



Пост-диплом
Непрерывное профессиональное развитие
выпуск десный

ЗАРЯДИ СВОЙ ДИПЛОМ
4 стр.



ДОКТОР ЗУДИН
5 стр.



ПОЧЕМУ РАБОТАЕМ В РОССИИ
8 стр.

Г А З Е Т А

ИНТЕРФАРМАМЕДИКА

СПЕЦВЫПУСК

Издается с 2009 года

№ 62 • Январь 2016



XXXIII НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «РАХМАНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ»

Сегодня открывается XXXIII научно-практическая конференция с международным участием «Рахмановские чтения: от дерматологии А.И. Поспелова до наших дней — 170 лет», посвященная 170-летию одного из основоположников русской дерматологической школы, профессора Алексея Ивановича Поспелова. Цель форума — обмен научно-практическим опытом, знакомство с новыми передовыми достижениями в диагностике, лечении, реабилитации пациентов с кожными и венерическими заболеваниями, повышение эффективности современных методов лечения, улучшение качества жизни пациентов, укрепление междисциплинарных отношений между специалистами и усиление международных связей.

170 лет со дня рождения

СИМПТОМ ПРОФЕССОРА ПОСПЕЛОВА

В этом году медицинская общественность России отмечает 170 лет со дня рождения одного из основателей российской дерматологической школы, профессора Алексея Ивановича Поспелова, которого его современники, ученики характеризовали как «блестящего и умелого организатора, выдающегося врача-терапевта, прекрасного педагога и серьезного ученого».

Алексей Иванович Поспелов родился 27 января 1846 г. в г. Данкове Рязанской губернии в семье уездного врача. Его отец, Иван Алексеевич Поспелов, пользовался уважением и любовью пациентов. И было за что — во время свирепствовавшей холерной эпидемии доктор не потерял ни одного своего больного.

В 1864 г. по окончании Рязанской гимназии Алексей поступил на медицинский факультет Московского университета. Уже в студенческие годы он проявил интерес к научной работе и на V курсе получил серебряную медаль за первое исследование на тему «Сравнительное действие йодистого и бромистого калия на животный организм».

В 1869 г. А.И. Поспелов окончил медицинский факультет, получив степень лекаря с отличием, и в феврале 1870 г. по рекомендации доцента А.И. Найденова был зачислен внештатным ординатором на кафедру кожных и венерических болезней. Во время летних каникул ординатор А.И. Поспелов работал в Ново-Екатерининской больнице под руководством главного врача, профессора И.И. Новацкого. Выполнял функции врача амбулаторного отделения, заведующего стационарным отделением; оказывал медицинскую помощь инфекционным больным; осваивал специальность провизора в больничной аптеке. Впоследствии на склоне лет Алексей Иванович с благодарностью вспоминал профессора И.И. Новацкого и роль, которую он сыграл в его формировании как широко образованного врача: «Профессору Новацкому И.И. я был обязан первоначальным обучением меня больничному хозяйству, знанием аптечного дела и разумной



дисциплины по отношению к больным и служащим, что мне так пригодилось впоследствии, когда я сделался врачом Мясницкой больницы в Москве».

На базе сифилоидологического отделения Ново-Екатерининской больницы под руководством А.И. Найденова в течение пяти лет А.И. Поспелов разрабатывал методику лечения сифилиса и 20 апреля 1874 г. защитил диссертацию на степень доктора медицины «Лечение сифилиса подкожными впрыскиваниями сублимата».

В феврале 1875 г. А.И. Поспелов был назначен консультантом по «сифилитическим болезням» Мясницкой больницы, а вскоре и штатным врачом. В том же году он составил проект «О мерах, необходимых для уменьшения и предотвращения сифилиса в Москве». А год спустя, в связи с уходом доктора А.И. Спири в отставку, его утвердили главным врачом этой больницы, обязанности которого он выполнял в течение 25 лет, до 1901 г.

В 1878 г. по воскресным дням Алексей Иванович начал проводить занятия по кожным и венерическим болезням со слушательницами повивального института, который со временем стали называть «Поспеловские курсы». С 1 февраля 1883 г. в связи с 50-летним юбилеем Московского генерала-губернатора князя В.А. Долгорукова «Поспеловские курсы» были официально утверждены как медицинское учреждение — «Училище

ИЗ ПРОШЛОГО В НАСТОЯЩЕЕ

Накануне конференции беседуем с заведующей кафедрой кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, профессором Ольгой Юрьевной Олисовой.



Очередные Рахмановские чтения посвящены в этом году 170-летию со дня рождения А.И. Поспелова. Как вы оцениваете его вклад в развитие дерматологии?

Алексей Иванович был великим ученым, врачом с большой буквы, прекрасным организатором. Он возглавлял кафедру кожных и венерических болезней в течение долгого времени с 1892 по 1910 гг. Именно при нем была достроена наша клиника, которая после открытия в 1897 г. была признана лучшей в Европе.

Кстати, сейчас клиника переживает второе рождение после грандиозного ремонта. Это полностью заслуга нашего ректора, члена-корреспондента РАН, профессора П.В. Глыбочко.

Перу А.И. Поспелова принадлежат руководство и учебник по дерматовенерологии. Он создал уникальный муляжный музей, который был передан нашей клинике. Говорить о заслугах этого человека можно много. На конференции этой теме посвящены доклады профессора Д.В. Заславского и доцента В.С. Новоселова, в этой газете опубликована статья «Симптом профессора Поспелова».

Можно ли ожидать новых подходов, методов в области дерматологии в ближайшее время?

В мировом дерматологическом сообществе в последние годы огромное внимание уделяется таргетной терапии моноклональными антителами, направленной против ключевых молекул цитокинов в патогенезе различных заболеваний. Кстати, наша кафедра была первой в России по применению антицитокиновой терапии ремикейдом у больных тяжелым псориазом. Исследования в этом направлении активно продолжаются. Также очень

перспективными в настоящее время являются молекулярно-эпигенетические и молекулярно-генетические методы изучения патогенеза для разработки персонализированного подхода к лечению, в частности, иммунозависимых дерматозов. Однако ожидать в ближайшее время революции в этих областях вряд ли приходится, так как обычно такие исследования продолжаются многие годы.

Каков сегодняшний уровень подготовки врачей-дерматологов в России? Востребована ли эта специальность? Кто сегодня идет в дерматологию?

Думаю, что уровень по-прежнему высокий, но, конечно, многое зависит от самих учащихся. Недавно группа ординаторов и аспирантов из России была на обучении в Ницце, где лекции читали ведущие дерматологи мира. Так вот, наши ученики весьма достойно представляли Россию. Конечно, на обучение подобного рода отправляются лучшие представители молодого поколения дерматовенерологов, свободно владеющие иностранными языками и хорошо ориентирующиеся в нашей специальности.

Как вы считаете, какую роль в здравоохранении должны играть профессиональные ассоциации?

Московское общество дерматовенерологов и косметологов им. А.И. По-

(Продолжение на 8 стр.)

(Продолжение на 2 стр.)



СИМПТОМ ПРОФЕССОРА ПОСПЕЛОВА

(Окончание. Начало на 1 стр.)

для повивальных бабок князя Долгорукова». За первые 10 лет существования курсов (1883–1893 гг.) на них подготовили 337 повивальных бабок. Специально для курсов Алексей Иванович написал руководство «Курс венерических болезней у женщин и детей для повивальных бабок и фельдшерниц».

Еще не будучи в звании приват-доцента, по просьбе студентов и врачей на базе Мясницкой больницы А.И. Поспелов начал читать необязательный курс кожных и венерических болезней для студентов Московского университета. Впоследствии дерматовенеролог А.И. Розенквист в 1928 г. в своих воспоминаниях писал: «Громадный зал Мясницкой больницы во время лекций Алексея Ивановича был всегда переполнен студентами, врачами – так популярны были его лекции. Алексей Иванович на прекрасно подобранном материале, в живой, образной речи излагал предмет лекции, подкрепляя чтение предьявлением муляжей, атласов, обращая внимание слушателей на всю важность проявления сифилиса».

Большое внимание А.И. Поспелов уделял научной работе. Под его руководством и при активном участии были выполнены докторские диссертации: «Об изменениях сосудов последа и пупочного канатика от сифилитических родильниц», П.А. Ширяев (1881 г.), «К диагностике шанкровой шейки матки», В.И. Разумов (1890 г.), «К патогенезу ртутирогального стоматита и саливации», А.И. Лянц (1895 г.), «К статистике сифилиса в сельском населении Московской губернии», Н.С. Сперанский (1901 г.).

В Мясницкой больнице регулярно проводились научные конференции, «поспеловские пятницы», послужившие основой Московского венерологического и дерматологического общества. На открытии первого заседания общества 4 октября 1891 г. А.И. Поспелов сказал, что «только что народившееся общество в иной форме существовало уже давно, в виде больничных конференций Мясницкой больницы, то есть имело фактически уже почти 20-летнюю давность». Будучи основателем Московского венерологического и дерматологического общества, он бесменно руководил им в течение 25 лет. В 1918 г. обществу было присвоено имя его учредителя – А.И. Поспелова. До настоящего времени заседания Московского общества дерматовенерологов и косметологов им. А.И. Поспелова проходят в стенах клиники кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова на Большой Пироговской улице при активном участии дерматовенерологов не только Москвы, но и России.

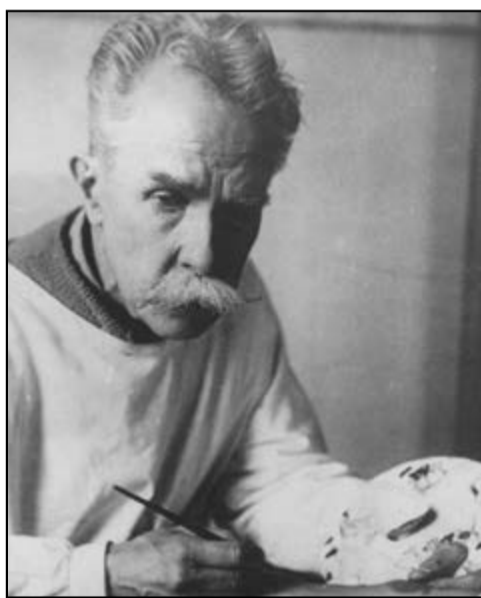
А.И. Поспелов также принимал активное участие в работе Московского физико-медицинского общества и Общества русских врачей в Москве, председателем которого он был с 1881 по 1884 г. По воспоминаниям его сына, проф. В.А. Поспелова, он состоял и с энтузиазмом работал в 15 различных обществах. А.И. Поспелов был организатором дерматологических секций V, VIII Пироговских съездов и I сифилитологического съезда. Много сделал А.И. Поспелов и для подготовки и проведения XII Международного съезда врачей в Москве, на котором он возглавлял работу дерматологической секции.

