

**Олег Борисович Яременко**

главный внештатный специалист Министерства здравоохранения Украины по специальности «Ревматология», заведующий кафедрой внутренних болезней стоматологического факультета Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор

Заболевание, которое в настоящее время носит название «анкилозирующий спондилит» (АС), известно человечеству еще с древности. Этот факт подтвержден при изучении египетских мумий. Первое упоминание об АС в литературе относится к 1559 г., когда итальянский анатом Реальдо Коломбо описал в своем трактате «Об анатомии в 15 книгах» два скелета с характерными для АС изменениями. Уже в 1693 г. ирландский врач Бернард Коннор опубликовал описание скелета человека с признаками сколиоза, в котором крестец, тазовая кость, поясничные позвонки и несколько грудных позвонков с ребрами были сращены в единую кость. Клиническое описание, сделанное в 1893 г. выдающимся русским психиатром, невропатологом, физиологом и психологом В.М. Бехтеревым, подарило АС второе «имя» – болезнь Бехтерева. Этот термин до сих пор используется в медицине наравне с основным названием заболевания.

Анкилозирующий спондилит: возможно ли замедлить прогрессирование болезни?

Истинная причина возникновения заболевания до сих пор не ясна. Кроме того, сложна и его диагностика. Распознать АС на ранних стадиях крайне сложно. До сих пор в большей степени это зависит от анализа чисто клинических, а не структурных изменений в скелете, а также от опыта и интуиции врача.

Именно это донныне неразгаданное и «многоликое» заболевание стало предметом нашей беседы с главным внештатным специалистом Министерства здравоохранения (МЗ) Украины по специальности «Ревматология», заведующим кафедрой внутренних болезней стоматологического факультета Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца (г. Киев), доктором медицинских наук, профессором Олегом Борисовичем Яременко.

? Олег Борисович, известно, что диагноз АС ставится в среднем через 7-10 лет от начала первых проявлений заболевания. С чем связана такая поздняя диагностика?

— Главная причина заключается в том, что первыми клиническими проявлениями АС являются так называемые неревматологические проявления, среди которых наиболее частым следует назвать пояснично-крестцовый радикулит, что проявляется рецидивирующими радикулярными болями, возникающими в области поясничного отдела позвоночника или крестца и иррадирующими в ягодичу. С такой симптоматикой пациенты, как правило, обращаются к невропатологам, у которых они наблюдаются годами, а то и десятилетиями. Реже такие пациенты могут попадать к вертебрологам, где наблюдается та же картина. Так происходит до тех пор, пока в общей симптоматике больного не появится нечто такое, что заставит врача заподозрить возможное ревматическое заболевание, а именно АС.

Еще один сегмент больных АС, долгое время не попадающих в поле зрения ревматолога, — пациенты, у которых основное заболевание дебютирует острым передним увеитом. Почти все они позитивны по генетическому маркеру HLA-B27. Такие пациенты также зачастую долго наблюдаются у офтальмологов.

Ситуации с поздним установлением диагноза способствует и традиционный стереотип: к ревматологу направляют в том случае, если имеют место повышенные воспалительные лабораторные маркеры — скорость оседания эритроцитов (СОЭ) и С-реактивный белок. На самом деле у большинства больных АС, особенно если это центральная форма заболевания, т. е. без поражения периферических суставов, указанные воспалительные маркеры в течение долгого времени могут оставаться в пределах нормы.

Подобная ситуация наблюдается не только в Украине, сложности с постановкой на раннем этапе диагноза АС существуют во всем мире. Для того чтобы изменить сложившиеся стереотипы, специалисты разработали опросники для определения воспалительного характера боли в спине, проводится большая просветительская работа

среди врачей неревматологического профиля, организуются междисциплинарные конференции. К примеру, несколько лет назад мы с главным внештатным специалистом МЗ Украины по рефлексотерапии, заведующей кафедрой неврологии и рефлексотерапии Национальной медицинской академии последилового образования (НМАПО) им. П.Л. Шупика (г. Киев), профессором Н.К. Мурашко провели в Киеве и регионах ряд конференций и научно-практических семинаров под названием «Боль в нижней части спины как междисциплинарная проблема» для широкого круга специалистов: неврологов, ревматологов, ортопедов-травматологов, семейных врачей. В своих выступлениях мы делали акцент на том, на что прежде всего нужно обращать внимание у пациента с болью в спине, какие стигмы могут указывать на то, что это ревматическое заболевание, а именно спондилоартрит.

