22 марта 2017 г. № 2(151)

www.noav.ru

16+

ДЛЯ ЧЛЕНОВ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ГАЗЕТА БЕСПЛАТНАЯ

Учеба спасает чью-то жизнь (интервью с Ф.В. Емцовым – старшим врачом учебного класса городской станции скорой медицинской помощи)

Стр. 3

B HOMEPE

Конспект практического врача: Ревматоидный артрит. Современные алгоритмы лечения

Стр. 4-5

В начале пути (интервью с Ю.В. Перегудовой – победительницей в номинации «Молодость. Новаторство.Талант» областного конкурса «Врач года – 2016»

Стр. 5

НОВЫЙ КОМПЬЮТЕРНЫЙ ТОМОГРАФ ПОЗВОЛИТ ПОВЫСИТЬ УРОВЕНЬ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕГИОНЕ

Новый компьютерный томограф, приобретенный для улучшения диагностики туберкулеза у взрослых и детей в регионе, запущен в эксплуатацию в Новосибирском областном противотуберкулезном диспансере. На покупку аппарата было выделено 36 миллионов рублей из областного бюджета, сообщил заместитель министра здравоохранения Новосибирской области Ярослав Фролов в ходе презентации томографа.

«Мы рассчитываем, что запуск данного 32срезового компьютерного томографа позволит повысить уровень диагностики туберкулеза, что, в свою очередь, приведет к своевременному лечению заболевания на ранних стадиях и

снижению смертности на территории региона», – подчеркнул Ярослав Фролов.

Как отметил главный фтизиатр Новосибирской области Дмитрий Степанов, по итогам 2016 года в регионе продолжается улучшение основных эпидемических показателей по туберкулёзу. «В прошлом году общая заболеваемость по сравнению с 2015 годом снизилась на 8 % и составила 97,7 на 100 тысяч населения. В связи с появлением нового оборудования, применением современных методов и схем лечения, увеличением хирургической активности, в 2016 году в Новосибирской области показатель общей смертности от туберкулеза снизился на



22,3 % и составил 14,3 на 100 тысяч жителей», – сообщил Дмитрий Степанов.

В НОВОСИБИРСКЕ СОЗДАЛИ ДОСТУПНЫЙ СВЕРХПРОЧНЫЙ ПРОТЕЗ КИСТИ

Новосибирские разработчики создали в том, что они покрыты сверхпрочным индивидуальным для пациента. и проводят тестирование уникального для России экзопротеза кисти с покрытием из карбона (легкого и прочного материала из переплетенных нитей углеродного волокна). Его стоимость примерно в пять раз ниже, чем у импортных аналогов, сообщил младший научный сотрудник Инновационного медико-технологического центра Вячеслав Базлов.

«Мы сделали ряд тяговых (механических) протезов кисти, первый уже был опробован на пациенте. Их особенность

карбоном, который выдерживает большие нагрузки: человек с ним, к примеру, может заниматься спортом. В России, насколько я знаю, аналогов нет», сказал он.

Стоимость подобного протеза из Германии, США или Великобритании достигает 200 тыс. рублей. Производство новосибирской разработки обходится в 40-45 тыс. рублей.

Сам протез напечатан на 3D-принтере из пластмассы с памятью формы, что позволит тем самым сделать протез В конце декабря 2016 года протез опробовали на первом пациенте. «Человеку он нравится. Мы получаем обратную связь и в итоге будем дорабатывать протез в соответствии с пожеланиями этого пациента», – отметил Базлов.

Сейчас врачам предстоит провести исследования на токсичность и аллергенность. Специалисты также изучают механические свойства материала, затем протезу предстоит пройти сертификацию. Весь процесс может занять около года.

В МОСКВЕ ПРОШЕЛ КРУГЛЫЙ СТОЛ, ПОСВЯЩЕННЫЙ ВОПРОСАМ САМОРЕГУЛИРОВАНИЯ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Председатель НОАВ Сергей Дорофеев принял участие в работе круглого стола, посвященного вопросам развития саморегулирования в здравоохранении, который прошел по инициативе Национальной медицинской палаты 13 марта.

Круглый стол собрал представителей региональных и профильных медицинских организаций. Участники мероприятия обсудили положение дел с развитием саморегулирования профессиональной медицинской деятельности и наметили перспективы дальнейшей работы в этом направлении.

Было отмечено, что создана определенная законодательная база, которая способствует развитию процесса саморегулирования. Разработана Концепция развития саморегулирования профессиональной медицинской деятельности. На федеральном уровне создано профессиональное объединение, которое объединило региональные и профильные общественные медицинские организации – Национальная медицинская палата. Налажено конструктивное сотрудничество с Министерством здравоохранения РФ, реализуется ряд пилотных проектов – по внедрение непрерывного медицинского

образования, независимой экспертизе качества медицинской помощи, страхованию профессиональной ответственности медицинских работников и ряд других.

Сегодня одним из приоритетных направлений работы профессионального сообщества является участие в процедуре аккредитации специалистов с высшим медицинским образованием. Эти полномочия закреплены в ФЗ «Основы охраны здоровья граждан в РФ». В 2016 году общественные профессиональные медицинские объединения уже участвовали в проведении аккредитации выпускников стоматологических и фармацевтических факультетов. В этом году аккредитацию будут проходить все выпускники медицинских вузов. Национальная медицинская палата и региональные объединения ведут большую подготовительную работу. Проводится учеба специалистов.

Речь также шла о том, чтобы передать профессиональным общественным организациям процедуру аттестации специалистов с высшим медицинским образованием. Тем более что у Министерства здравоохранения РФ нет возражений. Необходимо подготовить предложения и передать их в Минздрав РФ.



Участники круглого стола приняли решение о создании рабочей группы, которая должна разработать предложения по дальнейшей работе по внедрению саморегулирования профессиональной медицинской деятельности. В частности, по разработке поправок в законодательство и нормативные акты. В рабочую группу вошел председатель НОАВ Сергей Дорофеев.

В ГОСДУМЕ ПРЕДЛАГАЮТ ВЕРНУТЬ ИНТЕРНОВ И ВВЕСТИ МОРАТОРИЙ НА РЕФОРМУ МЕДОБРАЗОВАНИЯ

В Госдуме готовят поправки в действующее законодательство, которые предусматривают возврат в медицинские вузы интернатуры, упраздненной в рамках проводимой реформы медицинского образования.

Первый зампредседателя Комитета Госдумы по охране здоровья Сергей Фургал сообщил, что готовит поправки, возвращающие интернатуру как обязательную ступень медицинского образования. По мнению законодателей, новая система аккредитации, на которую перешли вузы, не обеспечивает должной подготовки будущего врача. А обязанность молодого доктора отработать три года в сельской местности может привести к катастрофическим последствиям, поскольку сразу после выпуска медик еще не готов взять на себя всю меру ответственности за здоровье пациентов. «Во-

первых, мы останемся без узких специалистов. Вовторых, мы ухудшим ситуацию с набором в медицинские вузы. Кто захочет поступать, если потом придется ехать в сельскую больницу», – пояснил свою позицию Сергей Фургал.

В Общественном совете при Минздраве, напротив, считают, что система аккредитации положительно скажется на качестве медицинского образования. Опыт прошлого года, когда на систему аккредитации перешли стоматологические и фармацевтические факультеты, был успешен, сказала «Известиям» член Общественного совета Наталья Аксенова. Она отметила, что – система аккредитации это не замена интернатуры. Тот объем знаний, который студент проходил в интернатуре, теперь включен в программу шестого курса медицинского вуза.

Суть разрабатываемых поправок в том, чтобы вернуть медицинское образование к старой системе, включающей шесть лет обучения в институте, год интернатуры либо два года ординатуры. После прохождения всех этих ступеней студент-медик может выбрать узкую специализацию и уже по ней продолжитьобучение. По новым же стандартам начинающий врач после шести лет обучения в институте направляется работать в сельскую местность, и только после трех лет отработки он может продолжить учебу в двухгодичной ординатуре.

Сейчас инициатива обсуждается экспертным сообществом. После проработки всех деталей поправки будут направлены в Министерство образования, а затем внесены на рассмотрение в Госдуму.

ВЕРХОВНЫЙ СУД ПОДДЕРЖАЛ ЗАКОНОПРОЕКТ ЯРОВОЙ О ЗАЩИТЕ МЕДИКОВ

Верховный суд РФ поддержал законопроект о защите медработников и пациентов, разработанный вицеспикером Государственной думы Ириной Яровой и председателем профильного Комитета по охране здоровья Дмитрием Морозовым.

Законопроект предусматривает введение административной ответственности за препятствование работе медиков – угрозы, создание помех для доступа к больному, удержание. В случае если какое-то из этих действий повлекло средний или тяжкий вред здоровью пациента, то виновника ожидает уголовная ответственность.

«Кроме того, законодательная инициатива предусматривает введение ответственности по факту причинения

медработникам легких телесных повреждений или угроз убийством, а также вводит административную ответственность для хулиганов на дороге, которые мешают проезду скорой помощи», – сообщает пресс-служба партии «Единая Россия».

В официальном отзыве на законопроект Верховный суд указал, что «направленность данной законодательной инициативы представляется обоснованной».

В разработке документа также участвовал Минздрав, который поблагодарил Верховный суд за одобрение законопроекта

«Надеемся, что законопроект с учетом его поддержки федеральным органами исполнительной власти будет

рассмотрен Государственной думой уже в весеннюю сессию», – пояснили в Минздраве.

В ноябре 2016 года Минздрав разработал другой законопроект об ужесточении ответственности за нападение на медицинских работников. В частности, за посягательство на жизнь медика при исполнении профессиональных обязанностей документом предусмотрено наказание в виде лишения свободы на срок от 12 до 20 лет либо пожизненного срока.

