Газета для врачей
№2(7), 2013
Главный редактор
академик РАМН, профессор
Е.Л. Насонов
Зам. главного редактора
профессор Л.Н. Денисов

Ревматология

ЭКСПЕРТНЫЙ СОВЕТ МИНЗДРАВА РОССИИ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «РЕВМАТОЛОГИЯ» с. 2
МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО: ТРАДИЦИИ И ПОИСКИ с. 3
ВРАЧЕБНАЯ СРЕДА – ЭТО ОСОБЫЙ УКЛАД ЖИЗНИ… с. 5
ПРОГРАММА T2T CONNECT – СТАРТ В РОССИИ с. 7
ЛЕЧЕНИЕ ДО ДОСТИЖЕНИЯ ЦЕЛИ с. 12

С 13 по 15 марта 2013 г.

в рамках Программы непрерывного постдипломного образования врачей по специальности «Ревматология» была проведена

X Всероссийская школа ревматологов имени академика В.А. Насоновой

«ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СИСТЕМНЫХ РЕВМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ»

X юбилейную Школу открыли Президент АРР, Главный внештатный специалист МЗ РФ по специальности «Ревматология», директор ФГБУ «НИИР» РАМН академик РАМН Е.Л. Насонов и Ученый секретарь ФГБУ «НИИР» РАМН д.м.н. В.Н. Амирджанова.

В 2013 г. исполняется 90 лет со дня рождения великого ученого, академика Валентины Александровны Насоновой, посвятившей свою жизнь становлению и развитию Института ревматологии и ревматологической службы в стране.

Весь жизненный путь Валентины Александровны Насоновой – это многолетняя и неустанная деятельность во имя Науки и Человека. Она являла собой яркий пример сочетания высокой человеческой простоты и величия, гуманизма истинно русского Врача, глубины знаний, широты интересов, смелости мысли и точности предвидения энциклопедически образованного Ученого, опыта умелого Организатора науки и здравоохранения и таланта настоящего Учителя. Школа ревматологов, основанная Валентиной Александровной, уже второй год носит ее высокое имя.

В этом году Школа была посвящена современным аспектам диагностики и лечения ревматоидного артрита, анкилозирующего спондилита, подагры, системной красной волчанки, системной склеродермии, дермато-полимиозита, системных васкулитов. В связи с реализацией Программы непрерывного постдипломного образования врачей по специальности «Ревматология» при проведении Школы большое внимание уделялось практическим вопросам ревматологии и разборам трудных случаев диагностики и лечения ревматических заболеваний в рубрике « Трудный пациент». Для более полного усвоения знаний учащимися были внедрены новые формы интерактивного общения с врачами.

Большой интерес вызвали пленарные лекции академика РАМН Е.Л. Насонова «Прогресс в изучении системных заболеваний соединительной ткани», «Современные стандарты лечения ревматоидного артрита»; к.м.н. В.Р. Городецкого «Ревматологические маски гематологических заболеваний»; д.м.н. Б.С. Белова «Панникулиты. Что нужно знать ревматологу» и «Лечение и профилактика инфекций в ревматологии. Вопросы вакцинации»; к.м.н. Т.В. Бекетовой «Системные васкулиты: современный взгляд на проблему»; д.м.н. Д.Е. Каратеева «Диагностические критерии, клинические варианты ревматоидного артрита. Классификация, критерии, определение ремиссии, особенности раннего ревматоидного артрита»; к.м.н. Д.В. Бестаева «Системные проявления ревматоидного артрита: фокус на поражение легких»; к.м.н. Л.В. Кондратьевой «Метаболический синдром при ревматоидном артрите»; проф.. Ш.Ф. Эрдеса «Спондилоартриты: от теории к практике», проф. В.Г. Барсковой «Диагностика и лечение подагры»; проф. А.И. Дубикова «Молекулярная биология и остеоартроз», д.м.н. Л.И. Алексеевой «Стронция ранелат – инновационный подход к лечению остеоартроза».

В рубрике « Трудный пациент» были представлены клинические разборы: «Новые подходы к лечению системной красной волчанки» (проф. С.К. Соловьев), «Системная красная волчанка и беременность» (к.м.н. Н.М. Кошелева), «Подходы к терапии антифосфолипидного синдрома» (проф. Т.М. Решетняк), «Легочная гипертензия у пациента с системной склеродермией» (к.м.н. А.В. Волков), «Трудности дифференциальной диагностики и особенности лечения пациентов поли-дерматомиозитом» (к.м.н. О.А. Антелава), «Криоглобулинемический васкулит при ревматических, хронических гепатобилиарных и лимфопролиферативных заболеваниях» (С.Пальшина), «Клинический разбор пациента с панникулитом (к.м.н. О.Н. Егорова)», «Лечение системных форм болезни Шегрена» (к.м.н. О.А. Логвиненко), «Проблемы диагностики гигантиклеточного артериита и ревматической полимиалгии» (к.м.н. Э.Н. Оттиева), «Ревматоидный артрит и туберкулез» (д.м.н. Г.В. Лукина), «Вирусная инфекция гепатитов В и С и терапия генно-инженерными биологическими препаратами» (проф. Н.В. Чичасова), «Ревматоидный артрит и беременность» (к.м.н. Н.М. Кошелева), «Кардиоваскулярная патология и ревматоидный артрит» (д.м.н. Т.В. Попкова, к.м.н. Д.С. Новикова), «Применение монотерапии при лечении генно-инженерными биологическими препаратами» (к.м.н. Е.Ю. Панасюк), «Легочный фиброз при системной склеродермии и анти-В-клеточная терапия» (проф. Л.П. Ананьева), «Особенности лечения больных анкилозирующим спондилитом с поражением тазобедренных суставов» (к.м.н. А.Г. Бочкова), «Болезнь депонирования кристаллов пирофосфата кальция у больного с гипопаратиреозом» (проф. В.Г. Барскова), «Трудности диагностики и подходы к лечению псориатического артрита» (д.м.н. Т.В. Коротаева, к.м.н. Е.Ю. Логинова), «Случай надпочечниковой недостаточности и аваскулярного некроза у больного с подагрой, леченного пролонгированными формами глюкокортикоидов» (д.м.н. В.Г. Барскова), «Вторичный остеопороз в ревматологической практике: переломы шейки бедра в молодом возрасте», (к.м.н. И.С. Дыдыкина), «Современные возможности выбора терапии пациентов с остеопорозом и сопутствующими заболеваниями» (д.м.н. Л. И. Алексеева).

В Школе приняли участие 215 ревматологов Российской Федерации. ■

Д.м.н. ***В.Н. Амирджанова***

Совещание профильной комиссии Экспертного совета Минздрава России по специальности «Ревматология»

ПРОТОКОЛ
Совещания профильной комиссии Экспертного совета Минздрава России по специальности «Ревматология»
№ 9 от 16 марта 2013 г.

Председатель: *академик РАМН* **Е.Л. Насонов**
Секретарь: *д.м.н.* **В.Н. Амирджанова**
Присутствовало: *78 членов Экспертного совета*

Повестка:

1. Академик РАМН Е.Л. Насонов. Открытие Экспертного совета, приветствие участников.
2. Академик РАМН Е.Л. Насонов, к.м.н. Е.Ю. Панасюк, к.м.н. А.С. Авдеева

Результаты локального клинического исследования тоцилизумаба у больных ревматоидным артритом (РА) с неадекватным ответом на базисные противовоспалительные препараты (Российское исследование «ЛОРНЕТ»).

3. Проф. Р.М. Балабанова, д.м.н. В.Н. Амирджанова

Состояние ревматологической службы Российской Федерации: анализ заболеваемости и тенденции. Применение генно-инженерных биологических препаратов при РА в Российской Федерации (анализ за 2012 г).

4. Д.м.н. Д.Е. Каратеев

Терапия пациентов с РА в реальной клинической практике по данным Российского регистра ревматоидного артрита: новые данные.

5. Д.м.н. Г.В. Лукина

Российский опыт работы в рамках международных проектов «CERERRA» и «TOCERRA».

6. Круглый стол для преподавателей кафедр ревматологии

Д.м.н. Е.А. Галушко, д.м.н., проф. Н.В. Чичасова

Вопросы непрерывного постдипломного образования врачей по специальности «ревматология». Концепция преподавания ревматологии на факультетах постдипломного образования.

Профильная комиссия Экспертного совета Минздрава России по специальности «Ревматология» отмечает, что за последние годы произошли существенные изменения в методах лечения больных РА и другими воспалительными ревматическими заболеваниями. Возрастает роль новых классов лекарственных препаратов, созданных с помощью высоких технологий и генной инженерии (генно-инженерных биологических препаратов – ГИБП) для лечения ревматических заболеваний. В настоящее время в Российской Федерации зарегистрированы 10 ГИБП для лечения РА, системной красной волчанки, остеопороза: ингибиторы фактора некроза опухоли альфа, анти-В-клеточные препараты, молекулы костимуляции лимфоцитов, ингибиторы рецепторов интерлейкина-6 и т.д. Исследования этих препаратов и накопление опыта их применения активно ведутся в РФ и во всем мире.

На Совещании обсуждены результаты Российского многоцентрового локального клинического исследования тоцилизумаба у больных РА с неадекватным ответом на базисные противовоспалительные препараты («ЛОРНЕТ»). Исследование проведено в 27 центрах Российской Федерации, представлены результаты терапии 194 больных РА с предшествующей неэффективностью базисной противовоспалительной терапии метотрексатом в терапевтических дозах. Применение ингибитора рецепторов к интерлейкину-6 показало быстрое снижение воспалительной активности заболевания. После первой инфузии тоцилизумаба отмечалась стойкая нормализация уровней СОЭ и СРБ, улучшение функционального состояния у 51,8% больных. Через 24 нед терапии у 83,3% пациентов имелся хороший ответ по критериям EULAR, который сохранялся к 48-й неделе наблюдения. Проведена оценка динамики аутоантител и цитокинового профиля и их взаимосвязи с основными клиническими проявлениями заболевания. Применение тоцилизумаба сопровождалось снижением уровня острофазовых показателей, аутоантител, маркеров деструкции костной ткани, основных провоспалительных цитокинов в сыворотке крови, а также замедляло прогрессирование деструкции суставов. Показано, что предиктором ремиссии по индексу CDAI на фоне лечения тоцилизумабом являются высокопозитивные уровни антител к модифицированному цитруллинированному виментину (АМЦВ) в сыворотке крови. Ремиссия по DAS28 ассоциируется с исходно более низкими уровнями IgG и IgM. У 25,4 % отмечены нежелательные явления: инфекционные заболевания, повышение уровня трансаминаз. Не наблюдалось ни одного случая развития туберкулеза. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о высокой клинической эффективности терапии тоцилизумабом при тяжелом РА, резистентном к стандартному лечению базисными противовоспалительными препаратами и глюкокортикоидами. Его применение можно рекомендовать в случае очень высокой клинической и лабораторной активности заболевания, а также необходимости быстрого достижения лечебного эффекта. Для более точной оценки эффективности терапии тоцилизумабом целесообразно использование нескольких индексов активности: DAS28, CDAI и SDAI. В качестве вероятного предиктора ремиссии по CDAI при использовании тоцилизумаба можно выделить исходно высокопозитивный уровень АМЦВ в сыворотке крови.

