

Copenhagen: World Health Organisation; 2008. Available at: <http://www.euro.who.int/Document/E91922.pdf> (accessed February 18, 2009).

5. Kristensen F.B., Makela M., Allgurin Neikter S., et al. European network for Health Technology Assessment, EUnetHTA: Planning, development, and implementation of a sustainable European network for Health Technology Assessment. *Int J Technol Assess Health Care*. 2009;25(Suppl 2):107-116.

6. Резолюция Сто тридцать четвертой сессии Европейского бюро ВОЗЕВ134.R14. 24 января 2014 г. Пункт 9.6 повестки дня «Оценка мероприятий и технологий здравоохранения в поддержку обеспечения всеобщего охвата медико-санитарными услугами».

ТҮЙІН

Мақалада Қазақстан Республикасында енгізу денсаулық сақтау технологияларды бағалаудың (ДСТБ) мүмкін тетік таныстырылған ДСТБ қолдануын халықаралық тәжірибені талдау жүргізеді. Қазақстанда қолдану ДСТБ мүмкін ең маңызды аспектілері қаралады, сонымен бірге пайдалану ДСТБ әсерлері.

Түйін сөздер: денсаулық сақтаудың технологияларын бағалау, дәлелді медицина, фармакоэкономика.

SUMMARY

The paper analyzes international experience of health technology assessment (HTA), and presents the possible mechanisms of implementation of HTA in the Republic of Kazakhstan. Discusses the most important aspects of the possible application HTA in Kazakhstan, as well as the effects of using of HTA.

Keywords: health technology assessment, evidence-based medicine, pharmacoeconomics.



УДК 616.085-06-021-465-167.7

НОВЫЕ КАЧЕСТВА И ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ТЕРАПИИ

М. А. Жанузаков

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

АННОТАЦИЯ

Обсуждаются достижения терапии за последние четверть века. Излагаются проблемы современной терапии и пути их преодоления, в первую очередь посредством непрерывного профессионального развития, как одного из профессиональных обязательств врача.

Ключевые слова: персонифицированная медицина, клеточная терапия, непрерывное профессиональное развитие, стандартизация медицины.

Внедрение за последние четверть века новых методов инструментального и лабораторного обследования, принципов медицины, основанной на доказательствах, способствовали переходу терапевтических дисциплин на новые уровни диагностики и лечения. В результате серии фундаментальных открытий и разработки ряда новаторских технологий в области молекулярной генетики, а также успешной реализации Международной программы «Геном человека», произошел переход медицинской науки и практики на принципиально новый, молекулярный уровень изучения патологии, связанный с анализом патологической анатомии генома человека. Созданы методические предпосылки молекулярно-генетической диагностики или ДНК-диагностики наследственной предрасположенности к болезням, что позволяет прогнозировать вероятность развития наиболее распространенных сердечно-сосудистых, онкологических и метаболических заболеваний задолго до их возникновения [1].

Генетика из области теоретической перешла в практическую область диагностики. Молекулярная диагностика и ранняя «донозологическая» профилактика различных заболеваний, в том числе терапевтических, являются актуальными и перспективными направлениями современной медицины. Изучение полиморфизма и уровня экспрессии генов в настоящее время не только современное средство диагностики, но и способ выбора адекватной терапии, оформившееся в самостоятельную дисциплину – фармакогенетику, которая является одним из весьма перспективных направлений медицины ближайшего будущего [2].

Во многом благодаря верификации генетических расстройств при сердечно-сосудистых заболеваниях (ССЗ), найден общий механизм большинства из них – дисфункция эндотелия (ДЭ). Изучение нарушений эндотелиальной функции позволило сформировать учение о сердечно-сосудистом континууме, в который включают и атеросклероз, и артериальную гипертензию, и ИБС, и гломерулярные заболевания почек, и большинство васкулитов. В последнее десятилетие место самого доступного и вместе с тем достоверного маркера ДЭ заняла микроальбуминурия. За исследование роли ДЭ в патогенезе ССЗ и определение способов ее коррекции группа американских ученых в 1998 г. получила Нобелевскую премию.