Безусловно, это не только наши усилия. Большая работа проводится и другими ведущими специалистами под эгидой Ассоциации ревматологов Украины. Сами врачи стали чаще ездить на конференции, в том числе международные, появляется много статей на эту тему как в отечественной, так и в зарубежной научной литературе. Иллюстрацией результативности этих усилий стало то, что с 2012 по 2015 год официальные цифры статистики распространенности АС на Украине увеличились с 27,4 до 35 человек на 100 тыс. населения. Существенно возросли и показатели заболеваемости. Это свидетельство лучшей осведомленности врачей и появления сегмента пациентов с АС, которые раньше попадают в поле зрения ревматологов, поэтому и диагноз устанавливается им на более ранних стадиях.

Но работы впереди еще очень много, в том числе и просветительской. Если сравнивать статистические данные о распространенности АС в Украине, европейских странах и в целом в мире, то в нашей стране цифры примерно в 8-10 раз ниже. В Европе, например, они составляют приблизительно 238 человек на 100 тыс. населения. Во Франции существует государственная программа по раннему выявлению АС (в частности, его дорентгенологических стадий), осуществляемая под руководством известного специалиста М. Дюгадоса. В итоге во Франции показатели распространенности АС приблизились к таковым ревматоидного артрита (РА). Это говорит о том, что значительная часть больных вследствие неспецифичности симптоматики и отсутствия в большинстве случаев воспалительных лабораторных отклонений была недовыявлена именно на ранних стадиях заболевания.

? Как известно, диагностика АС базируется на наличии рентгенологических критериев, отсутствующих у пациентов на ранних стадиях заболевания. Какие симптомы и какие особенности пациентов с АС должны насторожить семейного врача или невропатолога, к которым впервые обращаются такие пациенты?

— Прежде всего, это воспалительный характер болевого синдрома (БС) в нижней части спины или вообще в спине, не характерный для боли механического происхождения. Если механические боли возникают во время или после нагрузки и облегчаются в состоянии покоя, то у воспалительного БС совершенно иная зависимость. Его особенностями являются: суточная периодичность — пик боли и скованности приходится на вторую половину ночи и утро и то, что боль уменьшается, а не нарастает в процессе физической активности. Классическая картина — человек утром встал с болью, скованностью в спине, затем подвигался, размялся, умылся, позавтракал, поехал на работу, и за первые два часа симптоматика у него значительно уменьшается, боли и скованность практически исчезают. После длительного пребывания в покое симптоматика возобновляется. Большое внимание следует уделять возрастному фактору, поскольку АС больше всего распространен среди пациентов в возрасте около 30 лет плюс минус 5-10 лет. Еще одна особенность воспалительной боли в спине, отличающая ее от механической, — постепенное, порой малозаметное для пациента начало БС. Что касается воспалительных лабораторных отклонений, то следует помнить, что, если перед вами пациент с центральной формой АС, эти отклонения длительное время могут отсутствовать, тогда как при вовлечении периферических суставов они имеют место. Еще одна важная деталь, на которую нужно обращать внимание в процессе беседы и обследования пациента с болью в спине, — это боль в пяточной области, так называемая талалгия. Когда у пациентов по поводу боли в пятках в ходе инструментального обследования (рентгена, ультразвукового исследования — УЗИ или магнитно-резонансной томографии — МРТ) визуализируются пяточные шпоры, можно с высокой долей вероятности говорить о том, что перед вами пациент со спондилоартритом, поскольку пяточных шпор у лиц в возрасте 30-40 лет другие заболевания не вызывают.

? Одним из наиболее очевидных внескелетных проявлений АС является увеит, зачастую являющийся единственной стигмой заболевания на ранних стадиях. Что в процессе лечения увеита должно натолкнуть офтальмолога на мысль о необходимости консультации ревматолога?

