

Медицинская

25 октября 2023 г.
среда
№ 42 (8111)

Газета®



130 лет

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю.
Распространяется в России
и других странах СНГ

www.mgz.ru

На IX Евро-Азиатской конференции офтальмохирургов истина рождалась в дискуссиях и спорах.

Стр. 6-7

Одно из ключевых событий фармацевтической и медицинской отрасли – форум «Биотехмед» прошёл в Сочи.

Стр. 10

Исследования природно-очаговых инфекций даёт возможность предотвратить потенциальные эпидемии.

Стр. 12

Работают мастера

Не соперничество, а сотрудничество

Учить и учиться одинаково интересно



Именно такой идеологии придерживаются три ведущих клиники России – новосибирский Национальный медицинский исследовательский центр им. Е.Н.Мешалкина, краснодарский Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 и Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии. Коллеги охотно обмениваются друг с другом опытом хирургического лечения больных с кардиоторакальной и онкологической патологией в особо сложных клинических случаях.

На минувшей неделе в центре им. Е.Н.Мешалкина оперировали сразу двое именитых российских торакальных хирургов – главный врач НИИ – ККБ № 1 им. С.В.Очаповского академик РАН Владимир Порханов и директор НИИ фтизиопульмонологии профессор Пётр Яблонский.

– Всегда, когда Владимир Алексеевич собирается в Сибирь, мы стараемся предоставить ему возможность прооперировать у нас пациентов сложных и интересных для хирурга его уникальной квалификации. В частности, если требуется бронхо-

пластика, бронхоангиопластика и т.д. Поскольку мы занимаемся опухолевой патологией, это, как правило, пациенты, у которых распространённые опухоли с инвазией в соседние органы, – поясняет онкохирург НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина Алексей Петров, который ассистировал гостю.

В данном случае В.Порханов мастерски прооперировал 67-летнего пациента с большой – 8 см – периферической опухолью левого лёгкого с инвазией в лёгочные сосуды и медиастинальную плевру. Изначально была высокая вероятность, что потребуются выполнить пневмонэктомию, но академик Порханов смог сохранить лёгкое и ограничиться только удалением одной верхней доли. Сосуды удалось дифференцировать от опухоли и «отвязать» от неё. По словам хирургов, ситуация была близка к критической: ещё чуть-чуть, и сосудистая ткань тоже могла быть поражена опухолью, тогда операция наверняка закончилась бы полным удалением лёгкого или того хуже – оперативное вмешательство в принципе оказалось невозможным.

– Сейчас мы ждём окончательного гистологического заключения по стадии рака, в зависимости от него на онкологическом консилиуме опре-

делим дальнейшую тактику лечения. Торакоскопические операции при опухолях органов грудной клетки мы выполняем рутинно, однако, когда это делает академик, обладающий огромным опытом и мастерством, всегда есть чему поучиться, – признаётся А.Петров.

Не менее интересной и полезной в плане обучения была показательная операция, которую провёл П.Яблонский. Он выполнил роботизированную лобэктомию. Как пояснили в НМИЦ им. Е.Н.Мешалкина, такие операции в рутинном режиме здесь пока не выполняются, хотя в онкоурологической и онкогинекологической хирургии роботизированная платформа задействована очень активно. После мастер-класса профессора Яблонского онкологи центра им. Е.Н.Мешалкина планируют выполнять не только обычные торакоскопические, но и робот-ассистированные вмешательства на лёгком. Теперь, как отметил А.Петров, у новосибирских хирургов есть вариант выбора.

Елена СИБИРЦЕВА.

Новосибирск.

Фото Людмилы КУЗНЕЦОВОЙ.

Из первых уст

Есть ли будущее у телемедицины?

Нормативно-правовая база цифровой трансформации здравоохранения дорабатывается, чтобы исключить возможные нежелательные клинические и юридические последствия как для пациентов, так и для медицинских работников. Об этом на пресс-конференции сообщил председатель Комитета Госдумы по охране здоровья Бадма Башанкаев.

Отвечая на вопрос корреспондента «МГ» о том, какие усилия предпринимаются, чтобы вывести телемедицину из зоны повышенного правового риска (как подчёркивают юристы, в нынешних регламентах врач не вправе ставить диагноз и назначать лечение дистанционно без предварительного очного визита больного в поликлинику), парламентарий рассказал о событии, которое почему-то осталось незамеченным. Речь идёт о том, что с 1 августа 2023 г. вступило в силу Постановление Правительства РФ № 1164 от 18.07.2023 «Об установлении экспериментального правового режима в сфере цифровых инноваций по направлению медицинской деятельности», в том числе, с применением телемедицинских технологий».

Эксперимент по отработке обновлённых правил телемедицинского консультирования продлится 3 года. Сейчас в пилотном проекте участвуют почти 30 медицинских организаций из разных регионов от Смоленска до Южно-Сахалинска. В рамках эксперимента врачи получили право: консультировать пациентов по защищённым каналам связи; корректировать и назначать лечение; дистанционно наблюдать за состоянием здоровья пациента не только по результа-

там очного приёма, но и по медицинской информации, полученной по тем же информационным каналам. Также разрешено выдавать в форме электронного документа рецепты на лекарственные препараты и медицинские изделия, справки.

Пациенты получили право запросить телемедицинскую консультацию, так называемое второе мнение, у другого специалиста той же специальности, а также в рамках одного заболевания сделать запрос на консультацию специалистов нескольких профилей.

– Сегодня действительно требуется, чтобы первая консультация была очной. Это важно, потому что некоторые болезни могут иметь схожую симптоматику и дистанционно дифференцировать их сложно. В то же время есть ситуации, когда первое личное посещение пациентом врача не требуется, и элементы такой телемедицины уже реализуются, в частности, при проведении дистанционных предрейсовых медосмотров. Автоматическая система измеряет у водителя пульс, АД, определяет свежесть дыхания на предмет паров алкоголя. Результаты оказались релевантны и безопасны. Прямой контакт с врачом или фельдшером в этих случаях не нужен, – привёл пример Б.Башанкаев.

По мнению депутата, у телемедицины большое будущее. Федеральный закон, допускающий такой формат оказания медицинской помощи, совсем молодой, он принят в 2018 г. Поэтому доработка правил – нормальное явление. «В идеале мы хотим увидеть систему телемедицины совершенной», – говорит Б.Башанкаев.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

ЭКСПЕРТНЫЙ УРОВЕНЬ

Юрий КОЗЛОВ

Главный врач Иркутской государственной областной детской клинической больницы, член-корреспондент РАН:

Как представитель прогрессивного крыла детской хирургии, я настроен на активное внедрение роботической технологии.



Стр. 4-5

Новости

На взаимовыгодной
основе

Недавно состоялось очередное заседание совместной комиссии на уровне глав правительств России и Узбекистана. Сотрудничество между странами обсудили председатель Правительства РФ Михаил Мишустин и премьер-министр Республики Узбекистан Абдулла Арипов.