Аналогичный законопроект был разработан Комиссией Мосгордумы по здравоохранению и охране общественного здоровья. Документ был одобрен и направлен на рассмотрение в Госдуму.

РАСШИРЕНЫ ПОЛНОМОЧИЯ МИНЗДРАВА В СФЕРЕ БИОМЕДИЦИНЫ

Правительство наделило Министерство здравоохранения новыми полномочиями в связи с принятием Закона «О биомедицинских клеточных продуктах».

Соответствующее постановление правительства было опубликовано на официальном интернетпортале правовой информации.

Документ дополняет положение о Министерстве здравоохранения более чем 50 пунктами. Например, Минздрав теперь имеет право определять правила надлежащей практики по работе с биомедицинскими клеточными продуктами, выдавать разрешения на

проведение клинических испытаний биомедицинских клеточных продуктов и регистрировать такие продукты

В то же время полномочия по контролю за обращением биомедицинских продуктов закреплены за Росздравнадзором. Служба будет вести мониторинг их безопасности, а также проводить выборочный контроль их качества. При выявлении нарушений Росздравнадзор может приостановить обращение клеточных продуктов. Кроме того, недоброкачественные и несертифицированные изделия будут уничто-

жаться после получения соответствующего разрешения от Росздравнадзора.

Закон «О биомедицинских клеточных продуктах» был подписан Президентом России Владимиром Путиным 23 июня 2016 года и вступил в силу 1 января 2017 года. Документ вводит новую терминологию, а также определяет субъекты обращения клеточных продуктов. Одно из первых производств таких продуктов, по данным замминистра здравоохранения Сергея Краевого, планируется развернуть в Новосибирском медицинском промышленном парке.

Службу скорой медицинской помощи можно без всяких натяжек сравнить с передовой на фронте. Ведь обращаются туда, когда в дом приходит беда. Поэтому врачи и фельдшеры, отправляясь на вызов, должны быть готовы, что от их действия зависит человеческая жизнь. Поддерживать эту готовность им помогает старший врач учебного класса скорой медицинской помощи, он же врач анестезиолог-реаниматолог Федор Николаевич Емцов. В стенах учебного класса и состоялся наш разговор.



- Учебный класс на службе скорой помощи был всегда. Раньше на Центральной подстанции стоял макет автомобиля, где проходили занятия с медицинским персоналом. Этот учебный класс создан в 2014 году. Его оснащение финансировало министерство здравоохранения Новосибирской области. Он используется для обучения специалистов скорой помощи, отработки ими манипуляций, вызывающих определенные трудности или редко используемые. Помогают нам два фантомасимулятора. На них можно смоделировать какую-то ситуацию и отработать определенные манипуляции и навыки командной работы. Либо можно отрабатывать навыки, которые вообще раньше не проводились.

-Какие, например?

- Например, внутрикостные инъекции. Их можно использовать при шоковых состояниях. Внутрикостный доступ обеспечивает скорость введения лекарств как центральный катетер. При этом его освоение не требует таких специальных навыков, как при постановке подключичного катетера. Это гораздо проще. Эта манипуляция появилась не так давно. Но в Новосибирске, насколько я знаю, на догоспитальном этапе она еще не использовалась.
- Понятно, почему министерство здравоохранения области пошло на столь серьезные затраты при оснащении этого класса. Скорая помощь та служба, которая чаще всего сталкивается с различными ургентными состояниями. Но Вам-то зачем эта дополнительная нагрузка?
- Я пришел на скорую работать из стационара из отделения реанимации в 2001 году и сильно удивился, что оборудование, в общем-то, неплохое линейными

УЧЕБА СПАСАЕТ ЧЬЮ-ТО ЖИЗНЬ

бригадами, как правило, не использовалось. Банально по той причине, что не умели. В реанимации, чем раньше она начата, тем благоприятнее прогноз. И если фельдшер на выезде сталкивается с такой ситуацией, то он, конечно же, вызывает реанимационную бригаду. Но до ее приезда он должен грамотно проводить реанимационные мероприятия – уметь пользоваться дефибриллятором, дыхательным мешком и т.д. Вот я начал учить тех, кто рядом со мной работал, потом как-то так и пошло. Если я умею это делать, то почему же не научить другого. Может быть, это спасет чью-то жизнь.

- Как формируется аудитория?

- Ее формируют заведующие подстанциями. Они присылают заявки, кого и чему учить. Начинаем мы с азов – проведение реанимационных мероприятий. Этим, в принципе, обязаны владеть все медработники. Помимо этих проводятся занятия по ЭКГ-диагностики и лечению различных кардиологических заболеваний. Занятия по оказанию помощи при различных ургентных состояниях



разнообразная. Что жизнь требует, то и проводим. Тем более что все это могут обеспечить фантомы последнего поколения. Слава богу, у нас такой есть. Я могу задать сценарий, запустить его в работу и просто отмечать, что делается правильно, где и какие ошибки были. Все это записывается на видео, потом демонстрируется, разбираются ошибки. И мы пытаемся выявить пути их устранения.

-Сколько человек проходит обучение за год?

- Где-то 18 врачей и 50 фельдшеров. Как правило, это молодые специалисты. В последний год есть заявки из поликлиник. По статистике, за год в поликлиниках города бывает около 6 случаев, когда требуется проведение реанимационных мероприятий. Вроде бы немного, но они должны быть к ним готовы.

-Вы видите результаты своей работы?

- Я не могу привести какую-то статистику, но по своему опыту вижу, что стало больше случаев, когда фельдшер вызвал на себя бригаду и до ее приезда сам толково проводит реанимацию. Чаще стали использовать дефибриллятор по показаниям на вызовах. Или возьмем ДТП с черепно-мозговой травмой. Стали



увереннее использовать перевод на ИВЛ. Так что грамотность возрастает.

- Где еще на скорой помощи есть учебные кабинеты с такой оснащенностью?
- Есть в Москве, в Санкт-Петербурге. По-моему, есть в

-Что бы Вы еще хотели иметь в учебном классе?

- Мне бы хотелось, чтобы наш класс оснастили по всем правилам. Чтобы оператор был изолирован и не привлекал внимания обучающихся. Как это сделано в симуляционном центре НГМУ. Его основная функция – наблюдение. А в нынешних условиях обучающиеся постоянно обращаются за советом к оператору, что мешает погружению в задачу. Они на меня отвлекаются постоянно.

Еще мне хотелось бы иметь стандартно оснащенный салон автомобиля скорой помощи. Чтобы условия были максимально приближены к реальным. Очень сильно мне хотелось бы иметь манекен, который бы симулировал роды, осложненные и неосложненные. В последнее время все чаще приходится сталкиваться с родами на дому. И хотелось бы манекен для отработки центрального венозного доступа. Это для врачей первоочередная задача. Наверное, неплохо было бы, если нас, обучающих, было несколько. Пока я один.

Марина Есикова

НОВОСИБИРСКИЕ ВРАЧИ ВЕРНУЛИ ПАЦИЕНТУ ВОЗМОЖНОСТЬ НОРМАЛЬНО ПИТАТЬСЯ

Бригада врачей Новосибирского областного онкологического диспансера вместе с московским хирургом вылечили практически безнадежного пациента с раком пищевода — мужчина год питался через нос.

«Пациент поступил к нам с жалобами на затруднения в прохождении пищи, глотания — особенно твердой пищи. С учетом того, что он не питался адекватно, он сильно исхудал. Когда такие трудности начинаются у пациентов, они не всегда на это обращают внимание, считают, что это какое-то воспаление, пытаются заниматься самолечением или вообще на это не обращают внимания, просто запивают водой, чаем, и все трудно, но проходит», — рассказал заведующий торакальным отделением областного онкодиспансера Вадим Козлов.

67-летний житель Барабинска обратился к врачам, когда симптомы усилились, опухоль в пищеводе перекрывала просвет, по которому пища проходит в желудок. Барабинские врачи отправили пациента в Новосибирский областной онкологический диспансер.

В Новосибирске мужчину обследовали и подтвердили, что у него рак пищевода. Самым эффективным способом лечения стала операция — правда, почти весь пищевод надо было удалить. Хирурги выбрали эндоскопический метод, наносящий гораздо меньшую травму человеку, чем открытая операция. Так, на животе выполняется открытая операция, а на грудной клетке — эндоскопическая: через небольшой разрез удаляется часть пищевода, которая находится в грудной клетке.

«И там же внутри, в грудной клетке, делается соустье

между оставшейся частью пищевода и искусственным пищеводом. Такая операция была сделана, но, к сожалению, не обошлось без осложнений, и у пациента уже после выписки из стационара выявилась несостоятельность пищеводно-желудочного анастомоза — это соустье, где мы сшиваем пищевод с искусственным пищеводом, который делается из желудка, там ткани не срастаются хорошо, и возникает, грубо говоря, отверстие, дырка», — отметил заведующий отделением.

Кроме того, у пациента возникло сообщение между соустьем и трахеей, т.е. все, что пациент съедал или выпивал, попадало в трахею, главные бронхи и легкие — это вызывало не только кашель и боль, но и могло привести к смерти.

Мужчина не мог нормально питаться целый год. Его госпитализировали снова — пришлось вывести тонкую кишку на брюшную стенку, и пациент еще год питался с помощью трубочки-зонда через нос. «Конечно, сильно упало качество его жизни — человек через нос не может питаться, он не испытывает удовольствия от вкуса», — пояснил Вадим Козлов.

Врачи надеялись, что свищ у пациента заживет сам, как обычно бывает в практике, но контрольное обследование показало, что этого не произошло.

