Газета для врачей
№1(18),2015
Главный редактор
академик РАН, профессор
Е.Л. Насонов
Зам. главного редактора
профессор Л.Н. Денисов

Ревматология

Форум и конференция РРА «Надежда» *с. 3*
50 лет ревмоортопедии – итоги и перспективы *с. 4*
Научная конференция «Насоновские чтения» *с. 5*
Последипломная подготовка врачей-ревматологов *с. 8*
Проблемы вакцинации при ревматических заболеваниях *с. 11*

Стартовое совещание Совета экспертов по разработке «Проекта по развитию профессионального партнерства между Ассоциацией ревматологов России, средним медицинским персоналом и пациентским сообществом»

Создание профессионального партнерства между врачами, средним медицинским персоналом и пациентским сообществом является требованием времени

Выступление академика РАН Е.Л. Насонова на стартовом совещании

Профессор Н.В. Чичасова с главными региональными специалистами и медсестрами на стартовом совещании

Создание профессионального партнерства между врачами, средним медицинским персоналом и пациентским сообществом является требованием времени, а также одним из направлений модернизации системы здравоохранения. Ревматологическая служба стала одним из лидеров и новаторов в этом направлении. Ассоциацией ревматологов России (АРР) эта работа была начата уже несколько лет назад. В ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой 3 декабря 2014 г. состоялся Совет экспертов, на котором были подведены текущие итоги долгосрочных проектов по повышению качества оказания специализированной ревматологической помощи, осуществляемых АРР при целевом пожертвовании глобальной биофармацевтической компании AbbVie и организационной поддержке автономной некоммерческой организации «Центр обучения профессионалов здравоохранения».

На протяжении пяти лет реализуются проекты «Ревматологическая медсестринская служба» («РМС»), «Виртуальный госпиталь» и «Развитие применения ультразвуковой диагностики в российской ревматологии», основная цель которых – обеспечить высокий уровень профессиональной подготовки ревматологов и медицинских сестер, диагностики ревматических заболеваний (РЗ), а также предоставить необходимые знания и навыки пациентам с РЗ для обеспечения самоконтроля за заболеванием и их активного участия в лечебно-диагностическом процессе. В заседании Совета экспертов, прошедшем под председательством директора ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, президента АРР академика РАН Е.Л. Насонова, приняли участие ведущие федеральные и региональные эксперты в области ревматологии из 10 регионов России, а также медицинские сестры центров и кабинетов терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП), участвующие в проекте «РМС».

Ревматологическая медсестринская служба

Образовательный проект «РМС» был инициирован в 2010 г. с целью внедрения нового стандарта профессиональной деятельности медицинских сестер в реальную клиническую ревматологическую практику в России и повышения образовательного уровня пациентов с РЗ. За прошедшие годы были проведены образовательные семинары для медсестер, работающих в кабинетах терапии ГИБП ключевых федеральных и региональных ревматологических центров. В дальнейшем эти медработники активно использовали полученные знания и приняли участие в организации региональных школ «Лечение до достижения цели» для пациентов с РЗ. Также при поддержке медсестер, участвовавших в семинарах, были внедрены инновационные инструменты самоконтроля пациентов.

В настоящее время в проекте «РМС» участвуют уже 55 медсестер кабинетов терапии ГИБП из 49 региональных и федеральных ревматологических центров. За время работы проекта для медсестер было проведено 7 образовательных семинаров объемом свыше 2,5 тыс. образовательных человеко-часов.

Важным шагом в развитии проекта «РМС» стало внедрение сети электронных терминалов самооценки пациентов с РЗ, что позволяет более активно проводить контроль лечения и добиваться основной цели лечения – снижения активности заболевания до ремиссии или низкого уровня. Эта концепция носит название «Лечение до достижения цели» (Treat to Target, T2T). Разработка проекта по электронным терминалам самооценки была проведена коллективом научных сотрудников ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой под руководством профессоров Д.Е. Каратеева и В.Н. Амирджановой.

В 2013–2014 гг. терминалы самооценки пациентов были установлены в 23 ревматологических центрах в 20 регионах страны. С помощью терминалов пациенты, страдающие РЗ, предоставляют лечащим врачам-ревматологам подробную информацию о выраженности своих симптомов и их влиянии на качество жизни – в виде ответов на специализированные клинические опросники, разработанные российскими и международными экспертами в области ревматологии и включенные в официальные российские и международные клинические рекомендации по ревматологии (HAQ, EQ-5D, RAPID-3, BASFI, BASDAI, ВАШ и др.). Используя эти параметры наряду с другими клиническими и лабораторными показателями, врач может объективно оценить динамику степени активности заболевания, эффективность проводимой терапии и ее влияние на качество жизни пациента, а также при необходимости принять решение о корректировке лечения с целью его оптимизации.

Терминалами уже смогли воспользоваться более 1,2 тыс. пациентов с ревматоидным артритом (РА), анкилозирующим спондилитом (АС) и псориатическим артритом (ПсА). С помощью медсестер проекта «РМС» пациенты заполнили около 10 тыс. клинических опросников в онлайн-режиме, что позволило существенно сэкономить время врачебного приема и автоматически рассчитать индексы активности заболевания и качества жизни, требуемые для оценки врачами эффективности проводимой терапии и ее оптимизации при необходимости. В настоящее время ведется работа по обеспечению автоматического экспорта индексов функциональной активности и качества жизни из терминалов во Всероссийский регистр пациентов с РА, что поможет существенно упростить и облегчить работу врачей и медсестер по внесению данных в регистр.

Помимо использования преимуществ терминалов самооценки пациенты с РЗ смогли принять участие в региональных школах «Лечение до достижения цели», организованных при поддержке медсестер проекта «РМС» и проведенных при участии ведущих региональных и федеральных специалистов. В ходе 20 школ около 900 пациентов, страдающих РА и спондилоартритами (СпА), получили новую информацию о заболеваниях, современных возможностях их лечения, а также ознакомились с рекомендациями, которые помогают уменьшить тяжесть состояния и улучшить качество жизни.

«Виртуальный госпиталь»

В октябре 2012 г. АРР при поддержке компании AbbVie запустила программу «Виртуальный госпиталь», которая представляет собой инновационную онлайн-систему дистанционного последипломного образования для ревматологов. Программа направлена на совершенствование профессиональных навыков российских врачей-ревматологов в соответствии с потребностями пациентов с РЗ. Система «Виртуальный госпиталь» состоит из двух учебных модулей, теоретического и практического, и содержит представление клинических случаев 20 виртуальных пациентов с РА и СпА, которых врачи могут обследовать, назначать лечение и контролировать его эффективность в онлайн-режиме.

В 2012–2013 гг. дистанционное обучение на платформе «Виртуального госпиталя» прошли почти 200 ревматологов и врачей смежных специальностей. По результатам анкетирования, проведенного в 2013 г., более 90% участников «Госпиталя» отметили полезность и удобство этой платформы, а также озвучили намерение регулярно пользоваться ею для повышения уровня профессиональных знаний в области ревматологии. Анкетирование позволило получить и ряд ценных замечаний и предложений со стороны практикующих врачей и экспертов федерального и регионального уровня, в связи с чем было принято решение провести доработку платформы «Виртуального госпиталя». В течение 2014 г. научная группа проекта в составе профессора Ш.Ф. Эрдеса, профессора Д.Е. Каратеева, к.м.н. Т.В. Дубининой, к.м.н. Н.В. Демидовой заново разработали профили виртуальных пациентов, а также дополнили справочный раздел с учетом последних изменений и дополнений, внесенных в российские и международные клинические рекомендации по диагностике и лечению РА и СпА.Обновленная версия программы была запущена экспертами ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в партнерстве с компанией AbbVie 1 декабря 2014 г. В ее тестировании приняли участие ведущие федеральные и региональные эксперты в области ревматологии: профессор Н.В. Чичасова, профессор Г.В. Лукина, к.м.н. Е.Л. Лучихина, к.м.н. О.А. Румянцева, к.м.н. А.А. Годзенко, к.м.н. Э.Н. Оттева (Хабаровск), к.м.н. О.Б. Несмеянова (Челябинск), к.м.н. О.Н. Иванова (Воронеж),

Профессор Ш.Ф. Эрдес отвечает на вопросы журналистов о проекте «Виртуальный госпиталь» на пресс-конференции после совещания

Выступление профессора Д.Е. Каратеева

к.м.н. С.Н. Лапшина (Казань) и др. На прошедшем Совете экспертов обновленная платформа «Виртуальный госпиталь» была продемонстрирована и обсуждена участниками совещания.

«Проект “Виртуальный госпиталь” стал первым шагом на пути к созданию постоянно действующей системы последипломного образования ревматологов, – отметил на Совете экспертов академик РАН Е.Л. Насонов. – Профили виртуальных пациентов на данной образовательной платформе являются уникальным инструментом, позволяющим врачам-ревматологам совершенствовать практические навыки и профессиональные знания в области диагностики и лечения ревматических заболеваний в любое удобное для них время. Новая версия “Виртуального госпиталя”, разработка которой в настоящее время завершена, будет размещена на образовательном сайте АРР в качестве официального обучающего ресурса».

Развитие применения ультразвуковой диагностики в российской ревматологии

Благодаря проекту по развитию применения ультразвуковой диагностики, осуществляемому в рамках глобальной инициативы Targeted Ultrasound Initiative (TUI), удалось значительно расширить диагностические возможности современной российской ревматологии. УЗИ позволяет существенно повысить раннюю выявляемость РА и СпА, сокращая при этом временные и ресурсные затраты, необходимые для проведения диагностических процедур. В течение 2014 г. 22 ревматологических центра были оснащены портативной ультразвуковой диагностической аппаратурой, на которой уже более 2 тыс. пациентов с РЗ прошли диагностику непосредственно у лечащих врачей-ревматологов. В рамках данного проекта ревматологи также смогли пройти сертификационные и обучающие курсы по ультразвуковой диагностике в объеме более 10 тыс. образовательных человеко-часов, в том числе принять участие в мастер-классах ведущих зарубежных экспертов.

Текущие итоги проектов и результаты их обсуждения на Совете экспертов были отражены в пресс-релизе, подготовленном совместно АРР и компанией AbbVie. Академик Е.Л. Насонов на пресс-конференции для СМИ, состоявшейся по итогам прошедшего Совета экспертов, отметил: «На сегодняшний день ревматические заболевания являются одной из основных причин инвалидизации населения нашей страны, при этом ранняя диагностика, назначение эффективных методов лечения и осознанное поведение самих пациентов могут существенно улучшить состояние их здоровья и позволить им вести нормальную жизнь. Работа по модернизации ревматологической службы и улучшению качества помощи пациентам с ревматическими заболеваниями при поддержке компании AbbVie уже приносит результаты, и я надеюсь, что наше дальнейшее сотрудничество позволит добиться гораздо большего».

«Проекты, реализуемые AbbVie совместно с АРР и НИИР им. В.А. Насоновой, помогают выявить и устранить недостатки в работе ревматологической службы и удовлетворить важнейшие потребности пациентов с ревматическими заболеваниями в России в качестве оказания им специализированной высокотехнологичной медицинской помощи. Мы надеемся, что наша многолетняя и продуктивная совместная работа позволит улучшить качество жизни людей, страдающих ревматическими заболеваниями», – отметил в пресс-релизе Энтони Вонг, генеральный менеджер AbbVie в России, Украине и странах СНГ.

Участники стартового совещания Совета экспертов одобрили представленные проекты и многолетний опыт, накопленный при их осуществлении, в качестве основы для реализации «Проекта по развитию профессионального партнерства между АРР, средним медицинским персоналом и пациентским сообществом». Развитие и совершенствование проекта будет в дальнейшем продолжаться на новом уровне, в рамках единой системы, направленной на совершенствование ревматологической помощи с привлечением всего ревматологического сообщества и с непосредственным участием пациентов. ■

*Проф. **Д.Е. Каратеев**, проф. **Ш.Ф. Эрдес**, проф. **Н.В. Чичасова**, проф. **В.Н. Амирджанова**, д.м.н. **Е.А. Галушко**, ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой*

СПИСОК МЕРОПРИЯТИЙ ПО РЕВМАТОЛОГИИ НА 2015 г.

15–17 января – Зимняя школа «Остеопороз: основы денситометрии, диагностики и лечения».
Санкт-Петербург, Россия

19–20 февраля – Школа «Современные аспекты иммунологии в ревматологии».
Москва, Россия

11–15 марта – Образовательный симпозиум по ревматологии с разбором клинических случаев.
Ван, Турция

12–14 марта – III Международный конгресс по дискуссионным проблемам ревматологии и аутоиммунитета.
Сорренто, Италия

17–20 марта – XII Школа ревматологов им. В.А. Насоновой. Междисциплинарные проблемы ревматологии.
Москва, Россия.