Формат был создан по договорённости президентов России и Узбекистана Владимира Путина и Шавката Мирзиёева. Он позволяет детально обсудить актуальные вопросы взаимной повестки, а также совместно определить перспективы дальнейшего взаимодействия по приоритетным направлениям.

По итогам заседания был подписан ряд документов. Одним из них стал план мероприятий по ускорению совместной работы по полноценному функционированию Ташкентского филиала Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Минздрава России, подписанный ректором Сергеем Лукьяновым и министром здравоохранения Республики Узбекистан Амрилло Иноятовым.

По словам М.Мишустина, Узбекистан является одним из ведущих партнёров России в Центрально-Азиатском регионе. Отношения держав базируются на принципах добрососедства, партнёрства и союзничества. Совместная работа идёт по всем направлениям, прежде всего в торгово-экономической, инвестиционной, научно-технической и культурно-гуманитарной сферах. Отдельно стоит отметить обмен опытом в сфере здравоохранения. В этом году проведён первый Узбекско-Российский медицинский форум. Кроме того, есть интерес в новых проектах по совместному производству препаратов и медицинских изделий на площадке Tashkent Pharma Park.

Продолжается плотворное сотрудничество и в сфере высшего образования. По количеству студентов в стране Узбекистан занимает лидирующее место среди всех государств зарубежья – 60 тыс. человек, 14 тыс. из которых получают знания за счёт государственных стипендий. Также председатель Правительства РФ отметил, что увеличится правительственная квота по приёму – с 650 до 800 человек. Сейчас в Узбекистане действует 14 филиалов ведущих российских учебных заведений.

Амрилло Шодиевич сообщил о твёрдом намерении и дальше развивать тесное сотрудничество с российскими партнёрами. Присутствующие на заседании члены делегации Узбекистана готовы обсудить все актуальные вопросы, совместно определить новые точки роста и выработать взаимоприемлемые решения. Планируется создание множества различных совместных проектов, которые принесут выгоды как узбекской, так и российской сторонам.

Иван ГЕОРГИЕВ.

Сообщения подготовлены корреспондентами
«Медицинской газеты» и Медицинского
информационного агентства «МГ» Cito!
(inform@mgzt.ru)



После тяжёлой и продолжительной болезни на 83-м году ушёл из жизни президент Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ **Николай Дмитриевич Ющук**

После окончания лечебного факультета Иркутского государственного медицинского института он обучался в клинической ординатуре на кафедре инфекционных болезней, в 1968 г. возглавил инфекционную больницу Иркутска, с 1971 г. работал в Московском государственном стоматологическом институте (ныне – МГМСУ им. А.И.Евдокимова), прошёл все

ступени карьерной лестницы настоящего учёного – от ассистента кафедры до заведующего кафедрой инфекционных болезней. В 2002-2007 гг. Николай Дмитриевич был ректором МГМСУ, с 2007 г. являлся президентом МГМСУ им. А.И.Евдокимова. Его научными интересами являлись изучение патогенеза и патогенетических методов лечения инфекционных болезней на основе функционально-морфологических и иммунологических подходов: использование молекулярно-биологических технологий в диагностике вирусных гепатитов, прогнозирование исходов и оценка эффективности лечения; патогенетическая терапия при дифтерии, кишечных инфекциях, гепатитах, СПИДе.

Заслуги Николая Дмитриевича были многократно отмечены высшими государственными наградами и званиями, под его руководством были защищены 21 докторская и 67 кандидатских диссертаций.

Вся жизнь Н.Д.Ющука – бесконечная преданность выбранному делу и служение людям. Он всегда обладал обострённым чувством справедливости, был надёжным другом, отзывчивым, чутким и неравнодушным к чужим бедам. Никогда не оставался в стороне и был готов в любое время суток помочь даже незнакомому человеку. Николай Дмитриевич был профессионалом своего дела, излучавшим спокойствие и внутреннюю уверенность.

Николай Дмитриевич навсегда останется в памяти сотрудников, коллег и учеников как мудрый, светлый и отзывчивый человек и наставник, который внёс значительный вклад в отечественную науку и в летопись достижений МГМСУ им. А.И.Евдокимова. Ректорат, учёный совет и коллектив сотрудников и обучающихся университета выражают глубокие соболезнования его родным и близким.

Коллектив «Медицинской газеты» также выражает глубокие соболезнования родным и близким Николая Дмитриевича. Он был большим другом издания, часто выступал на страницах газеты, поддерживал и словом, и делом, давал мудрые советы, которые очень пригодились в журналистской работе. Память об этом выдающемся учёном, замечательном человеке и старшем товарище останется в наших сердцах.

В центре внимания

Ключевой элемент
взаимодействия

НМП могут передать отдельные функции в сфере охраны здоровья

Участие профессиональных и территориальных некоммерческих медицинских организаций в решении проблем российского здравоохранения – такова основная тема открывшегося в Москве IX съезда Национальной медицинской палаты. Его провели президент сообщества Леонид Рошаль и первый вице-президент Александр Румянцев.

Приветствие участникам мероприятия направил Президент РФ Владимир Путин, в котором отметил, что палата зарекомендовала себя как одно из наиболее крупных и авторитетных общественных объединений в сфере здравоохранения, а поднимаемые ею вопросы имеют без преувеличения общенациональное значение.

Министр здравоохранения Михаил Мурашко в своём приветствии отметил, что целью НМП остаётся объединение всего медицинского сообщества России на принципах саморегулирования для совершенствования системы охраны здоровья населения. Последние годы характеризуются значимой турбулентностью в процессах сохранения здоровья



некоммерческих организаций по специальностям при проведении периодической аккредитации и допуске к профессии. Решено сформировать «дорожную карту» повышения их статуса и ответственности при проведении аккредитации.

Помимо этого, делегаты съезда обсудили широкий круг тем:

членов союза Национальной медицинской палаты.

Состоялись и выборы президента НМП, президиума и совета палаты. Президентом на два ближайших года вновь избран Леонид Рошаль.

Во второй день в рамках съезда при участии Всероссийского государственного университета юстиции и Института развития медицинского законодательства при НМП прошла IV Общероссийская юридическая конференция «Современное состояние правового регулирования медицинской деятельности». Ведущие специалисты права в сфере здравоохранения обсудили важнейшие юридические аспекты деятельности медицинских организаций и медицинских работников, такие как ответственность их за преступления по службе, защита в свете норм и принципов уголовного законодательства РФ, гражданско-правовые аспекты деятельности в сфере здравоохранения и другие вопросы.

На основе принятых решений будут направлены конкретные предложения в Администрацию Президента РФ, Совет Федерации, Государственную Думу, Правительство РФ, Министерство здравоохранения РФ и другие органы исполнительной власти Российской Федерации.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».Фото
Олега КИРЮШКИНА.

населения, появлением новых задач, вызовов, которые система здравоохранения принимает на себя. Чтобы НМП, как и в прежние времена, оставалась лидером этого направления, для реализации целей организации Министерством здравоохранения 11 октября 2023 г. подписан приказ о соответствии союза «НМП» критериям, утверждённым Постановлением Правительства РФ № 292 от 17.03.2018 «Об утверждении критериев, при условии соответствия которым медицинским профессиональным некоммерческим организациям, их ассоциациям (союзам) может быть передано осуществление отдельных функций в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации», сообщил глава Минздрава. «Это ключевой документ доверия и ключевой элемент взаимодействия. Мы с вами находимся в абсолютно прозрачном диалоге для решения задач», – подчеркнул он.