— Это большая проблема, которая существует не только в Украине. Буквально на днях у меня был пациент, на протяжении 12 лет лечившийся от увеитов, которые рецидивировали у него 2-3 раза в год. Поскольку больной — киевлянин, ему была доступна своевременная квалифицированная офтальмологическая помощь, он не потерял зрение, что вполне может произойти, если вовремя не предпринять меры. И только через 12 лет ему был установлен диагноз АС, пациент положительный по HLA-B27. Со стороны позвоночника у него была стертая, неклассическая симптоматика, хотя сейчас у него развернутая картина поздней

стадии заболевания. Собственно, это и есть показательная клиническая иллюстрация поздней диагностики.

По статистике не меньше трети острых передних увеитов, с которыми больные попадают к офтальмологам, являются HLA-B27-ассоциированными. Поэтому на последней междисциплинарной конференции, организованной нами в мае этого года, отдельная секция была посвящена именно этой проблеме. На конференцию были приглашены офтальмологи, ревматологи, все вместе мы выработали рациональный, с нашей точки зрения, алгоритм более раннего выявления среди пациентов с увеитами больных, у которых он ассоциирован с HLA-27 и обусловлен ревматическим заболеванием, в частности АС. Алгоритм очень простой. Если у пациента первично возник острый передний увеит неинфекционного генеза, ему рекомендуется определить HLA-B27. Если этот тест окажется позитивным, такого пациента следует направить к ревматологу для установления диагноза или наблюдения. С другой стороны, если у пациента ревматологического профиля развивается увеит, он должен быть направлен к офтальмологу. Это принятая во всем мире тактика, поскольку для лечения иридоциклита наиболее эффективной считается локальная терапия — парабульбарное введение глюкокортикоидов и т. д. Такое специфическое лечение должны назначать и проводить офтальмологи.

Если к офтальмологу обращается пациент с рецидивирующим передним острым увеитом, мы рекомендуем направлять больного к ревматологу даже без определения HLA-B27. Прежде всего, потому что есть сегмент больных со спондилоартритами, отрицательных по HLA-B27, а во-вторых, существует несколько ревматических заболеваний без поражения позвоночника (болезнь Бехчета, саркоидоз, болезнь Лайма и др.), при которых могут развиваться увеиты. Поэтому лучше, чтобы ревматолог оценил, есть ли у этого больного ревматическое заболевание или же пациент сугубо офтальмологический. Такой алгоритм мы опубликовали и в вашем издании, в других источниках, поскольку это очень важная проблема.

Какова сегодня диагностическая ценность дополнительных методов визуализации (в первую очередь МРТ) и определения генетического маркера HLA-B27?

— Я бы сказал, ключевая. Первое, что нужно назначить пациенту с болью в нижней части спины, это рентген сакроилеальных сочленений. Однако на практике в поиске причин радикулярного синдрома в большинстве случаев ограничиваются исследованиями поясничного отдела позвоночника, хотя на протяжении 10-20 лет у пациентов с АС в этом отделе может инструментально не наблюдаться никаких видимых изменений. Если в сакроилеальных сочленениях рентгенографически выявляются изменения, по прежним Нью-Йоркским диагностическим критериям этого достаточно для постановки диагноза АС. Недостаток этих критериев заключается в том, что обязательным условием установления диагноза являются именно рентгенологически выявленные изменения в сакроилеальных сочленениях II-IV стадии. Это уже поздние стадии заболевания, их можно наблюдать у больного через 5-15 лет от начала болезни. Поэтому в последнее десятилетие Международной ассоциацией по изучению АС — ASAS были разработаны критерии диагностики дорентгенологического спондилоартрита, который специально назвали другим термином — «осевой спондилоартрит», когда еще нет анкилоза. Для выявления характерных для этого заболевания изменений вначале нужно сделать МРТ сакроилеальных сочленений. Если никаких изменений выявлено не будет, можно сделать МРТ других клинически вовлеченных отделов позвоночника.

