

АТЛАНТИДА УТОНУЛА. ИМПАКТ-ФАКТОР
РЕВМАТОЛОГИЯ ЖУРНАЛОВ с. 4
ОСТАЛАСЬ с. 3

КОНГРЕСС
В БОРДО с. 6

МЕТОДЖЕКТ —
ЭФФЕКТИВНОСТЬ
И УДОБСТВО с. 8

В ПОМОЩЬ
РЕВМАТОЛОГУ с. 9

ЛЕЧИМ СУСТАВЫ с. 11

ОКНО ВОЗМОЖНОСТЕЙ

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА — НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

В НИИ ревматологии РАМН прошла очередная Школа ревматологов им. академика В.А. Насоновой. Она была посвящена новым аспектам терапии ревматических заболеваний. Одна из главных тем — персонифицированная медицина. Об этом наш разговор с академиком РАМН, профессором Е.Л. Насоновым.

Лечение болезни может быть совершенно безличным — «Treat to target»



Лечение пациента должно быть абсолютно личным — «Personalized medicine»

— Евгений Львович, сам термин «персонифицированная медицина» (ПМ) возник не так давно. Как Вам кажется, можно ли сказать, что он отчасти обозначает давно известный в медицине индивидуальный подход к пациенту — но на новом витке развития науки и медицины?

— У Роджера Бэкона — великого английского философа есть такая фраза: «Вылечить болезнь и извести больного»... То есть, болезни нет — а больной помер... Это одна из очень серьезных извечных проблем в медицине, если ставится единственная цель: лечить болезнь. Потому что мы можем добиться ремиссии, но в процессе лечения загубим другие внутренние органы. Этой конкретной болезни не станет, но появится множеством других проблем, от которых пациенту будет значительно хуже.

Этот вопрос серьезно обсуждается сейчас в рамках концепции «Treat to target» — лечение до достижения цели. Мы должны стремиться к достижению ремиссии. Но при этом пациент может страдать другими заболеваниями. При этом возникает масса психологических факторов. Когда пациент, например, удовлетворен своим состоянием. И не хочет лучшего. И сложный вопрос — надо ли настаивать на продолжении лечения. Обязательно ли до-

биваться тех «стандартных» показателей ремиссии, которые часто носят очень субъективный характер. Это имеет отношение к ПМ. Но это имеет отношение еще и к тому, о чем Вы спросили, об индивидуальном подходе, о «персонифицированной» медицине в прошлом в России — о так называемой медицине земского врача. Хороший земский врач точно понимал, что именно нужно и чего можно добиться при лечении того или иного больного. Хотя сами возможности терапии у него были несопоставимо меньшие, чем у врача в XXI веке.

— Давайте тогда уточним, что конкретно входит в понятие персонифицированной медицины.

— Надо понимать, что сам этот термин — достаточно узкий. Он связан с достижениями науки XXI века, он говорит нам о биологических препаратах, которые стали применяться в медицине. Конечно, мы должны добиваться понимания механизмов развития болезни у каждого конкретного больного — индивидуальный подход к лечению обязательно сохраняется. Но термин «ПМ» — более узкий. Он говорит о том, как в медицине XXI века используются соответствующие достижения биологии. А именно то, что связано с изучением генома человека. И некоторых других направлений. Важен не только геном. Есть еще понятие протеома — это белки, которые присутствуют в организме человека. Это тоже связано с генами, но все же это другая проблема. Есть еще термин «метаболом» — он обозначает целый комплекс сложных процессов в организме, говорит о том, как белки и другие вещества метаболизируются. Очень много компонентов. Но суть в том, что эти оценки и подходы персонифицированы, привязаны к каждому пациенту. И такая персонификация основана не на психологическом восприятии врачом пациента и анализе его состояния. Это персонификация, которая основана на научно обоснованных, четких, в основном лабораторных и инструментальных, методах. Сейчас — в

большей мере на лабораторных методах исследования и лечения пациента.

Конечно, это новый этап развития медицины. Мы сейчас лучше понимаем природу болезни. Понимаем, что любая болезнь — это синдром, сложный комплекс нарушений, мы больше знаем о механизмах развития болезней — не только ревматических.

Раньше, например, говорили, что человек страдает болезнью крови — лейкозом. Я хочу привести этот пример как яркий образ происходящего в целом в медицине. Теперь оказалось, что в рамках этого понятия, этого тяжелого диагноза есть примерно 20 мутаций и как минимум 20 форм лейкоза. И лечатся они абсолютно по-разному! Так же будет очень скоро и при ревматических заболеваниях, в том числе и ревматоидном артите (РА). Не только на основании клинического течения болезни, а именно на основании нарушений в геноме или протеоме мы будем четко дифференцировать разные субтипы РА, каждый из которых имеет свою специфику и механизмы развития. Подавление механизма развития болезни может быть связано с определенными терапевтическими шагами, назначением разных препаратов. Вот это и называют ПМ.

— Такие подходы получают сегодня распространение не только в ревматологии. В каких еще областях медицины они особенно актуальны?

— Безусловно, это одно из главных направлений развития современной медицины в целом. Недавно состоялся очередной конгресс «Человек и лекарство», он проходит каждый год. Там был симпозиум, посвященный очень старым проблемам — проблемам лечения боли. В последние годы было создано много новых обезболивающих препаратов. Так называемых нестероидных противовоспалительных препаратов. И тогда же были открыты механизмы действия этих лекарств. В частности, открыты ферменты, которые блокируются такими

препаратами. Тогда был выделен один определенный фермент — именно с его активизацией связана боль и воспаление. А другой фермент — «нормальный», он регулирует нормальные физиологические процессы в работе организма (это, например, защита слизистой желудка от токсических воздействий). На основе этих открытий были разработаны препараты нового класса, которые ингибирировали только «плохой» фермент. Почему я об этом вспомнил? Потому что это не совсем ПМ, но термин, который тут используется, очень близок к ПМ. Это называется «трансляционная медицина» (ТМ). Что это такое? Это когда сначала в организме человека находится молекулярная «мишень». А потом на основе открытия этой мишени выстраивается целый ряд: сначала открытие теста, который позволяет выявлять это нарушение, потом поиск специфической болезни, с которой связано это нарушение. И уже следующий этап — поиск специфического лекарства, которое воздействует только на эту мишень.

Так вот, можно сказать, что ПМ — это то же самое, но ровно наоборот. Мы идем от человека и должны двигаться внутрь генома. Потому что ПМ — это врач — и дальше больной. ТМ — путь от больного к врачу. Там примерно такая цепочка: больной — нарушение — тест — какая болезнь — лечение болезни. При РА мы имеем сначала болезнь и двигаемся к определению молекулярного механизма развития болезни. Это два взаимосвязанных процесса и два взаимосвязанных термина.

— Принципиально новые возможности терапии обычно выявляют и новые проблемы. В чем Вы видите главные трудности использования современных препаратов при ПМ?

— Если говорить о сегодняшнем дне, то, несомненно, нам стало понятно, что хронический воспалительный процесс — очень сложный процесс. Что РА — очень сложное заболевание. Что механизмов развития воспаления — очень много. Что могут быть абсолютно разные молекулярные факторы, принимающие участие в развитии воспаления. И появилось много новых препаратов, которые можно использовать при лечении РА. И сразу стало понятно, что это принципиально новые возможности терапии. Потому что препараты XXI века — это такие лекарства, когда мы точно знаем механизм действия или, по крайней мере, точку приложения наших усилий. Это может быть фактор некроза опухоли, это может быть интерлейкин 6. Но парадокс в том, что при лечении пациента с РА любыми современными препаратами мы добиваемся хорошего эффекта — но не стопроцентного! Все препараты — с абсолютно разными механизмами действия — почему-то примерно одинаково эффективны — и одинаково неэффективны. Это загадка. Есть некая предельная «планка» эффективности. И мы не можем ее перейти. Повторяю: применяя разные препараты, мы достигаем в общей популяции больных примерно одинакового эффекта. Из этого делается вполне логичный вывод: возможно, если бы мы в каждом случае с каждым пациентом могли найти тот конкретный вариант лечения, для которого подходит именно этот препарат, то мы могли бы в полтора-два раза увеличить эффективность терапии. Если мы найдем «правильное» лекарство для «правильного» больного, то можно увеличить процент эффективности, успешности лечения. Можно сказать, что увеличивается значение изучения процесса, механизма развития болезни, который всегда абсолютно разный у всех больных. Поэтому что на это влияет огромное число факторов — разных для каждого пациента. При этом главная сложность в том, что механизм этот может быть разным не только у разных пациентов, но даже и у одного и того же больного на каждом этапе, каждой стадии развития заболевания.

Мы начинаем лечить, добиваемся успеха. Потом болезнь переходит в новое «качество» — и те механизмы, которые тогда были важны, и мы

на них успешно действовали, на новом этапе меняются, и препарат уже не дает нужного эффекта. Мы должны менять терапию. И мы ее меняем на практике. Но меняем скорее эмпирически, видим, что это лекарство перестает помогать, — даем другое. В сущности мы «наошупь» перебираем ряд наших терапевтических возможностей. Кстати, еще пять лет назад не могло быть и речи о ПМ! Просто потому, что мы имели очень скромный набор лекарств. Но даже те лекарства, которые успешно применяются в ревматологии уже много лет, тоже часто используются «эмпирически». Мы видим, что они подавляют воспаление, но точные механизмы их действия нам до сих пор не понятны.

Сейчас ситуация кардинально изменилась. Сначала был

еще отдельная проблема некорректной безудержной рекламы лекарств в массовых популярных изданиях. Она влияет негативно. Не потому, что пациент сразу побежит покупать то или иное лекарство. Просто такая оголтелая реклама дискредитирует медицину как науку, превращает ее в некую отрасль оказания услуг, где медицинская помощь — это товар. А большой — объект, клиент, покупающий этот товар. Конечно, в некотором смысле медицинские услуги (как и любые другие) — товар. Но все же это не должно ставится «во главу угла». Но это — тема отдельного разговора.

Вернемся к проблеме взаимоотношений врач-пациент, проблеме доверия. Это можно обозначать разными словами. Мне нравится понятие, которое появилось в последние годы: приверженность пациента лечению. Это важнейшая проблема. Такую приверженность должен создавать не только препарат. Хотя, конечно, хороший безопасный препарат, который реально помогает больному, сам по себе «обеспечивает» желание больного лечиться. Но сегодня есть очень много мифов по поводу токсичности лекарств. А суть все же в том, что вредны не сами лекарства, вреден их бесконтрольный прием. Побочные эффекты и недостатки могут быть, конечно, но при грамотном подходе они предсказуемы. И при нормальном контроле, мониторинге их вполне можно избежать. Это касается многих лекарств, в том числе метотрексата, о котором мы часто говорим при обсуждении лечения РА. Часто это проблема плохой информированности врача, его нежелания вдуматься в происходящее. Панацеи в лечении многих сложных болезней не возникнет, значит нужны разумные компромиссы.

— Как можно коротко обозначить перспективы развития персонифицированной терапии именно в ревматологии?

— Сейчас реально появились первые успехи. Пожалуй, это направление особенно активно начало развиваться всего два—три года назад. Но настолько бурно сегодня развивается ревматология, что многие крупные лаборатории всего мира, которые в свое время занимались проблемами таких препаратов для онкологических заболеваний, сейчас направили свои усилия на ревматические заболевания. В онкологии такие препараты и тесты активно входят в повседневную практику. Хочу еще упомянуть, что сейчас многие крупные фармацевтические компании вообще не развиваются отдельно только свои лекарства! Это очень интересно! Они сразу разрабатывают соответствующий молекулярный тест. Тест, который позволяет отобрать в общей популяции пациента, которому это лекарство помогает. Но это пока касается больше онкологии. У нас — очень сложное заболевание. Может быть, по механизмам развития оно даже более сложное, чем онкологические болезни. И тем не менее об этом стали громко говорить, делаются вполне конкретные шаги в этом направлении.

