



Евгений Насонов: «Я СМОТРЮ В БУДУЩЕЕ С ОПТИМИЗМОМ»

Как известно, ревматические заболевания занимают одно из первых мест в «рейтинге» болезней человечества. Исходами их часто становятся ранняя инвалидизация, потеря трудоспособности и преждевременная смерть. Учитывая, что количество ревматологических больных с каждым годом растет, можно без преувеличения сказать, что проблема приобретает общенациональный масштаб. И все же повод для оптимизма есть. Об этом мы беседуем с президентом Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России», директором ФБГУ «НИИР им. В.А. Насоновой» РАМН, главным внештатным специалистом-ревматологом Минздрава России академиком РАМН, профессором Евгением Львовичем Насоновым.

– Евгений Львович, согласно статистике, несколько миллионов людей в России страдают ревматическими заболеваниями. Насколько эти данные отражают реальную ситуацию?

– В целом, по оценке Минздрава, более 16 млн человек страдают болезнями опорно-двигательного аппарата. К ним относят заболевания, которые лечат не только ревматологи, но и невропатологи, травматологи, физиотерапевты, реабилитологи, а также другие специалисты. Число больных собственно ревматическими заболеваниями также достаточно велико – около 2–3 млн человек, причем эти цифры могут быть даже занижены. Причина заключается в несовершенстве нашей статистики: дело в том, что учет ведется по наиболее опасным для жизни заболеваниям, поэтому многих пациентов не включают в статистические отчеты, если у них есть другая патология – кардиоваскулярная или онкологическая.

– С чем связана такая высокая заболеваемость?

– Это характерно не только для России. Высокий уровень заболеваемости наблюдается во всем мире. Существуют распространенные болезни, такие как артериальная гипертензия, сахарный диабет, в этом же ряду – заболевания опорно-двигательного аппарата, развитие которых связано с хроническим воспалительным процессом. Если говорить о проблеме в более широком аспекте, то в XXI в. стало очевидно, что хронический воспалительный процесс может лежать в основе различных заболеваний – кишечника, печени, эндокринной системы, сердечно-сосудистой системы. Наиболее ярким примером хронического воспалительного процесса являются ревматические заболевания, которые характеризуются системным поражением органов и тканей. При этом нельзя забывать, что ревматические заболевания поражают лиц молодого и среднего возраста (т. е. трудоспособных людей) и могут приводить к инвалидизации и преждевременной смерти, что представляет собой очень серьезную социальную проблему.

– Что в большей степени определяет риск развития ревматических заболеваний – наследственность или внешние факторы?

– Вне всяких сомнений, генетические факторы играют очень большую роль. Сегодня благодаря возможностям геномного скрининга вклад генетических факторов в развитие хронических воспалительных заболеваний доказан. Однако он составляет не более 20%, а 80% приходится на различные и до конца еще не изученные факторы внешней среды, которые могут накапливаться на протяжении всей жизни человека. При этом сами по себе они могут быть относительно безопасными (к примеру, некоторые вирусные инфекции), но в сочетании с генетическими нарушениями приводят к развитию того или иного воспалительного заболевания.

– Существуют ли гендерные отличия в распространенности ревматических заболеваний?

– Уровень заболеваемости практически всеми хроническими воспалительными аутоиммунными заболеваниями выше среди лиц женского пола. Хотя есть и исключения. Например, анкилозирующий спондилоартрит, в России больше известный как болезнь Бехтерева, чаще встречается у мужчин. Известно, что половые гормоны – как мужские, так и женские – оказывают влияние на иммунную систему. Эстрогены обладают определенным иммуностимулирующим эффектом – это объясняет, почему женщины в целом более резистентны к инфекционным заболеваниям, чем мужчины. Но «плата» за это выражается в том, что реакции иммунного ответа у женщин протекают более бурно, и это может приводить к развитию ревматических заболеваний. В определенные периоды жизни, например в перименопаузу, когда в организме происходят гормональные перестройки, эстрогены в сочетании с генетическими и другими факторами могут способствовать развитию хронического воспаления.