В то же время члены Экспертного совета констатируют, что остаются нерешенными проблемы, требующие решения при дальнейших исследованиях:

– эффективность препарата по сравнению с другими ГИБП;

– безопасность его применения при сопутствующих коморбидных заболеваниях: сахарном диабете, ожирении, герпетической инфекции, кардиоваскулярной патологии;

– безопасность применения на фоне инфекции вирусом гепатита С и В, латентной туберкулезной инфекции;

– риск и предикторы развития перфорации кишечника;

– риск возникновения демиелинизирующих заболеваний;

– длительность и пути поддержания ремиссии после прерывания терапии тоцилизумабом.

В условиях оказания высокотехнологичной медицинской помощи больным с ревматическими заболеваниями резко возрастает роль ревматологической службы, анализ которой был проведен на совещании Экспертного совета. Вступил в силу новый Приказ Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 900 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «ревматология».

Ревматологическая служба РФ в целом готова к выполнению поставленных задач, однако для повсеместного их внедрения необходимо дальнейшее укрепление ревматологической службы высококвалифицированными кадрами, которые могут быть подготовлены в ближайшее время. Укомплектованность ревматологической службы в целом по РФ составляет 0.12 на 10 тыс. населения, в стране в настоящее время работают 1686 ревматологов, однако остаются проблемные регионы РФ (Южный, Сибирский, Северо-Кавказский), где число ревматологов составляет менее 0,09 на 10 тыс. Таким образом, часть населения лишена ревматологической помощи. Нет главных специалистов-ревматологов в Ненецком автономном округе, Республике Алтай, Магаданской области, Еврейской автономной области, Чукотском автономном округе. Тем не менее, отмечается рост заболеваемости болезнями костно-мышечной системы в Северо-Западном (+16,5%), Южном (+10,9%) и Северо-Кавказском (+25,8%) округах по сравнению с 2007 г.

Представлены данные по применению ГИБП при РА в РФ за 2012 г. В 32 центрах под наблюдением находится 73 тыс. больных РА (26,4% от числа зарегистрированных в ЛПУ). Терапию ГИБП получают 1938 больных РА. Доля больных РА, получивших терапию ГИБП, составляет 2,79%. Ингибиторами ФНОα пролечено 898 больных РА, ритуксимабом – 940, тоцилизумаб продолжают получать 118 больных РА, монотерапию ГИБП при непереносимости базисных противовоспалительных препаратов или наличии противопоказаний к ним – 11,6% пациентов, что значительно ниже, чем в странах Западной Европы. Число больных РА, планируемых на терапию ГИБП в 32 центрах РФ при отсутствии финансовых ограничений, составляет: инфликсимаб – 1143, адалимумаб – 443, этанерцепт – 356, цертолизумаб – 173, голимумаб – 143, тоцилизумаб – 315, ритуксимаб – 1381, абатацепт – 308. Таким образом, при возможности использования всего спектра ГИБП смогут пролечиться 5,8% больных РА.

Представлены результаты терапии пациентов с РА в реальной клинической практике по данным Российского регистра ревматоидного артрита , обобщен российский опыт работы в рамках международных проектов «CERERRA» по ритуксимабу и включение РФ в международный проект «TOCERRA» по тоцилизумабу. По проекту «CERERRA» члены Экспертного совета считают необходимым обобщить данные по безопасности ритуксимаба, представить результаты по рентгенологической динамике, получить данные о пациентах, которые прекратили прием ритуксимаба в связи с неэффективностью и/или непереносимостью и были переведены на другие ГИБП, оценить эффективность и переносимость этих ГИБП (тоцилизумаб, абатацепт и антагонисты ФНО) после лечения ритуксимабом.

Обсуждены вопросы непрерывного постдипломного образования врачей по специальности «Ревматология» и концепция преподавания ревматологии на факультетах постдипломного образования. Одной из целей программы является предоставление врачам единой комплексной системы постдипломной подготовки по специальности «Ревматология», позволяющей врачам постоянно совершенствовать свои профессиональные качества для оказания компетентной высокотехнологичной помощи больным с ревматическими заболеваниями. Обязательными условиями выполнения Программы являются: персонифицированный анализ полученных знаний и навыков специалистов, ежегодный контроль знаний и практических навыков (ежегодная и итоговая аттестация 1 раз в 5 лет), непрерывность обучения: ежегодно каждый врач должен накопить не менее 50 кредитов, а за 5 лет — 250 креди-

тов. Программа предусматривает очное обучение на кафедрах постдипломного образования в рамках сертификационных циклов и постдипломную подготовку врачей с дистанционным обучением на основе модульной технологии, участие врачей в сертифицированных мероприятиях, проходящих под эгидой Программы, включающих ежегодные Школы ревматологов по инновационным технологиям диагностики и лечения РЗ – 18 баллов, ежегодные научно-практические конференции ФГБУ «НИИР» РАМН – 18 баллов, участие в съездах / конгрессах Ревматологов – 25 баллов, Всероссийские научно-практические конференции – 18 баллов.

Профильная комиссия Экспертного совета Минздрава России по специальности «ревматология» постановляет:

1. Считать результаты локального клинического исследования тоцилизумаба у больных РА с неадекватным ответом на базисные противовоспалительные препараты (Российское исследование «ЛОРНЕТ») удовлетворительными.

2. Продолжить исследования по оценке эффективности тоцилизумаба по сравнению с другими ГИБП; оценить его безопасность при сопутствующих заболеваниях : сахарном диабете, ожирении, реактивации туберкулезной инфекции, герпетической инфекции, на фоне инфекции вирусом гепатита С и В; оценить риски и предикторы развития перфорации кишечника, возникновения демиелинизирующих заболеваний, длительность и пути поддержания ремиссии после прерывания терапии.

3. ФГБУ «НИИР» РАМН и АРР продолжить участие в работе международных проектов «CERERRA» и «TOCERRA»

4. Провести анализ заболеваемости ревматическими болезнями по регионам РФ за 2012–2013 г. и состояния ревматологической службы.

5. Департаментам здравоохранения регионов РФ привести в соответствие кадровый состав ревматологической службы согласно Приказу Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 900 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Ревматология».

6. ФГБУ «НИИР» РАМН провести анализ применения ГИБП при РА, анкилозирующем спондилите, псориатическом артрите, системной красной волчанке, болезни Шегрена, системных васкулитах.

7. ФГБУ «НИИР» РАМН и АРР усилить работу по подготовке высококвалифицированных кадров ревматологов для укрепления ревматологической службы РФ, в том числе используя дистанционные формы обучения.

Председатель Экспертного совета в сфере здравоохранения Минздрава России по специальности «Ревматология», Главный внештатный специалист Минздрава России, академик РАМН **Е.Л. Насонов**

Секретарь Экспертного совета в сфере здравоохранения Минздрава России по специальности «Ревматология», доктор медицинских наук **В.Н. Амирджанова**

МЕЖДУНАРОДНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО: ТРАДИЦИИ И ПОИСКИ

Заведующий лабораторией клинических исследований и международных связей д.м.н. Лев Николаевич Денисов

Институт ревматизма МЗ РСФСР был открыт в 1958 г. Практически сразу он активно включился в международное сотрудничество. Уже в 1962 г. его организатор академик АМН А.И. Нестеров провел в Москве I Симпозиум ревматологов социалистических стран. С тех пор Институт ревматизма АМН стал ведущим координационным центром бывших социалистических стран по разработке исследований в этой области.

В сотрудничестве с ревматологами социалистических стран были решены такие важные проблемы, как разработка критериев диагностики ревматической лихорадки, клинические и морфологические критерии диагностики ювенильного ревматоидного артрита (ЮРА) и ревматоидного артрита (РА), рациональные методы лечения РА. Активными исполнителями и руководителями многих направлений стали Институты ревматологии в Лейпциге, Праге, Пьештянах, Варшаве, Институт кардиологии и ревматологии (Народная Республика Болгария), Институт физиотерапии и ревматологии (Венгерская Народная Республика).

В 1970 г. директором Института ревматологии стала академик РАМН проф. В.А. Насонова. Под ее руководством Институт значительно расширил сотрудничество с капиталистическими странами.

В 1974 г. в Институте была создана группа международных связей. Ее руководителем стала старший научный сотрудник М.М. Иванова, она возглавляла группу более 10 лет.

В исследованиях с американскими ревматологами (координаторами были Д. Деккер и В.А. Насонова) изучались следующие научные проблемы: течение и лечение РА и ЮРА у взрослых и детей, этиология и патогенез системной красной волчанки (СКВ), эффективность цитостатических препаратов. Были проведены многоцентровые испытания метотрексата в сравнении с плацебо, клинические исследования других групп препаратов. Именно советско-американское сотрудничество дало возможность провести независимые многоцентровые плацебо-контролируемые исследования основных базисных противовоспалительных препаратов при ЮРА и РА. Эта работа была особенно необходима и важна для совершенствования научно обоснованных подходов к терапии этих заболеваний.

Хочется еще упомянуть очень интересные совместные иммунологические исследования методов стандартизации иммунологического обследования больных СКВ.

Не менее важным для решения ряда проблем СКВ и РА было сотрудничество с Францией. Так, например, Институт ревматологии АМН совместно с Институтом ревматологии на базе больницы Кошен в Париже изучали особый вариант РА, имеющий перекрестные черты с другими системными болезнями соединительной ткани. Были разработаны клинические, иммунологические и морфологические критерии, которые помогают диагностировать эту сложную сочетанную патологию. В течение 10 лет изучались вопросы дифференциальной диагностики коллагеновых заболеваний.