Крупные лаборатории мира объединяются, объединяют усилия биохимиков, генетиков, иммунологов, врачей. Идут длительные многолетние наблюдения за большими когортами — группами пациентов. Хочется думать, что в обозримом будущем нас ожидают успехи. И я верю, что однажды будет у нас интервью, где мы скажем: вот появился у нас тест, и теперь мы принимаем решение о лечении конкретного больного на основании данных такого относительно недорогого теста. И лечение это становится все более эффективным.

Светлана Сухая





АТЛАНТИДА УТОНУЛА. РЕВМАТОЛОГИЯ ОСТАЛАСЬ...

Валентина Александровна Насонова и Яков Александрович Сигидин были зачислены на работу в Институт ревматизма Минздрава РСФСР в один день, в 1958 году. И с тех пор — в течение более 50 лет — судьбу этого человека невозможно отделить от истории института. А история НИИ ревматологии (название его изменилось, но суть работы всегда оставалась неизменной) — это и есть история развития самого интересного направления медицинской науки: ревматологии.

— Яков Александрович, Вы работаете в НИИ ревматологии с момента его основания. С чего начиналась эта работа, какие цели ставились тогда перед коллективом нового учреждения, где объединялись наука и лечение тяжелых больных?

— Институт ревматизма — тогда он назывался именно так — открылся в ноябре 1958 года. Мы пришли туда молодыми сотрудниками, полными энтузиазма. И были искренно уверены, что быстро решим основные проблемы ревматологии. А основной тогда была проблема истинного ревматизма — болезни, которая теперь называется ревматическая лихорадка. Именно ради борьбы с этим заболеванием и был открыт наш институт. Его основатель — академик А.И. Нестеров — очень долго добивался этого. И, наконец, специальное постановление правительства было подписано.

Больные ревматизмом и ревматическими пороками сердца составляли тогда большую часть наших пациентов. Ревматологи обязательно были еще и кардиологами, потому что среди самых тяжелых болезней сердца ревматические пороки также составляли большинство. Ими страдали совсем молодые люди, и, увы, пороки сердца были причиной смерти очень большого числа наших пациентов, они погибли от сердечной недостаточности. Ревматизм был тяжелейшим заболеванием, о нем говорили, что он «лижет суставы икусает сердце». Сердечная хирургия только начинала развиваться, и наш институт связывал первые контакты с кардиохирургами. Их было совсем мало, считанные единицы, кардиохирургия тоже только начинала развиваться.

Считалось, что ревматизм может быть побежден, если будут наложены меры первичной профилактики, т.е. борьбы со стрептококковой инфекцией, которая является причиной этого заболевания. Медики полагали, в частности, что болезнь отступит, если будут улучшены условия жизни наших людей, исчезнет скученность, люди не будут жить в коммунальных квартирах и тесных общежитиях. И это оказалось в значительной мере правильным. Расселение огромного числа наших граждан из коммунальных квартир в отдельные, перестройка тесных общежитий, общее улучшение условий жизни — все это привело к почти полному исчезновению ревматизма. Сейчас люди умирают от порока сердца крайне редко. За последние десятилетия в нашем институте мы видели лишь единичных пациентов с таким диагнозом. И пороки эти были уже совсем не такие тяжелые, какие мы наблюдали в 50—60-е и даже 70-е годы. Ревматизм вообще в основном болезнь детского возраста. Считается, что после 25 лет он возникает редко, а если возникает, то обычно не столь опасен. Может быть воспаление суставов — артрит, но в таком относительно взрослом состоянии сердце уже не поражается. Другое дело, что теперь на первый план вышло много других ревматических заболеваний. Но сейчас, оглядываясь назад, можно даже удивиться: то заболевание, от которого страдало большинство наших пациентов, теперь практически исчезло. Исчезли и многие проблемы, которыми занимались ревматологи в те годы. Например, тогда рассматривалась возможность активной первичной профилактики ревма-

тизма. Многие думали тогда, что население может быть широко вакцинировано стрептококковыми вакцинами. Эта идея оказалась непродуктивной, потому что стрептококки бывают разными, приготовить вакцину сразу против всех штаммов просто невозможно. Но мысль такая была, специалисты долго работали в этом направлении.

— Атлантида утонула... Ревматология осталась — но занималась уже новыми проблемами, не менее сложными?

— Правильно, появились новые проблемы — и «новые» болезни. Интересная деталь: когда наш институт открылся, такие тяжелые заболевания, как системная красная волчанка, системная склеродермия, дерматомиозит, системные васкулиты, считались редкими. И поэтому у нас было очень скромное отделение для таких заболеваний. Оно называлось отделением пограничных форм, считалось, что эти болезни — некая пограничная сфера между ревматизмом и ревматоидным артритом. Отделением в первые два года руководил академик Е.М. Тареев, а его ближайшей помощницей, старшим научным сотрудником была Валентина Александровна Насонова. На нее пришли самые тяжелые первые годы лечения этих больных. Самым страшным бичом была системная красная волчанка. Она была действительно ужасным заболеванием. Среди первых пациентов с этим диагнозом весьма быстро погибли практически все. И в результате наблюдений за этими больными, изучения их клиники, морфологии, иммунологии и были созданы основные принципы лечения этого заболевания. В этом очень большая заслуга В.А. Насоновой. Ее монография по системной красной волчанке стала настольной книгой для всех ревматологов, сама Валентина Александровна была ведущим авторитетом по этому заболеванию и по другим системным заболеваниям соединительной ткани. И самое главное, в результате работы этого отделения — и, конечно, всего ревматологического сообщества — были выработаны основные схемы лечения этой болезни. Они сохранили свое значение и теперь. И сейчас мы можем сказать, что системная красная волчанка из практически смертельной болезни превратилась в хроническое контролируемое заболевание с практически неопределенной длительностью жизни, сохранением трудоспособности. Представьте: у нас есть пациенты с системной красной волчанкой, которых полвека назад начинала лечить профессор Насонова. И у некоторых из них уже есть правнуки!

— Яков Александрович, скажите, пожалуйста, Валентина Александровна общалась близко со своими пациентами? Врачи относятся к этому по-разному. Например, хирурги иногда говорили мне, что они предпочитают не знакомиться «подробно» с больными — во время операции «личное» отношение может помешать.

— Валентина Александровна была близка с пациентами. Она прекрасно знала их по фамилии, имени-отчеству, знала, какие у них семьи и проблемы. Ей достаточно было услышать фамилию паци-

ентки — и она уже все представляла, все помнила про человека. Возможно, хирургу такое знание и не нужно. Его вмешательство ограничивается коротким сроком, ему не надо отвлекаться, не надо лишних эмоций. Ревматологу, который ведет тяжелых больных годами, невозможно работать без сочувствия к этим пациентам и знания деталей их жизни. Иначе он превратится в некоего робота. И у пациента, который прекрасно это видит, не будет доверия к доктору. А в ревматологии такое доверие и сотрудничество с врачом особенно важны. Именно потому, что лечим мы больных годами. И лечение часто бывает не очень приятным...

— Вы много лет посвятили изучению самых разных препаратов, которые применяют в ревматологии. Как можно коротко оценить путь, пройденный фармакотерапией в течение этих пяти с лишним десятилетий?

— Этот путь — колоссальный, очень яркий. Прогресс антиревматической терапии за время существования нашего института огромный! Когда профессор Насонова и я пришли сюда молодыми людьми, то терапия была совсем другая. Для лечения наших заболеваний широко использовались аспирин и бутадион. Оба этих препарата сейчас в таких дозах, конечно, не применяются. Бутадион из-за плохой переносимости практически полностью вышел из употребления, хотя это был весьма сильный препарат. Большой удачей для нас было недавнее открытие лечебных свойств кортикостероидов — гормонов коры надпочечников. Они были введены в реальную практику только в начале 50-х годов.

Для лечения ревматоидного артрита, например, тогда активно применялись препараты золота, которые теперь используются очень редко. Очень быстро начали расширяться производство и выбор противовоспалительных препаратов. Наш институт испытывал десятки, — думаю, около 70 — таких препаратов. Многие из них мы отвергли, и они не вошли в практику ни у нас, ни заграницей. Многие — одобрили. Думаю, мы были первыми в мире, кто дал максимально высокую оценку препарату диклофенак (вольтарен). После наших работ этот препарат вышел на первое место по эффективности и переносимости, стал широко применяться.

Постепенно вошел в практику метотрексат — главный современный препарат для лечения ревматоидного артрита. Он давно существовал — но долго не был «замечен» специалистами. Это очень интересная, поразительная вещь: потребовалось 30—35 лет, чтобы понять, что метотрексат является лучшим из классических базисных препаратов!

Именно развитие иммунологии во многом привело к открытию этих веществ. А раз были открыты «виновники» заболевания, то стали искать и вещества, которые их блокируют. Таким образом и родилась биологическая терапия. Первые препараты этой группы появились не так давно — в самом конце 90-х годов. Это принципиально новая стадия развития ревматологии. Биологические препараты гораздо сильнее, чем все, что было у нас раньше. Они разные, могут действовать на патологический процесс с разных сторон.

Эффективность такого лечения становится все выше, показания и детали продолжают разрабатываться. Метотрексат по-прежнему остается самым часто применяемым базисным препаратом. Общепризнано, что его сочетание с биологическими препаратами существенно повышает результаты терапии.

Важно подчеркнуть: при ревматоидном артите благодаря развитию биологической терапии врачи впервые стали ставить своей задачей ремиссию, а может быть и излечение. Но пока проблема полного излечения не может считаться решенной. А вот длительная ремиссия нередко достигается.

— В одном из своих докладов Вы сказали, что в 80-е годы ревматология вступила в возраст ранней зрелости. Каким словом можно обозначить «возраст» ревматологии сегодня? Какие проблемы наиболее актуальны? Может быть, сегодняшняя новая «Атлантида», которая требует особенно пристального внимания и тщательного изучения, — это именно ревматоидный артрит? Ведь распространенность его резко выросла.

— Можно сказать, что сейчас ревматология находится на этапе зрелости. Полагаю, что мы вынуждены считать это зрелостью — дальше мы пока просто не видим. Хотя несомненно, что биологическая терапия будет развиваться дальше. Будут найдены новые звенья патогенеза, и появится новая группа препаратов, которые будут направлены на эти новые звенья.

Если же говорить о ревматоидном артрите в целом, то он стал чаще встречаться в XX веке, потому что в нашу жизнь — вместе с развитием промышленности, в том числе, фармацевтической, — вошли и новые антигены. Появились новые вещества, с которыми наш организм раньше не сталкивался, наша иммунная система к ним не привыкла. Сотни тысяч лет иммунная система человека контактировала с микробами, древесной пыльцой, цветущими травами

— Армен Юрьевич, Ваш доклад был посвящен проблеме цитирования научных статей и значению импакт-фактора (ИФ) для любого научного издания. В России (да и в целом в мире) само понятие ИФ не так давно вошло в научный «обиход». Пожалуйста, расскажите коротко об истории его возникновения.

