

23 марта в Президент-отеле (г. Киев) при поддержке ООО «ГлаксоСмитКляйн Фармасьютикалс Украина» состоялась международная научно-практическая конференция «Остеопороз – патогенетические подходы к лечению (Pathways in Osteoporosis)», в работе которой приняли участие ведущие ученые в данной области из Азербайджана, Армении, Беларуси, Грузии, Казахстана, Молдовы, Украины и России, а также специальный гость из клиники Женевского университета (Швейцария), профессор Серж Феррари.



Ситуация, сложившаяся в мире с диагностикой и лечением остеопороза, остается сложной, а с учетом экономических и политических реалий в Украине и странах ближнего зарубежья – критической. Диагноз «остеопороз» или «перелом позвонка» устанавливается менее чем у 2% женщин при ожидаемой заболеваемости не менее 20-30%. Соответствующее медикаментозное лечение получают только 36% выявленных больных [1]. Об этом во вступительном слове говорил и председатель конференции «Pathways in Osteoporosis», главный научный сотрудник отдела некоронарогенных болезней сердца и клинической ревматологии ГУ «Национальный научный центр «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Олег Петрович Борткевич.

В свете представленных фактов появление новых современных доступных технологий диагностики и лечения остеопороза, без сомнения, приближает достижения мировой науки к потребностям конкретного больного и в перспективе позволит поднять уровень помощи пациентам с остеопорозом, в том числе осложненным переломами, до мировых стандартов.



Научную часть конференции открыл доклад главного научного сотрудника отдела клинической физиологии и патологии опорно-двигательного аппарата ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева» НАМН Украины (г. Киев), доктора медицинских наук Наталии Викторовны Григорьевой. От имени Украинской ассоциации остеопороза, которую возглавляет профессор Владислав Владимирович Поворознюк, докладчик представила аудитории данные об эпидемиологической ситуации, связанной с остеопорозом, в Украине и коротко остановилась на основных направлениях и результатах деятельности Ассоциации.

Согласно данным Государственной службы статистики Украины (<http://www.ukrstat.gov.ua>) на 1 января 2011 г. из 24,6 млн украинских женщин более половины – переходного и постменопаузального возраста: 9,8 млн – старше 50 лет, 6,2 млн – старше 60. Третья часть жизни современной женщины приходится на постменопаузальный период, во время которого остеопорозом страдают от 30 до 50% представительниц данной возрастной группы (J.A. Kanis, 2000; В.В. Поворознюк, Н.В. Григорьева, 2004). В настоящее время в Украине доля женщин в возрасте 60 лет и старше составляет 27,3%, а предполагаемое количество женщин в постменопаузальном периоде, имеющих остеопороз и остеопению, составляет 7 млн (28% от общего числа). Прогнозируется, что к 2050 г. 50% населения Украины будут составлять люди 50 лет и старше и 21% – 70 лет и старше [2]. У значительной части населения Украины выявляется недостаточность или дефицит витамина D. Так, более чем у половины населения старших возрастных групп регистрируются низкие уровни витамина D (в 40-49 лет – 57,1%, 50-59 лет – 57,2%, 60-69 лет – 62,1%, 70-79 лет – 48,2%) [3].

На фоне приведенных цифр миссия Украинской ассоциации остеопороза и Ассоциации пациентов «Украина без остеопороза и переломов», возглавляемой Н.В. Григорьевой, представляется особенно ответственной. Под руководством профессора В.В. Поворознюка в Украине созданы региональные подразделения Украинской ассоциации остеопороза: в западной части (профессор В.М. Вайда), восточной (О.И. Нишкунмай), южной (профессор В.М. Игнатъев) и центральной (профессор О.П. Борткевич), – которые существенно приблизили технологии диагностики и лечения остеопороза к остро нуждающимся в них пациентам.

