Там сходятся два бульвара — это самая сердцевина Москвы.

Конечно, мамина профессия влияла на мою жизнь с детства. Но желание быть врачом пришло позже, незадолго до поступления в институт. Сначала я много занимался спортом, тогда это было популярно среди молодежи, даже собирался поступать в институт физкультуры. Потом хотел поступать в МГИМО — это тоже считалось очень престижным. И только в 9—10-м классе возник интерес к естественным наукам. Хотя мне нравилась скорее не клиническая медицина, а биология. Тогда уже появилось новое понятие — «генетика». И когда я готовился к поступлению в институт, уже понимал, что медицинская наука — интереснейшее направление работы, и хотел заниматься скорее теоретическими основами медицины, а не ее практическими направлениями. Интерес к врачебной специальности пришел достаточно поздно. Я ведь много лет был иммунологом, работал в лаборатории иммунологии. А потом закончил кандидатскую диссертацию, начал работать с пациентами. И только тогда открыл для себя удивительный мир, где всю свою жизнь прожила моя мама. Мир Врачевания, общения пациентов и врачей. Многие вещи я раньше просто не понимал. Конечно, мама рассказывала о коллегах и пациентах. Но я не могу сказать, что меня это потрясло. Просто это была естественная атмосфера, в которой я жил.

— *Что еще присутствовало в этой атмосфере и ее создавало? Например, книги, музыка, театр — это обсуждалось в семье?*

— «Обсуждалось» — неточное слово, скорее все это «проживалось» нами вместе. Мама многое определяла в моей жизни, она всегда стремилась привить мне тягу к искусству. Но это делалось ненавязчиво, без лишних слов. Например, сколько я себя помню, много лет, наверное, класса с третьего, мы каждое воскресенье ходили в Гнесинское училище. Там были дневные концерты. У нас всегда был абонемент — и каждое воскресенье мы вдвоем туда отправлялись. Могу честно сказать, что тогда меня это бесило, потому что мне больше хотелось в футбол играть. А вот сейчас я понимаю, как это было важно и нужно — и ей, и мне.

Память хранит много деталей, связанных с этими «музыкальными» походами. Например, есть такой замечательный пианист — Сергей Доренский. Однажды мы пришли на его концерт. И я запомнил этого музыканта: совсем молодой — лет 18 — и очень красивый парень, играл он замечательно, все ему бурно аплодировали. А потом так случилось, что он попал к нам в институт в качестве пациента. Мы его оперировали. Представьте — прошло лет 50 или больше, и этот человек вернулся в мою жизнь снова... И все детские воспоминания вернулись.

Конечно, в доме всегда было очень много книг. И всегда мы выписывали множество «толстых» журналов. Многие замечательные книги, появившиеся в 60-е годы, во время «оттепели», — «Звездный билет», «Коллеги» Василия Аксенова, произведения Юрия Трифонова, Владимира Дудинцева, позже Михаила Булгакова, Александра Солженицына — все это мы читали в журнальных вариантах. «Юность», «Новый мир», «Иностранка» — все это в семье выписывали и читали всегда, это было нормой жизни. Собранный тогда журнальный «библиотека» у меня и до сих пор хранится. И Була-



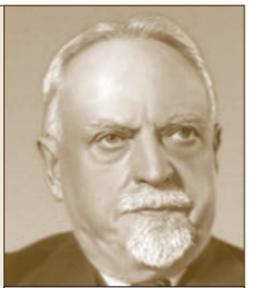
А.И. Нестеров



Напутствие Президента АМН СССР В.Д. Тимохина новому директору - доктору медицинских наук В.А. Насоновой 9 марта 1978 г.



Академик А.И. Нестеров, доктор мед. наук В.А. Насонова, Президент АМН СССР В.Д. Тимокhin, Министр Здравоохранения СССР В.И. Петровск, Главный Ученый секретарь Президиума АМН СССР В.И. Смирнов, зам. главного секретаря отдела по клинической науке АМН СССР зам. главного секретаря АМН СССР Г.Е. Самаринский, Ученый секретарь Института ревматологии канд. мед. наук Орлова А.Н.



Н.А. Семашко



Е.М. Тареев

Elected Officers of EULAR



Prof. E. G. L. Bywaters
President-Elect



Prof. Valentina A. Nasonova
Vice-President



Prof. Jan J. de Blécourt
Vice-President



Н.Д. Стражеско



В.Х. Василенко



В.Н. Виноградов

та Окуджаву услышал и полюбил в те годы. Ничего особенного — просто мы жили в этом мире...

Моя 31-я школа — очень хорошая, одна из первых спецшкол в Москве. Она была прямо за новым зданием МХАТа. Во время войны прежнее здание было разрушено, и много лет мы бродили там, по этим «графским развалинам». В ближайших улочках «старой» Москвы всегда жили литераторы, музыканты, актеры. К нам в школу, например, регулярно приходил замечательный писатель Лев Кассиль, он рядом жил. А еще в школе бывали композитор Дмитрий Кабалевский, изумительная актерская пара — Николай Рыбников и Алла Ларионова...

Ну и, конечно, мы были завзятыми театралами. Тогда только открылся «Современник». Думаю, что мы с мамой пересмотрели там все спектакли. Повторю: она никогда ничего не навязывала, не «воспитывала». Просто мы были с ней очень близки. Летний отдых — 24 дня ее отпуска — мы всегда проводили вдвоем, уезжали куда-то. Всей семьей регулярно ездили в Днепрпетровск, там жила моя бабушка, мама Валентины Александровны. И в целом она мне уделяла очень много времени. Находила это драгоценное время для нашего общения.

— Ученики академика Насоновой работают во многих регионах России и странах бывшего Совет-

ского Союза. И все же — где у нее самые «верные» последователи? В Ваших выступлениях звучало, что Ярославль — любимый город Валентины Александровны, почему так?

— Действительно, если говорить о клиниках и научных центрах, в которых работают ее ученики, то можно перечислить почти все города, где вообще есть ревматология. Почему я выделял именно Ярославль? Так исторически сложилось, что к моменту организации института там было несколько профессоров, которые выбрали в качестве основного направления своей работы именно ревматологию. Чаше специалисты шли, например, в кардиологию, пульмонологию. Ревматология никогда не была особенно престижной или приоритетной в работе медицинских институтов. А в Ярославле оказалось сразу несколько заведующих крупными терапевтическими кафедрами, которые интересовались именно ревматологией. В результате этот город стал для нас как бы второй столицей ревматологии. Могу точно сказать, что в Советском Союзе в целом была очень мощная ревматология. И во всех бывших советских республиках главные ревматологи, которые и сейчас продолжают работать, — это ученики Валентины Александровны, она была у них руководителем диссертаций. И в Белоруссии, и в Грузии, и в Азербайджане, и в Средней Азии.

А если говорить о российских регионах — это Тюмень, Екатеринбург, Новосибирск, Иркутск...

— Можно сказать образно, что после Валентины Александровны (и процесс этот начался при ее жизни) Вы приняли «эстафетную палочку» руководства крупнейшим институтом. Задача сохранить и продолжить все, что было сделано за многие годы, — труднейшая. Что было самым важным для нее? Как Вам кажется, что труднее всего сберечь? Саму атмосферу увлеченной работы? Или научные кадры? А может быть, сложные взаимоотношения внутри большого коллектива? А возможно, самое важное — продолжить «эстафету» научного поиска?

— Самое трудное, пожалуй, — сохранить уникальную атмосферу работы в институте. Само это понятие — хрупкое, трудноопределимое. Валентина Александровна стала директором института в 1971 году. Не все так просто было, особенно вначале. Это был сложный выбор — и для нее самой, и для ее руководителя — академика Нестерова. На эту должность — директора института — было много других претендентов. Она была еще очень молодой, только что защитила докторскую диссертацию. В институте остались старые кадры. Было много людей, которые работали с ней, когда она была просто старшим научным сотрудником, и многие из них уже тогда были профессорами. Когда она стала директором, я только заканчивал учиться в институте и многие вещи просто не понимал. Хотя видел, что она приходила домой очень огорченная, напряженная. По сути своей она была женщиной мягкой, никаких «диктаторских» наклонностей у нее не было. А руководство крупным институтом — не такое уж «женское» дело. Думаю, что ей было очень трудно. Но мне кажется, что в течение пяти-семи лет она смогла это преодолеть. Просто потому, что работала очень интенсивно и бескорыстно. Она сумела переломить ситуацию, и в результате в институте сложилась просто великолепная обстановка.

Очень большое внимание Валентина Александровна уделяла кадрам, старательно и бережно собирала вокруг себя единомышленников. Ярчайший пример — Земфира Садуллаевна Алекберова. Это целая плеяда замечательных людей, выдающихся ученых, соратников. Создалась удивительная атмосфера творчества и взаимопонимания. И я надеюсь, что мы ее сохранили и до сего дня. Не так давно мы отмечали 50-летие института. И оказалось, что у нас есть 8—10 сотрудников, которые проработали здесь все 50 лет, с самого момента создания института. Представьте себе — люди посвятили этому всю свою жизнь, они никогда не меняли место работы! Подобная верность профессии и конкретному на-



учному институту — дорогого стоит. И сейчас у нас есть несколько таких сотрудников: профессора Кузьмина, Сигидин, Гусева, Беневоленская... Знаете, я ведь тоже работаю здесь уже 10 лет. И главное мое достоинство, как я сам это понимаю, — именно стремление не разрушить созданное, сохранить кадры. Никто не был уволен, никого не отправили на пенсию. В этом мы с Валентиной Александровной очень хорошо понимали друг друга, были полными единомышленниками.

Можно даже сказать, что в институте всегда была в какой-то мере романтическая, светлая атмосфера. Во всяком случае, в последние 15–20 лет в коллективе никогда не было резких противоречий, никаких склок или «подсживаний». И сейчас я считаю очень важным, несмотря на все сложности, сохранить в коллективе этот дух взаимного уважения и сотрудничества.