Огромен вклад А.И. Поспелова в организацию борьбы с венерическими заболеваниями. В 1875 г. он был назначен членом комиссии по составлению проекта «о мерах, необходимых для уменьшения и предотвращения развития сифилиса в Москве и организации новой системы надзора за проституцией в столице». На заседании «Комитета для разработки вопроса о принятии со стороны Городской Общественной Управы санитарных мер для предупреждения распространения сифилисной заразы» 13.05.1887 г. А.И. Поспеловым был сделан доклад «О выяснении необходимого количества мест в больницах как для проституток, так и для сифилитиков в г. Москве»; в том же году по его проекту был реорганизован надзор за проституцией. В 1888 г. в Русском Медицинском журнале им была опубликована статья «Новая система надзора за проституцией в Москве». Учитывая факт обсуждения легализации проституции в России в середине XXI в., вопрос о надзоре за проституцией сохраняет не меньшую актуальность, чем в конце XIX в.

По инициативе А.И. Поспелова в Москве был открыт родильный приют для женщин, больных сифилисом, а также амбулаторный прием для немощных больных венерическими болезнями с бесплатной выдачей лекарственных препаратов.

В 1892 г. Алексей Иванович возглавил кафедру кожных и венерических болезней Московского университета и завершил начатое Н.П. Мансуровым строительство и оборудование первой в России клиники на Девичьем Поле. Клиника, открытая 19 февраля (по старому стилю) 1895 г., на Международном конгрессе врачей в Москве в 1897 г. была признана лучшей в Европе.

С самого начала своей преподавательской деятельности А.И. Поспелов уделял много внимания оснащению педагогического процесса муляжами. При Мясницкой больнице им была собрана личная коллекция муляжей, изготовленных французским мастером J. Varetta.



Но технику изготовления муляжей мастер держал в строжайшем секрете и унес с собой в могилу, не оставив учеников. Однако идея создания собственного Российского муляжного музея не покидала А.И. Поспелова. Он привлек к разработке рецепта для изготовления муляжей сотрудников Мясницкой больницы, врача Н.П. Домашнева и смотрителя Н.П. Прохорова. Однако в силу обстоятельности изготовления муляжей стало возможным только после того, как А.И. Поспелов, возглавив кафедру в 1892 г., пригласил в клинику талантливого мастера-самоучку С.П. Фивейского, который разработал собственный оригинальный рецепт изготовления муляжей. И уже в 1896 г. на Всероссийской выставке в Нижнем Новгороде С.П. Фивейскому была присуждена высшая награда – «Диплом первого разряда». В это же время художник Л.А. Белянкин и доктор М.М. Чемоданов рисовали акварели с больных для учебных и научных целей.

За 18 лет заведования А.И. Поспеловым кафедрой вышло более 200 печатных трудов. Особенно актуальной и современной представляется научная точка зрения Алексея Ивановича о связи кожных болезней с заболеваниями внутренних органов. В «Руководстве к изучению кожных болезней для врачей и студентов», изданной в 1905 г., он писал: «Кожа человека как внешняя оболочка, окутывающая все его тело, с одной стороны, является первой станцией для воздействия внешних раздражителей на человеческий организм, а с другой стороны, будучи тесно и непосредственно связана со всем организмом, она может отражать на себе заболевания и внутренних органов».

Профессору А.И. Поспелову принадлежит приоритет во многих областях развития дерматовенерологии. Так, в 1875 г. он впервые установил, что гнездная алопеция является трохоневрозом. В «Кратком учебнике кожных болезней» А.И. Поспелов (1886 г.) отметил характерный симптом при туберкулезной волчанке, известный в литературе

под названием симптома зонда, и рубцы при скрофулодерме «в виде бахромок с многочисленными сосочками и мостиками». В 1891 г. им опубликовано описание поражения слизистой оболочки полости рта при красном плоском лишае. В 1898 г. А.И. Поспелов первым в русской литературе представил описание идиопатической прогрессирующей атрофии кожи и основной клинический симптом этого дерматоза под названием «скомканная папиросная бумага», известный в мировой литературе как симптом Поспелова. Спустя почти сто лет сохраняет свою актуальность его взгляд на связь кожной патологии с внутренними болезнями. Стадийность идиопатической прогрессирующей атрофии кожи, обоснованная А.И. Поспеловым и его учеником Г.И. Мещерским, в настоящее время объясняется проявлением этого заболевания как третьей стадией боррелиоза (болезни Лайма). Наблюдается патоморфоз сифилитической и туберкулезной инфекции, подробные клинические описания которых представлены в рукописях учителей.

А.И. Поспелов подготовил блестящую плеяду учеников, к которой принадлежат такие выдающиеся деятели отечественной дерматовенерологии, как Г.И. Мещерский, Н.А. Черногулов, А.И. Лянц, М.А. Членов, С.Л. Богров, Ф.Н. Гринчар, Е.С. Главче и др.

В статье «К истории возникновения клиники кожных и венерических болезней», вышедшей в 1913 г., А.И. Поспелов пишет, что за выслугой 30-летнего срока, согласно Уставу российских университетов, он получил звание заслуженного профессора и в 1910 г. вышел в отставку. Преемником А.И. Поспелова по его рекомендации стал проф. А.И. Зеленев.

По воспоминаниям сына Алексея Ивановича В.А. Поспелова в своей книге «История Мясницкой городской больницы и клиники кожных и венерических болезней 1-го Московского медицинского института» последними его словами, произнесенными в бреду перед смертью, были: «Готовы ли инструменты? Надо идти...» Его последние мысли были врачебного порядка. 21 ноября 1916 г. в 8 часов вечера его не стало. ...24-го в клинической скромной церкви было совершено отпевание, после которого тело его было погребено на Новом кладбище Новодевичьего монастыря.

На заседании Совета Московского Университета несколько времени спустя было заслушано и принято предложение медицинского факультета о наименовании музея муляжей в клинике кожных болезней МУЗЕЕМ ИМЕНИ ПРОФЕССОРА А.И. ПОСПЕЛОВА.

Н.П. ТЕПЛОК,
проф. кафедры кожных
и венерических болезней

Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

На снимках: здание клиники кожных и венерических болезней начала XX в. (фото слева); сотрудники кафедры кожных и венерических болезней во главе с А.И. Поспеловым; муляжист С.П. Фивейский.



Совместно с Институтом общей генетики РАН нами проведено сравнительное полногеномное профилирование метилома кожи больных АД и здоровых индивидуумов. С помощью уникального банка биопсий мы идентифицировали 841 дифференциально метилированный ген и выявили сигнальные каскады, играющие ключевую роль в патогенезе АД. В пораженной коже больных АД по сравнению с кожей здоровых индивидуумов выявлен 741 дифференциально метилированный ген; из них 519 (70,04%) показали снижение, а 222 (29,96%) – увеличение уровня метилирования. В пораженной коже больных АД по сравнению с непораженной кожей выявлено 100 дифференциально метилированных генов; из них 76 (76%) показали снижение, а 24 (24%) – увеличение уровня метилирования. Сравнение непораженной кожи больных АД и здоровых индивидуумов не выявило достоверно дифференциально метилированных промоторных областей генов. Анализ наиболее дифференциально метилированных сайтов четко показал разделение результатов на два кластера: «атопическая» кожа и здоровая. Тепловая карта уровней метилирования наиболее дифференцированных сайтов была создана со всеми образцами ADLS, ADNL и Healthy. Наиболее обогащенными дифференциально метилированными при АД генами являются сигнальные каскады воспаления и активации иммунной системы. Анализ обогащений сигнальных каскадов позволил выявить генные сети, обогащенные дифференциально метилированными генами, которые участвуют в манифестации заболевания.

Наши данные демонстрируют, что уровни метилирования дифференциально метилированных CpG сайтов могут быть использованы для классификации различных групп кожи. Полногеномное изучение экспрессии в данных тканях с помощью секвенирования следующего поколения позволило выявить ключевые звенья патологического процесса и новые потенциальные молекулярные мишени. Метилирование ДНК – эффективный и безопасный метод диагностики АД в качестве возможного предиктора прогноза тяжести течения заболевания и ответа на лечение. Проводимые исследования позволяют более рационально применять современные терапевтические подходы с учетом результатов индивидуального эпигенетического контроля.

Еще одна значимая проблема в дерматологии – изучение крапивницы, особенно хронической спонтанной (ХСК), относящейся к 20 самым распространенным кожным болезням. Несмотря на многочисленные исследования в этой области, этиология и патогенез ХСК до конца не изучены, и у многих больных она плохо поддается терапии. Например, антигистаминные препараты 2-го поколения являются средствами выбора для лечения заболевания, но эффективны только у около 50% пациентов, что может быть обусловлено различными патогенезом в подгруппах больных. Для прогноза эффективности терапии было предложено измерять уровень биомаркеров – индикаторов биологических состояний и патогенетических процессов.

Изучение нами биомаркеров аллергии, аутоиммунитета, коагуляции и системного воспаления при ХСК позволило разработать единую классификацию заболевания, основанную на патогенетических особенностях (эндотипах), и применять ее для прогноза эффективности лечения путем персонализированного подхода. С помощью дискриминантного анализа выделено два эндотипа: 1-й эндотип – IgE-ассоциированный и 2-й эндотип – связанный с воспалением и активацией коагуляции. Измерение уровня общего IgE, СОЭ, С-реактивного белка (СРБ), Д-димера и фибриногена в сыворотке крови перед началом лечения, а также значительной тяжести заболевания и качества жизни (опросники UASi CU-Q2oL соответственно) с вероятностью 79,8% позволяет отнести больного к одному из эндотипов. Крапивница легкой или средней тяжести, незначительно сниженное или нормальное качество жизни, а также высокие значения общего IgE и нормальные уровни маркеров коагуляции и воспаления в сыворотке крови указывают на первый эндотип и возможную эффективность антигистаминных препаратов 2 поколения в стандартных суточных дозах.