Важно помнить, что МРТ следует проводить в специальных режимах, необходимых для выявления воспалительных изменений. Поэтому врач, назначая пациенту МРТ сакроилеальных сочленений, должен указывать в направлении, что исследование следует провести в режимах T-1 (для визуализации старых структурных изменений) и в режиме STIR с подавлением сигнала жировой ткани с целью выявления воспаления в субхондральных отделах костной ткани, так называемого остейта.

Поскольку в зону МРТ при исследовании сакроилеальных сочленений попадают и тазобедренные суставы, у некоторых больных там тоже можно выявить характерные изменения — это остейт крыши вертлужной впадины. Такие изменения не всегда сопровождаются клинической симптоматикой, поэтому являются дополнительным диагностическим симптомом.

Практически во всех крупных городах Украины доступно МРТ, поэтому потребности в использовании других инструментальных методов (кроме рентгенографии) нет. Главное — правильно указывать объект исследования и необходимый режим проведения. Что касается рентгенографии, то если у пациента рентгенологически уже выявлен сакроилеит II-IV стадии, проводить МРТ нет необходимости. Рентгенологической картины достаточно для установления диагноза, дальше нужно проводить лечение.

Другие инструментальные методы, такие как остеосцинтиграфия и компьютерная томография (КТ),

практически утратили свое значение: остеосцинтиграфия — вследствие низкой чувствительности и специфичности, а КТ может применяться как альтернатива МРТ в тех случаях, когда последнюю невозможно провести из-за наличия в теле человека содержащих металл предметов — сердечных клапанов, имплантов и т. д. К сожалению, КТ позволяет обнаружить только структурные, а не воспалительные изменения.

Кроме клинических данных маркер HLA-B27 — еще одна ключевая составляющая диагностического процесса вместе с МРТ. Он выявляется больше чем у 90-95% больных АС и имеет весомое диагностическое значение. Для установления диагноза согласно существующим классификационным диагностическим критериям аксиального спондилоартрита достаточно клинической картины: воспалительного БС в спине и хотя бы одного из инструментально-лабораторных показателей — воспалительные изменения в сакроилеальных сочленениях на МРТ или положительный тест на HLA-B27. При этом следует помнить, что сам по себе HLA-B27 без клиники — это еще не диагноз. От 5 до 7% всей популяции являются носителями этого гена, и они могут никогда не заболеть АС, поэтому обязательно должны присутствовать изменения на МРТ или характерные клинические данные. На практике тест на HLA-B27 мы назначаем большинству больных, особенно в тех случаях, когда есть хотя бы малейшие сомнения в диагнозе, тем более что его присутствие имеет еще и определенное прогностическое значение. Если же у пациента далеко зашедшая стадия заболевания, сопровождающаяся ограничением дыхательной экскурсии ребер, формированием так называемой «позы просителя», неподвижностью в поясничном отделе позвоночника, нецелесообразно тратить деньги пациента или медучреждения на проведение этого теста.

По мнению ряда авторов, АС является единственным ревматологическим заболеванием, при котором длительный прием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) — это не просто средство симптоматической терапии, но и патогенетически обоснованная мера. Какие схемы приема НПВС, какие конкретно препараты и какая длительность применения, на Ваш взгляд, являются оптимальными по соотношению «вред/польза»?

— АС — это единственное ревматическое заболевание, при котором длительный, в течение 1-2 лет, непрерывный прием НПВС в средних терапевтических дозах действительно оказывает болезнь-модифицирующее действие, замедляя рентгенологическое прогрессирование заболевания. В первую очередь это касается торможения образования синдесмофитов, формирования рентгенологического феномена «бамбуковой палки». При этом следует помнить, что чем регулярнее прием, тем больше шансов получить болезнь-модифицирующий, а не просто симптоматический эффект.

Какие именно препараты более предпочтительны с позиции лечебного эффекта, сказать сложно, поскольку все они являются ингибиторами ЦОГ-2. Если опираться на доказательную базу, то это показано для применения индометацина и целекоксиба, менее убедительные данные имеются по диклофенаку. Это те препараты, по которым были проведены соответствующие исследования. По другим препаратам рандомизированные клинические исследования до настоящего времени не проводились. Однако нет оснований считать, что другие НПВС не оказывают такого действия.

Отдельная тема — это побочные эффекты (ПЭ), которые развиваются из-за применения НПВС, именно от этого зависит необходимость приема данной группы препаратов и соотношение «риск-польза».