– Успех в лечении любого заболевания, как известно, зависит от своевременного начала терапии, а это, в свою очередь, связано с проблемой ранней диагностики. Как обстоят дела с выявляемостью ревматических заболеваний в нашей стране?

– В целом ситуация с диагностикой неплохая благодаря большому числу квалифицированных врачей, проявляющих «ревматологическую настороженность». Тем не менее нередко приходится видеть очень тяжелых больных, которые никогда не наблюдались у ревматологов, не получали никакого лечения, в результате чего они становятся пациентами хирургических отделений. В России не хватает ревматологов, даже если ориентироваться на наши скромные стандарты оказания медицинской помощи. Согласно принятым Минздравом нормам, стране требуется около 3 тыс. ревматологов, у нас же сейчас примерно 1,4 тыс. (1 ревматолог на 100 тыс. населения) – это менее 50% от необходимого числа. Кроме того, приходится констатировать, что очень несовершенна система подготовки врачей – страдает как вузовское, так и постдипломное образование. К примеру, существуют определенные требования: раз в 5 лет врач должен пройти цикл повышения квалификации. Но за это время в любой области медицины, включая ревматологию, все меняется кардинально. Понятно, что, если учиться раз в 5 лет, врач не в состоянии будет оказывать квалифицированную помощь из-за отсутствия необходимых знаний. Сегодня на уровне министерства здравоохранения предпринимаются определенные усилия для исправления этой ситуации, но предстоит еще очень многое сделать. Должны быть разработаны программы и приняты новые стандарты постдипломного образования. Причем к этой работе необходимо привлечь максимально широкие круги медицинской общественности – не только специализированные кафедры, но и исследовательские институты, профессиональные ассоциации. И все же следует сказать, что только

путем улучшения системы подготовки кадров проблему не решить. Должны существовать еще какие-то стимулы, в т. ч. и материальные, – ведь не секрет, что узкие специалисты получают зарплату меньше, чем врачи широкого профиля, а нагрузка у них очень большая.

– В свое время в СССР существовала неплохая ревматологическая служба...

– К счастью, она сохранилась почти на всей территории страны. Кроме Москвы, я мог бы назвать еще с десяток регионов, где ревматологическая служба достаточно сильна. Однако в целом ситуация очень непростая – необходимы организационные мероприятия, которые будут поддерживаться государством. Они включают создание регистров, осуществление крупных программ, а не только финансирование закупок лекарств, хотя это крайне важно.

В 2002–2003 гг. наш институт инициировал создание сети центров терапии ГИБП. Они задумывались как интеллектуальные центры, где пациенты в течение длительного времени будут наблюдаться опытными ревматологами, постоянно взаимодействующими с нашим институтом и другими крупными ревматологическими центрами страны, где будут созданы регистры больных, получающих генно-инженерные препараты. Пока это делается на общественных началах в рамках Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России». В настоящий момент эти центры не финансируются, но, во всяком случае, мы сумели добиться того, что они получили статус официальных структур в новом Порядке оказания медицинской помощи по ревматологии. Конечно, существует очень много технических и организационных проблем, но, по крайней мере, мы понимаем, в каком направлении двигаться.

Что же касается финансирования, то, к сожалению, тех средств, которые выделяет государство, катастрофически не хватает. Специализированная помощь у нас финансируется недостаточно – и это касается не только ревматологии, но и других терапевтических специальностей. Но XXI в. – это век специализированной помощи, и это очень хорошо понимают на Западе. Ведь, согласитесь, трудно представить себе врача общей практики, который лечит онкологические или тяжелые ревматические заболевания, например системную красную волчанку или ревматоидный артрит.