26–29 марта – Всемирный конгресс по остеопорозу, остеоартриту и мышечно-костным болезням.
Милан, Италия

5–6 апреля – Конференция Южного федерального округа по ревматологии.
Владикавказ, Россия

10–11 апреля – Конференция по ревматологии.
Симферополь, Крым, Россия

23–26 апреля – III Всемирный конгресс по дискуссионным проблемам и консенсусу при заболеваниях костей, мышц и суставов.
Монреаль, Канада

24–26 апреля – Международный саммит по ревматологии T2T.
Сочи, Россия

25–28 апреля – IV Совместный митинг по кальцификации тканей и Международных обществ по изучению минерализации костей.
Роттердам, Нидерланды

30 апреля–3 мая – Всемирный конгресс по остеоартриту (OARSI).
Сиэтл, Вашингтон, США

14–17 мая – V Международный конгресс по нейропатической боли.
Ницца, Франция

15–16 мая – Школа «Ревматоидный артрит».
Москва, Россия

27–29 мая – Всероссийская конференция «Коморбидные проблемы в ревматологии и онкоревматологии в клинической практике».
Казань, Россия

27–30 мая – XVI Конгресс Европейской федерации национальных ассоциаций по ортопедии и травматологии.
Прага, Чехия

6–11 июня – Всемирный конгресс Международного общества физической и реабилитационной медицины.
Берлин, Германия

10–13 июня – Ежегодный Европейский конгресс ревматологов (EULAR-2015).
Рим, Италия

27–30 июня – Конференция по костной патологии у детей.
Зальцбург, Австрия

3–5 июля – V Латиноамериканский конгресс по аутоиммунитету.
Сальвадор, Бразилия

8–11 июля – IV Всемирная конференция по псориазу и псориатическому артриту.
Стокгольм, Швеция

6–9 сентября – IX Европейский конгресс по боли.
Вена, Австрия

3–6 сентября – Конференция по системной красной волчанке.
Вена, Австрия

6–9 сентября – Европейский конгресс по вопросам иммунологии.
Вена, Австрия

6–9 сентября – XVII конгресс Ассоциаций по ревматологии Азиатско-Тихоокеанского региона.
Ченнаи, Индия

Сентябрь – Ежегодная конференция Северо-Западного округа по ревматологии.
Санкт-Петербург, Россия

13–16 октября – Европейский конгресс терапевтов.
Москва, Россия

20–23 октября – Ежегодная научно-практическая конференция ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой». Школа в рамках программы «Образование через всю жизнь».
Москва, Россия

6–11 ноября – Ежегодный научный конгресс Американской коллегии ревматологов.
Сан-Франциско, США

13–14 ноября – Конференция Приволжского федерального округа по ревматологии.
Саратов, Россия

2–4 декабря – Школа «Педиатрическая ревматология».
Москва, Россия

11–12 декабря – Конференция Сибирского федерального округа по ревматологии.
Красноярск, Россия

Форум и конференция РРА «Надежда» в рамках Дня артрита

23–24 ноября 2014 г. в Москве одновременно прошли 2-й Всероссийский форум Российской ревматологической ассоциации «Надежда» и 9-я Всероссийская конференция для пациентов в рамках Всемирного дня артрита.

23 ноября с самого раннего утра начали собираться представители региональных отделений РРА «Надежда» из различных уголков нашей страны. Вечером того же дня состоялась рабочая встреча, на которой обсуждались проблемы регионов. В 2014 г. это уже второй Форум, поэтому мероприятие проходило в формате долгожданной встречи старых друзей. Приехали и несколько новых представителей – Е. Титова из Курской области, С. Стативкина из Калужской, М. Козлова из Тверской и Н. Леонченкова из Санкт-Петербурга. С горячим чувством поддержки форумчане встретили представителя Крымского регионального отделения М. Мишкун. Впервые прибыли к нам участники Форума из Хабаровского и Приморского краев, Иркутской области. Их приветствовали бурными овациями, ведь преодолеть такие расстояния – уже равносильно маленькому подвигу. Познакомились мы с представителями южных регионов – Краснодарского края и Республики Адыгея, а также с посланниками из Пензенской и Омской областей. Оживленные беседы, то и дело переходящие в бурную дискуссию, и обмен мнениями – так проходила рабочая встреча...

В ходе ее были намечены основные вопросы, которые необходимо рассмотреть на заседании Форума:

1) подведение итогов работы региональных организаций;

2) выработка стратегии работы на 2015 г.;

3) подготовка резолюции Форума по проблемам ревматологических больных в России.

24 ноября состоялся собственно Форум РРА «Надежда» с участием 30 региональных представителей. Открыла Форум президент организации Н.А. Булгакова, после чего было продолжено горячее обсуждение проблем ревматологических пациентов и путей их решений, в том числе – совместная работа с Ассоциацией ревматологов России (АРР). Участники Форума предложили выбрать почетным президентом РРА «Надежда» академика РАН Е.Л. Насонова, директора ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, президента АРР. Дело в том, что Евгений Львович в свое время поддержал инициативную группу пациентов, которая пришла к нему с предложением создать пациентскую организацию, в рамках этого проекта поддержал РРА «Надежда» и делает это постоянно уже в течение почти 10 лет. Благодаря этой поддержке регулярно проходят конференции в Институте ревматологии, региональные конференции, совместные «круглые столы» на различных площадках, брифинги, пресс-конференции для СМИ.

Почти два часа длилась беседа Е.Л. Насонова с председателями региональных отделений РРА «Надежда». Обсуждались актуальные темы: погружение высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в обязательное медицинское страхование (ОМС), доступность генно-инженерной терапии, создание кабинетов антицитокиновой терапии во всех регионах, смена препаратов, сокращение ревматологических койкомест, возможность лечения в Институте ревматологии, применение дженериков, преемственность лечения пациентов при переходе из детской возрастной категории во взрослую, а также множество других жизненно важных вопросов. После всех дискуссий было принято решение об усилении взаимодействия между АРР и РРА «Надежда» на региональных уровнях и внесении вопросов лечения ревматологических пациентов в проблемный лист на 5-м Всероссийском конгрессе пациентов, с целью дальнейшей его передачи в Минздрав, Правительство и Госдуму Российской Федерации.

Далее на повестке дня были интерактивный тренинг «Взаимодействие с представителями законодательной и исполнительной власти», организованный президентом Всероссийской ассоциации гемофилии Ю.А. Жулевым, и тренинг «Правовые аспекты защиты прав пациентов» с Н.П. Дроновым, заместителем исполнительного директора по правовым вопросам НП «Равное право на жизнь».

После Форума состоялась научно-просветительская конференция для пациентов, проходящих лечение в Институте ревматологии. В начале ее был показан фильм о жизни женщин с ревматоидным артритом.

Модератором конференции был д.м.н. Л.Н. Денисов, который является постоянным куратором проведения всех конференций для пациентов в Институте ревматологии на протяжении 9 лет.

Программа состояла из лекций на следующие темы: «Ревматоидный артрит. Современные методы лечения» (к.м.н. Е.С. Орлова), «Системная красная волчанка. Вопросы и ответы» (д.м.н. Т.В. Попкова), «Болезнь Бехтерева. Что должен знать пациент» (к.м.н. О.А. Румянцева), «Работа Совета общественных организаций по защите прав пациентов при МЗ РФ» (президент РРА «Надежда» Н.А. Булгакова). ■

Всероссийский конгресс пациентов в Москве

25–27 ноября 2014 г. в Москве прошел 5-й Всероссийский конгресс пациентов, основной задачей которого является обеспечение прав граждан на качественную и бесплатную медицинскую помощь. РРА «Надежда» была представлена на конгрессе председателями 30 региональных отделений, до этого принявших участие в работе 2-го Всероссийского форума организации.

В мероприятии участвовали представители Минздрава России, Министерства труда и социальной защиты России, Общественной палаты, Федеральной антимонопольной службы (ФАС), Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и других профильных государственных и общественных структур, а также депутаты Государственной Думы, представители медицинского и пациентского сообществ, причем последние – из пациентских организаций более чем 60 регионов нашей страны.

«Повышение доступности и качества медицинской помощи населению – наша общая ответственность, – отметил Д. Костенников, статс-секретарь, заместитель министра здравоохранения России, открывший мероприятие. – Только благодаря совместным усилиям государства и общества мы сможем добиться поставленной цели. Совместное обсуждение актуальных проблем здравоохранения, оказания медицинской помощи и лекарственного обеспечения, заинтересованность органов государственной власти, общественных объединений и организаций позволит укрепить наше сотрудничество в решении вопросов повышения качества жизни россиян».

«Активное участие пациентских организаций в принятии государственных решений показывает желание граждан влиять на процессы, происходящие в здравоохранении, обеспечивает взаимодействие пациентского и профессионального сообществ в совместной работе по реализации прав пациентов на медицинскую помощь и для развития общественного контроля в сфере охраны здоровья. Широкое участие представителей регионов в 5-м Всероссийском конгрессе пациентов послужит прочным фундаментом реализации задач здравоохранения в субъектах Российской Федерации», – подчеркнул Д. Костенников.

По словам врио руководителя Росздравнадзора М. Мурашко, уже подготовлен законопроект о формировании попечительских советов в медицинских организациях, в работе которых смогут участвовать и пациенты.

Директор Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, член Общественной палаты Российской Федерации Н. Дайхес поддержал идею участия сообщества пациентов в организации медицинской помощи, включая обучение и подготовку врачей.

Президент Национальной медицинской палаты, директор НИИ неотложной детской хирургии и травматологии Л. Рошаль, в свою очередь, рассказал о проблемах, с которыми сталкивается пациент, и отметил важность государственной поддержки в области оказания медпомощи и лекарственного обеспечения.

В рамках конгресса прошли образовательные семинары и тренинги по вопросам организации работы обществ пациентов, взаимодействия НКО и власти, усиления эффективности деятельности НКО в целях повышения качества оказания медицинских услуг населению.

26 ноября все участники тренингов были разбиты на группы. Группы формировались по степени подготовки слушателей. На тренингах была предложена на рассмотрение модель общественного контроля в здравоохранении ВСП в соответствии с Федеральным законом № 212-ФЗ «Об основах общественного контроля в Российской Федерации» от 21 июля 2014 г.

27 ноября продолжилась работа в тренинговых группах, разбитая на три тура. Каждый индивидуально выбирал предложенные темы, и за три перехода участники посетили практически все группы:

Я. Власов «Организация работы Общественного совета»;
Е. Лустина «Управление временем, планирование»;
Е. Хегай «Методы убеждения в переговорах и выступлениях»;
С. Сергеева «Мотивирующий подход в переговорах»;
В. Шухат «Приятные техники контроля»;
М. Чураков «Грантовый фандрайзинг». ■

50 ЛЕТ РЕВМООРТОПЕДИИ – ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Ревмоортопедия – относительно новое направление в современной ревматологии: в 2014 г. состоялся 50-летний юбилей этой дисциплины.

В связи со знаменательной датой были подведены некоторые итоги научно-практической деятельности ревмоортопедов ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой и рассмотрены цели дальнейших научных разработок. В первую очередь они касаются развития малоинвазивной хирургии крупных и мелких суставов, а также использования высокотехнологичных методов восстановительного лечения для пациентов с широким спектром ревматических заболеваний (РЗ).

Идея организации направления ревмоортопедии в России возникла у академика А.И. Нестерова в период создания Института ревматизма в середине прошлого столетия. Трудности первоначального этапа заключались в полном отсутствии какого-либо опыта использования ортопедических принципов в хирургическом лечении ревматологических больных даже в крупнейших ортопедических научных и лечебных центрах Москвы и всей страны. Кроме того, отсутствовали элементарные условия для работы хирургов в самом здании Института ревматизма. Приглашаемые А.И. Нестеровым специалисты-травматологи отказывались сотрудничать, а в Минздраве РСФСР идею создания ревмоортопедии считали неосуществимой.

