



РЕВМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПОЗИУМ ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА А.Ш. СЕЙСЕНБАЕВА

27 апреля 2018 года в г. Алматы состоялся Ревматологический симпозиум с международным участием, посвященный памяти профессора Аскара Шакеновича Сейсенбаева

Целью проведения симпозиума было почтить заслуженный вклад профессора Сейсенбаева А.Ш. в отечественную ревматологию и наметить пути дальнейшего развития ревматологической службы Республики Казахстан.

В работе симпозиума приняли участие ведущие международные эксперты и ученые по проблемам ревматологии, авторитетные зарубежные и казахстанские специалисты, практикующие врачи.

К гостям и участникам симпозиума с приветственным словом обратились заместитель руководителя управления здравоохранения г. Алматы по координации деятельности медицинских организаций Ж.Б. Кенжебаева, ректор КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова,

д.м.н., профессор Т.С. Нургожин, академик РАМН, д.м.н., профессор ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой», президент APP, LEAR, г. Москва, Е.Л. Насонов, д.м.н., профессор, Chief Executive Officer/Председатель правления ТОО «Medical Partners Korea Qazagstan» г. Алматы Г.А. Тоғизбаев, академик РАМН, РАН, профессор, д.м.н., президент «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» В.И. Мазуров, зам. директора НИИ К и ВБ по клинической работе Мадалиев К.Н. и др.

Высказав организаторам благодарность за организацию этого форума и пожелав участникам плодотворной работы в решении актуальных вопросов развития ревматологической службы и отмечая особенность нынешней встречи, выступающие поделились своими личными воспоминаниями о фено-

мене личности известного ученого-ревматолога Республики Казахстан профессора Аскара Шакеновича Сейсенбаева, который многое сделал для становления и развития ревматологической науки и практики в Казахстане.

Благодаря его подвижнической работе, инициативе и настойчивости стало возможным тесное сотрудничество и содружество ревматологов Центральной Азии. Организованные им в 2007 году Конгресс и Съезд ревматологов выполнили роль «золотого моста» между различными научными школами для обмена опытом и инновациями, расширения профессиональных связей и взаимодействия коллег-практиков.

Окончание на стр. 2



Академик РАМН, д.м.н., профессор ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой», президент APP, LEAR, г. Москва, Е.Л. Насонов



Академик РАМН, РАН, профессор, д.м.н., президент «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» В.И. Мазуров



Д.м.н., профессор, Chief Executive Officer/Председатель правления ТОО «Medical Partners Korea Qazagstan» г. Алматы, Г.А. Тоғизбаев

№ 04 (172), 30 апреля 2018 г.

Выходит 1 раз в месяц



ДВИЖЕНИЕ - ЭТО ЖИЗНЬ!
СВОБОДА ДВИЖЕНИЯ

стр. 5



ДИНАМИКА РАЗВИТИЯ

ЗАРУБЕЖНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО:
ДЕЛИТЬСЯ ОПЫТОМ
В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ

стр. 9



СИМПОЗИУМ

ПОДРОБНО О ВАЖНОМ

стр. 6-7



ВСТРЕЧА ВЫПУСКНИКОВ

ПОЭЗИЯ

стр. 12

Окончание. Начало на стр. 1

Было отмечено, что весомый вклад профессора А.Ш.Сейсенбаева в отечественную ревматологию связан с созданием в 2002 году Городского ревматологического центра при городской поликлинике №8, который в 2008 году впервые в истории отечественной ревматологии вырос в отдельную медицинскую структуру, поныне оказывающую жителям республики высокоспециализированную помощь в рамках ГОБМП. Это единственное в Казахстане медучреждение ревматологического профиля.

Будучи главным ревматологом Республики Казахстан с 2000 по 2007 годы, Аскар Шакенович внес значительную лепту и в укрепление законодательной базы ревматологической службы, развитие ее кадрового потенциала. Организация по его инициативе Модуля ревматологии в КазНМУ дала начало процессу постдипломной подготовки на системном уровне высококвалифицированных кадров врачей-ревматологов, с соблюдением преемственности от бакалавриата до резидентуры.

Благодаря всем этим мерам ревматология, став самостоятельной практической отраслью здравоохранения, сегодня динамично развивается, предоставляя высококвалифицированную ревматологическую помощь как на амбулаторном, так и госпитальном уровнях. Широкое внедрение новейших методов диагностики и лечения позволило ввести в повседневную практику лабораторные иммунологические и инструментальные методы исследования, генно-инженерную биологическую терапию, ставшую доступной в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Вместе с тем, проблема ревматических заболеваний, по мнению экспертов, остается актуальной ввиду ранней инвалидизации и высокой смертности. Заболеваемость системными заболеваниями соединительной ткани, такими как системная красная волчан-

ка, ревматоидный артрит и анкилозирующий спондилоартрит, наиболее высока среди лиц молодого и среднего трудоспособного возраста, что вызывает особую тревогу.

Эти и другие проблемы ревматологии были обсуждены на пленарном заседании симпозиума. С докладами выступили **Е.Л. Насонов** – «Ревматология-2018: достижения и перспективы», а также «Метотрексат и глюкокортикоиды: 70 лет в ревматологии», **Г.А.Тогизбаев** – «Управление хроническими ревматологическими заболеваниями в соответствии с международными стандартами»; **В.И. Мазуров** – «Междисциплинарные проблемы спондилоартритов»; д.м.н., профессор КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова – «Смешанные заболевания соединительной ткани у детей», д.м.н., профессор кафедры последипломного образования СГМУ, г. Семей **Р.П. Иванова** – «Изменение парадигмы» ревматических заболеваний в современных условиях».

Dr Min Heesuk, профессор, Chief Medical Officer/медицинский директор ТОО «Medical Partners Korea Qazagstan», г. Сеул, Южная Корея, выступил с докладом «Риск и профилактика сердечно-сосудистых осложнений при аутоиммунных ревматических заболеваниях», д.м.н., профессор кафедры ОВП №1 КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы **Б.Г.Исаева** – «Эффективность ингибиторы интерлейкина 6 при ревматоидном артрите».

Т.В. Полкова, д.м.н., руководитель лаборатории «Системных ревматических заболеваний с группой гемореологических нарушений» ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой», г. Москва выступила на симпозиуме с докладом «Ревматоидный артрит: выбор оптимальной терапевтической стратегии», руководитель лаборатории лучевой диагностики ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой», д.м.н., профессор кафедры рентгенологии и УЗИ диагностики ФМБА РФ, г. Москва, **А.В. Смирнов** – «Лучевая диагностика анкилозирующего спондилита».



Профессор **О.В. Машкунова** выступила с докладом, посвященном безопасному применению подкожной формы метотрексата, представив собственные наблюдения и практические рекомендации по предотвращению нежелательных явлений при использовании данной формы метотрексата.

Большой интерес вызвала секция «Орфаные заболевания в ревматологии». Спикеры **М.Н. Шарипова**, координатор по мукополисахаридам в Республике Казахстан и **О.В. Машкунова** доложили о ревматологических проявлениях мукополисахаридозов и о диагностике первого клинического случая болезни Фабри в Казахстане.

Выступающие отметили, что в условиях развития современной медицины на врача обрушивается огромный объем информации, появляются новые диагностические методы и алгоритмы лечения. На общем фоне позитивных явлений, вместе с тем, врачебная практика сужает круг обязанностей узких специалистов, испытывающих недостаток времени для анализа информации. В то же время ревматология как наука переживает большую трансформацию. Появляется большой спектр новейших генно-инженерных биологических препаратов. Поэтому для рядового врача общей практики быть в курсе всех достижений в медицине, и в частности, фармакологии, крайне важно, так как у врачей поликлиник происходит «первый контакт» с ревматологическими больными. И здесь особенно важны такие направления современного здравоохранения, как пациентоориентированность, разумное сочетание традиций и инноваций в оказании специализированной помощи.

Актуальность вопроса и в том, что инвалидность вследствие ревматических болезней остается высокой как в странах СНГ, так и в Казахстане. Так, по официальным статистическим данным РЦЗЗ в последние три года отмечается рост заболеваемости болезнями костно-мышечной на 20%, в частности, ревматоидного артрита на 27,7%, подагры – на 18,5 и СКВ – на 30,5%. Причем, заболеваемость артрозами преобладает в группах старшего и пожилого возраста.

Это требует дальнейшего ускоренного развития ревматологической службы, ведь болезни тяжким бременем ложатся на экономику государства, выплачивающего социальные пособия по инвалидности. Согласно статистике, до 50% больных с ревматическими заболеваниями становятся инвалидами в течение первых 5 лет от начала болезни, и только в 5-6% случаев отмечается относительно благоприятный прогноз с развитием стойкой ремиссии и сохранением трудоспособности.

Спикеры отметили, что в последние годы изменились подходы к лечению ревматических болезней таких как ревматоидный артрит, спондилоартритов, системной склеродермии, системной красной волчанки. Так, современная стратегия лечения заключается в терапии до достижения цели (treat to target), применении стандартных базисных препаратов (БПВП) по рекомендациям EULAR, использовании инновационных генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) - моноклональных антител, рекомбинантных белков, блокирующих активность ключевых провоспалительных цитокинов.

Главной целью лечения ревматоидного артрита является достижение ремиссии. Внедрение в практику биологических препаратов позволяет снизить активность болезни, замедлить деструкцию суставов и при раннем начале заболевания добиться ремиссии у 60-70% пациентов. Таким образом, достигается стратегически важная цель – снижение инвалидности и сохранение активности в наиболее трудоспособном возрасте.

Выработаны современные стандарты лечения ревматоидного артрита, которые включают в себя применение НПВП, метотрексат в таблетках или методджект п/к, лефлунмид или сульфониламиды, генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), ингибиторы JAK (тофацитиниб).

Также изменены существовавшие ранее представления о самой болезни и подходы к лечению спондилоартритов (SpA). В частности, разработаны классификационные критерии SpA, включающие понятия воспалительной боли в спине. Введено понятие нерентгенологического SpA, внедряются новые методы визуализации (МРТ). И здесь разработана стратегия лечения до достижения цели – ремиссия или низкая активность, обозначены новые подходы к назначению НПВП, принципы применения ГИБП (инфликсимаб, биосимиляр инфликсимаба, адалимумаб).

Профессиональную дискуссию продолжили представители научного сообщества, практикующие врачи-ревматологи. Это позволило рассмотреть и подробно исследовать многогранные подходы к решению злободневных вопросов ревматологии, которые в свое время поднимал ученый, педагог, врач, организатор здравоохранения Аскар Шакенович Сейсенбаев.

Участники симпозиума горячо поддержали идею организаторов сделать симпозиум традиционным и проводить его ежегодно.

Агия Беркимбаева



24 - 26 апреля 2018 года в Алматы в рамках Дорожной карты по внедрению новых стандартов диагностики и лечения редких болезней у детей в Республике Казахстан на 2017-2019 годы проведена научно-практическая конференция «Актуальные вопросы диагностики и лечения муковисцидоза у детей».

Казахстанская ассоциация муковисцидоза ОО «Дети-инвалиды, больные муковисцидозом», Всемирная организация по муковисцидозу «Cystic Fibrosis Worldwide» (CFW), Министерство здравоохранения РК и Научный центр педиатрии и детской хирургии провели двухдневный обучающий модуль для специалистов педиатрической службы. Конференция была посвящена проблемам муковисцидоза у детей, лечение которых во всех развитых странах мира обеспечивается специальными государственными программами.

В мероприятии приняли участие более 120 врачей со всех регионов РК, пульмонологи, диетологи, гастроэнтерологи, региональные координаторы по редким (орфанным) заболеваниям и студенты медицинских ВУЗов.

26 апреля в рамках Научно-практической конференции прошел Круглый стол с участием вице-министра здравоохранения РК Ляззат Актаевой, специалистов из Великобритании и Чехии, НЦПДХ и городской детской больницы №2. Посредством телемоста вице-министр поблагодарила гостей за содействие и поддержку в решении данного вопроса. На Круглом столе были обсуждены вопросы медико-генетической диагностики, клинических протоколов, обеспечения лекарственными средствами и реабилитации больных, а также вопрос создания центра муковисцидоза в РК.

В свою очередь гости из Великобритании выразили готовность делиться своим опытом по лечению детей с муковисцидозом и по повышению квалификации специалистов.

«Всемирная организация по муковисцидозу «Cystic Fibrosis Worldwide» - это международная благотворительная организация, зарегистрированная в штате Массачусетс, США. Целью организации является улучшение качества и продолжительности жизни больных с муковисцидозом в мире. 72 страны являются членами CFW, основное направление деятельности является распространение информации о болезни среди ученых, медицинских работников, пациентов и их семей, а также поддержка создания центров по лечению муковисцидоза. Организация была создана в 2001 году. Мы оказываем помощь таким странам, как Босния, Грузия, Палестина, Индия, Бразилия, Армения, Оман, Саудовская Аравия, Латинская Америка и др. Так как мы являемся благотворительной организацией, мы готовы оказать всяческую поддержку и помощь», - отметил президент Всемирной организации по муковисцидозу Терри Стюарт.

Квалифицированные врачи из Великобритании также провели встречу с родителями детей, больных муковисцидозом, ответили на интересующие их вопросы и дали соответствующие рекомендации.



ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ РЕДКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

Напомним: 21 июня 2016 года на Совете директоров Всемирной организации муковисцидоза CFW было принято положительное решение о вступлении Казахстанской ассоциации муковисцидоза в члены CFW, а также о поддержке Казахстана. В связи с этим CFW взяла на себя обязательство организовать рабочую поездку команды лучших специалистов в лечении муковисцидоза для обучения казахстанских врачей мировым стандартам лечения муковисцидоза. В рамках соглашения в страну прибыли лучшие мировые специалисты из ведущих госпиталей Великобритании - Грейт Ормонд-стрит и Бромптоновского королевского госпиталя: Иен Бальфур-Лин, Сьюзан Мэдж, Аммиан Прасад, Сьюзи Кенни, Милан Мацек и Г-н Терри Стюарт, президент Всемирной организации муковисцидоз. Этот семинар является первым шагом организации CFW в поддержку РК.

Иностранные специалисты в течение двух дней (в марте т.г.) поделились опытом о мировой практике лечения муковисцидоза, включая медико-генетическую диагностику, лечение легочных осложнений, физиотерапию и рекомендации по правильному питанию и уходу за детьми с муковисцидозом.

В последние годы Министерством здравоохранения РК большое внимание уделяется отдельным редким заболеваниям, таким как первичные иммунодефициты, муковисцидоз, наследственные нарушения свертываемости крови, миопия Дюшена. С 2017 года в Казахстане реализуется Дорожная карта по внедрению новых стандартов диагностики и лечения редких болезней у детей. В ее рамках пересматриваются клинические протоколы диагностики и лечения, разрабатываются маршруты пациентов, совершенствуются диагностика и терапия. В каждом областном центре определены координаторы по орфанным заболеваниям, которые совместно с республиканским центром оказывают медицинскую помощь пациентам с редкими генетическими заболеваниями. Дети с диагнозом: муковисцидоз обеспечиваются в рамках республиканского бюджета на амбулаторном уровне необходимыми лекарственными средствами и получают бесплатное стационарное лечение. На сегодняшний день в Казахстане официально зарегистрировано 100 больных муковисцидозом. С каждым годом диагностика заболевания в Казахстане улучшается.