Отдельный вопрос – обеспечение больных препаратами генно-инженерной терапии. В течение многих лет средства на закупку новых лекарственных препаратов выделяются в рамках программы оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Если же финансирование будет осуществляться только через систему ОМС, думаю, неизбежно возникнут проблемы. Поскольку есть очень тяжелые категории больных: пациенты, нуждающиеся в гемодиализе, больные с гепатитом С, наконец, онкологические больные, на лечение которых деньги будут выделяться в первую очередь. А до наших пациентов-хроников, я боюсь, очередь просто не дойдет. И это будет настоящая трагедия, если больному, у которого удалось добиться хорошего эффекта, придется прервать

лечение, и буквально за 2–3 месяца он вернется в состояние инвалидности. Тогда все колоссальные материальные и человеческие затраты будут потрачены впустую. Мы очень этого боимся.

И все же хочу подчеркнуть, что, несмотря на все проблемы, уровень российской ревматологии в целом не уступает среднестатистическому уровню ревматологии в США и странах Западной Европы. У нас очень много грамотных, вдумчивых врачей, которые хорошо знакомы с последними достижениями в области медицины, следят за публикациями в ведущих мировых медицинских журналах, принимают участие в международных проектах. Мы в состоянии оказывать помощь пациентам на самом высоком уровне. И наша задача – максимально рачительно и качественно использовать те ресурсы (пусть и небольшие), которые выделяет государство.

– Если говорить о лечении ревматических заболеваний – что нового появилось в этой области за последние годы?

– Вообще, проблема лечения любого заболевания включает два аспекта – стратегию и тактические меры, направленные на ее реализацию. Вне всяких сомнений, стратегия должна быть направлена на раннее выявление заболевания и раннее начало терапии. Именно такой подход позволяет эффективно бороться с любой болезнью. В XXI в. это, пожалуй, имеет даже большее значение, чем появление новых препаратов. С другой стороны, мы понимаем, что без применения новых серьезных методов прогресс в лечении хронических воспалительных ревматических заболеваний вряд ли достигим.

– Один из таких методов – терапия генно-инженерными препаратами. В чем ее преимущества и отличия от стандартной терапии?

– Важно отметить, что эти методы не исключают, а дополняют друг друга. Рациональное использование современных дорогостоящих и более доступных для населения традиционных препаратов является залогом успеха в снижении уровня инвалидности и увеличении продолжительности жизни больных. Генно-инженерные биологические препараты (ГИБП) появились благодаря успехам фундаментальной биологии и медицины. Были более детально изучены механизмы развития воспаления, идентифицированы определенные молекулы – цитокины и другие мишени терапии. С целью воздействия на эти стратегически важные для развития хронического воспаления медиаторы разрабатываются специальные лекарственные препараты, которые представляют собой моноклональные антитела к фактору некроза опухолей, интерлейкинам (ИЛ-6, ИЛ-1) и т. д. либо подавляют активность клеток, их синтезирующих. В отличие от ГИБП эффективность подавляющего большинства традиционных противоревматических препаратов была установлена эмпирическим путем. Несмотря на широкое применение, точный механизм их действия до сих пор неизвестен. Метотрексат, который является золотым стан-

дартом лечения ревматоидного артрита и применяется в ревматологии уже около 50 лет, изначально не создавался как противоревматический препарат, в отличие от глюкокортикоидов, которые специально были разработаны для лечения ревматоидного артрита, а уже потом стали использоваться в других областях медицины. Традиционные препараты достаточно эффективны (особенно при раннем применении) у определенной популяции больных, благодаря чему удается отсрочить наступление инвалидности, улучшить все параметры качества жизни, не прибегая к использованию более дорогостоящих средств. В то же время осознание значимости проблемы ревматических заболеваний способствовало всплеску интереса к созданию новых препаратов. В этом отношении ревматология занимает особое место – это вторая после онкологических заболеваний область медицины, в которой быстро появляются новые лекарства. ГИБП обладают определенными преимуществами и часто оказываются эффективными у пациентов, которым не помогает традиционная терапия. С другой стороны, это дорогостоящие лекарства, и их применение требует тщательного контроля и мониторинга. Поэтому оптимальным подходом к лечению ревматических заболеваний является сочетание ранней диагностики и стратегии treat-to-target (лечение до достижения цели).