По не совсем понятным причинам больные с АС переносят длительную, в том числе непрерывную, терапию НПВС гораздо лучше в плане ПЭ со стороны пищеварительного тракта по сравнению с больными РА или остеоартрозом. Возможно, это связано с возрастом, поскольку мы имеем дело с более молодым контингентом больных. Существует также мнение, что при HLA-B27-ассоциированных заболеваниях лучше срабатывают защитные функции желудочно-кишечного тракта. Что же касается другой группы серьезных ПЭ — атеротромботических, то облитерирующее атеросклеротическое поражение сосудов и ишемическая болезнь сердца, развивающаяся при приеме НПВС, лицам молодого возраста вообще несвойственны. Таким образом, если у пациентов нет в анамнезе острой или хронической рецидивирующей пептической язвы, переносимость у них хорошая или клинически приемлемая. С этой точки зрения препятствий для проведения длительной непрерывной терапии НПВС нет. Однако случаи, когда у человека при отсутствии факторов риска и какой-либо симптоматики на фоне приема НПВС развиваются жизнеугрожающие желудочно-кишечные кровотечения, к сожалению, описаны. Поэтому хотя данные доказательной медицины говорят о том, что назначать эти препараты нужно и такая терапия может оказывать болезнь-модифицирующее действие, в реальной клинической практике мы редко рекомендуем пациентам длительный непрерывный прием НПВС.

Позволяет ли применение у пациентов с АС ингибиторов факторов некроза опухоли (ФНО) отказаться от приема НПВС?

— В последних рекомендациях ASAS/EULAR 2011 г. и рекомендациях Американской коллегии ревматологов 2015 г. подчеркивается, что получение клинического эффекта от ингибиторов ФНО является достаточным основанием для того, чтобы не дополнять это лечение другим или отменить проведенное ранее, поскольку эта группа препаратов во много раз превышает по эффективности любую другую терапию при данном заболевании.

К настоящему времени получена информация об иммуногенности ингибиторов ФНО при лечении у больных АС. Эти данные как-то реализуются на практике?

— Нет. И тут дело уже не в реалиях нашей страны, а в нецелесообразности этого шага. Практически на все иммунобиологические препараты могут образовываться антитела, частота и клиническая значимость образования которых напрямую зависят от состава того или иного препарата. Чем больше в нем процент чужеродного (мышинного) белка, тем чаще образуются антитела и тем больший нейтрализующий эффект они дают по отношению к этим препаратам. По мере изучения этого вопроса накопилось достаточно информации о том, что, во-первых, антитела образуются на все препараты, состоящие даже на 100% из человеческого белка, и, во-вторых, что часть этих антител является нейтрализующей, а часть — нет. Поэтому в настоящее время спектр антител к иммунобиологическим препаратам достаточно велик, и определять все антитела нецелесообразно, поскольку неизвестно, будут они оказывать нейтрализующее действие или нет.

В самом начале применения иммунобиологической терапии, когда на рынке Украины присутствовал только инфликсимаб, мы пользовались этой методикой. Поскольку в Украине не определяют антитела к ингибиторам ФНО, отправляли сыворотку крови больных в лаборатории Германии, откуда получали ответ. Это делалось в первую очередь для тех пациентов, у которых наблюдалось снижение ответа на терапию инфликсимабом. У большинства из них обнаруживались антитела. В дальнейшем, по мере усовершенствования технологий определения антител и расширения их спектра, границы между клинически значимыми и клинически незначимыми антителами размылись. В настоящее время ни в одном международном стандарте не содержится рекомендаций относительно целесообразности определения антител к препарату, если у больного наблюдается вторичная неэффективность.

В стадии разработки сейчас находится целесообразность идентификации определенных субтипов антител. Будет ли она в итоге реализована, будут ли найдены какие-то экономически целесообразные сегменты этой проблемы, предсказать невозможно. Тем не менее такая работа ведется. На сегодняшний день алгоритм действий при ускользании эффекта на фоне применения иммунобиологического агента заключается в его отмене и назначении другого препарата. К счастью, выработка антител и развитие вторичной неэффективности могут сопровождать один ингибитор ФНО, но не распространяться на другой, то есть смена ингибитора ФНО позволяет вернуть клиническую эффективность от приема препарата, что наблюдается в 70-80% случаев. Так что ныне актуальный клинический алгоритм не требует привлечения лабораторной поддержки.

