

НАМН Украины сегодня и в будущем

Взгляд с позиции ее нового президента

Продолжение. Начало на стр. 12.

«Где высоко стоит наука,
стоит высоко человек...»

А.И. Полежаев

Научные работы академика А.М. Сердюка вносят значительный вклад в познание медицинской экологии и гигиены, они широко известны как в нашей стране, так и за рубежом. Сфера основных научных интересов этого талантливого ученого включает вопросы организации здравоохранения, медицинской экологии, гигиены окружающей среды. В центре его внимания – исследование глобальных проблем современности, связанных с научно-техническим прогрессом. В их числе – биологическое воздействие электромагнитных полей на человеческий организм, эколого-гигиенические аспекты аварии на ЧАЭС, вопросы экологической безопасности, оценка рисков негативного влияния факторов окружающей среды на здоровье человека.

Значительная часть научно-исследовательской деятельности академика А.М. Сердюка посвящена взаимосвязи научно-технического прогресса, экологии и здоровья человека. Многие из его работ были новаторскими для нашей страны. Так, он впервые обосновал теоретически и экспериментально продемонстрировал биологическое влияние на организм электромагнитной

энергии антропогенного происхождения, установил зависимость здоровья населения от этого воздействия, разработал концепцию гигиенического регламентирования для населения, проживающего вблизи источников электромагнитного излучения.

Ученый А.М. Сердюк внес значимый вклад в изучение эколого-гигиенических аспектов аварии на ЧАЭС, закономерностей сложившейся на территории Украины радиационной ситуации, особенностей ее влияния на состояние здоровья населения. Именно за цикл работ по комплексному исследованию влияния черновильской катастрофы на окружающую среду, научное обоснование реабилитации загрязненных территорий и радиационной защиты населения Украины академик А.М. Сердюк и группа отечественных ученых были удостоены Государственной премии в области науки и техники.

Полученные академиком А.М. Сердюком и другими исследователями данные об опасности загрязнения окружающей среды для генетического аппарата не только соматических клеток человека, но и гамет позволили определить пути развития медицинской генетики. По его инициативе в нашей стране создан Межведомственный центр медицинской генетики Министерства здравоохранения Украины и Президиума НАН Украины, разработана и внедрена Государственная программа «Защита генофонда нации Украины», начала функционировать

четкая структура медико-генетической помощи населению. Он научно обосновал необходимость внедрения в Украине медико-экологического и социально-гигиенического мониторинга, комплексного решения экологических проблем, правового обеспечения, планового управления качеством среды проживания людей.

Академик А.М. Сердюк – автор 462 научных работ, из них 42 монографий по вопросам медицинской экологии, гигиены, биологического воздействия факторов окружающей среды, социальной медицины, организации и управления системой здравоохранения. Он является автором целого ряда методических и нормативных санитарно-гигиенических документов, соавтор 6 учебников по гигиене, имеет 4 авторских свидетельства.

Основные научные работы: «Взаимодействие организма с электромагнитными полями как с фактором окружающей среды» (1977); «Непростые заботы человечества: научно-технический прогресс, здоровье человека, экология» (1988); «Чернівецька хімічна хвороба: нове екологічне захворювання?» (1998); «Общая гигиена» (1999); «Гігієна праці» (2000); «Гігієна довілля: політика, практика, перспективи» (2001); «Завещание врача-профилактика» (2003); «Генофонд і здоров'я населення» (2003); «Комунальна гігієна» (2003); «Тяжелые металлы внешней среды и их влияние на репродуктивную функцию женщины» (2004); «Гігієна та екологія» (2006); «Нариси з історії гігієни



довілля в Україні» (2006), «Генофонд і здоров'я: розвиток методології оцінки» (2008).

Занимая высокие посты в системе здравоохранения, академик А.М. Сердюк приобрел незаменимый опыт организаторской работы. И даже беглое общение с ним убеждает в его глубоком знании как текущей ситуации, так и потенциала развития украинской медицинской науки. Он готов к активной работе и настроен решительно. Все это показывает: с выборами нового президента НАМН Украины отечественное здравоохранение получило реальную возможность уверенно пойти по пути преобразований. Остается надеяться, что нынешний год станет переломным.