На основе Межправительственного соглашения с Финляндией проводились исследования по изучению РА в соответствии с программой, разработанной нашим Институтом и ревматологическим центром г. Хельсинки. Они в частности включали в себя сравнение методов лечения почти 600 больных РА. На основании наблюдения за каждым больным в течение 3 лет проводился анализ прогностически важных ранних признаков РА. Исследования позволили выявить общность и различия в клинической картине болезни у пациентов, живущих в разных географических зонах, особенности течения заболевания как при сходных, так и при различных (традиционных для каждой страны) методах лечения.

Успешное выполнение межправительственных соглашений, публикация результатов совместных исследований за рубежом привлекали внимание зарубежных ученых к Институту ревматологии. Он получил мировую известность. Гостями института были ведущие ученые из Швеции, Англии, Австралии, Японии. Очень многое сделала для повышения авторитета института в международном научном сообществе академик В.А. Насонова. Уже в 1965 г. она стала экспертом ВОЗ, в 1975–1979 гг. была вице-президентом Европейской антиревматической лиги, а с 1979 по 1981 г. – ее президентом.

Свидетельством признания наших достижений стало решение провести X Европейский ревматологический конгресс в Москве. Конгресс, прошедший здесь в 1983 г., стал крупнейшим научным событием. Было получено 1300 тезисов, состоялось 79 пленарных и секционных заседаний, было организовано 12 стендовых экспозиций с множеством докладов ученых Англии, Италии, Греции, Франции, Швеции, Израиля, Дании, Швейцарии, Австралии, Японии, Португалии. В конгрессе приняли участие также известные ревматологи из США. Здесь царила атмосфера взаимопонимания и дружелюбия. Именно тут проф. Матиес из ФРГ произнес фразу, которую многие помнят до сих пор: «Если бы люди всей Земли были такими, как ревматологи, мир во всем мире был бы обеспечен».

С тех пор прошло 20 лет. Все эти годы институт сохранял и развивал традиции активного международного сотрудничества, заложенные при Валентине Александровне Насоновой. Такая работа уже давно стала нормой жизни для наших сотрудников.

И в последние годы Научно-исследовательский институт ревматологии РАМН (ФГБУ «НИИР» РАМН) также вел большую научную работу совместно с ведущими зарубежными ревматологическими центрами, с Европейской антиревматической лигой, Евросоюзом.

В качестве примера можно привести сотрудничество с Японией. Сейчас проводится очень интересная совместная работа по проблеме болезни Бехчета с кафедрой офтальмологии Университета Хоккайдо (Саппоро). Руководитель кафедры, проф. С. Оно работает в тесном контакте с проф. З.С. Алекберовой (лаборатория системных ревматических заболеваний). Такое сотрудничество продолжается уже в течение двух лет. В 2012 г. проф. Алекберова приняла участие в международной конференции, которая проходила в Йокогаме. Она выступила с докладом, поделилась своим опытом изучения болезни Бехчета. И наши коллеги из Японии уже прислали нам свои благодарные отклики, они считают, что этот доклад представлял не только научный, но и образовательный интерес для всех участников конференции.

Продолжается наше традиционное плодотворное сотрудничество с Германией, Францией, США, Болгарией.

Проводится очень интересное научное сотрудничество с нашими коллегами в Швеции. В рамках отдела метаболизма заболеваний костей и суставов ведутся исследования совместно с центром профилактики Стокгольмской группы экономики здравоохранения «CUROS». Это проспективное изучение осложнений остеопороза и стоимости лечения переломов, связанных с этим заболеванием. Полученные данные скоро будут опубликованы. Работа представляет несомненный интерес, поскольку распространенность остеопороза в популяции и в России, и во многих странах Европы чрезвычайно высока.

Хочется подчеркнуть, что в последние годы появились совершенно новые формы международного сотрудничества. Само количество международных контактов перешло в их новое качество. Сегодня мы вышли на уровень сотрудничества общеевропейского масштаба. Я имею в виду прежде всего нашу работу в рамках Европейской лиги по борьбе с ревматическими заболеваниями. У нас идут очень интересные проекты, в частности международный проект «PRINTO». Это международный педиатрический ревматологический центр по изучению этиологии и патогенеза, по диагностике и лечению ревматических заболеваний у детей. Могу упомянуть наиболее значительные исследования. Первое – создание европейского регистра аутовоспалительных синдромов «EUROFEVER». Это совершенно новые подходы к изучению воспалительных ревматических заболеваний у детей. Кроме того, мы создали регистр пациентов, которые получали метотрексат, провели международные клинические исследования ряда новейших лекарственных препаратов. В регистры включаются российские пациенты и пациенты практически из всех европейских стран. Координатором этой работы с нашей стороны является заведующая Лабораторией ревматических заболеваний детского возраста Ирина Петровна Никишина.

Необычайно интересная программа научной работы осуществляется в рамках «EUSTAR». Это проект, посвященный изучению этиологии и патогенеза, проблемам ранней диагностики и лечения системной склеродермии. Сейчас особенно большое внимание уделяется ранним стадиям развития болезней. И эта работа тоже связана с возможностями очень ранней диагностики такого серьезного и сложного заболевания, как системная склеродермия.

Кроме того, проводятся исследования в области легочной гипертензии при системной склеродермии. В рамках проекта «EUSTAR» научный сотрудник института Татьяна Невская в течение 6 мес проходила стажировку на базе института Флоренции под руководством проф. М. Матуччи-Церинич. По отзывам итальянских коллег, она внесла большой вклад в разработку этой актуальной научной тематики.

Продолжается сотрудничество с Евросоюзом, в рамках которого очень успешно осуществлялся проект «CERERRA» – Европейский регистр по ритуксимабу при ревматоидном артрите. Наибольшее количество пациентов, включенных в регистр, предоставили российские ревматологи. С 2013 г. ФГБУ «НИИР» РАМН включен в новый проект «TOCERRA» – «Сотрудничество Европейских регистров по тоцилизумабу при ревматоидном артрите». Координатор обоих проектов – д.м.н. Г.В. Лукина.

С многими зарубежными коллегами мы работаем уже много лет, у нас давно сложились самые добрые отношения. Например, у нас очень тесные связи с несколькими итальянскими профессорами. В частности с проф. М. Матуччи-Церинич мы работаем уже более 5 лет. У нас очень давние добрые отношения с нынешним президентом EULAR проф. Маурицио Кутоло, который помогает организовать обучение молодых российских ревматологов в европейских странах.

В последние годы у нас расширились связи с EULAR и другими международными организациями. Мы ежегодно получаем достаточное количество грантов. Приведу несколько примеров. Аспирант О. Овсянникова в течение трех месяцев проходила стажировку под руководством проф. М. Матуччи-Церинич в медицинском департаменте во Флоренции. Цель стажировки – освоение новых методов диагностики легких у больных системной склеродермией. В хирургическом центре в Тампере в Финляндии два наших аспиранта – В.В. Муханов и А.А. Раскидайло – в течение трех месяцев проходили стажировку, посещали клинические разборы, ассистировали на операциях, наблюдали за организацией рабочего процесса в клиниках. Состоялась интересная командировка педиатра Д. Алексеева. Он принял участие в занятиях на образовательных курсах по ультразвуковой диагностике ревматических заболеваний у детей в Загребе (Хорватия). Хочу отметить, что все молодые сотрудники, работавшие в европейских странах, достаточно хорошо знают английский язык.

Отдельная тема – наше сотрудничество с коллегами из бывших республик Советского Союза. Не так давно мы закончили очень интересные исследования по изучению распространенности системной красной волчанки (СКВ) в популяции России, Украины и Казахстана. Основная цель исследования – изучить активность болезни и методы лечения больных СКВ в разных странах. Еще одна задача этой работы – оценить прямые финансовые затраты на лечение каждого пациента. Исследование проводилось в течение года, оно завершено, сейчас идет статистическая обработка полученных данных.

Контакты с этими странами у нас сохранялись всегда. Мы регулярно участвовали в проведении конференций на Украине, в Казахстане. В мае 2012 г. состоялось важнейшее событие: в г. Алматы прошел I Евразийский конгресс ревматологов. В нем приняли участие все ведущие ревматологи России, Украины, Беларуси, Казахстана, Молдовы и других республик. Были приняты совместные документы, разрабатывается целая программа совместной работы ревматологов стран ближнего зарубежья. Президентом Евразийской Ассоциации ревматологов выбран проф. Г.А. Тогизбаев. В 2014 г. мы планируем провести такое же мероприятие в Москве. Эта работа – тоже продолжение давних традиций научного сотрудничества. Проводя институтские конференции, мы всегда видим, насколько велик интерес к ним наших коллег из бывших республик Советского Союза – Молдовы, Беларуси, Азербайджана, Армении. Думаю, что эти контакты будут продолжаться и совершенствоваться.

В заключение хочется сказать, что международное сотрудничество стало в последние годы принципиально иным. Раньше это был прежде всего обмен опытом, двусторонние контакты с учеными разных стран. Сегодня изменились и масштабы, и суть этой работы. Достижение успеха в любой области медицинской науки сейчас требует международной интеграции, объединения интеллектуальных и финансовых усилий многих стран. Ученые всего мира сегодня работают в едином научном сообществе, с помощью Интернета формируется единое информационное пространство. И российская медицинская наука достойно участвует в самых сложных и крупномасштабных международных научных исследованиях. ■

В Москве прошел образовательный семинар «Как успешно публиковаться в зарубежных журналах?»

В последние годы заметно активизировались процессы интеграции российской науки в международное научное сообщество. Многие российские авторы получили возможность представлять данные исследований и высказывать свою точку зрения на самых представительных международных научных форумах и на страницах наиболее авторитетных международных изданий. Одно из ведущих мест в развитии этой интеграции заняли российские медики. Все чаще на страницах глобальных поисковых научных баз появляются ссылки на отечественные публикации.

В связи с этим понимание требований и правил зарубежных журналов становится одним из важнейших моментов, влияющих на более широкое «внедрение» российских врачей в процесс международных публикаций.

Кроме того, количество научных публикаций и цитируемость работ служит одним из самых важных критериев научного веса автора или группы исследователей, а также безусловно повышает и рейтинг страны.

Однако несмотря на несомненно позитивную динамику, остается еще ряд проблем.