В последнее десятилетие широко внедряется в клиническую практику персонифицированная (индивидуализированная, персонализированная) медицина – сравнительно новое направление современной медицины, при использовании которой выбор тактики ведения конкретного больного основывается на результатах оценки его клинических, генетических, геномных и средовых характеристик, позволяющих осуществлять индивидуальное прогнозирование вероятности развития заболеваний, особенностей их течения, эффективности применяемых лекарственных препаратов, а также риска развития осложнений [3,4]. Наиболее демонстративен опыт использования принципов персонифицированной медицины в онкологии. В настоящее время стало доступным формирование фенотипического "портрета" опухолевых клеток с подробным описанием экспрессируемых ими рецепторов, что дало возможность для развития высокоселективных (таргетных) терапевтических стратегий, с помощью которых можно индуцировать гибель опухолевых клеток (в том числе путем апоптоза) или блокировать их пролиферацию [5,6].

Использование принципов персонифицированной медицины в терапевтической практике, расширит показания к использованию таргетных технологий. Одним из наглядных примеров является использование принципиально новой группы лекарственных средств, которые получили название генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП). Механизм действия их связан с подавлением синтеза провоспалительных цитокинов – ИЛ-1, ФНО- α , путем целенаправленного («точечного») блокирования ведущих механизмов иммунопатогенеза с помощью антител или растворимых рецепторов к цитокинам, а также другим биологически активным молекулам. Следует подчеркнуть, что у больных иммуновоспалительными заболеваниями (ИВЗ), резистентных к стандартным методам лечения, все ГИБП примерно одинаково эффективны, однако у 30-60% пациентов на фоне терапии этими препаратами не удается достигнуть ремиссии. Предполагается, что это в первую очередь связано с несовершенством современных подходов к лечению ИВЗ, в основе которых лежит "метод проб и ошибок", не всегда корректно учитывающий индивидуальные особенности пациентов. Это не только ухудшает результаты терапии, но и приводит к огромным материальным затратам здравоохранения, обусловленным эмпирическим назначением дорогостоящих ГИБП. Очевидно, что идентификация генетических детерминант эффективности и побочных эффектов биологической терапии, позволит более рационально выбирать тактику лечения ГИБП.

Все это свидетельствует о назревшей необходимости организации центров персонализированной медицины при государственной поддержке со стороны Министерства здравоохранения Казахстана с участием частных инвесторов, в целях развития и использования этого перспективного направления в нашей стране.

Исследования в области клеточной терапии стали приоритетными для многих развитых стран, важнейшими нужно считать успехи в изучении и реальном использовании

стволовых клеток. Целесообразность применения клеточных препаратов в клинике внутренних болезней при определенных заболеваниях не вызывает сомнения. В настоящее время объемы трансплантаций стволовых кроветворных клеток (ТСКК) в Европе и США превысили объемы других дорогостоящих медицинских технологий, при этом ТСКК признается самым агрессивным методом лечения в терапевтической практике [7]. Позитивные результаты при аутоиммунных заболеваниях (АИЗ) (СКВ, системная склеродермия, ревматоидный артрит, рассеянный склероз, болезнь Крона и др.) безусловно подтверждают значительный потенциал ТСКК. Несмотря на создавшееся впечатление об эффективности данного вида терапии в случаях рефрактерного и тяжелого течения АИЗ, ТСКК можно рекомендовать только в наиболее тяжелых, безнадежных случаях вследствие сопровождающей его высокой летальности [8]. По данным Европейской группы трансплантации костного мозга (European Group for Blood and Marrow Transplantation - EBMT) для всей выборки пациентов с тяжелыми АИЗ, рефрактерными к стандартной терапии, общая 5-летняя выживаемость после ТСКК составила 85%, выживаемость без прогрессирования заболевания – 43% [9].

