

## «Ревматоидный артрит — это «визитная карточка» ревматологии»



*Евгений Львович Насонов — академик РАМН, профессор, доктор медицинских наук, директор Федерального государственного бюджетного учреждения «Научно-исследовательский институт ревматологии» (ФГБУ «НИИР») РАМН, заслуженный деятель науки Российской Федерации, президент Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России», член правления Московского городского научного общества терапевтов, председатель ученого совета ФГБУ «НИИР» РАМН и специализированного диссертационного совета, главный внештатный специалист-ревматолог Минздравсоцразвития России, председатель Научного совета по ревматологии РАМН и Минздравсоцразвития России, член Американской коллегии ревматологов, главный редактор журнала «Научно-практическая ревматология», член редакционной коллегии журналов «Вестник РАМН», «Терапевтический архив», «Клиническая медицина» и других.*

*Е. Л. Насонов — автор около 600 печатных работ, в том числе Национального руководства по ревматологии и 14 монографий. Под его руководством защищены 8 докторских и 63 кандидатских диссертации.*

Насоновы — фамилия, с которой накрепко связана отечественная ревматология. В середине XX века у истоков этой науки в нашей стране стояла академик РАМН Валентина Александровна Насонова. Именно благодаря ее усилиям российская школа ревматологии была признана во всем мире.

К сожалению, в прошлом году Валентины Александровны не стало. Ее сын, Евгений Львович, вот уже 10 лет возглавляет главный ревматологический центр страны.

— **Преемственность в медицине — явление нередкое. Ваш выбор профессии — яркое тому подтверждение.**

— В моем случае это и так, и не так. Поначалу меня очень серьезно заинтересовала иммунология. Я не собирался заниматься лечением ревматических заболеваний. Точнее, смотрел на ревматологию как на серьезную составляющую современной иммунологии. Кстати, в этом подходе я не ошибся. Потому что, подчеркну, еще в конце XX века стало очевидно, что нарушения иммунной системы имеют фундаментальное значение в развитии подавляющего большинства заболеваний человека. А лекарства, способные восстанавливать нормальную функцию иммунной системы, помогают в лечении широчайшего круга заболеваний.

Мой интерес к ревматологии носил, с одной стороны, клинический характер: она дает много практического материала для врача. С другой стороны, были интересны механизмы развития ревматических болезней, их патогенеза, аутоиммунной составляющей — все то, чем я долгое время занимался, будучи заведующим лабораторией иммунологии в Кардиологическом центре.

Сейчас могу с уверенностью сказать, что тот опыт, который мы накопили в лечении ревматических болезней, имеет большое значение для прогресса медицины в целом. Их вообще можно считать «моделью» для изучения роли иммунной системы в развитии заболеваний человека.

— **Как Вы считаете, почему ревматология сформировалась в отдельное направление? Ведь аутоиммунных заболеваний очень много.**

— Вспомним: первый всплеск интереса к ревматологии был в 50-х годах XX века. Он был вызван открытием глюкокортикоидных препаратов. Во многом именно благодаря им ревматология и сформировалась как наука. А гормоны, несмотря на свои недостатки, до сих пор остаются жизненноспасающими препаратами.

Затем возник «период застоя». В 70-е годы заниматься ревматологией было не то что скучно — малоперспективно. Не было методов лечения. Увы, слишком часто мы тогда могли лишь наблюдать, как наши пациенты потихоньку становятся инвалидами.

Новый расцвет ревматологии пришелся на начало XXI века. И он тоже связан с созданием новых лекарственных средств. Причем те уникальные генно-инженерные биологические препараты, которые сегодня создаются и применяются нами на практике, со временем будут востребованы не только в ревматологии, включающей в себя более ста различных заболеваний, но и в лечении сердечно-сосудистых, эндокринных болезней, например сахарного диабета.

— **Верно ли, что основную массу пациентов ревматологического профиля составляют больные ревматоидным артритом?**

— К сожалению, это так! Сегодня ревматоидный артрит — «визитная карточка» ревматологии. По официальной статистике у нас в стране «всего лишь» 250 тысяч зарегистрированных пациентов. Когда же мы провели эпидемиологическое исследование в 20 регионах России, то выяснилось, что этим заболеванием страдает примерно 700 тысяч человек.

— **Почему, по Вашему мнению, неофициальные данные по ревматоидному артриту почти втрое превышают официальную статистику?**

— Тут надо понимать нюансы заполнения медицинской документации. Например, если у человека инфаркт миокарда и одновременно ревматоидный артрит, в историю вносится основной диагноз, который и учитывается при статистическом анализе.

Думаю, что наши «официальные» 250 тысяч человек — это пациенты с очень тяжелым течением ревматоидного артрита, которым требуется операция на суставах или необходимы очень дорогостоящие препараты.