Подходы к публикации и отбору научных данных, формировавшиеся в течение десятилетий в советской науке, несколько отличаются от требований международных изданий. Именно поэтому так важно проводить образовательные программы, позволяющие российским авторам понять требования и подходы к написанию и отбору публикаций в международные журналы, особенно если в проведении этих тренингов участвуют в качестве экспертов и тренеров представители ключевых международных изданий.

15 декабря 2012 в Москве при поддержке компании Abbvie прошел образовательный семинар «Как успешно публиковаться в зарубежных рецензируемых журналах?». В семинаре приняли участие около 20 ведущих ревматологов – специалистов в области лечения ревматологических заболеваний у взрослых и детей, а также молодых врачей, только начинающих свою научную карьеру. И хотя подавляющее большинство участников уже имеет огромный опыт публикаций, в том числе зарубежных, семинар вызвал большой интерес.

Особо запомнился блок, представленный проф. Т. Квейном. Проф. Tore K. Kvien возглавляет отделение ревматологии в больнице Diakonhjemmet в Осло с 1994 года и преподает в Университете Осло. На его счету более 350 публикаций по оригинальным исследованиям в области ревматологии. Однако самым важным для участников семинара стал тот факт, что проф. Квейн является главным редактором журнала Annals of the Rheumatic Diseases (The EULAR Journal) – одного из наиболее представительных и влиятельных журналов в области ревматологии.

Как непосредственный участник процесса отбора публикаций для ведущего международного журнала в области ревматологии, он осветил наиболее важные моменты подготовки к публикации, выбора журнала и рецензентов, а также типы статей для публикаций.

Безусловно важным для всех был разговор о структуре статьи, правильной формулировке названия статьи, о подготовке реферата. Даже в таких, казалось бы, хорошо знакомых разделах, как «Пациенты и методы», «Результаты и обсуждение» проф. Квейн представил советы по оптимальным формулировкам и подходам. Это, конечно, облегчит в дальнейшем процесс получения одобрений при подаче международных публикаций.

Помимо формата отчета о проведенных клинических исследованиях, подробно обсуждался также формат «Клинического случая» (Case report). По мнению проф. Квейна, именно этот формат является наиболее доступным, особенно для начинающих авторов. Присутствующие имели возможность в игровой форме отработать подготовку проекта по Case report и представить результаты работы коллегам и экспертам.

Для молодых российских ревматологов, присутствовавших на семинаре, очень важным моментом стало обсуждение языка научно-медицинской статьи, подходов к сокращению текста, а также советы по работе с рекомендациями рецензентов.

С особым интересом обсуждалась тема авторства и соавторства, а также этические вопросы, включая данные о «конфликте интересов». Совместно с Александром Мжельским, возглавлявшим в течение 5 лет медицинское подразделение издательства Elsevier в России, были подробно разобраны такие важные вопросы, как плагиат и самоплагиат, множественные подачи и самоцитирование, фальсифицирование данных.

Александр Мжельский представил данные об актуальной ситуации на рынке международных публикаций, напомнил присутствующим о понятии и подходах к библиометрии. Особый интерес вызвала тема «impact factor» и других библиометрических показателей, представленная как для зарубежных, так и для российских журналов. Участникам семинара был предложен подробный анализ этих показателей по международным журналам по ревматологии.

Маргарита Драницына, координирующая подачу статей российских авторов в зарубежные журналы, отметила, что при анализе типичных ошибок российских авторов, помимо структуры и языка, наиболее частыми недочетами бывают претензии к недостаточной актуальности и релевантности библиографии, а также не всегда корректное соблюдение этических принципов зарубежной научной публицистики.

Большой интерес вызвало выступление профессора Владимира Поройкова, который поделился своим практическим опытом подачи статей в различные международные и российские журналы. Он дал ряд ценных практических рекомендаций по контактам с рецензентами и работе по коррекции статей.

Участники семинара отметили важность проведения подобных семинаров и выразили надежду на то, что подобные мероприятия будут проводиться регулярно. Это несомненно позволит российским ученым еще шире и значимей представлять результаты своих исследований на международном уровне. ■

С. Сухая

ВРАЧЕБНАЯ СРЕДА – ЭТО ОСОБЫЙ УКЛАД ЖИЗНИ...

Наш гость – заведующая кафедрой терапии Ярославской государственной медицинской академии, профессор Наталия Петровна Шилкина

– Наталия Петровна, Ваша судьба неразрывно связана с Ярославской государственной медицинской академией. С чего начиналась ее история?

– Наша академия (тогда это был Ярославский медицинский институт) возникла в тяжелые военные годы. В самые первые месяцы Великой отечественной войны, когда враг пришел на нашу землю, очень сильный Минский медицинский институт был эвакуирован в Ярославль. Тогда и начался процесс зарождения будущего Ярославского медицинского института. Затем наши войска перешли в наступление, Медицинский институт возвратился в Минск, но часть его сотрудников, студентов и преподавателей так и остались в Ярославле, и в 1944 году был основан Ярославский медицинский институт (позже – медицинская академия).

Конечно, первые годы были очень трудными, среди студентов и преподавателей было много фронтовиков, нужно было решить множество организационных вопросов. Стоял вопрос о становлении нового института. Но уже тогда и студенты в кружках, и преподаватели начали активно заниматься научной работой.

К 60-м годам в Ярославле было сформировано полноценное медицинское учебное заведение, в Академии уже работали выдающиеся ученые, прежде всего – профессор Никита Еремеевич Ярыгин, который был направлен к нам из Москвы и стал ректором нашего института. Он активно занимался патологической анатомией, но спектр его интересов был очень широк, в него входили и вопросы ревматологии.

– Какими проблемами ревматологии занимался Ярославский институт в те годы?

– Из Москвы к нам приехала профессор Мария Емельяновна Курмаева, сотрудница Анатолия Иннокентьевича Нестерова. Она стала активно заниматься вопросами ревматизма, его диагностики и профилактики. На примере Ярославской области она создала образец ревматологической службы, который потом послужил основой для создания такой службы в Советском Союзе в целом.

Мария Емельяновна активно набирала учеников, под ее руководством защищались кандидатские диссертации. В институте начала работу и его выпускница – Раиса Николаевна Потехина. В таком содружестве – Курмаева, Ярыгин и Потехина – они начали активно разрабатывать вопросы ревматологии, в частности тогда почти не известные в России проблемы системных васкулитов, то есть сосудистых поражений при разных формах ревматических заболеваний.

Одна из первых монографий по этому вопросу как раз и принадлежит Никите Еремеевичу, Раисе Николаевне, а также известному в будущем педиатру профессору Голиковой Тамаре Матвеевне. Позже, защитив диссертацию, она много лет была главным педиатром России. В монографии описаны формы ревматических болезней, которые были мало известны практическим врачам: узелковый периартериит, гранулематоз и сходные с ними заболевания.

В те же годы Никита Еремеевич Ярыгин стал активно заниматься проблемой микроциркуляции. Это сложная общемедицинская проблема – поражения мелких сосудов при ревматических заболеваниях. Сразу же была создана группа его молодых учеников, которые активно внедряли методы исследований микроциркуляции в клиническую практику, а также изучали новые методы диагностики поражения микроциркуляции именно при ревматических заболеваниях.

В это время в Москве уже работал Институт ревматологии, и Никита Еремеевич, и Мария Емельяновна постоянно были в тесном контакте с Валентиной Александровной Насоновой. Первые приезды Валентины Александровны на конференции и симпозиумы в Ярославль как раз и касались прежде всего изучения вопросов микроциркуляции при разных ревматических заболеваниях.

– Вы помните свою первую встречу с В.А. Насоновой?

– Моя первая личная встреча с ней случилась на первом съезде ревматологов Советского Союза, который проходил в Москве в старом здании МХАТа. На сцену поднялась очень красивая женщина, которая шла рядом с Анатолием Иннокентьевичем Нестеровым. Валентина Александровна выступала в тот день с основным докладом. Хорошо помню, что у меня сразу мелькнула мысль: «Как эта женщина похожа на Индиру Ганди»! Вот с тех пор, когда я вижу портреты В.А.Насоновой, у меня всегда возникает такая ассоциация. Эти две действительно великие женщины близки по уму, по широте взглядов. У них много общего: достоинство, красота, стать, мудрость.

Наши контакты с Институтом ревматологии были постоянными, институт курировал наши научные проблемы. Хочется отметить, что нам очень помогала профессор Наталья Гавриловна Гусева. По поручению Валентины Александровны она проводила у нас симпозиумы, выступала с докладами. Это были очень тесные контакты, не только научная работа, но и дружеские отношения.

Еще одна проблема, которой активно занимались в Ярославле под руководством В.А. Насоновой, – это проблема лечения ревматических заболеваний экстракорпоральными методами. В те годы у нас использовалась гемосорбция (а не плазмаферез, как сейчас). В воздухе уже витала идея о том, что эти заболевания являются аутоиммунными. Повышается титр антител к определенным тканям, и надо эти антитела удалять. Повторю: нам был доступен метод гемосорбции, когда кровь пропускается через сорбенты. В Ярославле был завод технического углерода, который помог нам в создании отечественного сорбента. И метод гемосорбции на протяжении двух–трех десятилетий играл ведущую роль в лечении ревматических болезней.

Этим проблемам была посвящена большая конференция, которая состоялась в Ростове под председательством Валентины Александровны. Туда съехались все ведущие ревматологи Советского Союза. Хочу остановиться на этом эпизоде чуть подробнее. Дело в том, что у конференции была, кроме научной, большая культурная программа. Многие мероприятия проводились на территории Ростовского музея-заповедника. Красные палаты, каменные стены толщиной более метра – это интереснейшее историческое место, там был особый дух, особая атмосфера старины.

Именно в этих стенах, в Красных палатах, Валентину Александровну «короновали» как Царицу ревматологии. А предложение об этом внесли ее верные «мушкетеры». Так шутя называли ее друзей и помощников из разных республик Советского Союза. Среди них – профессор Зборовский (Волгоград), профессор Матвейков (Минск), профессор Дормидонтов (Ярославль), профессор Матулис (Прибалтика), профессор Цитланадзе (Грузия), все они крупные ученые. Конечно, церемония «коронации» была шутливой, но за этой шуткой – огромное уважение.

– Насколько я знаю, сегодня ученики В.А. Насоновой активно работают не только в России, но и в бывших республиках Советского Союза.