СПРАВОЧНО:

Редкие (орфанные) заболевания - это хронические тяжелые или угрожающие жизни болезни, которые могут приводить к инвалидности, сокращению продолжительности жизни. На сегодняшний день известно более 7000 видов редких заболеваний, и постоянно этот список пополняется. В большинстве своем - это генетические заболевания, однако среди редких болезней есть заболевания инфекционного, аутоиммунного или токсического характера. К сожалению, причины возникновения многих орфанных заболеваний остаются неизвестными. Симптомы таких болезней могут проявляться как со дня рождения, так и в более позднем возрасте. Зачастую оставаясь нераспознанными, эти заболевания могут протекать под масками различных тяжелых состояний, и подавляющее большинство больных умирает под ложными диагнозами. В Казахстане, так же как и в России, редкими считаются заболевания с распространенностью не более 1 случая на 10 000 человек.

Научный центр педиатрии и детской хирургии МЗ РК

ОБСЛЕДОВАНИЕ ТРУДЯЩИХСЯ-МИГРАНТОВ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Более 44 тысяч трудящихся-мигрантов обследованы в Казахстане на туберкулез за три года при содействии международной организации «Project HOPE».

В Алматы состоялся Круглый стол по подведению итогов программы «Мероприятия, направленные на трансграничный контроль и лечение туберкулеза (ТБ), ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ ТБ) и ТБ/ВИЧ среди трудовых мигрантов» с участием заместителя директора Департамента организации медпомощи МЗ РК Айгуль Тастановой, руководителя Национального научного центра фтизиопульмонологии Минздрава РК и представителей Миграционной службы МВД, Глобального Фонда, Международной организации по миграции, ЮСАИД, Партнерства STOPTB и других международных организаций.

Во время мероприятия представлены результаты программы «Комплексного плана контроля за туберкулезом в Республике Казахстан 2014-2020 годы».

Помимо основных результатов представлен опыт эффективного сотрудничества с правительственными структурами, международными организациями, НПО и медорганизациями. Вовлеченные в программу врачи и представители партнерских НПО рассказали об особенностях работы с трудящимися мигрантами.

«Основная цель программы - устранение барьеров, ограничивающих доступ к диагностике и лечению ТБ, обеспечение доступа для трудящихся-мигрантов, создание эффективных механизмов по трансграничному контролю и лечению ТБ. В течение трех лет нам удалось совместно с нашими партнерами достичь хороших результатов. В частности - за счет обеспечения доступа к обследованию на туберкулез для мигрантов выявлены более 1600 больных ТБ. Другой, не менее важный результат - это конструктивное сотрудничество, которое сформировалось между всеми партнерами проекта, и позволяет более эффективно решать проблему», - отметил в своем выступлении Бахтияр Бабамурадов, Менеджер программы ГФ/Представитель ProjectHOPE в Казахстане.

Отмечается, что за время программы сформирована сеть дружественных к мигрантам медицинских организаций из более 60 поликлиник и 10 противотуберкулезных диспансеров, отработана модель участия НПО в контроле за ТБ среди мигрантов в восьми пилотных регионах, создана и обучена контрольно-за ТБ среди мигрантов страновая сеть НПО.

Также обеспечен доступ к обследованию на туберкулез для более 44 тысяч мигрантов и выявлены более 1600 больных ТБ, около 145 тысяч мигрантов охвачено информиро-

ванием через аутрич работу. В рамках программы большинство больных ТБ мигрантов (внутренних и внешних) в период лечения в амбулаторной фазе были обеспечены ежесменной мотивационной поддержкой.

Кроме того, по словам Старшего регионального директора ProjectHOPE по странам Европы и Евразии Мариам Сианозова, программа осуществлялась в Казахстане, но она в себя включает довольно значимый региональный компонент. Решение проблем трудовой миграции и туберкулеза - задача не только одной страны. Чтобы достичь успехов, обязательно нужны усилия всех стран региона для создания совместных механизмов по контролю и лечению этого заболевания. «Хочу отметить, что сегодня уже разработаны проекты межгосударственных двусторонних соглашений по трансграничному контролю за ТБ в Центральном-Азиатском регионе и проведены три региональные встречи высокого уровня. Все это создает хорошую основу для дальнейшего регионального сотрудничества, которое мы будем развивать в рамках продолжения программы и нового гранта», - добавила Мариам Сианозова. Напомним, данная Программа реализована в рамках Комплексного плана по борьбе с туберкулезом в РК на 2014-2020 годы, утвержденного Постановлением Правительства РК №597 от 31 мая 2014.

СПРАВОЧНО:

О результатах проекта. Программа «Мероприятия, направленные на трансграничный контроль и лечение ТБ, МЛУ ТБ и ТБ/ВИЧ среди трудовых мигрантов» на средства гранта Глобального Фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией выполнена международной организацией «Project HOPE» совместно с Министерством здравоохранения РК, Национальным научным центром фтизиопульмонологии, Министерством внутренних дел РК, МОМ, национальными центрами по туберкулезу стран ЦАР, страновыми командами ProjectHOPE, ВОЗ, UNAIDS, ЮСАИД и МФКККП, также, неправительственными организациями: Кризисный центр «Забора» (г.Алматы), Международный фонд «Жария» и Общество Красного полумесяца (г.Астана), Общественное объединение «Умит» (г.Караганда), Талдыкурганский центр содействия занятости (Алматинская область), АССО «Жолдас» (гг.Шымкент, Актобе и Актау) и ОО «АнтиВИЧ» (г.Тараз).

РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ В КАЗАХСТАНЕ

11 апреля 2018 года в городах Астана и Алматы состоялся уникальный марафон «Скандинавская ходьба побеждает болезнь Паркинсона»

В этот день в мире отмечается День борьбы с болезнью Паркинсона, которому в разных странах приурочили благотворительные акции. В Казахстане в рамках этого события провели месячник борьбы с болезнью Паркинсона, организовав бесплатные консультации для пациентов, образовательные курсы для неврологов. Одним из ключевых мероприятий стала благотворительная акция «Скандинавская ходьба побеждает болезнь Паркинсона. Марафон двух столиц», которая состоялась 11 апреля по инициативе Республиканского общественного объединения «Общество двигательных расстройств «Евразия» и Школы скандинавской ходьбы «Евразия» при содействии Лиги неврологов Казахстана.

О цели и задачах акции нам рассказали председатель РОО «Общество двигательных расстройств «Евразия», нейрохирург, кандидат медицинских наук **Чингиз Сакаевич Шашкин**; секретарь Общества, невролог, магистр медицинских наук **Рауан Багданович Кайыржанов**, координатор Лиги неврологов Казахстана, невролог, кандидат медицинских наук **Алтынай Сагидуллаевна Каримова**.

- Чингиз Сакаевич, расскажите, пожалуйста, с какой целью создано Общество двигательных расстройств?

- Ч.С. Шашкин: Благодарю вас за проявленный интерес к нашей организации. Республиканское общественное объединение «Общество двигательных расстройств «Евразия» создано сравнительно недавно. И этому есть причины. В связи с ростом в структуре населения страны доли лиц пожилого и старческого возраста проблема поздних дегенеративных заболеваний, таких как болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера становится все более актуальной. В связи с медленным развитием и прогрессированием данных заболеваний, недостаточно высоким уровнем подготовки специалистов по данным узким направлениям, страдает своевременная диагностика, в частности, болезни Паркинсона. Тогда как и при любом заболевании, чем раньше установлен точный диагноз и подобрана верная тактика лечения, тем лучше прогноз заболевания. Можно говорить и о низком уровне осведомленности и среди населения. Многие пациенты и их родственники списывают появление скованности, тремора на возрастные проявления, что отражается на своевременной обращаемости за медицинской помощью.

Вместе с тем, ресурсы для оказания качественной помощи таким пациентам в Казахстане достаточно развиты. Имеются обученные специалисты, доступны современные методы нейровизуализации, такие как магнитно-резонансная томография, имеются лекарственные препараты, в том числе казахстанского производства. Кроме того, в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи доступны высокотехнологичные хирургические методы лечения двигательных расстройств.

В связи со всем вышесказанным назрела необходимость создания общественной организации, объединяющей специалистов, а также пациентов, для содействия докторам в профессиональной и научной деятельности по улучшению уровня медицинской помощи пациентам с заболеваниями, сопровождающимися двигательными расстройствами, повышению их осведомленности для улучшения качества жизни больных этой категории.

- Какие шаги Вы планируете реализовать на пути к этой цели?

- Ч.С. Шашкин: О, задач мы себе поставили очень много, но и энтузиазма нам не занимать (смеется – прим. автора).

Многое из намеченного уже сделано. Важным шагом явилось вступление членом нашей организации в Международное Общество болезни Паркинсона и двигательных расстройств (International Parkinson and Movement Disorder Society). Объединяя специалистов со всего мира, оно дает возможность обмениваться опытом, участвовать в образовательных программах, неограниченно пользоваться



подпиской на тематические профессиональные медицинские журналы в онлайн режиме. Благодаря сотрудничеству с данной организацией стало возможным проведение масштабного образовательного курса для неврологов. Курс организован нашим Обществом при поддержке Лиги неврологов Казахстана 1-2 марта в Алматы. Своими знаниями с нашими коллегами поделились именитые специалисты по двигательным расстройствам: председатель Европейской секции Международного Общества болезни Паркинсона и двигательных расстройств, профессор Эвжен Ружичка из Чехии, один из основоположников нейрохирургического лечения болезни Паркинсона, профессор Елена Моро из Франции, член Группы управления двигательными расстройствами Европейской академии неврологии, президент Эстонского Общества неврологов и нейрохирургов, профессор Пилле Таба из Эстонии. На курсе обучилось более 200 специалистов.

В различных регионах страны проводятся мастер-классы, круглые столы, конференции, практические семинары. На базе Национального Центра нейрохирургии в Астане организованы курсы повышения квалификации по двигательным расстройствам.

Наиболее насыщенной была программа в этом году, включая месячник осведомленности о болезни Паркинсона, бесплатные консультации для пациентов и благотворительную акцию «Скандинавская ходьба побеждает болезнь Паркинсона. Марафон двух столиц». Подобные акции планируется проводить на регулярной основе. Это объединяет пациентов, они не чувствуют себя одинокими в борьбе с недугом.

Важно развивать уже созданные и новые направления. В частности, проводить научные исследования в области двигательных расстройств, выявлять факторы риска развития заболеваний, характерные для нашего региона, изучать наследственную предрасположенность. На осуществление этих направлений необходимы материальные средства, которые планируется привлекать за счет участия в отечественных и зарубежных грантовых конкурсах. Для сбора статистических сведений о заболеваемости нами разрабатывается регистр болезни Паркинсона. Объективность собранной информации будет зависеть от своевременности и правильности диагностики, в связи с чем на данный момент нами уделяется большое внимание повышению уровня квалификации специалистов и созданию специализированных кабинетов двигательных расстройств. Подобные кабинеты успешно функционируют в Астане на базе Национального Центра Нейрохирургии и в Алматы на базе отделения восстановительного лечения двигательных расстройств в 1 городской клинической больнице, а также в Научно-практическом центре «Институт неврологии имени Смагула Кайшибаева». В Алматы кабинет двигательных расстройств возглавляет Рауан Багданович Кайыржанов, в Астане – Вадим Казбекович Ахметжанов.

- Рауан Багданович, расскажите, какая работа проводится в кабинете двигательных расстройств?

- Р.Б. Кайыржанов: Нами оказывается специализированная консультативно-диагностическая помощь пациентам с двигательными расстройствами соответственно международным критериям и с применением широкого спектра клинических шкал, что позволяет более точно диагностировать различные нозологии, оценивать степень их тяжести, прогноз, назначать ту или иную терапию, оценивать динамику заболевания, эффективность проводимой терапии, проводить отбор пациентов на хирургическое лечение согласно определенным критериям. В наших кабинетах наблюдаются пациенты после хирургического лечения, им проводятся настройки режима стимуляции, оценка состояния стимуляторов.

Мы создаем базу пациентов, регулярно анализируем данные, что позволяет сформулировать некоторые региональные особенности двигательных расстройств, выявить основные недочеты диагностики и оказания помощи данной группе пациентов на уровне поликлиники. По результатам анализа диагностики и лечения данных заболеваний на местах до обращения к нам намечен план обучения специалистов в поликлиниках. С этой целью мы разрабатываем цикл коротких, но содержательных лекций с разбором клинических случаев для поликлиник. Обучение будет бесплатным, на рабочих местах, с определенной периодичностью. Лекции, как я уже сказал, непродолжительные, в пределах получаса, что не отнимет много времени у врачей от основной работы и в то же время принесет, как мы ожидаем, значительное улучшение в плане диагностики и подбора терапии на местах.

- Какие научные направления в сфере изучения двигательных расстройств в Казахстане актуальны с учетом полученных Вами данных?

- Р.Б. Кайыржанов: В этом плане направлений много. Но, как уже отметил Чингиз Сакаевич, на данном этапе нам важно получить достоверные эпидемиологические данные по двигательным расстройствам с тем, чтобы планировать развитие служб с целью совершенствования медицинской помощи, для прогноза заболеваемости на ближайшие годы. Поэтому первоочередным научным направлением являются эпидемиологические исследования. Обобщив данные, мы сможем оценить заболеваемость в различных регионах, в городской и сельской местности, а также в этнических группах, выявим возможные факторы риска развития заболевания, актуальные для нашего региона.

Дальнейшее важное направление – генетическое исследование двигательных расстройств в Казахстане. Данное направление активно развивается в мире, что дает предпосылки для создания принципиально новых методов лечения, в частности, болезни Паркинсона, и мы не должны отставать. Сегодня мировые научные сообщества в сфере двигательных нарушений заинтересованы в создании генетической карты заболеваний. На этой карте Казахстан не должен остаться «белым пятном». Конечно, все это требует определенных финансовых затрат, но нужно думать и двигаться в этом направлении.

- Алтынай Сагидуллаевна, помимо медикаментозного и хирургического лечения, существуют ли другие способы лечения двигательных расстройств?

- А.С. Каримова: Да, безусловно. В первую очередь, это физическая терапия, то есть физкультура, но не обычная, а специальная лечебная. В настоящее время расширяется применение методов реабилитации пациентов после перенесенных инсультов, черепно-мозговых, спинальных травм. При данных патологиях используются физические методы восстановления внезапно утраченных в связи с тем или иным острым событием двигательных функций. Однако в случае с болезнью Паркинсона физическая терапия должна проводиться в течение всей жизни пациентов с момента постановки диагноза, и она направлена не столько на восстановление сниженной физической активности, сколько на поддержание объема движений, силы, максимального сохранения физиологической позы, улучшение баланса. Физическая терапия является неотъемлемым методом лечения пациентов с болезнью Паркинсона наряду с медикаментозным и хирургическим, и в ряде случаев способствует уменьшению дозы применяемых препаратов, что также способствует снижению частоты и выраженности побочных эффектов. Поэтому в данном случае это именно терапия, а не реабилитация.

