

«Нам нужно образовывать не только ревматологов, но и врачей общей практики»



Дмитрий Евгеньевич Каратеев — доктор медицинских наук, заместитель директора по научной работе ФГБУ «Научно-исследовательский институт ревматологии» РАМН.

— **Дмитрий Евгеньевич, насколько правильно масштаб распространения ревматологических заболеваний в нашей стране отражен в официальной статистике?**

— Официальная статистика РФ по ревматическим заболеваниям значительно расходится с реальной картиной: сотрудниками НИИ ревматологии РАМН в 2008–2010 годах в регионах страны были проведены опросы с последующим обследованием населения, которые показали, что действительные цифры вдвое-втрое выше.

Возьмем самое распространенное заболевание этой группы — остеоартроз. Он поражает преимущественно пожилых людей и в запущенной форме может приводить к необходимости протезирования суставов. Так вот, по официальным данным остеоартрозом болеют 2,5% россиян, а по нашим — 13%!

Ревматоидный артрит не входит в официальный перечень социальных болезней в нашей стране, хотя в мире он признается социально значимой патологией. Заболевание поражает людей трудоспособного возраста, между 30 и 60 годами. И государство теряет немалые деньги, если их ле-

чение начато не вовремя или ведется неправильно. По статистике ревматоидный артрит наблюдается у 0,25% российского населения, а у нас есть данные, что у 0,61%, то есть примерно у 800 тысяч человек.

Хотя, должен сказать, в Европе ситуация еще хуже: ревматоидным артритом страдает более 1% населения. Ювенильный артрит встречается, к счастью, реже — его распространенность составляет порядка 0,06%.

— **Изменилось ли течение ревматоидного артрита?**

— Заболевание протекает как прежде, иными стали подходы к лечению. Еще недавно оно зачастую основывалось на нестероидных противовоспалительных препаратах, обезболивающих средствах. За последние 15 лет было доказано, что больным с раннего этапа должна оказываться самая серьезная терапевтическая помощь, должны назначаться сильнодействующие препараты. Улучшилась диагностика, появились новые группы лекарств, что существенно способствовало улучшению исходов заболевания.

— **Насколько тесно ревматоидный артрит связан с осложнениями и сопутствующими заболеваниями?**

— С одной стороны, ревматоидный артрит часто сочетается с целым рядом сопутствующих заболеваний, таких как хронические инфекции, ожирение, сахарный диабет (обычно 2 типа), и они сами по себе ухудшают его течение.

С другой — наличие ревматоидного артрита как хронического иммуновоспалительного заболевания в значительной степени обуславливает раннее и быстрое развитие атеросклероза, ассоциируется с формированием артериальной гипертензии, может снижать сопротивляемость к инфекции. Это может показаться парадоксальным: при ревматоидном артрите иммунный ответ повышен, но возбуждающиеся иммунные клетки работают против собственных тканей. Как следствие, чаще развиваются хронические инфекции и даже повышается риск формирования ряда злокачественных опухолей, например лимфомы.

— **Каков отдаленный прогноз ревматоидного артрита? И чему следует уделить особенное внимание для его улучшения в России?**

— Для заболевания характерно стремительное развитие. Без адекватного лечения среднее время от первичного обращения пациента до инвалидизации составляет 5 лет. Длительность жизни больного сокращается на 7–8 лет как вследствие поражения иммунной системы, проявляющегося в воспалении суставов, так и за счет осложнений на внутренние органы, а также развития кардиологической патологии: атеросклероза, инфаркта и инсульта.

Поэтому при ревматоидном артрите крайне важно вовремя поставить диагноз и своевременно начать правильное лечение. Согласно европейским рекомендациям, заболевание должно быть диагностировано в течение трех месяцев после появления первых симптомов — это так называемое терапевтическое окно, или окно возможностей. Если болезнь захватить в самом начале, ее можно остановить или перевести в более легкую форму. В противном случае начинаются необратимые изменения суставов, требующие длительного лечения.