– Конечно, у нее множество учеников и последователей! Я уверена, что вся ревматология, которая сейчас есть в бывших союзных республиках, зародилась во многом благодаря Валентине Александровне. Столько сил она в это вложила! Во многих больших городах до сих пор с низким поклоном вспоминают В.А. Насонову как человека, который помог организовать ревматологическую службу во всех крупных областях России. А еще надо вспомнить, например, про Институт экспериментальной ревматологии в Прибалтике. Все крупные ревматологические центры в бывших республиках – это заслуга Валентины Александровны. Очень большое внимание она уделяла Средней Азии. Там проводилось много конференций, в которых всегда участвовали и опытные ревматологи, и молодежь. Она все время меняла места проведения таких мероприятий, и это было всем интересно и полезно. Всегда была и большая культурная программа, экскурсии, встречи с людьми, шутливые конкурсы.

Еще одно направление работы, которое В.А. Насонова считала чрезвычайно важным, – это экспериментальная ревматология. Это очень сложный процесс: нужны виварии, необходимо иметь модель животных, на которых можно изучать ревматические заболевания. В России не было такой модели, не было мышей, на которых можно было бы воспроизводить аутоиммунные заболевания. С этим связана замечательная, как мне кажется, история, которую я слышала сама от Валентины Александровны. За давностью лет об этом уже можно говорить. У В.А. Насоновой постепенно установились дружеские отношения с американскими коллегами. Однажды во время ее пребывания в США американцы спросили Валентину Александровну, что ей подарить. И она ответила: «Подарите мне мышей». Она имела в виду мышей, на которых воспроизводится аутоиммунное воспаление. И вот в элегантной дамской сумочке В.А. Насонова провезла через границу такой цен-

ный подарок. В Институте ревматологии был открыт виварий, эта линия мышей была размножена. И во многих вузах в разных регионах, в том числе и в нашей Ярославской академии, сотрудники делали замечательные работы с помощью этих мышей. Вот такой «сувенир» Валентина Александровна привезла из зарубежной поездки...

Хочу упомянуть еще один важнейший факт: В.А. Насонова создала в Институте ревматологии диссертационный совет. Здесь стали защищаться специалисты со всего Советского Союза. Она уделяла большое внимание именно работе диссертационных советов, потому что это кадры, это будущее ревматологии. У нее работали очень грамотные специалисты и помощники. Прежде всего хочу вспомнить Эльзу Романовну Агабабову, она долго была председателем диссертационного совета. Перед защитой всегда была еще предзащита. Помню, как я сама защищала докторскую в этом институте, как проходила предзащита. Это было очень жестко, много замечаний, много вопросов. Потом я шла по Петровке от института до метро, всхлипывая. Потому что надо было все переделывать. Когда я приехала в Ярославль, Никита Еремеевич спросил: «Допустили к защите?» – Всхлипывая, говорю: «Допустили». – «Ну, так все нормально, все, что надо, переделаем»... Я очень благодарна Эльзе Романовне. Она так проверила мою работу, что потом сама защита прошла хорошо, ни у кого не возникло никаких сомнений. И так было не только у меня. Мы трое защищались в одно время – я, Зара Владимировна Хетагурова из Владикавказа и Лидия Яковлевна Бабынина из Средней Азии. Всем нам было трудно защищаться, мы называли это нашим «хождением по мукам», но все равно это было счастливое хождение по мукам.

Практически все, кто сейчас руководит ревматологическими службами в бывших республиках Советского Союза, когда-то защищали докторские диссертации в Институте ревматологии. И многие вспоминают об этом с огромной благодарностью.

– В.А. Насонова была крупным ученым, руководила серьезным учреждением, большим коллективом. Как Вам кажется, удавалось ли ей оставаться при этом веселым человеком?

– Безусловно! Она всех объединяла и была очень веселой. Помню ее юбилей, 60-летие, который проходил в банкетном зале ресторана «Прага». Были приглашены не только корифеи медицины, но и мы, будущие доктора наук, совсем тогда молодые, приехали врачи из многих городов. Это никогда не исчезнет из памяти. Всем было очень интересно и весело. Валентина Александровна всегда любила посмеяться, пошутить, очень любила танцевать. Сколько я помню разных праздничных мероприятий – и она всегда была в центре внимания, красивая, легкая. И всегда танцевала!

А еще она любила литературу, музыку, театр. Была хорошая традиция: во время съездов и конференций к нам приглашали выступать артистов, музыкантов – даже из Большого театра. Это создавало замечательную атмосферу праздника, радостного настроения.

В 1982 году очень хорошо был проведен в Москве международный конгресс ревматологов. Были прекрасные заседания, выставки. Как раз вскоре после этого Валентина Александровна и стала председателем Европейской антиревматической лиги. Конгресс показал всем достижения отечественной ревматологии. Ведь мы тогда не так много публиковались за рубежом, о нашей работе не все знали. Конгресс вывел нашу ревматологию на новый уровень, о нас узнали и в США, и в Европе. Валентину Александровну уважали все выдающиеся зарубежные ревматологи, многие хорошо знали ее лично, она была достойным представителем на всех уровнях, на всех форумах.

Хочется еще раз подчеркнуть: она поддерживала не только контакты на мировом уровне, она очень активно поддерживала периферию. Знала состояние дел не только по ревматологии, но и в целом по терапии везде, вплоть до Дальнего Востока, от западной до восточной границы страны. Сама ездила по всем регионам, при ее участии были организованы эпидемиологические экспедиции в далекие регионы, например на Чукотку.

У нее было много хороших помощников – Наталья Гавриловна Гусева, Земфира Садуллаевна Алекберова, Эльза Романовна Агабабова, Маргарита Михайловна Иванова. Иммунологией занимался Анатолий Илларионович Сперанский. Он фактически основал иммунологию в институте.

Валентина Александровна всегда была очень доступной. Ее очень любили больные. У нас были разные ревматологические школы, и она очень любила проводить разборы больных сама. Приглашали пациента. Она его расспрашивала, обращала внимание на основные признаки болезни. Объясняла многие детали, формулировала диагноз. Книга – это хорошо. Но в медицине важен именно практический опыт. Больные уважали ее и за профессионализм (пациенты это прекрасно чувствуют), и за доброжелательность. Они всегда чувствовали ее сопереживание, искренность, желание помочь. В этой работе была вся ее жизнь. И она очень хотела, чтобы сын продолжил ее дело, принял от нее эстафету руководства институтом. Это была ее мечта – и она осуществилась.

– Наталия Петровна, Вы уже много лет преподаете в Ярославской медицинской академии. Кем Вы сами себя считаете – прежде всего врачом? Или педагогом? Или ученым?

– Мне трудно отделить одно от другого. Конечно, я практикующий врач. Каждый день я смотрю больных, это обязательно. Чаще всего – смотрю вместе со студентами. Значит, это уже и педагогика. Читаю лекции каждую неделю, обычно присутствуют около 300 человек. Благодаря достижениям компьютерных технологий читать лекции стало гораздо приятнее – все можно показать. Появился доступ и к иностранной литературе, это расширяет наши возможности. Я считаю, что это большое благо. А уж если говорить о диссертациях – разница огромная! Мы же писали диссертацию на пишущей машинке, и на странице разрешено было допустить только две ошибки. Сейчас совсем другие технические возможности, это очень радует.

– Вы довольны своими студентами?

– Довольна. Если студентам все доходчиво объяснять, если много с ними заниматься, то они очень благодарны своим учителям. В этом году нам внезапно дали на кафедру первый курс. Предмет называется «Введение в специальность». Триста человек, им надо было дать весь материал за три недели. Повторяю, это был первый курс – они еще ничего не знают, тематика очень трудная. Мы пошли по пути лекций. И сейчас считаем, что они очень хорошо воспринимали все. Хотя мы волновались наверное больше, чем они. Если ты сам готовишься – студенты это чувствуют и благодарны. Хотя проблема престижности профессии вполне реальна. Нам необходимо поднимать престиж медицины в целом. Раньше у нас в группах было очень много юношей, а сейчас больше девушек. А мужчины в медицине – это будущее. Потому что некоторые важные медицинские специальности – хирургия, акушерство, травматология – это тяжелые мужские профессии. Еще одно могу сказать: у нас, к сожалению, стало учиться гораздо меньше детей врачей. Раньше у нас в каждой группе было 20–30 процентов детей врачей. И это позволяло сохранить традиции. Врачебная среда – это особый уклад жизни, библиотеки в каждом доме, особое мировоззрение. И это надо обязательно восстанавливать! Но это тоже вопрос престижа профессии.

– Американская газета «Ревматолог» недавно провела опрос среди врачей разных медицинских специальностей. И оказалось, что ревматологи – на первом месте по степени удовлетворенности своей работой. Как Вам кажется, это справедливое первенство? У Вас есть основания считать ревматологию «счастливой» профессией?

– Ревматология выделилась как специальность не так давно. Скорее можно говорить о терапии в целом. Думаю, что наша отечественная терапевтическая школа отличается более теплым отношением к больным, чем за рубежом. У нас больше желания понять больного, более проникновенный подход. Если говорить именно о ревматологии, то в ней есть и очень тяжелые болезни. Но и поводов для оптимизма тоже много. Особенно сейчас, когда лечение становится все более эффективным. А отечественная ревматология всегда отличалась тем, что врачи очень поддерживают друг друга, даже дружат. Получается, что мы как бы члены одной большой семьи. И если говорить о наших сегодняшних взаимоотношениях внутри профессии, то они очень теплые, творческие. В этом смысле, конечно, я могу считать свою профессию счастливой. ■

Подготовила С. Сухая

Программа T2T Connect – международный проект по улучшению коммуникаций между пациентами и медицинскими работниками. Старт в России

Взаимопонимание между врачом и пациентом всегда было и остается одним из важнейших факторов, определяющих успех терапии при любом заболевании.