Еще один важный момент. В институте — особенно в 70–80-е годы (думаю, что это было время расцвета института) — было очень хорошее международное сотрудничество. Оно определялось, прежде всего, очень высоким уровнем развития ревматологии в стране. Нашим иностранным коллегам всегда было интересно работать с институтом. Они понимали, что здесь работают крупные ревматологи. Что исследования выполняются на высоком уровне. Наша ревматология была действительно одной из самых лучших в мире, по крайней мере, в Европе. И это направление работы — международное сотрудничество — сейчас надо обязательно поддерживать и расширять.

Наконец, последнее. Все в нашем институте искренне считают, что академик Насонова действительно была основоположником, скажем так, новой современной ревматологии. Конечно, и академик Нестеров, и академик Тареев, вне всяких сомнений, внесли крупный вклад в развитие этого

направления науки. Но то, что мы называем ревматологией XXI века, — это все же создала именно она. Все занимались разными фрагментами этих научных поисков. Но не было целостного понимания многих проблем. Например, сколько времени ушло на «борьбу» с такой специальностью, как артрология. Мама всегда говорила, что нет такой специальности, что поражение суставов — это только одно из ярких проявлений болезни, но на самом деле страдает весь организм. Это более широкий взгляд, нельзя заниматься только поражением суставов. Да, ревматоидный артрит — это заболевание суставов. Но и шире — это серьезная системная болезнь! Такой подход и сделал ревматологию крупной терапевтической специальностью, которая аккумулирует в себе многие направления медицины. Валентина Александровна всегда, будучи терапевтом широкого профиля, учеником академика Тареева, смотрела на это шире. Именно поэтому у нее всегда были очень тесные связи с другими нашими крупными академиками. Допустим, гастроэнтерология. Впервые возникло такое сотрудничество, достаточно назвать академика Василенко, основоположника российской гастроэнтерологии.

Именно в тот период, когда происходило становление ревматологии, — тогда же возникла в России иммунология. Ведь она появилась здесь только в 70-е годы. Этим занимался, в частности, академик Рэм Викторович Петров. Они с Валентиной Александровной были близкими друзьями и начали тесно сотрудничать — целенаправленно изучать проблемы иммунопатологии ревматических болезней. И сейчас это направление (как и в целом иммунология) — одно из самых перспективных в мировой медицинской науке.

Давайте попробуем подвести итог: что самое важное для меня сегодня? Мы сохранили атмосферу. Мы сохранили наши кадры. И сохранили общий

подход. Наверное, это можно назвать эстафетой научного поиска. Мы вместе с мамой запланировали несколько больших тем, связанных с общемедицинскими проблемами ревматических болезней. Мы все время пытаемся осмысленно уйти от «узкого» изучения поражения суставов, стараемся видеть эти недуги как системные заболевания. Сейчас такой подход признан во всем мире, но мы, возможно, были у истоков этого направления.

— Как Вы считаете, она работала осознанно на собственное долголетие — профессиональное и человеческое? Или она просто много работала?

— Она просто очень много работала. Мы не раз говорили с ней на эти темы. Мама не считала нужным специально добиваться долголетия. Но были два важных момента. Первое: она всегда была очень скромна в бытовых проявлениях. Мало ела, никогда не курила. И всегда меня ругала, что я курильщик. Второе: она всегда много двигалась. До самого последнего времени старалась не пользоваться лифтом, много ходила по институту. Буквально за две недели до ее кончины мы ездили к нашим внукам — это пятый этаж без лифта. И мы вместе потихонечку поднялись. А ведь ей было 87 лет...

Мама всегда очень много работала, с утра и до позднего вечера. Прежде всего — работала с научной литературой, вообще с книгами, статьями. Вот это и была ее борьба за долголетие. В последнее время она уже не очень хорошо видела. Но все время прилагала некие интеллектуальные усилия, сохраняла светлый разум, до последних дней писала статьи. Последнюю статью — по остеоартрозу — закончить не успела. Думаю, что мы ее будем все же заканчивать, мне кажется, это нужно сделать... ■

Есть один путь формирования врача: больной — книга, книга — больной.
Евгений Михайлович Тареев

Гуманизм русского врача

МУХИН

Николай Алексеевич.

Выдающийся советский и российский терапевт, академик РАН и РАМН, директор Клиники нефрологии, внутренних и профессиональных заболеваний имени Е.М.Тареева, дважды лауреат Государственной премии СССР



Валентина Александровна Насонова и Николай Алексеевич Мухин. Они были знакомы не одно десятилетие.

Оба — ученики легендарного Евгения Михайловича Тареева. И, конечно, единомышленники, люди, бесконечно преданные делу Врачевания.

Мы попросили Николая Алексеевича вспомнить о тех годах, когда началось его знакомство с молодым ученым Валентиной Насоновой.

Сказать о ней то, что кажется ему самым существенным.

Это даже не интервью.

Это размышления известного Врача: о своих учителях и коллегах, о научных поисках, о сути врачебной профессии.

— Моя жизнь в медицине началась задолго до того, как я стал студентом Первого московского медицинского института. А студентом я стал в 1954 году. Окончил московскую школу — прекрасную, как все школы Москвы того времени!.. Несмотря на все трудности, и во время войны, и в послевоенное время, школы были замечательные, у нас были прекрасные педагоги! Моя мама была врачом-педиатром. Я видел, что это за работа — каждый вечер телефонные звонки и разговоры: один больной, другой больной, как им помочь. И я даже не думал, что у меня может быть какая-то другая работа, это было естественно, само собой разумеется.

После школы поступил в институт, а после окончания вуза — в аспирантуру. И попал в клинику Евгения Михайловича Тареева. А познакомился я с ним еще раньше, когда был студентом 6-го курса, проходил субординатуру. И все мне тогда стало ясно — что я должен идти в аспирантуру и обязательно попасть в ученики к Евгению Михайловичу. Выдающийся клиницист, создатель терапевтической школы, целого направления в медицине. Клиника Тареева — это был потрясающий коллектив единомышленников! Научные сотрудники, профессора, доценты, ассистенты — все очень дорожили тем, что они работают под руководством

Евгения Михайловича Тареева. В то время он уже был известным академиком, автором многих монографий и учебников. И мы все чувствовали, что это — действительно выдающаяся личность. А когда-то он сам был выпускником Московского императорского университета, получил блестящее образование. И вот среди его сотрудников была Валентина Александровна Насонова. К тому моменту она уже защитила кандидатскую диссертацию, была опытным врачом и очень увлеченным исследователем. Ее научная деятельность была связана с одним из самых трудных разделов медицины, который тогда только зарождался: болезни соеди-



нительной ткани — так называемые коллагенозы. Это системные болезни, то есть те, при которых одновременно или последовательно происходит поражение нескольких органов и систем. Допустим, не только кожа, не только суставы, но и почки, и сердце, и легкие. Это, конечно, большая проблема. Потому что очень тяжел прогност у таких больных. И вот Валентина Александровна по предложению Евгения Михайловича активно участвовала в изучении этих проблем, в частности, проблемы системной красной волчанки.

Была создана группа, которая занималась коллагенозами. В ней было несколько сотрудников, позже все они стали докторами медицинских наук, профессорами. Каждый изучал разные проявления этих заболеваний. Пациенты с такими диагнозами были крайне тяжелыми. Мы были одними из первых, кто видел этих больных в палатах. Видели, как они страдают. Наблюдали за тем, как наши старшие коллеги — и Валентина Александровна, в частности, — тщательно исследовали клинику этих больных (сначала это были пациенты из Москвы, а потом и со всей страны). Тогда это была московская городская больница №24, скорпомощная, и рядом — Институт ревматизма, где было открыто отделение для таких больных. Там и работала Валентина Александровна. Я видел ее много раз. Удивительно красивая, стройная женщина. Ее элегантность, походку и осанку помню до сих пор, будто это было вчера. Замечательная, необыкновенная женщина. А каким она была великолепным диагностом! Повторяю: это было ясно сразу. И мы все с особым уважением относились к ней.

Диагностика — это накопление знаний

— Как Вам кажется, хороший диагност — это, в первую очередь, опыт, знания?

— Думаю, что да. Диагностика — это, прежде всего, накопление знаний. Мы это понимали. И в Центральную медицинскую библиотеку, например, надо было задолго занимать очередь! Ведь интернета тогда не было. (Кстати, хочу сказать с горечью: сегодня в интернете почти не представлена современная медицинская отечественная литература. А она очень богата! Многие наши исследователи, прежде всего молодые, почему-то предпочитают цитировать иностранцев, ссылаются больше на иностранные исследования. Это правильно, но надо забывать и про наших ученых!)

Так вот, в ЦМБ заранее, с самого утра занимали очереди, заходили и сидели там целый день. Нам приносили сброшюрованные журналы, стопки книг... И Валентина Александровна регулярно работала в этой библиотеке. Это важнейшая черта для любого ученого: желание получать знания и постоянно их обновлять. Следить за литературой, в том числе иностранной. А Евгений Михайлович вообще знал все европейские языки! Блестяще владел французским, разговаривал на английском, очень хорошо знал немецкий. Однажды я летел вместе с ним в самолете. Сидели рядом. И я «подглядел», как он достал том книги — Фейхтвангер на немецком языке. Уверю вас, это

не такой простой текст — и он свободно читал его в оригинале...

Знания — это самое главное. Они все время должны пополняться. Второе — общение с людьми, которые много знают, часто знают больше тебя. Поэтому консилиум с участием специалистов — это очень поучительный процесс, метод и диагностики, и обучения. В нашей клинике в сложных случаях консилиумы проводятся всегда. Ну и третье — это, конечно, большой поток больных. Ежедневно новые больные, каждый со своими страданиями. Идет сравнение разных пациентов, это огромный опыт, который накапливается годами. То, как часто и тщательно смотрела больных Валентина Александровна, — это мы видели. И еще есть важнейший фактор профессионального роста: общение с зарубежными специалистами, участие в конгрессах. На определенном этапе такая возможность появилась, в том числе благодаря усилиям и авторитету самой Валентины Александровны Насоновой. Она много ездила, участвовала в международных научных форумах.

