



Ревматология

ДЕНЬ ПАМЯТИ
с. 2

**ЕВРОПЕЙСКИЙ
КОНГРЕСС
РЕВМАТОЛОГОВ**
с. 5

**IX МЕЖДУНАРОД-
НЫЙ КОНГРЕСС
ПО АУТОИММУНИ-
ТЕТУ, НИЦЦА** с. 6

**БАРСЕЛОНА:
конференция
и саммит** с. 7

**ДИАГНОЗ – ЭТО
НЕ ПРИГОВОР** с. 11

О СПОНДИЛО- АРТРИТАХ НА ЕВРАЗИЙСКОМ КОНГРЕССЕ РЕВМАТОЛОГОВ

До начала конгресса, 20 мая 2014 г., прошло заседание «Совета экспертов по спондилоартритам» (ЭкСпА), на котором рассматривались вопросы терминологии и согласовывались определения заболеваний. В результате бурных дебатов были приняты определения таких патологических состояний, как «спондилоартриты», «анкилозирующий спондилит» (АС), «псориатический артрит» и др. Активная дискуссия развернулась также при обсуждении классификации АС, особенно описания ранней стадии болезни и взаимоотношения АС с нерентгенологическим аксиальным спондилоартритом. В итоге было принято решение о разработке дополнительных комментариев к выработанным определениям с целью унификации понимания описываемых состояний между врачами общей практики и специалистами ревматологами, а также о необходимости доработки классификации АС.

Следует отметить, что конгресс проходил в юбилейный для спондилоартритов год – в этом году исполняется 30 лет модифицированным Нью-Йоркским критериям АС, которые до сих пор активно используют ревматологи всех стран. Этому событию был посвящен отдельный симпозиум «К 30-летию юбилею модифицированных Нью-Йоркских критериев анкилозирующего спондилита». На симпозиуме *Ш.Ф. Эрдеc (Москва)* рассказал об истории критериев, которые использовались и используются при спондилоартритах. Были представлены эволюция критериев АС от Римских (1961) до Российской версии модифицированных Нью-Йоркских критериев, критерии реактивных артритов, причины и последствия многообразия критериев псориатического артрита. Центральным по проблеме спондилоартритов можно считать симпозиум «Спондилоартриты: противоречия и возможности», на котором рассматривались вопросы новой концепции этих заболеваний. В основном докладе, представленном известным немецким ревматологом К. Баралиакосом, показаны возможности диагностики и лечения дорентгенологического аксиального спондилоартрита и его место в новой концепции спондилоартритов. Во время обсуждения докладчиком было высказано мнение, что, возможно, данное состояние, т. е. нерентгенологический аксиальный спондилоартрит, все же является ранней стадией АС, при котором рентгенологически выявляемые повреждения еще не манифестировались. В докладе *Ш.Ф. Эрдеc (Москва)*, посвященном современной концепции спондилоартритов, было подчеркнуто, что с научной точки зрения она прогрессивна, но, к сожалению, находится в резком противоречии с практикой. В первую очередь это связано с фактом обязательного использования в практическом здравоохранении устаревшей классификации болезней (МКБ-10), которая не обновлялась уже 15 лет. Поэтому было рекомендовано пока использовать в повседневной практике устоявшиеся термины и обозначения нозологических форм, а особо дискуссионный «нерентгенологический аксиальный спондилоартрит» рассматривать как

II ЕВРАЗИЙСКИЙ КОНГРЕСС РЕВМАТОЛОГОВ

С 20 по 23 мая 2014 г. в Москве в Центральном доме ученых РАН проходил II Евразийский конгресс ревматологов. В нем приняли участие более 600 ученых и врачей-ревматологов. Форум собрал вместе ведущих специалистов России, стран ближнего зарубежья, Европы, Японии, США.

В течение всех 4 дней работы форума заседания шли одновременно в 4 залах. Состоялось 28 научных симпозиумов и 28 пленарных заседаний, было сделано более 250 докладов, представлено 80 постерных докладов.

Сегодня мы продолжаем публиковать материалы, посвященные работе конгресса.



начальную стадию АС при наличии признаков сакроилиита при магнитно-резонансной томографии (МРТ).

На пленарном заседании, посвященном раннему спондилоартриту, прозвучали доклады *А.Г. Бочковой и соавт. (Москва)* о клинических особенностях первой российской когорты пациентов, *О.Б. Несмеяновой (Челябинск)* об опыте применения МРТ у пациентов с болью в спине. *Н.Ф. Сорока (Белоруссия)* поделился результатами многолетнего наблюдения за больными с недифференцированными спондилоартритами и исходами реактивных артритов среди пациентов в Белоруссии.

Некоторые нерешенные вопросы терапии АС обсуждались на пленарном заседании. Так, в сообщении *И.З. Гайдуковой и соавт. (Саратов)* было уделено внимание использованию пульс-терапии при активном АС и ее частичной эффективности у ряда больных, не отвечающих на терапию нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП); *Г.А. Кулчиновой и А.Т. Мамасаидова (Киргизия)* – результатам сравнительного годового исследования НПВП, сульфасалазина, метотрексата и ритуксимаба у больных АС. Было показано, что наилучшие результаты получены при использовании анти-В-клеточной терапии, а худшие – при назначении НПВП. Сравнению эффективности НПВП, ритуксимаба и ингибиторов фактора некроза опухоли (ФНО) α был посвящен и доклад *М.С. Протопопова и соавт. (Казань)*, которые также наблюдали у больных с активным АС к 24-й неделе терапии более высокую клиническую эффективность ритуксимаба по сравнению с НПВП, но меньшую эффективность по сравнению с ингибиторами ФНО α . Кроме того, эти же авторы в другом докладе продемонстрировали, что анти-В-клеточная терапия столь же эффективна при подавлении очагов активного воспаления в крестцово-подвздошных суставах, выявляемых при помощи МРТ, как и ставшая стандартной терапия ингибиторами ФНО α .

На конгрессе обсуждались и недостаточно освещенные или мало изученные вопросы терапии АС ингибиторами ФНО α . Так, *А.Г. Бочкова и соавт. (Москва)* сообщили о результатах лечения этанерцептом пожилых больных (старше 60 лет), у которых в 75% случаев удалось достичь частичной ремиссии. Этот показатель оказался сходным с результатом терапии данным препаратом у лиц молодого и среднего возраста. Похожие результаты получили *С.А.*

Латишина и соавт. (Казань): к 12-й неделе терапии этанерцептом частичная ремиссия наблюдалась у 73% больных. После достижения эффекта кратность введения препарата уменьшили до 2 раз в месяц, что не отразилось на ранее достигнутых результатах – у пациентов с длительностью болезни менее 5 лет сохранялась частичная клиническая ремиссия. Переклочению с одного ингибитора ФНО α на другой при АС был посвящен доклад *О.А. Румянцева и соавт. (Москва)*. Показано, что если этанерцепт был первым препаратом в терапии, то частичная ремиссия достигалась в 76% случаев, а если вторым (после моноклональных антител), – то в 29%. Но что делать, если при раз-

витии вторичной неэффективности нет возможности переключения на другой ингибитор ФНО α ? Этому вопросу был посвящен второй доклад *О.А. Румянцева и соавт. (Москва)*: у 5 пациентов продемонстрировано, что плазмаферез перед очередным введением инфликсимаба увеличивал время эффективности препарата в среднем на 3 нед. Однако к 6-му месяцу наблюдения длительность эффекта вновь сокращалась до 4 нед. В то же время анализ динамики уровня антител к инфликсимабу показал, что развитие вторичной неэффективности не всегда связано с выработкой и концентрацией нейтрализующих антител к препарату.

На пленарном заседании, посвященном социальным вопросам спондилоартритов, *В.Н. Сороккая и соавт. (Тула)* представили анализ официальной статистики Минздрава России за 2002–2010 гг. Было показано, что общая заболеваемость АС увеличилась за последние годы на 25%, а первичная – на 52%. Обсуждая причины этого явления, авторы предположили, что такая динамика связана в первую очередь с повышением интереса медицинской общественности к проблеме. Также на основе анализа смертности в Тульской области было показано, что смертность от АС снизилась за этот период с 0,4 до 0,08, что можно частично объяснить оптимизацией терапевтической тактики. Основное число больных АС – относительно молодого возраста, поэтому вопросы трудоспособности для них представляются крайне важными. Этот аспект был освещен в докладе *М.В. Подрядновой и соавт. (Москва)*. Показано, что в среднем через 5 лет после начала заболевания уже 40% больных не работают, а среди работающих основное влияние на производительность труда оказывает активность болезни. В докладе *А.П. Реброва и И.З. Гайдуковой (Саратов)* указывалось, что при сопоставимых факторах сердечно-сосудистого риска развитие ишемической болезни сердца, фибрилляции предсердий и артериальной гипертензии при АС встречается реже, чем при псориатическом артрите или даже в контроле. В свою очередь, по данным *М.В. Подрядновой и соавт. (Москва)*, изменения, выявляемые у больных АС при ЭКГ и ЭхоКГ, не имели клинического значения, а

¹ Полностью тезисы II Евразийского конгресса были опубликованы в журнале «Научно-практическая ревматология» 2014 (52); приложение 1.

развитие артериальной гипертензии ассоциировалось с высокой активностью болезни.

*Д.м.н. Ш.Ф. Эрлес,
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва*

СИМПОЗИУМ «ПАННИКУЛИТЫ В РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ»

В докладе *Б.С. Белова* освещено современное состояние проблемы панникулитов (Пн). Показано, что вследствие клинического полиморфизма данная нозология может встретиться в практике врачей различных специальностей. Продемонстрированы этиологическая многофакторность, различные клинические варианты, диагностический алгоритм и основные схемы терапии Пн.

Доклад *О.Н. Егоровой и соавт.* был посвящен проблеме дифференциальной диагностики Пн. На собственном материале авторами показано значение полного всестороннего обследования таких пациентов с обязательным проведением патоморфологических исследований биоптатов кожи и подкожной жировой клетчатки. Выделены основные диагностические признаки идиопатического Пн Вебера – Крисчена. Подчеркнуто, что разработка и внедрение новых высокотехнологичных методов обследования позволят в будущем верифицировать причину Пн значительно чаще, чем в настоящее время. *В.Р. Городецкой и соавт.* с учетом собственных наблюдений представили основные характеристики подкожной панникулитоподобной лимфомы и акцентировали внимание на диагностическом значении своевременно выполненных иммуногистохимических исследований. В докладе *С.Г. Раденска-Лоповок* были изложены патоморфологические аспекты различных видов Пн.

«Инфекции в ревматологии: современное состояние проблемы» – так называлась лекция, с которой выступил *Б.С. Белов*. Показана важность проблемы острой ревматической лихорадки (ОРЛ) на современном этапе. Представлены основные показания и подробные схемы лечения А-стрептококковой инфекции глотки как у больных, так и у здоровых носителей в рамках первичной профилактики ОРЛ. Подчеркнуто значение антибиотиков группы пенициллинов как препаратов первого ряда для лечения указанных инфекций. Обращено внимание на возрастание роли коморбидных инфекций (КИ) при ревматических заболеваниях, особенно в связи с активным внедрением в практику генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), и на важность тща-

тельного отбора и мониторинга больных, получающих эти препараты. Представлены собственные данные об оценке значения прокальцитонинового теста в диагностике КИ при ревматических заболеваниях. Рассмотрены вопросы вакцинопрофилактики КИ как в целом, так и в зависимости от проводимой терапии. Подчеркнута необходимость проведения многоцентровых длительных исследований (в том числе в Российской Федерации) с целью выработки более четких показаний для вакцинации и оценки влияния на ее результаты различных ГИБП у пациентов с ревматическими заболеваниями.

*Д.м.н. Б.С. Белов,
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва*

ПРОБЛЕМЫ МИКРОКРИСТАЛЛИЧЕСКИХ АРТРИТОВ

В рамках II Евразийского конгресса ревматологов было проведено два пленарных заседания, посвященных проблемам микрокристаллических артритов – подагре и болезни депонирования кристаллов пирофосфата кальция (пирофосфатной артропатии): «Кардиоваскулярные заболевания у больных подагрой» и «Диагностика микрокристаллических артритов».

В последние годы меняется концепция лечения и диагностики указанных заболеваний, публикуется все больше результатов исследований о необходимости индивидуального подхода к подбору терапии, учитывающего наличие коморбидных, прежде всего кардиоваскулярных заболеваний, анализируются причины снижения качества жизни, риск кардиоваскулярных осложнений.

Сообщения, представленные на обеих секциях, что неудивительно, во многом дополняли друг друга. Это позволяет конспективно изложить представленную в докладах наиболее интересную информацию даже без соблюдения хронологии докладов.

Оживленную дискуссию вызвало сообщение *А.Н. Калягина (Иркутск)* «Хроническая сердечная недостаточность и подагра». Были изложены данные последних исследований, подтвердившие высокую частоту выявления сердечной недостаточности у больных подагрой и демонстрирующие влияние гиперурикемии на увеличение риска неблагоприятного прогноза при сердечной недостаточности и в то же время негативное влияние последней на уровень урикемии. В качестве возможных методов, которые могут разорвать «порочный круг», обсуждались данные проспективных исследований, посвященных оптимизации терапии мочегонными препаратами (последние два исследования продемонстрировали, что применение калийсбе-

регающих диуретиков предпочтительнее, а бытующее мнение, что тиазидоподобные диуретики безопасны, ошибочно). Отмечено также благоприятное влияние уратснижающих препаратов (аллопуринола, фебуксостата) на течение хронической сердечной недостаточности и прогноз.