— Действительно, «с точки зрения вечности», ИФ — явление и понятие достаточно новое. Оно возникло в 50—60-е годы, когда известный американский ученый из Филадельфии Юджин Гарфильд начал свои научные изыскания в этой области. Его целью было найти, выделить в огромном «море» научной информации те журналы, которые широко используются учеными всего мира, особенно сильно влияют на развитие науки в целом. И уже в те годы он пришел к заключению, что такая группа журналов существует — это, например, «Science», «Nature» и некоторые другие. Такого типа журналы всегда имели очень высокий рейтинг. По сравнению с ними большинство остальных научных общемедицинских и специализированных изданий — рангом ниже. Ю. Гарфильд сравнивал также американские журналы с научными изданиями на русском языке. В 50—60-е годы физика была очень продвинутой сферой науки в Советском Союзе. И только эти русскоязычные журналы (те из них, у которых была англоязычная версия) могли сравниться с американскими по степени авторитетности. Все остальные журналы, начиная с тех лет и до сегодняшнего дня, к сожалению, не имеют высокого ранга. Во всяком случае, они не могут конкурировать с такими журналами, как «Nature» или «Science». Тогда же Ю. Гарфильд предложил ввести понятие ИФ, чтобы такая оценка имела максимально четкое научное обоснование, выражалась в количественных показателях. Понятие ИФ — это вполне конкретный показатель: число цитат, соотнесенное с общим количеством публикаций. В числителе и знаменателе он ввел четкие ограничения. В числите должны быть только те цитаты, которые можно найти в наиболее авторитетных аналитических и цитатных базах научных публикаций (прежде всего — в «Web of Science»). Если журналы индексируются в этих базах данных, то их цитаты будут учитываться. По поводу знаменателя — это была целая интересная

история! Из числа всех публикаций брались только некоторые, выборочно — только оригинальные исследования. Передовые и письма не включались. Поэтому многие редакторы в англоязычных журналах пытались (особенно в последнее десятилетие) «хитрить», манипулировать этими цифрами, на-

тут ревматологии в единый научный комплекс, в единный коллектив. Отношения сотрудников были полностью подчинены научной и лечебной работе. Она не признавала другого подхода, была очень терпима к мнению оппонента. Это большое достоинство для директора института! Она часто повторяла: «Мы часто спорили, но никогда не ссорились». Это истинная правда. У нас было много споров — но отношения от этого только улучшались! Спор всегда был открытым, интересным для всех.

— Яков Александрович, в конце разговора хотите задать хотя бы один личный вопрос. Скажите, пожалуйста, Ваш приход в медицину — скорее случайность или закономерность?

— Безусловно, это закономерность. Потому что мои родители — врачи. И с детства я жил в атмосфере врачебных интересов. Мое детство — это еще и война, мне было девять лет, когда она началась. Отец был на фронте, долгое время он был в числе рентгенологов, максимально приближенных к фронту. Это называлось «отдельная рота медицинского усиления». Она располагалась максимально близко к линии фронта, врачи первыми оценивали ранения и переломы. Мама во время войны работала в поликлинике, она была педиатром. Город Скопин, где мы жили (в Рязанской области), был оккупирован. И мы уехали на Урал, так что мое детство — это еще и эвакуация, об этом можно долго рассказывать. Но в целом я всегда слышал в семье разговоры о медицине. И мне было интересно. Я спрашивал у мамы, как этот или тот ребенок себя чувствует, уже знал многих ее пациентов. И дочь у меня тоже доктор. Моя семья — это уже целая врачебная династия. А вся моя профессиональная судьба — более 50 лет — это наш институт. И я никогда не жалел о том, что всю жизнь работал и работаю именно здесь. ■

Светлана Сухая



ИМПАКТ-ФАКТОР ЖУРНАЛОВ И РАЗВИТИЕ МИРОВОЙ НАУКИ

Одним из самых интересных стало выступление в рамках IX Всероссийской школы ревматологов главного редактора журнала «European Science Editing», сотрудника Университета Бирмингема (associate professor, departments of rheumatology and research and development, Teaching Trust of the University of Birmingham, UK) А.Ю. Гаспаряна.

история! Из числа всех публикаций брались только некоторые, выборочно — только оригинальные исследования. Передовые и письма не включались. Поэтому многие редакторы в англоязычных журналах пытались (особенно в последнее десятилетие) «хитрить», манипулировать этими цифрами, на-

пример публиковать много передовых, писем. Таким образом они пытаются сделать меньше знаменатель. Такие журналы, как «Lancet», «New England Journal of Medicine», на этом сильно выигрывают.

В целом можно сказать, что у этого понятия — показателя ИФ — уже есть своя история, он пережил много проблем, но выстоял. Он прост, его легко понять, поэтому он быстро получил распространение в наукометрии всего мира.

— Можно сказать, ИФ, «изобретенный» Ю. Гарфильдом, сохраняет большое значение и сегодня?

— Безусловно! Но с 2005 г. появился другой ИФ — своеобразная альтернатива. Ю. Гарфильд предложил двухгодичный ИФ (учет публикаций за два года). А сейчас появился еще, например, Индекс Хирша (Hirsch Index), а еще есть ИФ, который учитывает дополнительно престиж цитат (SCImago Journal Rank). То есть, если публикация цитируется очень авторитетным журналом, ранг статьи и журнала резко повышается. Поэтому редакторы специально стараются дать статьи, которые могут быть интересны, допустим, для «Lancet». Но в результате многие журналы по рангу снизились. Тут есть свои минусы. Потому что есть и должны быть публикации, рассчитанные не на широкую публику, более узко специализированные. Некоторые журналы оказываются из-за этого в ущербном положении.

Нужно учитывать, что есть и другие показатели, которые могут указывать на уровень научных публикаций. Например, общее количество цитирования, процент обзорных статей. Это не ИФ, но они тоже влияют на наукометрический профиль журнала. В последние годы усилилась тенденция к тому, чтобы учитывать несколько параметров. К сожалению, русскоязычные журналы очень проигрывают по ИФ — он у них низкий. Но есть и другие показатели. ИФ часто низкий, потому что многие русскоязычные журналы не включены в крупнейшие базы данных, прежде всего из-за языковых барьеров. И это касается не только журналов на русском языке. Такая же проблема существует у журналов на испанском языке, португальском, немецком... Идя на уступки, представители «Web of Science» включили в свои списки несколько неанг-

лоязычных журналов — в их числе «Терапевтический архив», «Вестник РАМН», «Кардиология».

— Когда в России ИФ стал реальным фактором влияния, стал здесь учитываться? Ведь в последнее время и само международное сотрудничество в целом стало гораздо более активным?

— Конечно, картина резко меняется. До 1991 г. все русскоязычные специалисты довольствовались только публикациями в журналах на русском языке. Не было активного сотрудничества, активных международных связей — и многим казалось даже, что нет и такой необходимости. Наука была здесь как бы самодостаточной. Она существовала и двигалась вперед, не учитывая международные стандарты. Хотя, конечно, наука не может полноценно развиваться отдельно от всего мирового процесса научных поисков. Наука — всеобщая ценность, нужно находить «общие плоскости», точки соприкосновения. После 1991 г. специалисты начали публиковаться в зарубежных изданиях, стали понимать значимость публикаций в хороших изданиях.

Сейчас многие крупные российские ученые публикуются в авторитетных журналах, их приглашают поделиться опытом. В этом отношении один из самых «продвинутых» — тоже журнал «Lancet», у них хорошо развит международный отдел, они стремятся привлечь к сотрудничеству многих русскоязычных исследователей.

— Армен Юрьевич, можно четко сформулировать — на что реально влияют такие факторы, насколько они важны в жизни каждого ученого?

— Все это существенно влияет на научный престиж каждого автора. Если публикация появилась в хорошем журнале с высоким ИФ, с хорошей «видимостью» в научных базах данных, — это сразу заметят. Если этого нет, она не будет иметь научного влияния. А если нет научного влияния, никто «не видит» твоих работ, не читает твои статьи, то никто не будет, например, выдавать международные гранты. Не будет приглашений на крупные международные симпозиумы.

Могу привести свой собственный пример. Я начал сотрудничать с Бирмингемским университетом с 2007 г. До того были публикации в русскоязычных журналах. Но никто меня в сущности не знал. А потом появилась первая статья в крупном американском научном журнале «Journal of the American College of Cardiology». С тех пор меня стали приглашать во многие авторитетные журналы.

— Какой была тема твоей публикации?

— Аспириновая резистентность. Я включил в эту тему и положения, связанные с ревматоидным артритом. Суть — аспирин не может влиять на профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, если у больных есть системное воспаление. В последние годы я занимаюсь журналами, меня интересуют исследования в наукометрии. Так вот, после той публикации меня стали замечать в электронной среде, начали приглашать в крупные журналы. Конечно, тогда уровень моего английского письменного языка был не очень высоким. Но ведь главное для научного сотрудника — выразить свою идею. А потом уже нужно оформить ее на красивом английском языке. Конечно, мне помогли, что-то подкорректировали. С тех пор я начал усиленно заниматься своим английским. И сейчас совершенно уверен: научным сотрудникам — где бы они ни жили, в России, в США — надо учитывать этот фактор: необходимость владения хорошим письменным английским языком. Представьте, даже американцы страдают от этого! Они часто не могут писать на красивом грамотном английском. Это чрезвычайно важно для исследователя: хорошо писать на английском языке. Это позволит иметь свою сферу влияния в науке — в своей узкой специальности, в рамках научных журналов. Только так можно пропагандировать свои научные идеи!

— Английский стал сейчас своеобразным научным «эсперанто» — общим языком?

— Несомненно! Можно сказать, что в 18 веке таким языком был скорее немецкий, отчасти латинский. А после Первой мировой войны английский стал основным языком для общения ученых. И многие журналы перешли на английский язык. Очень показателен пример испаноязычных журналов. Они ценят свой язык — и все же приняли решение издавать журналы на двух языках — испанском и английском. Такая же ситуация с журналами на португальском языке — они тоже стали издавать две версии и очень выиграли от этого! Их статьи стали читать и активно цитировать. Для русскоязычных специалистов пока — на первом этапе — нужно хотя бы хорошо оформлять публикации. Давать название статьи на английском, тщательно готовить «абстракты» — резюме, суть каждой статьи. Структурировать материал, ссылки давать четкие. Есть много рекомендаций, которые поддерживаются международными ассоциациями (это, например, European Association of Science Editors, я член президиума этой ассоциации).

Сейчас все стремятся повысить ИФ, иметь свою сферу влияния. Очень важно, чтобы научные сотрудники знали, как правильно оформлять статьи, как избежать неэтичных моментов. Во всем мире есть большая проблема плагиата. С русскоязычными источниками ситуация очень сложная, потому что они часто невидимы в электронной среде. И очень трудно найти, кто и откуда «заимствовал» научный



текст и даже сами научные идеи. В англоязычной литературе это сделать очень легко — есть специальные автоматические программы-детекторы, которые могут выискивать и фиксировать заимствованные фрагменты текста. Самые авторитетные журналы проверяют все обзоры на то, насколько эксклюзивны тексты. И если будет найден плагиат, — это целый скандал. Конечно, исследователь всегда в какой-то мере использует другие научные работы. Но нужно грамотно все перефразировать, сформулировать и обязательно дать ссылку на первоисточник. Есть четкие рекомендации, как положено грамотно это делать.

На постсоветском пространстве культуру этичного отношения к литературе до сих пор усвоили далеко не все. Отчасти именно поэтому многие эксперты индексирующих баз данных стараются просто избегать иметь дело с журналами на русском языке. Но это дело времени, конечно, такие ценности и критерии должны быть общими.