Прекрасно помню первую монографию Валентины Александровны — «Геморрагические васкулиты». Это особый вариант поражения сосудов. Такое заболевание проявляется не только кожными признаками, но еще и изменениями внутренних органов, в том числе почек. Мне эти проблемы близки, интересны, ведь у меня кандидатская и докторская диссертации были посвящены почкам. Эта монография у меня есть, я и сегодня показываю ее студентам как первую отечественную книгу, которая посвящена системной болезни. Механизм ее развития во многом обусловлен иммунными реакциями — значит, нужны знания по иммунологии. В целом изучение подобных недугов требует очень широкого кругозора, комплексного подхода к проблеме. Этим даром врача и ученого-энциклопедиста Валентина Александровна Насонова обладала в большой мере.

Но еще в медицине существует и понятие таланта. У Валентины Александровны действительно был талант клинициста! Это нечто не до конца понятное. Но это есть! Склонность к клиническому анализу, интерес к личности каждого больного. Мы знаем блестящих специалистов по лабораторному делу, работаем в самом тесном контакте с ними. Есть инновационные методы диагностики. Несомненно, современные лабораторные исследования помогают отвечать на многие вопросы. Так накапливается багаж, который потом используется в конкретных клинических ситуациях. Но талант клинициста — понятие более широкое, это все же другое свойство, еще более редкое.

Ревматолог — прежде всего терапевт

— В своих выступлениях Вы нередко повторяете: ревматолог — всегда терапевт. Поясните, пожалуйста, подробнее эту мысль.

— По широте своих научных интересов академик Насонова была похожа на Евгения Михайловича. Тареева многие считают нефрологом. Он действительно сделал в этой области очень много,

нефрология была его любимой областью. Я всегда помню и использую в работе его знаменитую монографию «Нефриты». Представьте себе — в этой работе даны ссылки на три тысячи источников!!! Это ведь 1958 год, никакого интернета тогда не было. Полторы тысячи — отечественные авторы, полторы тысячи — иностранные. Вы только представьте себе, какой это грандиозный труд! Каждую книгу, каждый журнал со статьей Евгений Михайлович тщательно изучал! Я всегда говорю об этом современным аспирантам. Сомневаюсь, что сегодня возможна такая работа. Каждый день — в библиотеке, источники — на разных языках. Вот это и есть энциклопедическое мышление, энциклопедические знания. Валентина Александровна в своих книгах тоже цитирует работы многих зарубежных авторов. Этот стиль работы с литературой был привит академиком Тареевым всем его ученикам.

— Можно сказать, что Евгений Михайлович Тареев и Валентина Александровна Насонова — это одна научная школа?

— Несомненно! Валентина Александровна — одна из последователей академика Тареева. И ее ученики — через нее — тоже могут считаться продолжателями тареевской школы.

Е.М. Тареев был не только нефрологом, а еще и гепатологом, и ревматологом. Одна из первых книг в Советском Союзе, посвященная проблеме системных заболеваний, — «Коллагенозы» — это монография, написанная под руководством Евгения Михайловича. Среди соавторов была и Валентина Александровна. В книге было много нового, например, что эти болезни — отчасти профессиональные. Там есть несколько описаний, в частности, поражений крови, которые развиваются под влиянием производственных химических факторов.

Повторю: ревматолог должен быть терапевтом широкого диапазона. Она такая и была! Ведь ревматические болезни могут проявляться совершенно неожиданными признаками. И одной общей причины этих проявлений мы пока не знаем. Например, болезнь может начаться с поражения глаз. Так называемый сухой глаз, нет слез, ощущение песка в глазах. А оказывается, что это признак тяжелого ревматического заболевания — болезни Шегрена. Вскоре появляются признаки поражения желудочно-кишечного тракта, часто поражаются почки, кожа, суставы. И кто в этом случае должен поставить диагноз? Это очень трудно!

Наша дружба до последних дней ее жизни была очень тесной. После смерти академика Е.М. Тареева президиум Академии медицинских наук СССР принял по нашему предложению постановление о проведении Тареевских чтений в нашей клинике. Они проводятся уже 25 лет! И тогда, в мае 1987 года, как вы думаете, кого мы пригласили для самого первого выступления? Конечно, Валентину Александровну! Она сделала сообщение, которое называлось «Достижения современной ревматологии». Это был блестящий доклад, убедительные слайды. И весь ее облик — красивая умная женщина, выдающийся ученый. Помню все детали, как будто вчера это было. Скоро будет отмечаться 25-летие Тареевских чтений — и мы опять будем вспоминать Валентину Александровну Насонову.

Гуманизм русского Врача

— Николай Алексеевич, существует некий стереотип об ученом, который предпочитает затвориться «в башне из слоновой кости». Что, кроме науки, было важным для Валентины Насоновой?

— Валентина Александровна действительно отличалась огромным интересом ко многим сторонам жизни, к большому искусству. Я много раз видел ее в консерватории. Наблюдал, как она в антракте прогуливалась в фойе большого зала с кем-то из сотрудников института. И это тоже было очень красиво! У нее было светлое лицо, было ощущение, что впереди еще одно отделение замечательной музыки в прекрасном исполнении — и она светится этой радостью. Знаю, что она часто бывала в театрах, много читала. Кстати, это вообще известный факт: многие медики со студенческих лет становятся постоянными посетителями концертов классической музыки, выставок. Я часто видел Валентину Александровну на вернисажах, когда выставлялись кар-

тины из зарубежных картинных галерей. Она была широкообразованным ученым, интересующимся искусством, несмотря на предельную занятость. Для нее этот интерес был потребностью, необходимостью, нормой жизни.

— В одной из публикаций о Валентине Насоновой есть фраза: «Ее отличал гуманизм истинно русского врача». Как Вам кажется, что стоит за этим понятием — «гуманизм русского врача»?

— Есть категория врачей, которые хорошо владеют мастерством ставить диагноз. Пациенту назначается вполне грамотное лечение. Но при этом личность больного не очень интересует доктора. Либо нет времени, либо нет такой потребности. Но в работе тех врачей, которые относятся к гуманистам, всегда присутствует эта попытка понять, КТО заболел,

что за человек заболел! А иногда и причина болезни с этим связана. Это известное выражение — надо лечить не болезнь, а больного. А еще говорят так: важно знать, какая болезнь у человека, но еще важнее знать, У КАКОГО человека эта болезнь возникла! Почему при схожих обстоятельствах у одного болезнь возникла, а у другого нет. А сегодня это особенно важная составляющая часть науки врачевания: понять, какая личность, какой человек, какой у него образ жизни.

В каком-то смысле врач должен быть, как ни странно, старомоден. Не должен суетиться и спешить с выводами. Иначе все пропало. Пример русского врача-гуманиста — Чехов. Конечно, Чехов! В его рассказах и пьесах сквозит это гуманное отношение к человеку. Врачу-гуманисту должна быть интересна личность больного. Конечно, это требует дополнительного времени и

усилий души и ума. Но и шансов на успешное лечение больше!

Для Валентины Александровны Насоновой медицина была глубоко личным делом. Делом всей ее жизни. А потому ей было в высшей степени важно, что ее сын пошел в медицину. Я хочу подчеркнуть, что она очень трепетно к этому относилась. Она многое сделала, чтобы у сына была потребность подхватить после нее «эстафету», работать в ревматологии. Она очень любила сына, и сын ее очень любил и любит. Не знаю, как Евгений Львович пришел к выбору профессии. Может быть, он тоже, как и я, с самого начала понимал, что будет медиком. Он прошел много этапов, прежде чем стал директором такого крупного института. И он очень многое делает, чтобы сохранить заложенные до него традиции, в том числе и принципы высокого гуманизма Врача. ■

НОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ — НОВЫЕ НАДЕЖДЫ

В работе Всероссийской научно-практической конференции принял участие известный ревматолог, крупный ученый Рональд ван Волленховен. Его доклад был посвящен новым генно-инженерным биологическим препаратам (ГИБП), или биологические агенты. После лекции профессор ван Волленховен согласился ответить на несколько вопросов.



— Профессор, прежде чем говорить о новых препаратах, давайте коротко обозначим, каковы современные мировые стандарты лечения ревматоидного артрита (РА).

— При всех нюансах у большинства ревматологов уже сложился единый подход к терапии РА: это заболевание надо лечить специфическими антиревматическими препаратами, а не просто обезболивающими средствами, как это было когда-то. В качестве препарата первого ряда часто назначают метотрексат (МТ) — это считается базисной терапией. МТ применяют в ревматологии уже 40 лет, он хорошо себя зарекомендовал. В нем сочетаются два важнейших момента: достаточно высокая эффективность и приемлемый уровень безопасности для пациента. Если терапия МТ не дает нужного результата, используются комбинации так называемых базисных противовоспалительных препаратов, они хорошо известны всем ревматологам. Если такая терапия не помогает улучшить состояние пациента, рекомендуют инновационные генно-инженерные биологические препараты (ГИБП). Понятие «инновационные» в

данном случае весьма относительно, потому что такая терапия используется уже не один год. В России, насколько я знаю, применяются три ГИБП: инфликсимаб (Ремикейд), адалимумаб (Хумира) и ритуксимаб (Мабтера).

— Зависит ли решение об использовании ГИБП от стадии заболевания или его длительности?

— На мой взгляд, стадия и длительность болезни — не самые важные факторы, главное — это тяжесть и активность воспалительного процесса. Решение об использовании ГИБП принимается, когда не удается улучшить состояние больного и базисная терапия не обеспечивает контроля над заболеванием. Но единой для всех ревматологов «формулы» принятия такого решения не существует, всегда сохраняется индивидуальный подход к пациенту. Например, есть два существенных момента, которые могут стать дополнительным аргументом в пользу применения биологических агентов. Первое — это случаи, когда рентгенологическое обследование подтверждает прогрессирование деструкции суста-

вов. Второй момент — когда врач решает начать лечение ГИБП сразу после выявления РА. Некоторые ревматологи считают, что именно такая терапия дает шанс на успех и возможность контроля над заболеванием. Пока это только теория, и для ее подтверждения нужны дополнительные исследования.