Остеопороз – патогенетические подходы к лечению



Заслуживает внимания широкий круг научных исследований, проводимых под эгидой Украинской ассоциации остеопороза, среди которых эпидемиологические исследования первичного и вторичного остеопороза, дефицита витамина D, остеопороза при заболеваниях соединительной ткани и многие другие. Широкие международные связи с профильными ассоциациями других стран, сотрудничество с известными европейскими клиниками и учеными из Австрии, Германии, Голландии, Польши, Бельгии, Швейцарии, Венгрии, России и др., участие в ведущих европейских и мировых конгрессах по остеопорозу позволили Украинской ассоциации остеопороза занять видное место в структуре Международного фонда остеопороза (IOF). Собственные исследования, передовые медицинские технологии и рекомендации распространяются среди врачей на национальных и региональных конференциях, Школах остеопороза, а также на страницах собственных журналов «Боль. Суставы. Позвоночник» и «Проблемы остеологии».



Президент Российской ассоциации остеопороза, заведующая кафедрой семейной медицины Уральской государственной медицинской академии (г. Екатеринбург), доктор медицинских наук, профессор Ольга Михайловна Лесняк в своем докладе осветила результаты аудита состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии [2], проведенного под эгидой IOF.

Являясь руководителем группы авторов, профессор О.М. Лесняк подробно охарактеризовала состояние проблемы остеопороза в странах – участницах конференции и ознакомила присутствующих с рекомендациями аудита, среди которых первостепенное значение имеют повышение осведомленности населения об остеопорозе; разработка и внедрение четких клинических рекомендаций по лечению и профилактике остеопороза с развитием хирургической инфраструктуры, особенно для ведения больных с переломом проксимальной части бедра; совершенствование системы льготного обеспечения препаратами для лечения остеопороза; обучение персонала специализированных служб, особенно ортопедов-травматологов; решение вопроса о фортификации продуктов питания кальцием и витамином D.

В целом проблемы остеопороза и переломов в регионе аудита недооцениваются правительствами, населением и профессионалами здравоохранения. Одной из возможных причин этого является отсутствие адекватных эпидемиологических данных и информации по социально-экономическим последствиям заболевания. Так, согласно подсчетам, в Российской Федерации 14 млн человек (10% населения страны) страдают остеопорозом, еще 20 млн имеют остеопению. Таким образом, 34 млн жителей РФ имеют высокий риск переломов [2].

Яркой иллюстрацией низкой настороженности системы здравоохранения в отношении последствий остеопороза является небольшое, но весьма показательное исследование (Л.П. Евстигнеева и соавт., 2012), в котором показано, что среди 115 пациентов, обратившихся в травмпункт г. Екатеринбурга по поводу перелома

предплечья 50% уже имели в анамнезе перелом при низком уровне травмы! Денситометрию выполнили только 6 пациентам с переломом (5,8%), а лечение препаратами патогенетического действия получили только 3 человека (2,9%).

Другим важным фактором неудовлетворительных результатов борьбы с остеопорозом является низкая приверженность к длительной патогенетической терапии. По данным Л.П. Евстигнеевой и соавт. (2008), только 39,6% (72 из 182) пациентов принимают патогенетическое лечение регулярно, причем уровень приверженности зависит от многих факторов – как не связанных с конкретным препаратом (например, наличие группы инвалидности или перелома в анамнезе), так и связанных с удобством и кратностью приема лекарства. При этом большое значение имеют образовательные программы для пациентов. Так, больные, получившие обучение в Школе здоровья по остеопорозу, разработанной Российской ассоциацией по остеопорозу, показали значительно более высокую приверженность препаратам патогенетической терапии. Они также более правильно отвечали на вопросник знаний об остеопорозе (64,3% правильных ответов), чем те, кто получили короткую информацию о заболевании (52,2% правильных ответов), $p < 0,05$.