Съезд подтвердил положительный опыт профессионального сообщества по проведению первичной и первичной специализированной аккредитации. Вместе с тем был поставлен вопрос о повышении роли и ответственности медицинских профессиональных

разработка клинических рекомендаций и деятельность Научно-практического совета, создание и актуализация профессиональных стандартов, повышение качества образовательных мероприятий и дополнительных профессиональных программ, декриминализация врачебной деятельности и усиление юридической грамотности врачебного сообщества. Был представлен анализ положительных практик в деятельности



Перспективы

Реабилитация при последствиях боевой травмы

Обращения и жалобы ветеранов и пострадавших с боевыми травмами будут определены в приоритетные группы запросов для рассмотрения страховыми представителями в системе ОМС. Об этом говорили участники «круглого стола», посвящённого 30-летию системы ОМС.

Уже сейчас пилотные проекты по индивидуальному сопровождению участников СВО и членов их семей на всех этапах получения медицинской помощи по ОМС, в том числе и при прохождении медицинской реабилитации, реализуются в 12 регионах России. Конкретные механизмы такого сопровождения отработаны в рамках заключённых соглашений филиалов фонда «Защитники Отечества» и страховой медицинской организации «Капитал-МС».

«Главная задача участников системы ОМС, включая страховые медицинские организации системы

ОМС, заключается в том, чтобы ветераны получили качественную и комплексную медицинскую помощь, программу реабилитации и по итогу имели возможность быстро вернуться к привычной и активной жизни», – отмечает советник генерального директора «Капитал-МС», эксперт по методологии экспертизы качества медпомощи в системе ОМС Всероссийского союза страховщиков Алексей Старченко.

Эксперты полагают, что, поскольку медицинская помощь участникам боевых действий оказывается в системе ОМС, в ближайшее время необходимо разработать и утвердить стандарты и клинические рекомендации для медицинской реабилитации пострадавших.

По словам А. Старченко, особенности современной боевой травмы – высокая частота минно-взрывных ранений, этот показатель доходит до 70%. Среди инвалидов боевой военной травмы протезированию

могут быть подвержены фактически 97% инвалидов 2-й группы и 94% инвалидов 3-й, и актуальность проблемы будет только возрастать.

На этом этапе у пациентов могут обостряться хронические заболевания, требующие оказания специализированной и высокотехнологичной медпомощи. Они нуждаются в дополнительном наблюдении, поэтому страховщики также выступили с инициативой о создании на базе военных госпиталей специализированных центров, которые будут выявлять соматические заболевания и наблюдать за пациентами.

В этом году в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медпомощи впервые появился норматив по медицинской реабилитации. Для застрахованных по ОМС предусмотрено 983,8 тыс. случаев госпитализаций в круглосуточные стационары, из них 200 тыс. – для участников СВО, и 60 тыс. случаев

госпитальной помощи в федеральных медицинских центрах.

Участники «круглого стола» считают, что особая роль при проведении экспертного контроля медпомощи при реабилитации пострадавших отведена страховым представителям 3-го уровня – это врачи-эксперты СМО, участвующие в экспертизе качества и доступности медпомощи. В работе с пострадавшими участниками СВО они должны придерживаться принципиальной позиции, особенно в случаях оказания медицинской помощи пациентам с тяжёлыми сочетанными травмами, последствия которых привели к ампутации конечностей. Контроль необходим как на этапе подготовки к протезированию, так и при оперативных вмешательствах по поводу повторных ампутаций, наблюдении при пороках и болезнях культевы ампутированных конечностей.

Юрий ДАНИЛОВ.

Идеи

Введут ли отсрочку от призыва сельским медикам?

Председатель партии «Справедливая Россия – за правду», руководитель партийной фракции в Госдуме РФ Сергей Миронов предлагает предоставить отсрочку от призыва на военную службу школьным учителям и медицинским работникам из сельской местности и малых городов России. Законопроект по данному вопросу внесён на рассмотрение депутатов Государственной Думы.

«Получаю многочисленные письма от граждан из самых разных регионов, в которых россияне высказывают большую озабоченность по поводу действующих правил призыва молодых людей в армию. Они отмечают, что во многих небольших населённых пунктах наблюдается острая нехватка врачей, учителей, и их уход в армию создаёт там массу проблем», – рассказал С. Миронов.

Он привёл данные Центра экономики непрерывного образования Института прикладных экономических исследований Российской академии народного хозяйства и государственной службы, согласно которым в России не хватает около 26,5 тыс. врачей и 50 тыс. работников среднего медицинского персонала. Ещё хуже ситуация в системе образования. Эксперты центра отмечают, что в российских школах не хватает около 250 тыс. учителей. В системе школьного образования также наблюдается дисбаланс между количеством учителей – женщин и мужчин.

«Конечно же, хуже всего ситуация в сельской местности. Там каждый специалист на вес золота, и если приехавшего по распределению врача заберут на службу в армию, то люди остаются без медицинской помощи до приезда по распределению другого специалиста. С учётом острой нехватки кадров появление нового медика они могут ждать месяцами», – отметил С. Миронов.

Для решения социальной и кадровой проблемы на селе партия «Справедливая Россия – за правду» предлагает предоставить отсрочку от призыва на военную службу школьным учителям и медицинским работникам, работающим в сельской местности и малых городах страны. Кроме этого, государство должно предоставить им дополнительные социальные льготы и выплаты, и вместе с отсрочкой от призыва это позволит привлечь молодые кадры для работы в сельской местности.

Как считает С. Миронов, введение карательных мер в отношении выпускников-целевиков не решит проблему нехватки врачей в стране, для этого государство должно предоставить обещанные зарплаты и льготы медикам. «Ситуацию можно исправить только при условии выполнения майских указов Президента по доведению зарплат врачей до 200% от средней по региону, а социальных льгот – до уровня чиновников. Также нужно скорее вводить единую систему оплаты труда в здравоохранении», – заявил лидер партии.

Он добавил, что только при этих условиях работать в государственном учреждении будет выгоднее: высокая зарплата, больший выбор учреждений, надёжное трудоустройство с хорошим соцпакетом. Отрабатывать контракт в таких условиях никого не надо будет заставлять – статус целевика, как и врача, станет престижным.

Павел БАЛАГИН.

Деньги

Индексация пенсий работающим врачам

Группа депутатов от ЛДПР во главе с председателем комитета Госдумы по труду, социальной политике и делам ветеранов Ярославом Ниловым внесла на рассмотрение палаты законопроект об индексации размера фиксированной выплаты к страховой пенсии для работающих врачей и учителей. В закон «О страховых пенсиях» предлагается внести изменения, согласно которым педагогическим и медицинским работникам, находящимся на пенсии и продолжающим работать, с 1 января 2024 г. будет индексироваться размер фиксированной выплаты к страховой пенсии и производиться корректировка размера их страховой пенсии.