Помимо ГИБП существует еще одно новое направление – создание препаратов на основе химического синтеза, в частности ингибиторов внутриклеточных сигнальных молекул, которые смогут если не заменить, то существенно расширить арсенал лечения хронических воспалительных заболеваний. Со временем такие препараты должны стать более дешевыми, чем ГИБП, поскольку производственный цикл значительно проще. Также немаловажно, что они будут выпускаться в более удобной для пациента форме – в виде таблеток. И это тоже примета времени: забота не только об эффективности терапии, но и о том, чтобы пациенту было комфортно. Кроме того, отсутствие необходимости во внутривенных манипуляциях снижает нагрузку на врачей и медсестер.

Подводя небольшой итог, хочется отметить, что ревматология сейчас развивается во многих направлениях: совершенствуется тактика лечения, исследуются новые биомаркеры, которые позволяют выявить болезнь на самой ранней стадии, развиваются инструментальные методы диагностики – МРТ, УЗИ суставов. И, как я уже сказал, большое внимание уделяется повышению приверженности пациента к лечению.

– Можно ли сказать, что эти ингибиторы сигнальных молекул – будущее ревматологии?

– Я отношусь к этому с осторожным оптимизмом. Нельзя сказать, что эти препараты, по крайней мере те, которые уже зарегистрированы в России, произвели какой-то переворот в ревматологии: по эффективности они не превосходят ГИБП. Однако они позволяют сделать лечение более удобным и дешевым, что очень важно, поскольку бремя ревматических заболеваний, даже для таких развитых стран, как США, стра-

Он не редкий, он особенный



И Л А Р И С®

Ингибитор интерлейкина 1-β (канакинумаб 150 mg)

**Быстрая и продолжительная ремиссия симптомов
у пациентов с CAPS* после первого введения^{1,2}**

CAPS – КРИОПИРИН-АССОЦИИРОВАННЫЙ ПЕРИОДИЧЕСКИЙ СИНДРОМ³

- **FCAS⁺** – Семейный холодовой аутовоспалительный синдром
- **MWS⁺⁺** – Синдром Макл-Уэльса
- **NOMID/CINCA^{**}** – Младенческое мультисистемное воспалительное заболевание

*CAPS – Cryopyrin-Associated Periodic Syndrome

+FCAS – Familial Cold Autoinflammatory Syndrome

**MWS – Muckle-Wells-Syndrome

** NOMID/CINCA – Neonatal Onset Multisystem Inflammatory Disease/ Chronic Infantile Neurological, Cutaneous and Articular Syndrome

CCBY-NC 4.0. 1. Lachmann HJ et al. Use of Canakinumab in the cryopyrin-Associated periodic syndrome. *N Engl J Med* 2009; 360: 2416-25. 2. Kone-Paul J et al. Sustained remission of symptoms and improved health-related quality of life in patients with cryopyrin-associated periodic syndrome treated with canakinumab: results of double-blind placebo controlled randomised withdrawal study. *Arthritis Research & Therapy* 2011; 13:R202. 3. Инструкция по медицинскому применению препарата Иларис.