Поэтому ключевой задачей систем здравоохранения стран региона является донесение до пациента информации о том, что:

- перелом может быть обусловлен остеопорозом;
- имея в анамнезе низкоэнергетический перелом, человек подвержен высокому риску перелома шейки бедра;
- профилактика повторных переломов не только предупреждает травму, в частности перелом шейки бедра, но и снижает смертность;
- лечение, направленное на профилактику последующих переломов, эффективно и безопасно.

После доклада профессор О.М. Лесняк провела мастер-класс для участников конференции по практическим аспектам лечения остеопороза у женщин в постменопаузе.



Программа выступления вице-председателя Совета научных консультантов IOF, профессора Сержа Феррари (медицинский факультет Женевского университета, Швейцария) состояла из 3 насыщенных, эмоциональных и интересных докладов, посвященных современным подходам к патогенетическому лечению остеопороза с акцентом на инновационную молекулу деносумаб (Пролиа™) – первый таргетный антирезорбтивный препарат, надежно закрепившийся в практике лечения остеопороза в Европе и США (зарегистрирован в Украине в 2012 г.).

В первом сообщении профессор С. Феррари остановился на фундаментальном анализе событий, лежащих в основе патогенеза постменопаузального остеопороза. Согласно консенсусу Национального института здоровья США (NIH, 2000), остеопороз определяется как

Продолжение на стр. 16.

Остеопороз — патогенетические подходы к лечению

Продолжение. Начало на стр. 15.

системные нарушения скелета, характеризующиеся снижением прочности кости, что приводит к повышенному риску переломов. Прочность представляет собой интегральный показатель, определяемый по минеральной плотности костной ткани (МПКТ) и качеству кости. Снижение МПКТ — важное, но не единственное проявление остеопороза, приводящее в конечном итоге к увеличению хрупкости и снижению сопротивляемости к нагрузке. Результаты морфологических исследований микроархитектоники подвздошных костей у постменопаузальных женщин свидетельствуют о глубоких микроструктурных изменениях в строении губчатого и компактного вещества: уменьшении количества и толщины трабекул, увеличении расстояния между ними, уменьшении объема костной массы и тощины компактного вещества [4]. Важнейшей структурной аномалией остеопоротической кости является нарушение целостности трабекул за счет истончения и утраты горизонтальных балок, в конечном итоге приводящее к снижению толерантности кости к низкоэнергетическим нагрузкам [5]. Не менее важными показателями качества кости являются кортикальная порозность, так называемая трабекуляризация компактного вещества, неравномерное распределение кортикальной толщины, непосредственно связанные с потерей кортикальной костной массы [6]. Таким образом, МПКТ хотя и занимает важное место в оценке риска переломов, но не является исчерпывающей характеристикой качества кости.

Основопологающим процессом нормального функционирования костной ткани является ремоделирование, и факторы, влияющие на него, способны изменять структурные и функциональные свойства кости. Известно, что при остеопорозе частота активации сайтов ремоделирования увеличивается и процессы резорбции костной ткани преобладают над процессами формирования нового матрикса [7].

Скорость ремоделирования костной ткани и уровень ее минерализации во многом определяются балансом между продукцией лиганда рецептора нуклеарного фактора каппа В (RANKL) и остеопротегерина (OPG). Дисбаланс системы RANKL/RANK/OPG приводит к серьезным нарушениям ремоделирования кости, которые лежат в основе деминерализации кости при постменопаузальном остеопорозе. OPG представляет собой рецептор-ловушку, предотвращающий связывание лиганда RANK с его рецептором (RANK), подавляя формирование, функцию и выживаемость остеокластов. Роль RANKL в ускорении костной резорбции показана на рисунке 1.