Эти данные переключались с подробнейшим анализом, представленным в докладе *Е.И. Маркеловой (Москва)*. Он был посвящен основным принципам профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний у больных подагрой. Акцентировалось внимание на необходимости своевременной диагностики артериальной гипертензии и других факторов риска, использования статинов (некоторые из этих препаратов, по последним данным, обладают довольно выраженным уратснижающим эффектом).

По данным, представленным специалистами кафедры геронтологии и гематологии Первого МГМУ им И.М. Сеченова (докладчик *М.Е. Елисеева*), частота коморбидных заболеваний в пожилом возрасте в несколько раз превышает таковую в популяции, их наличие определяет более тяжелое течение подагры. К особенностям подагры у пожилых, по мнению автора, относятся различия в частоте выявления факторов риска (при дебюте подагры в пожилом возрасте меньшее значение имеют алкоголь и нарушения диеты, большее – почечная недостаточность, прием мочегонных препаратов, наличие сердечно-легочной недостаточности), при этом возраст дебюта подагры не оказывает влияния на клинические проявления заболевания.

Скрытые возможности УЗИ в диагностике микрокристаллических артритов, к сожалению, пока недостаточно широко используемые в практике, освещены в докладе *М.В. Севериновой (Москва)*. Так, в настоящее время именно этот метод благодаря высокой чувствительности, дешевизне, малой инвазивности и общедоступности рассматривается в качестве основного инструментального исследования, позволяющего диагностировать подагру и пирофосфатную артропатию при невозможности проведения поляризационной микроскопии.

Тема диагностики была продолжена в докладе *С.А. Владимировой (Москва)*. За последние годы работ, посвященных частоте выявления отдельных заболеваний при наличии острого артрита, опубликовано не было. И результаты этой работы оказались весьма неожиданными: почти в трети случаев причиной острого артрита была пирофосфатная артропатия, она заняла 2-е место, практически не уступив по частоте подагре.

Немало вопросов вызвали некоторые тезисы новых международных критериев диагностики и лечения подагры, рассмотренных в докладе *М.С. Елисеева (Москва)*. Так, дискуссионным представляется тезис об отсутствии



– Много лет этот день был для нас очень радостным, – сказал на открытии конференции академик Е.Л. Насонов. – Сейчас, в последние три года, это печальный день, Валентины Александровны нет с нами. Но мы приняли решение каждый год в этот день проводить научную конференцию по проблемам, связанным с деятельностью академика В.А. Насоновой. Все мы знаем, что она была ученицей А.И. Нестерова и Е.И. Тареева, что всю жизнь занималась не только ревматологией, но и терапевтической наукой в целом. Она принимала самое активное участие в работе российского терапевтического общества. Поэтому мы очень рады видеть сегодня у нас в гостях генерального секретаря Российского научного медицинского общества терапевтов профессора Андрея Александровича Спасского. Наша задача – развивать традиции, заложенные В.А. Насоновой. Валентина Александровна и Наталья Гавриловна Гусева почти одновременно начали углубленное изучение двух тяжелых заболеваний: Наталья Гавриловна многие годы занималась системной склеродермией, Валентина Александровна – системной красной волчанкой. Мне хочется подчеркнуть: тематика сегодняшней

конференции выбрана не случайно. Она посвящена проблемам, которыми занимались эти две замечательные женщины – Н.Г. Гусева и В.А. Насонова. Мы живем в удивительное время. Уже созданы специальные препараты и протоколы для лечения склеродермии. Прогресс в развитии ревматологии позволяет существенно продлить жизнь пациентов, улучшить качество их жизни. Но нам предстоит еще многое изучить, оценить эффективность новых методов лечения. У нас в институте очень хорошо развивается направление, связанное со склеродермией. И я думаю, что это и есть самая лучшая память о Валентине Александровне. Пациенты, наука, ревматология – все это было самым главным для нее, вся ее жизнь была служением медицине.

На конференции были сделаны доклады: *Л.П. Ананьева* «Новые направления в лечении системной склеродермии»; *Р.Т. Алекперов* «Значение капилляроскопии в ревматологии»; *А.В. Волков, Н.Н. Юдкина, Е.В. Николаева* «Достижения в области диагностики и лечения легочной артериальной гипертензии при системной склеродермии»; *О.А. Конева* «Современные подходы к иммуносупрессивной терапии интерстициального поражения легких при ССД». ■

ДЕНЬ ПАМЯТИ



4 июля 2014 г.
в ФГБНУ НИИР
им. В.А. Насоновой
состоялась конференция,
посвященная дню рождения
академика
Валентины Александровны
Насоновой.



необходимости лекарственной терапии бессимптомной гиперурикемии, учитывая отсутствие данных о возможности такого лечения повлиять на риск развития подагры, болезней почек, кардиоваскулярных заболеваний и довольно высокую частоту нежелательных явлений у многих уратснижающих препаратов. Отличительная черта новых критериев от многих других подобных рекомендаций — максимальная лаконичность. С одной стороны, это упрощает их, а с другой — не дает четкого алгоритма для использования, что особенно актуально для врачей первичного звена.

Наконец, впервые были изложены данные исследования причин ухудшения качества жизни больных подагрой, проведенного в нашей стране (докладчик *М.В. Мукагова*). Они свидетельствуют о том, что именно клинические проявления подагры и в меньшей степени коморбидные заболевания, прежде всего хроническая болезнь почек, оказывают влияние на здоровье этих больных.

*К.м.н. М.С. Елисеев,
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва*

ТЕРАПИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

22 мая в симпозиуме «Актуальные проблемы мониторинга терапии больных системной красной волчанкой» (при поддержке компании «Глаксо Смит Кляйн») принял участие один из ведущих ревматологов мира, эксперт в области мониторинга и терапии системной красной волчанки (СКВ), профессор Андреас Дориа Италия (Университет Падуи). Профессор Дориа представил концепцию «терапия системной красной волчанки до достижения цели» (Treat-to-target SLE), разработанную в последние годы ревматологами Западной Европы и США. Новая стратегия лечения СКВ направлена на достижение ремиссии и улучшение жизненного прогноза. Основа новой стратегии лечения — мониторинг активности болезни, органических повреждений и качества жизни с использованием современных индексов. Применение индексов активности для оценки (не реже 3 раз в год) позволяет своевременно выбрать тактику лечения конкретного больного: увеличить или уменьшить дозу глюкокортикоидов (ГК), назначить или отменить иммунодепрессанты, провести курс биологической терапии.

В докладе *С.К. Соловьева (Москва)* были рассмотрены проблемы оказания медицинской помощи больным СКВ на современном этапе. Так, согласно новой концепции «Лечение до достижения цели», необходим обязательный контроль появления необратимых органических повреждений, таких как когнитивные нарушения, катаракта, остеопороз, асептический некроз, переломы костей, кардиоваскулярная патология и др. Огромное значение в профилактике необратимых повреждений имеют длительность приема ГК, их максимальные дозы, применение сверхвысоких доз. В концепции подчеркивается, что высокие дозы ГК должны назначаться только для купирования высокой активности СКВ. При снижении активности заболевания ежедневная доза должна быть достаточно быстро снижена до минимальной поддерживающей, а при достижении ремиссии ГК могут быть полностью отменены.

В докладах *Н.Г. Ключвиной* и *С.К. Соловьева (Москва)* большое внимание уделено регулярному мониторингу активности СКВ как при стационарном обследовании, так и при поликлинических визитах к ревматологу. *Н.Г. Ключвина* рассказала об «индексе тяжести» — показателе, отражающем «накопленную» активность и течение болезни. Динамика индекса тяжести варьирует в зависимости от варианта течения, а сам индекс может быть использован в качестве прогностического маркера СКВ. *С.К. Соловьев* подробно остановился на результатах применения ГИБП при СКВ: эффективности, безопасности и показаниях к применению анти-В-клеточных антител ритуксимаба и белимумаба. Хотя ритуксимаб не зарегистрирован в качестве препарата для лечения СКВ, его назначение высоко эффективно для подавления активности волчаночного нефрита, гематологического криза, поражения ЦНС. Белимумаб — первый и единственный ГИБП, специально разработанный для лечения СКВ. Белимумаб показан для поддержания ремиссии, профилактики обострений, его назначение может способствовать снижению ежедневной дозы ГК. ГИБП играют ключевую роль в концепции «Лечение до достижения цели», применение этих препаратов открывает новые возможности для высокоэффективной и безопасной терапии СКВ.

Е.А. Асеева (Москва) представила первый опыт анализа Российской когорты больных СКВ. В докладе подчеркивалось, что у всех больных, включенных в когорту, оценка проводилась в соответствии с рекомендациями Европейской антиревматической лиги (EULAR) и соответствовала концепции «Лечение до достижения цели». Как показал анализ, из 231 больного СКВ, госпитализированного в клинику ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН в 2012–2013 гг., до поступления в клинику достоверный диагноз в течение 1-го года заболевания установлен только в 58% случаев, у 20% больных заболеванием было выявлено через 4–5 лет, таким образом, име-

лись значительные проблемы ранней диагностики СКВ. ГК остаются основным средством лечения СКВ, в российской когорте эти препараты получали 100% больных, пульс-терапию метипредом — 82%, иммунодепрессанты (азатиоприн, циклофосфан, мофетила микофенолат) — 58%. Почти каждому 3-му пациенту проводилась терапия ГИБП (ритуксимаб — 23% и белимумаб — 3%), показателями для назначения ГИБП была высокая активность СКВ и неэффективность предшествующей терапии. В концепции «Лечение до достижения цели» большое значение придается профилактике необратимых органических повреждений. Анализ российской когорты выявил наличие органических повреждений у 62% больных, причем в 36% случаев имелось ≥3 повреждения. Самыми частыми органическими повреждениями были катаракта (у 30% пациентов), патология сердца и сосудов (у 22%) и костно-мышечной системы (у 19%). Высокая активность, частые обострения, длительный прием ГК ассоциируются с низким качеством жизни. Следует отметить, что раннее назначение ГИБП больным СКВ — основное терапевтическое направление в концепции «Лечение до достижения цели» в связи с их высокой эффективностью, способностью уменьшать число органических повреждений и улучшать качество жизни пациентов.

*Д.м.н. С.К. Соловьев,
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва*

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ В РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Традиционно большое внимание было уделено проблеме хронической боли в ревматологической практике. В рамках научной программы конгресса ведущие эксперты по этому вопросу *Л.И. Алексеева*, *Н.В. Чичасова*, *Е.С. Цветкова* и другие специалисты выступили с лекциями о распространенности, патогенезе хронической боли и основных подходах к лечению боли при ревматических заболеваниях. Отмечено огромное медицинское и социальное значение этой проблемы, особенно при таком распространенном заболевании, как остеоартроз (ОА). Было подчеркнуто, что, по современным представлениям, хроническая боль — не просто неприятный симптом, ухудшающий качество жизни, но и важный фактор, способный сокращать ее продолжительность. Поэтому рациональное обезболивание относится к числу самых важных компонентов комплексной противоревматической терапии, в том числе и с позиции соблюдения прав больного. Этому аспекту работы врача был посвящен специальный доклад эксперта — юриста *Д.С. Зубкова*.

Следует отметить большой интерес к новым активно изучающимся в последнее время элементам патогенеза хронической боли, в частности роли дисфункции ноцицептивной системы и нейропатической боли. Отражением этого интереса стали доклады сотрудников ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой *Е.Ф. Туровской* и *Е.С. Филатовой*, представивших собственные данные о частоте и характере признаков нейропатической боли при ОА и ревматоидном артрите (РА). В обсуждении этой темы закономерным стало участие наших коллег-неврологов. Так, несомненный интерес вызвали лекция *Д.М. Меркуловой*, посвященная туннельным синдромам, а также доклад *М.В. Чурюканова* о проблеме нейропатической боли.

Во многих докладах, посвященных хронической боли, большое внимание было уделено безопасности анальгетической терапии, прежде всего необходимости контроля осложнений, связанных с применением НПВП. Среди этих сообщений следует отметить доклад *А.В. Гордеева*, посвященный современным представлениям о нефротоксичности НПВП.

А.Е. Каратеев представил данные популяционного исследования КОРОНА-2, участниками которого стали врачи России и 8 стран СНГ. Изучалась распространенность кардиоваскулярных факторов и факторов риска поражения желудочно-кишечного тракта у лиц, нуждающихся в приеме НПВП. Также были рассмотрены клинические аспекты применения новой генерации обезболивающих препаратов — амтолметил гуацила и комбинации напроксена и эзомепразола, а также антидепрессантов и антиконвульсантов (используемых для лечения нейропатической и дисфункциональной боли) в практике ревматолога.

*Д.м.н. А.Е. Каратеев,
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва*

СИМПОЗИУМ «НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ — ДОБРО ИЛИ ЗЛО?»