Многие главные редакторы русскоязычных журналов уже достаточно продвинулись. Какой-то ИФ есть, но они не знают, как его повышать. Например, самый хороший терапевтический журнал — «Терапевтический архив». У него ИФ — 0,098. Сравните с «Lancet» (это тоже общемедицинский журнал) — там ИФ больше 30. Это просто несопоставимые вещи. Отчасти это связано с тем, что пока нет понимания значимости этой работы как среди авторов, так и редакторов. Нужны специальные курсы, семинары. Научные сотрудники должны владеть этими навыками.

Первые шаги сделаны. Нужно желание — и понимание. Улучшить техническое качество, сделать журналы красочными можно, но суть не в этом. Должны быть общие основные принципы подачи материала. Нужна интернационализация редакционного совета каждого журнала. В него должны входить исследователи из разных стран, делиться опытом, участвовать в рецензировании.

Это часть общего процесса научной интеграции. Повторю: наука не может сегодня существовать в одном кабинете или отдельной стране.

— В своем докладе Вы подробно остановились на проблеме этичности цитирования. Насколько она важна для научных журналов?

— Этичность цитирования — важнейшая проблема! При цитировании первоисточников прежде всего надо учитывать, насколько они релевантны — относятся к теме данной публикации. Это зависит от типа статьи. Если ты печатаешь передовую статью — можно процитировать и самого себя и своих близких коллег, с которыми много лет сотрудничал. Без этого не обойтись. Но если ты пишешь обзорную статью, важен правильный поиск литературы по ключевым словам. Это главный принцип: ключевые слова, как они относятся к теме. И если в такой публикации количество «авторцитат» будет очень высоким, авторитетный журнал сразу этот момент зафиксирует. И это — явный негатив. Среди редакторов сейчас считается, что максимальное число автоцитат — от 5 до 10 процентов текста любой обзорной статьи. Если больше, это уже будет вызывать серьезные сомнения в ценности работы. Нужно максимально широко использовать другие работы, сопоставляя собственные данные с данными исследований ученых из разных стран.

Еще один важнейший момент: научная публикация должна быть видима для всех. Чтобы она индексировалась в базах данных. Иначе рейтинг публикации — и института — резко снижается.

Сегодня нельзя обойтись без электронных версий публикаций. Обычно в англоязычных изданиях есть две версии — печатная и электронная.

Они могут быть идентичны, но не всегда. Электронная версия может быть расширенной — нет ограничений по объему, как у печатной версии. Возможны варианты. Например, журнал «Atherosclerosis» — с большим ИФ — в этом году полностью перешел только на электронную версию, они вообще отказались от печатной версии, не видят смысла в ее существовании. А многие традиционные англоязычные журналы считают, что должны быть обе версии, что печатная продукция способствует распространению информации, пока без нее не обойтись.

— Как Вам кажется, сегодня «живь в науке» стало интереснее? Ведь появились принципиально новые формы общения и продвижения мысли?

— Безусловно, сегодня работать стало интереснее! Мне хочется сказать, что Школа ревматологов, в которой я принял участие по приглашению Института ревматологии, радостно меня удивила. Я не был в России примерно десять лет. Многое изменилось. Многие доклады здесь поразили меня насыщенностью информацией. Грамотностью преподнесения этой информации. Лекции познавательные, глубокие. Полагаю, что на Западе этого нет — нет такой глубины. Я получил огромное удовольствие. А в целом наука становится все более «интернациональной», глобальной.

Я — европейский редактор. Мои коллеги в основном из Англии, Германии, Франции, Испании, Португалии. А еще из Турции, Ирана. Они тоже перешли на англоязычную литературу. Ученые сегодня — «глобальные» люди, они стремятся к общению с коллегами всего мира. И мобильные — в любой момент могут переместиться, перейти из одной страны в другую — в прямом и переносном смысле. Я рад, что во всем мире российская ревматология очень высоко котируется. Ученые знают об Институте ревматологии, знают работы В.А. Насоновой, знают о ее заслугах. В публикациях я часто встречаю фамилию Е.Л. Насонова. И я действительно испытываю гордость за то, что российская ревматология держится на высоком уровне. Я уехал работать в Европу в 2007. Не так давно. Но все резко изменилось за эти годы! Если говорить о развитии и продвижении науки, то мне кажется, что все стремительно меняется, что сейчас год за десять лет идет! ■

Светлана Сухая

КОНГРЕСС В БОРДО:



ПОСЛЕДНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА И ОСТЕОАРТРОЗА

О.А. Никитинская, Н.В. Торопцова, лаборатория остеопороза ФГБУ «НИИР» РАМН

С 21 по 24 марта 2012 г. в Бордо (Франция) прошел Европейский конгресс по остеопорозу и остеоартрозу, на котором были представлены современные подходы к диагностике и лечению этих заболеваний.

Президент международного Фонда остеопороза профессор Д. Канис осветил проблемы, связанные с применением инструмента определения 10-летнего риска возникновения любого остеопоротического перелома и перелома бедра, в частности у женщин и мужчин в возрасте от 40 до 90 лет (FRAX®). Компьютерная программа FRAX® основана на оценке факторов риска остеопороза и переломов и позволяет определить необходимость назначения антиостеопоротической терапии для предупреждения возможных переломов у конкретного пациента. Одно из достоинств этого инструмента заключается в том, что определение абсолютного риска можно рассчитать как при наличии данных минеральной плотности кости (МПК) в области шейки бедра, так и, что самое главное, без измерения МПК. Это остается актуальным для многих стран мира, особенно для России, в которой во многих регионах в среднем приходится 1 денситометр на 1,7 млн человек. Программа FRAX® применяется с 2008 г., и сегодня более чем 45 стран мира имеют возможность пользоваться этим инструментом, калиброванным в соответствии с эпидемиологическими данными по переломам для каждой страны. С января 2012 г. и российские врачи могут использовать этот инструмент в своей повседневной практике. Однако следует помнить, что инструмент FRAX® имеет ограничения в определении риска переломов, так как не учитывает такие факторы как, например, доза и длительность терапии глюокортикоидами, интенсивность и длительность курения, активность некоторых заболеваний, приводящих к развитию вторичного остеопороза, склонность к падениям, что может увеличивать абсолютный риск переломов у конкретного больного. Кроме того, не во всех странах определен порог (показатель риска перелома), когда требуется терапевтическое вмешательство, поэтому Международный фонд остеопороза рекомендует проводить дальнейшие фармакоэкономические исследования с целью решения этих вопросов и внедрять данный алгоритм в национальные руководства по профилактике и лечению остеопороза.

Общеизвестно, что остеопорозом чаще страдают женщины, однако и у мужчин это заболевание встречается нередко. Одним из факторов риска остеопороза и переломов является низкий индекс массы тела, однако появились данные, что у мужчин с повышенной массой тела или даже с ожирением выявляются более низкая МПК и более высокий риск переломов, чем у лиц с низкой массой тела. Как ожирение влияет на повышение риска переломов у мужчин, пока не ясно. Так, с одной стороны, у мужчин с ожирением отмечаются повышенный уровень эстрadiола и сниженный уровень тестосте-

рона, а с другой — у них повышается уровень глобулина, связывающего половые гормоны, который в свою очередь может снижать позитивное влияние эстрогенов и андрогенов на кость. Кроме того, повышение риска переломов у таких мужчин может быть обусловлено снижением физической активности и увеличением частоты падений, так как при ожирении вследствие инсулинерезистентности уменьшаются мышечная масса и ее сила. Поэтому было предложено продолжить исследования для уточнения влияния ожирения на риск переломов.

Большое внимание уделялось и проблемам, связанным с необходимостью длительного лечения остеопороза. Большинство существующих противоостеопоротических препаратов продемонстрировали эффективность в отношении снижения риска переломов в рандомизированных плацебоконтролируемых исследованиях, длившихся 3—5 и даже 10 лет. Но в реальной клинической практике как врачи, так и пациенты делают перерывы в приеме препаратов, мотивируя это возможными нежелательными явлениями при их длительном использовании и забывая о том, что снижение приверженности терапии ведет к ухудшению конечного результата лечения, т. е. повышению риска переломов. Поэтому проблема вторичной профилактики переломов остается актуальной. Учитывая, что пациенты с высоким риском переломов нуждаются в длительном назначении противоостеопоротической терапии, выбор лекарственного средства для каждого больного должен быть индивидуальным, основанным не только на эффективности препарата, но и на состоянии здоровья пациента, а также оценке риска развития возможных нежелательных явлений, что обеспечит более качественную профилактику повторных переломов. Следует помнить, что длительные наблюдения (по ряду лекарственных средств до 10 лет) в большинстве случаев демонстрируют безопасность современных препаратов, используемых для лечения остеопороза.

На конгрессе были впервые представлены новые данные о стронции ранелате (Бивалос®) — хорошо известном в нашей стране препарате для лечения остеопороза. В международном двойном слепом плацебоконтролируемом 3-летнем исследовании были изучены эффективность и безопасность этого лекарственного средства у пациентов с остеоартрозом коленных суставов. Ежедневный прием стронция ранелата продемонстрировал достоверный эффект в отношении снижения не только рентгенологического прогрессирования остеоартроза коленных суставов, но и выраженности клинических проявлений, оцененных по шкале WOMAC, что может быть основанием для выбора

данного препарата для лечения больных, страдающих как остеопорозом, так и остеоартрозом.

На конгрессе были представлены также результаты крупного проспективного исследования в реальной клинической практике около 13 000 пациенток с постменопаузальным остеопорозом, получавших стронция ранелат в течение 3 лет. Оценивали частоту таких нежелательных явлений, как венозные тромбоэмболии и реакции выраженной гиперчувствительности. Венозные тромбоэмболии как осложнение терапии стронция ранелатом в этом исследовании встречались достоверно реже, чем в предыдущих клинических испытаниях, а реакции выраженной гиперчувствительности не наблюдались ни у одной из участниц, что свидетельствует о безопасности длительного применения стронция ранелата у больных остеопорозом.

В конце прошлого года в России зарегистрирован первый генно-инженерный препарат для лечения постменопаузального остеопороза деносумаб (Пролия®), который представляет собой полностью человеческие антитела к лиганду рецептора активатора ядерного фактора κB (RANKL), относящегося к лигандам семейства ФНО. Повышение экспрессии RANKL приводит к увеличению костной резорбции за счет активации дифференциации и функционирования остеокластов при связывании его с рецептором активатора ядерного фактора κB (RANK), расположенного на этих клетках. Введение деносумаба предотвращает этот процесс, подавляя остеокластогенез. Хорошо известны результаты 3-летнего исследования, в котором деносумаб в дозе 60 мг подкожно каждые 6 мес продемонстрировал выраженный антирезорбтивный эффект за счет снижения уровня костной резорбции и повышения МПК в различных участках скелета, в том числе в дистальном отделе предплечья. Кроме того, введение препарата 2 раза в год в течение 3 лет приводило к достоверному снижению риска переломов во всех ключевых участках скелета (позвонки, периферические переломы, включая проксимальный отдел бедренной кости). В Бордо впервые были представлены результаты 6-летней терапии деносумабом у женщин в постменопаузе с остеопорозом. Продемонстрировано дальнейшее повышение МПК в позвоночнике и бедре на 15,2 и 7,5% соответственно. У пациенток, начавших прием деносумаба после 3-летнего приема плацебо, также имелось достоверное повышение МПК на 9,4 и 4,8%, соответственно. При этом отмечалось достоверное снижение костной резорбции как у продолживших лечение, так и у вновь начавших его женщин. Частота нежелательных явлений при длительном применении деносумаба не увеличилась по сравнению с данными, представленными после 3-летнего применения препарата. Кроме того, у небольшой группы паци-

енток продемонстрированы результаты уже 8-летнего применения деносумаба, которое также показало продолжающееся увеличение МПК в позвоночнике и в бедре, сохранение эффекта в отношении снижения уровня маркеров костной резорбции после каждой инъекции препарата, при этом частота побочных реакций не превышала популяционного уровня. Прием деносумаба в течение 8 лет был достаточно безопасен: не выявлено повышения риска кардиваскулярных событий, онкологических заболеваний и инфекций. Однако при лечении этим препаратом достоверно чаще встречались экзема ($p=0,001$) и целлюлит ($p=0,002$).