Тогда А.И. Нестеров по договоренности с горздравотделом г. Москвы направил одного из своих сотрудников в городскую больницу (ГКБ) №13 для хирургической работы с ревматологическими больными. Там же в конце 1962 г. была проведена операция на лучезапястном суставе (артродезирование) у пациентки с ревматоидным артритом (РА). Закончилась она, увы, провалом: артродез оказался несостоятельным. По мере освоения некоторых видов оперативного вмешательства, например синовэктомии коленного сустава (КС), возникали сложности послеоперационной реабилитации, у отдельных пациентов развивались рецидивы артрита оперированного сустава. Однако работа по изучению проблем ревмоортопедии и послеоперационной реабилитации не прекращалась, и в 1963 г. на ученом совете Института ревматизма состоялся доклад о первых результатах синовэктомии КС при РА – была доказана целесообразность хирургического лечения у ревматологических больных с суставной патологией. Год спустя на базе ГКБ №13 был организован артрологический сектор с хирургическим и ревматологическим отделениями. Так началась официальная история направления ревмоортопедии.

Наряду с освоением типовых ревмоортопедических операций при РЗ с использованием зарубежного опыта (в частности, финского) была развернута и научная работа. Цели исследований были следующие: а) разработка показаний и противопоказаний к оперативному лечению резистентных артритов КС у больных РА на разных стадиях воспалительного процесса и с учетом активности этого заболевания; б) создание системы реабилитационных мероприятий в ближайшем послеоперационном периоде; в) выявление осложнений во время операции, а также в послеоперационном периоде, их лечение и профилактика. Стояла задача выявить клинико-морфологические признаки рецидивирования артрита оперированного сустава. Важнейшим вопросом являлась разработка критериев оценки отдаленных результатов хирургического лечения. И в течение следующих 3–4 лет были подготовлены две кандидатские диссертации о разработке восстановительных мероприятий в ближайшем послеоперационном периоде и проведены теоретические исследования о взаимосвязи результатов оперированного сустава с морфологическими изменениями регенерированной синовиальной оболочки при благоприятных исходах и рецидивах артрита оперированного сустава у больных РА. Был разработан и внедрен в клиническую практику собственный вариант хирургического лечения осложненных форм артрита КС при РА с фиксированными сгибательными контрактурами – задняя капсулотомия. Метод используется и сегодня. В итоге за 6 лет (1963–1968) был собран и обработан клинический материал и оформлена докторская диссертация (В.П. Павлов).

В последующие годы проводились исследования, касающиеся послеоперационного рецидивирования артрита оперированного сустава у больных РА, а полученные данные сопоставлялись с результатами мультицентрового исследования американских ревмоортопедов.

По инициативе Института в 1981 г. было проведено мультицентровое исследование 10-летних отдаленных результатов ранней синовэктомии КС при РА, выполненной европейскими и японским ревмоортопедами. Полученные данные подтвердили правильность выбора этого метода лечения на ранней стадии артрита КС у больных РА. Всплеск же интереса к операции возник после внедрения в практику хирургического лечения артроскопии (АС), которая обладает явным преимуществом перед открытым методом синовэктомии КС, и за период с 2001 по 2012 г. в травматолого-ортопедическом отделении Института были выполнены 120 АС с благоприятным отдаленным исходом.

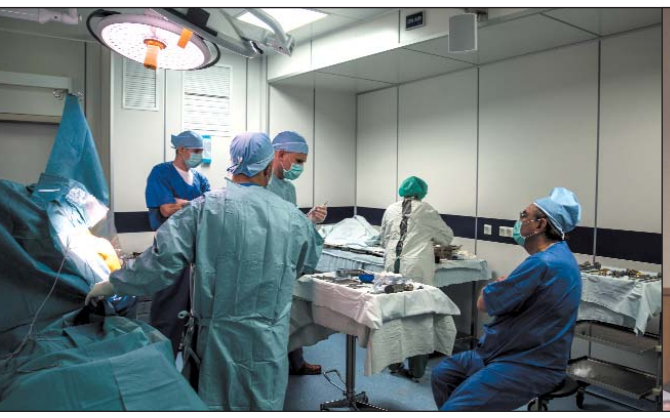
Однако проблема рецидивирования артрита оперированного сустава при РА является актуальной и по сей день. Необходимы дальнейшие исследования по профилактике, лечению и снижению частоты рецидивов после синовэктомии КС, производимой с использованием технологии АС. В перспективе АС займет свое место в ревмоортопедии ранней стадии артрита КС при РА (0–1-й класс по Ларсену), так как гарантирует меньший риск послеоперационных осложнений, более легкую реабилитацию и снижение срока пребывания в стационаре. Артрит КС 2-го класса по Ларсену также может являться показанием к АС, но в этом случае риск рецидива артрита оперированного сустава возрастает. Метод используется и для раннего хирургического лечения артрита локтевого сустава у больных РА, а также некоторых других – кистевого, проксимального метакарпо-фалангового, что дает нам повод заявить о расширении применения АС при артритах мелких суставов у пациентов с РА.

В свою очередь, продвинутые стадии артрита различных суставных локализаций при РА и других РЗ потребовали освоения артропластических, реконструктивных операций, а также эндопротезирования. Так, были освоены и усовершенствованы артродез кистевого сустава и полуэндопротезирование КС с использованием имплантатов типа Mac Intosh и Sbarbaro. Данный вид полуэндопротезирования считается предтечей эндопротезирования современными имплантатами. Тем не менее нам и тогда удавались коррекции варусных и вальгусных установок КС у больных РА с продолжительными хорошими функциональными результатами. Нами было освоено эндопротезирование тазобедренного сустава с использованием эндопротеза Сиваша, однако эта методика не получила широкого применения из-за тяжелых осложнений в условиях обычного больничного стационара.

В Институте большое внимание уделялось также развитию консервативной ортопедии, в частности, проблеме ортезирования. Был сконструирован и запатентован ортез для КС, внедренный затем в промышленное производство. Директор Института академик В.А. Насонова лично ездила на фабрику ортобуви под Псковом, контролировала лекала и другие производственные детали. В ортезной мастерской Института изготовлялись индивидуальные ортезы для кистей, стоп, позвоночника, шейные стабилизаторы, необходимые послеоперационным больным. С научными докладами об ортезировании больных РЗ В.А. Насонова и сотрудники ревмоортопедической лаборатории выступали на международных конференциях.

Среди наиважнейших достижений в области ревмоортопедии – оригинальная методика послеоперационной реабилитации И.Н. Ручкина с применением рефлексотерапии (микроиглотерапии, чрескожной электростимуляции и электроакупунктуры) у пациентов с РА после оперативных вмешательств на КС, позволившая снизить сроки пребывания в стационаре и заменить нестероидные противовоспалительные препараты в борьбе с послеоперационными болями; двухэтапный лечебно-восстановительный комплекс А.Е. Вершинина, повышающий эффективность стационарного этапа лечения в 1,5 раза по сравнению с контрольной группой, а диспансерного этапа – в 3 раза; исследования по консервативному лечению плечелопаточного периартрита у больных остеоартрозом (Г.Ф. Назаренко); полноценная артроскопическая диагностика и новый метод морфологических исследований синовиальной оболочки КС – прицельная биопсия (Г.Н. Череш). В общей сложности в тесном контакте с ревматологами артросектора, руководимыми проф. М.Г. Астапенко, было выполнено свыше 3 тыс. оперативных вмешательств у больных РЗ с хорошими и удовлетворительными ближайшими и отдаленными результатами у 85% прооперированных. Ежегодно нам удавалось восстанавливать функцию передвижения у 5–6 тяжелых, так называемых «постельных» больных РЗ. Опубликовано свыше 250 печатных трудов, из них 2 монографии, получены 17 авторских свидетельств, защищены 2 докторские диссертации и 12 кандидатских.

Еще в 1986 г. по приказу В.А. Насоновой 5 сотрудников артросектора на базе ГКБ №13 были переведены в новое здание НИИ ревматологии для организации хирургического отделения. Организационный период в новом здании Института продолжался около 1,5 года. Мы набрали новый состав врачебного, сестринского и младшего персонала, обучили их принципам ревмоортопедии. В связи с отсутствием финансирования восстановили и модернизировали списанное оборудование для обустройства операционного блока, гипсовой и перевязочной комнат. Первая ревмоортопедическая операция была произведена в новом здании Института в середине 1987 г., т. е. ровно через 1,5 г. после организации лаборатории ревмоортопедии и реабилитации и ортопедического отделения. В течение следующих 3 лет удалось восстановить уровень хирургической активности, соответствующий таковому в ортопедическом отделении в ГКБ №13. В 1990-х годах начались серьезные трудности, связанные с потерей ценных кадров, хирургическая деятельность снизилась, начали поступать предложения о закрытии отделения, однако с помощью академика В.А. Насоновой удалось решить и эту проблему. Всего в отделении в настоящее время работают 14 хирургов, 3 аспиранта и 3 ординатора.



Благодаря неоценимой помощи нынешнего директора Института академика РАН Е.Л. Насонова был реконструирован оперблок с учетом требований к современным высокоасептическим операционным. В ревмоортопедическом отделении производятся современные хирургические операции – эндопротезирование тазобедренного, коленного, локтевого, плечевого, голеностопного, пястно-фалангового суставов, а также артропластические, реконструктивные операции, ревизионная хирургия, сухожильная пластика, артродезы. Основным достижением научных исследований можно считать разработку трехуровневой системы восстановительного лечения с использованием высокотехнологичных операций у больных РЗ. Основанная на анализе около 1,7 тыс. пациентов с РЗ и произведенных 2 тыс. оперативных вмешательств, система позволила достигнуть 60–90% положительных отдаленных (5-летних) результатов.

В заключение еще раз подчеркнем, что благодаря академикам А.И. Нестерову, В.А. Насоновой и Е.Л. Насонову ревмоортопедия в России возникла и развивалась как составная часть современной ревматологии. И на данный момент, отметив 50-летие своего существования, направление продолжает совершенствоваться нашими общими усилиями. ■

Д.м.н. ***В. Павлов***
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

«НАСОНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ» в Тульской области

25 декабря 2014 г. в Тульской областной клинической больнице состоялась ежегодная конференция «Насоновские чтения». Мероприятие, которое проводится с 1997 г., является замечательной возможностью для специалистов поделиться накопленным опытом, узнать о перспективах развития ревматологии, о применяемых на практике современных методах диагностики и лечения ревматических заболеваний (РЗ).

Проведение «Насоновских чтений» в нашем регионе – это не только дань памяти Валентине Александровне Насоновой, крупнейшему ученому-ревматологу, внесшему неоценимый вклад в становление и развитие как отечественной, так и мировой ревматологии. Благодаря В.А. Насоновой в 1995 г. в областной больнице было открыто ревматологическое отделение – и это событие положило начало становлению областной ревматологической службы. Сегодня по обеспеченности ревматологами Тульская область занимает 3-е место в Центральном регионе РФ (с 95-процентной укомплектованностью).

В нынешней конференции «Насоновские чтения» приняли участие ведущие специалисты-ревматологи страны – академик РАН, д.м.н. Е.Л. Насонов, д.м.н. А.В. Гордеев, д.м.н. А.Е. Каратеев, д.м.н. Е.А. Галушко, а также профессор кафедры внутренних болезней Тульского государственного университета (ТГУ) В.Н. Сороцкая, заведующие терапевтическими и кардиологическими отделениями стационаров и поликлиник, врачи-ревматологи, врачи-кардиологи, врачи-терапевты, врачи общей практики государственных учреждений здравоохранения Тульской области.

Приветствуя участников конференции, замдиректора Департамента здравоохранения Тульской области Е.С. Дурнова поблагодарила представителей НИИР им. В.А. Насоновой за длительное плодотворное сотрудничество и неоценимый вклад в процесс оказания медицинской помощи жителям региона. Отмечая высокую социальную значимость «Насоновских чтений», она отметила: «На протяжении последних лет заболеваемость ревматическими болезнями остается высокой, в том числе среди детей и подростков. Сегодня для лечения таких больных используют высокотехнологичные методы, такие как генно-инженерная биологическая терапия, протезирование клапанов сердца и эндопротезирование суставов. Пациенты, нуждающиеся в высокотехнологичном лечении, после предварительных очных или видеоконсультаций направляются в учреждения здравоохранения федерального уровня. В клиническую практику активно внедряются дорогостоящие лекарственные препараты».

В настоящее время профилактика и лечение РЗ, формирование здорового образа жизни и, как следствие, уменьшение инвалидизации и увеличение продолжительности жизни населения относятся к числу приоритетных задач тульского здравоохранения. И эти задачи сегодня целенаправленно решаются. Тем не менее, считают представители регионального здравоохранения, специалисту-практику всегда важно быть в курсе последних достижений науки в области ревматологии, знакомиться с новейшими методами лечения. И широкую возможность в этом предоставляют «Насоновские чтения».