При тяжелом течении заболевания, значительно сниженном качестве жизни и высоких уровнях СРБ, СОЭ, Д-димера и фибриногена в сыворотке крови следуют начинать лечение с высоких суточных доз антигистаминных препаратов 2 поколения и/или препаратов 3-го выбора (например, циклоспорин, омализумаб), что согласуется и с международным согласительным документом.

Таким образом, при выборе лечения хронической спонтанной крапивницы в первую очередь необходимо полагаться на значения СОЭ, Д-димера и опросника CU-Q2oL, обладающих наиболее выраженными дискриминирующими свойствами.

Другая актуальная проблема в дерматологии – лечение нерубцовых алопеций (НА), которые встречаются



ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕРМАТОЛОГИИ

Изучение патогенеза и лечение наиболее распространенных, а также жизнеугрожающих заболеваний является приоритетным в дерматологии. В последние годы развитие постгеномных технологий привело к появлению новых инструментов в изучении эпигенетических механизмов развития многих болезней, в том числе и наиболее распространенных – атопического дерматита (АД). Например, анализа метилирования на микроматрицах.

у 70% людей в активном трудоспособном возрасте. Несмотря на многолетний опыт изучения НА, этиология и патогенез остаются до конца неизученными, а существующие методы лечения не дают стойкого терапевтического эффекта.

В последние годы появляется все больше исследований, посвященных применению метода плазмотерапии при различных видах выпадения волос.

Плазмотерапия (обогащенная тромбоцитами плазма, PRP, аутологичный тромбоцитарный гель, обогащенная факторами роста плазма) представляет собой концентрат тромбоцитов в малом объеме плазмы крови. Эффективность данной методики обусловлена биологическим действием разнообразных факторов роста, для выделения которых необходима активация тромбоцитов при взаимодействии их с факторами свертывания крови. В свою очередь, высвободившимися факторами роста связываются с комплиментарными трансмембранными рецепторами, экспрессированными на поверхности зрелых стволовых мезенхимальных клеток, фибробластов, остеобластов, клеток эпидермиса и эпителиальных клеток.

Не существует единого общепризнанного протокола проведения данной процедуры, но основным принципом приготовления PRP является двухэтапное центрифугирование элементов крови для разделения их на фракции в соответствии с их массой. Разработанный нами метод плазмотерапии, отличающийся получением плазмы с высоким содержанием тромбоцитов, основывается на строгом соблюдении таких параметров, как форма и размер пробирки для центрифугирования, скорость и время центрифугирования, использование антикоагулянта. Правильно подобранные параметры обеспечивают высокую терапевтическую эффективность разработанного нами метода.

Все пациенты с нерубцовыми алопециями, участвовавшие в исследовании, в качестве основного метода терапии получали процедуры плазмотерапии с интервалом в 4 недели в течение четырех месяцев.

При применении данного метода у 78% пациентов с гнездовой алопецией удалось добиться остановки выпадения волос, процесса отрастания vellus-волос, а затем полного зарастания очагов алопеции.

У 65% пациентов с андрогенной и у 95% больных с диффузной телогеновой алопецией на фоне терапии было отмечено стойкое снижение интенсивности выпадения волос, последующее зарастание очагов разрежения и достоверное увеличение диаметра стержней волос.

Эффективность метода была оценена с позиции доказательной медицины. Все пациенты до курса лечения и спустя 3 месяца после окончания процедур проходили обследование, включавшее в себя осмотр, сбор анамнеза, проведение трихоскопии (для объективной оценки наиболее важных морфометрических параметров волос – плотность, диаметр волос, процент vellus-волос, анизотрихоз (разброс диаметров волос), фототрихограммы для точного определения соотношения волос в анагеновой

и телогеновой стадиях роста волос, а также процент vellus-волос и терминальных волос в разных фазах, лабораторные показатели крови.

Таким образом, данный метод терапии нерубцовых алопеций является высокоэффективным. Немаловажным моментом при проведении плазмотерапии является минимальное число противопоказаний.

Одним из наиболее тяжелых заболеваний кожи, нередко с летальным исходом, является аутоиммунная пузырчатка (АП), при которой образуются аутоантитела класса IgG или к десмоглеину 1 (Dsg1), или десмоглеину 3 (Dsg3). Системные кортикостероидные гормоны (СГК) до сих пор остаются основными препаратами, купирующими активные проявления АП, однако в практике врача нередко приходится сталкиваться с клиническими случаями, резистентными к системной глюкокортикостероидной терапии. В научной литературе появился термин «стероидрезистентная пузырчатка». В настоящее время отмечается учащение случаев резистентности к терапии СГК у больных АП. Присоединение адьювантной терапии не всегда позволяет достичь желаемого клинически положительного эффекта. Это связано с индивидуальными особенностями каждого больного и течением болезни. Речь идет о молекулярно-биохимических механизмах развития резистентности к СГК и персонализированном назначении адьювантной терапии, в частности, оптимальных доз препаратов цитостатического действия (азатиоприна).

Это определяет перспективность, актуальность и практическую значимость изучения молекулярных механизмов стероидной резистентности на рецепторном и пострецепторном молекулярных уровнях и обоснование применения азатиоприна в качестве адьювантной терапии.

На основании изучения клинической базы определены две группы больных АП, чувствительных и резистентных к глюкокортикостероидной терапии соответственно. Так, было выявлено, что стероидная резистентность наблюдается практически у половины больных АП, которая проявляется обязательными обострениями уже в первый год от начала лечения СГК и ежегодными обострениями в последующем при отступлении адьювантной терапии. Это позволило нам в дальнейшем провести исследование совместно с кафедрой молекулярной фармакологии и радиобиологии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова.

В результате продемонстрирована рецепторная связь стероидной резистентности, обусловленная снижением мРНК α -изоформы, и увеличением мРНК β -изоформы глюкокортикоидного рецептора, снижением количества мембранных и внутриклеточных рецепторов. Это позволяет предположить, что клиническая резистентность может быть связана как с патологией рецепторов, так и с мутацией гена глюкокортикоидного рецептора или нарушением механизмов передачи сигнала на пострецепторном уровне. Изучение последнего проводилось на основании включения меченого в мРНК лимфоцитов больных АП. Результаты исследования продемонстрировали усиление синтеза мРНК в группе стероидрезистентных больных.

Комбинация или наличие даже одного дефекта на молекулярном уровне приводит к торпидному течению заболевания и необходимости коррекции терапии в виде дополнительного назначения препаратов цитостатического действия, в частности, азатиоприна.

Эффективность лечения комбинированной терапии азатиоприном больных АП изучалась путем определения экспрессии гена NF- κ B и фактора некроза опухоли альфа (TNF- α). Впервые нами продемонстрировано статистически значимое угнетение экспрессии гена NF- κ B и снижение внутриклеточного содержания TNF- α у больных АП и увеличение уровней этих показателей после присоединения азатиоприна. Наличие такого стероидсберегающего действия азатиоприна позволяет его эффективно использовать в случаях стероидрезистентной пузырчатки.

Таким образом, на основании лабораторно-инструментальных методов исследования молекулярных механизмов резистентности к гормональной терапии у больных пузырчаткой определены предикторы стероидной резистентности на рецепторном (α - и β -изоформы рецепторов) и пострецепторном (экспрессия гена NF- κ B в лимфоцитах) молекулярных уровнях, позволяющие персонализированно применять таргетную терапию при этом тяжелом заболевании.

О.Ю. ОЛИСОВА,
проф., зав. кафедрой кожных
и венерических болезней
Первого МГМУ им. И.М. Сеченова,
Н.Г. КОЧЕРГИН, Н.П. ТЕПЛАЮК,
П.В. КОЛХИР, Т.Т. БЕРЕЧИКИДЗЕ,
А.А. ЛЕПЕХОВА, А.Н. КАЮМОВА,
сотрудники кафедры

Окончен вуз, получен диплом. Что дальше? Такой, образно говоря, аккумулятор, как диплом, врачу нужно постоянно подпитывать, заряжая практически ежедневно свой профессиональный статус новыми знаниями. Около года назад мы обсуждали эту тему* с директором Департамента медицинского образования и кадровой политики Минздрава РФ Татьяной Владимировной СЕМЕНОВОЙ. За это время проблема реформирования модели непрерывного медицинского образования стала понятней, на практике в 13 вузах страны опробированы пилотные проекты, медицинские общества оказались важнейшей частью реформы.

Татьяна Владимировна, впереди очередная постдипломная «пятилетка». Что изменилось за этот год? Как сегодня врачу подтвердить свой сертификат, набрать необходимое число часов, модулей, баллов?

Мы стремимся к тому, чтобы система непрерывного медицинского образования работала как часы. Пока не все поставленные задачи решены – страна огромная. В течение всей жизни врач с определенной регулярностью (не менее одного раза в пять лет, в общей сложности около 144 часов) посещает курсы повышения квалификации и, сдав экзамен, зачастую ставший формальным, продлевает сертификат врача. Но и на практике, как известно, это зачастую превращалось в бумажотворчество, которое открывало простор скорее для коррупционных схем, чем для полноценного образования.

Большинство врачей дожидались срока окончания сертификата, проходили цикл повышения квалификации и еще на пять лет забывали о необходимости постоянно совершенствовать свои знания.

Последние несколько лет для Минздрава РФ было приоритетным по новому осмыслить дополнительное профессиональное образование медицинских работников, чтобы устранить те, на наш взгляд, не очень позитивно исторически сложившиеся тренды в этой системе.

Результатом нашей деятельности в 2015 г. стало создание электронного портала edu.rosminzdrav.ru. Именно через этот интернет-ресурс мы планируем, начиная с 2016 г., всех врачей, работающих в Российской Федерации, постепенно «погружать» в систему непрерывного медицинского образования. Человек, регистрируясь на портале, формирует личный рабочий кабинет, используя возможность выбора двух основных видов образовательной активности. Первый – циклы повышения квалификации, которые дают образовательные или научные организации в виде дистанционных или очных курсов, стажировок или симуляционных циклов. Второй способ активности – образовательные мероприятия, например, конгрессы, съезды, конференции, проводимые профессиональными сообществами. Посещение и участие в их работе врач может зачесть себе в виде часов, модулей. Ну и самообразование – в виде изучения интерактивных, размещенных на портале образовательных модулей.

