

# «Человек и Лекарство»: по материалам VII Национального конгресса

1-3 апреля в г. Киеве состоялся VII Национальный конгресс «Человек и Лекарство», в ходе которого прозвучали доклады ведущих отечественных специалистов различных отраслей медицины, а также гостей из США и Германии.



Доклад директора ГУ «Институт фармакологии и токсикологии НАМН Украины» (г. Киев), члена-корреспондента НАМН Украины, доктора медицинских наук Татьяны Анатольевны Бухтиаровой был посвящен современным подходам к разработке лекарственных средств (ЛС).

— Сегодня требования к ЛС чрезвычайно высоки. Последние достижения в медицинской науке — клеточной и молекулярной фармакологии, геномике и протеомике — привели к тому, что спонтанный поиск эволюционировал в целенаправленную разработку молекулы с заданными свойствами.

Данный факт обуславливает увеличение средней продолжительности разработки нового ЛС с 12 до 14 лет и повышение стоимости процесса в среднем в 4 раза. От момента открытия новой молекулы до выхода готового препарата на рынок ЛС проходит доклиническое и клиническое тестирование, при этом только 22% клинических испытаний дают положительный результат. Из 5-10 тыс. новых молекул в среднем только одна становится лекарственным препаратом и попадает на фармацевтический рынок. Такой жесткий отбор гарантирует эффективность и безопасность ЛС. С другой стороны, сегодня научные открытия значительно опережают практическую медицину. От момента научного открытия до его практического применения проходит немало времени: так, по оценкам журнала Science (2008), от момента публикации научной статьи или патента до выпуска конечного продукта проходит от 14 до 44 лет. Именно этим обусловлен поиск решений, которые ускорили бы внедрение новых научных разработок в рутинную практику.

Таким решением стала трансляционная медицина — направление медицинской науки, ориентированное на максимально быстрое прикладное использование новейших научных разработок. Конкретным инструментом трансляционной медицины в области разработки ЛС является модификация алгоритма доклинических и клинических исследований новых препаратов. Ранее молекулу будущего ЛС изучали *in vitro*, в опытах на животных и клеточных культурах, затем на здоровых добровольцах и только в последнюю очередь на целевой группе пациентов. Сегодня этот подход упрощен — объем доклинических исследований на животных будет сокращен. Кроме того, предложено упразднить исследования на здоровых добровольцах (клиническое исследование I фазы), начиная испытания на целевой группе пациентов с очень малых доз исследуемого вещества. Такой подход получил название нулевой фазы, или микродозы; он позволяет более эффективно выявлять и разрабатывать перспективные соединения, а также значительно сократить затраты времени на клиническое изучение исследуемого препарата. Таким образом, в настоящее время происходит пересмотр глобальной стратегии разработки новых ЛС. Спонтанное открытие соединений перестало соответствовать

потребностям современной медицинской науки — идет целенаправленный поиск молекулы с заданными свойствами для поражения конкретной мишени.

Другим немаловажным моментом является то, что ранее в исследованиях учитывался только положительный результат. Согласно новому подходу отрицательный результат также будет регистрироваться, что позволит глубже изучить свойства новых молекул. Подразделения трансляционной медицины появляются сегодня в развитых странах по всему миру и объединяют специалистов в области разработки медицинского оборудования, биотехнологий, организации здравоохранения. Чтобы развивать это направление медицинской науки в Украине, необходимо в первую очередь усовершенствовать правовое регулирование, обучать и привлекать молодых специалистов и исследователей, а также объединять специалистов различных областей знаний для решения конкретных проблем современной медицины.



Работу пленарного заседания продолжила ведущий научный сотрудник отдела некоронарогенных болезней сердца и клинической ревматологии Национального научного центра «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» НАМН Украины (г. Киев), доктор медицинских наук, профессор Елена Геннадьевна Несукай, которая остановилась на необходимости снижения кардиоваскулярного

риска у пациентов с малосимптомным или бессимптомным течением сердечно-сосудистых заболеваний.