Подготовила Катерина Котенко
Фото из личного архива А.М. Сердюка



Оперативно Хроника ключевых событий Головне



Клиническое руководство

Руководство Американской коллегии ревматологии по терапии ювенильного идиопатического артрита

В апрельском выпуске журнала Arthritis Care & Research были опубликованы новые рекомендации Американской коллегии ревматологии (ACR) по терапии ювенильного идиопатического артрита (ЮИА).

Согласно определению Международной лиги ревматологических ассоциаций (ILAR), ЮИА – это артрит неустановленной причины с началом до 16-летнего возраста, продолжительностью заболевания 6 и более нед при исключении других заболеваний. Распространенность ЮИА составляет приблизительно 1 случай на 1 тыс. детей. Руководство ACR содержит рекомендации по терапии пациентов, заболевание которых можно классифицировать следующим образом:

- артрит с поражением ≤ 4 суставов;
- артрит с поражением ≥ 5 суставов;
- активный крестцово-подвздошный артрит;
- системный вариант с системными проявлениями заболевания, но без активного артрита;
- системный вариант с активным артритом, но без системных проявлений заболевания.

Для пациентов с артритом ≤ 4 суставов ACR рекомендуется: при низкой активности заболевания – стартовая терапия нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) в комбинации с внутрисуставными инъекциями глюкокортикоидов, в частности триамцинолона гексациетонида; при высокой активности

заболевания – метотрексат. Если терапия метотрексатом в максимально переносимых дозах в течение 3 мес не снизила активность заболевания, можно начать использование ингибиторов фактора некроза опухоли (ФНО), таких как этанерцепт.

Для лечения детей с поражением ≥ 5 суставов длительность монотерапии НПВП не должна превышать 2 мес. Начальная терапия метотрексатом может быть рекомендована для пациентов с умеренной и высокой активностью заболевания. Лефлуноמיד также может применяться для лечения пациентов этой группы, хотя преимущество следует отдать метотрексату. Если активность заболевания остается высокой после 3 мес терапии метотрексатом или лефлуномидом, следует применить ингибиторы ФНО; если активность заболевания остается высокой после 4 мес терапии, возможен переход на другой ингибитор ФНО или абатацепт; если активность болезни по-прежнему остается высокой, можно назначить ритуксимаб.

У пациентов с активным крестцово-подвздошным артритом неэффективность терапии НПВП или метотрексатом надлежащей длительности свидетельствует о необходимости приема ингибиторов ФНО.

Для лечения пациентов с системным артритом, но без активного вовлечения суставов при наличии лихорадки рекомендовано использование системных глюкокортикоидов в качестве начальной терапии. Анакинра также может назначаться пациентам при наличии лихорадки, в том числе если лихорадка развилась на фоне терапии глюкокортикоидами. Использование метотрексата считается нецелесообразным для начальной терапии пациентов этой группы.

У пациентов с системным артритом и суставными симптомами НПВП могут использоваться при низкой активности заболевания. Если активность артрита не уменьшается после 1 мес терапии НПВП, то к лечению следует добавить метотрексат. Если же активность заболевания остается высокой на фоне НПВП и метотрексата, в схему лечения можно включить анакинру или ингибитор ФНО и лишь затем абатацепт.

Для мониторинга безопасности терапии метотрексатом специалисты ACR рекомендуют пациентам, у которых уровень ферментов печени превышает в 2 раза верхнюю границу нормы, уменьшить дозу препарата. Если уровень ферментов печени превышает верхнюю границу нормы в 3 раза, необходимо прекратить прием метотрексата. Перед началом терапии ингибиторами ФНО пациент должен пройти скрининг на туберкулез. У пациентов с факторами риска заражения гепатитом В или С перед назначением метотрексата или ингибиторов ФНО рекомендовано проведение теста на определение соответствующих антител.

Beukelman T. et al. Arthritis Care Res 2011; 63: 465-482.

Подготовила Ольга Татаренко