Итак, электронное рабочее место сегодня уже действует?

Да, действует. Портал наполняется, но это требует значительных временных затрат. Предполагаю, что на полный расчетный ресурс он выйдет лет через пять, когда мы все, что есть в Российской Федерации по дополнительному профессиональному медобразованию, погрузим в этот портал. Сегодня в нем уже более 15 тысяч слушателей, размещено 2200 курсов.

Что врачу конкретно нужно делать?

Надо спокойно готовиться и переходить на новую систему дополнительного профессионального образования; в переходный период, т.е. на ближайшие пять лет, будут параллельно существовать две системы. Поэтому те, у кого сейчас заканчивается сертификат специалиста, который дает право работать в отрасли, может его продлить традиционно, пройдя курсы повышения квалификации и сдав сертификационный экзамен в соответствии с Приказом Минздрава России



ЗАРЯДИ СВОЙ ДИПЛОМ

от 29.11.2012 № 982н «Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста» в любой образовательной или научной организации в соответствии с лицензией на осуществление образовательной деятельности. Схема старая, врачи к ней привыкли.

В дальнейшем специалиста ожидает новая «пятилетка», к концу которой в системе непрерывного профессионального образования он должен накопить определенную образовательную активность, в общей сложности 250 часов за пять лет. При этом в течении 36 часов из 50-ти он должен получить знания в виде образовательных модулей, очного обучения, симуляционных тренингов, дистанционных программ, стажировок. Оставшиеся 14 из 50 часов врач реализует на конференциях, симпозиумах и съездах.

А если, допустим, дерматолог посещает конгрессы терапевтов, пульмонологов? Это тоже можно рассматривать как повышение квалификации?

Если, например, в рамках Конгресса терапевтов ему, как дерматологу, возможно расширить свои профессиональные знания, посетив соответствующие лекции и мероприятия и применить эти знания на практике, тогда без сомнения нужно засчитывать эти мероприятия в образовательную активность. При размещении конференции на портале она маркируется, т.е. для врачей каких специальностей она будет засчитана. Но выбирает врач самостоятельно. Если мы возьмем Конгресс врачей лабораторной диагностики, то любому практикующему доктору эта тема будет интересна и безусловно повысит его профессиональный уровень и будет засчитана.

Хочу оговориться. Это очень большой, сложный путь, колоссальная работа, которая только начинается. При самых позитивных прогнозах необхо-

димо не менее пяти лет, чтобы добиться успешных результатов в ее реализации. В ближайшие пять лет, как я говорила, это будет смешанная система для тех, кто уже работает в отрасли. Все образовательные профильные учреждения работают очень активно и сосредоточены на том, чтобы максимально полно представить на портале свои возможности. Ряд нормативных документов, которые касаются большого количества людей, находятся в процессе создания, обсуждения, доработки.

Основная наша задача – понять, насколько при формировании специальной программы сработают профессиональные сообщества, сами доктора с мотивацией к самообразованию, готовы ли они к освоению электронных образовательных ресурсов. Важно посмотреть реакцию и действия работодателей, наличие электронного рабочего места у врача, чтобы он мог зарегистрироваться, создать личный кабинет, свою индивидуальную образовательную траекторию.

В рамках реализации «пилотного проекта» по отработке основных принципов непрерывного профессионального образования мы отслеживали реакцию врачей на новую систему. Хочу отметить, что практически все участники проекта были заинтересованы в его реализации. Оценив эффективность сдачи итоговой аттестации по этим программам, можно сделать вывод, что практически все слушатели ее успешно реализовали. Если кто-то и выходил из программы, то добровольно, по ряду объективных и личных причин. Например, смена места жительства. Существенных замечаний от слушателей по пользованию программой мы не получили. Конечно, работодатели пока не привыкли к новому формату, к тому, что работник должен регулярно какое-то количество времени тратить на повышение уровня своей квалификации. Ставился вопрос о так называемых библиотечных днях для врачей, но вопрос пока открытый, его предстоит решать при системном переходе на непрерывное профессиональное образование. Хочу сказать, что система на пилоте была искусственно неудобна, так как сжатая программа действовала всего лишь в течение года. Думаю, что впоследствии станет понятна реакция работодателя, так как на него возложена обязанность обеспечить повышение квалификации своих сотрудников. Если мы увидим, что проблемы остались, будем вносить изменения и в законодательную базу.

Какую роль в повышении квалификации играет ежедневная работа врача в конкретном медицинском учреждении? Может ли учитываться как обучение участие в клинических разборах, в постановке диагноза, обходах?

Без сомнения доктора, чтобы занимать свою нынешнюю должность, должны постоянно совершенствоваться. И даже тщательные разборы на клинико-экспертных комиссиях тяжелых клинических случаев со своими опытными коллегами безусловно повышает уровень квалификации специалиста. Но, повторю, достаточно сложно проверить, оценить качество, стандартизировать его в масштабах страны, учитывая различный уровень медицинских учреждений. Наверное, в перспективе мы будем и это принимать во внимание. В этой части очень важную и заметную роль играет профессорско-преподавательский состав, ведущие специалисты, которые активно занимаются наставничеством, воспитанием молодого поколения врачей.

Для такой категории специалистов этот вид активности тоже нужно зачитывать как профессиональное самосовершенствование. Будет учитываться и профессиональная мобильность, когда человек из одного учреждения отправляется в другое. Мы это называем стажировкой, в рамках программ вузов. Например, Научно-исследовательский

институт, который имеет медицинскую клиническую базу, предоставляет возможность стажировки у конкретного специалиста в течение определенного времени для освоения определенного профессионального навыка.

Верно ли, что труд наставника должен оплачиваться дополнительно?

Основной провайдер у нас – образовательная организация, и эти люди являются сотрудниками вузов, которые имеют государственное задание на повышение квалификации, либо идет финансирование работодателем, ну или специалист самостоятельно оплачивает свое дополнительное образование. Без сомнения, тот, кто преподает или стажировать, должен получать за это заработную плату.

За кем «последнее слово» в оценке профессионального уровня специалиста?

Сегодня – за экзаменационной комиссией, созданной в образовательной или научной организации для проведения сертификации специалиста, а в системе аккредитации – за аккредитационной комиссией, которая будет допускать его до профессиональной деятельности. Качество образования оценивается после завершения каждого цикла. Если врач пошел на стажировку, но никакого навыка не приобрел, ему не дадут документ об освоении этого фрагмента образовательной программы. Каждый фрагмент «закрывается» промежуточной аттестацией и выдачей соответствующего документа. Это касается и электронных образовательных модулей. Если вы их читали, а в конце не подтвердили, что освоили материал интерактивным тестом, то они в зачет не пойдут, и вас будут вновь возвращать к тем или иным темам, на которые вы не ответили, а значит, не освоили.

Как вы сегодня оцениваете профессиональный уровень российских врачей?

На мой взгляд, этот вопрос не имеет ответа. Есть система, которая предусмотрена сегодня законом – это «Сертификат специалиста». Подразумевается, что если организация выдала такой документ, она гарантирует качество специалиста.

Как в любой профессии, как в любой отрасли можно, к сожалению, увидеть разный уровень квалификации специалистов, но все же по моему личному мнению российские врачи имеют высокий профессиональный уровень и потенциал, это люди, которые ежедневно спасают сотни человеческих жизней.

Помимо сертификации, есть и другая система – аттестация, которая добровольна. Есть врачи без категории, а есть те, которые специально созданным аттестационным комиссиям как бы доказывают то, что они лучше, чем другие, получая при этом вторую, первую или высшую категорию. Это тоже определенный знак качества. К сожалению, в 2014 г. врачей, имеющих врачебную категорию, по сравнению с 2013 г. стало несколько меньше, но хочется верить, что эта ситуация изменится. Ведь категория является своеобразным «маркером», дополнительным критерием оценки качества специалистов.

Сейчас мы внедряем принципиально новую систему – непрерывное профессиональное развитие специалиста, делая все для того, чтобы эта система была удобной, комфортной, понятной. Это сложная задача, колоссальный труд всех – самих врачей, образовательных организаций, профессиональных сообществ, и если через несколько лет эта система заработает в полном объеме, могу сказать, что это будет реальное и актуальное реформирование системы повышения квалификации медицинских специалистов, диктуемое ритмом и требованиями современной жизни.

Беседовала
В.Б. ТАРАТОРКИН

* – «Интерфарммедика»
№ 57 от 12.11.2014, стр. 6



В мае прошлого года в Москве состоялось редкое событие – удивительная конференция, посвященная 75-летию со дня рождения доктора медицинских наук Бориса Ивановича Зудина. Его доброе имя собрало в клинике кожных и венерических болезней Первого МГМУ имени И.М. Сеченова множество людей – московских и не только московских дерматологов, родных, коллег, любящих друзей, благодарных учеников, верных товарищей. Борис был необыкновенным человеком. Великий мастер дерматологии. Мастер правды и неутомимого труда. Ему подражают до сих пор. Учатся точности мысли. Умению понять и поддержать. Сегодня, как и раньше, мы верны Борису Зудину и его девизу «Нет последнего часа работы, есть последний больной».

Поколению новых дерматологов

Писать о Борисе Ивановиче просто. Рассказать обо всем невозможно, поэтому остановлюсь на событиях, которые раскрыли его особенно.

В непростые годы перестройки и начала 90-х он оставался самим собой. Он не был человеком-флигелем. Скорее – человеком-маяком. Его мнение, не всегда хвалебное и совпадавшее с мнением окружающих, было наполнено конструктивным взглядом, несло в себе тот эмоциональный заряд, который способствовал моему профессиональному росту. Так было тогда, когда он высказывал свою точку зрения о моей работе в статусе главного врача клиники кожных болезней. Так было и тогда, когда, став доцентом, я приступил к оформлению лекций. Притом именно Борис Иванович был тем человеком, который меня всецело поддерживал и ободрял, когда для меня встал вопрос о получении звания доцента.

Слава доктора Зудина была, пожалуй, выше его известности как ученого. Его жизнедеятельность и сегодня служит примером для поколений новых дерматологов, ради которых мы храним память об этом удивительном человеке.