Нарастающая скованность в мышцах, тремор в конечностях, тенденция к появлению сгибательной позы, мелкие шаги и нарушение баланса при болезни Паркинсона требуют специальных техник, направленных на улучшение функций и компенсацию нарушений. Конечно, физическая терапия возможна и эффективна только при условии правильно подобранной лекарственной терапии либо своевременно проведенного нейрохирургического лечения.

Как уже отметил Рауан Багданович, к двигательным расстройствам относится не только болезнь Паркинсона, но и различные дистонии, в том числе спастическая кривошея, блефароспазм, при которых определенные мышцы охватываются патологическим перенапряжением. Терапия данных состояний во всем мире успешно проводится с помощью ботулинического токсина А. Данная методика является эффективным способом восстановления нормальных двигательных паттернов и доступна у нас в Казахстане. В Астане ботулинотерапия проводится на базе кабинета двигательных расстройств Национального Центра нейрохирургии, в Алматы данная помощь оказывается в Научно-практическом центре «Институт неврологии имени Смагула Кайшибаева».

- Доступны ли методы физической терапии пациентам с болезнью Паркинсона в Казахстане?

- А.С. Каримова: В Алматы разработаны и планируются к применению программы амбулаторной физической терапии пациентам по зарекомендовавшим себя в мире методикам в отделении восстановительного лечения двигательных расстройств городской клинической больницы №1, а также в научно-прак-

тическом центре «Институт неврологии имени Смагула Кайшибаева». Однако данный вид терапии пока недоступен в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, поэтому проводится только на платной основе. В связи с чем «Общество двигательных расстройств «Евразия» планирует создать ряд обучающих видеороликов, разместив на сайте нашей организации Parkinson.kz с тем, чтобы пациенты могли выполнять ряд упражнений самостоятельно и при поддержке родных. Кто может себе позволить пройти курс физической терапии на платной основе под руководством опытных специалистов, могут обратиться в вышеуказанные организации.

Акция по обучению пациентов основам скандинавской ходьбы также направлена на то, чтобы показать значимость физической терапии при болезни Паркинсона. Кроме скандинавской ходьбы хорошо зарекомендовали себя и другие методики, такие как танцевальная терапия, различные методики на тренировку баланса и др.

- Почему именно скандинавская ходьба была выбрана для проведения акции?

- А.С. Каримова: Скандинавская ходьба идеально подходит для пациентов этой категории. Методика подразумевает работу всеми четырьмя конечностями причем скоординированно. Помимо включения в работу мышц всех конечностей, и, в связи с этим, поддержания объема движений в них, уменьшения чувства скованности, в работу включаются оба полушария мозга, что способствует формированию новых межнейронных связей в головном мозге, что также приводит к замедлению прогрессирования симптомов болезни. Во время ходьбы идет работа мышц позвоночника, что позволяет предотвращать раз-

витие согнутой позы. К сожалению, у пациентов с болезнью Паркинсона часты падения в связи с нарушением баланса, так вот, скандинавская ходьба тренирует также баланс, что опосредованно снижает риск падений. Кроме того, физическая активность на свежем воздухе сопровождается положительными эмоциями и насыщением крови кислородом, что также, безусловно, имеет большое значение.

В Алматы мастер-класс проводил основатель и руководитель Школы скандинавской ходьбы «Евразия» Максим Проценко. Это человек, который не по влиянию моды развивает данное направление, ему, к сожалению, пришлось пережить сложный жизненный этап, когда он был практически прикован к постели и не понаслышке знает целительную силу скандинавской ходьбы в восстановлении двигательных функций. Этот человек сохранил и приумножил оптимизм и жизнелюбие и заражает своим мироощущением окружающих, в том числе пациентов.

- Как прошло данное мероприятие?

- Ч.С. Шашкин: На прошедшем марафоне пациенты обучались основам скандинавской ходьбы, им разъяснили преимущества данной реабилитационной методики при болезни Паркинсона, «Общество двигательных расстройств «Евразия» принесло в дар пациентам, участвовавшим в акции, палки для скандинавской ходьбы, чем они были невероятно тронуты. На мероприятиях в Астане и Алматы царил такая вдохновляющая атмосфера, и мы получили море позитива и благодарные отзывы. Примечательно, что незадолго до проведения акции погода в обоих городах была, мягко говоря, неподходящая для проведения мероприятия на открытом воздухе. Однако буквально в считанные минуты перед стартом выглянуло солнце, что сдела-



ло событие ярким и запоминающимся. Кроме того, участники загорелись идеей создания общественного объединения пациентов с болезнью Паркинсона. И это отличная идея, мы будем оказывать им всяческую поддержку, но для них также важна поддержка друг друга, важно услышать мнение тех пациентов, которые болеют дольше или перенесли операцию, что им это дало и какие пути решения той или иной проблемы они нашли для себя.

- Скажите, пожалуйста, как пациенты и врачи могут узнать о мероприятиях, планируемых Вашим Обществом?

- Ч.С. Шашкин: На сайтах Parkinson.kz, и Научно-практического центра «Институт неврологии имени Смагула Кайшибаева» информация по планируемым мероприятиям

регулярно обновляется. Мною создана страница «Общество двигательных расстройств «Евразия» в фэйсбуке, где также анонсируются наши действия.

- Разрешите поблагодарить Вас за Вашу благородную работу. Приятно сознавать, что в нашей в медицине есть такие, как вы, энтузиасты. Мы видим, что за сравнительно короткий срок деятельность «Общества двигательных расстройств» сделала многое по улучшению качества оказания помощи больным с двигательными расстройствами. И хочется надеяться, что все Ваши планы будут реализованы, найдут соответствующую поддержку!

Болат Беркимбаев

СВОБОДА ДВИЖЕНИЯ

На эту тему 24 апреля состоялось очередное заседание медиа-клуба "Здоровый журналист".



С представителями СМИ встретились магистр медицинских наук, ассистент кафедры КазМУНО, сотрудник Института неврологии им. С.К. Кайшибаева **Любовь Кузина** и спортивный врач, автор оздоровительной методики Endurance Almaty **Мейрам Кошенов**. Любовь Алексеевна познакомила аудиторию с причинами возникновения болевых синдромов и комплексной терапией подобных состояний. Она начала свой доклад с заявления, что гиподинамия – болезнь современной цивилизации. Ее следствиями являются вялость, недомогание, дневная сонливость, хроническая усталость и болевые синдромы: ноющие боли в спине, шее, пояснице, мышечно-фасциальные синдромы, головная боль, суставные боли. Если мы долго сидим, мышцы спины, шеи, плечевого пояса напряжены, мышцы брюшного пресса, диафрагма ослаблены, мышцы нижних конечностей практически в «спящем состоянии». Объем дыхания снижен, развиваются «привычная» гипоксия и накопление углекислого газа в крови, снижаются тонус и «мобильность» сердечно-сосудистой системы, повышается нагрузка на сердечную мышцу.

По статистике, боль в спине периодически беспокоит 84% взрослого населения в индустриальных странах, среди болевых синдромов она стоит на втором месте после головной боли. Источниками неспецифической боли в 70-80% случаев являются миогенные нарушения (спазм, микротравматизация, ишемизация паравerteбральных мышц). В 10% - дискогенные боли. В 10-20% случаев – дисфункция фасеточных суставов. К миофасциальным болям приводят хронические неправильные мышечные нагрузки. Провоцирующими факторами могут выступить дополнительные нагрузки на мышцы, стрессовые ситуации. К мышечно-тоническому (рефлекторному) синдрому может привести перерастяжение мышц. В дифференциальной диагностике характера боли в спине играют роль: кратность болевого синдрома (первичный или повторяющийся), причина (механизм) возникновения боли и ее характер, проводимая терапия и ее эффективность.

Также из доклада доктора Л. Кузиной журналистам предстояло запомнить общие принципы консервативной терапии: своевременное и адекватное обезболивание; профилактика хронического болевого синдрома; активное вовлечение пациента в процесс лечения; раннее возвращение пациента к повседневной активности (класс А) и рационализация образа жизни.

Нужно выбрать для себя оптимальное и быть физически активным, чтобы в режиме дня были: лечебная физкультура, плавание, йога, пилатес (не менее часа 2-3 раза в неделю в течение 6 недель); скандинавская ходьба.

Медикаментозное купирование болей включает: НПВС/анальгетики (нестероидные противовоспалительные средства); миорелаксанты; адьювантные анальгетики (антиконвульсанты, антидепрессанты) и опиоидные анальгетики. При этом подбор обезболивающей терапии должен проводиться только врачом.

Мейрам Кошенов рассказал о правильном режиме и физических упражнениях, которые облегчают и снимают болевые синдромы в спине и суставах, снимают мышечный спазм, а также продемонстрировал правильное дыхание и некоторые эффективные упражнения. Также спортивный врач уточнил, что такое биохакинг, сделал акцент на необходимости коррекции походки, правильного подбора обуви, грамотного подсчета калорий, организации прогулок в горах. «Всю свою осознанную жизнь я пытаюсь найти способы, как быть здоровым. И главное, что я понял, - до конца быть здоровым практически невозможно, но профилактика может нам продлить долголетие без боли», - отметил Мейрам Кошенов.

Еще одна новинка в деятельности компании SANTO – проведение открытого республиканского конкурса монументальной скульптуры «Код науки и искусства», организованного совместно с центром творческих инициатив Cultura IDialogue и Музеем искусств им. А. Кастеева. Впервые казахстанским скульпторам, архитекторам и художникам предоставили возможность принять участие в улучшении внешнего облика территории завода АО Химфарм в г. Шымкент. Цель конкурса - выявить лучшие эскизы монументальной скульптуры, олицетворяющие инновационные технологии в здравоохранении. Скульптура, которая получит номинацию гран-при, станет новым символом завода АО Химфарм.

Зухра Табаева, фото автора



ПОДРОБНО О ВАЖНОМ.

ХОТЕЛОСЬ БЫ ОСТАНОВИТЬСЯ НА НЕКОТОРЫХ МОМЕНТАХ ВЫСТУПЛЕНИЙ СПИКЕРОВ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО СИМПОЗИУМА ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА А.Ш. СЕЙСЕНБАЕВА

Наряду с актуальной новой информацией выступления лекторов содержали интересные исторические экскурсы. Свой доклад «Ревматология-2018: достижения и перспективы» академик РАМН, д.м.н., профессора ФГБНУ «НИИР им. В.А. Насоновой» **Евгений Львович Насонов** начал с упоминания эволюции лабораторной и инструментальной диагностики ревматических заболеваний, главнейшим в которой было открытие рентгенологического обследования костей. Примечательно, что первый снимок был сделан в 1890 году пациентке с ревматоидным артритом. В 1937 году установили ревматоидный фактор, в 1948 - LE-клетки, в 60-х годах велись разработки по проведению компьютерной томографии. В числе важных открытий - серологические тесты, АНФ, доказательство связи между HLA-B27 и анкилозирующим спондилитом, капиллярскопия ногтевого ложа при системной склеродермии, открытие АНЦА, антител фосфолипидов (АФЛ) - в 1980 году, АЦВ, диагностические критерии РА (ACR) - в 1987 году, видеокапиллярскопия (1990), доплерографическая ультрасонография, магнитно-резонансная томография суставов и другие. Также Е.Л. Насонов напомнил о развитии и прогрессе фармакотерапии ревматических заболеваний и подчеркнул, что даже современная терапия не всегда эффективна и безопасна. Сегодня проводятся контролируемые исследования (фазы I-III) генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) и «таргетных» препаратов при аутоиммунных заболеваниях; контролируемые исследования (фазы I-III) ГИБП при ревматоидном артрите, контролируемые исследования (фазы I-III) «таргетных» препаратов при РА (ингибиторы протеинкиназы, ингибиторы новых «мишеней»). Лектор подчеркнул, что еще несколько лет назад врачи не могли предполагать, что для лечения многих иммунологических заболеваний, СКВ, дерматомиозита появятся специфические препараты. Особое внимание Е.Л. Насонов уделит проблемам иммунологии РА, эволюции болезни, озвучил фазы (стадии) прогрессирования РА (фазы А - генетическая предрасположенность, В - факторы внешней среды, С - системный аутоиммунитет, D - клинически подозрительная (воспалительная?) артралгия, E - недифференцированный артрит, F - ревматоидный артрит) и рассказал о гетерогенности механизмов РА на разных стадиях болезни, преобладании синтеза цитокинов на разных стадиях прогрессирования РА. В связи с этим пациентов с РА в начале заболевания и в развернутой стадии нужно лечить по-разному.

Во время фазы В важны: отказ от курения, снижение веса, физическая активность, защита от загрязнения воздуха, избегать эмоциональных стрессов, прием Омега-3 жирных кислот, витамина D, пробиотиков, профилактики инфекций (вакцинация).

Лечение фазы С: блокирование ИЛ-23/ИЛ17, иммунотерапия дендритными клетками, низкие дозы ИЛ2, внутривенный иммуноглобулин.

Лечение фаз D и E: метотрексат (PROMPT; TREAT EARLIER), гидроксихлорохин (StopRA), ритуксимаб (PRAIRI), абатацепт (APIPRA).

Гигантоклеточный артериит - форма васкулита с преимущественным поражением сосудов дуги аорты. Наиболее часто поражаются позвоночные, подключичные, экстракраниальные участки сонных артерий, включая височную артерию. Иногда поражаются другие артерии крупного и среднего калибра. Часто сочетается с ревматической полимиалгией. Поздняя диагностика и неадекватное лечение ГКА приводят к тяжелой необратимой патологии внутренних органов: слепоте, инсульту, венозному тромбозу и др.

По мнению многих ученых, атеросклероз - «хроническое» воспалительное заболевание сосудов, так считал Рассел Росс (1929-1999).

Факты воспалительной природы атеросклероза:

- инфильтрация «воспалительными» клетками (макрофагами) АТБ, выраженность которой ассоциируется с тяжестью атеросклероза;

- гиперпродукция широкого спектра цитокинов и хемокинов, обладающих «провоспалительной» активностью;

- увеличение сывороточной концентрации иммунологических биомаркеров (вСРБ, ИЛ6, ФНО- α , ИЛ-17), коррелирующее с прогрессированием атеросклеротического поражения сосудов и развитием кардиоваскулярных осложнений независимо от концентрации липидов в сыворотке крови.

Развитие хронического субклинического (low grade) воспаления связывают с неконтролируемой активацией врожденного и приобретенного иммунитета. Академик отметил роль NLRP3 инфламмосомы и ИЛ-1 β в развитии атеросклероза, познакомил аудиторию с исследованием CANTOS. Было доказано снижение частоты кардиоваскулярных осложнений на фоне лечения канакинумабом. Достижение концентрации вСРБ <1,8 мг/л через 3 месяца после однократной инфузии канакинумаба приводит к снижению частоты кардиоваскулярных осложнений на 27%.