— В последние годы получены новые данные, связанные с применением ГИБП. Какие выводы можно сделать на основе новых исследований?

— В эту группу объединены препараты с разными механизмами действия. Но у них есть и общие характеристики. Все они действуют более точно и «прицельно», чем прежние лекарства. Это лечение ориентировано на конкретного больного, то есть «персонифицировано». Побочные эффекты от применения этих препаратов вполне предсказуемы и поддаются контролю. Во многих случаях ГИБП действуют более эффективно и дают длительную и выраженную ремиссию, существенно повышая качество жизни пациентов. Хочу подчеркнуть еще один важный момент. В длительных

исследованиях ГИБП (например, ритуксимаба), в которых анализировалось лечение тысяч пациентов, были изучены все нежелательные явления в период применения препарата. При этом понятие «нежелательные явления» в данном случае не совпадает с понятием побочных эффектов. Потому что учитывались многие моменты, которые не связаны с приемом лекарства напрямую, допустим, простуда или травма. Можно сделать четкий вывод: при длительном лечении (например, пять-шесть курсов) ситуация остается стабильной, нет роста нежелательных явлений. И в целом они минимальны. Это дает основания говорить о достаточно высоком уровне безопасности ГИБП. Исследования показали, что по эффективности разные ГИБП вполне сопоставимы, выбор препарата остается за врачом. Но у некоторых пациентов именно лечение ритуксимабом позволило добиться нужных результатов. При этом нужно признать: механизм действия ритуксимаба пока не до конца понятен. Чтобы получить четкую картину, ученым еще предстоит решить много задач.

— Говорят, что ГИБП — принципиально новый класс препаратов, новая эра в лечении целой группы тяжелых заболеваний, в частности — РА. Как Вам кажется, насколько активно будет расширяться сфера их применения? И еще конкретнее — станет ли монотерапия с использованием ГИБП более распространенной — или они всегда будут применяться только в сочетании с другими препаратами?

— Думаю, что существуют две возможности, два пути лечения, оба будут использоваться в терапии, так как они в равной мере оправданы. Если у пациента очень тяжелая форма заболевания, то чаще всего нам придется применять комбинированную терапию, чтобы добиться контроля над заболеванием. На данный момент именно это — наиболее распространенный общепринятый стандарт лечения. Но для некоторых пациентов, в тех случаях, когда болезнь под контролем, если она протекает в более мягкой форме или это ранний РА, вполне можно применять монотерапию. Это удобнее для пациента. Кроме того, это более безопасно, и такое лечение легче пронаблюдать, проконтролировать. Поэтому есть веские причины для выбора монотерапии, но это не всегда возможно. Если же болезнь не удается обуздать, тогда нужно применять комбинированное лечение несколькими препаратами.

— В медицине сейчас активно обсуждаются вопросы приверженности пациента терапии. Это — самостоятельная проблема. В начале своего выступления на конференции Вы сказали, что всегда рады поделиться своими знаниями и пониманием проблем с коллегами. Насколько важно делиться с пациентами знаниями о новых подходах к лечению? О том, каковы механизмы действия новых препаратов, как и почему они «работают»?

— Это важнейшая проблема. Понятно, что ни одно самое лучшее лекарство не даст нужного эффекта, если нет контакта и активного сотрудничества между врачом и пациентом. Конечно, думаю, что это одна из основных наших задач — сделать так, чтобы пациент понимал в равной мере и суть самого заболевания, закономерности его развития, возможные осложнения, и то, почему вы выбираете то или иное лечение, почему рекомендуете тот или иной препарат. Я уверен: чем больше пациент знает о своем заболевании, тем выше шансы, что он будет принимать лекарство в соответствии с рекомендациями врача. Мотивировать пациента — это важнейшая составляющая работы врача! А в ситуации с РА и другими тяжелыми хроническими заболеваниями это особенно важно, потому что речь идет не о курсе лечения в две-три недели. Лечение РА — всегда очень длительный процесс, иногда оно должно длиться всю жизнь. Повторю: важнейшее условие эффективного лечения — чтобы пациент понимал, почему ему необходимо продолжать лечиться.

— ГИБП — относительно новый класс препаратов. Их считают очень перспективными, иногда говорят, что это новая эра в терапии многих заболеваний. Как Вам кажется, на данный момент и в обозримом будущем можно считать их главной надеждой для пациентов с тяжелыми формами РА? Видите ли Вы какие-то новые направления поиска, возможность создания лекарств с принципиально другими механизмами действия? Или важнее всего сконцентрировать усилия на дальнейшем изучении и совершенствовании ГИБП?

— Думаю, что есть три принципиальные вещи. Первое: мы должны использовать весь набор препаратов, в том числе и ГИБП, наиболее оптимальным образом. Тут есть много вариантов и много возможностей совершенствовать эти под-

ходы к лечению. Мы должны изучать детали — как лучше применять достаточно эффективные препараты для каждого конкретного пациента, они требуют максимально точного, сугубо индивидуального подбора. Возможны и монотерапия, и сочетание разных препаратов. Далее, очень важно изучать, на какой стадии болезни нужно применять тот или иной препарат, здесь тоже есть разные варианты.

Второе: создание новых биологических агентов. Или модификация имеющихся, так как некоторые из них хорошо зарекомендовали себя и мы возлагаем на них большие надежды.

Наконец, третье: есть и совсем новые научные подходы и методы лечения, некоторые уже на стадии экспериментов или испытаний. И я вполне допускаю, что через пять или десять лет мы придем к применению каких-то совершенно новых методов или препаратов для лечения РА. Я бы сказал, что на данный момент ГИБП можно считать нашей главной надеждой — но уж точно не последней надеждой для пациентов.

— Как Вам кажется, высокая стоимость ГИБП — это главное препятствие, которое мешает их более широкому применению?

— Стоимость — не единственный фактор, но очень существенный. ГИБП как класс препаратов — весьма эффективны и достаточно безопасны для пациентов. Их могли бы применять более активно. Конечно, высокая стоимость влияет на доступность ГИБП. Но мне кажется, что у такой терапии есть экономическое обоснование. Во многих ситуациях это лечение оправдано не только с точки зрения самого пациента, особенно если речь идет о сохранении трудоспособности человека. Если пациент не может работать — это всегда большие потери для общества. При эффективном лечении велика вероятность, что человек вернется к работе. Кроме того, иногда такая терапия может дать шанс избежать хирургического вмешательства или снизить затраты на лечение осложнений, которые часто случаются при диагнозе РА. Снижаются так называемые непрямые затраты на лечение — это и повторные визиты врача, и пребывание пациента в стационаре, и многое другое. В целом, применение ГИБП может способствовать уменьшению общих затрат на лечение больных ревматоидным артритом. ■

БОЛЕЗНЬ



ПОД КОНТРОЛЕМ

В последние годы стало очевидно: ревматология добилась огромных успехов. Многие ревматические болезни (например, системная красная волчанка), которые раньше считались смертельными, теперь можно назвать контролируемыми. В лечении ревматоидного артрита вполне реальной целью стало достижение стойкой ремиссии. Об успехах и дальнейших путях развития ревматологии рассказывает главный ревматолог Москвы профессор Александр Владимирович Глазунов.

— Прогресс в лечении ревматических заболеваний связан прежде всего с современной эффективной фармакотерапией. Насколько важна при этом более ранняя диагностика таких болезней?

— Прогресс в изучении и лечении ревматических заболеваний, конечно же, связан и с тем, и с другим. Ревматология прошла долгий путь. Уже довольно давно, в конце XIX—начале XX века, врачи научились достаточно хорошо различать ревматические болезни. Стало понятно, как они развиваются и протекают. Большинство заболеваний было описано в конце XIX века. И тогда же стало ясно, что это чрезвычайно сложные комплексные заболевания, что они по-разному протекают, исход тоже может быть разным, вплоть до летального. Постепенно

пришло понимание того, какие внутренние органы поражаются при таких недугах. Все это случилось на рубеже XIX и XX веков. И уже потом начался этап все более активного вмешательства в течение заболеваний — лечение разными препаратами, успехи фармакотерапии. Сначала это были аспирин, глюкокортикоиды, потом нестероидные противовоспалительные препараты. А потом появились препараты, которые назвали сложно: средства, которые могут повлиять на течение ревматических заболеваний. Стало понятно, что мы можем побороться с природой болезни, с развитием губительных воспалительных процессов. Сегодня мы можем противостоять тяжелому заболеванию, иногда можем повернуть его вспять или добиться стойкой ремиссии. В отдельных

Продолжение см. на с. 10

С О В Р Е М Е Н Н А Я Н А У К А ТРЕБУЕТ ИНТЕГРАЦИИ УСИЛИЙ

— Леонид Николаевич, в самом начале своего доклада Вы сказали: «Наша конференция посвящена памяти, наследству академика Валентины Александровны Насоновой. А наследство — это как раз то, чем занимается генетика». Наследство выдающегося ученого — это в том числе и его ученики. Ученики академика Насоновой — это целая научная школа. Но наука сегодня становится все более «космополитичной», границы здесь — понятие весьма условное. Можно ли в этой ситуации сохранить и развивать определенную национальную научную школу?

— Этот вопрос — достаточно «глобальный», но крайне интересный. Постараюсь ответить на него, насколько это возможно в рамках интервью. Что касается научных школ, то их сохранение и развитие — это, конечно, очень большое и важное дело. Наука по своей структуре, по духу, по своей глубинной сути — часть общей культурной традиции общества. А всякая традиция связана с ее «узловыми» носителями, с людьми, которые эту традицию поддерживают. Я убежден: если не будет передачи знаний между поколениями, то наука не будет двигаться вперед, более того — она вообще не сможет существовать!