Бурно развивающаяся протеомика предоставила возможность быстрого и точного определения маркеров многих заболеваний. Так, в настоящее время ведущим диагностическим тестом инфаркта миокарда, начиная с догоспитального этапа, является выявление в крови высокоспецифических для повреждения миокарда белков - тропонинов. Достоверными признаками опухолевых заболеваний являются онкомаркеры - специфические белки, вырабатываемые в процессе метаболизма злокачественными клетками. В настоящее время без определения онкомаркеров трудно представить себе диагностику многих онкологических заболеваний, а в ряде случаев их применение приобретает даже скрининговый характер. Современные нанотехнологии позволяют метить клетки злокачественной ткани высокоспецифичными молекулами и тем самым выявлять опухолевый процесс на ранней стадии заболевания, с определением границ опухолевого роста. Дальнейшее развитие нанотехнологии открывает перспективы не только диагностики и лечения, но и для разработки методов адресной доставки лекарственных средств.

Следующим впечатляющим достижением современной медицины, является технология визуализации тканей и органов с возможностью оценки их размеров, плотности, определения функции и трехмерной реконструкции органов. К важнейшим ее свойствам относятся также ее интервенционный характер, стирающий границу между терапией и хирургией. Кардиология, как один из разделов терапии, становится инвазивной, так как широко использует методы рентгено-эндоваскулярной хирургии, эндокардиальной электрофизиологии и радиочастотной абляции, имплантации различных электрокардиостимуляторов и дефибриллятора.

Увеличение темпа накопления знаний в области внутренних болезней породило специализацию терапии. Во второй половине 20-го века из терапии выделилась кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, нефрология, ревматология, гематология и эндокринология. В настоящее время от кардиологии отделилась аритмология, из которой вышла клиническая электрофизиология сердца, из гастроэнтерологии выделилась гепатология. Даже в рамках эндокринологии мы можем ожидать появления диабетологии и тиреоидологии. Соответственно возникает вопрос, что ожидает саму терапию, как врачебную специальность – дальнейшее развитие или исчезновение. Однако клиническая практика показывает, что терапия имеет ведущее значение в организации лечебно-диагностического процесса. Многолетний опыт работы в многопрофильной клинике убеждает нас в том, что любой консилиум по сложным случаям даже в самом узкоспециализированном отделении многопрофильного стационара не обходится без участия опытного терапевта. В этих случаях терапевт выступает как интегратор не только в области внутренних болезней, но и в области других клинических дисциплин. Поэтому каждый терапевт должен непрерывно совершенствоваться и пополнять свои знания в области самых разных медицинских специальностей. Только непрерывное самообразование, глубокие знания, постоянно обновляемые в системе непрерывного

образования, накопленный и критически анализируемый медицинский опыт – основа профессионального роста врача.

Преемственность всех видов профессионального образования принято рассматривать в аспекте непрерывного профессионального развития (НПР). НПР означает период образования или подготовки врачей, начинающийся после завершения базового (ВУЗ) и последующего (резидентура, магистратура, докторантура) медицинского образования. В идеале НПР длится столько, сколько продолжается активная профессиональная жизнь врача. В настоящее время НПР рассматривается как процесс без которого невозможно соответствовать изменениям происходящим в современной медицинской науке и практике, так как НПР в большей степени подразумевает самоконтроль и основанное на собственной практике активное самообучение, в качестве профессионального обязательства. В этом контексте, актуальными остаются слова выдающегося терапевта 20-го века академика Е.М.Тареева, учеником которого является автор: «Опытный передовой врач не только тот, кто видел много больных, но и тот кто заранее обогащает свой багаж на случай не столь уже редкой возможности встретить новые сочетания болезней, редкие осложнения, хорошо описанные другими, но не встречавшиеся в его практике нозологические формы».