Н. Дамьянов в сообщении «Место нестероидных противовоспалительных препаратов в современных рекомендациях по ведению пациентов с ревматическими заболеваниями» представил результаты метаанализов и эпидемиологических исследований.

По данным EULAR, в Европе более 120 млн жителей страдают ревматическими заболеваниями, отличительной чертой которых являются стойкое поражение опорно-двигательного аппарата (суставов, мышц, связок,

сухожилий) и хроническая боль. Адекватная терапия боли, прежде всего НПВП, уменьшает выраженность основных проявлений РА, АС и ОА, обеспечивая комфортное «ожидание» действия патогенетических препаратов. В то же время такая терапия направлена на борьбу с хронической болью как самостоятельным синдромом, влияющим на продолжительность жизни при ревматологических заболеваниях. Эффективность НПВП, несмотря на различия в степени подавления ЦОГ2, оказывается в среднем одинаковой. Основные различия НПВП зависят от безопасности конкретного препарата. Все усилия ревматологов должны быть направлены на профилактику кардиоваскулярных, гастроэнтерологических, гепатологических и других осложнений.

По данным последних (2013, 2014 гг.) исследований, меньшая частота кардиоваскулярных осложнений отмечена при применении мовалиса и напроксена. Диклофенак максимально часто вызывает клинически значимое (но транзиторное) повышение уровня трансаминаз в отличие от нимесулида. Это противоречит данным ВОЗ и FDA, о том, что нимесулид является лидером по жизнеугрожающим повреждениям печени, требующим ее пересадки.

Несмотря на большое число различных факторов риска, кардиоваскулярных и желудочно-кишечных осложнений при применении НПВП, одним из основных факторов риска все же является возраст больных, прежде всего страдающих ОА.

Разумность рекомендаций по сокращению сроков применения НПВП иногда вступает в противоречие с необходимостью активного длительного подавления боли.

Е.С. Цветкова в докладе «НПВП в практике ревматолога: методы лечения и инновации» сообщила о результатах международных исследований, посвященных сравнительной безопасности НПВП, уделив основное внимание проблеме терапии ОА, а также редким дерматологическим осложнениям, которые являются жизнеугрожающими, в частности синдрому Стивена — Джонсона и токсическому эпидермальному некролизу. По данным ВОЗ, последние отмечены на фоне терапии целебрексом (43 случая).

Мелоксикам, который используется в мире почти 20 лет, является самым безопасным в отношении гепатотоксичности. Наличие различных лекарственных форм мелоксикама позволяет проводить «ступенчатую» терапию для достижения быстрого эффекта. По данным российских исследований (*В.А. Насонова* и соавт.), мелоксикам при ОА может считаться так называемой доминирующей альтернативой, так как его применение достаточно безопасно и экономически выгодно, позволяет уменьшить расходы на лечение осложнений у больных с факторами риска кардиоваскулярных и желудочно-кишечных нежелательных явлений (НЯ).

По данным многоцентрового российского исследования, не выявлено дозозависимости при анализе частоты и тяжести НЯ на фоне терапии мелоксикамом.

В докладе также обсуждались проблемы применения НПВП при ОА в связи с публикацией (IV 2014) новых рекомендаций OARSI, которые требуют уточнений.

С учетом факторов риска, фенотипических вариантов ОА и данных о безопасности НПВП остаются важным компонентом терапии ОА.

*Д.м.н. Е.С. Цветкова,
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва*

РАННИЙ РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ В ФОКУСЕ ВНИМАНИЯ НА II ЕВРАЗИЙСКОМ КОНГРЕССЕ РЕВМАТОЛОГОВ

Ранняя диагностика РА и активная терапия этого тяжелого заболевания в ранней стадии уже много лет находятся в фокусе внимания ревматологов всего мира. Эта тема обсуждалась и на II Евразийском конгрессе ревматологов в Москве. Несколько пленарных заседаний были посвящены современной стратегии лечения РА и в первую очередь — раннего РА.

Вопрос дифференциальной диагностики раннего артрита касалось выступления *Е.Л. Лучицкой*. Это оригинальное исследование проведено в рамках программы «РАДИКАЛ» (Ранний Артрит: Диагностика, Клиника, Активное Лечение). Согласно наблюдениям автора, дифференциальная диагностика при раннем артрите может быть подразделена на три этапа: дифференциальная диагностика на этапе применения классификационных критериев РА (критерии ACR/EULAR, 2010), на этапе наблюдения больных с недифференцированным периферическим артритом (НПА), а также при изменении диагноза у больных, которых первоначально классифицировали как имеющих РА. На этапе первичной классификации пациентов имеет существенное значение возраст. Так, у больных с дебютной симптоматикой до 40 лет наиболее актуален дифференциальный диагноз со спондилоартритами, системными болезнями соединительной ткани и гипермобильным синдромом; в возрастной группе 40–55 лет на первое место выходят псориатический артрит, саркоидоз, подагра; у больных старше 55 лет — остеоартроз, ревматическая полимиалгия, паранеопластические синдромы. Представлены результаты наблюдения когорты, включавшей 561 больного, взятого под на-

блюдение в 2003–2008 гг. с предварительными диагнозами: РА – 238 (42,4%), НПА или РА вероятный – 323 (57,6%). 323 больных были прослежены с целью установления нозологического исхода, из них 14 (4,3%) выпали из-под наблюдения в 1-й год до установления диагноза и 309 (95,7%) наблюдались более 1 года. В течение 5 лет наблюдения из этой группы (n=309) у 78% пациентов развился РА, у 11% – другие нозологические формы, у 11% – стойкая спонтанная ремиссия (во всех этих случаях первоначально был установлен диагноз НПА). Среди пациентов, изначально позитивных по антителам к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП), у 95% развился РА.

Результаты длительного наблюдения больных ранним РА в рамках программы «РАДИКАЛ» были представлены в докладе Ю.А. Ермаковой и соавт. «Клинические, рентгенологические и функциональные исходы раннего РА». Данная работа представляет собой когортное наблюдательное исследование 200 пациентов с ранним РА из общего числа пациентов (735) с ранним артритом, включенных в исследование РАДИКАЛ, с длительностью наблюдения не менее 5 лет (первичное обследование проведено не позднее 2008 г.). Верификация диагноза РА проводилась по критериям ACR (1987). Среди больных 86,5% составили женщины, 13,5% – мужчины, средний возраст, медиана – 49 [40–58] лет, позитивными по ревматоидному фактору (РФ) были 67,5%, АЦЦП (+) – 57%, DAS28, медиана – 5,1 [4,49–5,85], HAQ, медиана – 1,125 [0,625–1,75]. Терапия проводилась по принципам «tight control», хотя и не применялся конкретный строгий протокол. Из стандартных базисных противовоспалительных препаратов (БПВП) назначали метотрексат (МТ) – 57%, лефлунонимид – 18,5%, сульфасалазин – 21,2%, гидроксихлорохин – 3,3%, биологическая терапия применялась у 24%, системные глюкокортикоиды (ГК) – у 38,5%. В результате в течение 5 лет наблюдения были получены стойкое снижение активности и стабилизация течения РА, начиная с 1-го года наблюдения (низкая активность или ремиссия по индексу DAS28 – у 53–56% больных); достижение популяционных значений индекса HAQ (>0,5) и сохранение их на данном уровне – у большинства пациентов). Выявлена положительная корреляция между индексами DAS28 и HAQ, особенно в первые годы заболевания, несмотря на наличие определенного рентгенологического прогрессирования.

Применению структурированного протокола лечения по принципам «tight control» согласно стратегии «Лечения до достижения цели» («Treat to target» – T2T) у больных ранним РА было посвящено сообщение Е.Л. Лучихиной и соавт. «Возможности достижения клинической ремиссии при раннем и длительно текущем ревматоидном артрите». Представлены предварительные результаты лечения 107 больных РА в рамках исследования РЕМАРКА («Российское исследование метотрексата и биологических препаратов при раннем активном артрите»). Проведено сравнение группы больных ранним РА (критерии ACR/EULAR, 2010 г., продолжительность симптоматики – не более 6 мес, n=57) и группы пациентов с длительно текущим РА (продолжительность симптоматики – 16 [11;36] мес, n=50). Группы были сопоставимы по активности болезни, частоте выявления РФ и АЦЦП, выраженности функциональных нарушений. Терапия по принципам T2T при раннем РА начиналась с высоких доз подкожного МТ (п/к МТ), пересматривалась каждые 3 мес при переходе на адалимумаб и другие ГИБП при необходимости и в целом была более успешна при длительности наблюдения 12 мес, чем у больных РА с длительностью болезни более 6 мес. Хороший контроль над болезнью по индексу SDAI (низкая активность или ремиссия) был достигнут к 6 мес наблюдения у 74% больных ранним РА и у 56% больных длительно текущим РА; к 12 мес наблюдения у 77% больных ранним РА и у 70% больных длительно текущим РА, при этом при раннем РА было существенно больше пациентов с ремиссией (45,6%), чем при длительно текущем РА (32%). Прогрессирование структурных изменений при раннем РА на фоне терапии по принципам T2T по данным рентгенографии кистей и стоп отсутствовало более чем у 80% пациентов, по данным МРТ кистей имело тенденцию к регрессу. У больных РА с развернутой стадией наблюдалась тенденция к нарастанию изменений. При раннем РА для достижения контроля над болезнью у 50% больных было достаточно монотерапии п/к МТ, при РА в развернутой стадии таких больных было 25%.

Большое практическое значение при раннем РА имеет коморбидность, в первую очередь развитие сердечно-сосудистой патологии. Этой теме был посвящен доклад Д.С. Новиковой и соавт. «Промежуточные результаты оценки кардиоваскулярного риска у больных ранним РА в рамках исследования РЕМАРКА». В рамках общего протокола РЕМАРКА всех пациентов с ранним РА наблюдает кардиолог и их подробно обследуют с использованием лабораторных и инструментальных методов. В предварительный анализ было включено 74 пациента (72% женщин, возраст – 56 [56;61] лет) с ранним РА (критерии ACR/EULAR, 2010 г.) с умеренной и высокой активностью и позитивностью по РФ (87%)/АЦЦП

(100%) без опыта приема БПВП и ГК. Определение традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, атеросклероза сонных артерий (АСА) по данным дуплексного сканирования сонных артерий, кальциноза коронарных артерий (ККА) по данным мультиспиральной компьютерной томографии и оценка степени кардиоваскулярного риска – КВР (РКО, 2011 г.) проведены у всех пациентов до начала терапии и через 6 мес лечения МТ/МТ + адалимумаб. Пациенты получали терапию в соответствии с общей для всего исследования РЕМАРКА схемой. Частота артериальной гипертензии (62 и 65%), дислипидемии (68 и 79%), абдоминального ожирения (55 и 52%), гиподинамии (49 и 49%), курения (21 и 19%), сахарного диабета 2-го типа (7 и 7%) до лечения и через 6 мес достоверно не изменились. Отмечено увеличение уровня общего холестерина (ХС) на 8% (p<0,05), ХС липопротеинов высокой плотности на 31% (p<0,005) и уменьшение индекса атерогенности на 16% (p<0,005). Выявлено увеличение частоты АСА (63 и 74%, p>0,05) и ККА (42 и 47%, p>0,05), что привело к увеличению доли лиц с очень высоким КВР (66 и 76%, p>0,05). Значимое прогрессирование АСА отмечено в группе лиц, не получавших статины (n=50, 47 и 67%, p<0,05), по сравнению с пациентами, которым статины назначали (n=24, 83 и 89%). Также выявлено более выраженное (на 17%) нарастание АСА у больных с сохраняющейся умеренной/высокой активностью заболевания (n=38) по сравнению с пациентами, достигшими ремиссии/низкой активности к 6 мес (n=36, 10%, p>0,05). Таким образом, среди больных ранним РА через 6 мес отмечено увеличение доли лиц с очень высоким КВР за счет повышения частоты АСА и ККА, особенно у пациентов, не получавших статины и не достигших ремиссии/низкой активности РА.

Таким образом, активное ведение больных ранним РА, включающее прицельную дифференциальную диагностику и применение новых классификационных критериев, лечение по принципам T2T и борьбу с коморбидными состояниями, в первую очередь кардиоваскулярной патологией, переводит медицинскую помощь таким пациентам на принципиально новый уровень и дает весьма многообещающие практические результаты.

Д.м.н. Д.Е. Каратеев,
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва

РЕВМООРТОПЕДИЯ

На пленарном заседании секции «Ревмоортопедия» были представлены доклады, посвященные хирургическому лечению больных с ревматическими заболеваниями (М.А. Макаров, С.А. Макаров, Москва), проблемам остеопороза в ортопедической практике (С.С. Родионова, Москва), профилактике тромбозов после операций у пациентов с ревматическими заболеваниями (Е.И. Бялик, А.В. Рыбников, Москва) и периоперационному ведению больных РА, получающих БПВП и ГИБП (В.Н. Амирджанова, М.М. Липина, Москва).

Представлены все виды хирургических операций на суставах и особенности ведения хирургических больных с ревматическими заболеваниями, как взрослых, так и детей. Результаты тотального эндопротезирования тазобедренного сустава у 22 больных ювенильным артритом подтверждают эффективность этого вида лечения, который достоверно улучшает функцию оперированного сустава и качество жизни пациентов.