В ходе заседания прозвучали доклады: «Достижения российской и мировой ревматологии в XXI веке» (академик Е.Л. Насонов), «Исходы ревматических заболеваний» (д.м.н. В.Н. Сороцкая), «Концепция мультиморбидности и иммуногенности в ревматологии» (д.м.н. А.В. Гордеев), «Патология желудочно-кишечного тракта в ревматологии» (д.м.н. А.Е. Каратеев) и «Проблема анемии в ревматологии» (д.м.н. Е.А. Галушко). Актуальные выступления, красочные слайды, общение в формате «вопрос-ответ» позволили участникам «Насоновских чтений» получить новые знания относительно лечения и профилактики РЗ, чтобы впоследствии применить их в практической медицине. ■

Д.м.н. ***В.Н. Сороцкая,***
Тульский государственный университет

Общероссийская общественная организация инвалидов Российская ревматологическая ассоциация «Надежда»

Календарный план мероприятий на 2015 г.

ЯНВАРЬ
1. Расширенный президиум.

ФЕВРАЛЬ
1. Круглый стол АРР, ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой и РРА «Надежда».
2. Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России.

МАРТ
1. Подготовка и проведение трехдневной школы для пациентов «Ревматоидный артрит» (ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой).
2. Подготовка и проведение региональной конференции для пациентов Липецкой и Воронежской областей, встреча с представителями Департамента здравоохранения.
3. Экспертный совет АРР (Москва).
4. Подготовка и участие в конференции EULAR for PARE (Дублин) – отчет по World Arthrits Day.

АПРЕЛЬ
1. Расширенный президиум.
2. Круглый стол АРР, ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой и РРА «Надежда».
3. Подготовка и проведение совместно с АРР региональной конференции для пациентов, встреча с представителями Минздрава Южного федерального округа (Владикавказ, 5.04–6.04.2015).
4. Подготовка и проведение совместно с АРР региональной конференции для пациентов, встреча с представителями Минздрава Республики Крым (Симферополь, 17.04–18.04.2015).
5. Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России.

МАЙ
1. Подготовка и проведение научно-практической конференции для пациентов в рамках Всемирного дня системной красной волчанки (ФГБНУ НИИР им.В.А. Насоновой).
2. Подготовка и проведение совместно с АРР региональной конференции для пациентов, встреча с представителями Минздрава Республики Татарстан (Казань, 27.05–29.05.2015).
3. Экспертный совет АРР.
4. Подготовка и проведение региональных конференций для пациентов Новосибирской, Томской, Кемеровской и Барнаульской областей, встреча с представителями Департамента здравоохранения.

ИЮНЬ
1. Подготовка и участие в конгрессе EULAR (Рим).
2. Подготовка и проведение конференции в рамках Всемирного дня склеродермии (ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой).
3. Круглый стол АРР, ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой и РРА «Надежда».
4. Подготовка и проведение межрегиональной конференции для пациентов Республики Адыгея, Краснодарского края, Ростовской области, встреча с представителями Минздрава.
5. Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России.

АВГУСТ
1. Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России.
2. Подготовка и проведение региональных конференций для пациентов Рязанской и Костромской областей, встреча с представителями Департамента здравоохранения.

СЕНТЯБРЬ
1. Расширенный президиум.
2. Подготовка и проведение региональной конференции для пациентов Санкт-Петербурга, встреча с представителями Департамента здравоохранения.
3. Круглый стол АРР, ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой и РРА «Надежда».

ОКТЯБРЬ
1. Подготовка и проведение 10-й Всероссийской конференции, посвященной Всемирному дню артрита (World Arthrits Day), в ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой.
2. Экспертный совет АРР.
3. Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России.

НОЯБРЬ
1. Подготовка и проведение совместно с АРР региональной конференции для пациентов Саратовской области, встреча с представителями Департамента здравоохранения (13.11–14.11.2015).
2. Круглый стол АРР, ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой и РРА «Надежда».
3. III Всероссийский форум председателей региональных отделений РРА «Надежда».
4. VI Конгресс Всероссийского союза пациентских организаций.

ДЕКАБРЬ
1. Расширенный президиум.
2. Подготовка и проведение совместно с АРР региональной конференции для пациентов, встреча с представителями Минздрава Красноярского края (Красноярск, 11.12–12.12.2015).
3. Подготовка и проведение 10-й Всероссийской конференции «Высокая инвалидизация при ревматических заболеваниях» в рамках Всемирного дня инвалида (ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой).
4. Совет общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России.

Постоянно:
1. Совместная работа с АРР, ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой.
2. Международная работа с EULAR.
3. Работа в Совете общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России и Росздравнадзоре.
4. Курирование работы региональных отделений РРА «Надежда».
5. Работа во Всероссийском союзе пациентских организаций.
6. Разработка, изготовление и распространение информационных материалов для пациентов (методических пособий, памяток и т. д.).
7. Разработка, изготовление и продвижение в Интернете информации о ревматических заболеваниях (РЗ), методах лечения, лекарственных препаратах и т. д. (на сайте www.revmonadegda.ru).
8. Публикация и распространение редакционных статей в печатных СМИ и Интернете о РЗ и методах лечения.
9. Работа с органами законодательной и исполнительной власти на федеральном и региональном уровнях.
10. Конференции проводятся в конференц-зале ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой по адресу: Москва, Каширское шоссе, д. 34А. На конференциях присутствуют ведущие специалисты-ревматологи, более 200 стационарных пациентов Института из разных регионов России, представители региональных отделений РРА «Надежда» и больные, проживающие в Москве и Московской области.

Евгений НАСОНОВ: КОГДА ТЕБЯ СОГРЕВАЕТ ЯРКИЙ ПРИМЕР...

Этот светлый многоэтажный корпус на Каширском шоссе хорошо знают и в нашей стране, и за рубежом. Здесь расположено Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии имени В.А. Насоновой». Какими заботами живет сегодня научный центр? Об этом – беседа корреспондента «Медицинской газеты» с его директором – академиком РАН, доктором медицинских наук, профессором Евгением Львовичем Насоновым.

– Каково это – каждое утро переступать порог института, который носит имя самого дорогого тебе человека? Когда-то страна славилась династиями сталеваров, шахтеров, иных рабочих профессий. А сегодня я встречаюсь с представителем врачебной династии – академиком-ревматологом, сыном академика Валентины Александровны Насоновой...

– Конечно же, переступая порог Института имени В.А. Насоновой, я каждый раз испытываю огромное волнение. Невольно подступают воспоминания, как мы с мамой в течение 12 лет каждое утро, рука об руку, вместе направлялись на работу. Вспоминаю, как долго обсуждали, стоит ли передавать детище, которое она создавала многие годы, ее сыну. Решение было трудным и для нее, и для меня. До сих пор не покидает чувство глубокой утраты, невозможности повернуть время назад...

Институт ревматологии построен Валентиной Александровной. Сначала лечебное учреждение располагалось на Петровке. Потом Институт переехал на юг Москвы. Сохранилось фото, где она в каске стоит вместе со строителями на последнем этаже нового здания на Каширке.

Династия... Она сложилась вроде бы и случайно. Однако в каждой случайности скрыта своя закономерность. Мама, одобряя мое желание посвятить себя медицине, была против того, чтобы я занимался ревматологией. Чтобы не упрекнули в семейственности, не подумали, что она каким-то образом протежирует своего сына. И я занимался другими проблемами. Работал в ЦНИЛ Четвертого главного управления при Минздраве СССР, возглавлял лабораторию клинической иммунологии Всесоюзного кардиоцентра, организовал кафедру ревматологии Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова, руководителем которой работаю и по настоящее время.

Но жизнь сама подвела меня к ревматологии. Объединяющим фактором выступили проблемы воспаления: чем бы я ни занимался, всегда – в гастроэнтерологии, в кардиологии – меня привлекала именно эта проблема. И понимание: ревматические заболевания очень интересны не только с клинической точки зрения, но и с точки зрения лечения фундаментальных процессов, которые происходят в организме...

Так что династия возникла не только «благодаря», но и «вопреки»... Впрочем, идея сделать меня директором Института принадлежала не Валентине Александровне, а тогдашнему главному ученому секретарю РАМН, генетику Николаю Павловичу Бочкову. К тому времени я уже был молодым членом-корреспондентом.

Мама давно уже просила освободить ее от должности. Когда пост руководителя Института поручили мне, она смогла психологически полностью перестроиться и продолжала активно участвовать в жизни коллектива, помогая развивать основные тенденции нашей специальности.

– Как бы вы охарактеризовали современные научные представления о природе ревматологии?

– Ревматические болезни стоят на третьем месте среди причин, приводящих к инвалидности. Они, пожалуй, «уступают» лишь кардиологическим и онкологическим заболеваниям. По данным статистики, каждый десятый россиянин страдает ревматическими заболеваниями, один из десяти становится инвалидом. И, естественно, перед специалистами нашего центра остро стоят вопросы – как сохранить трудоспособность населения, как сохранить здоровье нации? Как обеспечить эффективность финансирования медицины? Какой должна быть система подготовки высококвалифицированных специалистов для отрасли? И еще. И еще...

Нельзя забывать: у того же ревматоидного артрита нет возраста, им страдают и маленькие дети, и молодежь, и люди преклонного возраста. Недуг очень коварен. Он заметно сокращает продолжительность жизни, сопровождается болями, резко ухудшая качество жизни. Базисные противовоспалительные препараты позволяют управлять течением болезни, но не излечивают ее. Таким образом, болезнь ложится тяжелым бременем на экономику общества...

Успехи науки и практики очевидны. Ежегодно в нашем центре лечебно-диагностическую помощь получают более 45 тысяч человек из всех регионов России. Современные иммунологическая, морфологическая, генетическая и биохимическая лаборатории с высокой точностью подтверждают клинические диагнозы. На вооружение медиков поступают новые высокотехнологичные методы диагностики и лечения. Рассчитываем, что нашей работе поможет создание Регистра пациентов.

– Какие уроки наставника служат ориентирами в сегодняшней вашей деятельности?

– Подлинный гуманист, умелый организатор науки, талантливый учитель – эти качества отмечают все, кто трудился рядом с Валентиной Александровной Насоновой, одним из основателей российской ревматологии. И ветераны, тот же профессор Яков Александрович Сидигин, который пришел в институт в 1957 году вместе с ней, и те, кто позднее под ее руководством занимался развитием отрасли. Вспоминают ее как великолепного врача, с невероятным состраданием к пациенту. Говорят о постоянной самоотдаче... Это в равной степени относилось и к великим людям, с которыми ее сталкивала жизнь, и к рядовым пациентам.

И еще. Она очень хорошо осматривала больных. Умела, не жалея времени, слушать и задавать вопросы. Люди открывались, поверив врачу, чувствуя, что ее интерес к деталям продиктован не формальным любопытством. Присутствующие при обходах врачи понимали: умение расспрашивать – это талант... Очень жаль, что сегодня он встречается совсем редко. Нынешний медик поставлен в такие шоры, что ему не остается времени на общение с больным. Лишь бы успеть записать все данные в отведенные для встречи какие-нибудь восемь-десять минут...

Хотел бы подчеркнуть. Несмотря на колоссальные достижения медицины, по-прежнему очень важен не только осмотр, но и «расспрос» больного. В процессе активного разговора перед доктором глубже раскрывается портрет пациента, что его беспокоит. Мудрая Валентина Александровна в совершенстве владела искусством общения с окружающими людьми. Не случайно она оказалась единственной женщиной, которую избрали президентом Европейской противоревматической лиги.

Что касается сегодняшних забот... Осознавая, что перед нами грозный враг, одна из основных причин инвалидизации населения, коллектив Института нацелен на раннюю диагностику недуга, использование эффективных методов лечения. При этом мы придаем большое значение осознанному поведению самих пациентов, превращая их в союзников лечащего врача. Реализовали ряд проектов, направленных на повышение профессиональной деятельности медицинских сестер в клинической ревматологической практике, внедрили инновационную онлайн-платформу в систему дистанционного последипломного образования для ревматологов. Хорошие результаты получены при использовании современной ультразвуковой диагностики...

– Лев Ландау как-то едко заметил: жрец науки – это тот, кто жрет за счет ученой братии...