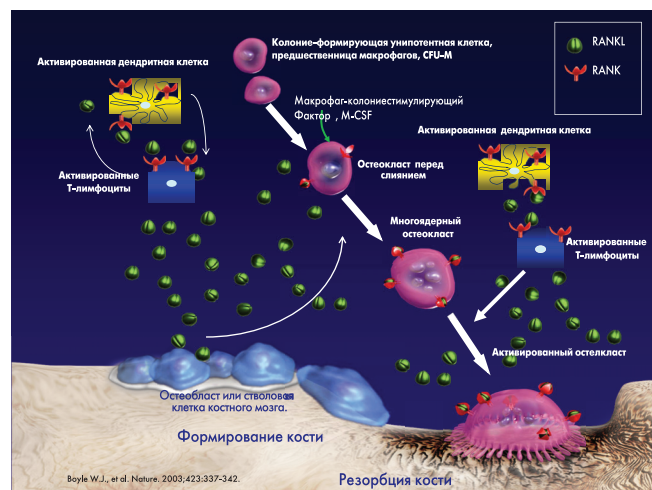


Рис. 1. Роль RANKL в усилении костной резорбции

Дефицит эстрогена запускает механизм up-регуляции синтеза лиганда RANKL, активизируя каскад реакций, следствием которых являются ускорение дифференцировки, активация функции и увеличение выживаемости остеокластов. Таким образом, каскад RANKL/RANK/OPG является перспективной мишенью для влияния на костный метаболизм, минерализацию и прочность кости.

Первым и на сегодняшний день единственным средством в ряду препаратов направленного действия на сигнальный путь RANKL/RANK/OPG стал деносумаб (Пролиа™) — полностью человеческое моноклональное антитело, связывающее RANKL, имитируя таким образом физиологическую функцию остеопротегерина. За счет особого механизма действия деносумаб принципиально отличается от других

противоостеопоротических препаратов по свойствам, и, вероятно, по эффективности.

Основное отличие действия деносумаба и бисфосфонатов (БФ) на остеокласты состоит в опосредованном воздействии через сигнальную молекулу RANKL, в то время как БФ оказывают прямой цитотоксический эффект на остеокласт после поглощения им активных молекул из костного матрикса. Деносумаб обратимо воздействует на зрелые остеокласты и на их предшественников, в то время как БФ нацелены только на активные остеокласты, неизбежно приводя к их гибели. Очевидно, что из-за различных механизмов действия деносумаба и БФ будут по-разному влиять на костное ремоделирование и, вероятно, отличаться по клинической эффективности [8].

Во втором докладе профессор С. Феррари продемонстрировал аудиторией результаты клинических испытаний деносумаба — от экспериментальных моделей до рандомизированных клинических исследований, в том числе прямых сравнительных исследований с БФ, а также результаты перехода с антирезорбтивной терапии БФ на деносумаб. Общий вывод серии таких исследований заключается в том, что у пациентов, предлеченных БФ, в группах деносумаба наблюдалось достоверное превосходство в сравнении с участниками, продолжавшими прием БФ (алендронат, ибандронат или ризедронат), по показателю скорости прироста МПКТ за год терапии (рис. 2) [9-11].

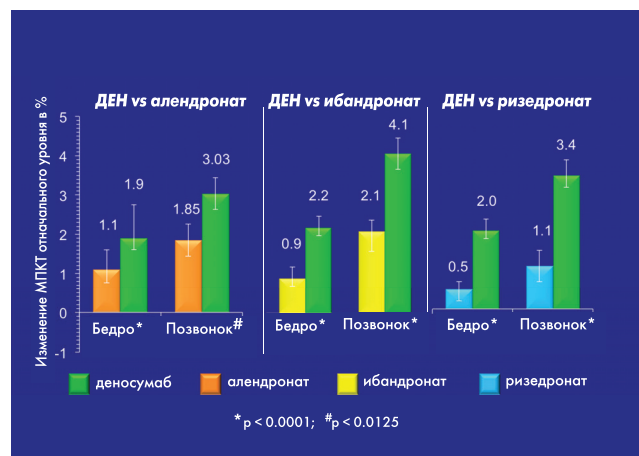


Рис. 2. Сравнительная эффективность деносумаба с БФ по приросту МПКТ за год терапии