Изучены особенности артродезирования I плюснефалангового сустава у больных РА со стойкими деформациями переднего отдела стопы, проанализированы осложнения и отдаленные результаты операций. Используются стандартная глобальная реконструктивная операция и ее модернизированный вариант. Оба вида операций включали артродезирование I плюснефалангового сустава с фиксацией спицами Киршнера при выраженном остеопорозе и компрессионными скобками при типичных проявлениях остеопороза костей плюснефаланговых суставов. Доказана эффективность обоих видов операций. Нормализация осевых соотношений I пальца ревматоидной стопы по сравнению с дооперационными данными отмечена у 92,9% пациентов обеих групп. Отдаленные результаты при наблюдении в среднем 2,5 года после хирургического лечения соответствовали оценке «хорошо» в 97,8% случаев.

В последние годы все чаще применяются операции при поражениях локтевого сустава при РА: артроскопическая синовэктомия, резекционная артропластика, эндопротезирование локтевого сустава. Представлены результаты этих видов операций у 37 больных РА. Отмечено увеличение объема движений после всех видов хирургического лечения, однако после артроскопической синовэктомии результаты были достигнуты быстрее (к 3-му месяцу после операции) и сохранялись к 12-му месяцу. Сделан вывод, что лучший функциональный результат достигается при хирургическом лечении локтевого сустава с использованием малоинвазивных методов в более ранних стадиях заболевания.

Большое внимание на пленарном заседании было уделено анализу осложнений хирургического лечения: тромбозам глубоких вен нижних конечностей и инфекциям.

Окончание на с. 10



ПРИМЕНЕНИЕ БОЛЕЕ НИЗКИХ ДОЗ РИТУКСИМАБА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПОВТОРНЫХ КУРСОВ ТЕРАПИИ

В недавно проведенном исследовании было продемонстрировано, что снижение вдвое дозы ритуксимаба (РТМ) для проведения повторных курсов является эффективной долгосрочной стратегией терапии

Рекомендуемой схемой применения РТМ в терапии ревматоидного артрита (РА) является проведение двух инфузий препарата по 1000 мг с интервалом в 2 нед; также в ряде крупных клинических исследований была продемонстрирована сходная клиническая эффективность более низкой дозы препарата (500 мг №2). Через 6 мес после начального курса оценивается эффективность терапии и решается вопрос о дальнейшей стратегии лечения. Риск развития тяжелых инфекционных осложнений является основным фактором, определяющим возможность дальнейшего применения генноинженерных биологических препаратов (ГИБП) для лечения аутоиммунных заболеваний, как утверждают профессор Х. Mariette и соавт. Общепринятым подходом для уменьшения токсичности лекарственных препаратов является использование высокой дозы в начале лечения с ее постепенным снижением. Для оценки возможности применения данной концепции в терапии РА французские исследователи провели проспективное 2-летнее исследование, включавшее 234 пациента с РА (85% составили женщины с длительностью заболевания около 11 лет, средний возраст – 56 лет, в качестве базисной терапии назначали метотрексат – МТ – в средней дозе 14 мг/нед). Первый курс РТМ все пациенты получили по стандартной схеме (1000 мг №2), через 24 нед больные, ответившие на терапию по критериям EULAR, были рандомизированы в две группы: в 1-й группе проводили повторные курсы РТМ в дозе 1000 мг №1, а во 2-й – 1000 мг №2. Достоверной разницы в активности заболевания после первого и второго повторных курсов терапии между группами не выявлено (DAS28 – СРБ 3,7 и 3,7; 3,7 и 3,8 соответственно). Медиана времени до первого повторного курса терапии не различалась между группами и составила 195 дней, медиана времени до второго повторного курса также была сходной (263 и 255 дней соответственно). Серьезные неблагоприятные реакции наблюдались у 29 и 37% пациентов в группе низкой и высокой дозы РТМ соответственно. Регистрировалось снижение уровня IgG и IgM, более выраженное у больных, получавших высокую дозу РТМ, однако связи между снижением уровня IgG и развитием инфекционных осложнений не выявлено. Данное исследование имеет ряд ограничений: прежде всего, это недостаточно большое количество включенных пациентов, а также отсутствие данных о рентгенологическом прогрессировании. Тем не менее полученные результаты являются крайне важными и заслуживающими внимания.



СТВОЛОВЫЕ КЛЕТКИ И РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ

Может ли клеточная терапия быть эффективной при РА?

Бельгийская компания TiGenix планирует начать в 2015 г. рандомизированное исследование II фазы для оценки возможности применения продукта стволовых клеток, полученных из жировой ткани, в терапии РА. По словам генерального директора компании E. Bravo, в исследовании планируется включить пациентов с активным РА и отсутствием эффекта от терапии МТ и глюкокортикоидами (ГК), не получавших ГИБП. Несмотря на значительный прогресс, достигнутый в ревматологии в XXI в., связанный в первую очередь с разработкой ГИБП, а также с внедрением в клиническую практику новых стратегий и схем терапии, остается потребность в разработке новых лекарственных препаратов с альтернативными механизмами действия. Авторы надеются, что применение продукта стволовых клеток (Сх611) позволит значительно снизить активность заболевания у пациентов с отсутствием эффекта терапии базисными противовоспалительными препаратами (БПВП) и ГК. Стволовые клетки имеют широкий спектр иммуномодулирующих свойств, связанных в первую очередь с индукцией Т-регуляторных клеток и подавлением активности синовиоцитов. Недавно были представлены предварительные данные о безопасности, переносимости и частичной эффективности продукта стволовых клеток в терапии РА. В исследовании испанских ученых было включено 53 пациента с активным, развернутым РА и отсутствием эффекта терапии БПВП и двумя ГИБП. Пациенты получили 3 инфузии препарата стволовых клеток или плацебо в 1, 8-й и 15-й день; эффективность лечения оценивалась по критериям ACR. Через 4 нед эффект по критериям ACR20, 50 и 70 зарегистрирован у 45, 20 и 5% пациентов, получавших препарат и 28, 14 и 5% в группе плацебо. Через 12 нед ответ по критериям ACR были отмечены у 25, 15 и 5% больных 1-й группы и ни у одного пациента в группе плацебо. Серьезных неблагоприятных реакций не выявлено. Эти данные представляют первый опыт успешного применения продукта стволовых клеток в лечении пациентов с тяжелым, резистентным к стандартной терапии РА.

По данным компании, окончательные результаты предполагаемого исследования планируется получить в первой половине 2017 г.

ЕВРОПЕЙСКИЙ КОНГРЕСС РЕВМАТОЛОГОВ

С 11 по 14 июня 2014 г. в Париже

проходил 15-й ежегодный Европейский конгресс ревматологов.

Как обычно, он стал крупнейшим событием
мировой ревматологии.



Президент EULAR
проф. М. Cutolo

По традиции накануне открытия конгресса работала Генеральная ассамблея, в которой приняли участие 37 делегатов от научных ревматологических обществ, 14 делегатов от Постоянного комитета по работе с пациентами, 12 делегатов от Постоянного комитета социальных работников в области ревматологии и 2 корпоративных члена EULAR.

Проф. Н. Bijlsma доложил о финансовом положении в EULAR и представил отчет о расходах и доходах за 2013 г.

Были предложены кандидатуры руководителей постоянных комитетов EULAR на 2014–2015 гг.:

1. Образование и обучение – проф. А. Jagnosso (Италия).
2. Педиатрическая ревматология – проф. Т. Avcin (Словения).
3. Клинические исследования – проф. R. Van Vollenhoven (Швеция).
4. Эпидемиология и проблемы здравоохранения – проф. А. Finckh (Швейцария).
5. По работе с пациентами – D. Wiek (Германия).

Приняты новые члены в Постоянный комитет по социальной службе в ревматологии: Израиль и Польша.

Турция была принята в состав EULAR как научное общество.

На ассамблее также заслушан отчет главного редактора журнала «Анналы ревматических болезней» проф. Т. Kvien.

Утверждены кандидатуры почетных членов EULAR.

В заключение проф. М. Cutolo сообщил о проведении следующего заседания ассамблеи (10 июня) и следующего Европейского конгресса ревматологов в Риме с 10 по 13 июня 2015 г.

На церемонии открытия конгресса Президент EULAR проф. М. Cutolo (Италия) сообщил, что в состав EULAR в настоящее время входят более 100 активно работающих европейских научных обществ, пациентских организаций и ассоциаций работников социальной сферы из 45 европейских стран. Он отметил, что в работе конгресса принимают участие специалисты из США, Японии, Кореи, Китая, а также из стран Южной Америки и других стран. При этом с каждым годом число участников этого форума возрастает. EULAR имеет тесные контакты с ревматологами Северной Америки, участвует в ежегодных мероприятиях с АФЛАР (Африканская лига ассоциаций по ревматологии), ПАНЛАР (Латиноамериканская лига ассоциаций по ревматологии), поддерживает образовательные программы и научное сотрудничество в разных странах. Достижения в изучении ревматических и костно-мышечных заболеваний (РКМЗ) в Европе весьма значительны, несмотря на экономические трудности. Проф. М. Cutolo с большим удовлетворением отметил, что Европейский Союз выделил средства научным фондам для поддержки активной работы в области проблем РКМЗ. Это стало возможным благодаря проведенным успешным дискуссиям и переговорам с Парламентом Европы и его комиссиями в Брюсселе. Новая программа HORIZON-2020 предусматривает поддержку научных фондов по РКМЗ. EULAR также приложит усилия для создания нового европейского фонда, целью которого будет поддержка научных исследований в ревматологии.

Парижский конгресс установил новый рекорд – в этом году было представлено более 4000 тезисов из более 90 стран. Зарегистрировано около 13 000 участников со всего мира. Надо отметить, что с каждым годом участие России в европейских конгрессах становится все более активным. Так, в 2010 г. нашу страну представляли 248 ревматологов, а в парижском конгрессе приняли участие уже 326 российских специалистов. Нет сомнений, что такой форум дает уникальную возможность всесторонне рассмотреть проблемы ревматических заболеваний и познакомиться с последними достижениями фундаментальной и клинической ревматологии. За последние годы получены новые данные, которые касаются, например, биоаналогов, а также современных чувствительных биомаркеров, способных помочь в диагностике РКМЗ на ранней стадии. Есть новые данные, связанные с инструментальными методами, такими как сонография или магнитно-резонанс-

ная томография. Ряд презентаций был посвящен новым терапевтическим мишеням и оптимизации использования низких доз длительно применяемых глюкокортикоидов.

Эти и многие другие сообщения были сделаны в ходе более 180 сессий, всего выступили более 500 экспертов, они представили более 650 докладов.

10 сессий были посвящены проблемам пациентских организаций и в целом работе с пациентами, 11 сессий – социальным проблемам в ревматологии. На сессиях были рассмотрены важные проблемы детской ревматологии. Молодые ревматологи, приглашенные в качестве докладчиков, могли в полной мере ощутить теплую атмосферу конгресса.

Научная программа предлагала также WIN- и HOT-сессии, сфокусировав внимание на разных аспектах современного развития клинической науки (WIN) и новейших достижениях в ежедневной практике ревматологов (HOT).

Были организованы лекции, круглые столы, доклады, постерные презентации и симпозиумы. Еще одной успешной инициативой EULAR стала возможность получить информацию о большинстве научных сессиях в режиме online, которой могли воспользоваться не только зарегистрированные, но и незарегистрированные участники конгресса.

Президент EULAR проф. М. Cutolo вручил дипломы 6 вновь избранным почетным членам Европейского общества.

L. Carmona – директор по науке Института костно-мышечных болезней в Мадриде и главный редактор журнала «Rheumatology International». Она возглавляла Постоянный комитет по эпидемиологии и научным исследованиям в области здравоохранения.

D.T. Voutraps – профессор медицины в отделении ревматологии, клинической иммунологии и аллергии Университета Crete, Heraklion, Греция. Он также сотрудник Института молекулярной биологии и биотехнологии в Фонде по науке и технологии и бывший председатель Постоянного комитета по образованию и тренингу.

T.V. Vlieland – профессор реабилитации и трудотерапии в отделении ортопедии, реабилитации и трудотерапии в Университетском медицинском центре в Нидерландах. Она возглавляла рабочую группу по разработке рекомендаций EULAR по нефармакологическим методам лечения остеоартроза коленных и тазобедренных суставов, а также была председателем Постоянного комитета по работе в социальной сфере.

M. Batziou – бывший председатель Постоянного комитета по работе с пациентами, была активным членом комитета с 2008 г., член Греческой лиги по борьбе с ревматизмом, изучала теологию в Афинском Университете.

I. McInnes – профессор медицины и директор Института инфекции, иммунитета и воспаления в Глазго (Шотландия), возглавлял Организационный комитет по подготовке научных программ в течение 2 лет, а также был председателем Постоянного комитета по клиническим исследованиям.

I. Roth – ревматолог-педиатр и профессор иммунологии в Университете Мюнстера (Германия), возглавлял Постоянный комитет по детской ревматологии, член Организационного комитета по подготовке научных программ.

На церемонии открытия были вручены премии за доклады: 6 авторам за работы в области клинической ревматологии и 6 авторам за научно-исследовательские работы. Уже 3-й год вручались награды за работы в области социальной сферы (3 номинанта) и за организацию работы с пациентами (1 номинант), 2-й год вручались премии 3 студентам за работы в области клинической и научно-исследовательской ревматологии. Победители получили по 1000 евро.