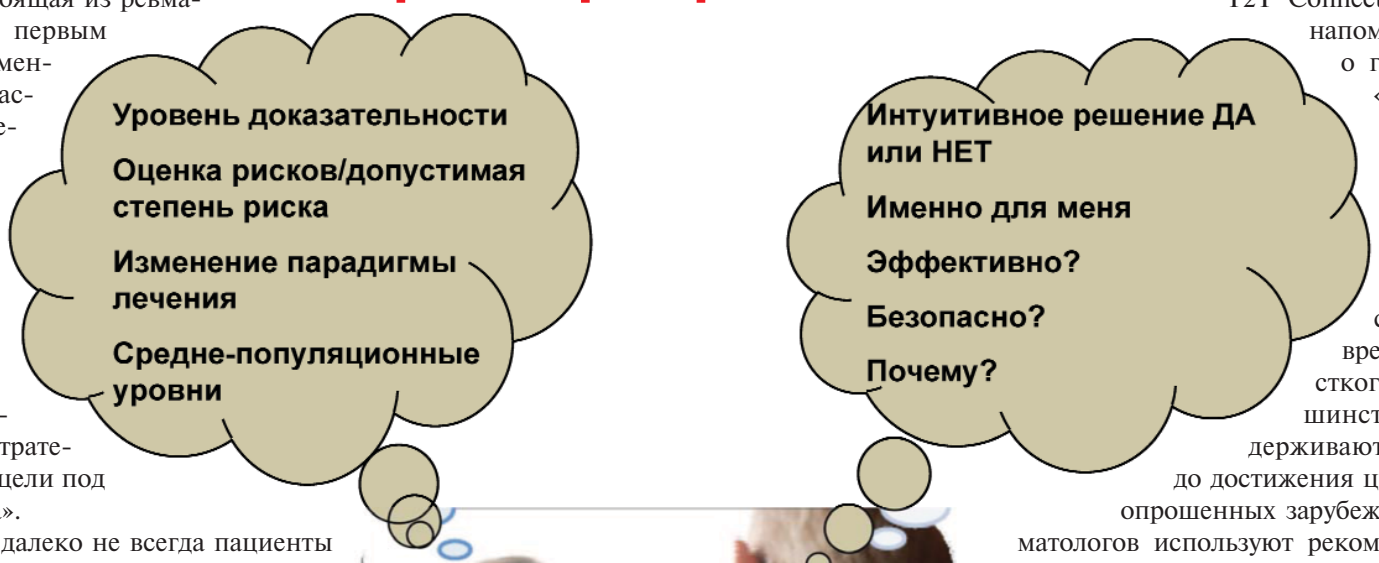
Н.В. Чичасова

Взаимопонимание между врачом и пациентом всегда было и остается одним из важнейших факторов, определяющих успех терапии при любом заболевании. Даже при наличии мощной диагностической и лечебной базы понимание пациентом основных характеристик заболевания, обоснование выбора различных видов терапии специалистом и принятие/одобрение этих подходов в значительной мере определяют приверженность пациента назначениям врача, а значит, и достижение поставленных целей терапии.

В докладе ВОЗ отмечается, что слабая приверженность лечению при хронических болезнях является проблемой мирового значения. Приверженность является важным фактором, улучшающим эффективность системы здравоохранения [1].

В разработке одной из основополагающих современных концепций по подходам к терапии ревматоидного артрита (РА) «Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force (T2T)» [2] («Лечение до достижения цели») принимала непосредственное участие рабочая группа, состоящая из ревматологов и пациентов. И первым принципом данных рекомендаций, принятым единогласно, является принцип «Лечение ревматоидного артрита следует проводить на основании совместного решения пациента и ревматолога». Одна из рекомендаций гласит «Пациента следует в достаточной степени информировать о цели лечения и запланированной стратегии для достижения этой цели под наблюдением ревматолога».

Общение врача и пациента – разговор на разных языках?



Однако на практике далеко не всегда пациенты понимают и принимают подходы к терапии, рекомендованные им ревматологами. Так, по данным опроса 1,829 больных РА, 60,6% пациентов отмечали, что врач не ставит перед ними конкретных целей терапии; 72.8% отметили, что их врачи не обсуждали с ними подходы к терапии РА и не объясняли значимость этих подходов для достижения личных и социальных целей пациента [3]. Таким образом, проблема образования больного и проблема коммуникации с пациентами по-прежнему остаются крайне актуальными.

Именно поэтому международный инициативный комитет, который возглавляет один из ведущих ревматологов мира проф. Смолен и в который входят как ревматологи, так и медицинские сестры и пациенты, инициировал при поддержке компании Abbvie международную программу T2T Connect. Цель программы – добиться широкого распространения и локального/глобального принятия концепции продуктивной коммуникации между медицинским работником и пациентом. Это позволит сократить время до достижения основных целей терапии, сформулированных в T2T [1].

Основные задачи программы T2T Connect:

1. Применить принципы T2T по отношению к пациентам и уменьшить время достижения строгого контроля РА;

2. Повысить эффективность консультаций медиков через удачное объяснение выгод/рисков, которое базируется на мотивационном интервью. Нужно, чтобы пациент понял выгоды/риски по отношению к своей болезни и ее ведению, осознал важность самостоятельного мониторинга своей болезни и увеличения ответственности за свое состояние.

Первым этапом этой уникальной программы явились две Международные встречи национальных лидеров. Эти встречи состоялись в 2012 г. в Амстердаме и Вене. На них присутствовали более 100 делегатов из различных стран мира. Нашу страну представляли проф. Н.В. Чичасова (Москва) и мед.сестра М.В. Бартенева (Санкт-Петербург). Делегаты имели возможность услышать мнение ведущих ревматологов мира, медицинских сестер и пациентов, обменяться мнениями, а также оптимизировать подходы к коммуникациям с пациентами, поучаствовав в тренинге по мотивационному интервьюированию. Следует особо отметить, что специально для этой программы создан ряд уникальных информационных материалов для врачей, медицинских сестер и пациентов.

Следующим этапом является распространение информации, полученной на этих встречах, среди медицинских работников каждой страны и далее – каждого региона. Планируется ряд встреч на национальном, а затем и региональном уровне, в которых примут участие специалисты-ревматологи и медицинские сестры.

Первая такая встреча в России состоялась 11 марта 2013 г. в Москве при спонсорском участии компании Abbvie. В мероприятии приняли участие 14 делегатов (врачи-ревматологи и медицинские сестры) из различных городов России.

В приветственном слове главный ревматолог России, директор ФГБУ «НИИР» РАМН академик РАМН, проф. Е.Л. Насонов отметил важность и необходимость активного взаимодействия специалистов-ревматологов и медицинских сестер в образовании пациентов. Он также подчеркнул необходимость консолидации усилий медицинских работников и пациентов для достижения основных целей терапии ревматоидного артрита.

Национальный координатор программы T2T Connect проф. Н.В. Чичасова напомнила присутствующим о глобальной инициативе «Лечение до достижения цели». Наталья Владимировна отметила важность привлечения пациентов к пониманию принципов T2T. Это позволит существенно снизить время для достижения жесткого контроля РА. Большинство ревматологов поддерживают принципы «Лечения до достижения цели». Так, от 87 до 98% опрошенных зарубежных и российских ревматологов используют рекомендации T2T в повседневной клинической практике, а среди врачей, не применяющих пока эти рекомендации, значительное число (от 30 до 64%) хотят изменить свою практику [4].

Безусловно существует целый ряд факторов, затрудняющих внедрение принципов T2T в реальную жизнь и влияющих на приверженность пациентов терапии. Это и задержка с диагностикой РА и назначением адекватной терапии, отсутствие «золотого стандарта» валидизированной оценки активности заболевания и четкого единого определения ремиссии заболевания, ограниченность времени и ресурсов для регулярного мониторинга состояния пациента, национальные и региональные особенности организации здравоохранения. Однако для более быстрого достижения полного контроля РА необходимо лучшее понимание болезни пациентом, улучшения связей пациент – медицинский работник и понимание принципов T2T каждым из участников этой цепочки.

Для улучшения исходов терапии, быстрого достижения и длительного поддержания контроля РА необходимо:

- понимание пациентом риска недостаточно эффективного лечения РА (из-за низкой приверженности больного и нерегулярного приема назначенных препаратов);
- понимание пациентом важности самостоятельного наблюдения за течением РА;
- учитывать ожидания как пациента, так и врача;
- добиться понимания и одобрения плана лечения пациентом;
- улучшить приверженность лечению, добиваться его непрерывности.

Среди основных причин, по которым врачи избегают обсуждать эти проблемы с пациентами, можно назвать следующие: нехватка времени, нежелание вступать в дискуссии с пациентами, отсутствие образовательных материалов для работы с пациентами, опасение того, что пациенты, не обладая специальным образованием, могут не понять информацию, мнение, что пациенты сами не желают подобных обсуждений или не могут принять самостоятельного решения.

Были разобраны несколько примеров общения с пациентами в ситуациях, связанных с нежеланием терапии как таковой, боязнью нежелательных явлений.

Кроме того, Наталья Владимировна уделила особое внимание важности понимания медицинским работником, что мотивация пациента при инициа-

ции и продолжении терапии во многом зависит от:

• его убежденности, в том, что ему необходима именно эта терапия;

• информированности о возможных нежелательных явлениях.

Известно, что вера в необходимость лечения и мотивация являются более мощными предикторами приверженности, чем клинические и социодемографические факторы (возраст, образование и пр.).

Очень важно объединить цели врача и пациента.

Одной из методик, позволяющих добиться лучшего взаимопонимания врача и пациента, является методика мотивационных интервью. Мотивационное интервьюирование – это ориентированный на пациента управляемый подход для выявления и усиления заинтересованности в изменениях, связанных с лечением. Четырьмя основными принципами мотивационного интервьюирования являются:

• избегание «выпрямительного рефлекса» (избегать «фиксации» пациента на тяжести его болезни);

• понимание и изучение мотиваций самого пациента;

• выслушивание и сопереживание;

• помощь пациенту в поддержании надежды и оптимизма.

Участники семинара имели возможность не только познакомиться с принципами этой методики, но и разобрать их на практике при работе в группах после просмотра видеоматериалов, специально подготовленных для программы T2T Connect.

Важность улучшения приверженности терапии особо была освещена в докладе Е.Л. Лучихиной (ФГБУ «НИИР» РАМН). Так, частота обострений РА у пациентов, не приверженных терапии БПВП, составляет 48,4 на 100 пациентолет, а у приверженных – 13,31 [5] – то есть обострения случаются почти в 4 раза реже. Приверженность лечению несколько различается и при различных заболеваниях. Так, даже приверженность ингибиторам ФНО при РА ниже, чем при анкилозирующем спондилите [6] и псориатическом артрите (ПсА). Длительность приема анти-ФНО при ПсА была больше, чем при РА [7]. При сравнении приверженности у пациентов, получающих лечение ингибиторами ФНО или МТ, приверженность была выше у получающих ингибиторы ФНО [8]. При сравнении приверженности лечению у пациентов, не получающих и получающих ГИБП [9], она была немного выше у пациентов, находящихся на терапии ингибиторами ФНО. Барьеры недостаточной приверженности лечению должны определяться и преодолеваться индивидуально у каждого пациента. В соответствии с этим, необходимо разработать индивидуальный план по преодолению барьеров восприятия пациентом тактики лечения. Таким образом, низкая приверженность пациента к препарату и назначениям врача является дополнительным препятствием для достижения цели терапии при РА. В настоящее время приверженность пациентов с РА лечению остается неполной вне зависимости от препарата или пути его введения. Низкая приверженность связана с более высокой частотой обострений, увеличением времени для достижения целей терапии и, соответственно, с увеличением стоимости лечения.