— По данным статистики, в США в 2002 г. 59% сердечно-сосудистых событий зарегистрированы у пациентов, не имевших ранее проявлений ишемической болезни сердца (ИБС). Сопоставимые данные получены и в Европе: 60% пациентов с инфарктами миокарда и инсультами не имели предшествующей клиники. Эти данные говорят об острой необходимости своевременного выявления факторов риска (ФР) и внимательного отношения со стороны врача к малосимптомным и асимптомным пациентам.

Основными принципами наблюдения таких больных являются выявление ФР, использование инструментальных методов для определения функционального состояния сердечно-сосудистой системы (суточное мониторирование артериального давления (АД) и электрокардиография (ЭКГ)), стресс-тесты, эхокардиография (ЭхоКГ), компьютерная и магнитно-резонансная томография), активный мониторинг пациентов. Стратификация риска по-прежнему остается вектором, направляющим врача на проведение тех или иных профилактических мероприятий у конкретного больного. Для оценки риска сердечно-сосудистых событий используют шкалу SCORE. В группу высокого кардиоваскулярного риска попадают пациенты, имеющие несколько ФР, сахарный диабет, один явно выраженный ФР (например, гиперхолестеринемия >8 ммоль/л, АД >180/110 мм рт. ст.), особенно в сочетании с поражением органов-мишеней.

Распространенность факторов кардиоваскулярного риска в Украине крайне высока. Как показывает клиническая практика, большое значение имеет сочетание нескольких ФР, что наблюдается почти у всех больных. К сожалению, на приеме у врача практически не встречаются больные, имеющие только повышение АД или бессимптомную гиперхолестеринемию. Чаще всего наличие даже минимальных клинических симптомов сопровождается выявлением  $\geq 2$  ФР.

Суточное мониторирование АД и ЭКГ дают возможность обнаружить повышение АД в ночное время, проходящие нарушения ритма либо эпизоды безболевой ишемии. ЭхоКГ сегодня позволяет не только оценивать состояние клапанного аппарата и фракцию выброса желудочков, но и измерить геометрию сокращений сердечной мышцы, обнаружить участки нарушения сократимости. Внутрисосудистое ультразвуковое исследование позволяет изучить эксцентрически растущие атеросклеротические бляшки в толще сосуда и толщину сосудистой стенки, компьютерная и магнитно-резонансная томография — обнаружить участки стеноза коронарных сосудов в трехмерном режиме, очаги кальциноза. Тщательное исследование пациента, как правило, дает возможность выявить дополнительные ФР, существенно влияющие на прогноз даже при отсутствии клинических симптомов.

После того как все ФР выявлены и суммированы, задача врача состоит в коррекции этих факторов и непрерывном мониторинге. Снизить общий сердечно-сосудистый риск позволяет индивидуальный подбор рекомендаций по каждому модифицируемому ФР, к которым относится отказ от курения, снижение массы тела и рациональное питание, нормализацию цифр АД (немедикаментозным путем или постоянной антигипертензивной терапией), коррекцию дислипидемии (прием статинов) и контроль гликемии. К сожалению, многие пациенты пренебрегают этими рекомендациями. Даже такие необходимые меры, как контроль АД, пациенты через некоторое время игнорируют. По данным статистики, уже через год 40% пациентов с артериальной гипертензией без клинических симптомов отказываются от любого лечения, что не связано с экономическими причинами. Задача врача — не оставлять без внимания малосимптомных и асимптомных пациентов с высоким кардиоваскулярным риском, проводить регулярный мониторинг состояния здоровья таких больных, вести непрерывную разъяснительную работу с целью повышения приверженности к назначенному лечению и улучшения здоровья пациентов.