Разработчики напоминают, что с 1 января 2016 г. индексация размера фиксированной выплаты к страховой пенсии для работающих пенсионеров и корректировка размера страховой пенсии была отменена.

«Применение данной меры крайне негативно сказалось на финансовом положении пенси-

онеров, которые в силу низкого размера получаемой страховой пенсии вынуждены работать для поддержания приемлемого уровня жизни. Как правило, уровень заработной платы таких пенсионеров также невысок. В первую очередь это касается пенсионеров, работающих в бюджетной сфере: образователь-

ных организациях, учреждениях здравоохранения, в системе социального обслуживания», – говорится в пояснительной записке к законопроекту.

Предлагаемая в порядке эксперимента мера в отношении отдельных категорий работающих пенсионеров будет способствовать восстановлению социальной справедливости и поддержанию доверия граждан к пенсионной системе, особенно низкооплачиваемых специалистов низового звена бюджетных организаций, считают разработчики законопроекта. Он был внесён на рассмотрение Госдумы, несмотря на негативный отзыв правительства, которое считает, что его принятие поставит других работающих пенсионеров в неравное положение с сотрудниками бюджетных сфер. Кабмин также отметил отсутствие в проекте закона источников финансирования и порядка исполнения новых видов расходных обязательств.

Владимир ЧЕРНОВ.

Преодоление

Жалоб на медицину стало меньше

Количество обращений к уполномоченному по правам человека в РФ Татьяне Москальковой по вопросам охраны здоровья в 2023 г. снизилось.

«Ежегодно в мой адрес поступает порядка 2 тыс. обращений по вопросам охраны здоровья. Мы отмечаем тенденцию к снижению жалоб в этой категории. Считаю, что это результат эффективной политики государства в этой сфере», – сказала Т. Москалькова на заседании Евразийского альянса омбудсменов на тему защиты прав человека в области охраны здоровья и медицинской помощи.

Т. Москалькова сообщила, что по результатам рассмотрения обращений в 2023 г. были восстановлены права на охрану здоровья порядка 800 человек.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Подписка-2024

Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно, воспользовавшись каталогами:

- ✓ Подписные издания
- ✓ Официальный каталог «Почта России» на первое полугодие 2024 г.;
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписные индексы:

- ПН016** – на год
- ПН014** – на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, первое полугодие 2024 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

По льготным ценам подписаться на «МГ» можно через редакцию, направив заявку по электронной почте: mg.podpiska@mail.ru; mg.podpiska@mail.ru.

Справки по телефонам: 8-495-608-85-44, 8-916-271-08-13.

Главный врач Иркутской государственной областной детской клинической больницы (ИГОДКБ) член-корреспондент РАН Юрий КОЗЛОВ относит себя к числу представителей прогрессивного крыла хирургии, поэтому робот-ассистенцию в данном разделе медицины воспринимает как необходимость и неизбежность.

История знакомства одного из ведущих детских хирургов мира – доктора Юры, как его называют маленькие пациенты, – с технологией роботизированной хирургии, так же как история появления такого оборудования в ИГОДКБ, – готовый сюжет для кинофильма о враче, который не просто сильно мечтал, а делал всё возможное для того, чтобы его мечта осуществилась. Эта больница – первая и пока единственная в России клиника, где выполняют робот-ассистированные операции детям.

Сегодня Ю. Козлов делится с читателями «МГ» впечатлениями первого года работы на «роботе», объясняет достоинства данного подхода в детской практике и размышляет о том, может ли такая хирургия стать массовой.

Развитие в режиме «бум»

– Юрий Андреевич, мнения не только теоретиков, но даже хирургов с опытом робот-ассистенции разделились при ответе на вопрос, имеет ли смысл развивать данное направление хирургии. Есть сомнения в том, что применение роботической платформы оправдано клинически и экономически. Хотелось бы узнать вашу точку зрения.

– Много лет назад медицинское сообщество так же эмоционально переживало переход от открытой хирургии к лапароскопической. У тех хирургов, которые первыми получили опыт эндовидеохирургии, не было сомнений в том, что это революционный шаг. Сегодня аналогичная дискуссия сопровождает переход от лапаро- и торакокопической хирургии к робот-ассистированной.

Разумеется, если ты имеешь в своём багаже лишь несколько процедур, выполненных с помощью роботической платформы, для тебя это будет хирургия сомнительной целесообразности. Если же делаешь это на потоке и тем самым зарабатываешь всё более прочные навыки робот-ассистенции, то уже с большей уверенностью можешь сравнивать преимущества данного варианта операций со стандартной лапаро- и торакокопией.

Как представитель прогрессивного крыла детской хирургии, я настроен на активное внедрение роботической технологии. Проработав 20 лет в режиме эндовидеохирургии, мы все почувствовали, что будет новый технологический прорыв. Он неизбежен, поскольку у лапаро- и торакокопической хирургии есть предел: при всех преимуществах малоинвазивности мы не можем управлять ригидными инструментами так же, как могли бы работать кистью руки внутри организма пациента. Лимит степеней свободы лапароскопических инструментов ограничивает нас в манёвре, не позволяет эффективно и виртуозно складывать эндохирургические швы, выполнять диссекцию и соединения тканей в условиях узких пространств.

Робот-ассистенция решает эту задачу, однако долгое время она была неосуществимой мечтой для детской хирургии в связи с техническими ограничениями. Во-первых, в наших руках не было роботической платформы как таковой, а во-вторых, инструменты для «роботов» изначально не были приспособлены для детской хирургии.

И всё-таки это случилось! Мне повезло: я увидел сам момент зарождения робот-ассистированной хирургии в мире, потому что на протяжении многих лет стараюсь быть в мейнстриме профессии, состою в разных международных хирургических обществах и знаком со специалистами, которые первыми начали выполнять такие операции детям. Среди них Джон Михан из детского госпиталя Ситтла, Чиро Эспозито – профессор Неаполитанского университета Федерико II, Гоу Мияно из Университета Джунтендо в Токио. Это энтузиасты, которые шли путём пионеров и сорвиголов, чтобы своими руками проверить возможности робот-ассистенции в детской хирургии.

Итак, первая публикация о применении роботизированной плат-

Экспертный уровень

Путь пионеров и сорвиголов

«Робот» в детской хирургии: имеет ли смысл этим заниматься?



формы в детской хирургии США появилась в 2001 г., а в 2015 г. Джон Михан приехал в Иркутск на конгресс «Звёзды детской хирургии на Байкале», который был целиком посвящён робот-ассистированной хирургии. И это в то время, когда ни одной роботической платформы в распоряжении детских хирургов ещё не было не только в нашей стране, но и в Европе! В течение нескольких дней я слушал профессора Михана, и в итоге после конгресса уже не было сомнений в том, что я должен научиться работать на «роботе», и что роботическая хирургическая платформа должна появиться в Иркутске.