Говоря об Анти-В клеточной терапии, Е.Л. Насонов отметил, что препарат ритуксимаб разрабатывался для лечения CD20+ не-Ходжкинских В клеточных лимфом (низкой градации или фолликулярной) (FDA, 1997).

Также Е.Л. Насонов выступил с докладом «Метотрексат и кортикостероиды, 70 лет»:

- В 1948 году великий врач Philip Hench (1896-1965) из клиники Мейо в США сделал открытие, за которое был удостоен Нобелевской премии по медицине и биологии. Было синтезировано достаточное количество субстанции Е, которая в настоящее время известна как кортизон. В сентябре 1948 года кортизон был впервые применен у больной в возрасте 29 лет, более 4 лет страдающей тяжелым РА с множественным поражением суставов. Введение 100 мг гидрокортизона внутримышечно в течение трех дней привело к выраженному улучшению состояния. За открытие глюкокортикоидов (ГК) и их противовоспалительного действия в 1950 году группа исследователей во главе с Philip Hench была удостоена Нобелевской премии... Я поступил в медицинский институт в 1968 году, в те годы большое внимание уделялось Гансу Селье, была информация, что в Москве он встречался с академиком Нестеровым. Для меня по жизни большое значение играет его цитата: «Правильное отношение к событиям позволяет перевести отрицательный стресс в положительный». Думаю, эта его фраза позволила проводить профилактику многих заболеваний, в том числе ревматических. Академик Александр Леонидович Мясников в числе первых в начале 50-х годов использовал глюкокортикоиды в лечении ревматизма. Также следует вспомнить опыт Валентины Александровны Насоновой, на юбилее Евгения Михайловича Тареева она читала лекцию о применении ГК в лечении СКВ. При этом достигается быстрый контроль острофазовых признаков воспаления - лихорадка, артрита, полисерозита и др.; быстрое снятие признаков тяжелой интоксикации и подавление активности люпус-нефрита и признаков поражения ЦНС.

Появление метотрексата было не менее важно, чем препаратов генной инженерии. Всем известны схемы лечения ревматоидного артрита. По стратегии «Лечение До Достижения Цели» (Treat-to-target - T2T) ремиссия при РА достигается при ЧБС ≤ 1 , ЧПС ≤ 1 , СРБ ≤ 1 мг%, ООСЗ (п) ≤ 1 (шкала 0-10). Но следует учесть, что ремиссия с точки зрения врача и с точки зрения пациента это абсолютно разные вещи. Существует клиническая ремиссия и иммунологическая ремиссия. Есть критерии ремиссии, предлагаемые Европейской коллегией ревматологов, Американской коллегией ревматологов, среди них самым качественным показателем считается индекс Буля.

Говоря о ГК, нельзя забывать об их побочных эффектах: остеопороз, переломы костей, ожирение, инфекционные осложнения. Истинный вред глюкокортикоидной терапии зависит от особенностей пациентов (факторы риска, профилактика и др.). Поэтому разработаны рекомендации, балансирующие пользу и риск (чем больше доза,

тем выше риск). Нужно проводить активную профилактику нежелательных глюкокортикоидных реакций: вакцинация, назначение витамина D, кальция, бифосфонатов, если необходимо. Но при всем этом предсказать риск назначения ГК мы не можем, однако их значение в лечении РА существенно изменилось. Согласно рекомендациям EULAR 2017 года на начальных стадиях РА все пациенты должны получать два препарата: ГК с МТ, через 6 месяцев ГК следует отменить. В этом сочетании примерно у 70 % мы достигаем ремиссии; остальные нуждаются в эскалации терапии, комбинированном лечении с использованием препаратов генной инженерии. Есть 4 схемы назначения ГК. В чем парадокс? У нас есть 12 генно-инженерных биологических препаратов, и вдруг в рекомендации лечения возвращается препарат 70-летней давности, как в кино «Бриллианты навсегда», так и ГК навсегда. Лечение - это тактика (медицинские препараты) и стратегия (ранняя диагностика, гармоничное назначение стандартных препаратов, и в этой стратегии определенное место занимают ГК).

Метотрексат - это «якорный препарат», в отсутствии противопоказаний должен быть основным компонентом стратегии лечения (Ia; A). Эра метотрексата в ревматологии началась в 1986 году. Кстати, химиотерапия рака началась с метотрексата (его применяют в лечении острого лимфобластного лейкоза, неходжкинских лимфом, трофобластических опухолей.) А затем американский ревматолог Джон Вейнланд провел двойное исследование МТ при РА, получил хороший результат. (В 2000 году я написал книгу «Применение метотрексата в ревматологии», которая была переиздана.) В показаниях данного препарата: ревматоидный артрит, ювенильные артриты, псориатический артрит, болезнь Крона, СКВ, воспалительные миопатии, васкулиты крупных сосудов, системная склеродермия, болезнь Бехчета, саркоидоз, остеоартрит и Cardiovascular Inflammation Reduction Trial (CIRT).

Механизмы действия метотрексата таковы, что низкие дозы вызывают подавление воспаления; иммуномодуляцию, а высокие дозы - подавление пролиферации клеток, индукцию апоптоза.

Что такое оптимальная доза метотрексата? Назначение метотрексата в первые 3 месяца от начала болезни (или включения в исследование). Начальная доза метотрексата ≥ 10 мг/неделю. Эскалация дозы метотрексата до ≥ 20 мг/неделю (или 0,3 мг/кг/неделю) в течение 6 месяцев, если DAS28 $> 2,6$ (или до любой дозы, если DAS28 $< 2,6$).

Не у всех пациентов с недифференцированным артритом (НДА) развивается ревматоидный артрит. Лечение метотрексатом пациентов с НДА, имеющих высокий риск развития ревматоидного артрита, приводит к снижению риска развития РА (53% vs 100%; $p < 0,001$). Ускорению развития РА (23 мес. vs 3 мес.; $p < 0,001$) и увеличению частоты безлекарственной ремиссии (36% vs 0%; $p < 0,027$).

Риск кардиоваскулярных заболеваний при ревматоидном артрите сравним с риском при сахарном диабете 2 типа. Раннее начало терапии низкими дозами метотрексата снижает риск развития кардиоваскулярных осложнений, препарат оказывает кардиопротективные эффекты. Биодоступность метотрексата при подкожном введении выше, чем при пероральном приеме. У пациентов с ранним артритом монотерапия подкожным метотрексатом позволяет снизить потребность в назначении ГИБП на 47%. Применение подкожной формы метотрексата в качестве «первого» БПВП или «переключение» на подкожную форму с таблетированной, способствует улучшению эффективности терапии, приверженности больного к лечению и снижению потребности в назначении ГИБП.

Профессор **Б.Х. Хабижанов** в своем докладе «Смешанные заболевания соединительной ткани у детей» сделал вывод, что вопрос диагностики и лечения СмЗСТ у детей представляет серьезные трудности в детской ревматологии: «Предварительно обобщив наши немногочисленные наблюдения и нередкое сочетание одного из ДБСТ с ЮИА, выделяем выявленные особенности СмЗСТ у детей:

- клинические проявления СмЗСТ у детей полиморфны, но в то же время довольно быстро формируются перекрестные симптомы, свойственные для ССД, ДДМ или СКВ у одного и того же больного;

- из различных симптомов СмЗСТ были выражены у больных признаки поражения кожи, лихорадка неясная, субфебрильных значений со слабостью, недомоганием, артралгии и артриты, ускоренная СОЭ, повышение АНА.



В отличие от классического представления о СмЗСТ взрослых, у детей чаще наблюдались сочетания признаков одного из ДБСТ с клинико-лабораторными признаками ЮИА (с эрозивным артритом-полиартритом).

Профессор, д.м.н., президент «СЗГМУ им. И.И. Мечникова» Вадим Иванович Мазуров выступил с докладом «Междисциплинарные проблемы спондилоартритов».

Профессор отметил, что в 1559 году появилось первое историческое описание этого заболевания в литературе, когда Р. Коломбо в своей книге «Анатомия» описал два скелета с характерными для анкилозирующего спондилита (АС) изменениями. В 1691 году врачом Б. Коннором (B. Connoг) описаны результаты вскрытия больного, которые в настоящее время можно соотнести с тотальным анкилозом позвоночника, с картиной «бамбуковой палки». В 1818 году Б. Броди описал первый случай АС с увеитом. В 1858 году Дэвид Таккер опубликовал небольшой буклет с описанием пациента Леонарда Траска, страдавшего тяжелой деформацией позвоночника, клинику которой можно соотнести с АС. Адольф Штрюмпель в 1897 году в Германии и Пьер Мари в 1898 году во Франции впервые описали клиническую картину заболевания, предшествующего тяжелым деформациям позвоночника.

Распространенность АС в популяции - 0,1-2%, у 20-40% пациентов отмечается неадекватный ответ на проводимое лечение, в том числе ГИБТ. По разным данным от 20,5 до 56% больных становятся инвалидами. Стойкая утрата трудоспособности наступает, в среднем, через 15 лет от начала болезни. Средний возраст выхода на инвалидность - 46,3 года.

У больных с АС нарушение третичной структуры HLA-B27 может привести к активации врожденного иммунитета. Почему анкилозирующие спондилиты близки с воспалительными заболеваниями кишечника, с развитием увеита, псориатическим артритом? Это говорит о том, что есть общий патогенетический механизм, объединяющий эти заболевания. Достаточно изменить лишь одну аминокислоту, или изменить ее последовательность, и она превращается в структуру, которая лишается нормального ответа. Она развивает патологический ответ, ведущий к развитию иммунно-воспалительного процесса. Клинические

проявления СпА являются следствием каскада иммунных реакций с участием ФНО (фактор некроза опухоли) - α , ИЛ-17 и ИЛ-22. ФНО и цитокины влияют на транскрипцию генов и воспалительный процесс.

Согласно современной концепции, спондилоартриты (СпА) – группа воспалительных ревматических заболеваний, поражающих позвоночник и периферические суставы, связки и сухожилия. Существуют два основных клинических типа СпА – осевой или аксиальный спондилоартрит (АксСпА) и периферический СпА. У 20–40% пациентов клинические признаки варьируют между двумя группами.

При аксиальном спондилоартрите (АксСпА) симптомы преимущественно затрагивают позвоночник: анкилозирующий спондилит, АксСпА без рентгенографических признаков АС (не рентгенографический аксСпА).

При периферическом СпА симптомы преимущественно затрагивают периферические суставы. Это псориатический артрит, реактивный артрит, артрит с воспалительным заболеванием кишечника (дифференцированный СпА, средний увеит).

Также нужно учитывать классификационные критерии ASAS; активность СпА. Для пациентов с болью в спине продолжительностью ≥ 3 месяцев и возрастом начала <45 лет. Сакроилит по данным МРТ или рентгенографии плюс ≥ 1 признак СпА или HLA-B27 плюс ≥ 2 признака СпА. Признаки СпА: воспалительная боль в спине (ВБС), артрит, энтезит (пяточный), увеит, дактилит, псориаз, болезнь Крона/язвенный колит, хороший ответ на НПВП, семейный анамнез СпА, HLA-B27, повышенный уровень С-РБ.

Для пациентов, имеющих только периферические симптомы: артрит или энтезит, или дактилит плюс ≥ 1 признак СпА: увеит, псориаз, болезнь Крона/язвенный колит, предшествующая инфекция, HLA-B27, сакроилит по данным МРТ или рентгенографии, или ≥ 2 других признаков СпА: артрит, энтезит, дактилит, ВБС (когда-либо), семейный анамнез СпА.

Активность СпА определяется по ASDAS/BASDAI (ЧРШ 0–10).

К осложнениям СпА относятся: вторичный системный амилоидоз; остеопороз (системный); аортальный порок сердца; нарушение ритма сердца; перелом синдесмофита; подвывих в атлanto-аксиальном суставе, в том числе с миелопатией, нестабильностью шейного отдела позвоночника; анкилозы и контрактуры периферических суставов; нарушение функции тазобедренных суставов (междоужечное расстояние меньше 70 см); шейно-грудной кифоз (расстояние затылок-стена больше 5 см).

Длительность АС ассоциирована с большей вероятностью развития внесуставных проявлений. Тесно взаимосвязаны со СпА воспалительные заболевания кишечника (ВЗК).

Лекарственные препараты, рекомендованные в лечении АС: НПВП; анальгетики; глюкокортикоиды (ГК); синтетические БПВП; ингибитор ФНО- α ; ингибиторы ИЛ-17 (и ИЛ-17). Сывороточные маркеры – предикторы клинического ответа на терапию ингибиторами ФНО- α при СпА. При неэффективности ингибитора ФНО следует назначить другой ингибитор ФНО или ИЛ-17. Кальпротектин и hs-CRP являются хорошими биомаркерами – предикторами клинического ответа при СпА. При лечении инфликсимабом значимо снижались уровни кальпротектина и hs-CRP.

Увеит является одним из основных симптомов для диагностики СпА и относится к частым внесуставным проявлениям этой группы заболеваний, встречается у 43% пациентов со СпА. 18–77% пациентов с увеитом имеют недиагностированный СпА. Увеит при СпА протекает тяжелее, чем у пациентов без СпА.

Факторы риска тяжелого течения увеита включают раннее его начало и число обострений ≥ 6 . Увеит, связанный с АС, обычно является односторонним, имеет острое начало, рецидивирующее течение и чаще встречается у мужчин. Увеит, связанный с ПсА, обычно характеризуется стертым началом, имеет хроническое течение и чаще встречается у женщин.

К основным заболеваниям, при которых встречаются передние увеиты, относятся: анкилозирующий спондилит, ВЗК, реактивный артрит, псориатический артрит, герпетическая инфекция, болезнь Бехчета, болезнь Лайма, ЮИА, саркоидоз, сифилис, туберкулез.

Профессор В.И. Мазуров привел в пример результаты из Шведского регистра биологической терапии - лечение ИФНО- α острого переднего увеита при анкилозирующем спондилите. Пациенты из Шведского регистра получали в качестве 1-го ИФНО адалимумаб (АДА), инфлик-

симаб (ИНФ) или этанерцепт (ЭТА). Частота увеитов оценена на основании заключений офтальмолога, сформулированных по МКБ X. По каждому ИФНО- α выполнено сравнение частоты случаев ОПУ на протяжении 2 лет до начала терапии и 2 лет после старта терапии. Включено 1365 пациентов с диагнозом АС (406 на адалимумабе, 354 на этанерцепте, 605 на инфликсимабе). По сравнению с исходными показателями частота ОПУ снизилась в группах адалимумаба и инфликсимаба и увеличилась на фоне лечения этанерцептом.

Медицинский директор ТОО Medical Partners Korea Qazaqstan, профессор Хисук Мин (Южная Корея, г. Сеул) выступил с докладом «Риск и профилактика сердечно-сосудистых осложнений при аутоиммунных заболеваниях».