В большинстве стран люди, образующие научную школу, несущие традиции, — это достояние нации. И в цивилизованном обществе государство обязательно поддерживает таких людей. Конечно, есть страны, например США, где существуют фонды для поддержки научной или культурной деятельности, основанные на частных инвестициях. Допустим, человек, который хочет увековечить свое имя, создает современную клинику или научную лабораторию. У меня есть коллеги, которые работают в The Broad Institute. Брод — это такая фамилия. Это семья, которая по величине дотаций (не только в науку) многие годы была на первом месте в США, они тратили на это больше миллиарда долларов в год. Бывает такое: люди озабочены не только прибылью, они хотят вложить деньги в то, чтобы мозги нации развивались, чтобы в целом международная наука развивалась. Замечательно! Но у меня есть существенные сомнения по поводу того, как это может происходить в России. Насколько российский частный капитал «созрел» для таких решений... Ну а то, как государство здесь относится к проблемам развития отечественной науки, — увы, это даже трудно комментировать. У меня многие друзья и коллеги работают в России. И я знаю, что часто они сражаются просто с идиотизмом системы на всех уровнях, тратя на это свою драгоценную энергию и бесценное время, вместо того чтобы заниматься наукой — тем, что они должны делать!..

Людей, которые обладают энтузиазмом, опытом, знаниями, связями в научном мире, надо непременно поддерживать. Сегодня для исследователя широкая сеть контактов в мире науки — это исключительно важно, именно за счет этого ты развиваешься. Иначе наука двигаться не может, она превращается в индустрию, просто в зарабатывание денег и званий. И сегодня, мне кажется, сотрудничество представителей разных национальных школ — главный залог развития всего мирового научного сообщества.

— В Вашем докладе прозвучала интереснейшая мысль о том, что именно работа в области генетики продемонстрировала Вам насущную необходимость и даже неизбежность объединения усилий ученых разных стран, такой тесной «кооперации», которой никогда раньше не было. Если можно, расскажите об этом чуть подробнее.

— Пример с генетикой действительно меня потряс. Я достаточно «мобилен» как ученый — работал в Швеции, Дании, России. И все-таки был глубоко изумлен. Раньше подход был такой: сна-

Прошедшая научно-практическая конференция была посвящена памяти выдающегося ученого и врача Валентины Александровны Насоновой.

Одним из самых интересных и необычных стал доклад известного ученого Леонида Падюкова о генетике комплексных заболеваний человека. Сегодня Л.Н.Падюков работает в Каролинском институте (Швеция), но по-прежнему поддерживает самые тесные контакты с российскими коллегами. Представлю читателю интервью с Леонидом Падюковым, которое он дал нашему корреспонденту сразу после своего выступления на конференции.



чала надо «застолбить» некий полученный результат — и только потом можно поделиться знаниями с соседями. И вдруг я столкнулся с тем, что люди согласны делиться данными своих исследований до того, как они их опубликовали! Это не так странно для Европы. Но для американцев — удивительно! Раньше они почти никогда не говорили ничего о своих исследованиях до тех пор, пока не появится статья в научном издании. Сейчас вся идеология в корне изменилась: в науке в целом и в генетике в частности стало крайне важным некое сложение усилий ученых разных стран. Я определяю это как интеграцию. Научные проблемы стали невероятно сложны и глобальны. И чтобы решить их, мы должны тесно сотрудничать, интегрировать наши исследования. В том числе и для того, чтобы получить нужную «статистическую мощь» своего исследования.

Сегодня совершенно очевидно, что ни одна страна не может «в одиночку» добиться настоящего прорыва. И, представьте, даже американцы стали охотно сотрудничать со Швецией. Швеция — маленькая страна. Население — чуть больше 9 миллионов. Но она сумела завоевать уважение к себе. Отчасти потому, что в Швеции очень хорошее отношение к науке. В целом население страны относится к науке и исследователям с большим уважением и доверием. Примерно такая же ситуация и в других странах Скандинавии. Есть специальные исследования: примерно 90 процентов населения здесь доверяют результатам научных поисков и убеждены в том, что нужно развивать науку. По этим показателям Швеция, Норвегия и Финляндия находятся на первых местах. Американцы, наоборот, оказываются в числе самых «недоверчивых».

— Вы часто бываете на международных симпозиумах, где обсуждаются сложнейшие проблемы генетики. Какие темы кажутся Вам наиболее актуальными?

— Их много. Например, существует множество этических проблем. Приведу конкретный пример. Не так давно я был на Международном конгрессе генетиков в Монреале. Обсуждали результаты очередного исследования. Во время обсуждения вдруг встала афроамериканка и достаточно агрессивно спросила: «Вы опять сделали свое исследование только на белой популяции, на европейцах?» — «Да». — «И когда же вы будете делать подобные исследования на афроамериканцах?!» Четкого ответа на заданный вопрос не оказалось — и весь зал дружно извинялся перед этой дамой. Потому что проблема реальна! Действительно, так сложилось исторически: белая раса долго была расой завоевателей, и это до сих пор отражается в науке, в том числе и в генетике.

— Получается, что такие проблемы существуют как бы «на стыке» этики и биологии?

— Безусловно! Сегодня это особенно связано с некоторыми азиатскими странами. Там идут свои исследования, в чем-то результаты совпадают с нашими, в чем-то — нет. Например, мы активно работаем с китайскими коллегами. Они буквально за год собрали две тысячи ДНК. В Китае и некоторых других азиатских странах работа идет очень быстро — и баланс постепенно, год за годом, будет выравниваться. И это совершенно необходимо, и это тоже задача, актуальная для многих стран. В том числе, конечно же, и для России. Ведь здесь смешанная популяция, у нас есть существенный европейский компонент — и очень значимый азиатский компонент. Допустим, есть интересные находки, которые мы сделали в Западной Европе или Америке. Но насколько возможно использовать их в России — это совершен-

но не очевидно, вопрос требует дополнительного изучения. В принципе биологически все должно быть почти одинаково. Но реально может быть много деталей, которые нужно учитывать.

— *Можно привести пример, связанный с ревматологией?*

— Можно! Есть знаковый, очень яркий пример: наши исследования в Малайзии. Мы решили изучить, как «работает» фактор курения в Малайзии. Давно известно, что курение увеличивает риск развития ревматоидного артрита (РА). Мои коллеги собрали данные о примерно двух тысячах больных РА. И выяснилось, что курильщиков среди них — всего около 80 человек! Исследовать такой материал практически невозможно, число больных-курильщиков слишком мало, это нерепрезентативная выборка. Но все равно очень интересно! Потому что сразу возникает вопрос, а какие же факторы там важнее всего, какие факторы риска влияют на развитие болезни? Ведь само количество больных РА — примерно такое же, как в других странах, где курящих гораздо больше. Да, конечно, в каждой стране есть своя специфика — допустим, какая-то местная еда или особенности климата. Но может оказаться и другое: есть еще какие-то общие для всех биологические факторы, которым мы пока не уделяем должного внимания, которые сегодня не считаются первичными факторами риска. Например, стресс. Это ведь очень сложное понятие. Биологический стресс для организма может быть вызван инфекцией, или тяжелой травмой, или психологическими перегрузками. Суть в том, что надо анализировать и сравнивать разные факторы риска в разных регионах, искать общие факторы в Малайзии, России, Швеции, США... И в целом эпидемиология должна, конечно, учитывать национальные особенности — но в то же время она должна быть интернациональной, иначе ей грош цена. А генетика, о которой мы с вами говорим, — это, можно сказать, генетическая эпидемиология. Она сравнивает на генетическом уровне риски и особенности развития болезней в разных странах. И стремительное развитие генетики в последние годы — некая гонка, своеобразная «золотая лихорадка» — привело к тому, что мы поняли: нам необходимо совместными усилиями создать общую инфраструктуру, которая бы на нас работала. Нужны общие усилия, общее информационное пространство.

— *Во всем мире идут мощные миграционные процессы, происходит все более активное смешение разных популяций. Это порождает новые проблемы?*

— С генетической точки зрения, больших проблем нет. Мы определяем несколько сотен тысяч генетических маркеров и всегда можем разделить людей на определенные группы, которые будут достаточно гомогенны. Это не зависит от формальной национальной принадлежности человека.

Да, факторы риска мне проще исследовать,

допустим, в Швеции. Потому что там более «однородная», более гомогенная популяция, чем, например, в Малайзии. Но если я получу интересные данные о факторах риска на популяции в Швеции, я все равно обязательно поеду исследовать это и в другую страну, где более смешанная популяция.

Но, отвечая на Ваш вопрос, я должен сказать, что есть еще и совсем другой уровень осмысления этой проблемы. Он заключается в том, как вообще понять — что такое этническая группа.

Раньше все было очень просто и понятно: считалось, что есть пять основных рас. А потом выяснилось, что существует множество переходных, «промежуточных» вариантов. И те, кто обсуждает эти проблемы, постепенно приходят к выводу, что этническая общность — это далеко не только генетические зависимости. Это гораздо более широкое культурологическое явление. Могу привести экстремальный пример. В ходе одного исследования темнокожей девушке, вполне типичной афроамериканке, задали стандартный вопрос о том, к какой этнической группе она себя причисляет. И она ответила, что она белая. А в ответ на дальнейшие вопросы уточнила: ее удочерили белые люди, она воспитана в белой семье. И собственная идентификация этой девушки именно такова: она считает себя белой. И этот пример — тоже часть сложного разговора о научной и общечеловеческой интеграции в сегодняшнем мире.

Подчеркну еще раз: именно генетика сделала очень многое, чтобы объединить ученых из разных стран, помогла тому, что наука интегрируется в целом, как культурная традиция.

— *Ревматология — наука во многом междисциплинарная. Здесь есть тесные взаимосвязи с кардиологией, онкологией, иммунологией. С точки зрения генетических закономерностей, можно ли говорить о направлениях поиска, общих для всех аутоиммунных заболеваний?*

— Конечно! Это интереснейшая проблема! И последняя инициатива в генетике связана как раз с этим. Определение маркеров всех генов, которые были выявлены за последнее время как потенциально интересные для изучения развития разных аутоиммунных заболеваний, стало возможным с использованием одного комбинированного микрочипа. И сейчас на этом микрочипе уже проверено более миллиона ДНК! Это ДНК пациентов из разных стран, с разными заболеваниями. Общая идея такова. Мы знали и раньше, что некоторые варианты генов влияют на риск развития разных заболеваний. Допустим, есть ген, вариант которого был выявлен при диабете первого типа. А потом его открыли для РА. А потом — для системной красной волчанки. Затем выяснилось, что гены могут быть одни и те же — а генетические варианты (аллели) этого гена — разные для разных заболеваний. И сейчас разрабатывается гипотеза о том, что существует некий набор генов, которые как бы «пересекаются» при разных забо-

леваниях. Не полностью совпадают, а пересекаются. И существуют варианты генов, общие для двух-трех-четырёх заболеваний.