– Многолетняя работа исследователем, прежде всего, в области иммунологии, привела к выводу: мы движемся по спирали. Прогресс колоссальный. Но не такой, каким, строго говоря, должен быть. Медицина стремится привести продолжительность жизни к оптимальному уровню – до 120–130 лет... Но наука опережает реальную клиническую практику. Врачи не успевают за маячками прогресса. Сказывается это и в том, что мы переоцениваем значение новых лекарственных препаратов, хотя, конечно, они серьезно влияют на продолжительность и качество жизни пациентов... И все же – считаю – нам всем надо вернуться к интегральному подходу к пациенту. Больной редко имеет только ревматический недуг. Чаще у него «букет» проблем – нелады с сердцем и пр. Вот почему врачи так рассчитывают на успехи персонифицированной медицины.

– Слагаемые творческого долголетия... Что заставляет человека раньше времени сходить с дистанции? Приходилось слышать: когда гибнет ум, – виновен не износ, а чаще – ржавчина от неупотребления. Вы согласны с этим?

– Черчилль как-то признался: «Своим долголетием я обязан спорту. Я им никогда не занимался»... Достойный английский юмор, согласитесь! Кстати, интересная деталь. Еще в конце 40-х годов прошлого столетия личный врач Черчилля назначил ему свою программу лечения: дозы аспирина с небольшим включением опия... Считается, что это поспособствовало долголетию политика.

Если же вы хотите знать мое мнение, то я убежден: творческое долголетие – это работа, работа и работа. Помните реплику Эйнштейна? В ответ на признание, мол, вы умнее других, он парировал: «Я не умнее других. Я просто работоспособнее».

Речь идет об универсальной формуле. Валентина Александровна была фантастически работоспособна. Я унаследовал от нее усидчивость. И это – полагаю – помогает мне уберечься от «старческого слабоумия» и других недугов. Постоянный труд – физический, умственный – не могут заменить никакие лекарства. Мама много читала – на русском, английском. До последнего дня писала статьи – от руки, великолепным почерком. Ценила юмор. В последние свои годы, когда ей было далеко за 80, она не могла заснуть, пока не разгадает три-четыре кроссворда...

– Кстати, а что вы думаете по поводу врачевания смехом? Исследования показывают: когда мы смеемся, в организме снижается уровень выработки «гормонов стресса». В то же время активизируются «гормоны счастья» – эндорфины, притупляя боль, вызывая чувство удовлетворения.

– Положительно отношусь к любому нововведению, помогающему укрепить жизненный настрой пациента на поправку. У наших больных на фоне воспалительных процессов нередко развивается депрессия – и явная, и скрытая. Необходимо участие психолога. У себя в клинике мы бесконечно напоминаем врачам: надо постоянно внушать оптимизм своим пациентам. Важно учитывать характер каждого человека. Новые подходы хорошо вписываются в современную науку, такие как геномика, протеомика....

У нас активно работают школы пациентов, где мы стараемся внушить веру в победу над болью, призываем оставаться в любой ситуации оптимистом.

– Есть обойма негативных качеств, кажется, их семь согласно религии – гордыня, алчность, гнев и т. д. От каких из них вы стараетесь избавиться?

– Любимый мною американский кинорежиссер и актер Вуди Аллен как-то вздохнул: «Знаю за собой недостаток – иногда забываю шляпу, уходя из гостей...»

Если говорить о моих недостатках, то, пожалуй, мне порой не хватает силы воли настоять на своем. Директор института должен совмещать в своем стиле руководства разумную жесткость и доброжелательность. У меня преобладает последнее – доброжелательность. Сначала стремлюсь человека попросить. В нашем жестоком мире это порой оборачивается нежелательным бумерангом...

Будучи трудоголиком, я не анахорет, не чуждаюсь общения с другими. Ценю хорошую компанию, добрый бокал вина, интересные беседы... При этом знаю свое главное качество – ответственность перед своей специальностью. Уверен: ревматолог – одна из центральных фигур в нынешней медицине.

– Продолжается ли профессиональная семейная традиция?

– К сожалению, нет. Жена хороший врач. Дочь окончила медицинский институт, но в настоящее время по семейным обстоятельствам не занимается врачебной работой, я в этом отношении очень надеюсь на внучек... Должен заметить: в минувшие десятилетия профессиональная преемственность: учитель – ученик была более развита. Не без грусти прихожу к выводу: найти преемника, создать свою школу – это и чудо, и удача...

– Что вы цените в окружающих людях? Чего не прощаете?

– Готов простить все, осознавая кучу собственных недостатков. Ценю в людях энтузиазм – не напускной, дешевый, а настоящий – преданность выбранному делу, науке, врачебной профессии.

– Что вы думаете о культуре старения? О призыве Мишеля Монтеня: «Будемте остерегаться, чтобы старость не наложила больше морщин на нашу душу, чем на наше лицо»?

– Старость неизбежна. Обойти ее пока никому не удавалось. Проблема для каждого. Особенно для тех, кто соприкоснулся с суставными неприятностями и сопровождающими их болями. Говорю о ревматологии, которая во всем мире входит в десятку самых важных заболеваний. Вместе с кардиологами, неврологами, гастроэнтерологами мы уточняем свои рекомендации по применению нестероидных противовоспалительных препаратов. Однако универсальных, безопасных, невредных для организма препаратов пока нет. А это определяет качество жизни, особенно в пожилом возрасте... Комплексные болевые состояния – острая проблема для мировой медицины. Невольно вспомнишь Шиллера: «Лучше ужасный конец, чем ужас без конца».

Мы в институте научились продлевать жизнь наших тяжелых пациентов на 10–15 лет... Серьезные успехи имеются в области протезирования. За рубежом четко оценивают бремя, которое ложится на общество с учетом потерянных из-за болезни дней. Затраты на лечение в 30 тысяч евро в год являются адекватными для мировой страховой медицины на Западе. Эта сумма сформулирована ВОЗ. Что касается России, то у нас такую помощь получают только около 5 процентов нуждающихся, при том, что в развитых странах – 20–30 процентов (в США – более 50 процентов).

Приходится констатировать: у нас государство не очень-то понимает значение специализированной помощи. Противоревматическая служба, включающая в себя сеть кабинетов, созданных еще в послевоенное время, и подготовленные кадры, работала очень эффективно. Благодаря ей мы сумели побороть острую ревматическую лихорадку как основную причину порока сердца... Понимание значения такой службы, к сожалению, поколеблено. Здесь нам предстоит еще работать и работать.

Затрону и такую проблему. Затратив кучу времени, сил и средств на лечение больного, мы нередко ощущаем беспомощность: в списках дополнительного лекарственного обеспечения отсутствуют жизненно важные препараты, без которых невозможно поддержать достигнутое с таким трудом равновесие здоровья... Непростая, комплексная проблема, сводящая зачастую на нет работу медиков.

– Что интересует трудоголика во внерабочее время? Увлечения для души?

– Много лет не бывал в отпуске. Накопилось чуть ли не 500 отпускных дней. Отвык отдыхать в привычном значении этого понятия. Конечно, это не есть хорошо.

Еще со школьной скамьи собираю крылатые слова, афоризмы. Меня привлекают люди, умеющие емко, лапидарно выразить то, что их волнует. Такими родниками для меня являются Шекспир, Блейк, конечно же, Пушкин, Лермонтов, Гумилев, из современников – Бродский. Мастерами афоризмов были Наполеон, тот же Черчилль. В чем-то прав мудрый Паскаль: все афоризмы создали древние греки и римляне. Мы их лишь повторяем...

– Ваше отношение к нынешнему увлечению так называемыми ремейками?

– Для меня, врача, это какая-то форма патологии, дефолт в мозгах. Бизнес, грубый, пошлый, ни во что не ставящий авторские права классиков, которыми мы гордимся. Так называемая свобода, если говорить прямо, превратилась в очевидную разнузданность. И не захочешь – повторишь Игоря Северянина: «Конечно, век экспериментов /Над нами – интересный век... /Но от щекочущих моментов /Устал культурный человек. /Мы извращеньем обуяны...».

Как медик, замечу, что подобные «эксперименты» далеко не безобидны. Они многократно аукнутся для здоровья общества.

– Спорт в вашей жизни? Режим дня?

– В молодости я увлекался спортом и даже собирался поступать в институт физкультуры. Играл в футбол, волейбол, большой теннис. Много плавал. Конечно, это создало хорошую базу для того, чтобы справляться с перегрузками в работе.

Неприхотлив в пище. Мало ем: один раз в день. Утром мне хватает стакана чая. Полагаю, что устоявшиеся представления о том, каким должно быть наше питание, носят индивидуальный характер. У каждого человека свои нюансы. Я вот привык так...

Стараюсь как можно больше двигаться. Без крайней необходимости не пользуюсь машиной. Предпочитаю ходить пешком. Кстати, мама в этом была примером для меня. Не забываю об общих факторах риска: ожирении, гиподинамии, гиповитаминозе D... Каюсь, но не сумел побороть пагубной – понимаю – привычки к курению. Но для меня это вопрос сохранения работоспособности... Кто-то из мудрых справедливо посоветовал: не надо заменять медицину моралью...

– Памятный афоризм о профессии?

– На лекциях, которые читаю, нередко вспоминаю едкие, но справедливые слова Марка Твена: «Удивительно, как мало вреда приносят врачи, если иметь в виду их возможности...» ■

Записал ***М. Глуховский****, корр. «Медицинской газеты»*

НОВОСТИ

Низкие дозы этанерцепта в сочетании с метотрексатом – поддержка ремиссии при раннем ревматоидном артрите

Dr. Paul Emery

Применение уменьшенной дозы этанерцепта (ЭТЦ) в сочетании с метотрексатом (МТ) пациентами с ранним ревматоидным артритом (РА), достигшими ремиссии на комбинированной терапии ЭТЦ+МТ, позволяет лучше контролировать болезнь по сравнению с монотерапией МТ (по результатам исследования PRIZE).

Данные, полученные доктором P. Emery и его коллегами из института Лидса (Великобритания), демонстрируют возможности поддерживающей терапии ЭТЦ+МТ – благодаря ей выросло число пациентов с устойчивой ремиссией, увеличилась продолжительность ремиссии после прекращения лечения. Однако изменений в рентгенологическом прогрессировании авторами выявлено не было.

Исследование PRIZE проводилось в 57 медицинских центрах Европы и Азии в 2009–2012 гг. и включало 306 пациентов с ранним РА (длительность заболевания 6,5 мес) с умеренной/высокой активностью заболевания (DAS28 >3,2), которые впервые начали получать комбинированную терапию МТ (до 25 мг/нед) и ЭТЦ (50 мг/нед). На втором этапе исследования пациенты, достигшие ремиссии (DAS28<2,6), были равномерно разделены на 3 группы: первая получала МТ в комбинации с низкой дозой ЭТЦ (МТ/ЭТЦ25, n=63), вторая – монотерапию МТ (n=65) и третья – плацебо (ПЛ) (n=65). Через 39 нед эффективность поддерживающей терапии МТ/ЭТЦ25 оказалась выше по сравнению с монотерапией МТ или ПЛ (частота ремиссии по DAS28: 79; 54 и 38% соответственно, а частота ремиссии по критериям ACR/EULAR 2011: 68; 46 и 23% соответственно). Спустя 65 нед (26 нед после прекращения терапии) в группе комбинированной терапии было зарегистрированы больше всего пациентов, находящихся в ремиссии и имеющих нормальные значения индекса HAQ, кроме того, в данной группе зарегистрировано самое низкое среднее значение DAS28 и большая длительность сохранения ремиссии. Достоверных различий в частоте рентгенологического прогрессирования между тремя группами терапии выявлено не было.

Необходимо отметить, что данное исследование имело ряд ограничений: оно включало пациентов с впервые поставленным диагнозом РА и не получавших терапии БПВП. Поэтому его результаты не могут быть распространены на пациентов с большей длительностью болезни и тех, кто получал различные лекарственные препараты.

Повышенный уровень интерферона α ассоциируется с высоким риском развития преэклампсии у пациенток с системной красной волчанкой

В недавно проведенном исследовании было продемонстрировано, что беременные женщины с системной красной волчанкой (СКВ), имеющие повышенный уровень интерферона α (ИФНα) в сыворотке крови, в большей степени склонны к развитию преэклампсии.

D. Andrade и соавт. провели исследование случай-контроль, включающее 28 беременных пациенток с СКВ. Уровень ИФНα, а также про- (PlGF) и антиангиогенных факторов (sFlt1) определялся ежемесячно. Каждая пациентка с неблагоприятным исходом беременности была сопоставлена с больной СКВ с неосложненной беременностью и с беременной из группы здорового контроля.