Первоначально я просто опирался на мнение людей, которых уважаю, а теперь убедился в справедливости такого заключения на собственном опыте: робот-ассистированную хирургию имеет смысл развивать в детской практике.

– Прежде чем мы перейдём к опыту ИГОДКБ, можно ли сказать, насколько распространена робот-ассистированная хирургия в детской практике за рубежом?

– Мы проводили специальные научные исследования, чтобы оценить масштаб и области применения роботической техники в детской хирургии в динамике. В 2005 г., когда я делал первый обзор литературы на эту тему, мне удалось найти не более 5 статей, а свежий обзор от 2023 г. насчитывает уже 200 статей. Рост публикационной активности на тему робот-ассистенции в детской хирургии составил 40 раз за 18 лет, это грандиозный результат.

Количество и репертуар операций, выполненных с помощью роботических платформ, также расширяется. По оценкам компаний-производителей оборудования и инструментария, он составляет 256% в год. Ни один из разделов медицины, где используются роботические технологии, не переживает такого бума, как детская хирургия.

В то же время остаются два объективных фактора, которые сдерживают развитие данного направления в детской хирургии. Первый – лишь единицы детских

хирургических отделений в мире располагают собственными роботическими платформами. Остальные используют общее оборудование, имеющееся в клинике, то есть по остаточному принципу: приоритет в этих случаях, к сожалению, отдаётся взрослой хирургии как более рентабельной. Другой фактор – поскольку во взрослой робот-ассистированной хирургии нет потребности в инструментах и видеокameraх малого размера, у индустрии до недавнего времени не было стимула для формирования рынка таких изделий. Во взрослой хирургии используется инструмент диаметром 8 мм, а для детей необходим 3-5 мм.

Собственно, и сам рынок роботизированных эндохирургических платформ начал складываться буквально «вчера», с окончанием срока патентной защиты системы Da Vinci, которая долгое время оставалась единственной маркой такого оборудования. Как только эра монополизма завершилась, появилась целая линейка новых роботизированных хирургических платформ, разработанных в разных странах. Так, мы используем в своей больнице эндохирургическую систему Versius, и весьма довольны. Очень интересной показалась мне система Hugo Surgical, на опытных образцах которой

довелось поработать. Это интуитивно-управляемый хирургический робот с обратной связью, который очевидно приживётся в детской хирургии. Остаётся лишь дождаться, когда он будет сертифицирован и получит регистрационное удостоверение в Российской Федерации.

Однако выпуском «детского» инструментария занимается пока лишь часть разработчиков роботов. Остальные считают, что потребность в нём не столь велика, как в инструменте для взрослой хирургии, поэтому производство не будет прибыльным.

– А как это коррелирует с вашим прогнозом о том, что робот-ассистенция будет активно развиваться именно в хирургии детского возраста? Ведь для бизнеса всегда прибыль на первом месте.

– Аналогичную историю мы пережили в своё время с инструментами для лапароскопии. Лет 10 назад компания KARL STORZ решила, что производить хирургические инструменты диаметром 3 мм ей невыгодно. Тогда 15 мировых лидеров детской эндоскопической хирургии написали коллективное письмо в эту компанию с просьбой возобновить производство. К счастью, владельцы бизнеса нас поняли, и в убыток себе компания до сих пор выпускает такие инструменты. Думаю, можно аналогичным способом попытаться убедить в важности особо тонкого инструмента и производителей роботизированной техники.

Ожидание сроком 15 лет

– Ваше непосредственное знакомство с роботической платформой состоялось где и при каких обстоятельствах? И сколько времени понадобилось, чтобы уговорить руководство Иркутской области купить столь дорогостоящее оборудование в детскую больницу?

– Пятнадцать лет прошло от идеи до её реализации. Впервые я увидел роботическую систему в Пресвитерианском госпитале в Нью-Йорке. Меня привели в лабораторию, где хирурги отрабатывали навыки роботических операций на лабораторных животных, и мне

тоже разрешили сесть за консоль. Потом во время командировки в Германии я оказался в одной из клиник, руководитель которой, как оказалось, был обо мне наслышан. Мы в своей больнице прооперировали ребёнка по поводу атрезии пищевода с наложением анастомоза. Немецкий профессор был очень удивлён тому, что в Германии такие операции не делают, а где-то в Сибири могут. И вот этот иркутский хирург случайно оказался в его клинике. В общем, мне не только показали роботическую платформу, но и позволили посидеть за консолью, подвигать рычагами управления.

Ну а затем произошло ключевое событие. Меня пригласили в Москву посмотреть демонстрационную модель новой роботизированной платформы Versius, которая только-только появилась в мире. Я приехал, посмотрел, попробовал и понял, что это – моё. В течение целого года каждые выходные летал в Москву, чтобы тренироваться сначала в симуляционном классе на виртуальных моделях, затем на моделях органов, отпечатанных на 3D-принтере. В один прекрасный момент мне в голову пришла дикая идея: а что, если привезти этот демонстрационный образец роботической платформы в Иркутск на конгресс «Звёзды детской хирургии на Байкале» и дать возможность всем участникам попробовать себя в качестве роботического хирурга? В итоге мы поехали ещё дальше: привезли платформу и поставили её на первом этаже здания администрации Иркутской области, чтобы чиновники, которые отвечают за принятие социально значимых решений, могли посмотреть на это чудо техники, присесть за консолью и подвигать джойстики.

– Сработало?

– Ещё как! Губернатор региона Игорь Кобзев – прогрессивный человек, который с трепетом относится к медицине вообще, а к нашей больнице особенно, – мне тогда сказал: «Предстоит встреча с руководством «Газпрома», давай я поговорю о покупке робота для ИГОДКБ?». А через пару дней он мне позвонил и сказал, что нас поддержали. Не могу передать словами, какие эмоции я тогда испытал!

После этого всё произошло очень быстро, в течение трёх месяцев данный проект был проинвестирован. Поскольку к тому моменту я уже был готов оперировать, мы быстро обучили ассистентов хирурга и операционных медсестёр и практически сразу начали работать на «роботе». Днём рождения детской робот-ассистированной хирургии в России стало 6 декабря 2022 г. В первый день мы выполнили две операции, затем на протяжении двух дней ещё пять. Это самый быстрый старт детской роботизированной хирургии в мире, никто больше, чем мы, не выполнял операций за первые три дня работы на роботе. Наши американские и европейские коллеги, узнав об этом, сказали, что наша больница – чемпион.



В настоящее время мы работаем в рамках международных клинических испытаний, поддержанных Росздравнадзором. Поскольку данная модель роботической платформы ещё не сертифицирована для применения в детской хирургии, больница как раз накапливает материал, необходимый для получения такого разрешения. Иными словами, всё, что мы сейчас делаем, – это первые операции у детей на данной модели робота не только в нашей стране, а в мире.

Не так страшен «робот», как сам страх

– Насколько сложнее обучать работать на роботической системе, чем на обычной лапароскопической? Думаю, многих хирургов пугают трудности освоения столь сложной техники.