На одной из медицинских конференций в Москве новосибирские врачи рассказали о сложном случае Олегу Пикину — заведующему торакальным отделением Московского научно-исследовательского онкологического института им. Герцена. Он предложил Вадиму Козлову прооперировать пациента вместе на базе новосибирского онкодиспансера.

«Операция сама по себе достаточно сложная и редкая, с такими свищами пациентов не так много. Опыт хирургии по коррекции, закрытию этих свищей — очень мало его. Чаще используется разрез через шею, через грудину, используется стернотомия .Здесь другой механизм, через грудину опасно было идти, можно было повредить крупные сосуды. Мы выбрали заднюю торакотомию, сделали под лопаткой разрез, чтобы сразу подобраться к трахее. В итоге удалось успешно выполнить операцию и разобщить этот свищ», — описал Вадим Козлов.

Он подчеркнул, что если бы у пациента прогрессировала опухоль в пищеводе, такая операция была бы невозможна. Однако рак не прогрессировал, и теперь — осталось вернуть на место кишку, выведенную на брюшную стенку.

Хирурги отмечают, что причин появления такого опасного свища много. «Нельзя сказать, что это только неквалифицированность хирурга или ткани человека не справились. Один из факторов — действительно технические погрешности выполнения. Мы анализируем свою работу, но, увы, в онкологии, где обширные, серьезные операции, невозможно обойтись без осложнений, так во всем мире», — признался Вадим Козлов. Он добавил, что у пациента и его родственников не было претензий к новосибирским врачам.

Теперь этот случай новосибирские хирурги планируют представить на VII международном конгрессе «Актуальные направления современной кардиоторакальной хирургии».

(По материалам НГС)

4

КОНСПЕКТ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ. СОВРЕ

Ревматоидный артрит (РА) является наиболее распространенным из хронических воспалительных заболеваний суставов. Связанная с ним функциональная недостаточность может приводить к значительному ограничению трудоспособности и социальной активности, снижая качество жизни больных. Характерный для РА хронический воспалительный процесс способен также индуцировать развитие кардиоваскулярной патологии, создавая тем самым угрозу сокращения продолжительности жизни пациента. За последнее десятилетие тактика ведения больных РА коренным образом изменилась, что обусловлено, с одной стороны, появлением новых высокоэффективных медикаментов, а с другой – разработкой стандартизованных алгоритмов, которые определяют выбор терапевтической тактики в каждом конкретном случае.

Основой этих рекомендаций является стратегия лечения до достижения цели. Она разработана экспертами с учетом результатов научных исследований последних десятилетий и включает основные принципы лечения РА. Фундаментальным положением данной стратегии является постулат о необходимости согласованного решения врача и пациента при определении тактики лечения, которое должно обеспечивать максимально высокое качество жизни больного. Эксперты считают, что целью лечения РА должна быть ремиссия или низкая активность заболевания. Однако при выборе цели терапии следует принимать во внимание наличие коморбидных заболеваний и другие индивидуальные особенности пациента, включая степень риска, связанного с назначением тех или иных медикаментов. Эксперты подчеркивают, что для определения уровня активности болезни необходимо использовать один из количественных методов оценки.

В настоящее время в рутинной практике и в клинических испытаниях широко используются три суммарных индекса воспалительной активности - DAS28, SDAI и CDAI. Все они имеют свои достоинства и недостатки, и ни один из них не считается золотым стандартом. Первым суммарным индексом, завоевавшим широкую популярность, стал DAS. Он был разработан в начале 1990-х гг. по материалам ведения больных РА в рутинной клинической практике. Его упрощенный вариант - DAS28 активно применялся в научных исследованиях и затем был рекомендован для практического здравоохранения. DAS28 вычисляется по 4-м исходным показателям, это: 1) число болезненных суставов (ЧБС) из 28 (проксимальных межфаланговых, пястно-фаланговых, лучезапястных, плечевых, локтевых, коленных); 2) число припухших суставов (ЧПС) из 28; 3) общая оценка здоровья больным (ООЗБ) в мм по 100 мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ); 4) скорость оседания эритроцитов (COЭ) по Westergren в мм/ч. Величина каждого из этих показателей в составе DAS28 отражает его реальную клиническую значимость. Существенный недостаток этого индекса довольно сложная математическая обработка данных.

DAS 28=0,56√46C+0,28√4ПC+0,70lnCOЭ+0,014OO36

DAS28<2,6 соответствует ремиссии; 2,6 \leq DAS28<3,2 соответствует низкой активности; 3,2 \leq DAS28 \leq 5,1 – умеренной и DAS28>5,1 – высокой активности PA.

J.S. Smolen et al. упростили вычисление, убрав поправочные коэффициенты [8]. Предложенный ими индекс SDAI представляет собой арифметическую сумму исходных компонентов:

SDAI=OOAB+OOAБ+YTC+Y5C+CP5,

где OOAB – общая оценка активности болезни врачом по ВАШ (см), OOAБ – общая оценка активности болезни больным по ВАШ (см), ЧПС – число припухших суставов из 28, ЧБС – число болезненных суставов из 28, СРБ – С-реактивный белок (мг/дл). SDAI>26 соответствует высокой, 26≤SDAI<11 – умеренной, 11≤SDAI<3,3 – низкой активности РА и SDAI≤3,3 обозначает ремиссию.

К сожалению, после такого упрощения острофазовый показатель, в качестве которого авторы использовали СРБ, практически перестал сколь-нибудь существенно влиять на результат. В то же время очень большое влияние на итоговое значение SDAI оказывает ООАВ, что делает оценку более субъективной, т. к. это нестандартизованный показатель, который определяется произвольно в зависимости от личного опыта врача. Поэтому у разных врачей результаты применения SDAI могут существенно различаться. Поскольку значение СРБ в составе SDAI невелико, авторы сочли возможным еще более упростить индекс, убрав СРБ из числа исходных компонентов. Получившийся при этом индекс CDAI вычисляется по 4-м клиническим параметрам:

CDAI=OOAB+OOAБ+ЧПС+ЧБС.

CDAI>22 предложено считать признаком высокой, 22 < CDAI<10 – умеренной, 10 < CDAI<2,8 – низкой активности РА. Ремиссии соответствует CDAI≤2,8. При этом авторы считают СРБ существенным показателем и предлагают учитывать его значение помимо индекса.

Больные, соответствующие ремиссии по DAS28, могут иметь более высокую остаточную воспалительную активность, чем пациенты, у которых ремиссия установлена по SDAI и CDAI, поэтому в рекомендациях ACR (Американская коллегия ревматологов) и EULAR (Европейская антиревматическая лига) для подтверждения ремиссии предлагается использовать SDAI или CDAI. Однако не все специалисты считают их достаточно надежными показателями оценки состояния болезни. Поэтому в качестве альтернативного метода эксперты предлагают

определять ремиссию по 4-м показателям: ЧПС из 28, ЧБС из 28, ООАБ по ВАШ (см) и СРБ (мг/дл). Если ни один из этих параметров не превышает единицы, то состояние больного можно расценивать как ремиссию.

Стратегия лечения до достижения цели предусматривает, что до тех пор, пока не достигнута цель лечения (ремиссия или низкая воспалительная активность), следует ежемесячно оценивать уровень активности с помощью одного из суммарных индексов. Проводимую терапию с учетом этих результатов необходимо корректировать не реже чем 1 раз в 3 мес. Если же у больного стойко сохраняется низкая активность или ремиссия, то статус можно оценивать реже – примерно 1 раз в 6 мес. Помимо активности РА при выборе тактики лечения следует принимать во внимание имеющиеся у больного структурные изменения, функциональные нарушения и коморбидные заболевания. Достигнутая цель лечения должна поддерживаться в дальнейшем постоянно.

Опираясь на эти указания, эксперты EULAR разработали алгоритм лечения PA, согласно которому сразу после установления диагноза необходимо назначить один из синтетических базисных противовоспалительных препаратов (сБПВП). При этом для подтверждения диагноза следует использовать критерии ACR/EULAR 2010 г. Назначенная терапия должна обеспечивать ремиссию или низкую активность PA. Эффективность лечения оценивается каждые 1–3 мес. Коррекция терапии проводится в том случае, если при использовании максимальной дозы сБПВП через 3 мес. не наблюдается улучшения (снижение активности с высокой до умеренной) и через 6 мес. не достигнута цель (ремиссия или низкая активность PA).

Лечение больных активным РА должен проводить ревматолог, и терапию следует начинать с использования метотрексата (МТ). Наличие воспалительной активности следует подтвердить при помощи одного из суммарных индексов (DAS28>3,2, SDAI>11 или CDAI>10). МТ может быть назначен в качестве единственного сБПВП а также в сочетании с другими препаратами этого класса или с глюкокортикоидами (ГК). Лечение МТ начинают с небольшой дозировки, которую при хорошей переносимости повышают до 25–30 мг/нед. Максимальный эффект МТ может быть получен через 4–6 мес. при условии что не менее 8 нед. пациент получает его в максимальной дозе.

При наличии противопоказаний для назначения МТ или плохой переносимости препарата может быть назначен лефлуномид по 20 мг/сут или сульфасалазин по 3–4 г/сут. Антималярийные препараты (гидроксихлорохин и хлорохин) при РА назначаются обычно в комбинации с другими сБПВП, но могут использоваться и в монотерапии при очень легком течении болезни. Пациентам с низкой активностью РА (DAS28<3,2, SDAI<11 или CDAI<10) можно назначить вместо МТ

Низкие дозы ГК (до 7,5 мг/сут в пересчете на преднизолон) следует рассматривать как компонент начального этапа лечения и применять в комбинации с одним или несколькими сБПВП максимально до 6 мес.