Каковы критерии начала биологической терапии системных заболеваний?

— Согласно существующим международным рекомендациям (действующим как в Европе, так и во всем мире) алгоритм назначения следующий: при центральной форме АС или осевом спондилоартрите без вовлечения других периферических суставов на первом этапе назначаются только НПВС. Если проведенное в течение 3 мес лечение последовательно двумя препаратами НПВС в полной терапевтической дозе (в случае если первый препарат показал низкую эффективность) непродуктивно, это является показанием для применения ингибиторов ФНО. У пациентов с периферической формой заболевания при наличии энтезитов, ахиллобурситов, артритов периферических суставов до назначения ингибиторов ФНО при неэффективности НПВС также применяются инъекции глюкокортикоидов (ГК) в места воспаленных энтезисов или суставы и лечение сульфасалазином. Сульфасалазин — единственный из классических болезнь-модифицирующих препаратов, применяемых при РА, который эффективен при периферической форме АС. Отсутствие отклика на лечение как минимум в течение 3 мес сульфасалазином в полной терапевтической дозе до 3 г в день также является показанием для назначения ингибиторов ФНО. В цивилизованных странах мира частота применения ингибиторов ФНО у пациентов с АС колеблется от 25 до 60%.

Мультидисциплинарная рабочая группа закончила составление унифицированного клинического протокола по лечению больных с осевым спондилоартритом и АС

Продолжение на стр. 32.

Анкилозирующий спондилит: возможно ли замедлить прогрессирование болезни?

Продолжение. Начало на стр. 30.

в Украине. Этот документ прошел этап обсуждения и сейчас находится на утверждении в Министерстве здравоохранения. Поскольку в нашей стране доступность иммунобиологической терапии крайне низкая, мы сделали небольшой люфт – при неэффективности сульфасалазина допустили возможность использования метотрексата в первую очередь у пациентов с периферической формой заболевания. По данным контролируемых исследований, этот препарат был эффективен у 30-40% больных АС, что позволяет рассчитывать на получение результата хотя бы у части пациентов.

? Системное применение ГК в настоящее время не является средством выбора в терапии АС, однако гормоны широко используются в качестве местного лечения. Каким методам следует отдавать предпочтение (мазевые аппликации, внутрисуставные инъекции, инъекции в зону энтезисов) и насколько они оправданны?

– Системное применение ГК для подавляющего большинства больных с этим заболеванием не рекомендуется и не используется. Но с оговоркой: для большинства, но не для всех. Системное применение ГК может быть рекомендовано, оно эффективно и целесообразно при наличии экстраартикулярных (внесуставных) проявлений, таких как поражение аорты и ее клапанов, пневмонит, иммунозависимое поражение почек. В этом случае назначаются сначала средние, а затем низкие дозы ГК. У пациентов с высокой активностью заболевания, значительном повышении уровней лабораторных маркеров воспаления (даже при отсутствии экстраартикулярных проявлений) возможно проведение пульс-терапии ГК, если неэффективны или противопоказаны НПВС, сульфасалазин, локальные инъекции ГК. Проведение пульс-терапии позволяет на многие месяцы, а иногда и годы, перевести заболевание в более низкую фазу активности, а порой и в состояние ремиссии. Параллельно, конечно, остальное лечение продолжается.

В отличие от РА для больных АС плановое длительное использование ГК – скорее, исключение, чем правило. В то же время локальное использование этой группы препаратов является одним из наиболее эффективных методов

оказания помощи пациенту. Нет более эффективного способа борьбы с энтезитами, чем локальное введение ГК длительного действия. Однако следует избегать введения гормонов в сухожилия четырехглавой мышцы бедра и надколенника, в ахиллово сухожилие, поскольку описаны случаи разрыва сухожилий при введении в них кристаллических форм ГК. Этот момент учтен и в международных рекомендациях, в частности Американской коллегии ревматологов 2015 г. Лучше вводит ГК в сустав или места воспаленных энтезисов под инструментальным контролем. За рубежом пропагандируется и имеет лучшую доказательную базу использование для этих целей КТ, однако в повседневной клинической практике это малореально. Вместе с тем во многих ревматологических клиниках есть аппараты для УЗИ, использование которых в большинстве случаев позволяет избежать опасностей, связанных с неточным проведением инъекций.