В 2014 г. премия Эдгара Стене была вручена M. Stein Sørensen из Дании за эссе «Танцуй по дороге жизни». Эта премия присуждается за лучшее эссе, автор которого пациент с ревматическим заболеванием или костно-мышечной патологией.

Более подробно о работе Европейского конгресса ревматологов мы расскажем в следующем номере газеты. ■

IX МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ПО АУТОИММУНИТЕТУ (Ницца, 26–30 марта 2014 г.)



Большое внимание было уделено роли Т- и В-лимфоцитов в развитии аутоиммунных заболеваний; взаимосвязи уровня BAFF и APRIL с активностью системной красной волчанки (СКВ) и ревматоидного артрита (РА). BAFF и APRIL относятся к цитокинам семейства фактора некроза опухоли (ФНО) α и являются важными факторами, контролирующими рост, дифференцировку, активацию и выживание аутореактивных В-клеток. BAFF и APRIL продуцируются стромальными клетками лимфоидных органов, миелоидными клетками (моноцитами, макрофагами, нейтрофилами, дендритными клетками) и остеокластами. Повышенный уровень BAFF регистрируется при многих ревматических заболеваниях. Так, M. Gatto и соавт. проанализировали уровень BAFF у 237 пациентов с различными аутоиммунными заболеваниями: болезнью Шёгрена (n=41), системной склеродермией (n=28), дерматополимиозитом (n=58), СКВ (n=110). Повышенный уровень данного маркера по сравнению с контролем был выявлен во всех группах (p<0,05). Тем не менее механизмы, приводящие к избыточной экспрессии BAFF при аутоиммунных заболеваниях, не до конца понятны. Данные литературы, касающиеся взаимосвязи уровня BAFF и APRIL с активностью и тяжестью заболевания, весьма противоречивы. В ряде работ не выявлено положительной корреляции между уровнем BAFF и активностью СКВ по SLEDAI-2K, не удалось установить зависимость между динамикой уровня BAFF и обострениями заболевания (W. Stohl и соавт.). Однако более поздние исследования убедительно продемонстрировали, что исходно более низкий уровень BAFF является предиктором более низкой активности СКВ или ассоциируется с более благоприятным течением (M. Pertl), также у пациентов с нейролюпусом или тяжелым нефритом регистрировалась достоверно более высокая концентрация данного показателя (F. Vincent). Уровень APRIL оказывает большое влияние на тяжесть СКВ. На животных моделях было продемонстрировано, что низкий уровень APRIL в сыворотке крови ассоциировался с более низким уровнем антител к dsDNA, меньшим количеством IgM- и IgG-депозитов в почках, а также со снижением общей смертности. Таким образом, необходимо дальнейшее изучение роли BAFF и APRIL в патогенезе аутоиммунных заболеваний для лучшего понимания механизмов их развития и разработки новых методов терапии.

Большой интерес вызвал доклад проф. Y. Shoenfeld, касающийся новых аспектов взаимодействия между факторами окружающей среды (вирусами, бактериями и гельминтами) и развитием аутоиммунных заболеваний. Гельминты могут длительное время сосуществовать с хозяином, видимо, из-за способности вырабатывать определенное вещество, модулирующее иммунный ответ. Эксперименты, проведенные с использованием животных моделей аутоиммунных заболеваний человека, показали, что конкретные гельминты вырабатывают вещества, создающие микросреду для сохранения самого паразита и подавляющие иммунный ответ хозяина на аутоантигены и аллергены. Это может объяснить обратную корреляцию между наличием гельминтоза и развитием аутоиммунных заболеваний, прослеживающуюся в мире. Так, G. Butcher и J. Clark высказали предположение о протективной роли малярии в развитии нефрита при СКВ. Самая высокая частота аутоиммунных заболеваний в мире регистрируется на острове Сардиния: 1 из 430 жителей имеет системный склероз и 1 из 270 — сахарный диабет 1-го типа. Примечательно, что аутоиммунные заболевания появились на этом острове только после эрадикации малярии в 50-х годах. Также в ряде работ показана отрицательная взаимосвязь паразитарных инфекций и активности системной склеродермии. Таким образом, ряд исследователей пришли к выводу, что применение конкретных белков, выделяемых паразитами, может являться безопасным и эффективным методом терапии и профилактики аутоиммунных заболеваний. W. Harnett и соавт. на животных моделях продемонстрировали эффективность белка ES-62 в отношении подавления коллаген-индуцированного артрита. Данное соединение ингибирует выработку интерлейкина (ИЛ) 17 Th17-клетками, не затрагивая активность НК-клеток, и тем самым подавляет аутовоспаление и не влияет на иммунный ответ, связанный с острыми инфекциями. Таким образом, это бо-

С 26 по 30 марта в Ницце проходил IX международный конгресс по аутоиммунитету. Конгресс проводится раз в два года и освещает важные аспекты этиологии, патогенеза, диагностики и лечения широкого круга аутоиммунных заболеваний. Конгресс прошел с большим успехом, в его работе приняли участие около 2100 делегатов, представлявших более 25 стран мира. Наиболее многочисленные делегации были из Германии и Франции. В составе российской делегации было 18 врачей. Программа конгресса включала более 60 заседаний, результаты своей работы представили около 600 докладчиков, ведущих специалистов в области иммунологии, ревматологии и смежных специальностей.

лее безопасный метод лечения по сравнению с применением генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), имеющих ряд побочных эффектов, что ограничивает их терапевтический потенциал. Сходные данные о протективной роли белка, выделяемого личинками *Trichinella spiralis* (ES L1), в отношении развития аутоиммунного энцефалита были представлены I. Radovic и соавт. Использование данного соединения приводило к стимуляции иммунного ответа по Th2-типу, что сопровождалось увеличением количества CD4+CD25-Foxp3+-регуляторных клеток в ЦНС и периферической нервной системе, что, по мнению автора, является одним из возможных механизмов действия ES L1. A. Malara и соавт. также регистрировали увеличение числа Foxp3+ Treg-клеток и ИЛ10- и ФНО α -продуцирующих Т-клеток на модели аутоиммунного энцефалита животных после введения им растворимого экстракта белка, выделяемого *Fasciola hepatica* (SE). Кроме того, вакцинация мышцей с аутоантигенами SE в качестве адьюванта до индукции энцефалита привела к задержке появления симптомов заболевания. Методом проточной цитометрии удалось продемонстрировать, что данная вакцина снижает проникновение ИЛ17-продуцирующих Т-лимфоцитов в ЦНС. Эти данные свидетельствуют о большом потенциале использования вакцин, влияющих на T-reg-клетки, для предотвращения аутоиммунных заболеваний, опосредованных Т-лимфоцитами.

Большое внимание было уделено ASIA-синдрому (аутоиммунный/воспалительный синдром, индуцированный адьювантами). Этот синдром впервые описан в 2011 г. Y. Shoenfeld и N. Agmon-Levin. ASIA-синдром включает в себя ряд иммунных нарушений, вызванных воздействием адьювантов (силикон, алюминий, инфекционные компоненты), у генетически предрасположенных лиц. Адьюванты — вещества, которые усиливают антиген-специфический иммунный ответ и предпочтительно не приводят к развитию собственного иммунного ответа; как правило, применяются для повышения иммунной реакции на вводимые вещества, например вакцины. Адьюванты способны усиливать врожденный и адаптивный иммунный ответ с помощью нескольких механизмов: путем связывания с Toll-подобными рецепторами и тем самым увеличивать активность дендритных клеток, лимфоцитов, макрофагов, а также через NOD-подобные рецепторы, что приводит к активации инфламмосом. Таким образом, адьюванты увеличивают ме-

стную реакцию на антиген, а также стимулируют синтез хемокинов и цитокинов Т-лимфоцитами и тучными клетками. Ранее считалось, что адьюванты представляют незначительную угрозу, однако эксперименты на животных показали способность некоторых из них вызывать аутоиммунные заболевания. В этом отношении наиболее изучено влияние тетраметилпентадекана (TMPD), способного индуцировать волчаночноподобный синдром у лабораторных животных. Иммунизация с другим адьювантом (скваленом) индуцировала развитие артрита у крыс и сопровождалась выработкой аутоантител, связанных с СКВ. Диагноз ASIA-синдрома устанавливается на основании наличия больших и малых критериев. К большим критериям относят предшествующее внешнее воздействие (инфекция, вакцинация, силикон), а также появление типичных клинических проявлений: боль в мышцах, миозит, мышечная слабость, артралгия или артрит, хроническая усталость или нарушение сна, неврологические проявления, когнитивные нарушения или потеря памяти, повышение температуры, сухость во рту, улучшение состояния после удаления агента, типичная картина биопсии пораженного органа. В малые клинические проявления входят другие симптомы: синдром раздраженного кишечника, генетические факторы. В настоящее время в литературе представлены многочисленные данные о развитии ASIA-синдрома на фоне длительного контакта с силиконом, а также после вакцинации. Особая роль при этом отводится вакцинам против папилломавирусной инфекции, гепатита В, гриппа. Таким образом, необходимо дальнейшее изучение механизмов развития данного синдрома для разработки эффективных методов профилактики и терапии.

Отдельная пленарная лекция была посвящена обсуждению различных аспектов синдрома гиперферритинемии. На заседании обсуждалась концепция, согласно которой было предложено объединить ряд заболеваний (синдром активации макрофагов, болезнь Стилла взрослых, катастрофический антифосфолипидный синдром и септический шок), сопровождающихся выраженной гиперферритинемией, в единый гиперферритинемический синдром, имеющий сходные клинические, лабораторные и патогенетические особенности.

Большое внимание было уделено вопросам применения биоэквивалентов в клинической практике. Биоаналоги являются биотерапевтическими продуктами, созданными для расширения доступности биологической терапии при ревматических и ряде других заболеваний. Они могут отличаться от эталонных продуктов по способу производства, а также по составу. Также необходимо учитывать, что небольшие различия молекулярной структуры могут влиять на фармакокинетику, фармакодинамику, иммуногенность и развитие нежелательных явлений на фоне лечения. Для оценки эффективности и безопасности биоаналогов необходимо проведение доклинических и клинических исследований, включающих сравнение с эталонными препаратами. К сожалению, в настоящее время в литературе представлены единичные работы, оценивающие эффективность и безопасность применения биоаналогов при аутоиммунных заболеваниях. Европейским медицинским агентством и FDA одобрен только один препарат — СТ-Р13 — биоаналог инфликсимаба для применения в реальной клинической практике. Таким образом, использование биопрепаратов может открыть широкие перспективы в лечении аутоиммунных заболеваний, сделать его более доступным, однако мы по-прежнему располагаем ограниченным количеством данных об эффективности и безопасности данного вида терапии.

Широко обсуждались вопросы поиска новых лабораторных биомаркеров РА. Были представлены данные о роли антител к карбамиллированным белкам (anti-CarP-антитела) для диагностики РА. Карбамиллированные белки содержат гомоциструллин, отличающийся от цитруллина наличием дополнительной метиленовой группы, присутствуют в организме в небольших количествах, однако их образование резко увеличивается при воспалении. Недавно продемонстрировано, что гомоциструллин-содержащие белки присутствуют в суставах больных РА и могут вызвать образование антител. J. Shi и соавт. проанализи-

ровали частоту выявления данных аутоантител у больных РА, а также оценили их взаимосвязь с антителами к циклическому цитруллинированному пептиду (АЦЦП). Авторы установили, что IgG-anti-CarP-антитела выявляются у 45% больных РА, а IgA-anti-CarP - у 43%. Была выявлена низкая корреляция между anti-CarP-антителами и АЦЦП ($r_2=0,27$, $p<0,001$ для anti-CarP IgG или $r_2=0,15$, $p<0,001$ для IgA); у 16% АЦЦП-негативных больных были выявлены anti-CarP IgG и у 30% - anti-CarP IgA). Также наличие anti-CarP-антител ассоциировалось с

более выраженным рентгенологическим прогрессированием деструктивных изменений в суставах. Таким образом, anti-CarP-антитела являются новым семейством аутоантител, влияющих на клинические проявления РА. Anti-CarP-антитела могут являться маркером АЦЦП-негативного варианта РА, а также быть полезными для прогнозирования развития РА у больных с недифференцированным артритом.

Также обсуждалась роль антител к цитруллинированному гистонам и цитруллинированному вирусу Эб-

штейна — Барр, однако клиническое и диагностическое значение данных групп антител не до конца понятно и требует дальнейшего уточнения.

В целом конгресс прошел на очень высоком уровне и осветил ряд новых аспектов этиологии, патогенеза, диагностики и терапии наиболее распространенных аутоиммунных заболеваний. ■

А.С. Авдеева, Е.Н. Александрова, Л.Н. Денисов,
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва



БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА И ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА (3–6 декабря 2013 г., Барселона)

В декабре 2013 г. состоялась конференция в Центре передового опыта лечения псориаза и псориатического артрита на базе Hospital de la Santa Creu I Sant Pau (Барселона). На конференции были представлены доклады специалистов центра о различных аспектах патогенеза, диагностики и лечения этих заболеваний.

