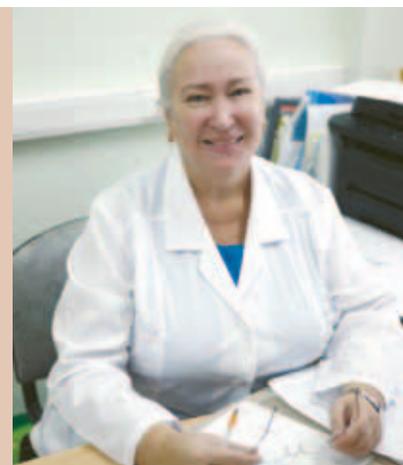




И.С. ДЫДЫКИНА: «Современная ревматология – это та область медицины, в которой сосредоточены самые передовые технологии молекулярной диагностики и лечения заболеваний»

Согласно последним данным, распространенность болезней костно-мышечной системы превысила таковую патологий сердечно-сосудистой системы. При этом болезни костно-мышечной системы преимущественно представлены неспецифической болью в спине, остеоартрозом и разными патологиями околосуставных мягких тканей. О факторах риска их развития, общих и отличительных чертах, основных подходах к терапии и инновациях в области диагностики, а также лечения рассказывает ведущий научный сотрудник лаборатории изучения коморбидных инфекций и мониторинга безопасности лекарственной терапии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой», к.м.н. Ирина Степановна ДЫДЫКИНА.



– Какова распространенность болезней костно-мышечной системы в нашей стране?

– По данным Росстата, в 2014 г. распространенность болезней костно-мышечной системы превысила распространенность сердечно-сосудистых заболеваний. При этом в структуре болезней костно-мышечной системы преобладают неспецифическая боль в спине, остеоартроз, а также патологии околосуставных мягких тканей – тендиниты, бурситы, теносиновиты, миалгии разной локализации. Анализ заболеваемости взрослого населения России за 2015–2016 гг. показал, что общее число больных достигло 16,6 млн, в том числе 4 285 464 с диагнозом «остеоартроз», что составило 3646,3 случая на 100 тыс. На первичную заболеваемость приходится 683,4 случая на 100 тыс. взрослого населения. В России остеоартроз занимает девятое место среди причин снижения качества жизни. Больше половины таких больных старше трудоспособного возраста. Однако большинст-

во исследователей отмечают, что в последние годы болезнь помолодела. Так, в настоящее время клинические и рентгенологические признаки остеоартроза отмечаются у лиц в возрасте 30–40 лет и даже моложе. Согласно данным эпидемиологических исследований российских ученых, остеоартрозом коленного и/или тазобедренного суставов страдает 13% населения старше 18 лет. Поэтому считают, что данные официальной статистики не в полной мере отражают истинную заболеваемость.

Прогнозы экспертов в отношении болезней костно-мышечной системы неутешительные. Предполагают, что к 2050 г. во всех возрастных группах произойдет увеличение числа пациентов в два-три раза.

– Существуют ли особенности распределения нозологий в мужской и женской популяции?

– Различия между нозологическими формами, безусловно, существуют. Так, анкилозирующий спон-

дилит (болезнь Бехтерева) чаще встречается у молодых мужчин, а системная красная волчанка – у женщин. Соотношение пациентов мужского и женского пола, страдающих ревматоидным артритом, составляет примерно 1:9.

– С какими факторами риска ассоциируется развитие болезней костно-мышечной системы?

– Обсуждая факторы риска возникновения и прогрессирования болезней костно-мышечной системы, в первую очередь следует отметить роль системных факторов, таких как возраст, пол, расовые и национальные особенности, гормональный статус, генетическая обусловленность, питание (в частности, недостаток потребления макро- и микроэлементов, витаминов, белков), коморбидные состояния. К локальным факторам, на которые в настоящее время стали обращать больше внимания, относятся предшествующие повреждения и травмы, слабость связочного аппарата, неправильная ось сус-



Актуальное интервью

тава, гипермобильность, врожденная дисплазия. Однако их негативных последствий можно избежать при своевременном назначении лечебно-профилактических мероприятий.