Среди пациенток с СКВ и неосложненной беременностью не регистрировалось повышенного уровня ИФНα, в группе больных с преэклампсией, напротив, выявлялся повышенный уровень ИФНα в сыворотке крови на ранних сроках беременности. Пациентки из группы здорового контроля, у которых также развился гестоз, имели нормальный уровень ИФНα. Также среди пациенток с преэклампсией и повышенным уровнем ИФНα регистрировалась низкая концентрация sFlt1. Исследователи предположили, что повышенный уровень ИФНα при СКВ повышает чувствительность эндотелия сосудов к антиангиогенному фактору роста; таким образом, даже незначительное повышение sFlt1 может привести к развитию преэклампсии. Также авторы предложили определять уровень ИФНα у пациенток с СКВ для прогнозирования риска развития неблагоприятных исходов беременности.

Последипломная подготовка в России: «ОБРАЗОВАНИЕ ЧЕРЕЗ ВСЮ ЖИЗНЬ»

У профессии «ревматолог» богатая и очень интересная история. И долгий путь к созданию в России непрерывного последипломного образования по соответствующей специальности – часть этой истории.

В начале XX в. интерес международного медицинского сообщества к ревматическим заболеваниям (РЗ) резко вырос. В 1913 г. на IV Международном конгрессе по физиотерапии в Берлине доктор Ван Бремен (Нидерланды) привлек внимание мировой общественности к проблемам ревматологии, сделав свой первый отчетный доклад о ревматизме и его лечении во Франции и Германии. Именно тогда было принято решение организовать методическое изучение РЗ в разных странах и представить ряд докладов на эту тему на следующем конгрессе – в Петербурге в 1917 г. Первая мировая война прервала эту работу, и лишь в 1927 г. было организовано рабочее бюро Комитета по ревматизму в составе председателя доктора Фокса (Великобритания) и секретаря доктора Ван Бремена. Местом постоянного пребывания бюро был избран Амстердам. Первоначально в Комитет вошли представители от 10 стран Западной Европы – Англии, Голландии, Германии, Швеции, Франции, Бельгии, Дании, Швейцарии, Венгрии, Австрии. В течение 1926–1928 гг. были организованы национальные комитеты еще в нескольких странах, в том числе и в СССР. На пленуме Международного комитета в октябре 1928 г. постановили преобразовать комитет в Лигу борьбы с ревматизмом.

Советский Комитет по изучению ревматизма и борьбе с ним начал свое существование 4 февраля 1928 г. при НКЗ РСФСР. В декабре 1930 г. состоялся I Всесоюзный пленум по ревматизму, в котором приняли участие более 200 представителей республиканских и местных антиревматических комитетов, а также представители различных кафедр медицинских вузов. Однако первые шаги в искусстве лечить больных РЗ с формированием системы профессиональной подготовки ревматологов в нашей стране были сделаны чуть позже.

Становление системы последипломной подготовки

У истоков создания системы последипломного образования стояли два наших выдающихся ревматолога – академики А.И. Нестеров и В.А. Насонова, которые являются основателями не только ревматологической школы в России, но и Института ревматологии. По их инициативе и благодаря их активному участию с 1961 г. в Институте ревматологии (в то время – Государственный НИИ ревматизма Минздрава РСФСР) начинает издаваться первый журнал для ревматологов «Вопросы ревматизма», прародитель журнала «Научно-практическая ревматология». На его страницах ревматологи России могли прочитать самую важную научную информацию по актуальным проблемам ревматологии тех лет, описания сложных клинических случаев, обзоры и лекции по основным достижениям отечественной и зарубежной науки. В журнале затрагивались также вопросы преподавания и обучения по специальности «ревматология». И в XXI в., отметив свой 50-летний юбилей, журнал «Научно-практическая ревматология» остается главным печатным изданием для российских ревматологов, чем мы – сотрудники ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой – по праву гордимся.

Становление системы последипломного образования по специальности «Ревматология» в нашей стране окончательно завершилось к 1991 г., когда по инициативе В.А. Насоновой в Институте ревматологии была организована первая соответствующая кафедра на базе Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова (ныне – Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова – Первый МГМУ им. И.М. Сеченова), старейшего учебного заведения страны с богатой историей и традициями. Родоначальником Первого МГМУ им. И.М. Сеченова является медицинский факультет Императорского Московского университета, открытого в 1755 г. по предложению великого русского ученого М.В. Ломоносова и графа И.И. Шувалова. В то время университет состоял из 3 факультетов – философии, медицины и права. Занятия на медицинском факультете начались в 1758 г., а в 1917 г. он вышел из состава университета и сделался самостоятельным учебным заведением – Первым государственным медицинским университетом (с 1930 г. – им. И.М. Сеченова). Вуз является основоположником большинства отечественных медицинских школ, научных медицинских обществ; в его стенах зарождались первые медицинские журналы, создавались лучшие учебники и руководства. Так что не случайно именно на базе этого старейшего образовательного учреждения В.А. Насонова открыла кафедру последипломной подготовки врачей по специальности «Ревматология», где и по сей день верны славным традициям родоначальника образовательных методологических подходов.

Программа «Образование через всю жизнь»

За 25-летнюю историю сотрудничества кафедры и Института ревматологии была сформирована и отработана система последипломной профессиональной подготовки врачей, в основе которой лежит очное повышение квалификации ревматологов раз в 5 лет.

Однако, как показала клиническая практика XXI в., в современных условиях большого поступления медицинской информации образование ревматолога не может быть полноценным лишь за счет регламентированных форм обучения. Для того чтобы оставаться на пике профессиональной деятельности, оказывать качественную медицинскую помощь, ревматолог обязан совершенствовать свою компетенцию, систематически участвуя в процессе непрерывного профессионального развития. Необходимым условием для этого является продвижение инновационных форм образовательной деятельности и создание новых моделей обучения врачей.

С этой целью под эгидой Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России» (АРР) в НИИР им. В.А. Насоновой с участием кафедры ревматологии факультета послевузовского профессионального образования врачей Первого МГМУ им. И.М. Сеченова в 2013 г. была разработана Программа непрерывной профессиональной подготовки ревматологов «Образование через всю жизнь».

Задача Программы – предоставить врачам-ревматологам дополнительные образовательные услуги, позволяющие учиться непрерывно, совершенствуя свои профессиональные качества для оказания компетентной высокотехнологичной помощи больным с РЗ. «Образование через всю жизнь» является комплексной программой последипломной подготовки врачей на базе профессионального образования по специальности «Ревматология» с внедрением дополнительных форм образовательной деятельности и новых моделей обучения, основанных на современных телекоммуникационных информационных технологиях.

Программа включает несколько уровней (циклов) образования по специальности «Ревматология»:

1. Первичная специализация (переподготовка) для врачей терапевтических специальностей.

2. Первичная специализация для врачей-ревматологов.

3. Первичная специализация для главных ревматологов и заведующих кафедрами ревматологии вузов.

4. Циклы тематического усовершенствования:

• для врачей-ревматологов по отдельным нозологиям (методикам), наиболее востребованным в практической деятельности каждого специалиста;

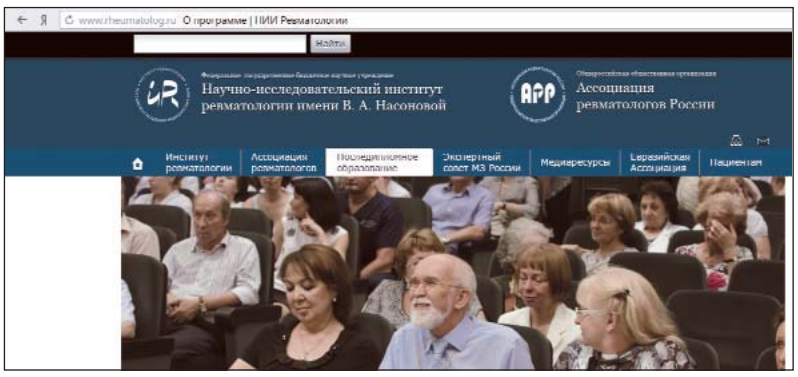
• для врачей первичного звена (ведущих амбулаторный прием в поликлиниках).

Каждый цикл признается составной частью системы непрерывного дополнительного профессионального образования по специальности «Ревматология». Все циклы соответствуют профессиональным стандартам повышения квалификации по специальности «Ревматология» и учитывают квалификационные требования к специалистам.

С учетом положений Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан» (ст. 73) на ведущих специалистов-ревматологов АРР возлагаются функции по аккредитации и разработке содержания, сроков и длительности обучения по образовательным циклам Программы.

Оценка знаний

В организации учебного процесса предусмотрена кредитно-модульная система. Это означает, что оценка трудоемкости учебной нагрузки по всем видам учебной деятельности будет учитываться в зачетных баллах-кредитах (1 кредит присуждается за 1 час учебной деятельности). Также обязательным условием выполнения Программы является персонифицированный учет и ежегодный контроль знаний и практических умений специалистов (ежегодная и итоговая аттестация 1 раз в 5 лет). Ежегодно каждый врач должен накопить не менее 50 кредитов, а за 5 лет – 250 кредитов. Персонифицированный учет планируется осуществлять путем внедрения электронной программы («образовательной среды») на сайте АРР и НИИР им. В.А. Насоновой **www.rheumatolog.ru**. Она позволит врачу самому вести учет своей учебной активности по итоговой и ежегодной аттестации, а научной Комиссии по образованию АРР – иметь постоянный доступ к этим данным.



Формы обучения по Программе

С учетом современных тенденций совершенствования дополнительного профессионального образования в Программе предусмотрены следующие формы обучения:

– **очное обучение**, включая поэтапное, в рамках сертификационных циклов, в том числе на базе ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой;

– **участие в сертифицированных мероприятиях по Программе**, утвержденных Пленумом АРР. Для каждого мероприятия устанавливаются цели и задачи, в соответствии с которыми определяются программа и состав участников – главных специалистов и врачей региональной системы ревматологической службы. Специалисту-ревматологу за участие в каждом из блоков Программы присваивается определенное количество баллов по рейтинговой системе в зависимости от статуса мероприятия. Основанием для присвоения баллов является «сертификат участника» по каждому мероприятию Программы. Если врач-ревматолог принимает участие в ежегодных Всероссийских конференциях или международных конгрессах ревматологов (EULAR, ACR), то ему также присваивается определенное количество баллов в зависимости от рейтинга мероприятия;

– **дистанционное обучение** на основе модульной технологии.

Дистанционное образование интегрируется в традиционные системы обучения, дополняя и развивая их, способствуя созданию мобильной образовательной среды, и ориентирует на внедрение в учебный процесс моделей образования, основанных на современных телекоммуникационных информационных технологиях. Суть дистанционного обучения на основе модульной технологии состоит в том, что учебный план и соответствующие дидактические материалы разбиваются на определенное число модулей. Каждый из них представляет собой самостоятельный завершенный фрагмент. Обучение на основе модулей приводит к нескольким положительным моментам. Во-первых, врач, вооруженный дидактическим материалом и инструкциями, получает самостоятельность в освоении данного раздела предмета. Таким образом уменьшается доля пассивного восприятия учебного материала во время прослушивания лекций. Во-вторых, появляются точки промежуточного контроля знаний. В-третьих, происходит более легкое усвоение всего материала путем пошагового изучения завершенных модулей. Каждый модуль включает целевой план действий, научную информацию, методическое руководство, список литературы и обязательные тестовые вопросы, позволяющие оценить степень усвоения материала.

Дистанционное обучение специалистов-ревматологов в рамках Программы «Образование через всю жизнь» будет проводиться на сайте АРР и ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой: **www.rheumatolog.ru**.

В качестве дистанционных методов образования предлагаются следующие формы:

1. Курсы **лекций по ревматологии** по основным модулям. Каждый модуль составлен в зависимости от содержания базового цикла повышения квалификации по специальности «Ревматология». Врач самостоятельно изучает модули и отвечает на тестовые вопросы. *Допустимые ограничения:* если врач после изучения материала лекции при ответе на вопросы с первого раза допускает более 20% ошибок, то работа по лекции не засчитывается. Вернуться к ней можно будет только через 72 часа.

2. Использование современных телекоммуникационных информационных технологий (**«Вебинары» в online-режиме**).

3. Работа в **«Виртуальном госпитале»** по специально разработанным программам (дифференциальная диагностика при суставном синдроме, методы оценки основных проявлений активности при РА, анкилозирующем спондилите и пр.). «Виртуальный госпиталь» – онлайн-система дистанционного последипломного образования. Эта первая программа непрерывного профессионального развития, доступная российским ревматологам круглосуточно 7 дней в неделю в любом месте, где есть выход в Интернет. Программа была разработана ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой в сотрудничестве с AbbVie, международной компанией, работающей в отрасли здравоохранения.