На конгрессе также обсуждались первые результаты применения еще одного инновационного препарата — оданакатиба (ингибитора катепсина K), исследования III фазы по эффективности и безопасности которого проходят во многих странах мира, включая Россию. Данные 5-летнего исследования продемонстрировали эффектив-

ность приема 50 мг препарата 1 раз в неделю в отношении увеличения МПК как в поясничном отделе позвоночника, так и в проксимальном отделе бедра, параллельно отмечалось подавление костной резорбции без негативного влияния на костеобразование. Исследования качества кости показали, что препарат достоверно улучшает прочность кости благодаря увеличению как интегральной, так и объемной трабекулярной МПК позвонков и бедренной кости, при этом на фоне терапии достоверно увеличилась и толщина кортикального слоя бедренной кости. В данной работе еще раз было подтверждено, что оданакатиб снижает костную резорбцию, не подавляя костной формации.

Продолжается поиск новых эффективных лекарственных средств, влияющих не только на процессы разрушения кости, но и на костеобразование. Применение в эксперименте антител к склеростиину у овариэктомированных мышей или

интактных обезьян существенно повышало костеобразование во всех отделах, включая периост, при этом не наблюдалось избыточной минерализации, снижалась костная резорбция и повышалась прочность кости. Исследование и у здоровых женщин в постменопаузе показало, что одна инъекция антител к склеростиину повышала уровень маркера костеобразования и существенно снижала уровень маркера костной резорбции. Таким образом, сделаны первые шаги к созданию в недалеком будущем нового лекарственного средства для лечения остеопороза.

В заключение хочется отметить, что встреча на конгрессе в Бордо ученых и врачей со всего мира позволила обменяться последними достижениями в диагностике и лечении таких социально значимых заболеваний, как остеопороз и остеоартроз, что в будущем может оказывать существенное влияние на уровень медицинской помощи пациентам, страдающим этими заболеваниями. ■

ПРЕСС-РЕЛИЗ

ВАЖНЕЙШИЕ ШАГИ В ИЗУЧЕНИИ ОСТЕОПОРОЗА И ОСТЕОАРТРОЗА

21 марта 2012 г. в Бордо, Франция, в рамках Европейского конгресса по остеопорозу и остеоартрозу (ECCEO) 2012, организованного Международным фондом остеопороза (IOF), состоялась пресс-конференция с участием ведущих специалистов из разных стран, на которой были представлены последние достижения в профилактике и лечении дегенеративных заболеваний костей и суставов.

В элегантном дворцовом интерьере здания Биржи перед журналистами выступили: проф. Ж.-И. Режинстер, глава факультета общественного здравоохранения Университета Льежа (Бельгия), президент Европейского общества клинических и экономических аспектов остеопороза и остеоартроза, один из основателей Международного фонда остеопороза; проф. Д. Канис, президент Международного фонда остеопороза, директор Международного центра метаболических заболеваний костей ВОЗ, расположенного в Университете Шеффилда, Великобритания; д-р М. Эдвардс, госпиталь Саутгемптона (Великобритания); проф. Г. Реш, глава отделения остеологии/ревматологии и гастроэнтерологии больницы Св. Винсента, Вена, (Австрия).

В докладе проф. Ж.-И. Режинстера «Первое представление результатов исследования по изменению структуры и симптоматики у пациентов с остеоартрозом коленного сустава, принимающих стронция ранелат» отражены результаты международного рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого исследования, целью которого была оценка влияния, безопасности и эффективности стронция ранелата у больных остеоартрозом. В исследовании участвовал 1371 пациент с остеоартрозом коленного сустава.

Потенциал стронция ранелата в качестве препарата, улучшающего состояние суставов, был отмечен уже на стадии доклинического исследования, продемонстрировавшего, что применение стронция ранелата уменьшает деградацию хряща, замедляет прогрессирование артрита и таким образом нивелирует болевую симптоматику.

В ходе этого исследования с помощью рентгенологического контроля достоверно установлено, что у пациентов, принимающих стронция ранелат (в дозе 1 или 2 мг в день) в течение 3 лет, по сравнению с пациентами из группы плацебо заболевание не прогрессировало, значительно замедлился процесс деградации хрящевой ткани, уменьшились болевые ощущения. Также отмечены безопасность и хорошая переносимость препарата. Многообещающие результаты обнадеживают и специалистов, и больных: эффективное лечение всех проявлений остеоартроза, замедление его прогрессирования достижимы, а это означает реальную возможность надолго отложить дорогостоящее хирургическое лечение (замену сустава) или вовсе обойтись без него.

Проф. Д. Канис остановился на экономических аспектах остеопороза. В докладе «Переломы — тяжелое бремя европейской экономики» было убедительно показано, что переломы — не только медицинская, но и серьезная экономическая проблема. Согласно данным последних исследований, расходы, связанные с переломами, исчисляются миллиардами евро. Так, в 2010 г. в странах Европейского союза они составили 39 млрд евро, две трети этой суммы ушло на непосредственное лечение переломов, около 11 млрд — на восстановительное лечение. По объему затрат лидируют Германия (9,3 млрд евро), Италия (7,2 млрд евро), Великобритания (5,6 млрд евро). Дороже всего европейской экономике обходятся переломы бедра.

Расходы же на профилактику переломов — значительно скромнее, не более 5% от общих затрат в связи с остеопоротическими переломами, т. е. около 2 млрд евро в год. И это значительное упущение. По мнению автора, единственный способ облегчить экономическое бремя, обусловленное переломами, — акцентировать внимание на профилактических мероприятиях. Д-р М. Эдвардс представил новые результаты когортного исследования, проведенного в графстве Херт-

фордшир (Великобритания), выявившего взаимосвязь между размером и силой мышц, с одной стороны, и структурой костей, с другой. В исследовании участвовало 3000 жителей графства 1931—1939 гг. рождения. Результаты исследования указывают на важность лечения саркопении (возрастного атрофического дегенеративного изменения мускулатуры скелета, приводящего к постепенной потере мышечной массы и силы) для эффективной терапии остеопороза у пожилых людей.

Так, было выявлено, что риск падений, а значит и переломов у пациентов с более сильными мышцами и, что интересно, большей скоростью ходьбы ниже, чем у их более слабых ровесников. Также у пациентов с большей мышечной массой лучше структура костей. Хотя четкой связи между силой мышц и прочностью костей не выявлено, в целом исследование свидетельствует о важности поддержания хорошей физической формы в пожилом возрасте для профилактики переломов. ■

БИВАЛОС®

Стронция ранелат

► Единственный препарат, который одновременно стимулирует образование и уменьшает резорбцию кости¹

ИННОВАЦИЯ
в лечении
постменопаузального
остеопороза у мужчин
и остеопороза у женщин

“Восстанавливает и нормализует физиологический обмен в костной ткани”^{2,3}

► Снижает риск переломов позвонков и шейки бедра^{4,5}



Состав: Одно саше содержит: действующее вещество: Стронция ранелат 2 г. Вспомогательные вещества: аспартам (E951), мальтодекстрин, магнитол, Способ применения и дозы: Внутрь. Рекомендуемая доза составляет 2 г (одна пачка) одного саше в сутки. Рекомендуется принимать препарат БИВАЛОС® пачкой (2 г) с ежедневным перерывом в приеме препарата. Важно: прием стронция ранелата у женщин в постменопаузу с целью снижения риска переломов шееки бедра, лечение остеопороза у мужчин с целью снижения риска переломов. Свойства: БИВАЛОС® является нетормозящим лекарственным препаратом для лечения остеопороза у женщин в постменопаузу. Стимулирует формирование и ингибирует резорбцию костной ткани, нормализует структуру кости, значительно уменьшает риск переломов позвонков и шееки бедра. БИВАЛОС® не является тормозящим лекарственным средством. Молоко и молочные продукты, а также лекарственные средства, содержащие капсаицин, могут уменьшить биодоступность стронция ранелата примерно на 60–70%. В этом связи, прием препарата БИВАЛОС® и указанных веществ должен разделяться промежутком времени не менее 2 часов. Прим: антибиотиков препаратов через 2 часа после приема стронция ранелата. При назначении антибиотиков из группы тетрациклинового или хинолонового ряда лекарственным препаратом БИВАЛОС® следует пользоваться с осторожностью. Помимо действия общего: антидепрессанта, снотворного, успокаивающего и раздражающего кожи. Данные эффекты выражены слабо, но могут быть выражены. Важно: прием стронция ранелата у больных с тяжелой почечной недостаточностью препарат не рекомендуется назначать, больные с почечной недостаточностью должны получать стронция ранелат в дозе 1 г/сутки. Перед назначением препарата, пожалуйста, ознакомьтесь с полной инструкцией по применению.

1 пакетик (саше) в день

References: 1. Marie P.J., Ammann P., Boivin G. et al. *Calcif Tissue Int.* 2001;69:121-129. 2. Инструкция по медицинскому применению препарата Бивалос. 3. European Summary of Product Characteristics. 4. Meunier P.J., Roux C., Saeman E. et al. *N Engl J Med.* 2004;350:459-468. 5. Rizzoli R., Register J.Y., Diaz-Curiel M. et al. *Osteoporos Int.* 2004;15:S18, Abstract OC39.

Рег. номер: ГС-000982-01-29.10.2009
На правах рекламы

МЕТОДЖЕКТ — ЭФФЕКТИВНОСТЬ И УДОБСТВО

ООО «Тирафарм» с 2005 г. эксклюзивно представляет немецкую компанию Medac GmbH на территории Российской Федерации, Белоруссии, а также Кавказского региона. Сфера деятельности компании — регистрация, маркетинг, проведение клинических испытаний и организация продаж лекарственных средств специальной терапевтической группы. Medac GmbH — частная фармацевтическая компания, основанная в 1970 г. в Гамбурге. Компания специализируется на выпуске инновационных препаратов и оригинальных лекарственных средств, а также высококачественных генериков. Medac GmbH является одним из лидеров по производству препаратов для онкогематологии, онкологии, урологии и ревматологии как в Германии, так и на международном рынке.

Одним из ключевых препаратов, производимых компанией Medac GmbH, является базисный противовоспалительный препарат (БПВП) Методжект® (метотрексат в предварительно заполненных шприцах).

В настоящее время метотрексат является самым эффективным БПВП, хорошо сочетается как с другими БПВП, так и с генно-инженерными биологическими препаратами (ГИБП), лечение которыми проводится только в комбинации с метотрексатом.

В соответствии с Распоряжением Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2011 г. № 2199-р препарат Методжект (метотрексат) включен в «Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов» (раздел «Противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы»).

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 10 ноября 2011 г. № 1340н препарат Методжект (метотрексат) включен в «Перечень лекарственных средств, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи».