Если при назначении первого сБПВП цель лечения не достигнута, то при отсутствии неблагоприятных прогностических признаков (высокая активность РА, наличие ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллинированному пептиду, эрозивных изменений суставов) следует рассмотреть вопрос о замене неэффективного препарата на другой сБПВП. При наличии неблагоприятных прогностических факторов больному показано лечение генно-инженерным биологическим препаратом (ГИБП), который назначается в сочетании с МТ. Обычно в качестве первого ГИБП используют один из ингибиторов фактора некроза опухоли α (иФНО α), абатацепт, тоцилизумаб и в некоторых случаях ритуксимаб. Ритуксимаб может быть препаратом выбора у пациентов с латентным туберкулезом, имеющих противопоказания для проведения химиопрофилактики, у больных, проживающих в эндемичных

лимфомы или демиелинизирующего заболевания. ГИБП должны использоваться в сочетании с МТ или другим сБПВП. При недостаточной эффективности первого ГИБП его следует заменить на другой ГИБП. Если первым ГИБП был иФНО α , он может быть заменен на другой иФНО α или ГИБП с иным механизмом действия.

по туберкулезу регионах а также при наличии в анамнезе

При недостаточной эффективности ГИБП больному может быть назначен тофацитиниб. Этот препарат разрешен для применения при недостаточной эффективности традиционных сБПВП. Однако в настоящее время отсутствует информация о его безопасности при длительном применении. Назначение тофацитиниба связано с повышением риска серьезных инфекций, включая Herpes zoster, который при проведении такой терапии встречается чаще, чем на фоне лечения иФНО α . У больных, получавших тофацитиниб, описано развитие туберкулеза, нетуберкулезных оппортунистических инфекций, лимфопении и анемии. Кроме того, по стоимости тофацитиниб сопоставим с ГИБП. Поэтому эксперты считают, что на сегодняшний день его применение может быть оправдано лишь при недостаточной эффективности ГИБП.

У больных со стойкой ремиссией после отмены ГК возможно

уменьшение дозы ГИБП с последующей его отменой (особенно если пациент получает сБПВП). При наличии стойкой длительной ремиссии можно рассмотреть вопрос об осторожном уменьшении дозы сБПВП. Рекомендации по лечению РА, подготовленные национальными ассоциациями ревматологов, также предусматривают обязательное использование стратегии лечения до достижения цели. Последовательность действий врача при ведении больного РА, представленная в национальных алгоритмах, не имеет принципиальных отличий от схемы, подготовленной экспертами EULAR. При этом каждая ассоциация в чем-то уточняет ее ключевые положения, дополняя их конкретными деталями. Так, эксперты ACR подготовили раздельные алгоритмы для раннего и развернутого РА. Для каждого этапа лечения они предлагают использовать на выбор несколько вариантов, указывая при этом предпочтительный.

Рекомендации ACR для раннего PA (длительность заболевания менее 6 мес.)

Для больных ранним РА, которые ранее не получали сБПВП, независимо от активности болезни предпочтительной считается монотерапия сБПВП (к их числу эксперты АСR относят МТ, лефлуномид, сульфасалазин и гидроксихлорохин), хотя допускается назначение комбинации из 2-х или 3-х препаратов этого класса, а также ГК. В отличие от своих европейских коллег эксперты АСR считают МТ препаратом выбора только при низкой активности РА. При умеренной и высокой активности они не отдают предпочтения какому-либо из сБПВП, оставляя выбор за врачом. Как указывалось выше, EULAR по данному вопросу придерживается прямо противоположного мнения, однозначно считая МТ препаратом выбора при умеренной и высокой активности РА, но допуская назначение других сБПВП при низкой активности РА.

Если при проведении монотерапии сБПВП сохраняется высокая или умеренная воспалительная активность, АСR предлагает использовать на выбор комбинацию сБПВП, иФНО α или ГИБП с другим механизмом действия в сочетании с МТ или без него. Все эти варианты считаются равноценными и более перспективными, чем продолжение монотерапии сБПВП, хотя она также допустима.

Если сБПВП неэффективны, то следует назначить иФНО $\pmb{\alpha}$ в виде монотерапии или в комбинации с МТ. Данный вариант является предпочтительным, хотя допускается применение тофацитиниба как в виде монотерапии, так и в комбинации с М \qquad .

Если несмотря на применение сБПВП или ГИБП сохраняется умеренная или высокая активность PA, ACR предлагает добавить к терапии низкие дозы ГК. Их также рекомендуется использовать при обострениях заболевания короткими курсами в минимально возможной дозировке.

Рекомендации ACR для развернутого PA (диагноз соответствует критериям ACR 1987 г.)

Для больных с развернутым РА, которые никогда не получали сБПВП, эксперты АСR считают предпочтительной монотерапию сБПВП (лучше – МТ), но допускают применение иФНО α . При умеренной и высокой активности также рекомендуется назначать монотерапию сБПВП, причем, в отличие от ранней стадии РА, эксперты однозначно считают МТ препаратом выбора. В качестве альтернативного варианта при умеренной и высокой активности допускается использование тофацитиниба или комбинации сБПВП.

Если, несмотря на монотерапию сБПВП, активность остается умеренной или высокой, можно использовать на выбор комбинацию традиционных сБПВП, добавить иФНО α или ГИБП с другим механизмом действия или тофацитиниб (все варианты равноценны и могут применяться в сочетании с МТ или без него).

Если активность остается умеренной или высокой на фоне монотерапии иФНО α , то лучше добавить один или два сБПВП, чем продолжать монотерапию иФНО α .

Если активность остается умеренной или высокой при использовании одного иФНО α , предпочтительно назначение ГИБП с другим механизмом действия в сочетании с МТ или без него. Но возможно также применение другого иФНО α или тофацитиниба в сочетании с МТ или без него.

Если активность остается умеренной или высокой при использовании одного ГИБП, не относящегося к группе иФНО α , предпочтительно назначение другого ГИБП, не иФНО α , в комбинации с МТ или без него, но возможно назначение тофацитиниба с МТ или без него.

Если активность остается умеренной или высокой при использовании двух и более иФНО α , предпочтительным является ГИБП (не иФНО α) с МТ или без него, хотя возможно назначение другого иФНО α или тофацитиниба (с МТ или без

МЕННЫЕ АЛГОРИТМЫ ЛЕЧЕНИЯ

него).

Если активность остается умеренной или высокой при использовании нескольких иФНО α , а назначение ГИБП с другим механизмом действия по какой-либо причине не представляется возможным, предпочтителен тофацитиниб с МТ или без него, хотя назначение другого иФНО α также возможни о . Если активность остается умеренной или высокой при использовании как минимум одного иФНО α и как минимум одного ГИБП не иФНО α , то вначале следует назначить другой ГИБП (не иФНО α) с МТ или без него, хотя не исключается назначение тофацитиниба. Если активность остается умеренной или высокой, используется тофацитиниб с МТ или без него, хотя возможно назначение иФНО α .

Если активность остается умеренной или высокой несмотря на использование сБПВП, иФНО α или ГИБП (не иФНО α), к лечению следует на короткое время добавить низкие дозы ГК. При обострении заболевания на фоне лечения сБПВП, иФНО α или ГИБП не иФНО α следует добавить ГК в минимальной приемлемой дозе на максимально короткое время.

Если больной находится в ремиссии:

- возможно снижение дозы и отмена сБПВП;
- возможно снижение дозы и отмена иФНО $\pmb{\alpha}$, ГИБП не иФНО $\pmb{\alpha}$.

При низкой активности РА:

- продолжается терапия сБПВП;
- как и продолжение терапии иФНО α , ГИБП не иФНО α следует считать предпочтительными по сравнению с отменой этих препаратов

Если больной находится в ремиссии, не следует отменять все препараты для лечения PA.

Рекомендации по лечению РА, представленные Ассоциацией ревматологов России (APP)

Они в целом соответствуют алгоритму, разработанному EULAR, но особо подчеркивают необходимость рекомендовать больному отказ от курения, поддержание нормальной массы тела и соблюдение гигиены полости рта. Пациенту следует выполнять регулярные физические упражнения, а также избегать факторов, способных спровоцировать обострение болезни (интеркуррентные инфекции, стресс). Эксперты АРР подчеркивают, что курение, ожирение и пародонтит являются факторами риска развития и прогрессирования РА, снижения эффективности лечения БПВП и иФНО α , а также увеличения летальности, в т.ч. кардиоваскулярной. В то же время регулярная физическая активность улучшает функциональный статус и способствует сохранению трудоспособности пациентов. Если в алгоритмах лечения PA, подготовленных EULAR и ACR, упоминаются только БПВП, ГИБП и ГК, то в рекомендациях АРР помимо этих медикаментов особо обсуждается применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Эксперты АРР отмечают, что НПВП не влияют на прогрессирование деструкции суставов и прогноз заболевания, но дают удовлетворительный симптоматический эффект. Боль является ведущим проявлением РА. НПВП во многих случаях позволяют добиться существенного клинического улучшения и очень широко применяются в комплексной терапии данного заболевания. В то же время их назначение связано с риском возникновения целого ряда нежелательных явлений (НЯ), которые могут представлять серьезную угрозу для здоровья пациента. Наибольшее значение имеют НЯ со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и сердечно-сосудистой системы (ССС).