– По опыту нашей команды могу сказать, что освоение робот-ассистенции проходило более гладко, чем в своё время освоение эндовидеохирургии. Одно из достоинств робот-ассистированной хирургии – кривая обучения здесь короче. Я читал об этом в публикациях, теперь убедился лично.

К примеру, самая частая в мире роботическая операция, которая выполняется детям, – пиелопластика, то есть восстановление проходимости пиелоретерального сегмента при гидронефрозе. Их проводится около тысячи ежегодно. Мы выполнили 15 процедур, и постепенно от первого к пятнадцатому случаю длительность операции уменьшается, сокращается время пребывания пациентов в палате интенсивной терапии и стационаре. Это как раз доказывает, что робот-ассистированной хирургии не так уж сложно научиться. Известно: чтобы добиться максимально высоких результатов пиелопластики при обычной лапароскопии, врачу необходимо выполнить не менее 20–25 операций, а с помощью «робота» – 10.

Первая публикация о применении «роботов» в детской хирургии появилась в 2001 г., речь шла об операции «фундопликация по Ниссену», которую легко можно выполнить лапароскопически. Сравнили: нет разницы во времени выполнения основного этапа операции тем и другим способом. Следовательно, резерв сокращения общего времени операции в роботической хирургии находится на этапе инсталляции платформы. По собственному опыту могу сказать, что, когда мы инсталлировали манипуляторы во время первых операций, нам требовалось на это 30–40 минут, а сегодня рекордное время – всего 7. Таким образом, кривая обучения, которая составила 50 процедур, позволила нам сократить столь затратный по времени этап роботической процедуры.

Как часто бывает с новыми технологиями и устройствами в хирургии, их применение в детской практике тормозится именно из-за страха и скепсиса тех, кто считает, что это невыполнимо. Когда я внедрял в регионе малоинвазивную хирургию новорождённых и детей первого года жизни, мне говорили, что для данной категории пациентов не существует альтернативы открытой хирургии, потому что слишком маленькие размеры тела. А что сегодня? Открытая хирургия в отношении детей – это позавчерашний день.

– Кроме более короткой кривой обучения, какие у робот-ассистированной хирургии преимущества перед стандартной лапаро- и торакоскопией? «Взрослые» хирурги говорят, что клинические результаты абсолютно сопоставимы при более высокой стоимости лечения.

– Действительно, нет смысла развивать те направления медицины, которые менее эффективны, чем прежние. И всё-таки в отличие от взрослой хирургии в детской преимущества робот-ассистенции более заметны.

Существует два показателя, по которым оценивают и сравнивают

операции, выполненные тем или иным способом, – безопасность и эффективность. В плане безопасности роботические операции имеют явное преимущество за счёт большого количества контрольных систем. Когда мы устанавливаем манипуляторы, прежде чем начать операцию, то ориентируемся на чек-лист, не пройдя который, ты не сможешь приступить к выполнению вмешательства.

Далее, робот-ассистированная хирургия избавила маленького пациента от негативных эмоций. Ребёнка забавляет, когда говоришь, что оперировать его будет робот. В этом есть игровой момент, очень важный для позитивного психологического настроения детей.

Что касается эффективности, в детской практике робот-ассистированная хирургия показывает лучшие клинические результаты при выполнении повторных вмешательств, когда после предшествующих операций мы имеем дело с изменённой анатомией, нарушенным кровоснабжением органов. Видеоопровождение, которым оснащена роботическая платформа, даёт хирургу более высокую визуализацию в невидимых анатомических пространствах, обеспечивает контроль кровотоковости.

– А как насчёт высокочастотности операций? Вы как главный врач не испытываете чувства вины за то, что как хирург вынуждаете больницу делать такие расходы, хотя могли бы оперировать как все, по старинке?

– О финансовой стороне робот-ассистированной хирургии обычно говорят, как о негативной, перекрывающей все плюсы. В то же время последние исследования, информация о которых мы получаем, показывают, что при выполнении сложных хирургических вмешательств с использованием роботической платформы прямые затраты на лечение больных снижаются на 10–11%. За счёт чего? За счёт сокращения длительности пребывания пациента в ОРИТ и вообще в стационаре, снижения вероятности присоединения внутрибольничной инфекции, которую затем тоже надо будет лечить. Наконец, оказалось, что по сравнению с лапароскопией, болевой синдром после робот-ассистированной операции гораздо менее выражен. Это было доказано методом подсчёта доз обезболивающих препаратов, которые назначаются после тех и других оперативных вмешательств, а также методом определения активности медиаторов боли – интерлейкинов, концентрации в крови кортизола и других стресс-агентов.

– Вы тоже пришли к таким выводам?

– Мы только ещё накапливаем опыт и анализируем все – клинические, экономические – результаты первых пятидесяти операций, пишем статьи.

Вы правы, всё упирается в экономику здравоохранения: высокая стоимость собственно роботизированной платформы, плюс расходы на её техобслуживание, плюс дорогостоящие инструменты, рассчитанные всего на несколько применений. Как правило, главный аргумент против «робота» в детской хирургии такой: хирургическая заболеваемость у детей значительно ниже, чем у взрослых, зачем же тратить деньги на покупку дорогостоящего оборудования, если оно, скорее всего, никогда не окупится? Но, позвольте спросить, зачем тогда оснащать детские больницы дорогостоящими томографами, если можно обойтись недорогими ультразвуковыми аппаратами? Мне, как детскому врачу, не нравятся такие разговоры. Всё самое лучшее, что есть в мировой медицине, должно служить детям, и цена вопроса не может нас ограничивать.

Вообще значение денег в теме робот-ассистированной хирургии сильно преувеличено. С появлением новых моделей стоимость роботических платформ снижается, как и стоимость инструментария. Сегодня их цена в два раза ниже, чем на прежнюю модель робота. И та-

риффы ОМС на некоторые операции из категории высокотехнологичной медицинской помощи, в частности, удаление опухолей брюшной полости, опухолей почек, уже могут покрывать стоимость комплекта роботических инструментов.

Во взрослой хирургии робот-ассистированные операции легко переводятся в категорию платных услуг, и пациенты готовы оплачивать лечение. В детской хирургии это недопустимо. Наши зарубежные коллеги придерживаются такой же позиции, но там тоже государство не готово брать все расходы на себя. Они нашли выход в сотрудничестве с благотворительными фондами. Оказалось, это вполне неплохо работающий механизм, позволяющий обеспечивать потребность детского населения в роботических операциях.

От ноля и меньше

– Какой именно детский возраст наиболее благодатен для выполнения малоинвазивных операций с помощью роботизированной платформы – период новорождённости или, напротив, ближе к 18 годам?

– Мы оперируем по всей возрастной линейке. Но чем меньше ребёнок, тем сложнее операция. Был этап, когда я показывал коллегам свои успехи в выполнении минимально инвазивных операций у детей первого года жизни, в том числе новорождённых и недоношенных. Это особая хирургия в силу малых размеров анатомического пространства. Потом показалось, что пора сделать следующий шаг – в сторону внутриутробной, точнее, фетоскопической хирургии. И мы выполнили операцию по поводу спинно-мозговой грыжи у плода без рассечения матки, там наш пациент был ещё меньше, его вес составлял 600 граммов.

