

Ревматоидный артрит не входит в официальный перечень социальных болезней, хотя в мире он считается социально значимым заболеванием. Оно в основном поражает людей трудоспособного возраста, между 30 и 60 годами, причём треть из них – это 40-летние пациенты. И государство теряет немалые деньги, если их лечение начато не вовремя или ведётся неправильно.

Как обстоит дело с ревматоидным артритом в нашей стране? Что нового появилось за последние годы в мировой и отечественной ревматологии, каковы перспективы её развития?

Об этом мы попросили рассказать заместителя директора по научной работе НИИ ревматологии РАМН профессора Дмитрия КАРАТЕЕВА.

Статистика и жизнь

Официальная статистика по заболеваемости ревматоидным артритом значительно отличается от подлинной картины. Нашим институтом в 2008–2010 гг. в регионах страны были проведены опросы с последующим обследованием жителей, которые показали, что реальные цифры в 3 раза выше, чем в официальных документах.

Возьмём самое распространённое 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 болеет 2,5% россиян, а по нашим – 13%! Ревматоидный артрит, по статистике, наблюдается у 0,25% населения, а у нас есть данные, что у 0,61%, то есть примерно у 800 тыс. человек.

Хотя, должен сказать, в Европе эта цифра ещё выше: ревматоидным артритом страдает 1% населения.

Для этого заболевания характерно стремительное развитие. Среднее время от обращения до инвалидизации – 5 лет. Длительность жизни сокращается на 7–8 лет, как за счёт поражения иммунной системы, проявляющейся в воспалении суставов, так и за счёт осложнений на внутренние органы, что способствует развитию атеросклероза, инфаркта и инсульта.

При этом в стране врачей-ревматологов крайне мало: 1 на 100 с лишним тысяч населения, хотя, согласно порядку оказания медицинской помощи, их должно быть в 2–3 раза больше. Одной из причин является то, что в регионах ревматологи из-за низкой зарплаты переходят работать врачами общей практики.

В результате только у 18% больных диагноз верифицируется в первые 6 месяцев с начала болезни. А согласно европейским рекомендациям, диагноз должен быть установлен в 3 первых месяца от появления первых симптомов болезни. Это – так называемое терапевтическое окно, или окно возможностей. Если болезнь захватит в самом начале, её можно остановить или перевести в более лёгкую форму. В противном случае начинаются необратимые изменения суставов, требующие длительного лечения.

У нас вовремя диагноз ставят менее чем 20% пациентов. Многие не обращаются к врачу, как говорится, до последнего, но и попасть к специалисту не так-то просто. В ряде регионов (например, на Чукотке, в Магаданской области) вообще нет ревматолога или 1–2 на всю республику, как, например, в Туве.

Проблемы и решения

Пора раскрыть окна наших возможностей

Чего явно не хватает отечественной ревматологии



А чем больше врачей-специалистов (терапевтов, неврологов, хирургов и т.п.) участвует в постановке диагноза больному с ревматоидным артритом, тем меньше шанс, что этот диагноз будет установлен правильно (я уже не говорю – вовремя!). По нашим данным, в этом случае шанс реального диагноза снижается на 23%. А если человек попадал сразу к ревматологу, правильный диагноз ставился в 70% случаев.

Поэтому нам нужно образовывать не только ревматологов, но и врачей общей практики. Участковый терапевт должен быть ориентирован на то, каких пациентов нужно отправлять к ревматологу в первую очередь.

За что хвататься

Проблемы лечебной практики в России таковы: это недостаточность достойной ревматологической помощи и её крайне неравномерное распределение; слабое финансирование; слишком бюрократизированная система возмещения расходов на лечение; отсутствие преемственности между разными звеньями медицинской помощи (клиника, стационар, поликлиника) в связи с различием каналов финансирования.

Так, ОМС оплачивает только дешёвое лечение. Высокотехнологичная медицинская помощь требует отдельного финансирования, которое позволяет лечить больного в стационаре. Но так как болезнь хроническая, после возвращения домой у человека начи-

наются проблемы: по одному каналу нет денег, по-другому деньги есть, но их нельзя потратить. Для того чтобы получить средства через систему ДЛО, необходимо установление инвалидности.

Таким образом, если больной будет чувствовать себя хорошо (к чему мы стремимся), если он будет продолжать работать, бесплатного лекарства он не получит.

Существуют и проблемы, об-

артитом. Конечной целью Т2Т является предоставление ревматологам чётких рекомендаций по определению целей терапии и критериев контроля заболевания, применимых в ежедневной клинической практике для предотвращения развития у пациентов необратимых изменений в суставах и стойкой инвалидизации. Девиз Т2Т: «Ставя задачи, достигая цели – улучшать жизни».

Задачей инициативы явля-

Незаменимый регистр

Важную роль в организации работы может сыграть создание регистра больных. Раньше у нас существовали только 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 мы решили создать регистр паци-

ется 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 её рамках создана концепция, состоящая из 4 основополагающих принципов и 10 важнейших рекомендаций по терапии ревматоидного артрита.

Основная цель лечения впервые была определена как достижение ремиссии у каждого пациента. Кроме вопросов организации лечебной тактики, эти принципы впервые включают положение о необходимости создания партнёрства с пациентом.

Для российской ревматологической практики особенно важны следующие положения этой программы: нацеленность на сохранение качества жизни и социальной активности (в противовес нередко имеющей место 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 – всей жизни больного), что диктует необходимость улучшения доступности лечебной помощи.

Участие России в инициативе Т2Т активно поддержано российским врачебным сообществом на съезде ревматологов в Ярославле и заседании экспертного совета по ревматологии.

Пилотный этап проходил в первой половине прошлого года, а внедрён он с августа 2012 г. И сейчас в него уже внесено около 2,5 тыс. человек.

Мы надеемся, что регистр будет весомым аргументом при диалоге с нашими регулирующими органами.

Кроме того, регистр позволил оценить и препараты, которые получали больные. 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.

Сейчас появились генно-инженерные биологические препараты, способные помочь даже самым тяжёлым больным, если начать лечение вовремя. У нас их получают только 5,5% больных. (Самое удивительное, что такие данные не из обычных больниц, а из серьёзных ревматологических центров!). При этом в США их назначают 20% пациентов, в Европе – 15–17%.

Конечно, это лечение дорогостоящее, но примерно 15–20% больных оказываются не чувствительными к стандартным методам лечения.

В то же время, есть случаи, когда некоторым больным новейшие препараты назначаются необоснованно.

Поэтому назрела необходимость в таких фармакоэкономических исследованиях, которые дали бы возможность оценить стоимость и экономическую эффективность лечения, и должны они проводиться на государственном уровне в рамках модернизации здравоохранения.

Записала Алена ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.