Конечно, совсем не удивительно, что эти гены так или иначе связаны с работой иммунной системы. Это вполне закономерные пути, которые приводят к аутоиммунным и воспалительным заболеваниям. Сейчас существует уже огромное количество данных — они только что получены. Нам еще предстоит анализировать это, изучать. Масштаб такой работы огромен: данные, полученные на сотнях тысяч людей, примерно 200 генов. Поразительно интересное и перспективное направление работы! Одна из гипотез такова. Существуют тяжелые заболевания, их проявления и последствия — разные. Но изначально механизмы развития могут быть очень похожими. Допустим, есть общий фактор риска, ведущий и к РА, и к рассеянному склерозу. Он может «запустить» процесс болезни, происходит срыв в иммунной системе, но куда дальше пойдет этот процесс — это уже зависит от многих других моментов, и диагноз в результате будет разным. Мы ведь говорим о комплексных заболеваниях, здесь всегда есть понятие факторов генетических — и факторов среды. А еще, по-моему, есть понятие случайности. Возможно, это звучит странно в разговоре о сугубо научных «материях». Но чем дальше, тем больше я убеждаюсь: элемент случайности тоже надо учитывать в наших поисках.

— *Генетика помогла науке в целом выйти на более высокий уровень сотрудничества, и это увеличивает шансы на продвижение вперед в разных областях медицины. Как можно в самых общих словах сформулировать наиболее, на Ваш взгляд, перспективное направление научных поисков в ревматологии?*

— Современное лечение ревматических заболеваний прежде всего симптоматическое. То есть мы лечим проявление болезни. Нет ни одного препарата, который позволял бы «искоренить» болезнь. Я долго работал в области вакцин. Если человек вакцинирован, то риск заболеть этим конкретным заболеванием резко понижается. В ревматологии такой вакцины нет. Мы научились добиваться очень длительной ремиссии. Есть препараты, которые влияют на воспалительные процессы — но все же не на первопричину болезни. А значит, мы должны продолжать исследовать именно патогенез — «корневую систему» болезни. Чтобы понять, как можно предотвратить заболевание. Или повлиять на него на самой ранней стадии, до того как человек придет в клинику с явными симптомами. Задача труднейшая. Потому что при таких заболеваниях всегда существует и генетическая предрасположенность — и множество «пусковых» механизмов. Разное их сочетание иногда приводит к тяжелой болезни. Это целый клубок сложнейших взаимосвязей. Мы пытаемся выдернуть из него по ниточке. Но даже цвет этой ниточки разглядеть бывает очень трудно... ■



КОРОЛЕВА РЕВМАТОЛОГИИ

В начале февраля исполнился год, как от нас ушла Валентина Александровна Насонова. Не так давно в Институте ревматологии РАМН состоялась конференция, посвященная ее памяти. И во время своего выступления я совсем не случайно обращалась ко всем собравшимся в зале так: «Дорогие и уважаемые ученики Валентины Александровны»... Можно без преувеличения сказать: она была Учителем для всех наших ревматологов. Показать масштабность и значимость личности и работы академика Валентины Насоновой крайне сложно. Но абсолютно необходимо. Не только потому, что она безмерно много значила для каждого из тех, кто знал



ее долгие годы. Но еще и потому, что ее идеи и работа создавали и по сей день продолжают создавать научный потенциал и в Институте ревматологии РАМН, и в разных регионах России и бывшего СССР. «Эхо» ее международной деятельности и сегодня продолжает звучать в мировом научном сообществе. Научные интересы Валентины Александровны Насоновой были необычайно широки, она была энциклопедически образованным ученым. В рамках этой статьи я попытаюсь обозначить хотя бы некоторые направления ее работы, где она была «первопроходцем», «пионером», где она намного опередила свое время.

Одна из важнейших проблем, которыми занималась Валентина Александровна, — это создание учения о системной красной волчанке (СКВ). Начало фундаментальных исследований при СКВ и их дальнейшее развитие неразрывно связаны с именем В.А.Насоновой. Сегодня, может быть, не все осознают, насколько трагична была когда-то судьба пациентов с этим диагнозом. Достаточно вспомнить такой факт: из 19 больных волчанкой, поступивших в 1958 году в отделение пограничных форм Института ревматизма, через год осталась в живых только одна. Под руководством В.А.Насоновой интенсивно и успешно изучаются этиология и патогенез, возрастные аспекты и клинические субтипы СКВ. Разрабатываются методы лабораторной диагностики и принципы терапии волчанки. В 1972 году была издана монография «Системная красная волчанка». Позже академиком В.А.Насоновой и ее учениками были разработаны и опубликованы методические указания по применению пульс-терапии при волчанке и других ревматических заболеваниях.

Сегодня у нас есть основания сказать, что смертельное заболевание СКВ становится контролируемым. И эти успехи в значительной мере можно считать заслугой Валентины Александровны.

В.А.Насонова занималась самыми разными проблемами отечественной ревматологии (и не только ревматологии!). Благодаря усилиям Валентины Александровны и ее коллег был разработан и внедрен в практику целый комплекс мероприятий по всей стране: профилактика, ранняя диагностика, лечение и диспансеризация больных. Она создала «новую» классификацию ревматизма. Концепция системности ревматических заболеваний тоже принадлежит В.А.Насоновой.

Огромный вклад Валентины Александровны в изучение ревматоидного артрита (РА). Крайне важно, что эта работа в течение многих лет велась в сотрудничестве с ревматологами Польши, Франции, Германии, Финляндии.

Когда-то великий Леонардо да Винчи сказал: «Проект дорожке построеного храма». Это в полной мере относится к тому, как работала в науке В.А.Насонова; у нее был особый подход к организации научной работы. Для реализации новой идеи формировалась «рабочая» группа, судьба которой зависела от итогов исследования. Были созданы специальные группы по изучению подагры, лайм-боррелиоза, безопасности антиревматических препаратов.

Хочу подчеркнуть: именно Валентина Александровна стала основоположником изучения эффективности и безопасности нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в практике ревматологов. В 1973 году в СССР был проведен первый международный симпозиум, посвященный использованию этих препаратов. И в целом

В.А.Насонова была пионером в изучении безопасности антиревматических препаратов. В 2001 году в нашем институте была создана специальная лаборатория для работы в этой области. Трудно переоценить значение этой деятельности и для врачей-ревматологов, и для их пациентов.

Еще одно направление научных поисков, где Валентину Александровну можно считать первопроходцем, — это изучение боррелиозов. В 1985 году академик Насонова инициировала изучение Лайм-артрита и клинических аспектов лаймовского боррелиоза в России. Совместно с учеными других специальностей (эпидемиологами, микробиологами, неврологами, дерматологами и др.) удалось заложить научный и организационный фундамент для всестороннего изучения проблем, связанных с иксодовыми клещевыми боррелиозами (ИКБ) в нашей стране. Изучена этиология и эпидемиология ИКБ в России. Выделены изоляты боррелий из клещей и от больных, создан музей боррелий (более 1000 изолятов).

У Валентины Александровны было много званий и титулов. Однажды кто-то назвал ее Королевой Ревматологии, и этот титул сохранился за ней навсегда. Не столь существенно, в какой момент появилось «королевское» звание академика Насоновой, кто произнес это первый раз. Но, возможно, важно осознать, когда всем стал ясен масштаб ее личности. Думаю, что это случилось в тот период, когда состоялось наше активное международное сотрудничество. В том числе сотрудничество с американцами.

Два года назад, в 2009 году, было 60-летие Европейской антиревматической лиги. Это событие проходило в Барселоне. В один из дней я вышла из здания, где проходил Конгресс, шла вдоль красной дорожки мимо портретов всех президентов лиги (они менялись каждые два года) и вдруг ошеломленно осознала: Валентина Александровна так и осталась единственной женщиной в столь почтенном обществе, единственной женщиной в этом высоком статусе. Представьте: за всю 60-летнюю историю существования EULAR больше никто из женщин не удостоился такой чести! Когда-то давно я была на 30-летию Лиги в Швейцарии. Какая разница! Это было совсем другое, куда более скромное по масштабам мероприятие. За 30 лет был пройден огромный путь! И оказалось, что быть президентом Европейской антиревматической лиги — чисто мужская привилегия.

У нее был потрясающий авторитет в мировом научном сообществе в целом и, в частности, среди ревматологов. Особенно отчетливо мы поняли это, когда началось международное сотрудничество с Институтом артрита в США, в Бетезде.

Это было удивительное событие: к нам в институт одновременно приехали оттуда 14 самых известных ученых в области ревматологии и иммунологии. Валентина Александровна их принимала. Нам было интересно, что четверо из них оказались выходцами из России, понимали по-русски. И вот тут мы особенно отчетливо осознали, как Валентина Александровна смогла наладить наше общение и сотрудничество, насколько быстро она сумела



понять как ревматолог, что именно будет особенно интересно и для нас, и для американцев. Хотя, конечно, это не было началом ее международной деятельности, в научном мире ее уже знали и уважали, она уже была избрана президентом Европейской лиги, была одним из ведущих советских ревматологов. И в Москве к тому времени уже прошел потрясающий конгресс, который остался в памяти у сотен ревматологов разных стран. Это было действительно грандиозное мероприятие, оно проходило во Дворце съездов, все было организовано очень торжественно и красиво.