В.Н. Амирджанова (ФГБУ «НИИР» РАМН) уделила особое внимание подходам к измерению и улучшению качества жизни и функциональной активности у пациентов с РА.

Медицинская сестра Ф.Р. Рязанова (ФГБУ «НИИР» РАМН) в своем выступлении отметила ту роль, которую медицинские сестры играют в образовании и информировании пациентов и обеспечении продуктивного общения как с врачом, так и с пациентом.

Особый интерес представляла точка зрения пациентов на свою роль в процессе терапии РА. От российских пациентов свою историю представила пациентка с РА Е.А. Староверова. Она описала тот путь, который проходит пациент от момента появления симптомов до диагностики и назначения терапии, особо подчеркнув те сложности, которые возникали при общении с представителями здравоохранения. В то же время, получение четкой и ясной информации от врача по поводу текущего состояния и прогноза на будущее, а также четкое и понятное описание роли пациента, позволило достичь ремиссии заболевания. Взгляд зарубежного пациента, во многом совпадающий с взглядом российского пациента, представила участник международных встреч по T2T connect М.В. Бартенева (Санкт-Петербург).

В заключение были представлены образовательные материалы, специально разработанные для программы и адаптированные для российских пациентов. На следующей встрече, планируемой в сентябре 2013 года, предполагается более подробно разобрать подходы к работе с печатными и видео материалами. ■

Литература

1. WHO report. Adherence to long-term therapies, evidence for action.2003; 11.
2. Smolen J. et al., Treating rheumatoid arthritis to target: recommendations of an international task force Ann Rheum Dis 2010 69: 631–7.
3. Taylor P. et al. Expectations of treatment goals and goal setting practices in people with rheumatoid arthritis (RA). European League Against Rheumatism (EULAR) annual meeting. 2011; AbsFRI0256.
4. Haraoui B. et al. Concise report: Treating Rheumatoid Arthritis to Target: multinational recommendations assessment questionnaire. Ann Rheum Dis 2011; July 29, e-pub ahead of print.
5. Contreras-Yanez I. et al. Inadequate therapy behavior is associated to disease flares in patients with rheumatoid arthritis who have achieved remission with disease-modifying antirheumatic drugs. Am J Med Sci 2010;340:282–90.
6. Heiberg M.S. et al. The comparative one-year performance of anti-tumor necrosis factor alpha drugs in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis: results from a longitudinal, observational, multicenter study. Arthritis Rheum 2008;59:234–40.
7. Pavelka K. et al. Anti-TNF therapy of ankylosing spondylitis in clinical practice. Results from the Czech national registry ATTRA. Clin Exp Rheumatol 2009;27:958–63.
8. Harley C.R. et al. Treatment compliance and dosage administration among rheumatoid arthritis patients receiving infliximab, etanercept, or methotrexate. Am J Manag Care 2003;9(6Suppl):136–43.
9. Borah B.J. et al. Trends in RA patients' adherence to subcutaneous anti-TNF therapies and costs. Curr Med Res Opin 2009;25:1365–77.

СИБИРСКИЙ ФОРУМ

23 марта 2013 г. было проведено Совещание главных ревматологов Сибирского федерального округа (СФО) «Сибирский форум». На Совещании присутствовали главные внештатные ревматологи Кемеровской, Иркутской, Томской, Омской, Новосибирской областей, Республики Саха-Якутия, Алтайского края, СФО Ассоциации «Сибирское соглашение» и специалисты Федерального государственного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии» Российской академии медицинских наук. Обсуждались вопросы оказания медицинской помощи больным с воспалительными ревматическими заболеваниями суставов. По итогам совещания была принята резолюция.

Резолюция
Совещания главных ревматологов Сибирского федерального округа
«Сибирский форум»
Кемеровская область, г. Междуреченск, 23 марта 2013 г.

Состав совещания:

1. Эрдес Шандор Федорович – *заместитель директора по научной работе ФГБУ «НИИР» РАМН, Москва, профессор, д.м.н., руководитель отдела медико-социальных исследований.*

2. Амирджанова Вера Николаевна – *ученый секретарь ФГБУ «НИИР» РАМН, заведующая лабораторией изучения качества жизни и восстановительного лечения ФГБУ «НИИР» РАМН, Москва, д.м.н.*

3. Дыдыкина Ирина Степановна – *старший научный сотрудник лаборатории по изучению безопасности антиревматической терапии ФГБУ «НИИР» РАМН, Москва, к.м.н.*

4. Раскина Татьяна Алексеевна – *главный внештатный ревматолог Кемеровской области, д.м.н.*

5. Зонова Елена Владимировна – *главный ревматолог СФО Ассоциации «Сибирское соглашение», д.м.н.*

6. Меньшикова Лариса Васильевна – *главный внештатный ревматолог Иркутской области, д.м.н.*

7. Большакова Татьяна Юрьевна – *главный внештатный ревматолог Красноярского края, к.м.н.*

8. Дорохов Андрей Евгеньевич – *главный внештатный ревматолог Алтайского края, к.м.н.*

Продолжение см. на с. 11

9. Елисеева Лариса Васильевна – *главный внештатный ревматолог Томской области, к.м.н.*

10. Кропотина Татьяна Владимировна – *главный внештатный ревматолог Омской области.*

11. Богодерова Лариса Александровна – *главный внештатный ревматолог Новосибирской области.*

12. Маркова Ольга Гаврильевна – *главный внештатный ревматолог республики Саха-Якутия.*

В результате обсуждения проблем диагностики, лечения и реабилитации больных со спондилоартритами участники совещания констатируют, что:

1. Качество и объем оказываемой медицинской помощи больным с анкилозирующим спондилитом (Болезнь Бехтерева) и другими спондилоартритами в Сибирском федеральном округе являются недостаточными, это обусловлено:

• длительностью постановки диагноза (в среднем 8,3 – 8,9 года в Новосибирской, Кемеровской, Томской, Омской, Иркутской области, Алтайском и Красноярском крае, республике Саха-Якутия);

• большим процентом инвалидизации больных молодого трудоспособного возраста к моменту поставки диагноза (30–45% больных имеют инвалидность II или I группы);

• недостаточным лекарственным обеспечением эффективными высокотехнологичными лекарственными средствами (ингибиторами ФНОα), которые в среднем по региону получают около 1% больных, в то время как потребность в генно-инженерных биологических препаратах (ГИБП) при болезни Бехтерева, по данным эпидемиологических исследований в России (2011), составляет 38%, что соответствует данным зарубежных исследований в Европе и США.

2. Совещание обращает особое внимание на то, что данные заболевания из группы спондилоартритов развиваются в основном у лиц молодого и среднего возраста (чаще мужского пола), относящихся к наиболее социально активной группе населения, которые в большинстве случаев не оформляют инвалидность и поэтому не получают лекарственное обеспечение по системе ДЛО (средний возраст больных составляет 37,2 года).

3. В настоящее время в системе ДЛО имеется единственный ГИБП – ингибитор фактора некроза опухоли альфа – инфликсимаб для лечения тяжелых больных со спондилоартритами. Однако в России зарегистрировано еще три препарата для лечения этой группы заболеваний. Кроме того, инфликсимаб – это препарат для длительного (многочасового) внутривенного введения, тогда как другие разрешенные при этих заболеваниях ГИБП имеют более удобную подкожную форму введения и могут быть использованы в амбулаторной практике.

В связи с этим участники совещания рекомендуют:

Исполнительным органам здравоохранения Сибирского федерального округа РФ:

1. Привести штатное расписание в соответствие с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012 г. №900н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «Ревматология».

2. В рамках Программы непрерывного постдипломного образования врачей по специальности «Ревматология» обеспечить обучение врачей первичного звена вопросам ранней диагностики воспалительных заболеваний суставов и позвоночника.

3. Увеличить объем оказания медицинской помощи ГИБП больным анкилозирующим спондилитом (болезнь Бехтерева) и другими спондилоартритами в рамках системы ДЛО в соответствии с потребностями региона.

4. Рассмотреть возможность обеспечения больных с анкилозирующим спондилитом (болезнь Бехтерева) и другими спондилоартритами альтернативными ГИБП в случаях неэффективности инфликсимаба в рамках региональных программ.

Главным внештатным ревматологам Сибирского федерального округа:

1. Провести ежегодный анализ качества оказания медицинской помощи больным с ревматическими заболеваниями в Сибирском регионе.

2. Принять участие в Российском регистре больных ревматоидным артритом и анкилозирующим спондилитом.

3. Провести анализ эффективности и безопасности терапии ГИБП у больных с ревматическими заболеваниями.

4. Определить потребности в терапии ГИБП больных ревматическими заболеваниями в каждом регионе.

5. Сделать ежегодным проведение «Сибирского форума» для систематического комплексного анализа качества оказания медицинской помощи больным с ревматическими заболеваниями. ■

Председатель совещания ревматологов СФО «Сибирский форум»
д.м.н., профессор **Т.А. Раскина**

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

30 марта и 20 апреля 2013 года при поддержке компании MSD в рамках Программы непрерывного постдипломного медицинского образования по специальности «Ревматология» в Чеченской Республике прошли первые за много лет региональные школы по спондилоартритам и ревматоидному артриту

30 марта и 20 апреля 2013 г. при поддержке компании MSD в рамках Программы непрерывного постдипломного медицинского образования по специальности «Ревматология» в Чеченской Республике прошли первые за много лет региональные школы по спондилоартритам и ревматоидному артриту. Эти мероприятия состоялись по инициативе Министерства здравоохранения республики, главного терапевта республики У.К. Лечиева и были с готовностью поддержаны Ассоциацией ревматологов России.