Главная цель проводимых сегодня реформ образовательных систем – переход на более высокий уровень качества подготовки и повышение конкурентоспособности специалистов. Это и есть основа модели профессионального последипломного образования по специальности «Ревматология» в XXI в. ■

Д.м.н. ***Е.А. Галушко,***
д.м.н. ***В.Н. Амирджанова,***
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

НОВОСТИ

Применение ингибиторов ФНОα снижает риск развития застойной сердечной недостаточности у пациентов с ревматоидным артритом

Риск развития хронической сердечной недостаточности (ХСН) уменьшается у больных ревматоидным артритом (РА), получающих терапию ингибиторами фактора некроза опухоли α (ФНОα), по сравнению с пациентами, находящимися на терапии синтетическими базисными противовоспалительными препаратами (БПВП).

Больные РА имеют повышенный риск развития ХСН. В исследованиях ингибиторов ФНОα, проведенных в 2000-х годах, не было выявлено благоприятного влияния данной группы препаратов на показатели гемодинамики у больных с тяжелой ХСН. Напротив, была продемонстрирована несколько негативная роль данных препаратов. Однако, учитывая, что хроническое воспаление является самостоятельным важным фактором риска развития ХСН, применение ингибиторов ФНОα может уменьшить риск развития ХСН в соответствующей группе пациентов.

Именно такие данные были представлены доктором Alper van Sijl (Нидерланды) и соавт. В их исследование были включены пациенты, получавшие генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) между 2001 и 2013 гг. Авторы проанализировали эффекты терапии у 12 397 пациентов, получавших ингибиторы ФНОα, и у 3662 больных, находящихся на лечении синтетическими БПВП. Из исследования были исключены все пациенты, у которых ХСН могла развиться на фоне сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы (различные виды аритмий, патологии клапанов и ряд других причин). После 5-летнего наблюдения показатели заболеваемости на 10 тыс. пациентов составили 25,7% в группе БПВП и 6,3% в группе ингибиторов ФНОα. Таким образом, относительный риск развития ХСН у пациентов, получающих ингибиторы ФНОα, составляет 0,25, в то время как у больных, не имеющих предшествующей ишемической болезни сердца и других факторов риска, он равен 0,3 ($p<0,05$). Как вывод, у пациентов, получающих ингибиторы ФНОα, по мнению авторов, отсутствует повышенный риск развития ХСН. Полученные результаты, возможно, могут оказать позитивное влияние на решения ревматологов, которые по тем или иным причинам колеблются при назначении данной группы лекарственных препаратов.

Внутрисуставное введение лекарственных средств является более эффективным для лечения остеоартроза коленных суставов по сравнению с пероральным приемом

Внутрисуставное введение лекарственных препаратов превосходит по эффективности пероральный вид терапии, однако, возможно, это связано с более выраженным «эффектом плацебо» внутрисуставной терапии.

До сих пор довольно сложно говорить об эффективности различных видов терапии остеоартроза (ОА), что связано в первую очередь с малым количеством исследований, в которых проводилось прямое сравнение различных видов терапии; традиционные метаанализы также не могут учесть всех факторов и компонентов, влияющих на эффективность терапии ОА. Доктор R. Bannuru и коллеги из медицинского центра в Бостоне сравнили эффективность 5 пероральных нестероидных противовоспалительных препаратов (парацетамол, диклофенак, ибупрофен, напроксен, целекоксиб) с 2 группами препаратов для внутрисуставного введения (глюкокортикоиды и препараты гиалуроновой кислоты) и 2 плацебо. Авторы проанализировали 137 рандомизированных контролируемых исследований с участием 33 243 пациентов с первичным ОА коленного сустава, которые получали терапию в течение минимум 3 мес между 1980 и 2014 гг. Все препараты, за исключением парацетамола, приводили к достоверному уменьшению боли, однако эффект от лекарственных средств, вводимых внутрисуставно, оказывался более выраженным по сравнению с пероральным приемом (размер эффекта 0,63 и 0,18 соответственно). Наиболее эффективными для внутрисуставного введения оказались препараты гиалуроновой кислоты. Сложно ответить на вопрос, связаны ли полученные результаты с «эффектом плацебо», который гораздо выше у внутрисуставной терапии (около 0,29), или это физиологический эффект, основанный на введении жидкости в коленный сустав. Тем не менее результаты данной работы необходимо учитывать при выборе вида терапии с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

Семейные проблемы пациентов с болезнью Бехтерева

В рамках сотрудничества с Межрегиональной общественной благотворительной организацией инвалидов «Общество взаимопомощи при болезни Бехтерева» 22 декабря 2014 г. состоялась очередная встреча членов общества и сотрудников ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой». Тема школы была заранее определена количеством соответствующих запросов пациентов в Интернете: «Семья и болезнь» и «Анкилозирующий спондилит (АС; болезнь Бехтерева): вопросы планирования семьи».

На встрече выступила медицинский психолог Е.В. Зиборова, рассказавшая о том, как построить взаимоотношения в семье, когда один из ее членов болен. Отношение мужчин и женщин к своей болезни различается, что не может не сказываться на их отношениях. Мужчины чаще, чем женщины, пытаются оправдать свое безучастие к жизни и проблемам семьи симптомами болезни, стараясь списать все на плохое самочувствие, боль, утомляемость, общую усталость и т. п. Женщины, напротив, в большинстве случаев прикладывают максимум усилий для того, чтобы помешать своей болезни негативно влиять на семейный климат. Психолог обратила внимание на то, что при выстраивании взаимоотношений в семье больной человек не должен чувствовать себя жертвой, быть подавленным или бессильным, пытаться повлиять на партнера – наоборот, необходимо постоянно работать над собой. Такой подход к решению проблем позволяет ничего не требовать от другого человека и ни на что не претендовать, но замечательно учит понимать и принимать его таким, каков он есть. Состоять в браке означает верить и доверять своему партнеру, оказывать ему поддержку в минуты подавленности или неверия в себя.

Вопросам планирования семьи пациентами с АС был посвящен доклад Т.В. Дубининой. Основную мысль выступления можно сформулировать так: с целью минимизации риска обострения заболевания и развития осложнений беременность необходимо планировать и обсуждать с лечащим врачом. Были также затронуты вопросы наследственности АС, активности заболевания во время беременности и после родов, влияния заболевания матери и отца на развитие и здоровье будущего ребенка, безопасности применения лекарственных препаратов при беременности, ведения родов и возможности естественного вскармливания новорожденных. Хотелось бы отметить, что в обсуждении данных тем активное участие приняли не только пациенты с АС, но и их супруги. ■

К.м.н. ***Т.В. Дубинина****, Е.В. Зиборова,*
д.м.н., профессор ***Ш.Ф. Эрдес,***
ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой

Ревматологи и Я
приложение для пациентов

ПРОБЛЕМЫ ВАКЦИНАЦИИ В РЕВМАТОЛОГИИ

Инфекционные болезни всегда представляли наибольшую угрозу для здоровья людей. История изобилует мифами и легендами, свидетельствующими о том страхе, который испытывали люди при возникновении и распространении эпидемий «повальных» болезней. Именно этот страх заставлял принимать особые меры (сжигать тела умерших, их одежду и жилища, «закрывать» города и т. д.), явившиеся прообразом современных противоэпидемических мероприятий.

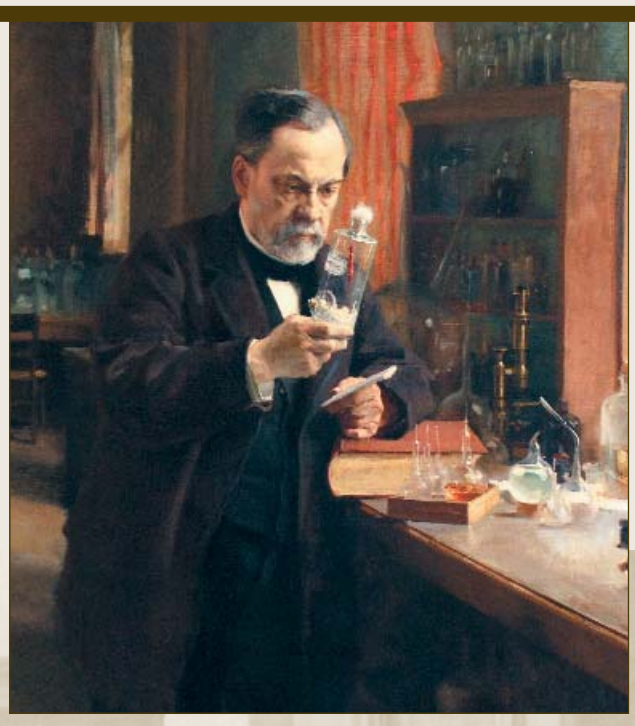
Первые «прививки»

С началом XX в. благодаря достижениям медицины и в первую очередь вакцинации человечество смогло остановить одну за другой многие губительные эпидемии, регулярно опустошавшие города. Наиболее известный пример – эпидемии оспы, от которой в то время не существовало лекарств, но уже была подмечена одна закономерность: человек, переболевший даже самой легкой формой оспы, на всю жизнь становился невосприимчивым к болезни. В Индокитае и даже в Африке уже в VIII–X вв. врачи и шаманы знали это и для предотвращения заболевания втирали в кожу или слизистую носа гной или растертые корочки пустул (волдырей) больного. Однако такой способ был весьма рискованным — нередко случались и трагические исходы, когда у «привитого» таким образом человека развивалась тяжелая форма болезни. Поэтому на подобную «прививку» решались немногие.

История вакцин начинается с имени английского врача Эдварда Дженнера (1749–1823), который высказал предположение о родстве коровьей и человеческой оспы. До конца XVII в. в Европе от этой болезни ежегодно погибало до 1,5 млн. человек; на долю оспы выпадала четверть всех смертей того времени. В XVIII в. от натуральной оспы в России умирал каждый 7-й ребенок. В XVI в. оспа перекинулась в Америку, где от нее за короткий срок умерло несколько десятков миллионов коренных жителей — индейцев. Однако в те же времена было замечено, что доярки, заразившиеся коровьей оспой, получали пожизненную защиту от оспы человека. И вот 14 мая 1796 г. Дженнер в присутствии врачей привил коровью оспу здоровому восьмилетнему мальчику: сделал два небольших надреза на его руке и внес в ранки экстракт оспенных пустул с руки женщины, заразившейся коровьей оспой. Вскоре у мальчика появились симптомы легкой (коровьей) оспы, а через 10 дней он был уже совершенно здоров. Когда же через месяц Дженнер заразил мальчика человеческой оспой, тот оказался к ней невосприимчивым! Спустя несколько месяцев введение натуральной оспы повторили, а через 5 лет — еще раз. Результат оставался все тем же: мальчик был невосприимчивым к болезни.

Появление вакцин

Идеи Дженнера почти через 100 лет развил великий французский иммунолог Луи Пастер. Он доказал, что при искусственном введении в кровь ослабленных инфекционных агентов можно вызвать формирование иммунитета у животных и человека. С именем Пастера связаны первые вакцины — от бешенства у человека; от холеры, сибирской язвы и краснухи у животных. Именно он ввел термин «вакцина» (от латинского vacca— корова); при нем вакцины стали вводить не с помощью надрезания кожи, а шприцами. Именно он после ряда публичных опытов убедил мир в том, что вакцинация — это единственный способ уберечься от многих страшных болезней. Опыт Пастера быстро распространился по всему миру. Так, русский ученый Владимир Хавкин, работая в Индии, в 1896 г. организовал лабораторию, в которой создал первую противочумную вакцину.



С развитием микробиологии и появлением молекулярной биологии ученые доказали, что иммунной системе, чтобы выработать стратегию обороны, необязательно встречаться с живым, цельным микробом. Наша система защиты способна распознавать определенные фрагменты возбудителя — антигены (обычно имеющие белковую или полисахаридную природу). Роль антител, выполняющих такое распознавание, — «подсветить» микроба и сделать его «видимым» для клеток иммунной системы, которые уничтожают инфекцию.

Иммунитет можно стимулировать введением не только природных антигенов, полученных из инактивированных возбудителей болезни, но и синтезируя эти антигены. Так появились рекомбинантные вакцины (когда антиген синтезируют биотехнологическими методами) — более безопасные и стабильные. В отличие от традиционных вакцин (искусственно ослабленные бактерии и вирусы) их рекомбинантные аналоги принципиально не могут вызывать болезни, против которых формируют иммунитет, поскольку они никогда не были составной частью живого возбудителя. Это сделало вакцинацию еще менее опасной.