Принимая во внимание актуальность данной проблемы, АРР совместно с другими российскими медицинскими обществами разработала алгоритм рационального применения НПВП в клинической практике. Эксперты отмечают, что осложнения со стороны ЖКТ являются наиболее частой и хорошо изученной патологией, ассоциированной с приемом НПВП. Возникновение таких нарушений связано с подавлением активности фермента циклооксигеназы-1 (ЦОГ-1) и уменьшением синтеза цитопротекторных простагландинов. Снижение синтеза простагландинов также может стать причиной артериальной гипертензии и тромбоэмболических осложнений. Связанные с приемом НПВП серьезные НЯ обычно возникают у пациентов, имеющих соответствующие факторы риска. Своевременное выявление этих факторов позволяет принимать необходимые меры предосторожности и предотвращать развитие тяжелых осложнений. Для профилактики НЯ у таких больных могут быть использованы НПВП наименее опасные для ЖКТ и ССС, а также гастропротекторы, снижающие неблагоприятное влияние НПВП на ЖКТ. Поскольку побочное действие НПВП на ЖКТ в основном обусловлено блокадой ЦОГ-1, применение селективных НПВП (сНПВП) избирательно подавляющих ЦОГ-2, позволяет существенно снизить частоту НЯ. К числу таких средств относятся селективные ингибиторы

ЦОГ-2 (коксибы) и сНПВП с умеренной селективностью, включая нимесулид (Немулекс). Препарат выпускается в виде порошка, который расфасован в пакетики по 100 мг. Содержимое из пакетика нужно высыпать в чашку и залить теплой водой (около 100 мл на одну дозу). Обычно назначают по одному пакетику дважды в день после еды. Нимесулид быстро всасывается, и значительное уменьшение боли отмечается уже через 30 мин после приема, когда концентрация препарата в крови достигает 50% от пиковой. В дальнейшем она нарастает и наиболее выраженное анальгетическое действие нимесулида отмечается через 1-3 ч, когда его концентрация достигает максимума. Препарат показал благоприятные результаты как при остеоартрозе, так и при хроническом артрите. Обычно больные хорошо переносят лечение и серьезные НЯ со стороны ЖКТ на фоне лечения нимесулидом отмечались в 2 раза реже, чем при использовании таких препаратов, как диклофенак, кетопрофен и пироксикам.

Частота НЯ со стороны ЖКТ уменьшается также при назначении НПВП в сочетании с ингибиторами протонной помпы (ИПП). Эти медикаменты значительно снижают риск возникновения язв, кровотечений и диспепсии. Однако ИПП следует назначать лишь при наличии соответствующих показаний, поскольку они сами способны вызывать НЯ. ИПП, в частности, повышают риск возникновения кишечных инфекций, пневмонии, прогрессирования остеопороза.

Возможности медикаментозной профилактики кардиоваскулярных нарушений ограничены. Низкие дозы аспирина (НДА), которые широко применяются в клинической практике, недостаточно эффективны для первичной профилактики кардиоваскулярных осложнений, возникающих на фоне лечения НПВП. В то же время назначение НДА в сочетании с НПВП резко повышает риск кровотечений. Поэтому назначать НДА для профилактики сердечно-сосудистых осложнений пациентам с умеренным и относительно высоким кардиоваскулярным риском нецелесообразно. Если же больной нуждается в приеме НДА в связи с перенесенным инфарктом или инсультом, то назначение НПВП противопоказано из-за крайне высокого кардиоваскулярного риска.

Алгоритм рационального применения НПВП основан на определении степени риска НЯ. При этом риск осложнений со стороны ЖКТ и ССС оценивается раздельно. Риск НЯ со стороны ЖКТ считается высоким при наличии язвенного анамнеза, включая язвы, осложненные кровотечением или перфорацией, ЖКТ-кровотечений или перфорации в анамнезе, приеме НДА, любых других антитромботических средств или антикоагулянтов.

Умеренный риск ассоциируется с пожилым возрастом (≥65 лет), диспепсией, курением, приемом ГК, инфицированностью Helicobacter pylori. При отсутствии перечисленных выше факторов риск расценивается как низкий Для оценки кардиоваскулярного риска также можно учитывать соответствующие неблагоприятные факторы, но более точный результат может быть получен при использовании количественной оценки, основанной на применении таблицы SCORE.

Очень высокий риск кардиоваскулярных нарушений может быть зафиксирован без подсчета SCORE при наличии ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, ишемического инсульта, транзиторных ишемических атак в анамнезе, а также у пациентов с хронической сердечной недостаточностью ≥2 по NYHA и сахарным диабетом 2-го типа с поражением органовмишеней.

Показателем высокого риска является SCORE > 5%. Значения SCORE в диапазоне от 1 до 4% позволяют расценить кардиоваскулярный риск как умеренный. При SCORE<1% и отсутствии заболеваний ССС риск считается низким. Пациентам с низким кардиоваскулярным риском и низким риском осложнений со стороны ЖКТ можно назначать любые НПВП.

При сочетании умеренного ЖКТ-риска с низким кардиоваскулярным риском следует использовать сНПВП или неселективный НПВП+ИПП.

При высоком ЖКТ-риске и низком кардиоваскулярном риске показано назначение ингибиторов ЦОГ-2 в сочетании с ИПП.

У больных с умеренным или высоким кардиоваскулярным риском при низком ЖКТ-риске лучше использовать препараты наименее опасные для ССС: напроксен, целекоксиб, кетопрофен или низкие дозы ибупрофена (до 1200 мг/сут). Если умеренный или высокий кардиоваскулярный риск сочетается с умеренным ЖКТ-риском, может быть назначен напроксен в сочетании с ИПП или целекоксиб.

При сочетании умеренного или высокого кардиоваскулярного риска с высоким ЖКТ-риском может быть назначен целекоксиб в сочетании с ИПП.

При очень высоком кардиоваскулярном риске следует избегать назначения любых НПВП.

При обсуждении базисной терапии эксперты APP отмечают, что БПВП должны назначаться не только тем больным, у которых диагноз PA подтвержден с помощью соответствующих критериев, но и пациентам с высокой вероятностью развития PA. Такое лечение нужно начинать как можно раньше и не позднее чем через 3-6 мес. от момента появления симптомов п о р а ж е н и я с у с т а в о в . Соответственно МТ, который APP рассматривает как препарат

первой линии, в российских медицинских учреждениях должен назначаться не только всем пациентам с диагнозом PA, но и больным с недифференцированным артритом при высокой вероятности развития PA.

Перед назначением МТ АРР рекомендует оценить факторы риска НЯ (прием алкоголя, ожирение, нарушение функции почек), а также соответствующие лабораторные параметры, включая аспартатаминотрансферазу (АСТ), аланинаминотрансферазу (АЛТ), альбумин, креатинин, глюкозу, липиды, маркеры вирусных инфекций (ВИЧ, гепатит В и С), выполнить тест на беременность, общий анализ крови, рентгенографию грудной клетки.

При отсутствии факторов риска НЯ МТ назначается по 10-15 мг/нед. с повышением дозы на 2,5-5,0 мг каждые 2-4 нед. до 25-30 мг/нед. с учетом эффективности и переносимости. На фоне лечения МТ больной должен получать фолиевую кислоту в дозе не менее 5 мг/нед. не ранее чем через 24 ч после приема МТ.

В начале лечения или при увеличении дозы МТ содержание АЛТ, АСТ, креатинина, общий анализ крови следует контролировать ежемесячно до достижения стабильной дозы МТ, затем – 1 раз в 3 мес. Если уровень АЛТ и АСТ превысит верхнюю границу нормы более чем в 3 раза, лечение МТ следует прервать. После нормализации этих показателей возможно возобновление терапии с корректировкой дозы препарата при повторном повышении АЛТ и АСТ.

При недостаточной эффективности или плохой переносимости таблетированной формы МТ препарат вводится подкожно.

При наличии противопоказаний к назначению МТ или при плохой переносимости препарата используется лефлуномид или сульфасалазин.

В отличие от EULAR APP при PA допускает применение не только низких, но и средних доз ГК в комбинации с МТ и другими БПВП в течение времени, необходимого для получения эффекта, а также при обострении заболевания. Как исключение допускается монотерапия ГК при невозможности назначения БПВП и ГИБП.

При наличии неблагоприятных прогностических факторов и резистентности к МТ его рекомендуется комбинировать с другими сБПВП в сочетании с ГК или без ГК.

При недостаточной эффективности сБПВП, включая МТ, показано лечение ГИБП, которое целесообразно начать с иФНО α при отсутствии особых показаний для назначения ГИБП с другим механизмом действия.

 Γ ИБП следует применять в комбинации с МТ или другими сБПВП.

При плохой переносимости сБПВП препаратом выбора является тоцилизумаб.

При недостаточной эффективности первого иФНО $\pmb{\alpha}$ следует назначить ГИБП с другим механизмом действия, другой иФНО $\pmb{\alpha}$ или тофацитиниб.

Ритуксимаб целесообразно назначать в качестве первого

ГИБП при наличии ревматоидного фактора, антител к циклическому цитруллиновому пептиду, антинуклеарного фактора, ревматоидного васкулита, синдрома Шегрена или противопоказаний для иФНО α (злокачественные новообразования, риск реактивации латентной туберкулезной инфекции, демиелини-

зирующие заболевания нервной системы). При стойкой ремиссии возможно постепенное снижение дозы или отмена ГИБП.

Если ремиссия сохраняется не менее 12 мес. после отмены ГК и ГИБП, целесообразно обсудить возможность снижения дозы и отмены сБПВП.