В нашей стране диагноз ревматоидного артрита даже в первые шесть месяцев с начала болезни верифицируется только у 18% пациентов. Многие не обращаются к врачу, как говорится, до последнего, но и попасть к специалисту не так-то просто. Врачей-ревматологов у нас крайне мало: один более чем на 100 тысяч населения, тогда как согласно Порядку оказания медицинской помощи по профилю «ревматология» должно быть в 2–3 раза больше. В РФ в ряде регионов вообще нет ревматолога, например на Чукотке, в Магаданской области, или имеются один-два специалиста на республику, как, например, в Тыве. Одной из причин нехватки специалистов является то, что в регионах ревматологи из-за низкой зарплаты переходят работать врачами общей практики.

А чем больше врачей-неспециалистов (терапевтов, неврологов, хирургов и так далее) участвуют в постановке диагноза больному ревматоидным артритом, тем меньше шансов, что этот диагноз будет установлен правильно (я уже не говорю — вовремя!). По данным нашего эпидемиологического исследования, если больной сразу попал к ревматологу, почти в 70% случаев диагноз устанавливался в течение первых шести месяцев. Если пациент «проходил» через длинный ряд врачей-неспециалистов, установление правильного диагноза занимало около двух лет.

Значит, нам нужно образовывать не только ревматологов, но и врачей общей практики. Участковый терапевт должен четко понимать, каких пациентов необходимо в первую очередь направлять к ревматологу.

— **Что бы Вы сегодня отнесли к главным российским проблемам лечебной практики в области ревматологии?**

— Недостаточность достойной ревматологической помощи и ее крайне неравномерное распределение; недостаточность финансирования; слишком бюрократизированную систему возмещения расходов на лечение; отсутствие преемственности между разными звеньями медицинской помощи (клиника, стационар, поликлиника) в связи с различием каналов финансирования.

Из средств ОМС оплачивается только дешевое лечение. Высокотехнологичная медицинская помощь требует отдельного финансирования, позволяющего лечить больного в стационаре. Но так как болезнь хроническая, после возвращения домой у человека начинаются проблемы: по одному каналу нет денег, по другому деньги есть, но их нельзя потратить. Чтобы получить средства через систему дополнительного лекарственного обеспечения, необходимо установление инвалидности. Если больной будет чувствовать себя хорошо (к чему мы стремимся), если он будет продолжать работать, бесплатного лекарства он не получит.

Имеются и проблемы, обусловленные недостаточной информированностью врачей: несоблюдение принципа активной терапии; значительная распространенность методов лечения, не соответствующих принципам доказательной медицины; неприменение в должной мере современных методов оценки активности болезни.

Во всем мире общепринятым методом диагностики ревматологических заболеваний является ультразвуковое исследование суставов, которое показывает, есть ли очаги воспаления в костной ткани. С его помощью удобно оценивать и результаты терапии. В западных клиниках это исследование выполняет врач-ревматолог. У нас данные специалисты в большинстве своем такими навыками не владеют. А врач ультразвуковой диагностики, в свою очередь, не может диагностировать заболевание на уровне ревматолога. Казалось бы, чего проще: обучить ревматологов работе на УЗИ-аппарате? Но у нас это нужно делать с отрывом на несколько месяцев от основной работы, чего практически никто не может себе позволить.

— **Несколько лет назад Россия присоединилась к международной инициативе T2T (Treat to Target — «Лечение до достижения цели») — первой инициативе по совершенствованию подходов к ранней диагностике и лечению пациентов с ревматоидным артритом. Расскажите об этом подробнее, пожалуйста.**

— Конечная цель T2T состоит в предоставлении ревматологам четких рекомендаций по определению целей терапии и критериев контроля заболевания в ежедневной клинической практике для предотвращения развития у пациентов необратимых изменений в суставах и стойкой инвалидности.