Почему ее считали Королевой Ревматологии, в чем проявлялась ее «королевская стать»? Это трудно сформулировать. В личности Валентины Александровны Насоновой было нечто особенное, какая-то магия, мощная притягательная сила, она была уникальна во многих своих проявлениях. И, безусловно, это касается не только ее научной деятельности. Важно все: ее отношение к делу, отношения с людьми. И даже ее особый «дресс-код», как сказали бы сегодня: строгий костюм, элегантность во всем, и при этом — неизменная женственность. Но все же главное, наверное, — это ее максимально широкое видение научных проблем, глубокое понимание сложнейших научных вопросов, междисциплинарный подход к поискам в науке. Постепенно она привлекла к сотрудничеству с американцами очень многих наших сотрудников. Мы туда ездили — они сюда приезжали. У нас сразу появились статьи в зарубежных научных изданиях. Ведь в серьезные международные научные журналы всегда очень трудно «пробиться». Сразу открылось некое «новое дыхание», новое пространство для работы и мысли. За эти новые профессиональные возможности ей благодарны очень многие ревматологи — и не только ревматологи.

Думаю, что высокий профессионализм и обостренное чувство собственного достоинства породили в ней эту удивительную «осанку» величия и простоты одновременно. Она жила с открытой душой — и открытыми руками. Она была щедра и милостива — и как ученый, и как врач, и как человек. И — как истинная королева — она совершенно одинаково относилась и к профессору, и к молодому врачу, ко всем, кто оказывался в поле ее профессиональной деятельности. Она всегда

была абсолютно доступна для ревматологов всей страны. Это было воистину удивительно! При всех своих званиях, при всей широте интересов и предельной занятости она умела быть внимательной ко всем «деталям» жизни. И слышать каждого, кто к ней обращался, будь то коллеги-врачи или пациенты. Она годами сохраняла взаимоотношения с некоторыми своими пациентами, которых начинала лечить много лет назад. Это редчайшее свойство! Это далеко не каждому дано — и не каждый захочет «обременять» себя такими взаимоотношениями. Вспоминая разные моменты своей профессиональной жизни, она была безмерно счастлива оттого, что одна из ее бывших пациенток с СКВ стала бабушкой. Это действительно было для Валентины Александровны свидетельством ее успеха как врача, поводом для огромной радости и гордости. Ее личным достижением. А еще у академика Насоновой была фантастическая, совершенно феноменальная память. Это — тоже особый талант, как и многие другие качества, которые ей дал Бог в полной мере.

Понятие Королевы — очень широкое. Повторю снова: это не только профессиональные достижения Валентины Александровны. Это широта и масштаб личности во всех ее проявлениях. Она никогда не замыкалась в своем директорском кабинете, любой врач мог ей позвонить и посоветоваться, и любой больной мог попасть к ней на прием. Она была доступна, люди это знали — и шли к ней до самых последних дней ее жизни. И она принимала больных, хотя в какой-то момент уже считала необходимым пригласить еще кого-то из специалистов, хотела, чтобы еще кто-то поддержал ее мнение. Королевская щедрость и доступность оставались с ней до конца жизни. Никогда она не изменяла себе, ни разу не сошла со своего пьедестала. ■



Профессор З. С. Алекберова

Начало на с. 6

случаях — вылечить. Избежать тяжелых осложнений, в том числе смертельных. Все эти достижения оказались возможными благодаря фармакотерапии. За несколько десятилетий она сделала колоссальный скачок вперед. Многие патологические процессы раньше казались неуправляемыми — сейчас нам под силу удерживать заболевание «в узде», добиться если не излечения, то хотя бы менее тяжелого течения болезни под контролем наших лекарств.

— Сегодня все чаще применяется активное лечение ревматических болезней на ранних стадиях. Как Вы полагаете, насколько это оправданно?

— Думаю, что это только в ревматологии так сложилось: давайте сначала посмотрим, как будет протекать болезнь, пока будем лечить ее не очень активно. А потом уже начнем активное лечение. Ни в одной из других областей медицины вопрос никогда так не стоял. Как только заболевание начинает развиваться — его сразу начинают лечить. И это правильно! Не нужно ждать и смотреть, пока болезнь причинит существенный ущерб организму.

Ревматология проделала этот путь. Был такой подход: вначале давайте попробуем самое мягкое и безопасное лечение. Посмотрим, что будет происходить. А потом уже начнем активное лечение — если увидим, что болезнь протекает в достаточно тяжелой форме. Сейчас все поменялось кардинальным образом. Новый подход: лечить как можно раньше, лечить как можно более активно. Я уверен, что это правильно, потому что именно в этой стадии иногда удается остановить заболевание. А если не остановить, то как можно быстрее добиться ремиссии болезни, улучшения состояния пациента. Именно такой подход позволяет избежать самых тяжелых последствий для организма.

— В медицине сегодня существует понятие самой ранней стадии развития болезни — так называемой «стадии предболезни». Насколько правомерно говорить об этом в ревматологии?

— На мой взгляд, «стадия предболезни» — весьма условное понятие. Для ревматических болезней такой стадии точно нет. Да, при отдельных недугах есть важные факторы риска, которые существенно увеличивают вероятность развития будущих заболеваний. Например, повышение уровня холестерина. Действительно, болезни еще нет, но уровень холестерина уже высокий, и очень велика вероятность того, что в будущем у человека разовьются сосудистые заболевания. При ревматических заболеваниях таких очевидных факторов нет. Допустим, стрептококковая ангина иногда может закончиться ревматическим заболеванием. Но это происходит достаточно редко. А болеют такой ангиной почти все, и не раз в течение жизни. А под-

ростки — особенно часто. Но жесткой прямой зависимости между этими заболеваниями нет. И в целом факторы риска, например, для кардиологических заболеваний на сегодняшний день известны лучше. При ревматических болезнях «мозаика» причин и факторов развития патологических процессов еще сложнее. Хотя, возможно, в будущем мы придем к тому, что будем знать основные факторы риска, которые влияют на развитие ревматических болезней. К примеру, уже сейчас можно с уверенностью говорить о таком факторе, как курение. Он определенно увеличивает риск заболеть. Но сегодня мы не можем сказать, что знаем факторы риска — это первое. Мы не можем обеспечить первичную профилактику ревматических болезней — это второе. И, наконец, мы не можем считать, что на

Был такой подход: вначале давайте попробуем самое мягкое и безопасное лечение. Посмотрим, что будет происходить. А потом уже начнем активное лечение — если увидим, что болезнь протекает в достаточно тяжелой форме. Сейчас все поменялось кардинальным образом. Новый подход: лечить как можно раньше, лечить как можно более активно.

какой-то стадии имеем дело с «предболезнью», — это третье. Пока ревматоидный артрит не развился, его невозможно выявить. Но выявлять как можно раньше — можем! И эффективно лечить — тоже можем! Именно это правомерно считать огромным достижением ревматологии.

— Теперь позволите задать Вам вопрос как главному ревматологу Москвы. Насколько отличается система организации помощи больным ревматическими болезнями в Москве и в регионах?

— Не могу сказать, что в Москве эта система лучше, чем в регионах. Полагаю, что в некоторых регионах она даже несколько лучше, чем в столице, по своей структуре и организации. Я не так давно стал главным ревматологом, что-то уже удалось сделать, но многое только предстоит. Четкую систему помощи больным с ревматическими заболеваниями еще нужно создавать. Задач много: врачей нужно постоянно учить, амбулаторную службу нужно укомплектовать. (В целом могу сказать, что ревматологов в стране пока не хватает.) Кроме того, очень важно четко распределить функциональные обязанности — от ревматолога поликлиники до окружного ревматолога.

На сегодняшний день есть очень много нерешенных вопросов. Это и время, которое выделяется на прием (первичный и повторный), и количество бумаг, которое приходится писать, и порядок записи на прием, и число пациентов, которых врач-ревматолог должен принять... Все эти проблемы нуждаются в проработке. В том числе, это серьезная проблема стационарной помощи. В Москве сейчас четы-

ре стационарных отделения. Хватит ли этого — пока вопрос открытый. Сейчас происходит ускорение лечения больных. Возможно, этих отделений будет достаточно, но пока это не до конца понятно. Ясно, что службу нужно во многом совершенствовать.

Очень сложный вопрос — медикаментозное лечение. В ревматологии есть своя специфика. Лечение больных ревматоидным артритом стоит дороже, чем, допустим, лечение гипертонической болезни. Дороже, чем лечение пациентов с сахарным диабетом или хроническим обструктивным заболеванием легких. Такое лечение «опеределило» и лечение кардиологических болезней. Сегодня оно стало самым дорогостоящим, особенно если речь идет о самых новых биологических препаратах. А потому очень важно определить, кому оно показано, кому нет. Иногда есть смысл насколько возможно ограничить лечение самыми дорогими препаратами, попытаться бороться с болезнью другими методами, с помощью других эффективных препаратов (прежде всего — метотрексата). Метотрексат (Методжект) — средство более дешевое, чем биологическая терапия. Вся медикаментозная терапия, всеми препаратами, должна быть тщательно разработана, оформлена в виде клинических рекомендаций, которые необходимо строго соблюдать. А мы должны это контролировать.

— Не так давно в арсенале ревматологов появилась новая усовершенствованная форма метотрексата — Методжект (препарат в предварительно заполненных шприцах). Есть ли он в регионах?

— В некоторых — есть. Конечно, это зависит от средств, которые выделяются на эти цели в регионах. Есть регионы — например, Якутия, Тюмень или Пермь, — где бюджет даже больше, чем в Москве. Существует давно сформировавшийся стереотип, будто в Москве ситуация с лекарствами всегда лучше. Это не так. Финансирование в регионах очень разное. Где-то даже лучше, чем в Москве. Хотя, конечно, финансирование в Москве, видимо, выше среднего по стране.

— Какие «звенья» должны существовать в современной системе помощи пациентам с ревматическими заболеваниями?