Таким образом, на сегодняшний день экспертам ведущих ревматологических организаций удалось выработать единый подход к определению тактики ведения больных РА. Все современные рекомендации по данному вопросу основаны на стратегии лечения до достижения цели, которая предусматривает необходимость обеспечения стойкой ремиссии или низкой активности РА, наличие которых обязательно подтверждается данными количественной оценки статуса больных. Использование количественной оценки уровня активности позволило сформулировать унифицированные рекомендации по мониторингу и срокам коррекции терапии. Все специалисты согласны с необходимостью применения сБПВП в качестве препаратов выбора в начале лечения РА, эскалации терапии при недостаточной ее эффективности, целесообразности снижения дозировки и поэтапной отмены препаратов при наличии стойкой ремиссии. Вместе с тем по целому ряду конкретных вопросов мнения экспертов расходятся, что не позволяет им сформулировать общепринятые международные рекомендации по лечению РА. Создание национальных алгоритмов ведения больных РА позволяет, с одной стороны, полноценно реализовать имеющийся международный опыт, а с корректно адаптировать имеющиеся общие другой принципы к особенностям системы здравоохранения и традициям ревматологической службы каждого государства.

Олюнин Ю.А., Никишина Н.Ю. (ФГБНУ «НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой», Москва)

ЛЮДИ. ХАРАКТЕРЫ. СУДЬБЫ



Заведующая отделением реанимации новорожденных городской клинической больницы № 1 Юлия Васильевна Перегудова была признана лучшей в номинации «Молодость. Новаторство. Талант» на областном конкурсе профессионального мастерства «Врач года – 2016». Мы поговорили с Юлией Васильевной о том, как это через два года после окончания вуза возглавить отделение и что главное в работе реаниматолога.

Вы выбрали профессию врача осознанно?

- Скорее нет, чем да. У меня нет родственников, связанных с медициной, кукол я в детстве не лечила. Меня подружка уговорила поступать с ней в медицинский. Так что до выпускного класса я даже и не думала о том, что стану врачом. Но мне повезло. Я буквально с первого дня учебы поняла, что это мое. Мне нравилось учиться, мне нравится моя работа, и я ни разу не пожалела о своем выборе.
- Медицина практически случайно. А реаниматология и анестезиология?

В НАЧАЛЕ ПУТИ

- Терапия и хирургия меня особо не привлекали. А реаниматология и анестезиология это специальность, где надо хорошо соображать и руками поработать можно. Адреналин опять же. В общем, как-то понятно стало, что это мое.
- Вы, имея за плечами совсем небольшой стаж, возглавили отделение. Страшно не было?
- Конечно, было. Я в 2012 году пришла сюда работать после окончания ординатуры, а в 2014 мне предложили стать заведующей. Я и не думала, и не ожидала такого поворота. Но так все сложилось. Трудно поначалу было. И опыта не хватало, и кадров. Нас в то время в отделении работало всего трое. Надо было и учиться постоянно, и коллектив создавать, кадры набирать.

-Удалось?

- Да. Сегодня у нас в отделении восемь врачей. Все молодые, все женщины. Стаж работы более 5 лет есть только у двух врачей. Но мы учимся. Консультируемся у сотрудников кафедры медуниверситета. Они нам никогда не отказывают. Во всяком случае, у нас хорошие показатели работы. Мы маловесных детей выхаживаем не хуже, чем в других больницах. Работаем интенсивно. У нас 10 коек в отделении, и они никогда не пустуют. Ведь наш роддом специализируется на родах женщин с экстрагенитальной патологией. Понятно, что у нездоровой мамы вероятность ребенка рождения ребенка с какими-то проблемами достаточно высокая.

-Вы строгая заведующая?

- Да нет. У нас в отделении очень хорошие отношения, человеческие. Мы друг друга стараемся не подводить. Конечно, я все время на телефоне. Выходные, праздники, отпуск телефон у меня всегда включен. Сейчас как-то пореже, а раньше довольно часто приходилось приезжать на работу по звонку. Но оно и понятно, опыта-то у большинства было немного.
- А дома к такому режиму работы относятся с пониманием?

- Муж прекрасно понимает, что это моя работа. Он спокойно относится к тому, что в выходные мы где-то отдыхаем за городом, а я говорю, что мне надо на работу ехать. Садимся и едем.
- Какими качествами, по-вашему, должен обладать человек, чтобы стать хорошим врачом? Что главное в работе реаниматолога?
- Чтобы стать врачом, надо любить людей и хотеть им помогать. В медицину же не идут за деньгами или славой. Хотя одно другого не исключает. Но и деньги, и слава, если они приходят, вторичны. Надо любить свою работу и получать от нее удовольствие. Не ждать, что тебе кто-то спасибо скажет. У нас, к примеру, редко говорят спасибо. Любой маме трудно принять, что это она может быть виновата в проблемах со здоровьем у своего ребенка. И она будет винить кого угодно, в том числе и врачей. Так что надо удовольствие и удовлетворение получать от самой работы, оттого, что сегодня ты сделал все, как надо. Ребенку стало лучше, его перевели из реанимации в отделение новорожденных.

А для реаниматолога, на мой взгляд, главное – умение быстро оценивать ситуацию и принимать решение. Особенно если речь идет о детях. У взрослого могут сработать какие-то компенсаторные резервы организма. И это дает дополнительное время врачу. У детей все происходит очень быстро. В течение часа ситуация может кардинально измениться. Поэтому так важно вовремя увидеть эти изменения и быстро принять решение.

- Что для Вас значило участие в конкурсе «Врач года»?

- Приятно было. Это оценка твоего профессионального уровня. Хотя, конечно, глядя на лауреатов и номинантов, понятно, что ты еще только в самом начале профессионального пути.

- Чтобы Вы пожелали своим коллегам?

- Семейного благополучия. Когда дома все хорошо, когда есть надежный тыл, то работать легче. Ну и, конечно, успехов в работе, здоровья, счастья!

Марина Есикова

В НГМУ ПРОШЛА СТУДЕНЧЕСКАЯ ОЛИМПИАДА ПО ТЕРАПИИ



21 февраля на базе межрегионального симуляционного центра прошла внутривузовская студенческая олимпиада по терапии. Право участвовать в соревнованиях получили студенты 3-6 курсов лечебного и педиатрического факультетов, успешно прошедшие предварительное тестирование. Всего было сформировано 5 команд по 10 человек.

Программа олимпиада включала в себя 9 конкурсных заданий. Для проведения первого конкурса «Клиническая задача» организаторы соревнований пригласили студентов из Института культуры и молодежной политики Новосибирского педуниверстиета, которые сыграли роли пациентов в соответствии с заранее подготовленными для них клиническими случаями. Командам врачейтерапевтов нужно было расспросить пациентов о жалобах, собрать, анамнез, провести осмотр пациента и интерпретировать полученные данные. Затем поставить диагноз и назначить лечение. На этом этапе члены жюри оценивали соблюдение врачебной этики при опросе и осмотре пациента, владение пропедевтическими методами обследования, правильность применения диагностических методов и их интерпретацию, формулировку окончательного диагноза, рекомендации по диете, режиму, медикаментозной терапии и ее обоснования, оформление рецепта и пр.

Председатель жюри, главный терапевт Новосибирской области Татьяна Николаевна Курбетьева так оценила уровень будущих коллег: « Я вижу заинтересованность в лицах будущих врачей. Действительно, это очень пытливые умы. Мы видим, с каким интересом они вникают в ситуа-



цию. Хорошие студенты, хороший уровень подготовки и самое главное есть заинтересованность. Это двигатель к дальнейшим действиям, дальнейшему обучению, дальнейшим шагам».

Заведующий кафедрой внутренних болезней НГМУ, профессор Никита Львович Тов также отстался доволен уровнем подготовки студентов. Но, по его мнению, требует доработки форма испытания: «Клинические задачи должны быть более совершенными. Они должны однозначно трактоваться всеми участниками по обе стороны стола. Должны быть более ровные по сложности. Думаю, что мы учтем все недочеты и замечания».

В конкурсе «ЭКГ-диагностика», который проводился на тренажере с имитатором аритмии, студенты демонстрировали навыки записи частоты сердечных сокращений человека с дальнейшей расшифровкой электрокардиограммы. Практические навыки аускультации легких участники олимпиады также демонстрировали на специальном роботе-симуляторе с виртуальным стетоскопом. Также в ходе олимпиады будущие врачи оказывали неотложную помощь роботу-пациенту в соответствии с представленным клиническим сценарием, интерпретировали данные лабораторной и лучевой диагностики, проходили тестирование на знание теории.

Был в программе олимпиады и этап с черным ящиком, который содержал порядка сотни упаковок с фармакологическими препаратами. От каждой из команд в случайном порядке были отобраны по два участника, которым предстояло вытянуть по три препарата и определить принадлежность каждого из них к группе лекарственных



средств, назвать дозировку, показания и противопоказания, а также возможные побочные эффекты.

Заключительным этапом соревнований стало домашнее задание под названием «Болезнь в искусстве». Командам нужно было изобразить терапевтический синдром или патологию, которая ранее была представлена в известном литературном произведении, кино, мультфильме, театральной постановке и т.д. Задача остальных команд – угадать, о каком именно синдроме идет речь. Так, ребята представили сценки и видеоролики с отсылками к произведениям Н.А. Островского, М.А. Булгакова, И.С. Тургенева, А.П. Чехова, А. Линдгрен.

«Четыре года олимпиада по терапии не проводилась в нашем вузе, а в этом году нам все же удалось ее возобновить. По большому счету, данная олимпиада была репетицией предстоящей аккредитации выпускников лечебного и педиатрического факультета, — отметил на закрытии олимпиады проректор по воспитательной и социальной работе Константин Александрович Бакулин. — Терапия лежит в основе любой узкой специальности, поэтому даже если вы, уважаемые студенты, в будущем планируете быть не терапевтами, а хотите специализироваться в какой-то определенной области, знания по терапии вам обязательно пригодятся!»

Жюри, в состав которого вошли главные врачи и заведующие кардиологическими и терапевтическими отделениями ведущих лечебных учреждений города, отметили хороший уровень теоретических знаний и практических навыков студентов и сказали, что ждут молодых терапевтов в поликлиниках города.

МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ

КАК РЕШАЮТ ПРОБЛЕМЫ С ДИАЛИЗОМ В НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

Проблемы людей с хронической почечной недостаточностью (в территориальном регистре таких почти 5,5 тыс. человек) обсудили на круглом столе в Новосибирске чиновники, депутаты, общественники и сами пациенты.

Прогресс с ГЧП

«Немногим более тысячи человек находятся в терминальной стадии хронической болезни почек, — подчеркнула главный нефролог Новосибирской области Елена Галкина. — Единственно возможным методом лечения таких пациентов является заместительная почечная терапия. На современном этапе она может быть представлена тремя видами: программный гемодиализ, перитонеальный амбулаторный гемодиализ и трансплантация почки».

По словам медика, еще 10 лет назад Новосибирск был в аутсайдерах по обеспеченностью пациентов диализом, но сегодня ситуация в целом удовлетворительная. Из 822 пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии, более пятисот получают гемодиализную помощь в двух центрах, которые работают по принципу государственно-частного партнерства: «Нефролайн» и В. Braun (в Новосибирске), а также два филиала В. Braun в Искитиме и Куйбышеве.

«С открытием в 2013—2014 годах новых гемодиализных центров в какой-то степени решена проблема гемодиализной помощи для жителей Новосибирска, Искитима, Куйбышева и близлежащих районов. Однако для пациентов, которые проживают удаленно от амбулаторных диализных центров, гемодиализная помощь является по прежнему малодоступной», — констатировала главный нефролог.

Ее слова подтвердила президент регионального отделения, член правления некоммерческой организации «Нефро-Лига» Марина Лебедева: «Я сама живу в области и ездила на гемодиализ. С ужасом вспоминаю то время, когда он не был доступен всем, кому он нужен. Люди умирали в очереди на диализ. Но в результате совместной работы "Нефролиги" и минздрава эта проблема решена. Пациенты с хронической почечной недостаточностью, которым необходима заместительная терапия, получают ее в полном объеме». Но она же и описала две главные проблемы людям с отказывающими почками: транспортировка и лекарства.

Деньги и транспорт

«Центры диализа находятся в городе, плюс два крупных центра в области. Но пациентам Чановского, Усть-Таркского района приходится очень далеко ехать — в Куйбышев. Насколько я знаю, там есть даже слепые пациенты. Представляете, каково слепому добираться? Неужели никак нельзя это решить? Я по себе знаю, что, когда уезжала на диализ, не знала, вернусь или нет, вспомнила Лебедева. - Особенно зимой. Диализные пациенты мерзнут гораздо сильнее и быстрее, чем обычные люди. У них не начинается отморожение конечностей и прочее. После диализа они не могут быстро ходить и просто попадают под машины. Когда сильные морозы и снегопады, пациентам из области очень сложно попасть на диализ, потому что отменяются автобусные рейсы, а не у всех есть электрички, и пациенты вынуждены пропускать процедуры, что, в общем, смертельно для них».

Что касается лекарств, то местный тариф ФОМС не покрывает расходы на все препараты, которые, как она считает, следует принимать пациентам на диализе: «При стоимости 4,3 тыс. рублей местного тарифа не хватает. Пациенты не получают все необходимые им лекарственные средства, вот что самое страшное. Заложником становится пациент. Я понимаю, что бюджет не резиновый, но 4 тыс. — это очень мало. Я не хочу 20, но хотя бы 10».

При этом в соседней Кемеровской области на лечение пациентов с хронической почечной недостаточностью на диализе тарифом предусмотрено почти 35 тыс. рублей, в Красноярском крае — более 36 тыс. рублей.

«Оплата лекарств для пациентов, находящихся на заместительной почечной терапии, из средств ОМС началась у нас с прошлого [2016] года. Терапия дорогостоящая, но мы понимаем ее важность. При этом мы не можем необоснованно назначить ту или иную сумму, надо все считать, — пояснила замдиректора новосибирского ФОМС Галина Васильева. — По сравнению с предыдущим годом финансирование как услуги «диализ', так и лекарственного обеспечения по клиникосанитарной группе № 41 увеличено на 40%. Мы проводим проверки в медорганизациях, закончили в «Нефролайне», вышли в «В. Вгоwп», проверяем там всю медицинскую документацию, нам необходимо понять, сколько надо на самом деле денег, чтобы обеспечить».

Замминистра здравоохранения Новосибирской области Ярослав Фролов упирал на то, что назначение или отмена тех или иных лекарств — это дело не общественников, минздрава или ФОМС, а только лечащего врача. «Есть главный в своей проблеме специалист области, которая проверяет корректность назначения либо неназначения, а решение принимается комиссионно. Если какие-то случаи есть, давайте имена и фамилии, будем индивидуально разбирать», — предложил чиновник.

Сложности есть и с пересадкой почек. По словам Фролова, развитие трансплантологии сдерживает «этический момент»: «Не все готовы, не все понимают ситуацию».

«Наша организация и работает над тем, чтобы развеивать мифы о трансплантации. У нас по закону презумпция согласия, а среди населения средневековье, все считают, что если попадешь в реанимацию, тебя не будут спасать, а зарежут на органы... Мы ведем просветительскую работу совместно со студентами медуниверситета», — заверила Лебедева.

Нерентабельный диализ

Более жаркой, чем лекарства и транплантация, оказалась тема транспортировки и строительства новых диализных центров. Так, житель Татарска отметил, что больным из его района до ближайшего аппарата искусственной почки ехать четыре часа, столько же проходить диализ и еще четыре часа возвращаться домой: «Я понимаю, 20–30 километров, но за 250 ехать! Приезжают совсем, по-русски говоря, неживые».

Но делать даже маленький диализный центр всего на три-пять пациентов в Татарской ЦРБ нерентабельно, ответила ему нефролог Галкина. «Мы для того и собрались, чтобы расставить акценты над і. Если в каких-то ЦРБ, расположенных далеко от Новосибирска и Куйбышевской ЦРБ, сегодня нецелесообразно организовывать диализный центр, соответственно там в первую очередь и

нужно обсуждать транспортировку. Надо реально смотреть на жизнь!» — призвала она.

Марина Лебедева заявила, что понимает возмущение, потому что «сама так же ездила», но строить диализный центр на пять человек действительно нерентабельно, и ни одна компания в рамках ГЧП на это не согласится.

Договориться о том, кто все-таки должен возить диализных пациентов из дома до места процедуры, на круглом столе не удалось. Финансирование социального такси, рассказала представительница минсоцразвития Марина Ощепкова, составляет всего 1 млн 250 тыс. рублей. «На эту сумму нужно оказать 2,5 тыс. услуг, то есть средняя стоимость услуги — 500 рублей. Новосибирская область очень обширная, оказать услугу именно от той точки, где проживает инвалид, [невозможно] — это территориально далеко, и стоимость услуги на это не рассчитана, — объяснила она. — Поэтому принято решение оказывать эту услугу в Новосибирске и на удалении не более 50 км от города».

Кроме того, диализные пациенты часто «тяжелые», оправдывалась Ощепкова, поэтому их должны сопровождать подготовленные специалисты, медицинские сотрудники, а этого минсоцразвития организовать не может.

«Тем, кто проживает в области, мы предлагаем какимто образом добираться до места действия услуги, где он может пересесть на социальное такси. Не можем пока предложить альтернативы. Можно пользоваться услугой два раза в месяц», — добавила Ощепкова.

«Вы понимаете, что для диализных пациентов это неприемлемые условия, такси необходимо им три раза в неделю?» — парировала президент регионального отделения «Нефро-Лиги» Марина Лебедева. «Понимаю, но есть финансирование, и мы должны учесть в нем все категории инвалидов, а не только диализных», — сказала представительница минсоцразвития.

Вопрос, что можно сделать для слепого пациента, который ездит на диализ из Чановского района (поселок Чаны расположен 402 км к западу от Новосибирска) остался без конкретного ответа. Как подчеркнула главный нефролог области, в таких больших регионах проблема транспортировки из удаленных районов не решена.

«Это не первый год обсуждаемся, минздрав пинает минсоцразвития и наоборот, а люди не получают помощи. Вы видите, как ваше министерство может оказать эту услугу тем людям, которые проживают очень далеко?» — вступил в дискуссию зампредседателя комитета по социальной политике, охране труда и занятости населения Новосибирского заксобрания Александр Козлов, обратившись к представительнице минсоцразвития. «При увеличении финансирования все можно будет решить», — ответила она. «Будете вносить изменения в бюджет, не забудьте про эту проблему», — присоединился к ней замминистра здравоохранения Фролов.

Он же и предложил в итоге собрать рабочую группу из представителей минздрава, минсоцразвития, на всякий случай минтруда, «Нефро-Лиги» и депутатов, что воодушевило всех участников обсуждения. «То, что мы пришли к единому мнению, что надо организовать рабочую группу — это уже большой шаг вперед. А критиковать всех и вся — это тоже неправильно. Надо как-то конструктивно договариваться», — заявила в заключении круглого стола нефролог Елена Галкина.

(По материалам сайта Тайга инфо)

СИБИРСКИЕ УЧЕНЫЕ РАЗРАБОТАЛИ УНИКАЛЬНУЮ ТЕХНОЛОГИЮ СОЗДАНИЯ ИСКУССТВЕННЫХ СОСУДОВ

Уникальную технологию создания искусственных сосудов, свойства которых максимально приближены к физиологическим, разработали ученые из Института цитологии и генетики (ИЦиГ) Сибирского отделения (СО) РАН и Новосибирского государственного университета (НГУ). Разработка позволит снизить риск воспаления, тромбоза и других негативных процессов у пациентов, нуждающихся в трансплантации.