Живой интерес аудитории вызвал доклад клинического преподавателя Департамента семейной медицины Медицинской школы Университета здоровья и науки Орегона (г. Портленд, США), семейного врача лечебного учреждения «Клиника Ванкувера» Татьяны Одарич, в котором была подробно рассмотрена система подготовки семейных врачей в США

— Семейный врач в США занимается здоровьем всей семьи и каждого ее члена от рождения (прием родов) до конца жизни. Семейные врачи оказывают консультативную помощь женщинам и мужчинам независимо от возраста, детям любого возраста, осуществляют



профилактические осмотры членов семьи, а также предоставляют лечебную помощь пациентам как в стационаре, так и в поликлинике. К функциям этого специалиста также относятся ведение беременности и прием родов, оказание первичной психиатрической помощи. Большое внимание уделяется реабилитации пациентов. Опрос показывает, что у семейного врача лечатся 80% пациентов с бронхиальной астмой, 88% пациентов с сердечной недостаточностью, 90% пациентов с болезнью Паркинсона. Семейный врач может привлекать в качестве консультантов узких специалистов, если это требуется. Обязательными навыками для каждого семейного врача являются регистрация и расшифровка



ЭКГ, удаление доброкачественных новообразований кожи, проведение пункционной биопсии кожи, суставных инъекций, наложение швов, взятие мазков со слизистой цервикального канала и шейки матки. Остальные навыки осваиваются по желанию.

Подготовка семейных врачей осуществляется в несколько этапов: по окончании 4-летнего обучения в университете выпускник получает диплом бакалавра, затем следует обучение в высшей медицинской школе в течение 4 лет. После окончания медицинской школы продолжается подготовка в резидентуре (аналог интернатуры в украинской системе образования) в течение 3 лет. Для желающих получить узконаправленные специальности (международная медицина, спортивная медицина, психиатрия и т. д.) предусмотрено дополнительное годичное обучение после резидентуры.

Первые 2 года обучения в университете имеют огромное значение — это время, когда студент выбирает для себя профессию. Наряду с изучением общеобразовательных дисциплин студенты могут принимать участие в работе своих наставников, в т. ч. врачей. Это крайне важный этап в профессиональной самоидентификации: молодые люди имеют возможность попробовать различные виды деятельности, понять, где они могли бы быть максимально полезными обществу. В США к окончанию 2-го курса все студенты, как правило, уже выбрали профессию и имеют план дальнейшего обучения; 3-й и 4-й курсы для будущих врачей фактически являются

при этом работу резидента курируют резиденты старших курсов или врач-наставник. По окончании резидентуры выпускники сдают тестовый экзамен КРОК-3 и практически ориентированный экзамен.

В среднем контингент наблюдения семейного врача составляет 1900-2000 человек, в день семейный врач осматривает 20-25 больных. Профессия врача в США очень престижна, особенно в небольших населенных пунктах и сельской местности, где семейный врач — очень уважаемый человек. Это является вдохновляющим примером для многих молодых людей, готовых на длительное, тяжелое и дорогостоящее обучение ради получения специальности семейного врача.



О проблеме ранней диагностики рака грудной железы (РГЖ) рассказал **заведующий кафедрой онкологии и детской онкологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, доктор медицинских наук, профессор Александр Сергеевич Дудниченко.**

— В Украине заболеваемость РГЖ составляет 70 случаев на 100 тыс. населения, ежегодно регистрируется 16 тыс. новых случаев РГЖ. К сожалению, в нашей стране отмечается поздняя выявляемость данной патологии: у многих пациенток опухоли обнаруживаются на III-IV стадии. Многие женщины проходят плановые профилактические осмотры, при этом в половине случаев опухолевый процесс остается недиагностированным. Под ранней диагностикой следует понимать выявление опухолевого процесса на ранних (I-II) стадиях, что дает возможность сохранить орган, увеличить шансы на излечение, минимизировать лекарственную терапию, уменьшить материальные затраты на лечение.