- Ревматические заболевания связаны с такими же сердечно-сосудистыми осложнениями, как и сахарный диабет, являющийся одним из самых мощных факторов риска при сердечно-сосудистых заболеваниях, - подчеркнул Хисук Мин. - По мнению многих специалистов, для БСК ревматоидный артрит и сахарный диабет являются одинаковыми факторами риска. Ревматодные заболевания связаны с несколькими факторами риска: повышенный риск БСК, повышенная вероятность хронических и системных воспалений, нарушение работы иммунной системы и генетическая предрасположенность. В последнее время атеросклероз также считается воспалительным заболеванием. А любые воспалительные заболевания, включая аутоиммунные патологии, отличаются высоким риском атеросклероза. Есть хорошая доказательная база по связи хронических системных воспалений и атеросклероза. Например, высокая концентрация ВСЧРБ связана с более высоким риском ИБС и всеми случаями смерти от сосудистых заболеваний. ВСЧРБ является таким же фактором риска, как повышенное АД и высокий холестерин. Ревматоидный артрит (РА) связан с высоким риском ССЗ и риском смерти от ССЗ в популяции. Самые важные факторы – воспалительный и аутоиммунный, так как воспаление напрямую и опосредованно повышает риск ССЗ. За последнее десятилетие был достигнут значительный успех в лечении РА за счет улучшения управления традиционными рисками и эффективного лечения воспалительных процессов. При РА можно наблюдать сердечную недостаточность, перикардит, миокардит, нарушения проводящей системы сердца, клапанные пороки и легочную гипертензию. Перикардит и миокардит, как правило, протекают бессимптомно. Легочная гипертензия обычно связана с фиброзом легких. При РА очень важно проводить оценку риска сердечно-сосудистых осложнений по америнской Фраменгемской шкале (FRA) и систематической оценке риска коронарных заболеваний (SCORE), распространенной в Европе. Так как часто риск бывает занижен, Европейская лига по борьбе с ревматизмом (EULAR) предлагает умножать на 1,5 тот балл, который получится по шкале SCORE.

Для всех пациентов с РА необходимо проводить стратификацию сердечно-сосудистого риска и скрининг.

Лечение традиционных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (например, с помощью лекарственных препаратов для снижения уровня липидов, антигипертензивных препаратов) следует проводить в соответствии с имеющимися рекомендациями для основного населения. Необходим жесткий контроль системного и синовиального воспаления. Изменение образа жизни (снижение веса, физическая активность, индивидуальная программа упражнений), прекращение ку-

рения) в целях уменьшения риска сердечно-сосудистых заболеваний.

При системном склерозе коронарные заболевания являются очень серьезным фактором риска. Кроме сердечной недостаточности, ИБС, инфаркта миокарда, системный склероз может быть связан с такими патологиями, как перикардит, недостаточность митрального клапана, недостаточность аортального клапана. При системном склерозе клапанные нарушения обычно 1 степени и не создают проблему для пациента. На ЭКГ можно зафиксировать тахикардию, брадикардию и АВ-блокады.

Клинические признаки системного склероза: утомление, одышка, боль в груди, учащенное сердцебиение, обмороки, головокружение.

Основное обследование включает: оценку сердечно-сосудистого риска, ЭКГ в 12 отведениях, тест на физическую нагрузку, точное мониторирование по Холтеру, эхокардиографию, оценку NT-proBNP. В обследование второго уровня входит электрофизиологическое исследование на наличие аритмии, коронароангиография, МРТ сердца.

Для оценки и управления сердечно-сосудистого риска разработаны шаги. До консультации проводится опрос пациента и липидограмма, а после консультации - УЗИ сонной артерии, ЭКГ, измеряется артериальное давление, учитываются возраст/пол/статус курения. После оценки нам нужно проконтролировать риск ССЗ.

Также доктор Хисук Мин сообщил, что в прошлом году в США было опубликовано Новое руководство по гипертензии, изменилось определение гипертензии (130 мм рт.ст. в систоле, 80 мм рт.ст. в диастоле; это – результаты исследования SPRINT).

- Когда мы контролировали АД ниже 120 мм рт.ст., смертность снижалась на 27% по сравнению с группой контроля ниже 140 мм рт.ст., - уточнил лектор. - При гипертензии 1 стадии мы должны проверить риск возникновения ССЗ в течение 10 лет. Если риск возникновения ССЗ в течение 10 лет выше 10%, рекомендуется начать принимать лекарства, снижающие АД.

Поскольку бета-блокаторы усиливают диабет у пациентов с гипертензией, мы не используем их в качестве терапии, понижающей АД. Поэтому первая линия антигипертензивной терапии включает ингибиторы ангиотензин-1-превращающего фермента (ИАПФ) или блокаторы рецепторов ангиотензина (БРА), блокаторы кальциевых каналов, диуретики (calcium channel blocker (CCB), Angiotensin Receptor Blocker (ARB), ACE inhibitor).

ЛПНП является наиболее важным липидом в отношении риска ССЗ. Ожирение связано с инсулиновой резистентностью. Метаболический синдром связан с центральным типом ожирения. Пациент, страдающий расстройством метаболизма и имеющий лишний вес, имеет высокий риск развития ССЗ. Недавно было проведено важное исследование ожирения. Даже без расстройства метаболизма ожирение само по себе является очень мощным фактором риска. В 49% случаев происходит увеличение риска развития ишемической болезни сердца, в 96% – увеличение риска развития сердечной недостаточности. Поэтому мы рекомендуем пациентам с высоким риском ССЗ заниматься спортом.

В прошлом считалось, что только аэробные физические упражнения полезны для сердца. Но согласно последним исследованиям есть много доказательств того, что показанные упражнения на выносливость также полезны для сердца. Мы должны контролировать уровень ЛПНП, например, у пациента с очень высоким риском следует поддерживать уровень ЛПНП ниже 70 мг/дл.

Профессор кафедры «Общая врачебная практика №1 с курсом геронтологии» КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова Бакытшолпан Исаева выступила с докладом «Эффективность ингибиторы интерлейкина 6 при ревматоидном артрите».

В начале своего сообщения Бакытшолпан Габдулхакимовна поделилась воспоминаниями о профессоре Аскаре Шакиновиче Сейсенбаеве, о том, что именно его усилиями в 2007 году в Алматы был организован I Конгресс ревматологов Центральной Азии и Казахстана, собравший созвездие ученых из разных стран, только из России приехали 30 видных специалистов. Логотип конгресса был придуман Аскарком Шакиновичем.

На APLAR-2008 он подготовил доклад о ревматологической службе Казахстана, представлял нашу службу на конгрессах в Барселоне,

Париже. Профессор А.Ш. Сейсенбаев обладал незаурядными коммуникативными способностями, притягивал к себе людей и налаживал международные связи между учеными, пригласил в Казахстан заведующего кафедрой анатомии и антропологии, Sackler Faculty of Medicine; профессора Тель-Авивского университета Грегори Лившица. Впоследствии вместе с ним был запущен научный проект, одобренный Министерством образования РК, - «Омикс-исследование ревматоидного артрита и его связи с остеопорозом в казахской популяции» (грант МОН РК, 2014–2017).



Ревматоидный артрит - аутоиммунное, хроническое, инвалидизирующее заболевание, поражающее суставы и внутренние органы. Страдает не менее 1% населения планеты. Каждый 2-й больной спустя 5-10 лет от начала болезни становится инвалидом. Социальные и экономические потери сравнимы с ИБС. ИЛ-6 - ключевое звено аутоиммунного воспаления и связан с множеством биологических процессов, синтезируется многими клетками, участвующими в воспалении, но преимущественно клетками иммунобиологического надзора (макрофаги, фибробласты), эндотелиальными клетками.

ИЛ-6 – наиболее распространенный умеренный цитокин в суставах и крови пациентов с РА. Он способствует воспалению и разрушению суставов при РА; является регулятором синтеза белков острой фазы (СРБ), индуктором продукции глицина, что приводит к анемии и т.д. Повышение ИЛ-6 встречается в том числе и при иммуноопосредованных воспалительных заболеваниях: РА, ПсА, мезангиопролиферативном гломерулонефрите, НЯК и т.д.

ИЛ-6 – основной регулятор синтеза белков острой фазы воспаления (включая СРБ при системном воспалении). Врожденный защитный механизм предполагает возрастание продукции острофазовых белков, эти белки включают СРБ и САА. Выработка острофазовых белков стимулируется провоспалительными цитокинами, такими как ФНО- α , ИЛ-1, и ИЛ-6. Острофазовые изменения отражают наличие и интенсивность воспаления и используются как клинический показатель для диагностики и лечения.

ИЛ-6 ключевой индуктор СРБ, который стимулирует выработку тканевого фактора (ТФ) - прокоагулянтной основы атеросклеротической бляшки. ИЛ-6 индуцирует тромбоцитоз. Уровень ИЛ-6 прогнозирует исход нестабильной стенокардии.

АКТЕМПА (тоцилизумаб) – это рекомбинантное, гуманизированное моноклональное антитело к рецептору человеческого ИЛ-6, препарат имеет уникальный механизм действия. Актемпта строго специфически связывается с растворимыми и мембранными рецепторами ИЛ-6 (sIL-6R и mIL-6R) и подавляет сигналы, опосредуемые этими рецепторами, вовлеченными в развитие и поддержание воспаления в синовио. По данным базы США около трети пациентов с РА применяют ГИБП в режиме монотерапии, тоцилизумаб в монотерапии РА - в первой линии ГИБТ. При сравнении эффективности по EULAR (данные мета-анализа, опубликованного «HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT», 2016) наибольшая частота ответов отмечалась при терапии тоцилизумабом как в монотерапии, так и при комбинации с метотрексатом. Такие же данные при терапии тоцилизумабом, как в монотерапии, так и при комбинации с метотрексатом, были получены при сравнении эффективности по ACR (данные мета-анализа, опубликованно-

Окончание. Начало на стр. 6-7

го «HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT», 2016).

По данным международного открытого исследования TOZURA с участием 22 стран в обеих группах п/к тоцилизумаба (моно- и комбинации с БПВП) был значимое улучшение по DAS28-СОЭ от исходного через 24 нед ($P < 0.0001$ for both groups); не было значимого различия между моно- и комбинированной терапией п/к тоцилизумаба к 24-й неделе. Доля пациентов, достигших ответа по EULAR и ACR20/50/70/90, были схожи в группах моно и комбинированной терапией п/к тоцилизумаба. 43,8% пациентов в группе монотерапии п/к формы тоцилизумаба и 45,7% пациентов в группе комбинации п/к тоцилизумаба + БПВП достигли ответа по ACR 50 к 4-1 неделе. Профиль эффективности и безопасности подкожной формы тоцилизумаба был сопоставим в моно- и комбинированных режимах. Показана низкая иммуногенность тоцилизумаба в форме для подкожного введения.

Когда можно назначить монотерапию тоцилизумабом? При непереносимости МТ и других БПВП; отсутствии приверженности к терапии БПВП (соблюдение режима приема препаратов); невозможности достичь эффективной дозы метотрексата!

Исследования подтверждают высокую эффективность и хорошую переносимость ТЦМ при РА. У подавляющего большинства больных с РА, которые были рефрактерны к стандартной иммуносупрессивной терапии, наблюдалось значительное улучшение состояния. Есть удобство в кратности введения. Внедрение ГИБП в клиническую практику значительно расширило возможности эффективного лечения воспалительных заболеваний суставов.

«Сильные стороны» или преимущества тоцилизумаба среди других ГИБП: быстрое подавление воспаления, нарастание частоты ремиссии с течением времени; обеспечение большего шанса достижения ответа по ACR 70; стойкое снижение активности и степени костной деструкции; исследования подтверждают высокую эффективность и хорошую переносимость ТЦМ при РА.



Зав. кафедрой ОВП №1 с курсом геронтологии КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова **В.Б. Хабижанова** выступила с докладом «Диагностика и лечение подагры в условиях общей врачебной практики». Лектор дала определение подагры: системное тофусное заболевание, характеризующееся отложением кристаллов моноурата натрия в различных тканях и развивающимся в связи с этим воспалением, у лиц с гиперурикемией, обусловленной

внешнесредовыми и/или генетическими факторами (В. А. Насонова, 2004 г.).

Согласно рекомендации Европейской антиревматической лиги по диагностике подагры гиперурикемия - уровень МК >360 мкмоль/л (6 мг/дл). Гиперурикемия часто ассоциируется с ожирением, АГ, поражением почек, алкоголизмом и др.. В настоящее время гиперурикемию рассматривают как проявление метаболического синдрома, фактор риска развития и прогрессирования болезней почек, маркер ССЗ. Гиперурикемия — наиболее важный фактор риска развития подагры, в то же время сывороточный уровень МК не является критерием исключения или подтверждения подагры: у многих пациентов с гиперурикемией подагра не развивается, а во время острой атаки болезни сывороточный уровень МК может быть нормальным. Определение кристаллов мононатриевого урата при микроскопическом исследовании в синовиальной жидкости позволяет установить окончательный диагноз подагры. Кристаллы уратов могут быть внутри- или внеклеточными, длиной обычно 2-20 мкм².

В МКБ-10 подагра отнесена к подклассу микрокристаллических артритов: М 10.0. Идиопатическая подагра; М 10.1. Свинцовая подагра; М 10.2. Лекарственная подагра; М 10.3. Подагра, обусловленная нарушением почечной функции; М 10.4. Другая вторичная подагра; М.10.9. Подагра неуточненная.

Подагра обладает высокой степенью коморбидности. У каждого больного подагрой в среднем диагностируется до 5 различных сопутствующих заболеваний, прежде всего касающихся метаболических нарушений (артериальная гипертензия, сахарный диабет, абдоминально-висцеральное ожирение, дислипидемия).

В классификация по этиопатогенетическому признаку: первичная подагра и вторичная подагра, вызванная другим заболеванием или медикаментами. По клиническому течению (стадии): острый подагрический артрит; межприступная подагра и рецидивирующий подагрический артрит, хроническая тофусная подагра. По течению: легкое; средне-тяжелое; тяжело; по степени функциональной недостаточности (ФН). По рентгенологической стадии поражения суставов:

Крупные кисты (тофусы) в субхондральной кости и в более глубоких слоях, иногда уплотнения мягких тканей; крупные кисты вблизи сустава и мелкие эрозии суставных поверхностей, постоянное уплотнение околосуставных мягких тканей, иногда с кальцификатами; обширные эрозии не менее чем на 1/3 суставной поверхности, остеолит эпифиза, значительное уплотнение мягких тканей с кальциевыми депозитами.

Профессор напомнила аудитории формулировку диагноза (к примеру: Хронический подагрический полиартрит, стадия обострения с преимущественным поражением суставов стопы, коленных суставов, с наличием периферических тофусов в области ушных раковин, II рентгенологическая стадия, ФН II ст., хронический интерстициальный нефрит с нарушением функции почек (ХБП III ст)).

Основная роль в ранней диагностике подагры принадлежит врачам первого контакта — врачам общей практики, семейным врачам и участковым терапевтам.