В настоящее время изучение патогенеза псориаза и псориатического артрита и разработка новых подходов к их диагностике и лечению — одно из наиболее динамично развивающихся направлений ревматологии. Разработаны международные рекомендации EULAR, GRAPPA, национальных ассоциаций ревматологов по лечению псориатического артрита. Российские рекомендации подготовлены с учетом международных и в настоящее время они находятся в стадии обсуждения отечественными специалистами. При первом визите к дерматологу больные псориазом должны быть подвергнуты скринингу на наличие признаков псориатического артрита и при выявлении таких признаков направлены к ревматологу.

Открыл конференцию доклад L. Puig «Псориаз: генетика и патогенез». Действительно, в настоящее время псориаз рассматривается как мультифакторное заболевание, при котором вклад генетического фактора составляет 60–70%, а средовых факторов — 30–40%. При псориазе нарушено взаимодействие иммунной системы с кожей, поэтому остается нерешенным вопрос о нахождении первичного дефекта. Изучение генетических детерминант псориаза позволяет рассматривать заболевание как полигенное, при котором один и тот же фенотип может определяться разными генами. В какой-то степени задействованность в развитии псориаза многочисленных генов, по-видимому, обуславливает и такое разнообразие его клинических форм и течения. Этим вопросам был посвящен доклад J.D. Canete «Псориатический артрит: генетика и патогенез».

Лечение и наблюдение больных псориатическим артритом является комплексной междисциплинарной проблемой, при этом имеет особое значение коморбидность при псориатическом артрите. Эти вопросы были освещены в докладе L. Puig «Псориаз/псориатический артрит и сопутствующие заболевания». Автор отметил, что, учитывая выявленные в последние годы поражения других органов и систем у данной категории больных, безусловно, в их обследовании, лечении и наблюдении должны принимать участие и другие специалисты, в частности кардиологи.

Эпидемиология и факторы риска псориатического артрита были рассмотрены в докладе V. Torrente. Второй доклад этого автора касался комплексного подхода к диагностике псориатического артрита.

Большой интерес представляют новые подходы к диагностике псориатического артрита, в частности раннее выявление и начало лечения. В клиническую практику активно внедряются современные опрос-

ники, методы инструментальной (УЗИ, магнитно-резонансная томография) и лабораторной диагностики (генетическое тестирование, определение иммунологических показателей, в частности цитокинового профиля). Применению УЗИ при псориатическом артрите был посвящен доклад J.J. de Agustin «Базовые понятия УЗИ костно-мышечной системы при псориатическом артрите»

В последние годы ведутся интенсивные клинические исследования новых лекарственных средств. Появились новые высокоэффективные таргетные препараты и методы лечения псориаза, среди которых ведущее место принадлежит анти-Т-клеточной и антицитокиновой стратегии. Признание важной роли ФНО α в патогенезе иммуновоспалительных заболеваний привело к разработке моноклональных антител, направленных на ингибирование этого цитокина. Это положило начало широкому применению биологических агентов, или генно-инженерных биологических препаратов, в терапии хронических воспалительных заболеваний суставов, в том числе псориатического артрита. Их характеризует высокая специфичность, обеспечивающая селективное действие на определенные звенья патогенеза иммуновоспалительных заболеваний, в минимальной степени затрагиваются физиологические механизмы функционирования иммунной системы. Этим вопросам были посвящены сообщения A. Laiz «Цели лечения при псориатическом артрите» и «Псориатический артрит: варианты лечения и неудовлетворенные потребности системного лечения», а также L. Puig и E. Vilarrasa «Биологическое лечение псориаза» и «Индивидуальное лечение псориаза с использованием биологических агентов».

В последнее время особое внимание уделяется изучению роли интерлейкина 23 в клинических проявлениях заболевания. С учетом роли этого цитокина разрабатываются новые подходы к лечению заболевания. Эти аспекты были затронуты в докладе J.D. Canete «Энтезиты и артрит: связь патогенеза и клиники, включая роль интерлейкина 23».

В работе конференции участвовали ведущие российские специалисты в области псориатического артрита: Т.В. Коротаева, Л.Н. Денисов, Е.Ю. Логинова и Ю.Л. Корсакова.

После окончания конференции всем ее участникам были вручены сертификаты.

В заключение хочется отметить большое практическое значение таких конференций и необходимость участия в них российских специалистов. ■

Д.м.н. Т.В. Коротаева,
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва

НОВАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА

3–4 июля 2014 г. в Барселоне в рамках новой образовательной программы «CONNECT Rheumatology» состоялась «Global CONNECT Rheumatology Summit». В данном мероприятии приняли участие более 70 ревматологов и врачей общей практики из разных стран мира: Австрии, Аргентины, Бразилии, Великобритании, Германии, Испании, Канады, Латвии, Нидерландов, России, Румынии, Украины и др.

Основная цель состоявшейся встречи — запуск новой обучающей программы по ревматологии, направленной на улучшение взаимодействия врачей общей практики, ревматологов с пациентами и их активное вовлечение в лечебный процесс.

С приветственным словом перед участниками мероприятия выступил председатель саммита проф. J.S. Smolen. Он подчеркнул, что пациенты, страдающие ревматическими заболеваниями, являются сложной группой больных, в первую очередь из-за непостоянства клинических симптомов и активности заболевания, требуют постоянного врачебного и самоконтроля. Поэтому особенно важно, чтобы пациенты с вновь диагностированным заболеванием и длительно болеющие могли получить ответы на все волнующие их вопросы, касающиеся болезни, ее лечения, прогноза и т. д. В связи с этим огромное практическое значение имеет обучение врачей правильно общаться с пациентами, доносить до них нужную информацию, вовлекать в контроль над заболеванием.

Конечная цель взаимодействия врача и больного — улучшение здоровья пациента и оказываемой ему медицинской помощи. Врачи, как правило, переоценивают свои способности в общении с больными. Только 21% пациентов испытывают удовлетворенность от общения со своим доктором. Опросы неизменно показывают, что больные хотят лучшего взаимопонимания с лечащими врачами. Навыки межличностного общения врача и больного должны основываться не только на сборе информации, необходимой для установления диагноза, но и на совместном решении проблем, общем понимании целей и задач лечения. Во время заседаний в интерактивном режиме обсуждались эффективные стратегии обучения пациентов. Эти стратегии направлены на преодоление недостатка знаний о болезни и изменение отношения к ней, понимание необходимости приема лекарственных препаратов и соблюдения врачебных рекомендаций, поддержания здорового образа жизни. Было подчеркнуто, что основные принципы, которые должны соблюдаться во время общения с пациентами, — это простота, повторение, обмен мнениями. В итоге больной должен получить знания, навыки и уверенность, которые позволят ему лучше справиться со своим заболеванием и не бояться его. Были представлены данные нескольких исследований, доказавших эффективность активного участия пациентов в контроле всех аспектов заболевания как в отношении улучшения клинических исходов, так и снижения затрат на лечение. ■

К.м.н. Т.В. Дубинина,
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва



Валерий Степанович ШИРИНСКИЙ
(к 70-летию со дня рождения)

18 июня 2014 г. исполнилось 70 лет Валерию Степановичу Ширинскому – профессору, доктору медицинских наук, заслуженному врачу России, врачу высшей категории, академику Международной академии наук высшей школы, заведующему лабораторией клинической иммунофармакологии ФГБУ «НИИ клинической иммунологии» СО РАМН.

В.С. Ширинский родился в Новосибирске, в 1968 г. окончил Новосибирский государственный медицинский институт, поступил в аспирантуру при кафедре факультетской терапии, успешно сочетая интенсивную научную деятельность с клинической работой, ночными дежурствами и работой на скорой помощи. В настоящее время он руководит лабораторией клинической иммунофармакологии НИИ клинической иммунологии СО РАМН.

В 1976 г. в Ярославле В.С. Ширинский защитил кандидатскую диссертацию «К изучению гиперчувствительности замедленного типа у больных ревматоидным артритом», а в 1986 г. в Институте ревматологии РАМН (Москва) – докторскую диссертацию на тему «Иммунорегуляторные нарушения при различных клинических вариантах ревматоидного артрита».

В.С. Ширинским открыты новые закономерности нарушения функции регуляторных Т-лимфоцитов при органоспецифических аутоиммунных заболеваниях, их роли в процессах хронизации воспаления и склерогенеза, влияния стрессогенных воздействий на формирование вторичного иммунодефицита (ВИД). Им впервые разработаны фундаментальные основы взаимодействия иммунной и вегетативной нервной системы в норме и при иммунопатологических состояниях человека, показана роль различных отделов вегетативной нервной системы в развитии ВИД при хроническом бронхите, рецидивирующей герпетической инфекции.

В.С. Ширинский является признанным специалистом в ревматологии, клинической иммунологии и аллергологии. Широчайшая эрудиция, глубокое клиническое мышление и колоссальный опыт позволяют ему решать самые трудные и запутанные клинические задачи, связанные с диагностикой тяжелых хронических заболеваний и выбором адекватного лечения. Не случайно у профессора В.С. Ширинского консультируются пациенты разного профиля не только из Новосибирска, но и из области и отдаленных городов Сибири.

Многогранность его лечебной деятельности в области диагностики, профилактики и лечения аутоиммунных и аллергических заболеваний, вторичных иммунодефицитов плодотворно сочетается с научными исследованиями по вопросам иммунопатогенеза и лечения ревматоидного артрита, системной красной волчанки, остеоартроза, ВИД при хронических воспалительных поражениях бронхолегочного аппарата, ЛОР-органов, инфекционных дерматитах, аллергических заболеваниях и т. д.

Тромбозы глубоких вен нижних конечностей при эндопротезировании коленного и тазобедренного суставов у пациентов с воспалительными ревматическими заболеваниями наблюдаются в 7–27% случаев. Представлены данные 304 пациентов, оперированных в 2012–2013 гг. Большинство больных перед операцией получали НПВП, 89% – БПВП, 43% – ГК, 24% – ГИБП, которые опосредованно влияют на систему гемостаза, усиливают действие друг друга и угнетают тромбоцитарное звено гемостаза. Тем не менее в предоперационном периоде у 6,4% пациентов с ревматическими заболеваниями диагностированы тромбозы глубоких вен нижних конечностей; большую часть составили пациенты с СКВ и СКВ с антифосфолипидным синдромом (АФС) – 3,7%. Это были старые тромбозы в стадии реканализации. Пациентам с посттромботической болезнью вен нижних конечностей за 7 дней до операции назначали надропарин 0,3–0,6 ед/сут, со 2-го дня после операции пациентов переводили на оральные антикоагулянты. Остальным пациентам (n=292) без тромбозов в анамнезе назначали оральные антикоагулянты – прямой ингибитор тромбина дабигатрана этексилат (n=174) или ривароксабан (n=118). Первый прием дабигатрана этексилата (110 мг) либо ривароксабана (10 мг) осуществляли в 1-й день после операции. Далее пациенты получали 220 мг дабигатрана этексилата или 10 мг ривароксабана в сутки в течение 28–35 дней. Эффективность профилактики тромбоэмболических осложнений контролировали при помощи ультразвукового триплексного ангиосканирования на 3, 7, 14-е сутки после операции, далее 1 раз в месяц. Срок

В.С. Ширинским обобщен многолетний опыт наблюдения за больными ВИД, который послужил основой для разработки оригинальной этиопатогенетической классификации ВИД, широко используемой в практике.

Валерий Степанович известен как специалист в области иммунофармакологии. Им предложен оригинальный многоэтапный метод выявления иммуноактивных свойств биологически активных веществ *in vitro*, показаны иммуотропные свойства ряда биологически активных соединений (производные алканкарбоновых кислот, германия, биофлавоноидов и др.).

В последние годы научные интересы В.С. Ширинского связаны с изучением особенностей иммунопатогенеза ревматоидного артрита и атеросклероза, разработкой новых подходов к многоцелевой терапии этих заболеваний на основе использования агонистов PPAR и ингибиторов 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим-А-редуктазы. Результаты ряда исследований позволили В.С. Ширинскому впервые сформулировать концепцию узловой (hub) терапии синтропных коморбидных заболеваний, связанную с модуляцией мишеней, выполняющих ключевую роль в регуляции воспаления, липидного обмена, свертывания крови и т. д.

Под руководством В.С. Ширинского создана школа высококвалифицированных специалистов в области аллергологии и иммунологии, ревматологии, иммунофармакологии.

В.С. Ширинским опубликовано свыше 360 научных работ, монография, он автор 12 изобретений, под его руководством защищено 14 кандидатских и 1 докторская диссертация.

Блестящие организаторские способности В.С. Ширинского проявились в организации муниципального диспансера клинической иммунологии, становлении и развитии клиники иммунопатологии ФГБУ «НИИ клинической иммунологии» СО РАМН, консультантом которой он является.

Много внимания В.С. Ширинский уделяет педагогической работе. Под его руководством в Новосибирской государственной медицинской академии в 1989 г. организован курс клинической иммунологии, а в последующем – и кафедра, профессором которой он был до недавнего времени.

В.С. Ширинским разработаны методики преподавания аллергологии и иммунологии для студентов, слушателей факультета усовершенствования врачей, которые обобщили его многолетний опыт клинициста и ученого, издан ряд методических пособий, разработаны оригинальные обучающие и контрольные тестовые задания.