Следующая проблема современной терапии – это сбор и анализ анамнеза, а также более информативное физическое обследование пациента. Создается впечатление, что начинающий и более опытный врач располагают практически одинаковым количеством диагностической информации, поскольку относительная значимость данных, получаемых с помощью основных методов обследования больного, на фоне резкого увеличения объема и точности результатов высокодостоверных методов обследования, существенно уменьшилась. Информация, получаемая с помощью современных дополнительных методов исследования, несравнимо больше, чем четверть века назад, и значительно перевешивает результаты физического обследования, что создает впечатление о ненужности его выполнения. Поэтому в современной практике основные методы обследования больного часто выполняются по сокращенной схеме и с существенными нарушениями требований пропедевтики внутренних болезней. По этой же причине сбор жалоб и анамнеза нередко выполняется небрежно, без детализации и уточнений. Если раньше сокращение и ускорение процедуры физического обследования пациента, как правило, было проявлением опыта терапевта, то сейчас нередко это результат убеждения в ее ненужности уже у самого начинающего врача. При этом низкий уровень теоретических знаний при наличии высокотехнологичных методов исследований нередко приводит к полному отсутствию у врача более или менее обоснованной диагностической гипотезы.

Несмотря на все это клиническая практика показывает, что какой бы исчерпывающий характер ни носила диагностическая информация, получаемая с помощью лабораторных и инструментальных методов исследования, адекватно ее интерпретировать и определить ее значимость в развитии заболевания может только лечащий врач, зная все нюансы, необходимые для использования полученной информации.

Еще одна проблема современной медицины - это проблема стандартизации действий врача. Стандартизация медицины, в том числе и терапии - новое качество, приобретенное в течение последних полутора десятков лет. Несмотря на то, что это с самого начала и до настоящего времени сопровождается оживленной дискуссией об их необходимости или по крайней мере об их месте в современном лечебно-диагностическом процессе. Многое зависит от того, как врач отнесется к предложенному стандарту - равнодушно построит схему диагностики и лечения, копируя официальную версию, или подойдет к ней творчески, не забывая старый принцип клиницистов - лечить не болезнь, а больного. При этом необходимо, чтобы врач придерживался рамок и алгоритмов не только стандартов, но и национальных и международных рекомендаций. Хотя рекомендации не имеют какого-либо финансового наполнения, но они существенно шире любых стандартов, так как стандарты создаются из материала рекомендаций. Умение врача из солидного объема рекомендаций выбрать нужную информацию и правильно применить ее на практике является в какой-то мере

искусством реализации своих знаний в конкретном клиническом случае. Клиническая практика показывает, что все-таки стандарты нужны потому, что это механизм обеспечения гарантий больному полноценности оказанной ему помощи. При этом важнейшей стороной стандарта является реальность его финансового обеспечения.

Несмотря на то, что современная медицина и терапия в частности, достигли определенного прогресса, практическая медицина - это не только наука, но остается одновременно и искусством. Все-таки одного знания и умения пользоваться современными методами диагностики и лечения недостаточно. Необходимо выделить главное в массе симптомов и результатов дополнительных методов обследования, исходя из этого - построить диагностическую гипотезу, опираясь на которую провести дифференциальную диагностику и поставить клинический диагноз, который будет основанием для адекватного лечения - все это этапы деятельности врача, зависящее во многом от врачебного искусства, основой которого является клиническое мышление. Исходной базой для формирования клинического мышления являются знания и навыки, полученные во время НПР.

Таким образом, современная медицина и терапия в частности, благодаря очевидному прогрессу за последние четверть века приобрели принципиально новые качества, значительно повысившие эффективность как диагностики, так и лечения. В то же время как никогда актуальной остается роль врача в практической медицине. Об этом в свое время блестяще сказал прекрасный клиницист и организатор здравоохранения академик Е.И. Чазов: «Наука дает в руки современного врача арсенал высокоинформативных методов диагностики, резко повышающих его возможности выяснять характер патологического процесса, а вместе с тем и строить оптимальный план лечения больных. Однако при этом основной фактор диагностики и успешного лечения по-прежнему - думающий, знающий свое дело, внимательный врач».