Методжект выпускается в дозах 7,5; 10; 15; 20 и 25 мг. Каждая доза имеет индивидуальное цветовое кодирование упаковки и шприца. Препарат может вводиться подкожно (в комплект входит игла для подкожных инъекций), внутримышечно или внутривенно.

Показаниями для назначения Методжекта являются:

- ревматоидный артрит (РА) у взрослых пациентов;
- полиартрит у пациентов с тяжелым ювенильным хроническим артритом в активной форме;
- тяжелые генерализованные формы псориаза и псориатического артрита у взрослых пациентов, не отвечающих на обычную терапию.

Для чего нужен метотрексат для парентерального введения:

- метотрексат при подкожном введении значительно более эффективен (ACR 20 и 70) по сравнению с метотрексатом, принимаемым внутрь в аналогичной дозе;



- при длительности заболевания ≥1 года наблюдается более ранняя ответная реакция на подкожное введение метотрексата, чем при его приеме внутрь;
- переход от приема метотрексата внутрь к подкожному введению наряду с увеличением дозы вводимого подкожно метотрексата предоставляет дополнительные возможности для достижения лучшего терапевтического ответа.

Ограничения терапии при приеме метотрексата внутрь:

- биологическая доступность.

«Абсорбция метотрексата при приеме внутрь значительно варьирует и может уменьшаться вплоть до 30% при увеличении дозы с 7,5 до 15 мг и более» (Hamilton, Kremer; Br J Rheum 1997;36:86–90);

- высокая распространенность (>10%) нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

«Метотрексат хорошо переносится, но его клинические преимущества часто ограничиваются развитием побочных эффектов со стороны ЖКТ» (Bingham et al. Rheumatology 2003;42:1009–10).

«У пациентов, принимающих метотрексат внутрь, имеются более выраженные побочные эффекты со стороны ЖКТ. Была отмечена корреляция между дозой метотрексата при приеме внутрь и интенсивностью побочных эффектов» (Rutkowska-Sak et al. Reumatologia 2009;47(4):207–11).

По данным клинических исследований, инъекционная форма метотрексата в виде предварительно заполненного шприца по сравнению с пероральной обеспечивает следующие преимущества:

- эффективность метотрексата при подкожном применении достоверно выше, чем при пероральном в равных дозах;
- ответ на терапию метотрексатом при подкожном применении проявляется быстрее, чем при пероральном, особенно у пациентов с длительностью заболевания >1 года;
- биодоступность при парентеральном применении препарата значительно выше и стабильнее, чем при пероральном, и не зависит от приема пищи;
- наблюдается хорошая переносимость препарата в дозе до 45 мг в неделю;
- при подкожном применении метотрексата значительно снижаются частота и выраженность гастроинтестинальных побочных эффектов;
- использование Методжекта помогает отложить назначение дорогостоящей терапии, такой как лефлуномид или ГИБП.

Подкожное введение метотрексата по сравнению с пероральной формой — снижение частоты нежелательных явлений со стороны ЖКТ:

- переход с пероральной терапии метотрексатом к подкожному введению снижал интенсивность побочных эффектов со стороны ЖКТ у всех пациентов, включенных в исследование;
- некоторые побочные эффекты, такие как рвота и диарея, полностью исчезали при переходе на подкожное введение метотрексата;
- интенсивность побочных эффектов со стороны ЖКТ напрямую влияет на качество жизни пациентов и, следовательно, можно ожидать лучшей приверженности терапии при подкожном введении метотрексата.

Преимущества Методжекта

Удобство применения/комфорт:

- концентрация 10мг/мл позволяет уменьшить объем раствора и вводить препарат подкожно;
- простое и менее болезненное подкожное введение обеспечивает отличную местную переносимость;
- шприцы полностью готовы к использованию;
- выпускается во всех традиционных дозах;
- градуированные шприцы позволяют при необходимости вводить промежуточную дозу;
- форма шприца разработана таким образом, чтобы препарат можно было вводить самостоятельно даже при наличии деформации суставов рук.

Безопасность:

- предварительно заполненные шприцы — минимальный риск цитотоксического влияния на медицинский персонал (при подготовке инъекции) и отсутствие цитотоксических отходов;
- система Luer-Lock — безопасное соединение иглы и шприца;

- наличие специальной антисептической салфетки для предварительной дезинфекции места инъекции;
- предупреждение передозировки благодаря специальному цветовому кодированию (индивидуальная окраска стопора-поршня шприца и упаковки для каждой дозы);
- стопор-поршень шприца – предупреждение случайного извлечения поршня и минимизация риска пролить препарат;
- шприц невозможно заполнить и использовать повторно.

Стабильность:

- срок хранения – 2 года;
- хранение при комнатной температуре;
- возможность продолжить лечение во время отпуска или командировок.

Только в отношении Методжекта существуют клинические данные о применении в течение длительного времени (>10 лет) при сохранении эффективности и отсутствии значимой кумулятивной токсичности у пациентов всех возрастных групп.

Метотрексат – не только «золотой стандарт» лечения РА, но и основа комбинированной терапии пациентов с тяжелым РА, хорошо сочетается как с другими БПВП, так и с ГИБП. Учитывая существенную стоимость комбинированной терапии (особенно при назначении ГИБП), высокое качество метотрексата является гарантией максимальной эффективности лечения.

Клинические исследования показали, что приверженность пациентов терапии Методжектом выше, чем пероральной терапии метотрексатом. Доверие пациента к проводимому лечению, высокая эффективность и благоприятный профиль безопасности Методжекта закономерно уменьшают частоту обострений и необходимость госпитализации, что позволяет улучшить качество оказания специализированной помощи больным РА и оптимизировать использование госпитальных ресурсов. ■

В ПОМОЩЬ РЕВМАТОЛОГУ

Псориатический артрит: вопросы диагностики и возможности терапии

Ю.Л. Корсакова, к.м.н., ФГБУ «НИИР» РАМН

Почти 3% населения земного шара страдают воспалительными заболеваниями суставов, которые характеризуются наличием боли, скованности, нарушением функции суставов и ухудшением качества жизни. Одно из таких заболеваний – псориатический артрит (ПА). Насколько актуальной проблемой является псориаз и ПА для современной медицины?

ПА – воспалительное заболевание опорно-двигательного аппарата, ассоциированное с псориазом и обычно негативное по ревматоидному фактору (РФ), относится к группе серонегативных спондилоартритов. Известно, что псориаз поражает от 1 до 3% населения, а артрит встречается, по данным разных авторов, у 14–47% больных псориазом. Это заболевание представляет собой, безусловно, важную медицинскую проблему, так как характеризуется прогрессирующим течением с деструктивными изменениями суставов, внутрисуставным остеолизом, анкилозированием суставов, энзезитами, дактилитами, сакроилиитом и спондилитом. У пациентов наблюдается значительное ухудшение качества жизни, функциональных возможностей вследствие изменений в опорно-двигательном аппарате, поражения кожи и внутренних органов, в частности, сердца, печени, почек, глаз. У больных ПА по сравнению с популяцией в 1,3 раза повышена смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, у мужчин риск смертности повышен на 59%, у женщин – на 65%. Эти факторы определяют актуальность проблемы ПА и необходимость применения адекватной терапии, способной контролировать заболевание.

Каковы причины возникновения ПА?

Развитие псориаза и ПА зависит от многих аспектов, в частности, от генетических, иммунологических и внешних факторов. К факторам внешней среды относятся инфекции, как бактериальные, так и вирусные, а также травма. Различные инфекционные агенты могут не только являться триггерным фактором, но и влиять на течение заболевания. Особое значение имеет генетическая предрасположенность, которая определяет развитие, особенности течения и тяжесть этих заболеваний. Доказательством генетической концепции ПА и псориаза является ассоциация с определенными HLA-антителами. Псориаз ассоциируется с HLA-B13, B17 и Cw6, а ПА – с HLA-A1, A3, A19, B27, B38, DR4 и DR7. Ассоциация HLA-B27 прослеживается особенно четко с сакроилиитом, но существуют исследования, подтверждающие, что этот антиген выявляется и при поражении дистальных межфаланговых суставов.

Как устанавливается диагноз ПА?

Зачастую пациент, страдающий псориазом, попадает на прием к ревматологу по рекомендации дерматолога. Хотя ПА имеет много общего с такими заболеваниями, как ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилит, тем не менее, данный патологический процесс обладает присущими только ему клиническими особенностями. Выявлены существенные морфологические отличия псориатического синовита и изменения костной ткани, присущие ПА и не встречающиеся при других заболеваниях. Известно, что серонегативность по РФ считается одним из критериев для постановки диагноза ПА, однако около 10% больных осложненным псориазом имеют РФ в сыворотке крови. РФ в низком титре может определяться и у практически здоровых людей. В настоящее время диагностические критерии остаются объектом пристального внимания ревматологов всего мира. В 2006 г. опубликованы классификационные критерии для ПА CASPAR (Classification criteria for psoriatic arthritis). Чтобы соответствовать этим критериям, пациент должен иметь признаки воспалительного заболевания опорно-двигательного аппарата (артрит, спондилит, энзезит) и 3 или более баллов из следующих 5 категорий:

1. Псориаз: псориаз в момент осмотра – 2 балла, псориаз в анамнезе – 1 балл, семейный анамнез псориаза – 1 балл;
2. Псориатическая дистрофия ногтей (точечные вдавления, онихолизис, гиперкератоз) – 1 балл;
3. Отрицательный РФ – 1 балл;
4. Дактилит: припухлость всего пальца в момент осмотра – 1 балл, дактилит в анамнезе – 1 балл;
5. Рентгенологические признаки внесуставной костной пролиферации по типу краевых разрастаний (кроме остеофитов) на рентгенограммах кистей и стоп – 1 балл.

ПА следует дифференцировать с ревматоидным артритом, анкилозирующим спондилитом, реактивным артритом, кроме того, следует учитывать возможность развития у больного псориазом подагрического артрита или остеоартроза.

По данным многих исследователей, артрит у больных псориазом встречается достоверно чаще при поражении ногтевых пластинок, чем при кожном псориазе. Суставной синдром при этом заболевании характеризуется чрезвычайным полиморфизмом. J.H.M. Moll и V. Wright выделили 5 основных вариантов суставного синдрома: 1) асимметричный олигоартрит; 2) артрит дистальных межфаланговых суставов; 3) мутлириующий артрит; 4) симметричный полиартрит и 5) спондилит. Важнейшими клиническими признаками ПА являются асимметричное поражение суставов, дактилит и поражение дистальных межфаланговых суставов.

Итак, если установлен диагноз ПА, то какое лечение следует предложить пациенту?

Хотя многое в этиологии и патогенезе ПА остается неизученным, в течение последних лет терапия этого заболевания претерпела значительные изменения и стала более эффективной. Появление данных о роли провоспалительных цитокинов в патогенезе ПА привело к широкому применению синтетических болезнь-модифицирующих противовоспалительных препаратов (БПВП) и генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП), а в будущем ожидается создание еще более эффективных лекарственных

средств. Хотя патогенетические процессы при псориазе и при ПА во многом схожи, есть и различия, что подтверждается тем, что часть препаратов может оказывать положительное влияние на псориатические бляшки, но не на артрит или поражение позвоночника, и наоборот. Примером могут служить нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), фототерапия, препараты фумаровой кислоты и алефасент.