Заслуживают внимания результаты опубликованного в прошлом году 2-летнего многоцентрового исследования III фазы DIRECT, проводившегося в Японии. Пациенты с предшествующими переломами позвонков (n=1262) старше 50 лет с T-критерием менее -1,7 в поясничном позвонке или менее -1,6 в большом вертеле были рандомизированы в открытую группу, принимающую 35 мг алендроната внутрь 1 р/нед, и закрытые группы деносумаба 60 мг инъекционно подкожно 1 раз в 6 мес или плацебо. Кумулятивная частота новых позвоночных переломов или ухудшения предшествующих переломов через 2 года наблюдения составила в группах деносумаба, алендроната и плацебо соответственно 3,6, 7,2 и 10,3%. Деносумаб в сравнении с плацебо также достоверно снижал риск нового вертебрального перелома и множественных новых вертебральных переломов на 74% (p<0,0001) и 90% (p=0,0113) соответственно [12].

Резюмируя сравнительный анализ антирезорбтивных препаратов, профессор С. Феррари отметил, что в целом по сравнению с БФ (исключая золедроновую кислоту, прямые сравнительные исследования с которой не проводились) деносумаб в большей степени увеличивает МПКТ в значимых участках скелета, что соотносится со снижением вероятности костных переломов.

В заключительном докладе профессор С. Феррари остановился на вопросе оптимальной длительности антирезорбтивной терапии. Целесообразность длительного применения (3 года и более) средств антирезорбтивной терапии находится в процессе изучения, и до настоящего времени данный вопрос не имеет однозначного ответа или четкого алгоритма принятия решения. Согласно позиции Наблюдательного совета FDA, длительность терапии БФ может составлять до 5 лет, хотя научные данные не дают оснований для регуляторного ограничения продолжительности использования указанных препаратов. Доступные данные длительного наблюдения не дают оснований для выделения подгруппы пациентов, которая получает преимущество от терапии БФ между 3 и 5 годами применения, поэтому решение

о ее продлении должно базироваться на индивидуальном анализе рисков и возможной выгоды для пациентов с повышенным риском переломов (например, пожилых лиц с переломами в анамнезе и показателями МПКТ, соответствующими остеопорозу) [13].

В то же время результаты продленного исследования FREEDOM демонстрируют, что применение деносумаба в течение 8 лет сопровождается прогрессивным увеличением МПКТ поясничного отдела позвоночника и бедренной кости на 16,5 и 6,8% от начального уровня и на 5,7 и 1,8% с 4-го по 8-й год исследования (рис. 3). При этом в течение всех 8 лет терапии уровни маркеров костной резорбции имели минимальные значения [14].

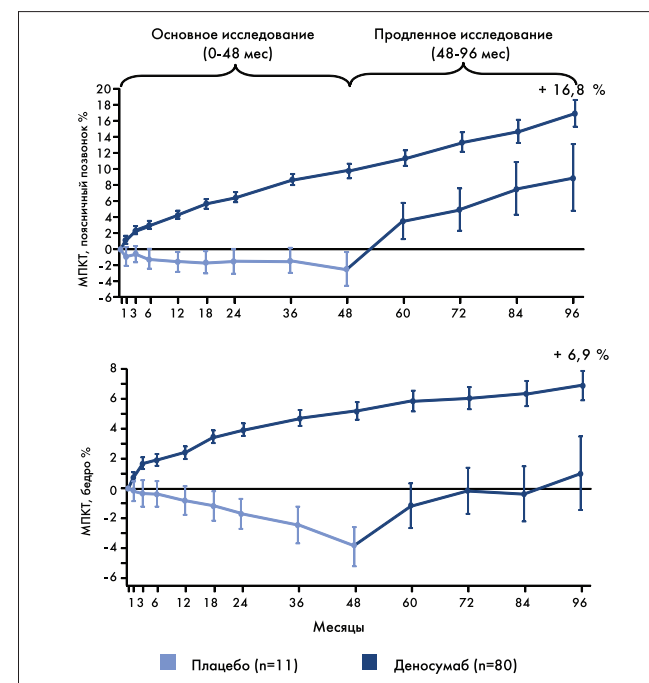


Рис. 3. Динамика МПКТ в поясничных позвонках и в бедре в ходе терапии деносумабом в течение 8 лет в основном и продленном исследовании FREEDOM