В.С. НОВОСЕЛОВ, друг и коллега

Делился всем, что имел

Мне очень сложно писать о Борисе, не предаваясь эмоциям. При воспоминаниях о годах совместной работы сердце бьется судорожно, мысли скачут, опережая друг друга, путаясь в первоочередности и значимости.

Думаю, любой собеседник подтвердит мои слова о том, что при встрече с Борисом Ивановичем сразу обескураживала удивительная простота и доступность, благодаря которым чувствовалась масштаб его личности, хотя перед тобой стоял очень скромный человек с ранимым сердцем.

К моменту нашей встречи, в самом начале 1980-х гг., за плечами ученого Б.И. Зудина были статьи по фундаментальным вопросам сифилологии, продолжалась кропотливая работа над систематизацией справочной библиографической литературы,



формирование учебных пособий, сборников слайдов, выпуск в соавторстве «Кожные и венерические болезни. Атлас», который на много лет стал настольной книгой студентов и врачей разных специальностей. Его работы, патенты на изобретения в области урологии-андрологии – результат постоянного напряженного поиска.

Б.И. Зудин проявил себя как прекрасный педагог, который мог создать свою школу, если бы не ранний уход из жизни. Это был человек, который делился всем, что имел... без остатка.

В то время было просто учиться – достаточно только желаний. Конечно, помогали все! Однако Борис Иванович спокойно предложил ключи от своего кабинета, в котором я провел порядка 10 лет. Как бы ни складывалась моя жизнь, уезжал ли в командировки, уходил ли из института, я всегда и в любое время возвращался в его кабинет, как к себе домой, а его воспринимал как самого близкого человека, родного отца, Учителя!

Вместе с Борисом Ивановичем и под его руководством была проведена большая работа по изучению сифилиса внутренних органов и нервной системы. Проведен анализ ведения больных, диагностики и своевременности назначений. За 20 лет были систематизированы материалы по результатам серологических реакций в лабораториях института – получены интереснейшие данные, если не сенсационные. Разрабатывая методические рекомендации, он в первую очередь думал о том, чтобы люди не повторяли чужих ошибок.

Мне посчастливилось вместе с ним участвовать в организации первой конференции по СПИДу, проходившей на кафедре. Выполняя поручение проф. Н.С. Потекаева, он провел организацию и техническое обеспечение на высоком уровне, как мог бы это сделать только он.

Именно потому, что Б.И. Зудин был необычайный врач, к нему тянулись самые разные и люди, и больные. Мне доводилось быть свидетелем того, как его пациенты при встрече радовались и не скрывали друг от друга, что лечились у Б.И. Зудина, или просто знают его. Для меня эта школа стала эталоном общения с больными. В последующем я никогда не понимал некоторых коллег, утверждающих, что специфика наших пациентов такова – при встрече с нами они переходят на другую сторону улицы.

Б.И. Зудина знали, казалось, все! Дружбой с ним дорожили люди разного положения, сословия, нацио-

ДОКТОР ЗУДИН



нальности, все принимали его за своего и он был для всех своим. Он умел дружить! И к нему подходят слова М. Светлова: «Дружба – это понятие круглосуточное».

А еще это был прекрасный семьянин – любящий муж и заботливый отец, воспитавших двух замечательных сыновей, свято хранящих память о нем. Для которых он жил и часто повторял: «Мне этого не нужно, но это будет нужно моим сыновьям!»

А.В. ПОЛЕВ,
друг и ученик

Рыцарь без страха и упрека

Думаю, что эта встреча важна не только для друзей, коллег и родственников Бориса Зудина. Она крайне важна для студенчества и молодежи, поскольку сегодня в отсутствии аналога комсомолу, мы можем воспитывать людей на лучших примерах. А Борис для меня и всего моего окружения всегда был и остается эталоном того, каким должен быть человек.

Судьба свела меня с Борисом в 1958 г., когда мы поступили в Первый мед. И потом вместе по жизни мы шагали вплоть до 1995 г. У нас было много точек соприкосновения. Боря был отличным пловцом, с азартом играл в ручной мяч.

Он был замечательный товарищ, открытый, доброжелательный, честный, порядочный. Он был рыцарем без страха и упрека. Это было совершенно очевидно. Он был любим всеми, кто его знал.

Сегодня я могу привести слова Льва Николаевича Толстого о том, что смерти нет, пока живет память помнящих и любящих. Борис был врачом от Бога, у него было огромное человеческое сердце.

В.Г. ЦОМЫК, одноклассник

Невысокий, негромкий, надежный

С Борисом Ивановичем я познакомился в 1992 г., когда, будучи студентом 3 курса МПФ, искал работу. Только женился, стипендии не хватало. Были варианты – водитель французской пекарни. Однако мама моя, врач кожной клиники, посоветовала мне не спешить и поговорить с ее коллегой, мудрым человеком Зудиным Борисом Ивановичем.

Невысокий, негромкий, но обстоятельный и очень надежный, он сразу отменил мои бизнес-потуги, сказав, что будет лучше для меня сейчас и для перспективы поработать медбратом в новом медцентре по борьбе с заболеваниями, передаваемыми половым путем «Санам».

На консультациях Борис Иванович к каждому пациенту находил свой особый подход, негромко, никуда не торопясь, беседовал с людьми о жизни, увлечениях. Борис Иванович лечил не болезнь, а больного и большие доверяли ему, верили в него. Он всегда придерживался своего принципа: нет последнего часа работы – есть последний больной.

Считаю Бориса Ивановича Зудина моим учителем, одним из немногих, кто дал мне путь в профессию, показал, как можно и нужно работать. Помню его. Он один из тех, кого очень не хватает.

В. СОЛНЦЕВ, ученик

Феномен «Сеченовца»

Спортивно-оздоровительный лагерь Первого меда «Сеченовец» – место удивительное тем, что каждый, кто попадает сюда, становится тем, кто он есть на самом деле. У нормальных людей уходит постоянная усталость и напряженность и появляется необъяснимое чувство свободы и счастья от простоты общения с теми, кто волею судеб оказался рядом.

Вот такой феномен «Сеченовца», начало которому положили удивительные ребята и девочки «шестидесятцев» и, конечно, легендарные руководители лагеря В.В. Фисейский, В.Г. Маландин, Е.А. Талабум.

Об одном из них вспоминаешь с особой благодарностью. Это Борис Зудин – яркий представитель первых сеченовцев, один из бессменных руководителей Сеченовских строительных отрядов, на протяжении трех сезонов начальник спасательной службы лагеря, девять сезонов заведовавший хозяйственной частью. Объем выполненной им работы огромен.

Но самое главное, что он оставил нам, следующему поколению сеченовцев, – свой девиз: «Хочешь что-то изменить в лучшую сторону – сделай это сам!» Это одновременно и мудрость, и принцип организации работы, и призыв к действию. Когда мы впервые оказались в «Сеченовце» летом 1983-го года, это было первое, что мы услышали. А об уровне личной ответственности Бориса Ивановича говорит случай, произошедший в начале очень сложного сезона, когда неожиданно возникла серьезная проблема с кадрами, организующими питание студентов.

После недолгого обсуждения Борис Иванович подвел итог – моя мама возьмет это на себя. В этом он весь! И, заметьте, не только он, но и его семья, живущая и действующая по своим принципам. Сказано – сделано. Варвара Дмитриевна весь сезон очень внимательно следила за тем, чтобы никто не оставался голодным, создавая и поддерживая домашнюю обстановку в тяжелых полевых условиях.

Время уносит от нас все дальше и дальше те счастливые дни, когда жить, помогая другим, считалось не только общепринятым жизненным принципом, но для многих – необходимостью. Борис Иванович принимал все, что происходило с людьми, институтом и страной, близко к сердцу, это и была его жизнь!

Жаль, что у каждого из нас есть пределы, за которыми наши переживания губят нас. Он не умер, он погиб, до конца отстаивая то, что было ему бесконечно дорого.

В.В. ШЛЯПНИКОВ,
А.А. КУПЦОВ, М.Ю. ТУТЫНИН,
выпускники Первого меда 1965 г.

Учитель от Бога

Учителя бывают разные: строгие и добрые, новаторы и консерваторы, талантливые и посредственные, веселые и зануды, принципиальные и позволяющие отступления от правил. Есть учителя, превосходно и с любовью преподающие предмет, а есть те, кто еще и жизни учит, оставаясь в твоём сердце на всю оставшуюся жизнь.

Мне повезло, что я попал в группу к Борису Ивановичу – человеку, с которым дружил мой отец, которого я знал с детства как «дядю Борю Зудина», человеку, который избавлял меня-дошколяра от диатеза.

С теплотой вспоминаю лекции Бориса Ивановича, которые собирали полные аудитории. Его рассказы из собственного врачебного опыта, сдобренные яркими и сочными примерами из произведений Золя, Куприна, Хемингуэя и других классиков, не только восхищали талантом лектора, его умением «держать» аудиторию, но и служили образцом для собственных стремлений тех, кто хотел посвятить себя педагогической деятельности.

Занятия у Бориса Ивановича были интересны еще и разборами клинических случаев: мы учились не только распознавать болезнь, дифференцировать ее и назначать лечение, мы учились «земскому» мышлению, умению общаться с пациентами, мы учились уважению к человеку.

В.А. ДМИТРИЕВ, ученик





ПОМНИМ О ЛУЧШЕМ, ВЕРИМ В БУДУЩЕЕ

К числу многочисленных достоинств Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова по праву следует отнести уважение к наследию учителей и приверженность лучшим традициям отечественной медицины. Под этим подразумевается не только уважительное отношение к достижениям предшественников – основоположников медицинской науки, трудившихся на кафедрах и в клиниках университета, но и создание новых замечательных традиций в духе современности. Один из ярких примеров – ежегодные конференции «Рахмановские чтения», проводимые с 1984 г. кафедрой кожных и венерических болезней нашего университета.

Основанием для их проведения явился несомненный вклад в отечественную дерматовенерологию члена-корреспондента АМН СССР, заслуженного деятеля науки РСФСР, профессора Виктора Александровича Рахманова. Практически вся его трудовая жизнь была связана с кафедрой кожных и венерических болезней I ММИ им. И.М. Сеченова. В.А. Рахманов последовательно занимал должности ассистента, доцента, второго профессора кафедры, а в 1945 г. был избран по конкурсу заведующим кафедрой, которую возглавлял до последнего дня своей жизни – 1 октября 1969 г. Период его руководства охватил 25 лет из более чем 130-летней истории кафедры – максимальный срок, которого не достиг никто из его предшественников или последователей.