– Каковы особенности течения наиболее распространенных ревматических заболеваний – остеоартроза, спондилоартрита, ревматоидного артрита, подагры?

– Для большинства болезней костно-мышечной системы характерно возникновение острой или хронической боли в суставах, а также периартикулярных мягких тканях. Течение болезней костно-мышечной системы сопровождается функциональными нарушениями, ограничением самообслуживания, нарушением сна, снижением качества жизни, возникновением тревоги, депрессии, обострением коморбидных состояний, что приводит к снижению трудоспособности и инвалидизации.

– Можно ли утверждать, что болезни костно-мышечной системы представляют собой бремя не только для пациентов, но и для страны?

– Да, несомненно. Затраты на лечебные и реабилитационные мероприятия чрезвычайно велики. Поэтому они являются социально-экономическим бременем для экономики любой страны, в том числе России. Так, в США финансовые потери из-за лечения хронической боли составляют 240 млрд долл. в год, 75% из них – выплаты по инвалидности.

– Каковы диагностические критерии таких заболеваний?

– Принципиальное значение для диагностики и дифференциальной диагностики имеет вовлечение в патологический процесс суставов (крупных, средних, мелких), симметрично или асимметрично расположенных, нижних или верхних конечностей и многое другое.

– На чем должен основываться выбор терапии?

– Выбор лечения предполагает учет факторов риска развития заболевания, возраста пациента, спектра коморбидных состояний, локализации и степени выраженности изменений в суставе (суставах), фенотипа патологии, анализ доказательной базы эффективности и безопасности препаратов, которые планируется использовать. Всем пациентам обязательна ортопедическая коррекция (использование наколенников, реклинаторов, фиксаторов для суставов и др.).

Терапия прежде всего должна быть направлена на уменьшение боли и улучшение функционального состояния.

Как известно, прием анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов сопровождается развитием серьезных неблагоприятных реакций, особенно у пациентов пожилого возраста.

Назначение анальгетиков, в первую очередь нестероидных противовоспалительных препаратов, ограничено или противопоказано пациентам с высоким риском тромбоэмболических осложнений (неконтролируемая артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий, прием пероральных антикоагулянтов, состояние после перенесенного инфаркта миокарда, инсульта, тромбоза), с хронической болезнью почек, язвой желудка или желудочно-кишечным кровотечением в анамнезе, бронхиальной астмой и др. Указанной категории больных должны быть назначены локальные средства и/или препараты с центральным механизмом действия.

При назначении и длительном применении НПВП необходим строжайший контроль состояния. Важно отслеживать уровень печеночных ферментов, креатинина и мочевины в сыворотке крови, а также других показателей крови и мочи.

По достижении эффекта или возникновения неблагоприятных реакций показана своевременная отмена препаратов.

Необходимо отметить, что в 2014 г. эксперты Европейского общества по клиническим и экономическим аспектам остеопороза и остеоартрита (European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis – ESCEO) предложили единый алгоритм лечения остеоартроза, который успешно внедрен в России. Алгоритм ESCEO позволяет обновлять и адаптировать принципы лечения (исходя из анализа доказательной базы), определять приоритетность мероприятий (в зависимости от клинических проявлений заболевания), эффективность проводимой терапии с учетом коморбидности.

Данный алгоритм поможет не только ревматологам, но и врачам других специальностей ориентироваться в многочисленных методах лечения остеоартроза и выбирать адекватную терапию на разных стадиях заболевания.

– Сегодня остеопороз рассматривается не только как самостоятельное заболевание, но и как осложнение большинства ревматических патологий, в том числе ревматоидного артрита. Каков механизм развития вторичного остеопороза?