Не наблюдалось достоверной разницы между группами плацебо и деносумаба (основное исследование FREEDOM) по общей частоте нежелательных явлений (НЯ), серьезных НЯ и частоте отмены лечения по причине развития неприемлемой токсичности. По общей частоте развития кардиоваскулярных, инфекционных осложнений, онкологических заболеваний в группах наблюдения различий выявлено не было. В группе деносумаба показана большая вероятность развития воспаления подкожной клетчатки (целлюлита) — 12 случаев (0,3%) против 1 случая (<1%) в группе плацебо (p=0,002), экземы — 118 случаев (0,3%) против 65 (1,7%) (p<0,001). Случаев остеонекроза нижней челюсти, атипичных переломов и образования нейтрализующих антител выявлено не было [14, 15].



Отдельной проблемой, связанной с применением антирезорбтивных препаратов и замедлением костного ремоделирования, является динамика организации костных переломов. Этому вопросу был посвящен мастер-класс «Заживление переломов и антирезорбтивная терапия», который провел член-корреспондент Национальной академии медицинских наук Украины, заведующий кафедрой ортопедии и травматологии Днепропетровской медицинской академии, доктор медицинских наук, профессор Александр Евгеньевич Лоскутов.

Во вступительном слове докладчик привел статистику, ярко характеризующую ущерб от остеопороза и его осложнений. Ежегодно в мире фиксируется 8,9 млн переломов, связанных с остеопорозом, из них около 1,6 млн — переломы шейки бедра. К 2050 г. количество таких переломов как минимум утроится. Догодичная смертность среди женщин после перелома шейки бедра составляет 20-24%. Каждая третья женщина после 50 лет будет иметь остеопоротический перелом [16]. В США затраты на лечение медиальных переломов шейки бедренной кости в 1980-х гг. составили 1 млрд долларов, в 1990-х гг. — 8,7 млрд долларов; по прогнозам Американской ассоциации остеопороза, к концу 2020 г. этот показатель составит 62 млрд долларов. Стоимость лечения остеопоротических переломов в США в 1,6-6,2 выше, чем медикаментозная профилактика осложненных остеопороза (M. Parker et al., 1998; N. Sooltoo et al., 2011).

Лечение переломов, связанных с остеопорозом, является важнейшей задачей с точки зрения заболеваемости, функционального восстановления и качества жизни. Препараты для лечения остеопороза могут влиять на заживление костных переломов, и понимание этого влияния особенно важно. Экспериментальные данные и клинические исследования влияния БФ на костную мозоль свидетельствуют о том, что эти препараты как минимум не замедляют ее формирование и не ухудшают ее качество. В большинстве клинических исследований с БФ отмечены увеличение размера и усиление минерализации костной мозоли [17].

Регуляция экспрессии RANK-лиганда и ORG играет существенную роль в активации остеокластов при процессе перестройки мягкой костной мозоли и ремоделирования первичной и вторичной кости при заживлении перелома, что было продемонстрировано в серии экспериментальных и клинических исследований. В одном из них изучали влияние деносуаба и алендроната на заживление переломов у экспериментальных животных, которых разделили на 3 соответствующие группы, включая плацебо. Выявлено, что размеры костной мозоли, особенно на 42-й день, были больше у животных, получавших деносуаб и алендронат, по сравнению с соответствующим показателем в контрольной группе (рис. 4) [18].