Согласно рекомендациям Европейской антиревматической лиги 2012 г., лечение активного ПА следует начинать с назначения НПВП и при необходимости – локальных инъекций глюкокортикоидов (ГК). Если же имеются неблагоприятные прогностические факторы, распространенное поражение кожи, то лечение следует начать с БПВП, в первую очередь с метотрексата (подбирают эффективную дозу), а при наличии противопоказаний для его назначения рекомендуется лефлуномид, или сульфасалазин, или циклоспорин А. БПВП неэффективны при энзезитах и воспалительных процессах в позвоночнике. Терапия циклоспорином А лимитируется развитием побочных реакций при длительном применении. Существуют данные о положительном действии при ПА солей золота, азиатоприна, хотя для этих препаратов уровень доказательности довольно низок. В случае неэффективности и/или плохой переносимости этой терапии, назначают ингибиторы ФНО α с или без БПВП.

При применении ингибиторов ФНО α (адалимумаб, этанерцепт, голимумаб и инфликсимаб) наблюдается улучшение состояния кожи, снижается клинико-лабораторная активность ПА, замедляются деструктивные процессы, что подтверждается данными рентгенологического исследования. Больным ПА с изолированным или преимущественным поражением позвоночника ингибиторы ФНО α могут быть рекомендованы без предшествующей терапии БПВП.

Какова конечная точка, цель терапии при ПА?

Цель терапии ПА – достижение ремиссии или по крайней мере снижение активности заболевания, как и при лечении ревматоидного артрита, а также прерывание прогрессирования болезни, деструктивных процессов в суставах. При назначении лечения следует помнить о возможности развития токсических реакций, нежелательных явлений и регулярно контролировать анализы крови, как общий, так и биохимический, для выявления гепатотоксического и/или нефротоксического влияния препаратов.

Вопросы для врача

Вопрос 1

Внутрисуставное введение ГК эффективно при следующих проявлениях ПА:

- А. полиартрит
- Б. спондилит
- В. моно/олигоартрит

Вопрос 2

Системное назначение ГК может способствовать развитию обострения псориаза:

- А. верно
- Б. неверно

Вопрос 3

30-летняя женщина жалуется на боль в суставах кистей в течение последнего года, скованность по утрам в течение 1 часа, нарушение функции суставов кистей. При осмотре выявляются псориатические бляшки на волосистой части головы, артрит лучезапястных суставов, пястно-фалангового, проксимального межфалангового и дистального межфалангового суставов III пальца правой кисти, артрит суставов I пальца левой стопы. Какой диагноз наиболее вероятен в данном случае?

- А. ревматоидный артрит
- Б. псориатический артрит
- В. реактивный артрит

Вопрос 4

Верно ли высказывание: «БПВП обладают положительным влиянием на дактилит, энзезит»?

- А. верно
- Б. неверно

Вопрос 5

Верно ли высказывание: «ГИБП следует назначать больным ПА с преимущественным поражением позвоночника без предшествующей терапии БПВП»?

- А. верно
- Б. неверно

Вопрос 6

Особенностью рентгенологической картины ПА является:

- А. наличие акрального и внутрисуставного остеолиза
- Б. эрозии суставных поверхностей пястно-фаланговых и проксимальных межфаланговых суставов кистей
- В. остеофиты на краях суставных поверхностей

Правильные ответы см. на с. 12.



Ревматология

ПРИЛОЖЕНИЕ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ

Рассказывает
доктор медицинских наук,
профессор
**Наталья Владимировна
ЧИЧАСОВА**



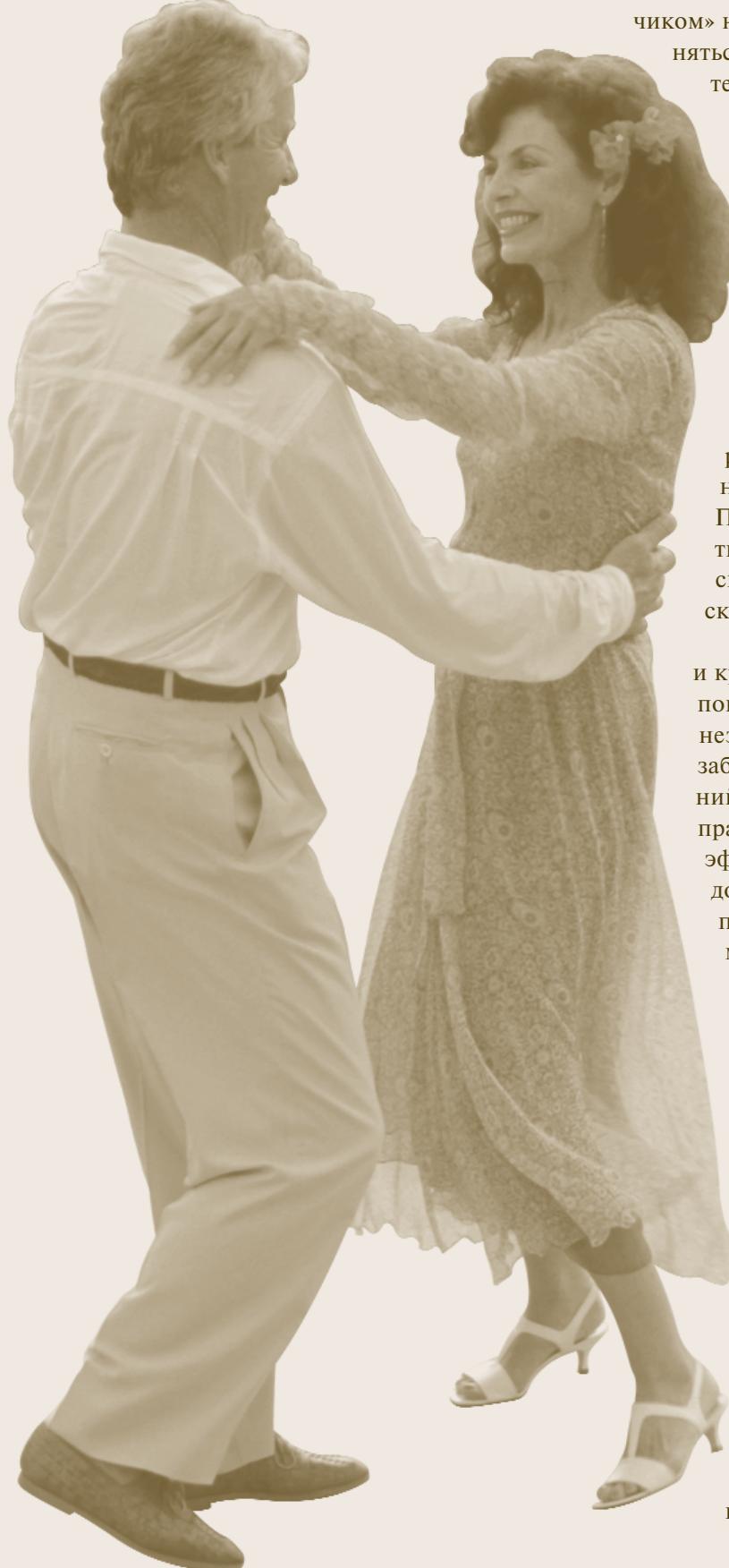
Лечим суставы

Препараты базисного действия

При воспалительных заболеваниях суставов основное лечение направлено на подавление активности воспаления, уменьшение не только симптомов болезни (боли, скованности), но и прогрессирование необратимых изменений (деструкции). Для этого врач назначает препараты так называемого базисного действия. Эффект базисных препаратов развивается относительно медленно: в течение нескольких недель или месяцев. В начале лечения этими медленно действующими лекарствами обязательно назначаются симптоматические быстро действующие препараты. Как правило, это нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), такие как диклофенак, ибупрофен, мелоксикам, нимесулид, эторикоксиб и др. Все они оказывают обезболивающее и противовоспалительное действие уже в первые дни применения. Однако не всегда они обеспечивают достаточный эффект. А увеличение суточной дозы может сопровождаться развитием неблагоприятных реакций — тошноты, боли в животе, учащением стула, задержкой жидкости, головной болью и пр. Увеличить эффект до начала действия базисных средств помогают лекарства для местного применения.

Лекарства для местного применения

К методам локальной терапии относятся внутрисуставное введение лекарственных средств (глюкокортикоидов, например дипроспана) и местное применение НПВП в виде мазей, кремов и гелей. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов часто используется для купирования выраженных артритов крупных суставов при ревматоидном артите, болезни Бехтерева, но не может использоваться при полиартрите, дегенеративных заболеваниях суставов, а также при наличии сопутствующей патологии, ограничивающей применение глюкокортикоидов (инфекция, сахарный диабет и т.п.). Внутрисуставные введения дипроспана часто дают быстрый и хороший эффект. Но надо понимать, что эффект от его введения, если больной является «ответ-



чиком» на данный вид лечения, должен сохраняться месяцы и повторное введение желательно проводить не чаще, чем 2–3 раза в год. Дипроспан сохраняется в полости сустава около 3 недель. Если через 3 недели у больного вновь нарастает выраженность артрита, надо признать, что данный вид лечения у него неэффективен. Не следует забывать, что может развиться зависимость от глюкокортикоидов, в том числе и при их внутрисуставном введении, когда «светлые промежутки» между вспышками артрита становятся все меньше, а потребность во введениях все увеличивается. При грамотном отношении к глюкокортикоидам они являются хорошим подспорьем в лечении больных с хроническими артритами.

Локальное применение мазей, гелей и кремов практически не имеет противопоказаний и возможно в любом возрасте, независимо от наличия сопутствующих заболеваний. Локальная терапия поражений опорно-двигательного аппарата при правильном проведении является весьма эффективным дополнительным методом, а в ряде случаев имеет отчетливые преимущества перед пероральной формой НПВП.

Для местного лечения воспалительных заболеваний суставов и периартикулярных тканей используются НПВП в виде мазей, кремов, гелей. Основными показаниями для применения этих средств являются артриты, теносиновиты, миозиты, флебиты. При болевых синдромах, связанных с механическим повреждением нервных корешков и периферических нервов, используются препараты другого плана, содержащие раздражающие и отвлекающие средства (финалгон, эспол, эфкамон). Наносить их на воспаленное место нельзя — это может привести к усилению боли и выраженности припухлости.



Как выбрать лекарство для местного лечения?

Во-первых, в состав препарата должны входить НПВП, хорошо зарекомендовавшие себя в лечебной практике. Многие годы «золотым стандартом» в лечении воспаленных суставов считался диклофенак натрия, формы которого для локального применения хорошо известны врачам (эмультгель, диклоран, дикловит, диклоген и т.д.). Кроме диклофенака натрия, в состав локальных средств, имеющихся в отечественной аптечной сети, входят ибупрофен (долгит крем), кетопрофен (кетонал крем, фастум гель, артрозилен гель и спрей), индометацин, пироксикам (финалгель, пироксикам гель), нимесулид (найз гель).

Во-вторых, необходимо учитывать концентрацию действующего вещества в том или ином креме или геле. Большинство известных мазей, кремов и гелей имеют 1–2% концентрацию действующего вещества. Исключение составляют фастум гель, кетонал гель, артрозилен гель (2,5%), мазь и гель с диклофенаком, кетонал крем (5%), ибупрофен гель (10%), индометациновая мазь или гель (10%). Наибольшая концентрация действующего вещества из имеющихся в наших аптеках средств у спрея артрозилена (15%). Таким образом, в аптеке по примерно одинаковой цене можно приобрести гель, содержащий как 1%, так и 5% диклофенака. При покупке нужно внимательно посмотреть на упаковку, процентное содержание действующего вещества на ней обычно указано. Многие больные отдают предпочтение гелям, так как они быстро впитываются, более гигиеничны. Мазевая форма дольше сохраняется в области нанесения.