«Для разработки мы использовали выстилающие кровеносные сосуды и создающие сосудистый тонус клетки, взятые из послеоперационного материала

миокарда человека. Заселение сосудистых протезов этими клетками увеличит срок службы трансплантата», — рассказала студентка НГУ Анна Смирнова, работающая в лаборатории эпигенетики развития ИЦиГ СО РАН. В институте пояснили, что технология создания искусственных сосудов основана на заселении мембран из поликапролактона клетками миокарда. Синтетические материалы, применяемые в сосудистой хирургии, имеют ряд физических недостатков, а использование сосудов самого пациента часто невозможно по медицинским показаниям.

Ученые-разработчики предполагают, что новая технология снизит риск воспаления, тромбоза и иммунопатологических процессов, которые приводят к повторному дефициту кровообращения». Разработка сибирских биологов прошла испытание на мышах. Эксперименты показали, что новая технология имеет ряд преимуществ перед существующими и может использоваться для разработки заменителей сосудов малого диаметра. Разработка ведется при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований.

МЕДИЦИНСКИЕ НОВОСТИ

УЧЕНЫЕ РАЗРАБОТАЛИ ПРИНЦИПИАЛЬНО НОВУЮ МЕТОДИКУ ЭФФЕКТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Исследователи из университета Рокфеллера и Национального института здоровья разработали принципиально новую методику лечения ВИЧ-инфекции. Эта методика помогает иммунной системе человека эффективно контролировать вирус, препятствуя его размножению, сообщило издание Science Daily. По словам заведующего лабораторией молекулярной иммунологии Мишеля Нуссенцвайга, новая форма терапии инициирует мощный иммунитет, позволяя хозяину контролировать ВИЧинфекцию. Такая иммунотерапия, уточнил ученый, аналогична процессам, защищающим человека от некоторых форм рака.

Напомним, в настоящее время существуют более 25 препаратов для борьбы с ВИЧ, однако вирус иммунодефицита до сих пор остается одной из самых серьезных проблем здравоохранения в мире. Главным недостатком существующих методов лечения является то, что спящие вирусы атакуют иммунную систему сразу после прекращения терапии.

Новое исследование было проведено на обезьянах вида макак-резус с использованием обезьяньей версии ВИЧ-инфекции. Хотя этот вирус имеет существенные различия с ВИЧ-инфекцией человека, результаты могут стать основой для разработки методики стимулирования иммунной реакции у людей.

В экспериментах были использованы два препарата — 3BNC117 и 10-1074, которые относятся к классу нейтрализующих антител широкого спектра. Они были обнаружены у пациентов, чья иммунная система обладает редкой способностью бороться с вирусом ВИЧ. Антитела одновременно связывают противоположные бока вируса, нейтрализуя его с разных сторон. При этом 3BNC117 связывает ту часть вируса, которая прикрепляется к иммунным клеткам.

В течение двух недель ученые провели три внутривенных инъекции обоих антител 13 обезьянам, инфицированным вирусом ВИЧ. Терапия, как и следовало ожидать, подавила вирус до уровня неопределяемой вирусной нагрузки. Эффект сохранялся на протяжении 6 месяцев и после прекращения действия антител уровень вируса ожидаемо вернулся к прежнему состоянию у всех обезьян, кроме одного животного. Однако далее, в течение 5-22 месяцев у разных животных произошло нечто удивительное. Шесть обезьян сами по себе, без внешнего вмешательства восстановили контроль над вирусом, уровень

которого снова упал до неопределяемой нагрузки, после чего оставался в подавленном состоянии в течение еще 5-13 месяцев. Еще четыре обезьяны, которые не смогли полностью восстановить контроль над вирусом, показали обнадеживающие результаты – в течение 2-3 лет после заражения в их организме поддерживался крайне низкий уровень вирусной нагрузки и нормальный уровень ключевых иммунных клеток. Таким образом, новая иммунотерапия показала высокую эффективность у 10 из 13 обезьян.

Как выяснили исследователи, главную роль в контроле над ВИЧ-инфекцией после падения уровня лечебных препаратов играли так называемые цитотоксические Тклетки, которые под действием 3BNC117 научились распознавать вирус и успешно предотвращать его размножение. В настоящее время ученые повторяют эксперимент. Они уже ввели вирус и теперь выжидают несколько недель – столько времени обычно требуется, чтобы ВИЧ-инфекция проявилась до уровня диагностирования. В случае успеха эксперимента исследователи начнут клинические испытания на людях.

РОССИЙСКИЕ МЕДИКИ НАУЧИЛИСЬ ЛИКВИДИРОВАТЬ ПОСЛЕДСТВИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Медики центра нейрохирургии и сосудистой неврологии ФМБЦ имени А.И. Бурназяна ввели в практику новый метод лечения последствий геморрагического инсульта — метод портальной хирургии.

Операция, разработанная заведующим центром, нейрохирургом Максимом Семеновым, не требует травмирующей трепанации черепа и позволяет врачу реабилитировать больного в течение первых трех дней после поражения. На сегодняшний день с помощью новой методики в центре спасены более 100 пациентов. О сути нового метода рассказал руководитель ФМБА России Владимир Умба на пресс-конференции, прошедшей недавно в Москве.

Как известно, при геморрагичеком инсульте кровь из разорвавшегося сосуда изливается в мозг и образует гематомы, которые давят на его участки. Под действием

этого давления центры мозга отключаются, вызывая либо смерть, либо тяжелую инвалидизацию пациента. Убрать гематому хирургическим методом практически невозможно, так как это требует инвазивного вмешательства в структуры мозга. Это, как правило, невозможно сделать, не повредив механически его структуры, что может привести к смерти пациента.

Для ликвидации гематомы Семенов использовал специальный порт, представляющий собой трубку из стеклопластика диаметром 1 см и длиной более 10 см, которой достаточно, чтобы зайти в самые глубинные участки мозга. На трубку в момент прохождения надевается специальная канюля, раздвигающая ткани мозга, и не повреждающая его структуру. Подобные методики разработаны и за рубежом, однако они сопряжены с техническими трудностями, а стоимость их намного выше российской методики. Отметим, что цена стеклопластиковой трубки, которая рассчитана на 5-6 операций, – 300 рублей.

Российские нейрохирурги отработали несколько входов в мозг. Наиболее безболезненными и щадящими для мозга оказались входы через лобную и теменную доли. Они представляют собой небольшой разрез диаметром в сантиметр для введения порта, причем его установка занимает три минуты. «Этого достаточно, чтобы подобраться к пораженному участку, а затем извлечь гематому. Освободившиеся от давления структуры мозга оживают, и, если такая операция проводится в течение первых двух-трех суток, человек с высокой вероятностью уйдет на собственных ногах, без повреждений, которые характерны для гемморагических инсультов», – заключил Владимир Уйба.

В РОССИИ НАЧИНАЮТСЯ КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ ЛЕКАРСТВА ОТ РАКА ВСЕХ ВИДОВ И СТАДИЙ

Российские медики намерены провести клинические испытания препарата, который обладает способностью излечивать больных самых разных раковых заболеваний на любой стадии. Хотя испытания на людях еще не проводились, мыши и крысы, которые находились на четвертой, терминальной, стадии меланомы и саркомы, полностью избавились от заболевания и в настоящее время абсолютно здоровы.

Об этом рассказал руководитель ФМБА России Владимир Умба на пресс-конференции, прошедшей в Москве. Так называемый «белок теплового шока», который вырабатывается организмом во время стресса, сохраняя стабильность организма, известен ученым давно, пояснил глава ФМБА. Более того, известна способность этого белка определять молодые быстрорастущие клетки организма, свойственные злокачественным образованиям, и направленно уничтожать их. Однако произвести этот белок в

промышленных масштабах до недавнего времени было

Для проведения исследования субстанции был необходим идеально чистый прототип с идеально правильной структурой на всех уровнях. На земле, в условиях гравитации, вырастить кристалл с такими параметрами было невозможно, однако этого удалось добиться на борту космического аппарата в условиях полной невесомости. Отработанная в невесомости модель белка дала возможность моделировать его форму на земле, без необходимости отправлять каждую партию в

«Сейчас мы знаем, как получать особо чистый белок на земле и как наработать его промышленный объем с тем, чтобы начать проводить клинические испытания, – сказал Владимир Уйба. Будет ли он действовать на любые раковые клетки, пока не известно, однако ученые надеются на позитивный результат, так как новое лекарство реагирует не на онкомаркеры, а на быстрорастущую клетку, что характерно для всех онкообразований, независимо от нозологии. Эксперименты с участием добровольцев займут три года, их стоимость составит 100 млн рублей. Деньги на испытания будут представлены Минпромторгом в рамках программы по развитию отечественной фармацевтики.

Препарат выйдет на рынок примерно через четыре года. Его цена не превысит пределы бюджетной линейки, так что препарат будет доступен рядовым покупателям. «Никаких заоблачных цен! Это будет нормальный «народный препарат», — отметил Уйба. — Кроме того, если мы создадим такую субстанцию, государство возьмет препарат на субсидирование и сделает его абсолютно доступным для всех пациентов».

лорована в с*копреном отругнос* й номер ПИ 12 – 1147 от 2 апреля 2002 г. Распространяется бесплатно среди членов НОАЕ

Главный редактор: А.В. Обухов; Шеф-редактор: М. Есикова

Редакционный совет: С.Б. Дорофеев, Г.Ф. Демиденко, Л.В. Канунникова





Адреси издателя и редакции: г. Новосибирск, ул. Серебренниковская, 42. Тел./факс (383) 223-97-00, e-mail: noav@ngs.ru; сайт: www.noav.ru