Механическая прочность костной мозоли, оцениваемая по сопротивляемости к деформации кручения, демонстрирует более качественную организацию переломов в группе животных, принимавших деносуаб, в сравнении с таковой в группах алендроната и плацебо. Типичная локализация повторного перелома, вызванного деформацией кручения, в группе плацебо – сформированная костная мозоль. В группе деносуаба линия



Рис. 4. Срезы центральной части костной мозоли в группе плацебо (а), алендроната (б) и деносуаба (в) на 42-й день после перелома

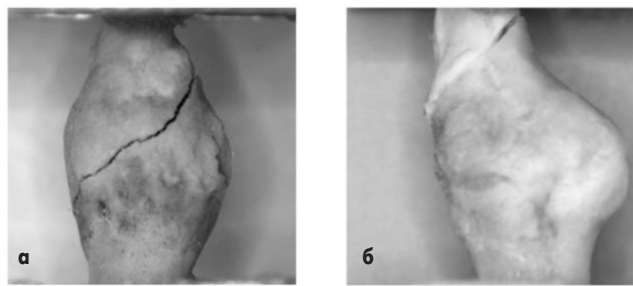


Рис. 5. Область повторного перелома после формирования костной мозоли в группе плацебо (а) и деносуаба (б)

повторного перелома находилась за пределами костной мозоли, которая, как правило, оставалась неповрежденной, что говорит о ее большой механической прочности (рис. 5).

Выводы экспериментальных исследований о влиянии деносуаба на костную мозоль были подтверждены результатами субанализа клинического исследования FREEDOM. Частота задержки репарации по данным рентгенографии в группе деносуаба отмечалась у 2 пациенток (0,7%), в группе плацебо – у 4 (1,1%); осложнения, ассоциированные с переломами, или потребность в хирургическом лечении имели место у 5 (1,7%) больных в группе деносуаба и у 20 (5,5%) – в группе плацебо ($p=0,009$) [19].

Таким образом, данные большинства клинических исследований свидетельствуют о положительном влиянии антирезорбтивных средств на прочность костной мозоли. Именно поэтому назначение антирезорбтивной терапии при постменопаузальном остеопорозе с целью профилактики повторного перелома не противопоказано в случае наличия неконсолидированного остеопоротического перелома, а в отдельных ситуациях может оказывать положительное влияние на костную репарацию.

Доклады, представленные на конференции, вызвали живой интерес участников. Экспертам было задано огромное количество вопросов. Темы мастер-классов и данные, представленные на них, вызвали оживленные дискуссии. Особенно активно обсуждались вопросы, ответы на которые еще предстоит получить в ходе клинических исследований и в клинической практике.