Особенности проявления подагрического артрита: острое начало чаще в ночное время или ранние утренние часы; моноартрит; быстрота нарастания и выраженность признаков воспаления; длительность от 1 до 10 суток; обратимость островоспалительного поражения суставов и отсутствие симптомов между приступами до развития хронического артрита. Излюбленная локализация пораженных

суставов: I плюснефаланговый (первая атака у 90% пациентов), суставы плюсны, голеностопные, коленные; на более поздних стадиях — локтевые, мелкие суставы кистей.

Провоцирующие артрит факторы: переизбыток, алкоголь, обострение сопутствующих заболеваний, травма, переохлаждение, хирургические вмешательства, лекарственные средства (диуретики).

По мере развития заболевания приступы артрита становятся чаще, интенсивность и продолжительность суставных атак возрастает, вовлекаются новые суставы. При хроническом течении поражение суставов приобретает полиартикулярный характер. Во всех случаях воспалительного поражения суставов, требующего дифференциального диагноза (особенно в дебюте заболевания), показана консультация ревматолога. Проводится исследование крови на СРБ, РФ, АСЛ-О, уровень МК сыворотке крови, ИФА на бруцеллез. К ошибкам в диагностике подагры ведет незнание того факта, что во время острого приступа уровень МК у многих больных (39-42%) снижается до нормальных цифр.

У пациентов с суставным синдромом необходим тщательный осмотр с целью выявления или исключения наличия тофусов. Обычно между первым приступом подагры и появлением тофусов проходит несколько лет. Более типичная локализация тофусов: ушные раковины, подкожно в области пораженных суставов, в области узелков Гебердена, локтей, седалищных бугров. Возможно изъязвление кожи над тофусами с самопроизвольным отторжением их содержимого. Формирование внутрикостных тофусов (симптом «пробойника») происходит одновременно с появлением подкожных тофусов. Рентгенологическое исследование суставов помогает в проведении дифференциальной диагностики и установлении типичных признаков хронической подагры, но бесполезно для ранней ее диагностики. Важно активное выявление внесуставных проявлений, прежде всего поражений почек.

Цели лечения в амбулаторных условиях: быстрое и безопасное купирование острого подагрического артрита: предупреждение рецидивов, предотвращение перехода болезни в хроническую стадию, сопровождающуюся образованием тофусов, поражением почек и деструкцией суставов, лечение сопутствующих заболеваний. Лечение подагры должно быть максимально персонализированным.

Основное лечение на стадии тофусной подагры — антигиперурикемическое. Его цель — предупреждение образования и растворение имеющихся кристаллов моноурата натрия, это достигается поддержанием уровня МК ниже точки супернасыщения сыворотки уратами (< 360 мкмоль/л), (уровень доказательности III).

Согласно Новым европейским рекомендациям по лечению подагры (EULAR, 2016) у больных с нормальной функцией почек аллопуринол рекомендован как препарат первой линии. Стартовая доза 100 мг в день, с дальнейшим повышением на 100 мг каждые 2-4 недели. Если не удается достичь целевого уровня мочевой кислоты, необходимо перейти на аллопуринола на фебуксостат или урикозурики (пробенецид или бензбромарон). С этих препаратов можно начинать терапию, если отмечается непереносимость аллопуринола.

В первичной профилактике важно: Выявление бессимптомной гиперурикемии у родственников больных подагрой и ее коррекция. Рациональное питание, в первую очередь в семьях, где имеются случаи подагры. Запрещение алкоголя, особенно красных вин, шампанского. Предупреждение ожирения, артериальной гипертонии, нарушений углеводного обмена. Адекватные физические нагрузки. Избегать переохлаждения. Применение лекарственных средств

строго по показаниям, особенно способных нарушать уратный метаболизм (диуретики).

Вторичная профилактика включает: раннее выявление и рациональное лечение подагры, предупреждение повторных подагрических кризов; борьба с внесуставными проявлениями болезни, особенно с нефропатией.

Татьяна Валентиновна Попкова, ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой выступила с докладом: «Ревматоидный артрит: выбор оптимальной терапевтической стратегии». Татьяна Валентиновна дала определение ревматоидного артрита - это хроническое воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся деструктивным полиартритом и системным поражением внутренних органов.



Коморбидные заболевания при ревматоидном артрите: сердечно-сосудистые заболевания: ИМ, инсульт, ЗСН, инфекции, интерстициальные заболевания легких, остеопороз, злокачественные новообразования, желудочно-кишечные заболевания. У пациентов с РА уже на ранних стадиях болезни наблюдается увеличение риска коморбидных заболеваний и преждевременной смертности по сравнению с популяцией. Продолжительность жизни у больных РА на 3-18 лет ниже ожидаемой.

Лектор обратила внимание на патологическую триаду ревматоидного артрита: активность воспаления, деструкция и нарушение функции суставов. К фармакологической триаде ревматоидного артрита относятся: БПВП, глюкокортикоиды и биологические БПВП (ритуксимаб, ингибиторы ФНО, абатацепт, тоцилизумаб). Применение ГИБП в комбинации с БПВП повышает эффективность терапии РА, прежде всего в отношении ближайших исходов.

Основная цель терапии — достижение стойкой ремиссии заболевания: подавление связанных с воспалением симптомов артрита и внесуставных проявлений с использованием противоревматических препаратов с различным механизмом действия; предотвращение деструкции, нарушения функций и деформации суставов, улучшение качества жизни; снижение риска коморбидных заболеваний. Лечение противоревматическими препаратами следует начинать как можно раньше (в течение первых 3 мес. от момента развития первых симптомов РА). «Лечение до достижения цели» — максимально быстрое достижение ремиссии заболевания, которая базируется на ранней диагностике РА, определяющей возможность инициации контролируемой противовоспалительной терапии в дебюте болезни («окно возможности»).

Зухра Табаева



ЗАРУБЕЖНОЕ СОТРУДНИЧЕСТВО: ДЕЛИТЬСЯ ОПЫТОМ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ



Развитие здравоохранения страны непосредственно связано с внедрением новых методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, новейших медицинских изделий и фармацевтических препаратов. Чтобы держать руку на пульсе времени, определить перспективные направления, проводятся съезды, симпозиумы, научные конференции, мастер-классы.

И этот процесс охватывает не только центр, но и регионы. Одним из примеров может служить Южный Казахстан, где практикуются выездные международные конференции, семинары, мастер-классы. Сфера здравоохранения области активно укрепляется: только в 2017 году велось строительство 38 объектов, из них введено в эксплуатацию 33 объекта: 7 врачебных амбулаторий, 1 сельская амбулатория, 17 фельдшерско-акушерских пунктов, 5 медицинских пунктов и 3 других объекта. Предусмотрено также строительство областного онкологического центра и областного туберкулезного диспансера в Шымкенте.

Внимание к онкологической службе вызвано серьезным вниманием Управления здравоохранения к вопросам переподготовки и повышения квалификации врачей с учетом современных требований, внедрению высокоспециализированной медицинской помощи в лечебных учреждениях области. Бурно развиваются такие медицинские специальности, как онкология, кардиология, кардиохирургия, акушерство и гинекология, неонатология и радиология.

В практическом здравоохранении возрастает роль международного обмена результатами клинических исследований, успехами доказательной медицины, позволяющей при лечении пациента принимать конкретные и взвешенные решения в выборе оптимального метода. Это доказывает, что в современной медицинской практике важны не только знания и навыки врача, но и использование опыта авторитетных отечественных и зарубежных специалистов, их подходы к диагностике и лечению. Для пациентов это дает преимущества, гарантируя лечение по международным протоколам с применением новых методов. Выигрывает, несомненно, и вся система здравоохранения.

Один из таких международных мастер-классов с участием монгольских врачей-онкологов в Шымкенте недавно прошел уже в 8-й раз. Нынешняя тема сотрудничества - «Хирургическое лечение злокачественных опухолей печени», при содействии Управления здравоохранения области, Южно-Казахстанского филиала Республиканской медицинской академии и областного онкологического диспансера.

Проведение мастер-класса по проблемам рака и опухолевых поражений печени в ЮКО

не случайно и отвечает поставленным задачам в сфере развития высокотехнологичных и миниинвазивных технологий лечения различных заболеваний, стационарозамещающего лечения и амбулаторной медицинской помощи пациентам, обеспечения доступности современных медицинских технологий населению республики, способствует улучшению медицинского образования и практического здравоохранения в рамках реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы.

Открывая мастер-класс, главный врач областного онкологического диспансера Сакен Арыстанович Катбаев отметил, что вопросы, касающиеся ранней диагностики и своевременного лечения опухолей печени, сегодня являются самыми, пожалуй, актуальными. Как и во всем мире, рост заболеваемости раком печени характерен и для Казахстана, где ежегодно выявляется до 900 новых случаев рака печени. 100-110 новых случаев - в ЮКО. Охват специализированным лечением возможен только у 45-50% больных, среди которых радикальное хирургическое лечение выполнимо только у 5%, а химиоэмболизация опухоли - лишь у 30-35% больных. Более 50% больных раком печени умирают в первый же год от момента установления диагноза.

- Это подчеркивает важность ранней диагностики рака печени на уровне врачей ПМСП с участием врачей общей практики, гастроэнтерологов, инфекционистов, гепатологов и онкологов. Возможно с запуском программы скрининга рака печени эта ситуация в Казахстане изменится в лучшую сторону. Поэтому для участия в сегодняшнем мастер-классе привлечены врачи смежных специальностей - гепатологи, гастроэнтерологи, онкологи, хирурги, интервенционные радиологи, - отметил главный врач.

Выбор мастер-класса столь сложной тематики и клинической базы ООД ЮКО был неслучайным - до 2005-2006 г. пациентам с раком печени всестороннее и полное специализированное лечение в области не оказывалось. Внедрение методики химиоэмболизации состоялось по инициативе зав.отделением химиотерапии к.м.н. Д.Т. Арыжанова. С 2013 года вместе с главврачом ООД ЮКО Н.К. Ормановым они начали освоение методов хирургического лечения при опухолях печени с проведением мастер-классов. Это позволило работать над реализацией долгосрочного проекта по организации высокотехнологичного лечения больных с опухолями печени.

Сегодня в лечебном учреждении выполняется множество сложнейших операций и методов лечения злокачественных новообразований. На протяжении более 10 лет первыми

в Казахстане его специалисты внедрили методику химиоэмболизации злокачественных опухолей печени, широко развита методика эндоваскулярных вмешательств при других локализациях - опухолях головного мозга, рака легкого, рака шейки матки. Создано единственное пока в Казахстане специализированное направление эндоваскулярной онкологии. Все методики диагностики и лечения рака печени в ООД ЮКО, начиная с 2007-2008 гг., поставлены в рамках Европейских протоколов диагностики и лечения. Специалисты обучались в России и Европе, в частности, в Санкт-Петербурге - Всероссийском научном центре радиологии и хирургических технологий, Венском Медицинском Университете, Германии, Франции. На лечение в ООД ЮКО сегодня приезжают больные с опухолями печени с других регионов Казахстана - Астаны, Алматы и Алматинской области, Западного Казахстана, Кызылординской и Жамбылской областей и др.

Вот и на этот раз для участия в мастер-классе в Шымкент приехали ведущие гепатологи Восточной Азии, директор Национального Ракового центра Монголии хирург-гепатолог, профессор Жигжидсурэн Чинбурэн и трое его коллег с этого центра - Рамиш Асай, Мендхаргал Адилсайхан, Пуревбаатар Батирээдуй.

Высокий уровень мероприятия показал актуальность проблемы диагностики и лечения рака печени, необходимость кооперации и мультидисциплинарного подхода к ее решению.

Зав. отделением химиотерапии к.м.н. Д.Т. Арыжанов в интервью отметил, что подобные мастер-классы проводятся не в первый раз:

- Наша совместная работа с монгольскими коллегами началась с мая 2013 года, с японскими коллегами сотрудничаем с мая 2014 года, с австрийскими - с июня 2015 года, с французскими - с декабря 2015 года. За эти четыре года ООД ЮКО посетили: директор института гастроэнтерологии Токийского женского медицинского университета проф. Маасаку Ямомото, Токио, Япония; генеральный секретарь Европейской ассоциации по изучению печени (EASL) проф. Маркус Пэк, Вена, Австрия; директор Института гепато-билиарной хирургии гепато-билиарного центра клиники Поль Брус проф. Генри Бисмут, Париж, Франция. Визиты связаны с оказанием нам практической помощи по внедрению передовых технологий диагностики и лечения злокачественных опухолей печени и поджелудочной железы.

Целью совместной работы является желание внедрить и поставить в повседневную практику областного онкодиспансера расширенные хирургические операции на печени -

гемигепатэктомии, резекции печени, методы предоперационной подготовки больных раком печени с эмболизацией ветвей портальной вены.

Все это может послужить началом для создания регионального центра по лечению опухолей печени на базе ООД ЮКО. Выполнить данную задачу нелегко, однако на сегодняшний день руководство Управления здравоохранения по ЮКО оказывает всестороннюю поддержку в развитии онкологической службы области в целом.

Для достижения эффекта и слаженной совместной работы специалистов проводятся мастер-классы и обмен специалистами между Национальным раковым центром Монголии и ООД ЮКО. За последние четыре года работы обучены 2 врача в Монголии, три врача стажировались в Гепатобилиарном центре Парижа.

На базе ООД ЮКО проведено более 40 совместных операций по резекции печени, дано свыше 120 консультаций больным раком печени. В рамках мастер-класса с монгольскими коллегами планировалось провести 6 операций и 20 консультаций больных с опухолями печени. Создана мультидисциплинарная группа врачей для определения выбора методики и тактики лечения больных раком печени.

Сотрудники ООД ЮКО в эти годы полностью освоили и выполняют все виды медицинской помощи (диагностика, хирургическое лечение, химиоэмболизация, системная и таргетная химиотерапия) при злокачественных опухолях печени.

В ООД ЮКО за четырехлетний период выполнено более 1500 химиоэмболизаций злокачественных опухолей: при раке печени, метастазах в печень, раке шейки матки, раке почек и легких, а также гемигепатэктомии и резекций печени при раке у 50 пациентов. Около 300 пациентов с раком печени получили таргетную химиотерапию.

Все это позволяет утверждать, что на сегодня областной онкодиспансер ЮКО является единственным в республике онкологическим учреждением, где внедрены самые современные методы диагностики и лечения рака печени, освоен полный цикл лечения этой патологии. И своим опытом его специалисты охотно делятся, проводят мастер-классы в других лечебных учреждениях страны - за три года проведены десятки мастер-классов по химиоэмболизации опухолей печени и других локализаций в Астане, Алматы, Уральске, Таразе, Кызылорде.

По итогам мастер-класса монгольские врачи отметили высокий профессиональный уровень своих казахстанских коллег, выразив уверенность, что такое тесное сотрудничество будет крепнуть и в дальнейшем.