Краткое описание ИЛАРИС®. Лекарственная форма Иларис® (канакинумаб), инфузионный раствор для подкожного введения 150 мг. Показания: Острый подгратический артрит. • Лечение частых острых приступов подгратического артрита и предупреждение развития новых приступов при неэффективности, непереносимости или при наличии противопоказаний к применению нестероидных противовоспалительных препаратов и/или колхицина и при невозможности проведения терапии повторными курсами глюкокортикостероидов. Криопирин-ассоциированный периодический синдром (CAPS) у взрослых и детей в возрасте ≥ 2 лет и старше, включая: • Семейный холодовой аутовоспалительный синдром (FCAS/ Семейная холодная крапивница (FCU)), • Синдром Макл-Уэльса (MWS), • Младенческое мультисистемное воспалительное заболевание (NOMID/ Хронический младенческий неврологический кожно-артикулярный синдром (CINCA)). Активная фаза системного ювенильного идиопатического артрита (сЮИА) у детей в возрасте ≥ 2 лет и старше. Способ применения и дозы. • Для пациентов с CAPS (взрослых и детей): 150 мг для пациентов ≥ 4 лет с массой тела более 40 кг; 2 мг/кг для пациентов ≥ 4 лет с массой тела от 15 кг до 40 кг; 4 мг/кг для пациентов с массой тела ≤ 7,5 кг. Если у пациентов при стартовой дозе 150 мг или 2 мг/кг есть и симптомы генерализованного воспаления не разрешаются в течение 7 дней после начала лечения, возможно проведение второй инъекции препарата Иларис® в дозе 150 мг или 2 мг/кг. Если удовлетворительный клинический эффект не наблюдается в течение 7 дней после повышения дозы, возможно проведение третьей инъекции препарата Иларис® в дозе 300 мг 1 инъекция с интервалом 8 недель (при массе тела > 40 кг) или 4 мг/кг (при массе тела ≤ 15 кг и ≤ 40 кг). Если у пациентов при стартовой дозе 4 мг/кг удовлетворительный клинический эффект не наблюдается в течение 7 дней после первой инъекции, возможно проведение второй инъекции препарата Иларис® в дозе 4 мг/кг. • Препарат вводят каждые 8 недель в виде однократной подкожной инъекции. • сЮИА: рекомендуемая доза у пациентов с массой тела ≥ 7,5 кг составляет 4 мг/кг (с увеличением до 300 мг) каждые 4 недели в виде подкожной инъекции. • Подгратический артрит (только взрослые): Рекомендуемая доза препарата Иларис® у пациентов с подгратическим артритом составляет 150 мг однократной подкожной инъекцией во время приступа. Для достижения максимального эффекта Иларис® следует вводить как можно раньше после начала приступа подгратического артрита. У пациентов, у которых после первого введения препарата Иларис® эффект не возникло, повторную инъекцию препарата Иларис® проводить не следует. У пациентов, у которых возник эффект и которым требуется повторная инъекция, следующую инъекцию препарата Иларис® можно проводить не ранее чем через 12 недель после первой. Лечение следует начинать и проводить под наблюдением врача, имеющего опыт диагностики и лечения подгратического артрита и применения биологических препаратов. Противопоказания: Повышенная чувствительность к активному веществу или другим компонентам препарата в анамнезе. Острые инфекционные заболевания. Беременность и период грудного вскармливания. Дети младше 4 лет и с массой тела менее 15 кг (безопасность и эффективность для указанной категории пациентов изучены не достаточно). Предупреждения/ меры предосторожности: • Инфекции. С осторожностью применять у пациентов с тяжелыми инфекциями, хроническими инфекциями, рецидивирующими инфекциями в анамнезе или состояниями, предрасполагающими к развитию инфекции. Лечение подгратического артрита не следует проводить при наличии у пациента инфекции в активной фазе. Лечение