? Как известно, немедикаментозные методы (лечебная физкультура, физио-, бальнеотерапия) играют важную роль в лечении пациентов с болезнью Бехтерева. Существуют ли в Украине специальные обучающие и реабилитационные программы, школы, курсы для больных АС? И как ситуация обстоит в странах Западной Европы?

– Немедикаментозные методы лечения, в первую очередь лечебная физкультура (ЛФК), направленная на поддержание подвижности, гибкости во всех отделах позвоночника и укрепление мышц спины, бедер и ягодиц, является существенным и очень полезным направлением в ведении пациентов с АС. Прежде всего это должен знать и делать сам пациент, поскольку ему необходимы ежедневные упражнения в течение минимум 30-40 минут. По эффективности ЛФК не уступает, а в ряде случаев и превышает таковую медикаментозной терапии в плане предотвращения анкилозов фасеточных межпозвонковых суставов и, соответственно, сохранения функциональных возможностей позвоночника. Ассоциацией ревматологов г. Киева издана памятка-пособие для пациентов с АС, где описаны все возможные методы лечения и сделан акцент на необходимости проведения ЛФК, а также приведены основные упражнения. К изданию прилагается CD-диск с подробными комментариями, как, что и в какой последовательности нужно делать. Таким

путем мы решаем эту проблему в Киеве и смежных регионах.

Если говорить о странах Западной Европы, то там есть ассоциации пациентов с определенными ревматическими нозологиями. Например, ассоциация пациентов с системной красной волчанкой, со склеродермией, ревматоидным артритом, анкилозирующим спондилитом. Эти ассоциации могут быть межгосударственными, внутригосударственными, региональными, они играют важнейшую роль в просветительской деятельности, организации медикаментозной и немедикаментозной помощи.

Такая работа в Украине тоже проводится, но с разной степенью эффективности. В частности, при Ассоциации ревматологов г. Киева существует клуб больных с ревматическими заболеваниями, часть из которых – это больные АС. Такие клубы функционируют и в нескольких других крупных городах Украины. Но, безусловно, это не решение проблемы в целом, а всего лишь сегментарная активность.

Что касается физиотерапии, то она имеет ограниченную сферу применения у пациентов с АС в связи с низкой доказательной базой. Поэтому в украинском клиническом протоколе для лечения больных АС этот фрагмент подробно не расписан, он упоминается буквально в нескольких строках. Да, физиотерапию можно применять, ориентируясь, скорее, на самоощущение пациента – чувствует ли он, что ему помогает тот или иной метод физиотерапии, либо не испытывает никакого улучшения от процедур. То же самое касается курортного лечения. Мы так и говорим своим пациентам: если лабораторные показатели воспаления – СОЭ и С-реактивный белок в норме, если нет очевидно припухших суставов, в таком случае можно попробовать съездить на курорт, пройти бальнеотерапию и другие процедуры. Зачастую ответ индивидуален. Тем не менее у определенной части пациентов такое лечение дает симптоматический эффект, и они с удовольствием повторяют эти поездки. Так что нельзя сказать, что этим немедикаментозным методам нет места в лечении больных АС, но здесь приходится действовать осторожно в каждом индивидуальном случае.

Подготовила Эльвира Сабадаш



НОВИНИ МОЗ

Реформа фінансування медицини: що нас чекає в 2017 році?

Переведення системи охорони здоров'я на страхову модель розпочнеться вже в 2017 р. й триватиме 3 роки. Трансформація стартує із запуску сімейної медицини європейського зразка, базою якої стане первинна ланка української системи охорони здоров'я (поліклініки, амбулаторії, ЦПМСД).