Основным скрининговым методом является маммография. Эффективность этого метода чрезвычайно высока для ранней диагностики РГЖ в возрастной группе от 50 до 69 лет. В возрастной группе 40-49 лет



эффективность маммографии не доказана, в настоящий момент ведутся исследования в этом направлении. Маммография позволяет выявить подозрительные опухолеподобные участки паренхимы грудной железы, которые в дальнейшем прицельно изучаются. В метаанализе 7 крупных рандомизированных исследований показано, что данный метод позволяет снизить смертность от РГЖ на 30% за счет раннего выявления опухолевого процесса. Эффективность ультразвуковых методик и самообследования в качестве скрининговых методов на практике не доказана. Ультразвуковое исследование следует применять у женщин в возрасте до 39 лет для снижения лучевой нагрузки на область грудной клетки.

У женщин, имеющих высокий риск развития РГЖ (наличие РГЖ у родственников первой линии, мутантного гена BRCA1, BRCA2, облучение грудной клетки по поводу лимфогранулематоза в детстве), начинать скрининговое обследование следует в возрасте за 10 лет до появления первого случая рака в семье. Так, если у матери диагностирован РГЖ в возрасте 45 лет, дочери следует начинать профилактическое обследование в 35 лет. Женщины группы высокого риска старше 35 лет должны не только проходить маммографическое обследование ежегодно, но и осматриваться совместно гинекологом и онкологом. У женщин, получавших лучевую терапию по поводу лимфогранулематоза, рационально выполнять магнитно-резонансную томографию.

Согласно действующим рекомендациям Американского общества онкологов, женщинам с низким и умеренным риском развития РГЖ начиная с 20-летнего возраста следует осуществлять регулярное самообследование с целью обучения и самоконтроля, проходить клиническое обследование грудной железы у врача каждые 3 года. Женщинам старше 40 лет показаны

ежегодный осмотр у врача и маммография 1 раз в год. В Украине сегодня действенные скрининговые программы в онкологии отсутствуют.



Завершила работу пленарного заседания **ведущий научный сотрудник отдела клинической диabetологии ГУ «Институт эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко НАМН Украины» (г. Киев), кандидат медицинских наук Любовь Константиновна Соколова,** темой доклада которой стали современные взгляды на проблему и лечение ожирения.

— Проблема избыточной массы тела тесно связана с риском сердечно-сосудистых заболеваний, в частности артериальной гипертензии, нарушением толерантности к глюкозе и сахарным диабетом, онкологической патологией, деформирующим остеоартрозом, заболеваниями периферических сосудов и бронхолегочной системы. В связи с этим диагностика ожирения и коррекция массы тела составляют важную задачу для клиницистов.

Наиболее неблагоприятным является центральный тип ожирения с накоплением висцерального жира. В Украине у 38% обследованных индекс массы тела (ИМТ) превышает норму, более чем у 50% отмечается центральный тип ожирения. Первичное ожирение связывают с генетической предрасположенностью, переизбытком, малоподвижным образом жизни, психологическими факторами, вторичное рассматривают как осложнение других заболеваний (синдром и болезнь Иценко-Кушинга, гипоталамический синдром, новообразования мозга с поражением подбугорной области, а также состояния после оперативного лечения или облучения этой области).

Диагностика ожирения базируется на расчете ИМТ. Этот критерий подходит для оценки массы тела у взрослых до 65 лет. Подсчет ИМТ у детей и пожилых пациентов, беременных, спортсменов не дает объективной оценки о статусе питания, поэтому не может быть использован для диагностики. Для представителей европеоидной расы нормальные значения ИМТ составляют 18,5-24,9. Значения ИМТ от 25 до 29,9 следует расценивать как свидетельствующие об избыточной массе тела, 30-40 — ожирении 2 ст., более 40 — ожирении 3 ст. Следует подчеркнуть, что дефицит массы тела является таким же неблагоприятным предиктором сердечно-сосудистых событий и смерти, как ожирение. Помимо подсчета ИМТ, диагностическое значение имеет оценка окружности талии. В США для представителей европеоидной расы нормальными величинами считают окружность талии у мужчин до 102 см, у женщин до 88 см. В Европе приняты более жесткие нормы: допускается окружность талии у мужчин до 94 см, у женщин до 80 см.