препаратом Иларис® пациентов с CAPS не следует начинать и продолжать при обнаружении у больных активных инфекций, требующих медицинского вмешательства. Препарат не рекомендуется назначать одновременно с ингибиторами ФНО поскольку их использование на фоне применения препарата Иларис® повышает риск развития тяжелых инфекций. • Туберкулез: может увеличивать риск реактивации или оппортунистических инфекций, до, во время и после лечения за пациентами следует наблюдать на предмет активной или скрытой туберкулезной инфекции. Ввиду того, что туберкулиновая проба может давать ложноположительные результаты, у пациентов, у которых на фоне лечения получен положительный результат туберкулиновой пробы, следует рассмотреть возможность использования альтернативного метода выявления туберкулезной инфекции. При выявлении туберкулезной инфекции лечение препаратом Иларис® не следует начинать или продолжать. • Злокачественные новообразования: Риск возникновения злокачественных новообразований на фоне применения анти-интерлейкина (ИЛ)-1 не известен. • Аллергические реакции: как и другие белки, применяемые в форме инъекций, канакинумаб может вызывать реакции гиперчувствительности, об анафилактических или анафилактических реакциях не сообщалось. • Вакцинация: не следует применять одновременно с живыми вакцинами. • Нейтропения: у пациентов с нейтропенией лечение канакинумабом начинать не следует. Перед применением следует определить число нейтрофилов. • Синдром активации макрофагов у пациентов с сЮИА. Синдром активации макрофагов – известное жизнеугрожающее состояние, которое может развиваться у пациентов с ревматическими заболеваниями, в частности у пациентов с сЮИА и требует интенсивной терапии. Врачам следует внимательно относиться к симптомам инфекции или ухудшению течения сЮИА, известными, как пусковой механизм для синдрома активации макрофагов. По данным клинических исследований препарат Иларис®, по всей вероятности, не увеличивает риск развития синдрома активации макрофагов у пациентов с сЮИА. Взаимодействие: Препараты, метаболизирующиеся с помощью изоферментов системы цитохрома P450 и имеющие узкий терапевтический индекс: при назначении препарата Иларис® пациентам, принимающим такие препараты, их дозу следует при необходимости корректировать в зависимости от их клинического эффекта и концентрации действующего вещества в плазме крови. Побочные реакции: • Потенциально серьезные инфекции (например, инфекции верхних дыхательных путей, бронхит, грипп, пневмония, пананкритит, вирусная инфекция), кожные реакции, нейтропения, тромбоцитопения, головное головокружение (несвязанная эпилепсия). • Другие: реакции гиперчувствительности легкой и умеренной степени тяжести, насморк, ринит, тошнота, фарингит, инфекция мочевых путей, гастроэнтерит, боль в верхней части живота, реакция в месте введения, астения, боль в спине, нарушение биохимических показателей функции печени, повышенный уровень билирубина, дислипидемия, повышение уровня мочевой кислоты в крови, рвота, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Форма выпуска: Лифолигат для приготовления раствора для подкожного введения 150 мг во флакон безвредного стекла вместимостью 6 мл, укупоренный резиновой пробкой, обтянутой алюминийевым колпачком с пластиковой крышечкой. По одному флакону вместе с инструкцией по медицинскому применению помещают в пачку. Условия отпуска: по рецепту. Применение для врача: Прежде, чем назначить препарат, пожалуйста, прочтите также инструкцию по применению Новartis Фарма AG, произведенно Новartis Фарма Швейцария. Регистрационное удостоверение: ЛП-001414 от 11.01.2012 г.