Литература

- Gehlbach S. Recognition of Osteoporosis by Primary Care Physicians. Am J Public Health 2002 February; 92 (2): 271-273.
- Lesnyak O. et al. Eastern European & Central Asian audit, 2010 // <http://www.iofbonehealth.org/eastern-european-central-asian-audit>
- Povoroznyuk V. et al. Vitamin D deficiency and insufficiency in Ukrainian population // Bone // Scandinavian J. of Rheumat 2010. – Vol. 39 (Suppl. 124). – P. 33.
- Dufresne T. et al. Risedronate Preserves Bone Architecture in Early Postmenopausal Women in 1 Year as Measured by Three-Dimensional Microcomputed Tomography // Calcif Tiss Int 2003; 73 (5): 423-432.
- Dempster D. The Contribution of Trabecular Architecture to Cancellous Bone Quality // J of Bone and Mineral Res Jan. 2000. Vol. 15, Issue 1, p. 20-23.
- Zebaze R. et al. Intracortical remodelling and porosity in the distal radius and post-mortem femurs of women: a cross-sectional study // Lancet 2010; 375 (9727): 1729-1736.
- Ruimerman R. Modeling and remodeling in bone tissue / by Ronald Ruimerman. – Eindhoven: Technische Universiteit Eindhoven, 2005. <http://alexandria.tue.nl/extra2/200510655.pdf>
- Baron R., Ferrari S. Denosumab and bisphosphonates: different mechanisms of action and effects // Bone 2011 Apr 1; 48 (4): 677-92.
- Recknor C. et al. A Randomized Open-Label Study to Evaluate the Safety and Efficacy of Denosumab and Ibandronate in PW Sub-Optimally Treated With Daily or Weekly Bisphosphonates. // ASBMR 2012.
- Roux C. et al. // Denosumab Compared With Risedronate in Postmenopausal Women Suboptimally Adherent With Alendronate Therapy: Efficacy and Safety Results From a Randomized Open-label Study // ASBMR, 2012.
- Brown J. et al. Comparison of the effect of denosumab and alendronate on BMD and biochemical markers of bone turnover in postmenopausal women with low bone mass: a randomized, blinded, phase 3 trial // J Bone Miner Res 2009; 24: 153-161.
- Nakamura T. et al. Effects of Denosumab on Fracture Risk in Japanese Patients with Osteoporosis – Results of 2-year Data from the Denosumab fracture Intervention Randomized placebo Controlled Trial (DIRECT) // ASBMR 2012; Abs. 1098.
- Whitaker M. Bisphosphonates for Osteoporosis – Where Do We Go from Here? // N Engl J Med 366; 22.
- McClung M. et al. Effect of denosumab on bone mineral density and biochemical markers of bone turnover: 8-year results of a phase 2 clinical trial // Osteoporos Int 2013 Jan; 24 (1): 227-35.
- Cummings S. et al. Denosumab for Prevention of Fractures in Postmenopausal Women with Osteoporosis // N Engl J Med 361; 8 Aug 20, 2009.
- International Osteoporosis Foundation // Facts and statistics // <http://www.iofbonehealth.org/facts-statistics#category-22>
- Fleisch H. Can Bisphosphonates Be Given to Patients with Fractures? // J Bone Miner Res 2001, 16: 437-440.
- Gerstenfeld L.C. et al. Comparison of Effects of the Bisphosphonate Alendronate Versus the RANKL Inhibitor Denosumab on Murine Fracture Healing // J Bone Miner Res 2009; 24: 196-208.
- Adami S. et al. FREEDOM trial // J Bone Miner Res, 2010, 25 Suppl 1:MO0405.

PRLA/10/UA/28.05.2013/7551

Статья опубликована при поддержке
ООО «ГлаксСмитКляйн Фармасьютикалс Украина».

Подготовил А. Мысник



**Дорогие коллеги,
искренне поздравляем вас
с Днем медицинского
работника!**

«У меня нет последнего часа работы – у меня есть последний больной», – говорил известный офтальмолог Л.Л. Гиришман. По роду деятельности часто общаясь с отечественными медицинскими специалистами в неформальной обстановке и тесно сотрудничая в профессиональном плане, мы отмечаем, что, к счастью, идеалы и ценности прошлого не устарели: сегодня, как и 150 лет назад, современная медицина базируется на сострадании, взаимопомощи, терпении; врачи остаются чуткими, самоотверженными, благородными и неравнодушными к чужой беде, ведь ни один из супердорогих инновационных электронных приборов не способен заменить мудрость, практический опыт, поддержку и внимание доктора.

Этот праздник необычайно важен: для вас – как свидетельство уникальности выбранного профессионального пути, для пациентов – как шанс оценить значимость специалистов медицинской отрасли в сохранении и восстановлении здоровья, а часто и спасении жизни, выразить им благодарность и восхищение.

Пусть ваши сердца всегда будут наполнены любовью – к родным, близким, окружающим, а доброта, которую вы дарите миру, возвращается в виде успехов детей и внуков, счастливых мгновений, профессиональных побед.

Спасибо за то, что вы делаете мир лучше!

С уважением, коллектив «Медичної газети «Здоров'я України»