В настоящее время медицинское сообщество республики остро нуждается в проведении подобных мероприятий, которые способствуют повышению уровня знаний и квалификации врачей-терапевтов и ревматологов, а также повышению качества медицинской помощи, оказываемой на местах. О желании врачей республики получить новые знания и приобщиться к современной ревматологии говорит тот факт, что на лекции ведущих специалистов ФГБУ «НИИР» РАМН, которые проходили в главном актовом зале Минздрава Чеченской Республики, собралась аудитория более ста человек, во время и после выступлений было задано множество вопросов.

Региональная школа под руководством профессора Ш.Ф. Эрдеса была посвящена истории и социальной значимости такого важного вопроса, как воспалительные заболевания позвоночника, при этом учитывалась не только распространенность, но и низкая частота выявляемости этих заболеваний. В лекциях подробно освещались клиника, диагностика, принципы терапии анкилозирующего спондилита. Отдельные выступления профессора Эрдеса и к.м.н. Т.В. Дубининой были посвящены методам визуализации позвоночника и суставов при спондилоартритах. Кроме того, для врачей-слушателей были организованы практические занятия по методам обследования опорно-двигательного аппарата, была предоставлена возможность разобрать реальные клинические случаи.

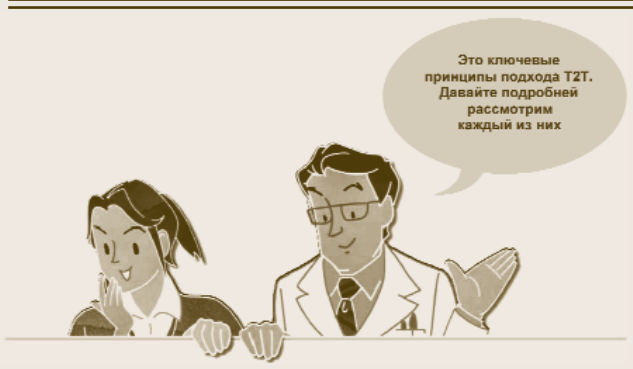
Региональная школа под руководством д.м.н. Д.Е. Каратеева при участии к.м.н. Н.В. Демидовой охватила целый пласт современной медицинской информации по патогенезу, классификации, эпидемиологии, клиническим проявлениям, диагностике, принципам лечения ревматоидного артрита (РА). Был сделан подробный обзор симптоматической, базисной и биологической терапии. Лекции помогли врачам получить представление о современной стратегии ведения больных РА. Кроме того, доктора закрепили полученные знания и навыки в ходе практических занятий по обследованию суставов при воспалительных заболеваниях и разборов клинических случаев.

По окончанию школ от врачей республики были получены самые лучшие отзывы о представленном научно-практическом материале и искренняя благодарность. ■

Ревматолог и Я
приложение для пациентов

ЛЕЧЕНИЕ ДО ЦЕЛИ

В 2008 г. Международным комитетом ревматологов был сформулирован набор принципов и рекомендаций по лечению ревматоидного артрита (РА). Он получил название «Лечение до достижения цели» (Treat to Target – T2T)



Публикуем список принципов и рекомендаций T2T.

A. Решения по поводу терапии РА пациент и ревматолог должны принимать совместно.

Помните! Особенно важно обсудить с Вашим врачом следующие пункты:

• какая цель лечения должна быть достигнута;

• какие методы лечения существуют для достижения цели;

• каковы имеющиеся варианты медикаментозной терапии.

B. Наиболее важной целью лечения является максимальное долгосрочное улучшение качества жизни. Эта цель может быть достигнута с помощью контроля симптомов болезни, таких как боль, воспаление, тугоподвижность и утомляемость. Кроме того, необходима профилактика повреждения суставов и костей, восстановление их нормальной функции, нужно добиваться участия пациента в повседневной деятельности.

Помните! При более эффективной терапии Вы сможете сохранить лучшее качество жизни, особенно в ранних стадиях РА.

C. Наиболее важный путь достижения поставленных целей – прекращение воспаления.

Помните! Воспаление суставов – главная причина усугубления имеющегося у Вас РА.

D. Лечение до четкой цели, представляющей желаемый уровень активности болезни, обеспечивает наилучшие результаты при РА. Эта задача может быть выполнена путем измерения активности болезни и корректировки терапии в том случае, если цель не достигается.

Помните! Если Вы не достигаете поставленной цели лечения, целесообразно пересмотреть план терапии.

Рекомендации в рамках стратегии «Лечение до достижения цели»

1. Первичной целью терапии РА должно быть достижение клинической ремиссии.

2. Под клинической ремиссией подразумевается отсутствие существенных признаков и симптомов заболевания, вызванных воспалением.

3. Хотя оптимальной целью должна быть ремиссия, у некоторых пациентов ее достижение не представляется возможным, особенно у лиц, давно болеющих РА. В подобных случаях приемлемой альтернативой может быть достижение низкого уровня активности болезни.

4. До тех пор пока цель лечения не будет достигнута, терапия должна корректироваться по меньшей мере каждые 3 мес.

5. Необходима регулярная оценка и фиксация уровня активности болезни. У пациентов с высокой или умеренной активностью она должна проводиться ежемесячно. У пациентов с устойчиво низкой активностью болезни или ремиссией обследования могут проводиться реже (например, каждые 3–6 мес).

6. В рутинной клинической практике для принятия терапевтических решений необходимо использовать утвержденные сводные оценки активности заболевания, включающие определение состояния суставов.

7. При принятии клинических решений в дополнение к сводным оценкам активности болезни должны учитываться структурные изменения и функциональные нарушения.

8. Достигнутая желаемая цель терапии должна удерживаться на протяжении оставшегося периода течения болезни.

9. На выбор оценки активности заболевания и выбор лечения могут влиять такие факторы, как сопутствующие заболевания, особенности пациента и риски, связанные с применением лекарственных средств.

10. Пациент должен быть надлежащим образом проинформирован о цели лечения и стратегии ее достижения, которая реализуется под наблюдением ревматолога.

ОТВЕТЫ НА ВАШИ ВОПРОСЫ

Что такое РА?

РА – аутоиммунное заболевание, т.е. болезнь, при которой организм атакует свои собственные здоровые клетки и ткани. Неизвестно, почему у некоторых людей развивается РА. Тем не менее известно, что определенную роль могут играть такие факторы, как окружающая среда или генетическая предрасположенность. РА обычно развивается в возрасте от 30 до 50 лет.

Есть ли у меня РА?

Симптомы РА:

• боль одновременно в трех и более суставах, обычно по обе стороны тела (например, РА, как правило, вызывает воспаление в обоих запястьях, а не только в каком-либо одном);

• утренняя тугоподвижность (скованность) продолжительностью более 30 мин;

• суставы кажутся теплыми на ощупь;

• наличие симптомов, похожих на простуду или грипп, вызванных системным воспалением, или субфебрильной температуры тела;

• повышенная утомляемость или недомогание;

• потеря в весе;

• наличие узелков под кожей, на локтях, руках, стопах и ахилловом сухожилии.

Какие существуют варианты лечения?

Врач порекомендует вам терапию РА с учетом степени тяжести имеющегося у вас заболевания, а также вашего анамнеза:

• слабые обезболивающие;

• нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП);

• глюкокортикоиды;

• базисные противовоспалительные препараты (БПВП);

• генно-инженерные биологические препараты (ГИБП).

Некоторым пациентам с тяжелым РА, не отвечающим на медикаментозную терапию, или поздно начавшим лечение, может быть проведено хирургическое вмешательство. Операция может облегчить боль в суставах, восстановить их функцию и подвижность, а в некоторых случаях улучшить внешний вид деформированных суставов.

Как я могу повысить вероятность достижения ремиссии?

Ремиссия диагностируется при отсутствии существенных признаков и симптомов РА в течение некоторого периода времени.

Пациенты, начавшие надлежащую терапию в ранних стадиях заболевания, достигают лучших результатов по сравнению с пациентами, которые откладывают лечение. Курс терапии назначается вам на основании имеющегося у вас анамнеза и степени активности болезни.

Вы можете повысить шансы достижения ремиссии, регулярно совершая контрольные визиты и придерживаясь назначенной терапии без перерывов в лечении.

Что мне нужно делать для лечения моей болезни?

Консультируйтесь со своим врачом по поводу любых вопросов или опасений, связанных с терапией.

Делайте анализ крови так часто, как это нужно.

Информируйте своего врача о любых получаемых вами безрецептурных препаратах и видах дополнительной терапии.

Сообщайте врачу о любых побочных эффектах получаемой вами терапии.

Если ваши ожидания не удовлетворяются, обсудите с Вашим врачом другие варианты лечения.

Как на РА может влиять моя диета?

Некоторым пациентам с РА может быть полезна диета с повышенным содержанием следующих продуктов: фрукты, овощи, изделия из дробленого зерна, бобовые, орехи, рыба, оливковое масло.

Соблюдение здоровой диеты может помочь вам сохранить нормальный вес. Это важно, поскольку ожирение у пациентов с РА связано с усиленным прогрессированием болезни.

Перед внесением изменений в свой рацион всегда консультируйтесь с врачом.

Может ли курение спровоцировать или усугубить РА?

Курение может быть фактором риска развития РА. Чем больше Ваш стаж курения, тем выше вероятность возникновения РА.

Кроме того, оно может также мешать лечению РА.

Исследования показали, что курение не только подвергает Вас риску возникновения РА, но и приводит к развитию РА большей степени тяжести.

Курение может ослабить эффект терапии РА.

Поговорите со своим врачом о том, какое воздействие на план Вашей терапии может оказывать курение.

Заключение. Для достижения успеха терапии очень важен Ваш контакт с лечащим врачом. Нерегулярность приема лекарств увеличивает частоту обострений РА, продлевает время до достижения ремиссии. Ваше понимание необходимости длительного планомерного лечения, проведения контрольных процедур поможет доктору в лечении заболевания.

Издатель: ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции: 115093, Москва, Партийный пер., д. 1, корп. 58, офис 20.
ООО «ИМА-ПРЕСС»
Телефон: (495) 926-78-14
e-mail: info@ima-press.net
www.ima-press.net

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

Заместитель главного редактора
Л.Н. Денисов
Шеф-редактор: **С.М. Сухая**

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

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

Подписной индекс в каталоге «Пресса России» – 91732

Ревматология, 2013, №2 (7), 1–12

Тираж – 2000 экз.

Отпечатано в типографии **«Деком»**