Прорыв в спасение

С течением времени были созданы защитные вакцины против многих болезней человека и животных. Размеры эпидемий стремительно сокращались, а за счет массовой вакцинации в детском возрасте выживать стали практически все дети. Развитие медицины и здравоохранения вызвало невиданный рост популяции людей: в начале XX в. на Земле жило около 1–1,5 млрд человек, в конце — уже более 6 млрд. Это единственное столетие, за время которого численность вида Homo sapiens увеличилась более чем в 5 раз. В природе в подобных плотных популяциях очень высока вероятность возникновения эпидемий — по сути, инфекционные болезни и служат естественными ограничителями роста популяций. Но человек за счет технологической революции смог обойти этот ранее безотказный природный регулятор. На сегодняшний день существует более 100 различных вакцин, которые защищают от 40 с лишним инфекций, вызываемых бактериями и вирусами.

Правила без исключений

Несмотря на грандиозные победы над инфекциями, не стоит забывать, что все стратегии лечения имеют длинный список условий, при которых эффект будет максимальным в большинстве случаев. В любой статистической закономерности есть исключения, и в некоторых случаях доктор может не учесть скрытых противопоказаний для лечения. Кроме того, сами пациенты часто не придерживаются предписанных им правил лечения. Это приводит к тому, что любое лекарство может стать ядом, и вакцины не являются исключением.

Более чем столетняя практика вакцинации дала медикам огромную статистику, которая помогает определить оптимальный способ вакцинирования. Наблюдая за динамикой заболеваний и собирая данные о побочных эффектах вакцин, ВОЗ и другие организации «видят» ограничения и эффективность тех или иных вакцин, что позволяет разрабатывать новые и улучшать старые вакцины, учитывая предыдущий негативный опыт. Если у привитых вдруг обнаруживается необъяснимая реакция, то вакцина немедленно изымается из оборота, и чаще всего ее заменяют вакциной другой компании. Поэтому контроль качества вакцин — это кровный интерес фармкомпаний-производи-

телей и их конкурентов, которые не дадут замолчать факты. Кроме того, ВОЗ ведет свой мониторинг последствий прививок во всех странах в течение многих десятков лет, статистика отлично работает, выдавая достоверные результаты о том, что с введением прививок та или иная страшная болезнь отступает в масштабе всего мира.

Инфекции в XXI в.

Однако и в современных условиях инфекционные заболевания представляют собой актуальную социальную и медицинскую проблему. Их фактическая распространенность значительно шире официальной регистрации. Инфекция является одной из ведущих причин смерти в странах с различным уровнем экономического развития. По данным ВОЗ, на долю инфекционных болезней приходится около 25% всех смертей в мире, а в развивающихся странах этот показатель возрастает до 45%. Казалось бы, в эпоху вакцин и антибиотиков контроль над этими болезнями вполне реален, однако материалы статистики свидетельствуют о том, что в глобальном масштабе ситуация мало меняется к лучшему.

Более того, благодаря эффективным программам вакцинации большинство людей никогда не испытывали на себе разрушительных последствий вспышек заболеваний, предупреждаемых с помощью вакцинации. И появилось чувство самоуспокоенности. Многие полагают, что поскольку некоторые болезни встречаются редко, они более не представляют угрозы. В условиях низкой заболеваемости некоторые люди даже считают, что вакцинация более опасна, чем сама болезнь. Эти ошибочные представления приводят к значительному снижению уровня охвата населения прививками и к новому росту заболеваемости. Подтверждением этого стали эпидемия дифтерии в странах СНГ в 1990-е годы, получившая наибольшее развитие в 1995 г., когда число случаев заболевания превысило 50 тыс. человек, рост заболеваемости корью в странах Центральной и Западной Европы в 2002–2004 гг., когда пострадало более 100 тыс. человек, регистрация паралитического полиомиелита с летальными исходами в Чеченской республике в 1992–1993 гг.

Антипрививочная пропаганда

Данные о негативных эффектах вакцин постоянно анализируются профессионалами, и на основе их рекомендаций производители вносят коррективы, выпуская новые поколения вакцин. Однако развивается, множится и интернационально консолидируется общественное антипрививочное движение с пропагандой дезинформации и наветами на вакцинопрофилактику. Цель этого движения — вызвать антипрививочную панику, спровоцировать «вакцинный кризис» как «массовую социогенную болезнь» отказов от вакцинации среди населения, в том числе среди среднего медицинского персонала и врачей. Инструментами антипрививочной пропаганды служат многочисленные публикации в СМИ; газетные и журнальные статьи, брошюры и книги, телевизионные передачи, видеофильмы и интернет-ресурсы. Обращаясь к населению, борцы против прививок оперируют набором ловко преподнесенной ложной информации, порочащей вакцинопрофилактику в целом и отдельные вакцины в частности. Именно благодаря своей мифической природе антипрививочная дезинформация циркулирует в сознании населения вопреки опровергающим ее фактам и одновременно с ними. Это величайший нонсенс нашего времени – в обществе, численность которого сохраняется благодаря вакцинам, возник вопрос: зачем нужны вакцины, если они вредны?

Борьба с инфекциями в ревматологии

Все вышеизложенное полностью относится и к ревматологии, где инфекции оказывают значительное влияние как на течение основного заболевания (особенно при системных болезнях соединительной ткани), так и на смертность. В структуре инфекционных осложнений среди пациентов с ревматическими заболеваниями (РЗ) лидирующее место занимает пневмония (22–67%), которая также является одной из причин летальных исходов (11–22%).

Как указывалось выше, иммунизация является одним из самых эффективных методов профилактики инфекций и наиболее важным достижением медицины XX в. В то же время большинство хронических заболеваний, в том числе ревматических, многие практикующие врачи продолжают рассматривать как противопоказания для вакцинации.

Не могут ли механизмы, которые обусловливают повышенную восприимчивость больных РЗ к инфекциям, вызвать ослабленный иммунный ответ на вакцину? Не приведет ли вызванная вакциной активация иммунной системы к развитию или обострению уже имеющегося РЗ? Эти два вопроса оставались до последнего времени главными сдерживающими факторами широкого применения вакцинации в ревматологии. Считалось, что такой подарок человечеству от Эдварда Дженнера и Луи Пастера, как вакцинация, – это своего рода троянский конь. На протяжении десятилетий утверждалось, что в ответ на вакцинацию может произойти сбой в работе механизмов, отвечающих за иммунологическую устойчивость к собственным органам и тканям в организме.

В свете изложенного весьма показательны результаты своеобразного аудита, выполненного во Франции и Великобритании. Оказалось, что частота охвата вакцинацией против гриппа и пневмококковой инфекции среди больных РЗ была достаточно низкой и составила 28 и 37% соответственно. В качестве одной из главных причин этого фигурировало отсутствие рекомендаций в отношении вакцинации со стороны лечащих врачей.

Однако на сегодняшний день по данным многочисленных исследований подтверждена эффективность и безопасность многих (главным образом, против-гриппозных и пневмококковых) вакцин при ряде РЗ, в первую очередь при системной красной волчанке (СКВ) и ревматоидном артрите (РА). В соответствии с рекомендациями экспертов Европейской антиревматической лиги (EULAR), иммунизация упомянутыми вакцинами настоятельно рекомендуется всем больным с аутоиммунными воспалительными РЗ, поскольку среди них риск смертельных исходов от инфекций нижних дыхательных путей достаточно высок. При этом вакцинацию следует применять даже в случаях с ожидаемым низким ответом.

О достаточной клинической эффективности и хорошей переносимости 23-валентной пневмококковой вакцины у больных РА свидетельствуют и результаты исследования, выполняемого в НИИР им. В.А. Насоновой. На протяжении 12-месячного периода наблюдения в 68% случаев переносимость вакцины была хорошей, в 32% отмечены реакции (боль, припухлость, покраснение кожи в месте введения вакцины, кратковременное небольшое повышение температуры тела до 37,5 °С), которые обычно наблюдаются после вакцинации. Но эти реакции не имели связи с проводимым лечением противоревматическими препаратами, не требовали изменения схем лечения РА и полностью исчезали в течение суток без приема каких-либо дополнительных средств. Признаков пневмонии не было ни у одного больного. Эпизодов обострения РА или возникновения каких-либо новых аутоиммунных расстройств не отмечали.

Угроза герпеса

В настоящее время серьезную проблему представляют герпесвирусные инфекции – группа широко распространенных инфекционных болезней, вызываемых вирусами семейства *Herpesviridae*. Эти заболевания характеризуются хроническим рецидивирующим течением и пожизненным существованием возбудителя в организме. Герпесвирусы могут циркулировать в организме с нормальной иммунной системой бессимптомно, но у людей с подавленным иммунитетом они способны вызывать тяжелые заболевания со смертельным исходом. В частности, риск развития герпесвирусной инфекции нарастает у больных с воспалительными РЗ (СКВ, РА, васкулиты, дерматомиозит/полимиозит и др.). В связи с этим эксперты EULAR считают целесообразной вакцинацию против герпесвирусной инфекции у больных с РЗ, но только при наличии антител к этому возбудителю (для исключения первичного заражения). Учитывая, что эта иммунизация проводится живой аттенуированной вакциной, ее следует выполнять как минимум за 1 мес до начала терапии генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП) и не ранее чем через 6 мес после окончания последней.

Чем опасен ВПЧ

В последние годы все большее внимание специалистов привлекают вирусы папилломы человека (ВПЧ). Опасность данной инфекции заключается в том, что некоторые типы ВПЧ могут спровоцировать развитие рака шейки матки. Установлено, что после инфицирования ВПЧ уже через 3 года у 27% женщин развивается цервикальная интраэпителиальная неоплазия высокой степени (предраковое состояние). Бразильскими исследователями (E. Klumb и соавт., 2010 г.) показано, что у пациенток с СКВ заболеваемость ВПЧ оказалась практически в 3 раза выше, чем у женщин без СКВ. При этом прослежена взаимосвязь уровня ВПЧ-инфицированности с проводимой иммуносупрессивной терапией (циклофосфан, преднизолон). Высокую распространенность ВПЧ среди пациенток с СКВ подтверждают и другие исследователи. Это свидетельствует о необходимости увеличения количества плановых гинекологических обследований женщин, страдающих СКВ, а также решения вопроса о ВПЧ-вакцинации. В ходе исследования «случай–контроль» (по 50 больных СКВ в каждой группе) изучали иммуногенность и безопасность квадривалентной ВПЧ-вакцины. Через 12 мес после вакцинации показатели иммунного ответа в исследуемой и контрольной группах не различались. Лечение преднизолоном и микофенолата мофетилом ассоциировалось с более низким иммунным ответом на вакцину. У 5% исследуемых лиц наблюдались местные реакции. Частота обострений СКВ в течение периода наблюдения в обеих группах не различалась. Эксперты EULAR рекомендуют вакцинацию против ВПЧ женщинам с СКВ вплоть до 25-летнего возраста.

Таким образом, вакцинация является мощным методом профилактики инфекционных заболеваний – важной проблемы для больных РЗ. Вакцину следует применять даже в случаях с ожидаемым низким ответом. Повышает вакцинация частоту аутоиммунных заболеваний или нет, каково влияние нарастающего числа схем вакцинации, иммунизация в различных возрастных группах, риски совпадающих по времени ассоциаций – это по-прежнему вопросы для обсуждения. В настоящее же время с целью устранения разногласий в медицинском обществе и средствах массовой информации необходимо придерживаться рекомендаций, обеспечивая строгий надзор за их выполнением и сообщая о возможных побочных эффектах.

В целом же на современном этапе вакцинопрофилактика представляет собой одну из самых эффективных и экономически целесообразных мер медицинского вмешательства. Иммунизация ежегодно предотвращает миллионы случаев заболеваний управляемыми инфекциями, а также случаи обусловленных этими заболеваниями инвалидности и смертности. При сравнительно небольших материальных затратах достигается значительный положительный результат, отражающийся на здоровье и благополучии всего населения планеты.

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

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@ima-press.net
www.ima-press.net

Главный редактор:
академик РАН **Е.Л. Насонов**

Заместитель главного редактора:
профессор **Л.Н. Денисов**
Шеф-редактор: **Т.А. Гойдина**

При перепечатке материалов ссылка на газету обязательна.

Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов публикуемых материалов.

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

Подписной индекс в каталоге «Пресса России» – 91732

Ревматология. 2015;1(18):1–12.

Тираж – 2000 экз.

Отпечатано в типографии **«Деком»**