Но теперь я чётко понимаю, что пытаться научить этому большое число хирургов, – ненужная затея. Технологические прорывы, в том числе робот-ассистированная хирургия, требуют от врача невероятной концентрации и очень большого предшествующего опыта лапароскопической хирургии. По моему мнению, роботические хирурги – не массовая профессия, как и космонавты. При всём уважении к коллегам, эта область лишь для небольшого круга специалистов. Именно мощный опыт видеозондоскопии позволяет чувствовать себя достаточно свободно при выполнении робот-ассистированных процедур.

– Юрий Андреевич, по вашему, учитывая все объективные сложности, сколько роботизированных хирургических платформ нужно для отечественной детской хирургии, чтобы доступность такого лечения была максимальной? Нужен ли робот в каждом регионе, или достаточно одного в Иркутске и второго – где-то в западной части России?

– Двадцать лет назад этот же вопрос обсуждали на старте внедрения лапароскопии в детской хирургии. Тоже полагали, что иметь эндовидеохирургические стойки должны только высокопоточные клиники. Но сегодня почти в каждом детском хирургическом стационаре есть оборудование для малоинвазивной хирургии.

В отношении роботических платформ продвижение не будет столь же быстрым. Думаю, что вероятность их появления в регионах обусловлена экономической моделью того или иного субъекта Федерации и наличием там высокопоточных стационаров с хорошо развитой малоинвазивной хирургией. Чтобы внедрение робот-ассистенции было оправданным, хирург должен выполнять не менее 50 операций в год, то есть не менее одной в неделю.

Беседу вела Елена БУШ, обозреватель «МГ».



Особый случай

Высокие технологии дарят надежду

Врачи Приволжского окружного медицинского центра ФМБА России смогли вылечить пациента с изначально неоперабельной формой рака

Онкологи Приволжского окружного медицинского центра (ПОМЦ) Федерального медико-биологического агентства смогли вылечить, как считалось, неизлечимо больного пациента из Республики Мордовия, страдавшего IV стадией колоректального рака с метастазами в печени. Достичь такого результата удалось благодаря использованию высокотехнологичных методов лечения, начиная с классической хирургии и онкологии и заканчивая интервенционными и лапароскопическими методами.

По месту жительства пациенту была выполнена паллиативная операция по удалению опухоли кишечника, после чего он был направлен в ПОМЦ для решения вопроса о возможности лечения метастатического поражения печени. Обширность образований, множественность поражения, а также сложность течения самого онкологического заболевания не позволяли решить проблему одномоментно. Поэтому на первом этапе рентген-хирурги ПОМЦ выполнили пациенту редукцию печёночного кровотока (химиоэмболизацию печёночной артерии и эмболизацию правой ветви воротной вены), что позволяет стимулировать регенерацию паренхимы печени и дорастить здоровую часть органа до размера, необходимого для безопасного удаления метастатического поражения.

Далее – впервые в Нижегородской области – пациенту была проведена лапароскопическая правосторонняя портальная гемигепатэктомия правой доли печени. Операцию проводил хирург отделения абдоминальной онкологии ПОМЦ Николай Бобров. Через небольшие проколы (от 0,5 до 1,5 см) с помощью специального ультразвукового скальпеля и электроинструментов под видеозондоскопическим контролем было выполнено обширное резекционное вмешательство. Обычно такие операции проводятся открытым доступом (через разрез передней брюшной стенки). Это связано с технической сложностью вмешательств из-за активного кровоснабжения органа, в том числе вследствие предшествующей стимуляции регенерации тканей, образования новых сосу-

дов, увеличения печени в размерах из-за наличия патологических образований и сложной анатомии органа. По сравнению с традиционным подходом лапароскопический малоинвазивный доступ позволяет избежать дополнительной травматизации пациента и тем самым значительно облегчает течение послеоперационного периода. Для извлечения удалённого фрагмента печени используются прежние послеоперационные рубцы, а при их отсутствии – небольшой разрез, который пациент в будущем сможет прятать под нижним бельём. Таким образом удалось добиться хорошего косметического эффекта. Данная методика также позволяет снизить объём кровопотери во время операции, существенно уменьшить выраженность болевых ощущений в послеоперационном периоде, избежать послеоперационных осложнений.

Впервые осуществлённая таким методом резекция печени прошла успешно и обеспечила не только безопасный послеоперационный период без хирургических и анестезиологических осложнений, но и хороший онкологический прогноз. В течение полугода пациент наблюдался в ПОМЦ ФМБА России, получая при этом по месту жительства адьювантную химиотерапию, которая закрепила эффект операции. Сейчас у пациента отсутствуют признаки онкологического заболевания (биохимического и инструментально рецидив заболевания не определяется). Не менее важно и то, что пациент теперь может жить без дополнительной лекарственной терапии, и требуется лишь динамическое наблюдение.

Проведённое комплексное лечение с использованием малоинвазивных и гибридных технологий помогло справиться с неблагоприятным онкологическим прогнозом и обеспечить высокое качество жизни пациенту. Данный клинический случай демонстрирует возможности современных высокотехнологичных медицинских методов и дарит надежду тем пациентам, которые большинством клиник всё ещё признаются неоперабельными. Так, на стыке технологий рождаются новые прорывные идеи на благо жизни и здоровья каждого пациента.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

АКЦИЯ!

«МГ» через редакцию

С 4 октября по 15 ноября пройдут недели льготной подписки. За это время можно получить максимальную скидку в размере 10% на редакционную подписку. К сожалению, услуги почты, полиграфии, хозяйственные расходы возрастают. И как бы ни хотелось сделать газету более доступной – это непросто, но мы стараемся.

Оставить заявку на оформление подписки можно по следующим адресам электронной почты:
mg.podpiska@mail.ru,
mg-podpiska@mail.ru

Контакты издательского отдела «МГ»:
8 (495) 608-85-44, 8 (916) 271-08-13.



«Живой» опыт

Главной отличительной чертой ЕАКО многие называют организацию секции «живой хирургии», которая традиционно включает разные разделы. В этом году операции транслировались в главный зал из операционных Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», их выполняли не только специалисты клиники, но и ведущие хирурги из Москвы и Санкт-Петербурга.

По словам О.Шиловских, участвовать в подобных мероприятиях могут лишь хирурги экстра-класса, способные контролировать свои эмоции и подробно комментировать каждый шаг операции, даже если возникают какие-то трудности. Ведь именно в этом значимость подобных сеансов: не только в возможности познакомиться с новыми технологиями, но и что-то для себя уточнить, напрямую задавая вопросы выполняющим вмешательства.

Так было и во время демонстрации хозяевами конференции эндоскопической дакриоцисториностомии при патологии слёзного мешка.