– Действительно, ревматоидный артрит относится к заболеваниям, ассоциированным с возникновением и прогрессированием остеопороза. Хроническое аутоиммунное воспаление при ревматоидном артрите индуцирует патологические изменения в костной ткани. Одним из наиболее ранних рентгенологических признаков патологии является периартикулярный остеопороз, возникающий вследствие активации и избыточной продукции остеокластов. Гиперостеокластогенез и ингибирование костеобразования при ревматоидном артрите – резуль-

Ревматология



Актуальное интервью

тат активации Т-лимфоцитов и выработки провоспалительных цитокинов, прежде всего интерлейкинов 1 и 6, а также фактора некроза опухоли α . Это приводит к разобщенности процессов костного формирования и резорбции, усилению остеокластогенеза, локальной и генерализованной потере костной ткани, которая сопровождается снижением минеральной плотности кости, изменением ее качества, микроархитектоники, возникновением вторичного остеопороза и переломов костей скелета. Длительное (более трех месяцев) использование глюкокортикостероидов для подавления аутоиммунного воспаления при ревматоидном артрите вносит дополнительный вклад в нарушение ремоделирования кости и снижение ее качества. Начальная фаза потери костной ткани связана с повышением активности остеокластов и увеличением костной резорбции, последующая – с подавлением активности остеобластов и уменьшением костеобразования. Непрямое влияние глюкокортикостероидов на кость заключается в снижении абсор-

бции кальция в кишечнике, повышении его экскреции с мочой, гипогонадизме и др.

Необходимо отметить, что в настоящее время существуют как отечественные, так и зарубежные алгоритмы ведения больных с вторичным, в том числе индуцированным глюкокортикостероидами, остеопорозом. Данные алгоритмы широко представлены в средствах массовой информации, на сайтах Научно-исследовательского института ревматологии им. В.А. Насоновой, Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии, Ассоциации ревматологов России, Российской ассоциации остеопороза и др.

– Какие инновации в области диагностики и лечения ревматических заболеваний заслуживают особого внимания?

– Прежде всего это расширение спектра высокоэффективных современных препаратов для лечения системных заболеваний соединительной ткани, изменение принципов применения метотрексата (основной препарат для лечения ревматоидного артрита). Речь,

в частности, идет о быстрой эскалации дозы для достижения эффекта.

Использование в последние 10–15 лет генно-инженерных биологических препаратов (антитела к фактору некроза опухоли, интерлейкину 6 и целому ряду провоспалительных цитокинов или их рецепторов) позволило не только улучшить прогноз ранее неизлечимых больных, но и разработать новую терапевтическую стратегию – лечение до достижения цели, добиться ремиссии у большинства пациентов.

В настоящее время генно-инженерные биологические препараты применяются при лечении остеопороза. В ближайшем будущем они могут пополнить арсенал средств для лечения остеоартроза. Кроме того, разработаны строгие диагностические критерии и эффективные лечебные мероприятия для ряда аутоиммунных и иммуновоспалительных болезней.

Сегодня по праву можно сказать, что современная ревматология – это та область медицины, в которой сосредоточены самые передовые технологии молекулярной диагностики и лечения заболеваний. ☺



• конференции • выставки • семинары •

Агентство медицинской информации «Медфорум» – ЭКСПЕРТ в области образовательных проектов для **ВРАЧЕЙ** различных специальностей, **ПРОВИЗОРОВ** и **ФАРМАЦЕВТОВ**. Мы работаем **ПО ВСЕЙ РОССИИ!**

- Москва • Астрахань • Волгоград • Воронеж • Дмитров • Калининград •
- Красноярск • Нижний Новгород • Одинцово • Оренбург • Подольск • Санкт-Петербург •
- Самара • Солнечногорск • Ставрополь • Ярославль •

**Организация профессиональных медицинских форумов
для врачей, провизоров и фармацевтов.
Более 100 мероприятий в год в 25 регионах России!**

(495) 234 07 34

www.medforum-agency.ru