ны Западной Европы, очень велико. Смертность среди ревматологических пациентов не такая высокая, как в онкологии, больные живут достаточно долго, но при этом им требуется постоянная дорогостоящая терапия для поддержания нормального качества жизни. И количество таких пациентов во всех странах мира увеличивается. Добиться безлекарственной ремиссии можно, однако необходимо еще большее количество исследований. Хочу подчеркнуть, что проблема оказалась сложнее, чем представлялось раньше. Даже если мы выявляем болезнь на самой ранней стадии и подключаем весь арсенал лекарственных средств, все равно остается 10–15–20% тяжелых больных, резистентных к любым воздействиям. Отсюда – постоянный поиск новых способов лечения и интерес к проблеме персонифицированной медицины.

– В чем заключается суть персонифицированного подхода к терапии?

– Если попытаться объяснить в двух словах, суть заключается в том, чтобы назначать больному не препарат вообще, а нужное именно ему лекарство. Для этого необходимо классифицировать пациентов в соответствии с тем, какой тип воспаления является у них преобладающим, т. е. определить специфику иммунных и генетических нарушений у конкретного больного. Это достигается разными способами: существует широкомасштабный скрининг генома, изучение протеомных биомаркеров и т. д. Я надеюсь, что со временем мы будем назначать те или иные препараты, исходя не только из клинического чутья и интуиции, доступности лекарственного средства, а в зависимости от индивидуального типа иммунных нарушений, которые характерны для данного пациента. Определенные достижения в этом направлении уже есть, но мы пока находимся в самом начале пути. Оказалось, что для многих онкологических заболеваний найти биомаркеры проще, чем для такого «банального» заболевания, как ревматическое поражение суставов.

Следует сказать, что в технологии создания новых препаратов, начиная примерно с 2005 г., уже заложен такой персонифицированный подход. В частности, клинические исследования проводятся таким образом, чтобы не просто показать, что лекарство эффективно у определенного числа больных, но и какой группе пациентов необходимо назначать препарат с конкретным механизмом действия.

– Что Вы можете сказать о состоянии детской ревматологии в стране?

– Детская ревматология развивается, и происходит это во многом благодаря помощи педиатрического сообщества и Союза педиатров России под руководством академика А.А. Баранова. В нашем институте с момента его открытия также работает прекрасное отделение детской ревматологии. Тем не менее, несмотря на все усилия, создать полноценную систему детской ревматологии и подготовки специалистов в этой области пока не удается. У нас много высококвалифицированных детских ревматологов, но они обучаются по услож-

ненной схеме: сначала получают сертификат ревматолога, затем проходят специализацию по детской ревматологии, что просто увеличивает время их обучения.

Значимость проблемы ревматологических заболеваний у детей огромна. В настоящее время в стране около 100 тыс. тяжелобольных детей – это значительно больше, чем больных с лейкозом. Мы должны понимать, что это очень тяжелые пациенты, лечение которых требует применения всего арсенала современных методов. Проблема не менее важна, чем лечение орфанных или онкологических больных. Сегодня в этом направлении наметились позитивные сдвиги, но еще очень много тяжелых больных, которые не получают необходимой помощи. К счастью, государство начинает осознавать серьезность ситуации. Например, системный ювенильный артрит теперь включен в группу «Семь нозологий», а значит, есть надежда, что хотя бы какая-то группа детей с артритом будет получать больше помощи, чем раньше. Поэтому я смотрю в будущее с оптимизмом.

– Каковы перспективы лечения системного ювенильного артрита в настоящее время?

– Прогресс в лечении системного ювенильного артрита во многом связан с применением ГИБП. Это действительно очень драматичная форма артрита. Нередко он манифестирует как онкогематологическое заболевание, и пациенты получают агрессивную химиотерапию по поводу диагноза лейкоза. В основе ювенильного артрита лежит синтез определенных провоспалительных медиаторов – доказана как минимум роль ИЛ-6 и ИЛ-1 в патогенезе заболевания. Есть ряд препаратов, специально зарегистрированных для лечения системного ювенильного артрита, например ингибитор ИЛ-6 тоцилизумаб, а среди новых ЛС – канакинумаб. Это моноклональное антитело к интерлейкину-1, который представляет собой провоспалительный цитокин, играющий важную роль в развитии аутоиммунных воспалительных заболеваний у детей раннего возраста. Международные испытания канакинумаба только завершились (в России препарат зарегистрирован по показанию «системный ювенильный идиопатический артрит»). Безусловно, создание таких препаратов – большой шаг вперед, и их появление существенно расширяет возможности лечения. Особенно важно это для таких центров, как наш институт, куда поступают тяжелые пациенты. Прогноз у таких детей не менее тяжелый, чем у онкогематологических больных, они могут быстро умереть без лечения. И мы надеемся, что появление канакинумаба позволит улучшить их прогноз. Сейчас мы накапливаем собственный опыт применения канакинумаба, а в будущем планируем провести открытые исследования в России, чтобы врачи смогли убедиться в его эффективности. Это не менее важно, чем формальная регистрация препарата, поскольку вера в успех лечения имеет огромное значение как для пациента, так и для врача.

Беседовала Людмила Головина