В.А. Рахмановым было написано около 300 научных работ, которые обогатили многие разделы дерматовенерологии. Первая «К учению о семейной moniletrix» была подготовлена, когда он трудился штатным ординатором клиники кожных и венерических болезней. Уже в этой работе нашли отражение все те качества, которые сделали его в последующем заметной фигурой в нашей специальности: прекрасное знание литературы, блестящие способности врача-клинициста, подмечающего мельчайшие детали анамнеза и клинической картины патологического процесса, виртуозное владение дополнительными методами обследования, умение проводить клинкоморфологические параллели, великолепная врачебная и научная интуиция. В 2012 г. его имя было присвоено кафедре и клинике кожных и венерических болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова.

5 февраля 1984 г., в день рождения В.А. Рахманова, его ученики профессор Н.С. Потекаев и О.А. Иванов, доцент М.А. Самгин провели конференцию, посвященную памяти своего учителя «Раритеты в дерматологии», открыв-

шую традицию ежегодных Рахмановских конференций. Все последующие форумы были посвящены актуальным вопросам дерматовенерологии, которыми активно занимался В.А. Рахманов, а в последующем разрабатывали его ученики и соратники.

Первые конференции имели камерный характер, и научные доклады были подготовлены сотрудниками нашей кафедры и клиники. В последующем круг ее участников постоянно расширялся, вначале за счет специалистов из Москвы и Московской области, а затем и из других городов России, стран СНГ и дальнего зарубежья. Среди докладчиков и гостей были практически все ведущие дерматовенерологи нашей страны и ученые с мировым именем (Герцогова Ева, Чехия; Оренштейн Арье, Израиль; Ружичка Томас, Германия; Волленберг Андреас, Германия; Волькенштейн Пьер, Франция; Ионеску Тони, Франция и др.). Учительная большая научную значимость и широкую популярность конференций, с 2005 г. им был присвоен высокий статус «Рахмановские чтения».

С 1984 по 2005 г. конференции проводились в нашей клинике, но в связи с увеличением числа желающих принять участие в их работе масштаб мероприятия был расширен до залов НИЦ Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, Галереи искусств Церетели, Центрального дома ученых, а в последние годы – гостиничного комплекса «Золотое кольцо». С 1995 г. одновременно с конференцией стали с успехом проводиться специализированные выставки современных отечественных и зарубежных средств и технологий лечебно-диагностического процесса в дерматовенерологии и косметологии, в которых принимают участие многие фармацевтические фирмы и лаборатории.

Е.С. СНАРСКАЯ,
д.м.н., проф. кафедры кожных
и венерических болезней

ИЗДАНИЯ КАФЕДРЫ КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ ЗА 2015 г.





IX

Международный форум дерматовенерологов и косметологов

«Перспективы дерматовенерологии и косметологии XXI века – приоритет эффективности и персонализированной медицины»

International Forum
of Dermatovenerologists and Cosmetologists
“Prospects of dermatovenerology and cosmetology of XXI century – Priority of effectiveness and personalized medicine”

Москва, «Крокус Экспо»
16-18 марта 2016 года


www.2016.ifdc.pro

В рамках Форума пройдут:

- Весенняя сессия XXII-го Междисциплинарного симпозиума «Новое в дерматовенерологии, косметологии, гинекологии, андрологии»
- Весенняя сессия Национальной академии микологии
- V Всероссийский конгресс по дерматоскопии и оптической диагностике кожи
- VII Московская конференция Гильдии специалистов по инфекциям, передаваемым половым путем «ЮСТИ РУ»
- VIII Российский герпес-форум

телефон: + 7 (495) 722-64-20,
факс: +7 (495) 786-25-57
электронная почта: mail@interforum.pro
www.2016.ifdc.pro

Реклама



Уважаемые коллеги!

Приглашаем вас принять участие в работе
XXIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство»,
который состоится в Москве **11-14 апреля 2016 г.**
в помещении Московского Центра международной торговли
(Краснопресненская набережная, д. 12)

Основные научные направления Конгресса:

- Институт главных внештатных специалистов Минздрава России. Представление основных научно-практических направлений и перспектив развития ведущих терапевтических школ
- Обновленные клинические рекомендации научно-практических медицинских обществ России
- Трансляционная медицина: внедрение достижений фундаментальных исследований в клиническую практику
- Принципы этики и деонтологии в медицинском сообществе. Система этических комитетов
- Обсуждение современной модели формирования здорового образа жизни
- Профилактика неинфекционных заболеваний в субъектах Российской Федерации. Современное состояние и пути совершенствования
- Лекарственные взаимодействия в клинической практике
- Уроки медицины, основанной на доказательствах. Надежды и разочарования
- Основные тенденции охраны здоровья матери и ребенка
- Гендерная медицина. Новый подход к лечению заболеваний человека
- Редкие болезни. Организация медицинской помощи, лекарственного обеспечения и социальной поддержки пациентов
- Информационные технологии в системе непрерывного медицинского образования

Программой Конгресса предусмотрено проведение пленарных сессий, актов лекций, профессорских обходов, клинических разборов, лекций для практикующих врачей, научных симпозиумов, круглых столов, образовательных семинаров.

Планируются **Школы для практикующих врачей** по специальностям: внутренние болезни, гастроэнтерология, гинекология, кардиология, клиническая фармакология, иммунология, педиатрия (антибактериальная терапия, гастроэнтерология, догоспитальная помощь, кардиология, скорая и неотложная помощь). По окончании Школы выдается Свидетельство на 4–16 кредитов.

В рамках Конгресса состоятся **Конкурсы научных работ молодых ученых** по специальностям: внутренние болезни, гастроэнтерология, кардиология, клиническая фармакология, провизор, стоматология, а также **Конкурс научных студенческих работ** по теме: «Новое в фармакотерапии основных заболеваний человека». Традиционно работу Конгресса будет сопровождать Выставка ведущих отечественных и зарубежных фирм, производящих лекарственные средства и предметы медицинского назначения.

ТЕЗИСЫ для публикации в Сборнике материалов XXIII Российского национального конгресса «Человек и лекарство» принимаются **до 15 января 2016 г.** включительно.

Подробные правила оформления, а также шаблон для написания тезисов размещены на сайте.

Регистрация на сайте www.chelovekilekarstvo.ru.

Направление заявок на участие в научной программе Конгресса и Выставке осуществляется на сайте www.chelovekilekarstvo.ru с **15 октября 2015 г.**

Контакты: 109029, г. Москва, улица Нижегородская, 32, стр. 5, ком. 210,
Тел./факс: 8 (499) 584 45 16

info@chelovekilekarstvo.ru (общие вопросы)
trud@chelovekilekarstvo.ru (заявки на участие в Научной программе, Школы, Конкурсы, Договоры)
tesis@chelovekilekarstvo.ru (Тезисы)
stend@chelovekilekarstvo.ru (заявки на участие в Выставке)



СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Обзор посвящен изучению места аэрозолей в общей практике врача-дерматовенеролога. Показаны эффективность, безопасность и переносимость применения топических антибиотиков (аэрозоль Неомицин) и комбинированных препаратов, содержащих глюкокортикостероиды и антибактериальные препараты (аэрозоли Оксикорт, Полькортолон ТС), в лечении инфекционно-воспалительных заболеваний кожи.

Инфекционно-воспалительные заболевания кожи (пиодермии) в структуре общей заболеваемости занимают одно из первых мест. С пиодермиями встречаются врачи практически всех специальностей, в том числе и врачи-дерматовенерологи. Пиодермии занимают до 40% в общей структуре дерматологической патологии, при этом у детей этот показатель достигает 30–50%. Высокий уровень заболеваемости, склонность к хроническому рецидивирующему торпидному течению, инвалидизация в тяжелых случаях позволяют говорить о пиодермиях, как о медико-социальной проблеме.

Ведущий этиологический фактор пиодермий – стафилококки: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*, на долю которых приходится от 80% до 94% всех случаев. В детском возрасте *Staphylococcus aureus* высевается в 5–14% случаев. Среди возбудителей пиодермии встречаются также стрептококки, протей, синегнойная палочка и другие микроорганизмы.

Основные закономерности развития заболевания зависят от общего состояния организма, местных факторов, а также резистентности кожи к микробам. В последнее время показана гиперчувствительность кожи к ряду антигенных стимулов, особенно к патогенным антигенам. Снижение резистентности кожного барьера к патогенной и условно-патогенной флоре, в свою очередь, является одной из важных причин рецидивирующего течения заболеваний. Условно-патогенные возбудители, находящиеся на коже больных, могут поддерживать высокий уровень сенсibilизации. Один из распространенных возбудителей инфекционно-воспалительных заболеваний кожи – стафилококк, содержит структуры (суперантигены), способные поликлонально активировать Т-клетки иммунной системы. Условно-патогенные возбудители могут поддерживать высокий уровень сенсibilизации, которая отягощает течение аллергодерматозов (атопический дерматит, экзема) и усложняет терапию заболевания. Так, у 90% больных АД наблюдается колонизация кожи *Staphylococcus aureus*, при этом интенсивность зуда и тяжесть заболевания часто коррелируют с интенсивностью колонизации.

Частота пиодермий у больных с атопией значительно выше, чем в среднем в популяции. У 70% больных течение аллергодерматоза осложняется присоединением вторичной пиодермии. По данным Л.П. Котреховой, частота встречаемости бактериальных осложнений при хронических дерматозах достигает 56%, при атопическом дерматите – 48%, при экземе – 30%.

Учитывая значение бактериальной флоры в развитии инфекционно-воспалительных заболеваний кожи, а также частое присоединение инфекции и ее роль в патогенезе аллергодерматозов, в наружной терапии широко применяются топические антибактериальные препараты. В случае остро воспалительного процесса при пиодермии и при наличии зудящих дерматозов, осложненных вторичной бактериальной инфекцией, рекомендованы глюкокортикостероидные (ГКС) топические средства, комбинированные с антибактериальными препаратами. ГКС подавляют аутоиммунные процессы, обладают выраженным противовоспалительным, противоаллергическим, гипосенсибилизирующим и антипролиферативным действием. Тактика применения антибактериальных и комбинированных ГКС-препаратов и их лекарственных форм зависит от клинических особенностей заболева-

ния, глубины и характера поражений, остроты, локализации и распространенности патологического процесса, переносимости препаратов.