Коррекция массы тела позволяет снизить риск возникновения заболеваний, ассоциированных с ожирением, улучшить самочувствие пациента и переносимость физических нагрузок, повысить двигательную активность и самооценку больного. Известно, что снижение веса на 10 кг влечет за собой уменьшение смертности от всех причин на 20%, от осложнений сахарного диабета на 30%, от опухолевых заболеваний, связанных с ожирением, на 40%.

Лечение ожирения включает соблюдение диеты, дозированную физическую нагрузку, медикаментозную терапию; по показаниям может проводиться хирургическая коррекция. Чрезвычайно важным моментом в лечении ожирения является психологическая поддержка пациента. Для увеличения приверженности пациента к лечению необходимо ставить перед ним посильные, реально выполнимые задачи. Следует заранее оговорить краткосрочные и долгосрочные цели: например, снижение массы тела на 1 кг в неделю в ближайшей перспективе, в отдаленной — снижение массы тела на 10 кг. Следует предупредить пациента, что быстрое похудение чревато неустойчивым результатом, с большим трудом сброшенные килограммы могут вернуться. Поэтому уменьшение веса на основе рационального питания и регулярных физических нагрузок должно носить плавный, непрерывный характер, превращаясь в стиль жизни.

Начинать лечение ожирения следует с коррекции режима и рациона. Питание должно быть с низким содержанием жиров, умеренно гипокалорийным. Суточный калораж следует планировать с дефицитом 500-600 ккал от привычной для пациента нормы. Количество жиров снижают до 30% в суточном рационе, в тоже время количество углеводов за счет медленно усваиваемых сложных углеводов следует увеличить до 60%.

Фармакологическое лечение показано пациентам с ИМТ > 30 либо больным сахарным диабетом, имеющим избыточную массу тела.

Подготовила **Мария Маковецкая**



подготовкой к вступлению в медицинскую школу. Конкурсный отбор для желающих поступить достигает 43-45 претендентов на место, что диктует требования к академической подготовке выпускников. Число студентов, поступивших после университета в медицинскую школу, формирует рейтинг университета. Для вступления в медицинскую школу абитуриент обязан иметь высокий средний балл (минимум 3,7 из 4 возможных, в престижных медицинских школах Гарварда, Питтсбурга — 4 из 4 возможных); глубокие знания естественных наук, подтвержденные на компьютерном тестовом экзамене; практический опыт работы в лечебном учреждении. Каждый абитуриент в обязательном порядке проходит интервью с преподавателями школы, сдает экзамен по практическим навыкам с участием актера-«пациента».

Обучение в медицинской школе на 1-м и 2-м курсах включает лекционные часы, отработку практических навыков с актерами-«пациентами», подготовку к тестовому экзамену КРОК-1. Два завершающих курса медицинской школы представляют собой непрерывную работу в клинике с короткими лекциями, которая завершается сдачей тестового экзамена КРОК-2 и выбором медицинской специальности. Следует отметить, что уже на 3-й неделе обучения в медицинской школе студенты начинают работать с больными. Большое внимание уделяется психологической работе с больным, студентов обучают работе с пациентами, имеющими психические нарушения, а также с тяжело больными и умирающими.

По окончании медицинской школы выпускники в соответствии с избранными специальностями подают заявки на места резидентов в различных резидентурах страны. В свою очередь, резидентуры при клиниках отбирают и приглашают тех кандидатов, успеваемость, клинический опыт и личностные качества которых считают оптимальными. В 2014 г. среди выпускников наиболее популярной специальностью стала медицинская радиология, наименее привлекательной — профилактическая медицина. В текущем году 454 резидентуры семейной медицины предложили 3132 места для резидентов, что составило приблизительно 11% в структуре специальностей. Этот показатель говорит о достаточно высокой популярности семейной медицины среди выпускников.

Учебная программа резидентуры включает такие аспекты: теоретические медицинские знания, практические навыки, знания в области организации здравоохранения, уход за больным, межличностные и коммуникативные навыки, координация работы специалистов с пациентом, профессионализм. Резидентура фактически является самостоятельной клинической практикой.