— Первая важнейшая «ступенька» — это амбулаторное звено, поликлиники. Далее — диагностический центр. Потом окружной ревматолог. Потом главный ревматолог. И в конце цепочки — стационарная помощь тяжелооболеченным. В особо сложных случаях необходимо направлять больных в центральные институты или привлекать для консультации специалистов из таких институтов. Думаю, что четкая организация такой помощи не менее важна, чем достижения фармакотерапии. ■



Ревматология

приложение для пациентов



ЦЕЛЬ ЛЕЧЕНИЯ —

ПОДАВИТЬ АКТИВНОСТЬ БОЛЕЗНИ

Рассказывает доктор медицинских наук,
профессор Наталья Владимировна Чичасова

Союз врача и пациента — одно из условий успешного лечения

— Лечение ревматоидного артрита (РА) — очень сложная задача. Не только для врача, но и для пациента. Это одно из самых тяжелых заболеваний человека, причина возникновения которого до сих пор неизвестна. Когда пациент только-только заболел, он, конечно, надеется, что завтра-послезавтра все пройдет. Увы, избавление от симптомов и осложнений болезни возможно только при назначении адекватного лечения. Самостоятельного выздоровления при РА не бывает. Задержка с лечением приводит к нарастанию воспаления в суставах, развитию разрушений в них, формированию деформаций. Необходимо сразу, в тот момент, когда поставлен диагноз, объяснить пациенту, что хотя это и хронический недуг, но и задача врача, и задача больного — постараться сделать так, чтобы болезнь не мешала ему жить. Для этого очень важно — особенно в начале (врачи говорят — в дебюте) болезни — прислушиваться к рекомендациям врача. Бояться болезни нужно больше, чем лекарств, которые кто-то (соседи или знакомые) считают опасными средствами лечения. Сама болезнь очень опасна и может привести к снижению полноценной социальной и бытовой жизненной активности.

Цель лечения — подавить активность болезни, и чем быстрее мы это сделаем — тем лучше. На сегодняшний день есть много путей лечения. Все лекарства, которые сейчас используются в лечении хронических артритов, очень эффективны. Конечно, нужно подобрать препарат, который будет лучше подавлять болезнь в каждом конкретном случае. А со стороны больного очень важно следить за своим здоровьем, делать контрольные анализы. И в случае любых неприятностей или непонимания своего состояния обращаться к врачу. Контакт между врачом и пациентом всегда очень важен и во многом определяет успех лечения. Потому что именно при постоянном контроле за успешностью лечения можно добиться наилучших результатов. В самом начале болезни необходимо часто (может быть, ежемесячно) общаться с врачом. Когда болезнь подавлена — можно делать это и более редко. Но даже при самой лучшей ситуации, когда совсем ничего не болит, пациент не должен сам бросать лечение. Бывают скрытые признаки болезни, которые увидит и оценит только врач. Самостоятельное прерыва-

ние лечения может привести к обострению болезни. А любое повторное обострение недуга подавлять тяжелее, чем первичное воспаление.

На сегодняшний день при тщательном контроле за эффектом и безопасностью терапии можно добиться сохранения способности больного работать и жить нормальной семейной жизнью. К этому и надо стремиться. Но очень важно понять: нет простого, единого для всех стандарта лечения, который подходил бы всем больным. Понадобится время, чтобы подобрать препарат, наиболее эффективный для конкретного больного. И, возможно, первый препарат будет недостаточно эффективен, нужно будет менять его дозу или подбирать другие средства, другие лекарства. Главное — что сейчас есть выбор таких лекарств. Именно поэтому столь важен самый тесный контакт между врачом и пациентом, они должны быть союзниками в борьбе против тяжелого недуга.

Я всегда прошу пациента оценивать во время лечения: какова динамика его проявлений болезни, на каком уровне активность (выраженность проявлений болезни)? Стала ли она снижаться? Или лечение не оказывает должного положительного эффекта? Такая оценка пациента помогает врачу и варьировать дозу лекарства, и менять лечение, если оно недостаточно эффективно. Главное — делать это вовремя, не запуская болезнь, не давая ей «завоевывать» пространство жизни человека. Как правило, больные очень хорошо это понимают. Они следуют рекомендациям врача, делают все необходимое.

Суставы нужно разрабатывать

Важнейший момент: больной с воспаленными суставами все равно обязан их разрабатывать, должен делать зарядку. Если воспаление сейчас сильное — значит, он делает посильные упражнения, лежа в постели. Осторожно, с той интенсивностью, которую позволяет болезнь. Когда болезнь отступает, движения становятся активнее. Но в любом случае больной должен «разрабатывать» свои руки и ноги, добиваться «рабочего» состояния суставов. Зарядка входит в обязанности пациента. Желательно заниматься 15—20 минут два-три раза в день.

Что касается других физических нагрузок, то к этому надо относиться осторожно. Перегрузки при



воспаленных суставах никогда не могут быть полезными. В период высокой активности болезни физические нагрузки ограничиваются. Это касается и статических нагрузок — когда больной долго находится в одном положении, и динамических — когда надо двигаться, преодолевать большие расстояния. Принцип один: «через боль» делать ничего нельзя.



Но как только болезнь отступает — двигательный режим сразу расширяется. Уже через несколько месяцев пациенты по ощущениям начинают понимать, какие нагрузки для них допустимы, приемлемы. При воспаленных коленках, например, любые прыжки и все виды спорта, связанные с прыжками, не рекомендуются. Если воспалены коленные и тазобедренные суставы — велосипед или велотренажер нужно использовать очень осторожно, с минимальной нагрузкой. И заниматься этим только тогда, когда воспаление в крупных суставах хорошо подавлено, когда нет обострения болезни. Очень полезно плавать. Это способствует разработке суставов и укрепляет мышцы.

К сожалению, методисты по лечебной физкультуре почти не занимаются воспалительными заболеваниями. Но лечащий врач всегда может объяснить, какие нужны упражнения именно для этого пациента. Общий принцип один: упражнения не должны давать большую нагрузку и не должны усиливать боль. Как только упражнение усиливает боль — его надо прекратить выполнять. Делать следует в пределах того, что сейчас «разрешает» болезнь. Боль уходит — диапазон нагрузок расширяется. Появляется боль — это сигнал остановить упражнение. Любое!



Как правильно питаться? Нужно ли бояться солнышка?

Особых ограничений в питании для больных РА или другими хроническими артритами нет. Но эти больные пьют лекарства, которые проходят через желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), иногда могут вызывать повреждение его слизистой оболочки. Поэтому нужно избегать продуктов, которые раздражают ЖКТ. Поменьше маринадов, солений и специй, перца. Общий принцип простой: надо беречь желудок, не нужно увеличивать нагрузку на него. Почему-то есть мнение, что нельзя есть помидоры. Это не так. В разумных пределах (не по килограмму в день) есть их можно. Полезны любая зелень, фрукты и овощи. Важно, чтобы питание было полноценным, разнообразным, сбалансированным.

Скажу несколько слов о физиопроцедурах. Прогреть воспаленные суставы — плохо. Раньше рекомендовали использовать при ревматических заболеваниях грязи, компрессы, горячие ванны, прогревание кварцевыми лампами. Но уже давно доказано, что для воспаленных суставов это вредно. По мере снижения активности болезни можно принимать минеральные ванны. Но ни в коем случае — сероводородные или радоновые! Они резко усиливают воспаление в суставах. Бывали такие случаи: больной приезжает на курорт на своих ногах — а увозят его на носилках...

Находиться на солнце нашим больным не рекомендуется. Это тоже может вызвать обострение болезни. Сейчас принято ездить на отдых в жаркие страны. Это допустимо, но там особенно важно беречь себя. Пожалуйста, отдыхайте — но есть шляпка и зонтик; можно гулять и наслаждаться жизнью — но сидеть не на солнце, а под тентом. Избыток солнечных лучей при РА противопоказан. Не менее важно знать, что при таком диагнозе пациентам нельзя переохлаждаться и простужаться, организму трудно бороться с простудами. Можно сказать, что мы «запрещаем» своим больным простужаться.

Есть еще одна проблема, которая особенно актуальна для женщин: тяжести. По моему, женщина вообще не должна носить тяжести больше двух-трех килограммов! Наверное, кто-то сочтет, что такая рекомендация трудновыполнима. Но нужно к этому стремиться. А в период обострения болезни допустимая нагрузка на руки — полтора-два килограмма, не больше. ■



НОВАЯ КНИГА



В январе в издательстве ИМА-ПРЕСС вышла новая книга — «Анти-В-клеточная терапия в ревматологии: фокус на ритуксимаб».

Монография, авторами которой являются ведущие отечественные ревматологи, сотрудники Научно-исследовательского института ревматологии РАМН под руководством академика РАМН Е.Л. Насонова, посвящена терапии аутоиммунных заболеваний, таких как ревматоидный артрит, системная красная волчанка, васкулиты, миопатии, системная склеродермия. В центре внимания — применение в ревматологии анти-В-клеточного генно-инженерного биологического препарата ритуксимаб.

Ритуксимаб (Мабтера) — химерные моноклональные антитела к трансмембранному CD20-антигену В-клеток.

Описаны особенности терапии ритуксимабом широкого спектра аутоиммунных заболеваний, представлены данные клинических исследований и собственный опыт применения препарата.

Монография предназначена в первую очередь для ревматологов, а также может представлять интерес для смежных специалистов, врачей общей практики, студентов и аспирантов медицинских вузов.

Заказ книг по телефону: (495) 941-99-61

	<p>Издатель: ООО «ИМА-ПРЕСС»</p> <p>Адрес редакции: 123104, Москва, а/я 68, ООО «ИМА-ПРЕСС» Телефон: (495) 941-99-61 e-mail: info@ima-press.net; www.ima-press.net</p>	<p>Главный редактор акад. РАМН Е.Л. Насонов</p> <p>Шеф-редактор: С.М. Сухая</p> <p>При перепечатке материалов ссылка на газету обязательна. Мнение редакции может не совпадать</p>	<p>с точкой зрения авторов публикуемых материалов.</p> <p>Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере массовых коммуникаций, связи и охраны культурного наследия.</p>	<p>Ревматология, 2012, №1 (1), 1–12</p> <p>Отпечатано в типографии «Деком»</p>
	<p>ИМА-ПРЕСС</p>			