Местные антимикробные препараты имеют ряд преимуществ: их достаточно в малых количествах, что позволяет использовать вещества, которые могут быть токсичны при системном применении. При этом концентрации действующих веществ в месте нанесения во много раз превосходят минимальные, необходимые для борьбы с возможными возбудителями раневой инфекции; активные ингредиенты находятся в прямом контакте с патогенными микроорганизмами.

Для проведения активной наружной терапии антибиотиками в арсенале средств врача общей практики используется наружное антибактериальное средство – аэрозоль Неомицин® («Польфа Тархомин», Польша), содержащий неомидина сульфат, чувствительность к которому остается до настоящего времени на высоком уровне. Неомидин является аминогликозидным антибиотиком, продуцируемым бактериями *Streptomyces fradiae*. Неомидин применяется в основном как средство наружной терапии, так как препарат слабо всасывается в желудочно-кишечном тракте и неспособен проходить эпителиальный барьер.

Показаниями к местному применению неомидина являются гнойные заболевания кожи, ожоги, язвы голеней, инфицированные, трудно заживающие раны. В офтальмологии мазь, содержащая сульфат неомидина, используется при конъюнктивите, язве роговой оболочки, воспалении края века. Неомидин применяется наружно в форме аэрозоля (0,5%), мази (3%) и глазной мази (0,5%). При этом препарат практически не

всасывается в кровь и не вызывает системных эффектов. Поскольку к антибиотикам часто формируется резистентность, то практически с момента введения неомидина в клиническую практику были разработаны комбинированные антибактериальные препараты. Местное применение неомидина в сочетании с полимиксином, бацитрацином, грамицидином и кортикостероидами показано при инфекциях кожи, слизистых оболочек носа, глаз и ушей.

В аэрозоле «Неомицин» суспензия для распыления на кожу для местного применения в качестве активного компонента содержит сульфат неомидина, а также вспомогательные вещества: спан 85, лецитин, изопропил миристилат, смесь пропана и бутана (Dvivosol 35) для 30 мл или 50 мл. Примененные вспомогательные вещества широко используются в производстве медицинских аэрозолей и не вызывают физической или химической непереносимости.

При использовании аэрозоля «Неомицин» рекомендуется обрабатывать пораженные участки кожи 2–3 раза в день в течение 1–3 секунд, держа аэрозоль в вертикальном положении на расстоянии 15–20 см. При лечении импетиго, эритематозно-экссудативной экземы голеней, стафилококковых заболеваний кожи, бактериальных опрелостей, трофических язв голеней и других бактериальных заболеваний кожи пораженные участки опрыскивают 0,5% раствором неомидина в форме аэрозоля 1–4 раз в день в течение 4–60 дней. Имеются наблюдения успешного использования 0,5% раствора неомидина в форме аэрозоля производства АО «Польфа Тархомин» при лечении ожогов через день до момента полного заживления ран на протяжении многих месяцев. В исследовании оценивали

грануляцию 50 участков ожогов у 19 больных. В 39 из 50 случаев применение неомидина привело к сокращению времени заживления ран. В целом длительность лечения контрольных участков составила 947 дней, а всех 50 наблюдаемых участков, обрабатываемых неомидином, – 613 дней. Сокращение времени заживления ран составило в целом 334 дня (35% контроля), при этом не было обнаружено побочных эффектов. Фальковски и соавт. оценивали активность аэрозоля неомидина при лечении болезней кожи у 80 больных в возрасте от 2 мес. до 70 лет с множественными абсцессами кожи, воспалением волосяных фолликулов, язвами голеней, микробной экземой, истинной экземой, осложненной бактериальными инфекциями, розацеа, акне или экземой голеней. Препарат использовался 2–4 раза в сутки, что позволило достичь значительных улучшений (полное исчезновение кожных изменений без тенденций к рецидиву) у 43 (51%) больных, а также улучшение (исчезновение воспалительных изменений или их уменьшение) у 32 (40%) больных. Отсутствие улучшений и ухудшение было отмечено у 4 (8%) и 1 (2%, диагноз – розацеа) больных соответственно. При этом каких-либо нежелательных симптомов отмечено не было.

Другие исследования клинического, бактериологического и аллергенного действия аэрозоля неомидина производства АО «Польфа Тархомин» доказали эффективность при следующих нозологиях: язвы голеней, пролежни, фолликулит, хронические гнойные дерматиты, фурункулез, рожистые воспаления голеней или импетиго. Кроме этого, у 50 больных с ранами после диагностического взятия тканей или процедур электрокоагуляции применение неомидина сокращало период заживления ран на 3–6 дней.

Широкое применение в практике российских дерматовенерологов получили такие препараты в лекарственной форме аэрозолей, как Оксикорт и Полькортолон ТС («Польфа Тархомин», Польша). Они являются комбинированными топическими глюкокортикостероидами, содержащими как противовоспалительный, так и антибактериальный компоненты, кроме того, обладают высокой местной противовоспалительной и антиаллергической активностью и не оказывают системного влияния, что связано с особенностями химической структуры и метаболизма ГКС, входящих в состав данных препаратов. Оксикорт рекомендован для применения в чувствительных зонах и при поражениях гладкой кожи. Полькортолон ТС, за счет введения более сильного ГКС, используется при более тяжелых и распространенных поражениях.

Аэрозоли имеют ряд преимуществ по сравнению с другими лекарственными формами: быстрота и легкость нанесения препарата, отсутствие загрязнения одежды, механического раздражения кожи, исключительная стерильность. Аэрозоли меньше абсорбируются кожей и оказывают более поверхностное действие, что позволяет в минимальной степени воздействовать на соединительную ткань и избежать возникновения атрофии. Аэрозоли позволяют равномерно наносить лекарственный препарат на обрабатываемую поверхность, значительно сокращают его расход и более устойчивы, чем другие формы. Лекарственная форма препаратов в виде аэрозоля позволяет использовать Оксикорт и Полькортолон ТС в острой фазе заболевания на участки мокнутия и экссудации, на эрозивно-язвенные очаги поражения, в области складок, а также на покрытые волосами части тела. Оксикорт и Полькортолон ТС хорошо переносятся пациентами и не вызывают побочных реакций.

Спектр применения антибактериальных препаратов и их комбинаций с топическими глюкокортикостероидами очень широкий и включает в себя как гнойничковые заболевания кожи, так и дерматозы, осложненные вторичной инфекцией. Рациональное и дифференцированное применение лекарственных препаратов, необходимых для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний кожи, в широкой практике врача-дерматовенеролога позволит повысить эффективность и безопасность терапии пиодермий.

Е.В. МАТУШЕВСКАЯ,
Е.В. СВИРЦЕВСКАЯ,
Ю.И. МАТУШЕВСКАЯ

ФГБОУ ДПО «ИПК ФМБА России»,
ИБХ РАН, ООО «Клиника Чайка»,
Москва

АЭРОЗОЛИ для наружного применения

Информация только для специалистов

- Современная, удобная форма аэрозоля
- Отсутствие механического раздражения на коже
- Проникновение в труднодоступные места
- Низкая стоимость терапии

Оксикорт (Oxycort)
Гидрокортизон + Окситетрацилин
(*Oxytetracycline hydrochloride + Hydrocortisone*)
– аэрозоль для наружного применения, 55 мл.

Показания к применению: аллергические заболевания кожи, осложненные вторичной бактериальной инфекцией (крапивница, экзема); заболевания кожи, вызванные чувствительными к окситетрацилину микроорганизмами, а также смешанные инфекции (импетиго, фурункулез, фолликулит, множественные абсцессы, рожистое воспаление и др.); ожоги и отморожения I степени; вторичные инфекции после укусов насекомых.

Полькортолон ТС (Polcortolon TC)
Тетрацилин + Триамцинолон
(*Tetracycline + Triamcinolone*)
– аэрозоль для наружного применения, 30 мл.

Показания к применению: аллергические заболевания кожи, осложненные вторичной бактериальной инфекцией (импетиго, фурункулез, фолликулит, гидраденит, рожистое воспаление и др.); заболевания кожи, вызванные чувствительными к тетрацилину микроорганизмами, а также смешанные инфекции (крапивница, атопический дерматит, экзема).

Неомицин (Neomycin)
Неомицин
(*Neomycin*)
– аэрозоль для наружного применения, 1,172%

Показания к применению: Инфекционно-воспалительные заболевания кожи, вызванные чувствительными к неомидину микроорганизмами (в т.ч. фурункулез, контактно-аллергический импетиго); инфицированные ожоги и обморожения I и II степени.