Много времени В.С. Ширинский уделяет общественной работе. Он является членом правления Российскойского научного общества иммунологов, Общества ревматологов Новосибирской области, редколлегии журнала «Цитокины и воспаление».

В.С. Ширинский награжден значком «Отличник здравоохранения СССР», удостоен звания «Заслуженный врач РФ».

Коллектив ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой, редакция газеты «Ревматология» присоединяются к многочисленным поздравлениям в адрес профессора В.С. Ширинского и желают ему творческого долголетия и активной работы на благо развития иммунологии и ревматологии.

наблюдения составил 3 мес. Ни у одного пациента с ревматическими заболеваниями после эндопротезирования в раннем послеоперационном периоде не было тромбозов глубоких вен нижних конечностей. В группе пациентов с остеоартрозом в раннем послеоперационном периоде тромбозы выявлены в 6,9% случаев. Причинами их возникновения явились самостоятельная отмена препарата на 15–20-е сутки после операции, позднее назначение антикоагулянтов. В периоперационном периоде клинически значимых кровотечений не отмечалось. Авторами сделан вывод, что описанная схема профилактики тромбозов глубоких вен нижних конечностей оказалась эффективной и удобной в раннем послеоперационном периоде у пациентов с ревматическими заболеваниями после эндопротезирования крупных суставов.

Одним из наиболее грозных осложнений эндопротезирования крупных суставов у больных с ревматическими заболеваниями является развитие перипротезной инфекции, прогрессирование которой может привести не только к потере конечности, но смерти. В то же время ранняя диагностика и адекватная хирургическая помощь позволяют не только купировать инфекционный процесс, но и сохранить имплантированный сустав.

Были представлены результаты анализа инфекционных осложнений у 654 больных с эндопротезированием коленного сустава и 549 пациентов – тазобедренного сустава. Перипротезная инфекция развилась у 3,63% больных после эндопротезирования коленного и у 2,95% больных после эндопротезирования тазобедренного сустава. У 11 больных была ранняя, у 6 – отсроченная, у 3



К 85-летию А.Б. Зборовского

Дорогой Александр Борисович!

Мы хорошо знаем Вас как выдающегося ученого – терапевта и ревматолога, великого педагога, опытного педагога и организатора здравоохранения России. Ваш вклад в развитие науки огромен: от

вопросов кардиологии, гастроэнтерологии, аллергологии до разработки методов ранней диагностики, лечения и профилактики ревматических болезней. Вами разработан комплекс клинко-инструментальных и иммунобиохимических методов ранней и дифференциальной диагностики ревматизма, болезней суставов и диффузных заболеваний соединительной ткани, внедрены в клиническую практику оригинальные методы изучения иммунного ответа у ревматологических больных, разрабатываются нанотехнологии, связанные с получением иммобилизованных гранулированных антигенных препаратов, иммуносорбентов на магнитной основе, изучаются эффективность и безопасность генно-инженерных биологических препаратов, способствующих повышению эффективности лечения ревматических заболеваний.

Ваши исследования всегда привлекали внимание врачей-ревматологов. Вы – крупный организатор медицинской науки и здравоохранения, уделяющий большое внимание организации специализированной службы, подготовке кадров в Российской Федерации, внедрению новейших технологий в области диагностики и лечения ревматических заболеваний в практическое здравоохранение.

Вы являетесь большим авторитетом среди ученых у нас в стране и за рубежом, о чем свидетельствует избрание Вас членом Президиума РАМН, почетным членом Ассоциации ревматологов России и общества терапевтов Российской Федерации, почетным членом ревматологических лиг Германии, Чехословакии, Украины, Международного общества имени Пуркинине.

Будучи высокопрофессиональным врачом-клиницистом, Вы щедро делитесь богатым клиническим опытом с молодыми коллегами, создав свою школу ревматологов. Многие Ваши ученики работают заведующими кафедрами в Волгоградском государственном медицинском университете и высших учебных заведениях других городов России, СНГ и дальнего зарубежья.

Вас достойно отметило наше государство, а медицинская общественность наградила своей любовью и огромным уважением.

Примите наши самые искренние пожелания здоровья, счастья и дальнейших успехов во всех Ваших начинаниях.

Коллектив ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой, редакция газеты «Ревматология»

–поздняя форма перипротезной инфекции. У 11 больных с ранней формой перипротезной инфекции была выполнена ревизия сустава/дебридмент с сохранением эндопротеза и заменой полиэтиленовых вкладышей и головок эндопротеза тазобедренного сустава. Операции завершались оставлением в ране коллагеновых гемобиотиков и дренированием, антибактериальную терапию назначали на 4–6 нед. Такая тактика лечения перипротезной инфекции оказалась эффективной и позволила избежать рецидивов инфекции при наблюдении 1–5 лет у 70% больных.

Большой интерес вызвало обсуждение рекомендаций по периоперационному ведению больных РА и совместному ведению пациентов ревматологами и травматологами-ортопедами. Рассмотрены вопросы определения кардиоваскулярного риска, риска развития тромбозов и послеоперационных кровотечений, инфекционных осложнений при эндопротезировании суставов, вопросы продолжения или отмены терапии НПВП, БПВП и ГИБП у больных РА. Представлены результаты эндопротезирования суставов у больных, получающих ГИБП.

В рамках конгресса был проведен Первый Евразийский семинар по научно-коммуникационным навыкам (*А. Гаспарян, Великобритания*), на котором рассматривались требования к написанию научных статей, проблемы соблюдения научного авторства, модели открытого доступа и определение импакт-фактора.

Д.м.н. В.Н. Амирджанова, ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, Москва



Ревматолог и Я

П Р И Л О Ж Е Н И Е Д Л Я П А Ц И Е Н Т О В

ДИАГНОЗ – ЭТО НЕ ПРИГОВОР

Серьезная хроническая болезнь всегда становится тяжелым испытанием для человека. О том, как справиться с возникающими психологическими проблемами, мы говорим сегодня с Еленой Зиборовой, медицинским психологом высшей категории.

— Елена Викторовна, скажите, насколько похожи психологические трудности при разных хронических заболеваниях? Есть ли своя специфика, допустим, для пациентов с болезнью Бехтерева?

— Когда мы говорим о внутренней картине болезни, то это, безусловно, касается любого хронического заболевания. Такое заболевание неизбежно приводит к изменению личности. Личностные изменения связаны с теми трудностями, которые испытывает человек. Их много: боль, изменение жизненного ритма, изменение отношения к самому себе и отношения окружающих к заболевшему человеку. Любая болезнь, связанная с потерей подвижности, изменением возможностей человека, снижением его работоспособности, влечет за собой личностные перемены. А при ревматических болезнях, таких как ревматоидный артрит, болезнь Бехтерева, склеродермия, волчанка, происходит не только изменение внутреннего состояния, болезнь накладывает отпечаток еще и на внешность человека. Это тоже влияет в целом на личность. Меняется вся «картинка» мира, вся система координат — и у самого человека, и у людей, его окружающих. Страшно еще и то, что близкие больного достаточно быстро привыкают к его состоянию и «устают» от его жалоб, его ограниченных возможностей. Известен такой парадокс: у женщин, которые выходят замуж уже больными, обычно бывают хорошие, прочные браки. А вот женщины, которые заболевают в браке, часто расстаются со своими мужьями. Мужья не выдерживают трудностей, с которыми сталкиваются. Хотя, конечно, многое зависит и от того, как ведет себя заболевшая женщина. В целом женщина чаще всего готова достаточно долго ухаживать за больным мужем. Мужчина гораздо реже способен на такое поведение, при котором неизбежно приходится ущемлять себя и во времени, и в качестве жизни, и в получении собственных удовольствий. Эти проблемы — общие для серьезных хронических болезней.

— Вероятно, особенно важен тот момент, когда человек узнает о своем диагнозе, когда ему сообщают, что он серьезно болен, что болезнь не исчезнет через неделю или через месяц. Как пережить эту ситуацию?

— Момент постановки диагноза хронической болезни — всегда очень тяжелый. Ты вдруг узнаешь о том, что твоя болезнь — не временное явление, не перелом, который скоро срастется, а проблема на всю оставшуюся жизнь. Конечно, все это очень деморализует человека, переживания, с которыми он сталкивается, очень тяжелы. Мало сильных личностей, которые сразу готовы принять факт болезни и способны изменить ритм своей жизни, подчинив его тому состоянию, в котором они оказались.

В самом начале, когда пациент только узнал о своем диагнозе, важны несколько моментов. Кроме осознания самого факта серьезного заболевания, очень важна возможность обстоятельного общения с грамотным специалистом, опытным врачом. Только врач может объяснить суть проблемы и профессионально показать пути ее решения, сделать правильный выбор лекарственных препаратов.

— Давайте чуть подробнее остановимся на том, как можно «защититься»

от депрессии и отчаяния в самом начале? Какие психологические «установки» способны уберечь человека от паники?

— Первое: я должен принять то, что я заболел. Моя жизнь изменилась во многих конкретных деталях. Например, я не могу позволить себе спать до 11, я должен вставать раньше. Потому что надо привести себя в порядок: вовремя выпить лекарство, сделать зарядку, выполнить необходимые процедуры, раскататься, снять скованность. Изменить привычный ритм жизни тяжело, но вполне реально. И если я сам готов измениться, жить по-новому, то, как правило, окружающие люди тоже принимают эти перемены, начинают обращаться со мной по-новому. Если люди видят, что человек борется, старается преодолеть трудности, то обычно они с удовольствием ему помогают.

Второе. Я должен поставить перед собой новые цели. Потому что цели помогают нам реализовываться в жизни. Бывают разные ситуации. Иногда болезнь протекает не очень тяжело и почти не влияет на жизнь человека, он может добиваться успехов в карьере, в научной деятельности и так далее. Есть ситуации, когда болезнь настолько тяжела, что человек не в состоянии выходить из дома. Это, вероятно, самый трудный момент: ограниченная подвижность. И обязательно должно быть нечто такое, что будет достаточно прочно связывать больного с окружающим миром. Есть социальные сети, есть различные проекты, есть самая разная работа на дому — все это позволяет человеку реализовывать себя, быть нужным людям, оставаться социально востребованным. Нельзя уходить в одиночество, замыкаться, «заклиниваться» на своей проблеме — это самое главное. «Мне плохо, жизнь кончилась, мир вокруг меня погас», — вот гибельная формула, от которой надо отказаться.

Одна из наиболее частых реакций на болезнь — поиск виноватых. «Почему именно я заболел, кто виноват?» Когда человек начинает противопоставлять себя всем остальным, это путь в тупик. И ответов на подобные вопросы нет. Потому что сегодня нет четкого понимания того, почему возникают системные ревматические заболевания. (Это касается и многих других хронических болезней.) И в этой ситуации поиск виноватых — абсолютно бессмысленное поведение, которое ведет только к разрушению личности. Разрушается сознание, а за этим часто следует пристрастие к алкоголю или наркотикам. Это путь в никуда.



— Сегодня каждый человек может найти в Интернете самую подробную информацию о любом заболевании и методах его лечения. Это хорошо?

— Увы, это скорее плохо. К сожалению, сегодня избыток информации о любой болезни, чаще мешает, чем помогает ее преодолению. Потому что далеко не вся информация в средствах массовой информации или Интернете корректна, достоверна. Предлагается множество методов так называемой народной медицины. А в результате получается, что человек в сущности ставит на себе крест тогда, когда у него еще есть и возможности, и силы бороться с болезнью. Лечение «нетрадиционными» методами — всегда путь в тупик. Если говорить об Интернете, то здесь есть одна большая проблема: Интернет не позволяет фильтровать информацию. И вместе с «зернами» туда попадает много «плевел». Человек путается. Хотя, конечно, сайты, которые организованы самими пациентами, могут быть очень полезными. Потому что это люди, которые работают грамотно, под контролем опытных специалистов. Они профессионально подходят к проблеме, дают грамотные ответы на поставленные вопросы. Врачебные сайты тяжелы для понимания, там много научных терминов. А вот общение с пациентами, которые давно находятся под контролем врачей, особенно с теми, у кого есть положительные результаты лечения, — это правильное направление. Это может спасти от депрессии и дать реальную надежду. Больные люди обязательно должны общаться между собой, собираться в сообщества, как это практикуется во всем мире, особенно в Америке. Пациенты, даже не находясь в больнице, встречаются раз-два в месяц, делятся своими проблемами. У нас такой практики нет почти нигде. И в целом это большая проблема — отсутствие психологической помощи таким пациентам.

— Если человек дееспособен, продолжает работать, должен ли он поделиться информацией о своей болезни, сказать об этом друзьям, коллегам на работе?

— Конечно, это решается индивидуально. Все зависит от того, какие условия работы, какие отношения с сослуживцами и с начальством. И главное — от самого человека. Для одного очень тяжело рассказать кому-то о своем недуге. Другому крайне важно поделиться своей бедой и услышать слова утешения. А для кого-то это может быть даже формой манипуляции окружающими, человек стремится вызвать сочувствие к себе и даже заставить кого-то сделать работу, которую мог бы выполнить и сам. Оптимальный вариант — опираться на здравый смысл. Рассказывать о болезни всем и каждому, наверное, все же не надо. Но если, например, весь коллектив едет на пикник в холодный мокрый лес, то человеку с ревматическим диагнозом ехать туда не стоит. И тогда есть смысл объяснить объективную причину отказа от поездки. Нельзя злоупотреблять сочувственным к тебе отношением. Но обязательно нужно считаться с состоянием собственного здоровья. И лучше всего, если решения принимаются с учетом сложившейся конкретной ситуации. Чем более зрелый человек, тем реже он вовлекает остальных в свои трудности.