— **Чаще ревматоидным артритом страдают женщины. Чем это объясняется?**

— У женщин вообще выше склонность к любым аутоиммунным заболеваниям. Эстрогены, в отличие от андрогенов, обладают большим иммуностимулирующим действием, поэтому иммунная система женщин более активна. Но платят они за это высоким риском срывов иммунологической толерантности. У них значительно чаще наблюдаются заболевания щитовидной железы, сахарный диабет — этими проблемами женщины страдают примерно в 3 раза чаще мужчин. Ревматоидный артрит не является исключением.

— **На что необходимо обращать внимание, чтобы не допустить формирования ревматоидного артрита? Можно ли снизить риск развития заболевания еще в детском возрасте?**

— Каких-то «стоцентных» признаков, равно как и наследственной предрасположенности в ее генетическом понимании, здесь нет. В Институт ревматологии с подобными бедами все чаще обращаются родители. Спрашивают, не они ли стали причиной проблем у их детей. Мы на этот вопрос отвечаем отрицательно. Да, «вклад» генетических факторов при ревматоидном артрите достигает подчас 50%. Но все-таки неверно считать, что заболевание передается по наследству, — в его основе всегда сложное сочетание генетических факторов и внешних воздействий, например курения, наличия хронических инфекционных заболеваний и т. д.

А самой действенной профилактикой я бы назвал раннюю диагностику ревматоидного артрита, которая позволяет нам эффективно помочь человеку и не допустить дальнейшего развития патологии. Но это очень трудная задача.

— **Почему заболевание сложно выявить на раннем этапе?**

— Сегодня медикам не прививают настороженного отношения к проблемам ревматоидного артрита. Увы, большинство не то что студентов, даже врачей общей практики не подозревают, что артрит одного-двух суставов — это сигнал беды. Что дальше пациентом должны заниматься ревматологи. Поэтому многие наши пациенты теряют время у невропатологов, хирургов, терапевтов, уходит драгоценное время... Причем это не только российская беда, такая проблема существует и в странах с традиционно развитой системой здравоохранения.

— **Успех лечения ревматоидного артрита зависит именно от ранней диагностики?**

— Без всякого сомнения! Насколько эффективными ни становились бы лекарства, упущенное время приводит к «запущенности» болезни, а значит, к необходимости пожизненной терапии, которая, помимо всего прочего, очень недешевая... Стоимость лечения ревматологических больных современными препаратами в настоящее время приближается к стоимости лечения онкологических пациентов — от 20 до 40 тысяч долларов в год.

А в случаях выявления ревматоидного артрита на этапе первых симптомов можно добиться ремиссии с помощью комбинированной терапии, в том числе с применением ингибиторов фактора некроза опухоли, и потом оставить пациента только на поддерживающей терапии стандартными лекарственными средствами.

— **У многих практикующих врачей к повсеместной доступности генно-инженерных препаратов отношение скептическое. Они считают, это удел отдаленного будущего.**

— Так недавно считали многие. И я тоже думал, что эти препараты будут внедрены в практику не раньше первой декады XXI века. А они появились на 10–15 лет раньше. И становятся все доступнее. Например, в государственную программу высокотехнологичной медицинской помощи в этом году включены еще два новых препарата.

Есть обратная сторона доступности. Я уверен, что назначать подобные препараты не может любой врач общей практики. Такое лечение — огромная ответственность, его должны осуществлять только высококвалифицированные специалисты, способные «мониторировать» пациентов. Биопрепараты — тоже не панацея, возможны и побочные эффекты. Значит, врачу нужны специфические знания в области иммунологии, фармакотерапии.

Еще один нюанс... В России на бесплатное лекарственное обеспечение имеют право инвалиды. Естественно, подавляющее их большинство — это тяжелые пациенты. Лечение таких больных должны заниматься специалисты-ревматологи!

— **Существуют ли направления, в которых отечественная ревматология опережает западную медицину?**

— У нас действительно очень развитая ревматология, а в советское время наша ревматологическая служба считалась лучшей в мире. Валентина Александровна Насонова была президентом Европейской противоревматической лиги. Это очень высокая оценка! Выше достижения для европейского ревматолога не существует.

К сожалению, 90-е годы нас серьезно остановили в развитии, особенно в области фундаментальных исследований. До сих пор ощущается колоссальная нехватка кадров. Многие высококвалифицированные специалисты уехали из страны.

Сейчас в европейской ревматологической «табели о рангах» мы занимаем достойное шестое место, уступая лишь «пятерке» общепризнанных лидеров Европейского союза. Поверьте, мы не успокаиваемся и не забываем о богатых традициях отечественной ревматологии!

*Беседовал Берестов С. А.*