ЛИТЕРАТУРА

1. *Фаллер Д.М., Шилдс Д.* Молекулярная биология клетки. Руководство для врачей, Москва, 2003. - 272 с.
2. *Бочков Н.П.* Клиническая генетика. 3-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 480 с.
3. *Willard H.F., Ginsburg G.S.* (Eds) *Genomic and Personalized Medicine.* Academic Press, 2008. - 1558 p.
4. *Ginsburg G.S., Donahue M.P., Newby L.K.* Prospects for personalized cardiovascular medicine: the impact of genomics // *J. Am. Coll. Cardiol.* 2005. 46(9). P. 1615-1627.
5. *Wang M.D., Shin D.M., Simons J.W., Nie S.* Nanotechnology for targeted cancer therapy // *Expert Rev. Anticancer Ther.* 2007. 7(6). P. 833-837.
6. *Roukos D.H.* Personalized cancer diagnostics and therapeutics // *Expert. Rev. Mol. Diagn.* 2009. 9(3). P. 227-229.
7. *Румянцев А.Г., Масчан А.А.* Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток у детей: Руководство для врачей. - М.: Медицинское информационное агентство, 2003. - 912 с.
8. *Новик А.А.* Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток при аутоиммунных заболеваниях // *Тер. архив.* 2011. 5. С. 67-70.
9. *Farge D., Labopin M., Tyndall A. et al.* Autologous hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) for autoimmune diseases: an observational study on 12 years of experience from the European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) Working Party on Autoimmune Diseases // *Haematologica* 2009; 95 (2): 284-292. doi: 10.334/haematol.2009.013458.

ТҮЙІН

Терапияның табыстары үшін соңғы ширек ғасыр талданады. Қазіргі терапияның және оның жеңуінің жолының мәселелері баяндайды, ең бірінші кезекті арқылы толассыз кәсіби дамудың, сияқты бір дәрігердің кәсіби міндеттемелерінен.

Түйін сөздер: персонифицированная медицина, торша терапия, толассыз кәсіби даму, медицинаның стандартизациясы.

SUMMARY

Achievements and prospects of development of therapy come into question for the last fourth of century. The problems of modern therapy and way of their overcoming are expounded, first of all by means of continuous professional development, as one of professional obligations of doctor.

Keywords: the personalized medicine, cellular therapy, continuous professional development, standardization of medicine.



УДК: 316.422.44-022.316-073.75

ВЛИЯНИЕ ТЕХНИЧЕСКОГО ПРОГРЕССА В ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКЕ НА НЕПРЕРЫВНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

К. Х. Мухамеджанов

Алматинский государственный институт усовершенствования врачей

АННОТАЦИЯ

Данное сообщение посвящено вопросам подготовки врачей лучевой диагностики на современном этапе развития технического оснащения отделений лучевой диагностики, а также проблемам организационного характера по максимальному использованию имеющихся возможностей данной аппаратуры и ее обслуживанию.

Ключевые слова: лучевая диагностика, непрерывное образование, техническое оснащение.

Цель: сообщение посвящено вопросам подготовки лучевых диагностов на современном этапе развития технического оснащения данной отрасли.

Задача: в процессе постдипломной подготовки на современном этапе кафедра лучевой диагностики должна быть на шаг впереди быстро развивающегося технического прогресса и подготовить специалистов к работе на современной сложной аппаратуре.

В данном сообщении по существу включена вся сегодняшняя проблема подготовки полноценного современного врача лучевого диагноста. С учетом того, что в республике на данное время в системе лучевой диагностики работает более тысячи рентгенологов, около ста радиологов, более полутора тысяч специалистов ультразвуковой диагностики, около двух тысяч среднего медицинского персонала, общее количество работающих в нашей отрасли составляет более четырех тысяч человек, которым необходимо постоянное постдипломное образование. [1]

Основопологающим документом при подготовке специалистов лучевой диагностики является ГСДО. При разработке государственного стандарта последипломной подготовки специалистов необходимо учесть интересы всех разделов лучевой диагностики (рентгенологии, ультразвуковой, компьютерной, магнитно-резонансной томографии и радионуклидной диагностики) и не забывать в качестве их участника и традиционные (рентгенологические разделы лучевой диагностики), с учетом их разумного дифференцированного применения при различных органных патологических процессах.

Следует вернуть традиционную рентгенологию в гастроэнтерологию, опираясь на новые ситуации с диагностикой рака желудка и толстого кишечника учитывая, что она