Задачи инициативы: принятие своевременных терапевтических решений по оптимизации результатов лечения; более активное вовлечение пациентов в процесс лечения; разработка новых международных стандартов лечения ревматоидного артрита; помощь в обеспечении доступности терапевтических ресурсов, где это необходимо и возможно.

В ее рамках создана концепция из четырех основополагающих принципов и десяти важнейших рекомендаций по терапии ревматоидного артрита. В документе впервые основной целью лечения определено достижение ремиссии у каждого пациента, в принципы терапии включено положение о необходимости создания партнерства с пациентом.

Среди положений программы для российской ревматологической практики особенно важны нацеленность на сохранение качества жизни и социальной активности (в противовес нередкой практике быстрого перевода на инвалидность); необходимость тщательного контроля за процессом лечения с использованием современных интегральных показателей активности болезни и, соответственно, повышение роли специалиста-ревматолога в системе оказания медицинской помощи. А также направленность на как можно более активное подавление воспалительного процесса с целью достижения ремиссии, что стало возможным с внедрением генно-инженерных биологических препаратов, и необходимость поддержания достигнутого улучшения при помощи целенаправленной терапии на протяжении всего заболевания (фактически в течение всей жизни больного), что требует повышения доступности лечебной помощи.

— **В прошлом году появился Общероссийский регистр пациентов с ревматоидным артритом. Что это дает медикам и пациентам сейчас и каковы перспективы его использования?**

— Раньше у нас существовали лишь лекарственные регистры. Но в ревматологии нет больных, которые лечились бы только одним препаратом: болезнь длится долго, схемы и подходы терапии меняются. Поэтому для полного понимания картины под научным руководством академика РАМН Е. Л. Насонова был создан регистр больных ревматоидным артритом. Пилотный этап проходил в первой половине прошлого года, а внедрен он с августа 2012-го. Сейчас в него уже внесены около трех с половиной тысяч человек.

Регистр призван служить весомым аргументом при диалоге с регуляторными органами. Кроме того, он позволил оценить методы терапии. Оказалось, что многие до сих пор получают устаревшее лечение, чаще, чем надо, назначаются гормональные препараты, поскольку не все врачи в регионах владеют современными знаниями.

Наши исследования показывают, что большинству пациентов с ранним ревматоидным артритом хорошо помогают обычные, сравнительно недорогие средства. У пациентов с запущенной стадией болезни тоже можно добиться хороших результатов, но это будет стоить в 5 раз дороже. Если же больной в течение 5–10 лет не получал правильного лечения и его суставы разрушены, то ему помогут только сложные и дорогостоящие хирургические вмешательства.

— **Что нового появилось за последние годы в отечественной и мировой ревматологии? Внедряются ли новые методы лечения в регионах и насколько они доступны населению?**

— Сейчас появились генно-инженерные биологические препараты, способные помочь даже самым тяжелым больным, если начать лечение вовремя. У нас их получают только около 5% больных, и такие данные получены не из обычных больниц, а из серьезных ревматологических центров, участвующих в работе регистра больных! При этом в США их назначают 20% пациентов, в Европе — 15–17%. Конечно, эти лекарства стоят дорого, но 15–20% больных нечувствительны к стандартным методам лечения.

В то же время бывают случаи, когда новейшие препараты назначаются необоснованно.

— **Как реформы российского здравоохранения могут сказаться на работе ревматологической службы?**

— Реформы призваны изменить финансирование, сделать его одноканальным: основная масса услуг и лекарств будет оплачиваться через один канал — ФОМС. Идея правильная, хотя каким образом она будет осуществляться на практике, сегодня сказать трудно. Пока для широкой общественности не очевидно, что пациенты при этом не пострадают.

Врачебное сообщество готово предоставить в Минздрав данные о средствах, необходимых для эффективной работы ревматологической службы, основанные на практическом опыте и анализе регистров больных артритом, в том числе ювенильным.

Специально для «Доктор.Ру» Жукова Е. О.