— Что важнее — общаться в основном с «друзьями по несчастью», с теми, у

кого похожий диагноз, или наоборот, пытаться сохранить все прежние контакты, максимально широкий круг общения?

— Важнее всего — быть востребованным! Если у тебя есть постоянный круг общения, то, как правило, он сильно не меняется. Это зависит от поведения самого человека. Ревматическими заболеваниями страдают многие очень достойные интересные люди. Если ты не «зацикливаешься» на болезни, а имеешь другие интересы и увлечения, то и самых разных людей вокруг тебя будет достаточно, и это оптимальный вариант. Но и «друзья по несчастью» в ситуации хронической болезни жизненно необходимы! Бывает, что у тебя вдруг возникла необычная боль, таблетки кончились и так далее. Случилось что-то экстренное. И не всегда врач рядом и доступен. В такой момент чрезвычайно важно, чтобы было кому позвонить!

— **Насколько часто возникают проблемы с лекарственным обеспечением? Как правильно преодолевать эти проблемы?**

— Конечно, проблемы возникают. И тут я могу сказать, что в большинстве случаев опыт общения пациентов с вышестоящими органами, которые отвечают за обеспечение лекарствами, достаточно позитивен. Как правило, пациентам удается получить необходимые препараты, трудности преодолимы. Это касается и вопросов инвалидности. Обычно на местах получить инвалидность гораздо труднее, чем при обращении в вышестоящие инстанции. И если районный ревматолог не дает инвалидность, то человек обращается к городскому ревматологу, и чаще всего вопрос решается положительно. Главное — не впадать в агрессию, спокойно общаться с врачами и чиновниками из органов здравоохранения. И тут как раз Интернет может помочь найти и нужные адреса, и тех пациентов, у которых есть позитивный опыт решения возникавших в ходе лечения проблем.

— **Вопрос, который волнует многих: насколько существенно наследственность влияет на риск заболеть системным ревматическим заболеванием? Пациенты с такими диагнозами часто находятся в самом активном репродуктивном возрасте. Как решается для них вопрос о планировании беременности? Насколько велика вероятность «передать» болезнь будущему ребенку?**

— Коротко можно сказать так: в большинстве своем люди рожают — и вполне успешно. Повторю снова: вопрос о том, почему люди заболевают системными заболеваниями, остается открытым. Конечно, генетические исследования по этой проблеме проводились. Но убедительной статистики не существует, четкой предрасположенности к этим болезням не выявлено. К сожалению, и у совершенно здоровых родителей, у которых нет никаких генетических факторов риска, дети могут заболеть. И наоборот, где больны и муж, и жена, дети часто рождаются абсолютно здоровыми. А в целом вопрос о роли наследственности в развитии системных ревматических заболеваний требует дальнейшего изучения, многое тут не до конца понятно. На данный момент нет серьезных оснований для того, чтобы давать пациентам с подобными диагнозами рекомендацию отказаться от рождения детей. Конечно, нужно руководствоваться здравым смыслом, максимально внимательно относиться к здоровью ребенка. У него должны быть адекватные физические нагрузки, правильное сбалансированное питание. Важно, чтобы ребенок не страдал ожирением, чтобы получал все необходимые витамины и микроэлементы. Но в сущности это элементарные требования, о которых нужно помнить всем родителям. И конечно, при любых сомнениях или подозрениях важно как можно быстрее обратиться за советом к доктору. Тем более что у людей с ревматическими болезнями, как правило, уже есть опыт активного общения с врачами. Коротко говоря, здоровье ребенка должно быть под четким контролем родителей.

— **Допустим, девушке 25 лет. Она встречается с молодым человеком. В какой-то момент ей ставят диагноз системной ревматической болезни. Что происходит дальше? Должна ли она сразу сказать близкому человеку о случившемся? Часто ли такая ситуация приводит к разрушению отношений?**

— И тут тоже все индивидуально. Но если речь идет о серьезных отношениях, то, наверное, скрывать происходящее не стоит. Тем более что молодой человек в любом случае узнает о болезни, ее просто нельзя скрыть. Хотя бы потому, что больная должна принимать лекарства, делать какие-то процедуры, посещать врача. Если лю-

ди любят друг друга, то обычно реакция бывает достаточно спокойной, диагноз не воспринимается как трагедия. Бывает, что гораздо тяжелее реагируют на такую ситуацию родители молодого человека, чем он сам. Но и эти трудности обычно преодолимы. Главное — поведение самой девушки. Если она продолжает жить активной жизнью, не впадает в панику или агрессию, то и окружающие ведут себя спокойно и доброжелательно.

— **Видимо, один из факторов, влияющих на успех (или неуспех) лечения больного человека, это поддержка его семьи?**

— Безусловно! В случае тяжелой хронической болезни человека его семья обычно полностью вовлечена в эту ситуацию. Поддержка семьи — одна из главных опор, помогающих человеку держаться на плаву. Позиция родителей очень часто определяет его дальнейшее существование в этом мире — существование в новой ситуации, на которую неизбежно влияет серьезная болезнь. Если мама приучила тебя преодолевать трудности, то ты научишься жить в новых обстоятельствах. Если родители паникуют, то больному человеку гораздо труднее справиться со своими проблемами.

Повторим еще раз: основные точки опоры — грамотный врач, семья, друзья и знакомые, «друзья по несчастью» (люди с похожим диагнозом), любая полезная работа, интересные занятия. Самое главное — научиться создавать «оси координат», которые помогут двигаться вперед. От этого зависит успешность жизнедеятельности больного.

— **Какие страхи наиболее типичны для пациентов с тяжелыми системными заболеваниями?**

— Сначала — страх скорой смерти. Это потому они узнают, что люди живут с такими диагнозами долгие годы. А первая реакция — жизнь кончена. Очень часто мучает страх боли, страх неизбежных исследований и процедур. Угнетает сам факт нахождения в стационаре — это «больничные» страхи. Дальше — страх перед будущей жизнью: как я буду жить, что я буду делать. Страх одиночества — вдруг близкие люди от меня отвернутся, муж (жена) бросит. Самое губительное, если человек осознает все эти страхи, но ничего не делает для их преодоления, с головой погружается в болезнь, как в болото. Тем самым он отрезает многим людям пути к самому себе, изолирует себя от тех, кто готов его поддержать.

— **Насколько типичен страх «жизни на таблетках»?**

— Он встречается очень часто. И тут, к сожалению, очень негативна роль средств массовой информации. Мы все помним настоящую атаку на прививки, она принесла огромный вред. Мы встречаем постоянную ругань в адрес лекарств. Между тем, медицина — очень сложная сфера, писать на эту тему нужно очень профессионально. И есть вопросы, которые должны обсуждаться только при личном общении врача и пациента. Отношение к лекарственной терапии во многом определяется степенью доверия в отношениях между врачом и пациентом. Больной должен осознавать, что рекомендации доктора надо выполнять. Если ты не доверяешь своему врачу, надо искать того, кому ты будешь доверять. Без этого успех лечения невозможен. Нередко пациенту просто необходимо принять объективную реальность: таблетки стали частью его жизни. Либо ты «на таблетках» — и при этом дееспособен, продолжаешь работать и жить полноценной жизнью. Либо ты «без таблеток» — и ты инвалид, сидишь дома наедине со своими страхами.

— **Религия помогает в ситуации хронической болезни?**

— Да. Мне кажется, что нынешнее поколение людей среднего возраста — 40–60 лет — это в большинстве своем люди верующие, но не воцерковленные. Верят почти все, но не у всех есть возможность или желание, потребность пойти в церковь. Если исходить из религиозных воззрений, то болезнь — это, конечно, посланное нам испытание. И от того, как мы выдержим это испытание, зависит наше дальнейшее существование. Агрессивных атеистов среди больных я почти не встречала. Для большинства религия становится одной из опор, помогающих преодолеть отчаяние и трудности. Как правило, у человека очень интимные взаимоотношения с религией, эти вопросы не обсуждаются прилюдно.

— **Насколько часто, узнав о тяжелом диагнозе, люди пытаются лечиться с помощью так называемой народной медицины?**

— Очень часто. И это требует некоторых пояснений. Если мы обратимся к такой науке, как нейропсихология, то многое станет понятно. У нас есть активное аналитическое левое полушарие и есть более творческое правое полушарие. Когда человек оказывается в беде, то очень часто левое полушарие как бы отключается. И человек мыслит, опираясь скорее не на анализ, а на творчество, то есть додумывает какие-то вещи, иногда фантазирует. Иначе говоря, придумывает себе ситуацию и живет уже не в реальной действительности, а в этом придуманном мире. И тогда здравый смысл отказывается и начинаются походы к гадалкам, вещуньям, целителям и экстрасенсам. А время идет, болезнь прогрессирует, лечение на поздних стадиях бывает менее успешным. Иногда все заканчивается летальным исходом.

— **Допустим, перед нами пять пациентов. У скольких из них, по-вашему, есть некий опыт лечения «народными» методами?**

— Вероятно, у всех пяти. Через период надежды на чудесное исцеление проходят почти все. Каждый обязательно слышит разговоры о том, что кто-то где-то вылечился с помощью травок или «иголок». Но беда как раз в том, что системные заболевания — очень сложные, они приводят к поражению многих органов и систем жизнедеятельности. Никакие травки тут не помогут, это доказано тысячекратно. Но, повторяю, в ситуации внезапной болезни не все люди сохраняют здравый смысл и способность к анализу. Многие долго мечутся в растерянности. А потом все равно обращаются к врачу, иногда уже потеряв многие месяцы драгоценного времени. К счастью, в последние годы появились очень эффективные современные лекарства, которые позволяют во многих случаях добиться ремиссии. Но процесс лечения часто бывает долгим. К сожалению, нередко пациенты не осознают этого и, не получив быстрого результата, отказываются от «официального» лечения. Начинаются поиски «народных» рецептов исцеления. А потом больные опять возвращаются к грамотным врачам. Такие «качели» — ситуация, увы, очень частая.


— **Какие качества характера помогают противостоять болезни?**

— Прежде всего — оптимизм, контактность, стойкость, жизнелюбие. Все зависит от внутреннего восприятия заболевания. Ведь сама болезнь протекает у всех примерно одинаково. Люди проходят через боль, через неподвижность, через крушение каких-то надежд, иногда рушится дружба или любовь. Но при этом есть люди, которые верят, что все можно преодолеть, и все равно настроены оптимистично по отношению к своему будущему. Они цепляются за любую «соломинку» — и выкарабкаются. А другие, столкнувшись с трудностями, опускают руки — и часто идут ко дну.

— **Как вам кажется, оптимизм — это качество, которое можно в себе воспитать?**

— Да, можно! Надо работать над собой. Надо пытаться «программировать» свои мысли, концентрироваться на любых положительных эмоциях и обстоятельствах жизни. Это называется позитивным программированием. Пациент говорит себе: «Да, я болею. Но я смогу выполнить вот эту конкретную задачу». Человек акцентируется на том, что он способен сделать. Если больной настраивает себя на преодоление, то ему практически всегда удается расширить границы своих возможностей. Что особенно важно? Чтобы у человека был запас лекарств, чтобы он был дееспособен, чтобы не возникло паники по этому поводу. Значит, надо позаботиться, чтобы дома были определенные лекарства на любой экстренный случай. Нужно, чтобы под рукой были телефоны людей, которым можно позвонить в любое время — это не только врачи, но и «друзья по несчастью». Очень важно найти своего психолога. К сожалению, у нас не очень хорошо развита психологическая служба. Сама профессия медицинского психолога возникла не так давно, пока далеко не в каждой больнице есть такой специалист. Это большая проблема. Причем речь идет именно о медицинских психологах, которые знают особенности течения разных заболеваний, какие трудности возникают у пациентов. Повторю, такие психологи есть не везде, не в каждом городе. Но есть грамотные сайты, есть много книг по медицинской психологии. Их можно найти, в этой ситуации Интернет как раз может стать хорошим помощником.

Подготовила С. Сухая

 <p>Издатель: ООО «ИМА-ПРЕСС» Адрес редакции: 115093, Москва, Партийный пер., д. 1, корп. 58, офис 28. ООО «ИМА-ПРЕСС» Телефон: (495) 926-78-14 e-mail: info@imapress.net www.ima-press.net</p>	<p>Главный редактор: академик РАН Е.Л. Насонов</p> <p>Заместитель главного редактора: профессор Л.Н. Денисов</p> <p>Шеф-редактор: С.М. Сухая</p> <p>При перепечатке материалов ссылка на газету обязательна. Мнение редакции</p>	<p>может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов.</p> <p>Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор) ПИ № ФС77-49216 от 30 марта 2012 г.</p>	<p>Подписной индекс в каталоге «Пресса России» — 91732</p> <p>Ревматология. 2014;4(15):1–12.</p> <p>Тираж — 2000 экз.</p> <p>Отпечатано в типографии «Деком»</p>
--	--	---	--