В-третьих, как и при применении любого терапевтического средства, необходимо использовать оптимальную терапевтическую дозу, обеспечивающую обезболивающий и противовоспалительный эффект. Малая концентрация действующего вещества, неполное прохождение препарата непосредственно к очагу воспаления (часть препарата задерживается в подкожной жировой клетчатке) диктуют необходимость многократного нанесения мази или геля на пораженный участок в течение суток. Данные многих клинических испытаний показали, что минимальным является нанесение локального средства 4 раза в день, а при активном воспалении —

частота нанесения препарата может увеличиваться до 5–6 раз в день. Количество наносимого препарата зависит от величины сустава: на область крупных суставов (коленный, плечевой) однократно следует наносить полоску мази или геля длиной от 5 до 10 см, на область средних по величине суставов (голеностопный, лучезапястный, локтевой) — от 3 до 5 см, на область мелких суставов кистей и стоп — от 1 до 2 см. Необходимо учитывать состояние кожи в области применения средства для локальной терапии. Так, у лиц пожилого возраста прохождение препарата через кожный барьер снижается, поэтому нужно увеличить количество наносимого на кожу препарата или кратность его нанесения. Для развития явного эффекта желательно применять локальные средства в течение 1,5–2 недель, далее такую терапию можно продолжить.

Для обеспечения более быстрого проведения действующего вещества к очагу воспаления можно дополнительно использовать диметилсульфоксид (ДМСО), который смешивают с кремом или мазью в соотношении 1 часть ДМСО на 10 частей мази или геля. Так как в состав фастум геля входит аналогичное вещество, примене-

ние ДМСО является излишним. В продаже имеется гель долобене, который содержит ДМСО. Можно наносить на пораженные участки тонкий слой геля долобене, а сверху — гель или мазь с НПВП. Это также помогает усилить эффект лечения. Возможно использование этих препаратов при проведении фонофореза, что также обеспечивает более надежное проникновение действующего вещества в очаг воспаления.

У 95–100% больных переносимость средств для локальной терапии хорошая. Крайне редко могут возникать симптомы непереносимости в виде зуда, покраснения кожи, прекращающиеся самостоятельно при отмене препарата.

Средство, созданное монахами

Имеется еще одно средство для лечения боли и воспаления в суставах для местного применения — жидкость кармолис, созданная монахами-кармелитами еще в XVI веке на основе альпийских трав. Жидкость (не путайте с каплями кармолис — они для ингаляций, смазывания висков при головной боли и пр.) наносят на больное место также 3–4 раза в день. Обезболивающий эффект развивается быстро, а уменьшение припухлости в области артрита становится заметным примерно через 2–3 недели.

Физиотерапевтические процедуры должен выбирать врач, так как для лечения артритов нельзя использовать некоторые физиотерапевтические методы (УВЧ, кварц, нагревательные процедуры, ванны с родоном или сероводородом), которые с успехом применяются для лечения артоза. Поэтому при таком виде лечения требуется врачебная оценка показаний и противопоказаний. ■



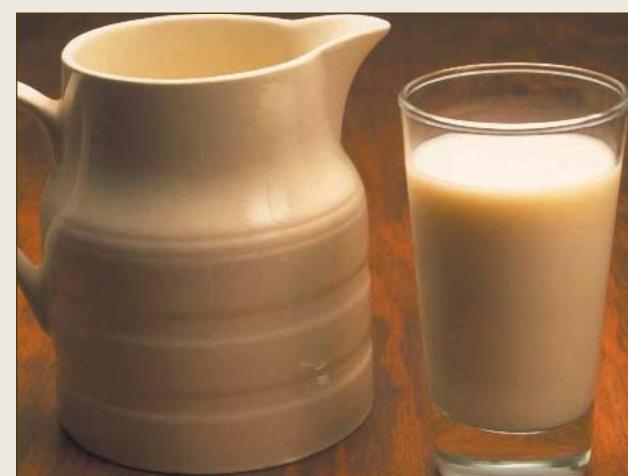
Известно, что нервные потрясения могут нарушить привычный режим питания. Некоторым людям в стрессовом состоянии отвратительна сама мысль о еде, у других возникает непреодолимая потребность все время что-то жевать. В США, где особо озабочены составом и качеством питания, установили восемь продуктов, употребление которых помогает справиться с ощущением тревоги и беспокойства.

Об этом опубликована статья в медицинском разделе портала yahoo. Все продукты вполне доступны и продаются также и в российских супермаркетах.

«ОВСЯНКА, СЭР!» Продукты, помогающие справиться со стрессом

1. Темный (горький) шоколад.

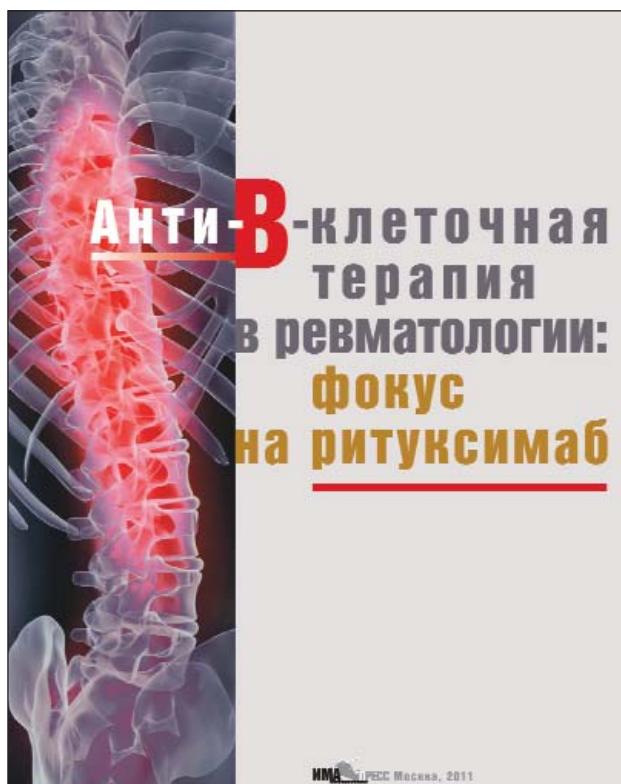
Шоколад богат флавоноидами, антиоксидантами, одно из свойств которых — успокаивающее воздействие на нервную систему (еще один источник флавоноидов — настой аптечной ромашки). Шоколад содержит также фенилэтиламин — вещество, улучшающее настроение. У людей, находящихся в состоянии депрессии, уровень фенилэтиламина чаще всего понижен, что оказывает на нервную систему неблагоприятное влияние. Чем темнее шоколад, тем он полезнее. Поэтому покупать следует те сорта шоколада, которые содержат не менее 70% какао.



2. Обезжиренное молоко.

Наши бабушки не случайно считали, что, выпив стакан теплого молока перед сном, ребенок лучше засыпает. Персонажи английской и американской художественной литературы, кстати, часто пьют перед сном молоко. Так что там это еще и традиционно. Сегодня ученые установили, что слегка подогретое молоко действительно дает успокаивающий эффект, причем в любом возрасте. Поскольку в развитых странах остро стоит проблема борьбы с избыточным весом и повышенным уровнем холестерина, речь идет об обезжиренном молоке. Одно из последних медицинских исследований показывает, что женщины, выпивающие ежедневно не менее четырех стаканов нежирного молока, вдвое меньше страдают от предменструального синдрома, чем те, кто пьет меньше молока или не пьет его вовсе.

НОВАЯ КНИГА

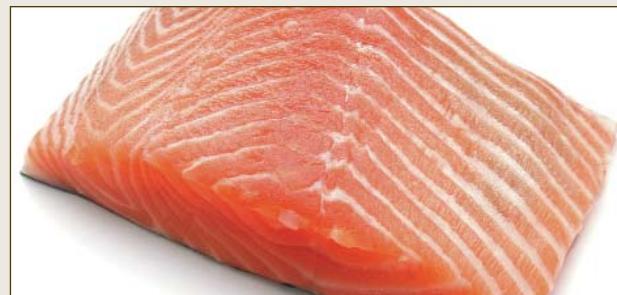


Продукты, помогающие справиться со стрессом



3. Овсянка.

Содержащиеся в овсянке углеводы стимулируют продукцию серотонина в организме. Серотонин — это гормон, ответственный за душевное состояние. Снижение уровня серотонина в клетках мозга может спровоцировать депрессию и мигрень (как правило, в тяжелой форме). Кроме того, овсянка богата пищевыми волокнами, в силу чего всасывается медленно. Поэтому, несмотря на то, что в овсянке много углеводов, ее употребление из-за медленного усвоения не ведет к нежелательному резкому выбросу сахара в кровь. Это качество овсянки обеспечивает возникновение чувства сытости, которое сохраняется достаточно долго.



4. Лосось

Последние исследования показывают, что содержащиеся во многих сортах рыбы семейства лососевых полиненасыщенные жирные кислоты омега-3, повышающие уровень серотонина в организме, могут помочь справиться со стрессом. Более того, эти кислоты ограничивают продуцирование адреналина и кортизола — гормонов, которые в избыточном количестве способны спровоцировать ощущение беспокойства.

5. Грецкий орех

У грецких орехов так много положительно действующих на организм свойств, что их необходимо включить в свой рацион в любом случае, особенно при избыточном уровне адреналина в крови. Американское управление контроля за продуктами питания и лекарствами (подразделение в структуре Министерства здравоохранения и социальных служб) рекомендует употреблять приблизительно 40 г грецких орехов в день.



6. Семечки

Семечки подсолнуха — прекрасный источник фолиевой кислоты, обладающей антидепрессивным действием. Фолиевая кислота стимулирует выработку дофамина, который нередко называют «гормоном счастья».

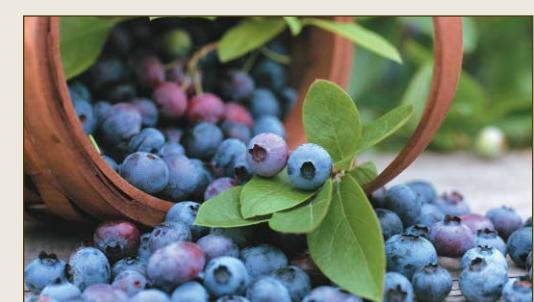


7. Шпинат

Шпинат и другая зелень (листовой салат и т.п.) содержат большое количество магния, способствующего повышению сопротивляемости организма стрессу.

8. Черника

Антиоксиданты, в больших количествах содержащиеся в чернике, помогают противостоять действию гормонов стресса.



Правильные ответы: 1 – В, 2 – А, 3 – Б, 4 – Б, 5 – А, 6 – А

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

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

Ритуксимаб (Мабтера) — химерные моноклональные антитела к трансмембранныму CD20-антителу В-клеток.

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

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

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

Издатель: ООО «ИМА-ПРЕСС»

Адрес редакции: 123104, Москва, а/я 68,
ООО «ИМА-ПРЕСС»
Телефон: (495) 941-99-61
e-mail: info@ima-press.net
www.ima-press.net

ИМА
ИЗДАТЕЛЬСТВО

Главный редактор
акад. РАМН Е.Л. Насонов

Шеф-редактор
С.М. Сухая

При перепечатке материалов
ссылка на газету обязательна.
Мнение редакции может не совпадать

с точкой зрения авторов публикуемых материалов.

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

Ревматология, 2012, №2 (2), 1–12

Отпечатано в типографии «Деком»