Мадина Джулдыбаева

УСПЕХ ПРИХОДИТ К ТЕМ, КТО ТРУДИТСЯ

«Успех приходит к тем, кто действует. Он очень редко приходит к тем, кто пасует перед обстоятельствами» - отмечал Джавахарлал Неру. «Формула» успеха состоит из двух краеугольных камней, это самое важное и ценное, что есть в нашей жизни, – человеческие отношения, доброта, честность, порядочность и другое, которые нужно всегда беречь. А второе – упорство, труд, целеустремленность и вера в себя. Для многих преподавателей, особенно молодых, Кокшетауского высшего медицинского колледжа соблюдение данных заветов является стартовой дорожкой, для того, чтобы добиться высот. И примером этому – старшее поколение.



Салмухамедова Алия Хакимовна начала свою педагогическую деятельность 18 лет назад в качестве преподавателя специальных дисциплин. В 1980 году окончила Карагандинский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело», квалификация – врач-терапевт. Странички трудовой деятельности свидетельствуют: с 1980 по 2000 годы работала практическим врачом, затем главным врачом СВА в Кокшетауском районе по направлению, участковый терапевт отделенческой больницы станции Кокшетау, производственный врач, заведующая поликлиникой. В силу производственной необходимости приходилось совмещать работу в терапевтическом стационаре, врача-эндокринолога, инфекциониста. Постоянно совершенствовала свои знания, в связи с чем прошла повышение квалификации в городах Киеве, Санкт-Петербурге, Алматы. Дважды подтверждала высшую квалификационную категорию преподавателя колледжа. При этом врачебный стаж составил 20 лет, общий трудовой стаж – 43 года. Имеет соответствующие сертификаты. В 2017 г. получила новый сертификат врача-терапевта на 5 лет.

В Кокшетауском медицинском колледже начала трудиться преподавателем специальных дисциплин с 2000 года. Алия Хакимовна преподает следующие предметы: медицина катастроф, пропедевтика внутренних болезней, внутренние болезни, психиатрия, основы безопасности жизнедеятельности, первая доврачебная помощь. Активно принимает участие в работе регионального симуляционного центра с отделением повышения квалификации. Все предметы ведет на двух языках. Готовит к аттестации как средних медицинских работников, так и врачей, а также ежегодно готовит студентов на международный конкурс фельдшеров в г. Омске.

Имеет грамоты от областного управления здравоохранения и руководства колледжа. Награждена медалью «За вклад в развитие КВМК».

Если о родных пенатах, то родом она из аула Кызыл Аскер Северо-Казахстанской области, родилась в 1957 году. Алия Хакимовна из рода аргын, семьи потомственных педагогов, отец, мать и две сестры также работали в этой

сфере. У них интернациональная семья. Вместе с мужем окончили школу, дружили и вот уже 35 лет как вместе, супруг Георгий Владимирович прекрасно понимает и знает казахский язык, уважает и соблюдает обычаи своей половинки, вырастили дочь и сына, которые имеют свои семьи, живут отдельно. Радуют своими успехами и четыре внука. Говорят, что «успех обычно приходит к тем, кто слишком занят, чтобы его искать».

В этом году **Юха Антонина Дмитриевна**, преподаватель специальных дисциплин высшей квалификационной категории, отметила 60-летний юбилей. Странички биографии свидетельствуют, что родом она из Тайыншинского



го района Северо-Казахстанской области, из семьи рабочих, родилась 18 марта 1958 года. Предки ее из спецпереселенцев из Украины.

Исторические факты повествуют, что большинство из казахстанских поляков являются потомками депортированных в 1930-1940-х гг. с территории Центральной Украины. Они были расселены в основном в Северо-Казахстанской, Акмолинской, Карагандинской, Павлодарской областях и в столице Астане. Немало поляков в Алматы и Алматинской области. В период массовых политических репрессий 1930–1940-х гг. Казахстан стал домом для народов, пострадавших от тоталитарного режима советского государства. Сотни тысяч людей разных национальностей были оторваны от своей земли и переселены за тысячи километров. Поляки стали одним из первых народов, депортированных советской властью в Казахстан. Основной причиной депортации, как считают исследователи, являлась конфронтационная политика СССР по отношению к Польше. Обвинения были стандартными: «политическая неблагонадежность», «сотрудничество с польской разведкой», «шпионаж», «диверсионная деятельность». Данная категория депортированных имела статус «спецпереселенцев» и находилась под жестким контролем НКВД. Общее количество выселенных на данном этапе превышало 50 тысяч человек. Первые переселенцы прибыли 10 июня на станцию Тайнча Омской железной дороги численностью 2142 семьи - 10479 человек, в том числе мужчин - 2762, женщин - 3054, детей - 4663 человека. Поляки, в основном, попали на территорию Тайыншинского района, который ранее входил в Акмолинскую область, но затем в результате размежевания отошел к Северо-Казахстанской области и в город Кокшетау. Такова история поляков, проживающих в данном районе.

Если вернуться к моей героине, то в 1981 году окончила Карагандинский государственный медицинский институт, по квалификации санитарный врач. По окончании института была принята по распределению на работу в тогда еще медицинское училище преподавателем по гигиене, затем продолжила заведующей санитарно-фельдшерским отделением, была заведующей практикой и т.д. Всего

проработала в данном учебном заведении 36 лет. В отзыве о ее работе есть такие строчки: «Преподаватель владеет методикой анализа учебно-методической работы, организацией технического и профессионального образования, неоднократно в качестве члена государственной аттестационной комиссии принимала участие в проверках медицинских колледжей. ... Является автором типовой учебной программы дополнительного образования для специальности «Гигиена и эпидемиология» и типовых учебных программ по предметам «Гигиена питания», «Гигиена труда», «Гигиена детей и подростков». Постоянный автор по составлению ГОСО (государственного общеобразовательного стандарта по гигиене и эпидемиологии), а также статей, например, «Вода – это жизнь» и другие. Педагог постоянно совершенствует свое педагогическое мастерство, ею проводятся мастер-классы... как и все проходит повышение квалификации по специальности и педагогической деятельности».

Антонина Дмитриевна зарекомендовала себя педагогом, знающим свой предмет, владеющим современными формами и методами обучения. Об этом свидетельствуют ее многочисленные поощрения, среди них: Почетная грамота Министерства здравоохранения Республики Казахстан, такие же грамоты Управления здравоохранения Акмолинской области и Областного филиала профсоюза работников здравоохранения.

Педагог Юха А.Д. активно занимается со студентами учебно-исследовательской деятельностью. Ее студенты участвуют в научно-практических конференциях, конкурсах, например, «Лучший выпускник медицинского колледжа 2018 года», «Оценка микроклимата и бактериальной обсемененности учебных аудиторий» и другие.

В общении со студентами она придерживается принципа: научить будущих специалистов думать, не бояться трудностей, нести ответственность за результаты своей работы.

Опора в жизни – ее супруг Виктор Антонович, работает директором автошколы «Отан», воспитали двоих детей – сына Владислава, ныне проживает и работает в Австрии, и дочь Анну, которая рядом с ними в Кокшетау, работник аптеки. Великими отмечено, что «успех не измеряется сравнением того, что вы можете сделать с тем, что может сделать кто-то другой. Он измеряется тем, насколько вы используете свои таланты, данные вам Богом».



Марьям Нагметовна Оспанова родилась в 1966 году в селе Мичуринское Темиргазевском районе Северо-Казахстанской области, в семье рабочих. Что интересно, она из рода канжгалы Костанайского региона, они все потомки Богенбай батыра. Хранится у них дома и художественно-историческая книга, посвященная роду канжгалы, так что историю своего рода и предков знают все. Если о нашей героине, то вся сознательная жизнь и годы учебы прошли в Кокшетауской области, в Куйбышевском (ныне имени Габита Мусрепова) районе, в селе Червоном. После школы успешно окончила Карагандинский медицинский инсти-

тут в 1989 году, санитарно-гигиенический факультет, получила специальность санитарный врач-эпидемиолог. Трудовая деятельность началась в Рузаевском районе тогдашней Кокшетауской области в качестве заведующей санитарным отделением, затем была главным врачом дезинфекционной станции. Уже проживая в городе Кокшетау, трудилась в областном центре здоровья врачом, некоторое время занималась предпринимательской деятельностью, совмещая с преподавательской.

В Кокшетауском медицинском колледже работает с 2010 года, стаж преподавательской деятельности составляет 15 лет, общий стаж 28 лет. Одной из перспективных форм реализуемой ею на уроках специальных и общепрофессиональных дисциплин, а преподает она «Гигиену труда», «Гигиену детей и подростков», «Общую гигиену», «Анатомию» – является организация исследовательской творческой деятельности студентов. При этом способствует развитию у ребят мировоззрения, общего кругозора, внутренней культуры, познавательной активности. Основной целью своей преподавательской деятельности Марьям Нагметовна считает углубленное освоение студентами теоретических знаний и практических навыков по преподаваемым ею учебным дисциплинам, ориентированным на будущую профессию. При этом немаловажно качество подачи материала на занятиях с использованием различных педагогических технологий и методик, пропагандируемых в нашем колледже, эффективных при освоении и совершенствовании профессиональных умений. И конечно, акцент на создание комфортной, рабочей атмосферы и ситуаций, для успеха студентов, которые обеспечиваются здоровьесберегающими и личностно-ориентированными технологиями.

«Стараюсь использовать на занятиях различный дополнительный материал и современные технические средства обучения, как: учебные курсы, учебные фильмы, аудиокурсы, электронные презентации. Работаю над расширением и совершенствованием базы дидактического материала по преподаваемым дисциплинам» - отмечает педагог. Ничто не окрыляет преподавателя так, как успехи его учеников. Добро всегда должно возвращаться добром! Чтобы быть в ногу со временем, надо совершенствоваться, Марьям Нагметовна прошла курсы повышения квалификации, такие как: обучающий курс «Безопасность пищевых продуктов и вступление в ВТО» в г. Алматы; участвовала в обучающих семинарах по темам: «Повышение потенциала преподавателей по компетентному подходу в области сестринского образования» в г. Астана; «Вопросы организации диетического питания, составления меню для разных категорий заболеваний» и т.д. Начиная с 2017 года, является руководителем научно-исследовательской деятельности студентов. Активный участник семинаров, научно-практических конференций различного уровня. Среди них можно отметить международную научно-практическую конференцию по теме: «Дидактика XXI века» (г. Самара, Россия); Республиканскую онлайн-конференцию «Педагог новой формации системы технического и профессионального образования» (г. Кокшетау) и другие. Ею были опубликованы статьи по использованию информационно-коммуникационных технологий в преподавании медицинских дисциплин в методических изданиях: Республиканский научно-педагогический журнал «Білім-Образование-Education» (г. Петропавловск); Областной информационно-методический бюллетень «Учительский журнал» (г. Кокшетау). За свою деятельность имеет ряд поощрений: Почетные грамоты Акмолинского областного филиала профсоюза работников здравоохранения, Департамента здравоохранения Акмолинской области, благодарственное письмо медицинского колледжа и другие.

На вопрос, что Вас вдохновляет в жизни? – она ответила: красивые человеческие поступки. Общение с интересными людьми. Для меня не чужды, и привлекают внимание люди благородные, великодушные, а также человеческая доброта. Не зря же говорят, что «счастливы те люди, которые живут тем, что любят». Ну, что же, известная истина заключается в том, что успех приходит к тем, кто что-то делает для того, чтобы его добиться.

Гульбаршин Салык,
член Союза журналистов
Республики Казахстан,
Кокшетауский высший
медицинский колледж

ФОРМИРОВАНИЕ КУЛЬТУРЫ МЕЖНАЦИОНАЛЬНОГО ОБЩЕНИЯ

Культура межнационального общения необходима человеку, особенно для нашей молодежи, для познания, освоения, изменения и совершенствования межнациональных отношений и, как отмечают ученые, «выступает эффективным средством и способом как национального прогресса, так и воспитания в духе общенациональной гордости». В культуре межнационального общения фокусируется отношение людей к представителям других национальностей. Не менее важно для нее и умение заключать, говоря словами французского просветителя Ж.Ж. Руссо, «общественный договор».



Очень большой интерес вызывает социологическое исследование республиканского актива Казахстана. Опросом были охвачены 1392 респондента из пяти областей Республики Казахстан: Алматинской, Акмолинской, Костанайской, Семипалатинской и Южно-Казахстанской. Результаты опроса показали регулярность контактов между людьми различных национальностей. Так, каждый респондент сообщил, что живет по соседству с представителями не менее пяти различных национальностей, 83,1% опрошенных имеют среди представителей других национальностей близких друзей, более 50% — близких родственников, 91,9% — приглашают и сами ходят в гости к людям других национальностей.

Инновационный педагогический опыт работы преподавателей, воспитателей, руководителей Кокшетауского высшего медицинского колледжа по этнокультурному воспитанию студентов привлекает внимание и вызывает уважение. Проводимые молодежные форумы, конференции, акции, мероприятия ... все это формирует культуру межнационального общения у подрастающего поколения, идеи распространения культуры народов мира и укрепления взаимопонимания между представителями разных национальностей.

На «День единства народа Казахстана» в рамках программы «Рухани жангыру», и 20-летия г. Астана в высшем медколледже инициативной группой проведен конкурс «Национальное блюдо».

Праздник открыла с песней «Карлыгаш» студентка группы МС-13 Жулдыз Бесембай. Станцевала зажигательный танец в ярком национальном узбекском костюме студентка группы А-11 Жулдыз Сейтбаталова.

Каждая национальность обладает своим неповторимым колоритом, что особенно ярко проявляется в национальной кухне. Студенты попытались воспроизвести национальные блюда, которые оценивались беспристрастным жюри по следующим критериям: внешний вид и эстетическое оформление блюда, оригинальность и артистизм при представлении блюда, наличие костюмов, соответствие презентации предъявленной теме. На кулинарном конкурсе среди студентов нашего колледжа можно было не только попробовать блюда, но и узнать рецепты понравившихся блюд. Также ребята удивили жюри своими костюмами. Приятный аромат витал в зале и не позволял даже самому сытому остаться равнодушным.

Самыми искусными поварами и непревзойденными знатоками культуры были признаны все группы, которые приняли участие в конкурсе: поляков представляли представители группы МС-11, узбеков МС-12, белорусов МС-13, корейцев МС-14, украинцев МС-15, русских Ф-11, казахов Ф-12, немцев ЛД-11 и другие.

О том, что сила в единстве констатирует и другой не менее интересный форум по теме: «Молодежь за национальные ценности», проведенный в честь «Дня благодарности». Организатором выступил музей «Милосердие и отвага». Было выделено основное понятие, что Казахстан сегодня признан как страна, ведущая последовательную внутреннюю политику, направленную на обеспечение толерантности, межкультурного согласия представителей всех национальностей, проживающих в стране. Благодаря этому в нашей стране на протяжении более 26 лет не произошло ни одного политического массового столкновения на этнической или религиозной почве. В Казахстане проживают представители 143 наций и народностей, на 40 языках издаются газеты и журналы. Прозвучал познавательный рассказ об истории национальных диаспор Казахстана, об их появлении на территории нашей страны. Все это сопровождалось красивыми и звучными песнями в исполнении студентов колледжа Жулдыз Бейсенбай и Кастоевой Ашат, а узбекский танец станцевала Айгерим Ескараева, и зажигательную лезгинку исполнили Хадишат Оздева и Иван Бурба. Каждое выступление сопровождалось бурными овациями.