Аэрозоль:

| | |
|---|---|
| Удобство использования, даже в труднодоступных местах | + |
| Отсутствие механического раздражения | + |
| Местное охлаждение и облегчение при зуде и жжении | + |
| Равномерное нанесение тонкого слоя | + |
| Стерильность продукта во время использования | + |
| Экономное расходование | + |

Регистрационный номер: Оксикорт – П N012434/01; дата регистрации 19.11.2007; Полькортолон ТС – П N012544/01; дата регистрации 19.11.2007; Неомицин – ЛП-001197; дата регистрации 2011-11-11

POLFA TARCHOMIN S.A.

www.polfa-tarchomin.com.pl



ГОД ЗА ГОДОМ

Научно-практическая конференция «Рахмановские чтения», проводившаяся в течение 33 лет, – замечательная традиция и гордость кафедры кожных и венерических болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

- I (1984 г.) «Раритеты в дерматологии»
- II (1985 г.) «Новые аспекты клиники и лечения дерматозов»
- III (1986 г.) «Современные аспекты гемобластозов кожи»
- IV (1987 г.) «Диагностика аллергических состояний»
- V (1988 г.) «Инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека»
- VI (1989 г.) «Псориаз как системное заболевание»
- VII (1990 г.) «Немедикаментозные методы лечения дерматозов»
- VIII (1991 г.) «Заболевания, обусловленные вирусом простого герпеса»
- IX (1992 г.) «Совершенствование преподавания дерматовенерологии»
- X (1993 г.) «Современные проблемы ангиодерматологии»
- XI (1994 г.) «Проблемы профессиональной дерматологии»
- XII (1995 г.) «Исторические аспекты отечественной дерматовенерологии»
- XIII (1996 г.) «Болезни волос»
- XIV (1997 г.) «Экзема: последние достижения в местной терапии»
- XV (1998 г.) «Микозы: современная терапия»
- XVI (1999 г.) «Сифилис: современные проблемы диагностики и терапии»
- XVII (2000 г.) «Пиодермии: новое в патогенезе и терапии»
- XVIII (2001 г.) «Современные проблемы красной волчанки в дерматологической клинике»
- XIX (2002 г.) «Современные проблемы склеродермии в дерматологической клинике»
- XX (2003 г.) «Паранеопластические дерматозы»
- XXI (2004 г.) «Псевдолимфомы кожи»
- XXII (2005 г.) «Клиническая трактовка серореакций на сифилис»
- XXIII (2006 г.) «Современная психодерматология: проблемы и перспективы»
- XXIV (2007 г.) «Проблемы реабилитации в дерматовенерологии»
- XXV (2008 г.) «Современная дерматовенерология: от истории к инновации»
- XXVI (2009 г.) «Современная неинвазивная диагностика и аппаратная терапия в дерматовенерологии»
- XXVII (2010 г.) «Дермадромы»
- XXVIII (2011 г.) «Генодерматозы: современное состояние проблемы»
- XXIX (2012 г.) «Буллезные дерматозы»
- XXX (2013 г.) «Рахмановским конференциям 30 лет: достижения и перспективы»
- XXXI (2014 г.) «Рахмановские чтения: иммунозависимые дерматозы»
- XXXII (2015 г.) «Рахмановские чтения: вчера, сегодня, завтра отечественной дерматологии»
- XXXIII (2016 г.) «Рахмановские чтения: от дерматологии А.И. Поспелова до наших дней – 170 лет»

ИЗ ПРОШЛОГО В НАСТОЯЩЕЕ

(Окончание. Начало на 1 стр.)

спелова (МОДВ) – флагман дерматовенерологии Москвы и, на мой взгляд, образец для региональных дерматовенерологических сообществ, собранных под эгидой Российского общества дерматовенерологов и косметологов. Московское общество насчитывает более 1000 зарегистрированных членов и каждый месяц мы встречаем пополнение.

Одна из задач Общества – передача опыта от поколения поколению на примере разбора клинических случаев и докладов ведущих дерматовенерологов, в том числе из других регионов и государств (Беларусь, Латвия). Немаловажным является также укрепление междисциплинарного диалога, поэтому на заседания Общества приглашаются врачи самых разных специальностей.

Насколько эффективны ассоциации пациентов по заболеваниям в области дерматовенерологии?

Конечно, мы работаем ради выздоровления пациентов. Например, проводим школы для больных псориазом и атопическим

дерматитом, причем с участием ассоциации больных псориазом. Это очень полезное начинание. В таких школах происходит обучение пациентов навыкам поведения в жизни, правильному режиму, питанию, уходу за кожей, исключению триггерных факторов, способствующих обострению.

Ольга Юрьевна, Рахмановские чтения – это конференция с международным участием. Кого вы ждете из иностранных коллег?

Международный статус нашего форума будет поддержан выступлениями ученых из Испании (профессор Габриэль Серрано Санмигель), Франции (профессор Энтони Мариус Ионеску и профессор Дидье Герреро), Израиля. Большая делегация из 50 человек приедет из Украины, приглашены известные дерматологи из Белоруссии, в частности, профессор В.П. Адаскевич, а также Азербайджана, Армении и Казахстана. Мы очень рады такому сотрудничеству и надеемся на дальнейшее развитие наших отношений.

Кого из ваших учителей, коллег, известных врачей вы счита-

ете примером для подражания?

В первую очередь, конечно, своего дядю, выдающегося русского хирурга, академика Виктора Сергеевича Савельева. Он сыграл огромную роль в моем становлении как врача и человека. Виктор Сергеевич всегда был примером для меня, и я счастлива, что у меня в жизни была такой человек. В дерматологии моими учителями являются Олег Леонидович Иванов и Николай Сергеевич Потеекаев, у которых я училась. Именно своим учителям я обязана тем, кем я стала.

Какими качествами должен обладать настоящий дерматолог?

Прежде всего, хороший врач должен быть хорошим диагностом, широко образованным человеком, увлеченным своей специальностью, он должен постоянно совершенствоваться. Кроме того, на мой взгляд, важное качество хорошего врача – умение сопереживать и сочувствовать. Другими словами – просто любить людей.

Беседовала
Анна КАБИКОВА

ПОЧЕМУ РАБОТАЕМ В РОССИИ

В клинике кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова работают перспективные молодые ученые, занимающиеся инновационными разработками в области иммунозависимых кожных болезней. Мы попросили их рассказать, как они работают в России и как видят свою дальнейшую научную карьеру.

Наука как образ жизни

Павел Колхир, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник НИО иммунозависимых дерматозов Научно-исследовательского центра Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Я решил заниматься наукой в 2007 г. во время прохождения ординатуры по специальности «аллергология и иммунология» на базе ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России. Своим основным научным интересом я выбрал крапивницу, а также и другие заболевания, сопровождающиеся появлением волдырей и ангиоотсков. Совместная с коллегами работа в данном научном направлении основана на стремлении выявить основные причины заболевания и изучить механизмы его развития, а также оптимизировать подходы к его диагностике и лечению.

С 2012 г. я продолжаю разрабатывать эту научную идею. С течением времени было налажено тесное научное сотрудничество с отделом дерматологии и аллергологии клиники Charite – медицинского университета Берлина (Германия). В конечном счете результатами всей этой работы стали публикации в международных рецензируемых журналах, приз за лучший постерный доклад на конгрессе Европейской академии аллергологии и клинической иммунологии ЕААСИ в 2014 г. (Копенгаген, Дания), два персональных гранта на стажировку в клинику Charite по программе DAAD (нем. Deutscher Akademischer Austauschdienst,



Германская служба академических обменов) и ЕААСИ (Европейская Академия аллергологии и клинической иммунологии), три гранта на посещение международных конгрессов и конференций.

Для меня основа успешной научной деятельности в России – грамотный и авторитетный руководитель, современное оборудование, поддержка коллег и комфортные условия для работы.

Оправданные ожидания

Лилия Каюмова, старший лаборант кафедры кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

Интерес к дерматологии я начала проявлять с 4-го курса. Посещала студенческий научный кружок на кафедре кожных и венерических болезней, где на одном из заседаний впервые выступила с докладом о нарушении кожного барьера и пути его коррекции при различных заболеваниях кожи. Ближе к последним курсам я окончательно поняла, что продолжу свое об-

учение именно на этой кафедре.

Во время прохождения ординатуры я с большим интересом наблюдала больных с различными дерматозами, под руководством старших коллег участвовала в диагностических и лечебных процессах. Регулярные посещения и участие в профессорских обходах, интересные клинические случаи привели меня к написанию первых публикаций. Мое желание заниматься наукой базировалось на стремлении принести пользу обществу, разрабатывая пути персонализированного подхода к диагностике и лечению больных.

Основой для разработки новых стратегий терапии послужило изучение характера метилирования ДНК у больных атопическим дерматитом. При помощи сотрудников лаборатории функциональной геномики ФГБУН Института общей генетики им. Н.И. Вавилова Российской академии наук я не только освоила методы генетической диагностики, но и продолжила исследования по выявлению молекулярных терапевтических мишеней в коже больных. В конечном счете это привело к написанию кандидатской диссертации, публикации научных статей в российских и зарубежных рецензируемых журналах, выступлениям на различных дерматологических конференциях, а также получению гранта Европейской Академии Дерматологии и Венерологии (EADV) «Michael Hornstein Memorial Scholarship».

В России есть все условия для развития моих научных стремлений, а замечательный и доброжелательный преподавательский коллектив позволяет получить большой «багаж знаний» и колоссальный опыт. Это помогает мне двигаться вперед каким бы сильным ни был встречный ветер.



ГАЗЕТА
ИНТЕРФАРММЕДИКА
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ
ЗАО «РКИ Соверо пресс»

Генеральный директор
В.Б. Тараторкин

Редакция газеты
«ИНТЕРФАРММЕДИКА»

Главный редактор
М.О. Бочарова
Зам. главного редактора
М.И. Лаптева

Директор отдела
периодических изданий,
маркетинга, PR, рекламы
и распространения
К.А. Бабаскина

Дизайн и верстка
А.А. Виноградова

Редактор
С.М. Сосновская

Спец. корреспонденты
А.В. Кабилова
С.Н. Петрова (Санкт-Петербург)
М.О. Ольгина
Ю.Ф. Луньков (фото)

Адрес: Россия, 125130, Москва,
4-й Новоподмосковный пер., д. 4
Тел.: +7 (499) 159-98-47
E-mail: soveropress@bk.ru
www.annaly-nevrologii.ru

©Дизайн
ЗАО «РКИ Соверо пресс»

Газета зарегистрирована
в Федеральной службе
по надзору в сфере связей
и массовых коммуникаций.

Свидетельство
о регистрации СМИ
ПИ № ФС77-35244
от 10 февраля 2009 г.

Газета вручается и рассылается
бесплатно каждому участнику
выставки, конгресса, съезда, форума,
в медицинские университеты,
институты, академии, крупные
больницы и лечебные центры.

Тираж 3000 экз.

Все права защищены. Ни одна
часть этого издания не может быть
занесена в память компьютера либо
воспроизведена любым способом
без предварительного письменного
разрешения издателя.

Рукописи и иллюстрации
не возвращаются. Издатель не несет
ответственности за содержание
рекламных материалов. Издатель
приветствует письма читателей,
но не вступает в переписку. Мнение
авторов может не совпадать с точкой
зрения редакции.

Более 25 лет
на современном рынке

НЕ
ТОРОПИСЬ,
БУДЬ
СЧАСТЛИВ.

ПОЛИГРАФИЯ
КРЕАТИВ
СТУДИЯ
СВЕНТЕРЫ ИМ. СЕЧЕНОВА

Телефон: 8(499)159 98 47,
E-mail: soveropress@bk.ru,
www.annaly-nevrologii.ru