Заступник міністра охорони здоров'я Павло Ковтонюк заявив, що впровадження страхової медицини здійснюватиметься з мінімальними змінами в законодавстві.

В умовах нової системи українці зможуть вільно обирати сімейного лікаря та педіатра, підписувати з ними прямі угоди з чітко прописаним обсягом послуг, гарантованих і оплачених державою. У разі якщо пацієнта не влаштовує якість медичної допомоги, яку надає сімейний лікар, він може обрати іншого спеціаліста. Сімейні лікарі видаватимуть довідки в дитячий садок, школу, басейн. Прив'язку до місця проживання буде скасовано.

«Наша мета – лікар кожній родині. Сімейний лікар має стати агентом сім'ї в системі охорони здоров'я, направляти, слідкувати за здоров'ям та забезпечувати всю первинну діагностику. Сім'я повинна йому довіряти, а для цього лікар має бути мотивований, передусім фінансово», – відзначив Павло Ковтонюк.

Лікарі первинної ланки зможуть обрати будь-яку організаційну форму роботи (ФОП, поліклініка, амбулаторія або ЦПМСД). Оплата праці буде здійснюватися за подушним нормативом в залежності від кількості укладених лікарем угод і дотримання медичних протоколів лікування та діагностики.

Процедура ліцензування медичних практик буде прискореною, відкриття медичної практики спрощено та гармонізовано з європейським законодавством. У 2017 р. скасовується паперова звітність для лікарів первинної ланки.

«Ключова функція сімейного лікаря – підтримувати здоров'я своїх пацієнтів. Будь-яка інша робота буде мінімізована. Якщо сімейний лікар вирішить розпочати приватну практику, оплата буде надходити безпосередньо на його рахунок. Це дозволить створити просту, прозору й зрозумілу для всіх систему», – додав П. Ковтонюк.

Технічним оператором перерахування бюджетних коштів стане прозора страхова агенція, що здійснюватиме документообіг з лікарями. Запровадження нових податків чи страхових внесків не передбачається.

Тактика здійснення реформи буде опублікована на сайті МОЗ. Також буде створено національний рейтинг запровадження реформи в регіонах і детальні методичні матеріали, в яких роз'яснюється роль лікарів, пацієнтів і місцевих адміністрацій.

«Прем'єр-міністр Володимир Гройсман поставив нам чітке завдання: реформа повинна розпочатись у 2017 р., але те, що відбуватиметься, ні для кого не повинно стати неприємним сюрпризом. Всі мають розуміти, як і коли зміниться система, і чітко усвідомлювати свою роль і задачу в реформі», – наголосив заступник міністра.

Також 2017 року буде розпочата підготовка до реформування госпітальної ланки системи охорони здоров'я, розширення автономії медичних закладів, їх переведення на глобальний бюджет та оплату за результат, спрощення доступу до фінансування та інвестицій.

«Ключова задача нашої команди в умовах децентралізації – створити максимум можливостей на місцях, де відбуватимуться зміни, які побачать українці. Безперечно, ми стоїмо перед великими викликами, але також зустрічаємо й масштабну підтримку з боку парламентського комітету, міжнародних експертів, лікарського середовища, пацієнтських організацій. Але передусім важливо розуміти, що швидкість розгортання реформи залежатиме від якості роботи місцевої влади. Тим більше додає оптимізму, що голова Уряду Володимир Гройсман висловив готовність взяти це питання під свій особистий контроль», – наголосив П. Ковтонюк.

За інформацією прес-служби МОЗ України



БОЛЬ – ПОД КОНТРОЛЬ!

Харьков	Киев	Львов	Днепр	Одесса
10	12	28	17	16
октября	октября	октября	ноября	декабря

Участие в симпозиумах – бесплатное!

Зарегистрированные участники получают сертификат установленного образца.

Регистрируйтесь на сайте control.pain.ua

Вас ждут практически ориентированные доклады украинских и европейских спикеров и полезный нетворкинг.



ул. Манастирская 1а, литера 2, офис 20
Киев, 02606, Украина
+38 (095) 100-4655, +38 (097) 179-5097
info@pain.in.ua, www.pain.in.ua

www.facebook.com/ukrpain
www.youtube.com/ukrpain