В Концепции модернизации нашего образования среди важнейших качеств, которыми должны обладать студенты учебных заведений, названы духовность и нравственность. В рамках плана Молодежного ресурсного центра совместно с центром анализа и развития межкультурных отношений в колледже была организована ежегодная встреча со студентами первых курсов. Основная задача — развитие духовно-нравственного воспитания через учебный диалог, получения дополнительного образования, а также воспитание гражданской позиции.

В ходе диалога-беседы выступили:

- Турлыбек Жолдаспай, методист Молодежного ресурсного центра, г. Кокшетау, который вкратце ознакомил студентов с целями, задачами и творческой деятельностью данного Центра;

- Дәулет Қайратұлы, Акмола облыстық Жастар ісі бөлімінің меңгерушісі, который рассказал о мировом экстремизме и терроризме и путях решения проблемы в глобальном масштабе;

- Айжан Кашкенова, старший участковый инспектор полиции ОЮП МПС УВД г. Кокшетау, остановилась на проблемных вопросах правонарушений среди молодежи и при этом познакомила слушателей с основными статьями Административного Кодекса;

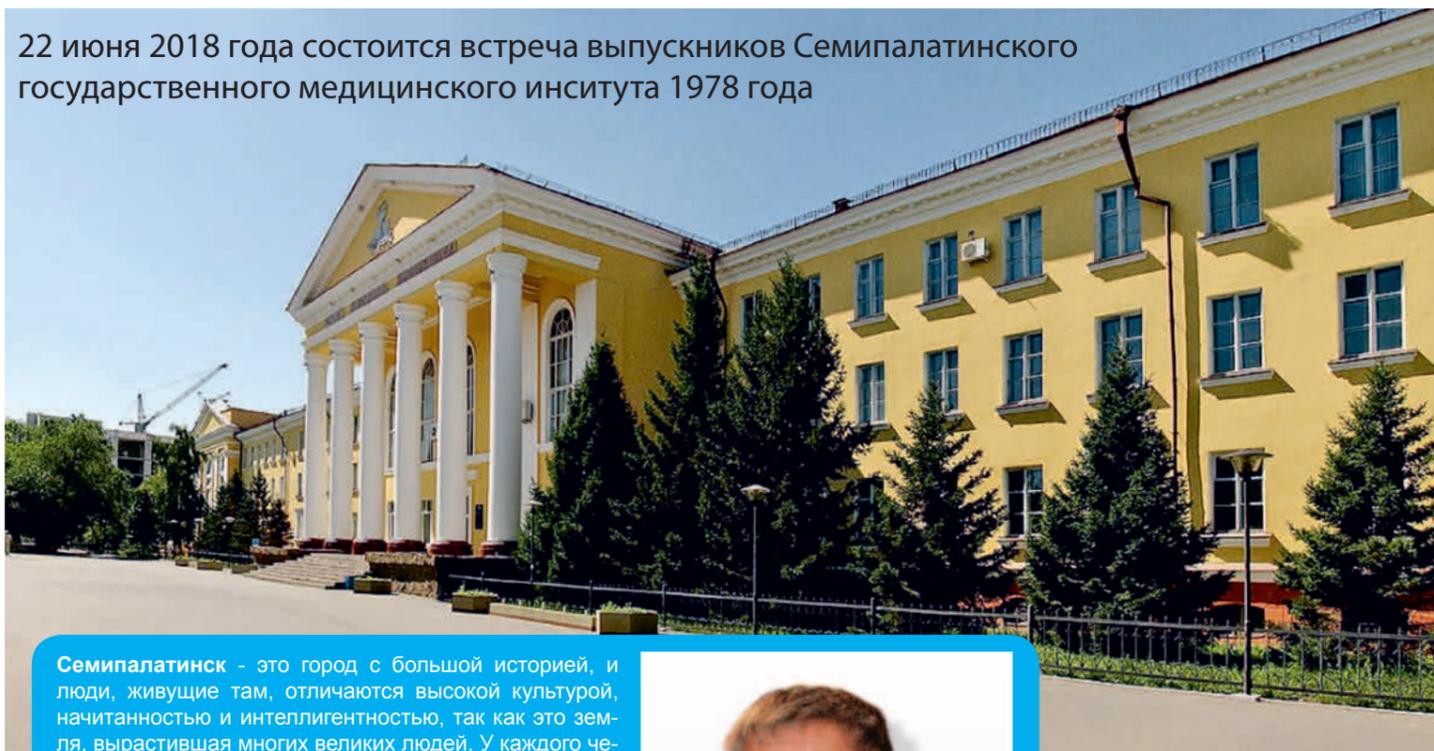
- Маргарита Ридина, специалист консультативно-реабилитационного отдела Центра анализа и развития межкультурных отношений познакомила присутствующих с проявлениями деструктивных псевдорелигиозных течений и дала рекомендации профилактического характера.

В ходе беседы студенты задавали вопросы и получали профессиональные ответы. Встреча прошла в дружеской и теплой атмосфере. Общий охват участников встречи составил 90 человек.

В рамках реализации программы «Рухани Жангыру» в Кокшетауском высшем медицинском колледже прошло не менее интересное мероприятие по теме: «Открытость сознания и молодежь». Преподавателями общественно-гуманитарных дисциплин была подготовлена группа студентов, им были даны задания — подготовить выступления на конференции, как «историк», «журналист», «краевед». Студент, исполнявший роль «историка», отметил, что в этой программе огромное значение Президент отводит патриотическим чувствам, которые начинаются с любви к своей земле, к малой родине. Главой была предложена программа «Туған жер», которая должна перейти в более широкое понятие — «Туған ел». От лица «журналиста» было сказано, что модернизация неизбежна, и ее первым условием является сохранение своей культуры, собственного национального кода, все это должно опереться на исторический опыт и традиции. Далее студенты обменялись между собой мнениями. Асет Бекмаганов, студент группы Ф-12, подчеркнул современность обозначенных национальным лидером стратегических направлений, которые станут новым этапом в достижении цели построения модернизации в Казахстане. А Гульназ Бокеш, одна из активистов медколледжа, констатировала, что процесс перехода тюркских народов на латинскую графику исторически неизбежен. Это мудрое и своевременное решение. К тому же никаких затруднений при переходе не будет даже у пожилых людей, не говоря уже о молодежи. Чтение лекций, проведение практических занятий и другие мероприятия по актуальным проблемам национальных вопросов и разработка программы национального развития республики, несомненно, будут содействовать значительному повышению уровня культуры межнационального общения населения.

ульбаршин Салык,
член Союза журналистов
Республики Казахстан,
Кокшетауский высший
медицинский колледж

22 июня 2018 года состоится встреча выпускников Семипалатинского государственного медицинского института 1978 года



Семипалатинск - это город с большой историей, и люди, живущие там, отличаются высокой культурой, начитанностью и интеллигентностью, так как это земля, вырастившая многих великих людей. У каждого человека, рожденного на этой земле и по воле случая уехавшего, даже по прошествии многих лет мысль о Семипалатинске вызывает в душе только самые светлые и теплые чувства.

Так и Нуралиев Мамбет Айтпаевич, выпускник Семипалатинского государственного медицинского института 1978 года, ныне директор клиники нанотехнологий «ТимАл» г. Алматы, ведущий научный сотрудник КазГУ, института проблем горения, лауреат премии «Общественное признание 2013» в номинации «Профессиональные достижения», автор 3 изобретений, 3 рационализаторских предложений, 30 научных трудов, хирург высшей категории, нефролог высшей категории, талантливый доктор и человек, решил поделиться с нашими читателя своими стихами о родной земле.



Семей!

Посвящается памяти Аскара Сейсенбаева, Жумагали Адамзатова и 40-летию выпускников СГМИ

Семей, Семей, Семей,
Родина великих сыновей и дочерей:
Полководца Батыра Кабанбая,
Земля писателей Шакарима и Абая.
В сердце твоём рождаются чудеса
И на Великую степь раздаются голоса
Бибигуль Тулегеновой и Розы Рымбаевой,
Талгата Мусагалиева и Айжан Бахтияровой.
Храм знаний твой благословили
Невролог Халиулин Талгат и уролог Адамзатов Жумагали,
Травматологи Оспанов Куаныш и Кабдраш Есембаев,
Ученый, композитор и поэт Аскар Сейсенбаев,
Просветитель, терапевт Жанузаков Мурат,
Седой Иртыш, ты силу набираешь с гор Алтая,
Искрятся жемчужных волн слезинки
С малых рек великого Тарбагатая,
Его душистых и целебных трав росинки.

Уж триста лет прошло с тех пор,
Когда семь палаток и несколько юрт
Зажгли очаг у берегов седого Иртыша,
Казахи, русские и татары
Дружной семьей нашли здесь приют,
Седой Иртыш, ты поил водой
Родившихся под счастливой звездой
Домочадцев из разных семей,
Их коров, баранов и лошадей,
Город из кожевенных и швейных мануфактур
Стал городом заводов и цементных печей,
Городом ученых, педагогов и врачей,
Лучших в республике специалистов и скромных людей.
Семей, Семей, Семей -
Это город тысячи фонарей,
Широких улиц и площадей,
Город мечетей и белокаменных церквей,
Город славы и дружбы людей.
Семей, Семей, Семей,
Твои кварталы и проспекты,
Твои причалы и мосты - сказочной красоты.
Ты - город нашей мечты!

Анатомка, Анатомка

Анатомка, Анатомка,
Твои скелеты и муляжи
Сняты нам, как миражи.
Анатомка, Анатомка,
Эмбрионов и макетов целая полка,
А твои таблицы и плакаты
Для бедных студентов головоломка.
Анатомка, Анатомка,
Черепов и костей полная котомка.
Анатомка, Анатомка,
Мы всю жизнь вспоминаем тебя
И любим, как тещу и свекровь,
В жилах которых коварная кровь.
Анатомка, Анатомка.

Еще вчера

Еще вчера мы были пионеры,
Мальчики с вихрастыми чубами
И девочки с красивыми бантами.
Ну а сегодня, сегодня мы уже,
увы, пенсионеры.
В автобусе нам место уступают,
А внучки и внучата дедами обзывают,
Хотя в душе мы молодые,
Но волосы у нас уже седые.
Еще вчера писали мы конспекты,
Мудрости учились у других,
Ну а сегодня у нас бывают такие моменты,
Когда десятками обучаем молодых,
Работали одни за троих.
Еще вчера азы науки мы изучали,
Атласы и монографии листали,
Ну а сегодня мы сами творим науку,
Статьи и учебники издавая.
Еще вчера мы были пионеры,
Мальчики с вихрастыми чубами
И девочки с красивыми бантами.
Ну а сегодня, сегодня мы уже,
увы, пенсионеры.

Слово о враче

В Ерметау, древнем ауле,
Жила семья педагога.
В холоде, жажде и стуже
Жила испокон веков.
Однажды в осеннее ненастье
Мать заболела в семье.
А педагог был в тюрьме вдалеке.
Мама, слышишь меня, не плачь.
Сын твой будет, как врач,
Лаской тебя лечить
И чаем горячим поить.
Что ты, сынок, ты маленький слишком,
Твой чай мне сейчас нипочем.
Ты, как вырастишь, лучше
В народе нашем великом
Будь ты самым хорошим врачом.
И от сотен матерей чужих
Ты услышишь: сыночек, спасибо.
Работаешь один за троих. -
Скажут тебе учтиво.
Годы пролетели незаметно.
Стал наш сын хорошим врачом.
Слезы вытирает не платком,
А красивого шва завитком.
И слышит наш сын каждый день:
Хирург, у вас золотые руки,
Вы избавили нас от муки,
Пусть счастливы будут
Ваши сыновья, дочери и внуки.
Мама! Слышишь меня,
Я слово свое сдержал
И на могиле твоей
Медицины красный крест нарисовал.

Слово о городе Семипалатинск

Иные нынче настали времена
Для предков моих кочующих.
Новые встают города
Среди ветров, вечно бушующих.
Старый коршун давно улетел
Со степей в высокие горы.
Гула техники он не стерпел,
Покидая родные просторы.
Кто в городе нашем бывал,
Тот запомнил, конечно, Иртыш.
По острову он тосковал,
Рисуя прибрежную тишь.
Третью сотню уж город стоит,
Ввысь этажи поднимаемая.
На приезжих с улыбкой глядит,
Доверчиво их понимая.
Город строителей и город ткачей,
Город студентов и цементных печей.
Ты, город, в нашей судьбе,
Мы благодарны тебе

Добро пожаловать!

3 апреля американский по литолог и экономист Дэвид М. Валера пригласил представителей СМИ на интерактивную кулинарную встречу и приготовил казахский бешбармак.

Дэвид М. Валера – эксперт Alliance of Kazakhstan People Abroad (Kaz Alliance), казахстанской организации, консолидирующей наших граждан за рубежом. Участие граждан РК, находящихся за рубежом, в правовых, гуманитарных и туристических проектах является одной из целей Kaz Alliance. Дэвид М. Валера представляет экономические и туристические интересы США в странах Латинской Америки и Центральной Азии. Это его 12-й визит в Казахстан, за время, проведенное в нашей стране, он успел полюбить казахский народ, изучить местные обычаи, традиции и национальную кухню. Американец воочию убедился, что будни казахов, живущих в разных городах и аулах, не имеют ничего общего с фильмом о Борвате. Совсем недавно Дэвид М. Валера работал на ЭКСПО-2017 в Астане, участвовал в организации павильонов США и Испании, в привлечении студентов-волонтеров из этих стран для работы на выставке. Осенью он планирует привезти из США большую группу туристов, которых интересуют не небоскребы, современные архитектурные комплексы южной столицы и гламурные мероприятия, а жизнь и быт села, национальные традиции, поэтому они будут жить за городской чертой.

Также Дэвид М. Валера работает над одним проектом в сфере здравоохранения и пытается наладить сотрудничество Казахстана с известной в США Клиникой Джона Хопкинса по обмену опытом и совместному внедрению менеджмента в 35 поликлиниках Астаны. Еще одно направление в его деятельности – участие в историях по усыновлению казахстанских сирот американскими семьями.

Зухра Табаева



ISSN 1994-0173



9 771994 017008

Собственник
ТОО «Издательство
«Здравоохранение
Казахстана»

Адрес редакции:
050009, Алматы,
пр. Абая, 155, оф. 4.
Тел/факс: (727)
266-37-26, 394-30-14,
e-mail: mcn@medzdrav.kz

№ 04 (172),
от 30 апреля 2018 г.
Подписной индекс: 64018
Общий тираж: 10 000 экз.
Заказ:

Главный редактор: Н. Сейсенбаева
Зам. гл. редактора: З. Табаева
Редактор по связям
с общественностью: Л. Терёшин
Корректор: Т. Панфилова
Дизайн и вёрстка: И. Брюханова

Отпечатано в типографии
ТОО «Гамма-Принт».
Адрес типографии:
050061, Алматы,
пр. Райымбека, 369,
тел. 247-98-30, 247-98-31