«Раньше эти операции показать коллегам было проблемно – визуально ничего не видно, – рассказывает Олег Владимирович. – Мы кардинально изменили эти технологии. В нашем новом оперблоке окулопластической хирургии, открытом в 2021 г., мы используем холодную плазму, специальные ультразвуковые ножи, которые позволяют не травмировать мягкие ткани и работать только с костью. В результате ранее очень травматичная операция, во-первых, стала бескровной; после неё, как говорится, человек «встал и пошёл». Во-вторых, она сократилась по времени практически в два раза и сейчас занимает минут 40, что существенно и для врача, и для находящегося в состоянии наркоза пациента. Я считаю, это прорыв. Технология запатентована. На IX ЕАКО мы продемонстрировали её впервые. Ведь теперь на показательной хирургии все видят зону операции.

Участнику секции «Живая хирургия», начальнику кафедры офтальмологии Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова – главному офтальмологу Министерства обороны РФ, главному специалисту Комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, доктору медицинских наук, профессору, заслуженному врачу РФ Алексею Куликову понравилась ещё одна продемонстрированная екатеринбуржцами операция: уникальная авторская методика закрытия макулярных разрывов сетчатки.

В свою очередь его кафедра представляла на секции технологию экстрасклерального кругового пломбирования.

«Это довольно старая операция, которая отчасти вытесняется новыми технологиями, но мы хотели показать, что она всё же не утратила своей актуальности, и при некоторых формах отслойки сетчатки может быть полезной: либо как сама по себе, либо как дополнение к более современным технологиям», – говорит он.

В целом «живая хирургия», по мнению петербургского гостя, это один из самых сложных и интересных форматов, которые могут быть реализованы на медицинских конференциях.

Такого же мнения практически все участники мероприятия, подчёркивающие: данная секция стала настоящим украшением ЕАКО.

Нестандартные закономерности

Пожалуй, не меньше обсуждались участниками и доклады, прозвучавшие на секции «Нестандартная хирургия». В чём же её особенность?

«Офтальмологические хирургические вмешательства обычно высоко стандартизированы, они имеют определённую этапность; последовательность действий хирурга понятна и отработана, – поясняет

Лучших специалистов России и многих других стран собирает в Екатеринбурге с 1998 г. Евро-Азиатская конференция по офтальмохирургии (ЕАКО). Традиционно она проходила один раз в три года. Этот порядок нарушила пандемия COVID-19. Разрыв составил пять лет, поэтому на состоявшейся в сентябре 2023 г. IX конференции радость встречи друг с другом, возможность обсуждения насущных проблем и обретения нового опыта была особенно сильной.

Как отметил заместитель генерального директора по научно-клинической работе Национального медицинского исследовательского центра МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор Александр Дога, «все соскучились по реальному общению, поэтому поговорить с коллегами, посмотреть на «живую» хирургию, послушать о результатах применения нового оборудования, которое появилось в стране, – дорогого стоит».

Тем более что организатор ЕАКО – Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза», как всегда, оказался на высоте. В этот

раз мероприятие проходило в Культурно-выставочном комплексе «Синара-Центр» – восстановленной и реконструированной великокопной постройке первой трети XIX века – бывшем госпитале Верх-Исетского металлургического завода, где в том числе проводили операции на глазах. Посетивший госпиталь Александр I, говорят, похвалил и место, и, как мы сейчас говорим, уровень оказания медицинской помощи. В раскинувшихся во дворе «походных шатрах» конференции все три дня работала специализированная медицинская выставка, в которой приняло участие 33 компании. А вокруг здания – парки, кафе, магистрали, словно призывающие к знакомству с 300-летним Екатеринбургом.

Собственно, с рассказа о столице Урала и началась конференция. В небольшой фильм вошли все знаковые места, которые наполняют гордостью сердца екатеринбуржцев и вызывают восхищение приезжих. Но деловые люди ценят время: сразу после просмотра фильма генеральный директор Екатеринбургского центра МНТК «Микрохирургия глаза», главный офтальмолог Минздрава Свердловской области, заслуженный врач РФ Олег Шиловских объявил IX ЕАКО открытой.

Ориентиры

Подходы разные, дело – общее

IX Евро-Азиатская конференция по офтальмохирургии прошла в дискуссионном формате



На секции по хирургии глаукомы

заместитель генерального директора по научной работе НИИЦ МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, председатель Общества офтальмологов России, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ Борис Малюгин. – Поэтому чаще всего случаи нестандартной хирургии связаны с состоянием пациента, наличием у него какой-то сопутствующей патологии. Например, есть просто возрастная катаракта, а есть такая же, но на фоне глаукомы, или близорукости высокой степени, или посттравматических поражений глазного яблока, или патологии заднего отрезка глазного яблока и т.п., и это вызывает определённые изменения в тканях глаза, которые делают хирургию идущей не по плану». Однако Борис Эдуардович тут же добавляет: для многих внеплановых случаев, возникающих во время течения операций, тоже существует план.

«Есть некий набор устройств, инструментов и приёмов, которые мы используем в достаточно часто встречающихся нестандартных ситуациях, и такой набор должен быть в арсенале каждой операционной, – подчёркивает он. – Но бывают редчайшие случаи, когда трудно что-то предсказать и предотвратить. И здесь, как говорил кто-то из светил медицины, явственным ста-

новится отличие просто хорошего хирурга от блестящего: последний способен без осложнений выходить из самых неожиданных ситуаций.

Б.Малюгин отмечает: конечно же, проще, когда врачи видят особенности пациента и понимают, с чем можно столкнуться. Но часто бывает, что непредвиденная ситуация возникает непосредственно во время операции, и надо срочно принимать какие-то решения. Они могут быть глобальными, а могут и «маленькими», сугубо практическими, как то: применение определённых технических или хирургических приёмов, использование того или иного инструмента, способ его введения и т.п.

И обмен опытом в данном случае очень полезен: ведь в зале находятся и специалисты, ранее сталкивавшиеся с самыми разными сложными проблемами, и те, кто, возможно, никогда о подобных случаях не слышал. И когда нынешнему молодому хирургу встретится один из этих 15 случаев, которые мы обсудили, ему не нужно будет для решения задачи иметь 15 лет опыта, он его получил за 3 часа. Может быть, ему вообще не придётся что-то подобное увидеть. Но если придётся, он вспомнит, как нужно поступать в подобной ситуации.

Что интересно: при обсуждении нестандартной хирургии, как и

на других секциях, реализовался девиз IX ЕАКО: «Дискуссионные вопросы современной офтальмохирургии». Ведь даже в самых сложных ситуациях могут быть альтернативные пути достижения результата, когда врач говорит: я сделал так, но, наверно, можно было бы и иначе.

«Разнообразие может дезориентировать молодых хирургов, поэтому им важно услышать специалиста, который уже из десятка вариантов выбрал оптимальный, – говорит Б.Малюгин. – Таким образом, можно преодолеть годы накопления опыта, словно на машине времени. Более того: образовательный компонент секции даёт широту взглядов всей аудитории».

По словам председателя российского Общества офтальмологов, данная секция, появившаяся более 20 лет назад на Всероссийской конференции «Современные технологии хирургии катаракты», с каждым годом набирает популярность. Её ценность ещё и в том, что с докладами могут выступать и молодые врачи, готовые опи-

сать интересные, нестандартные, сложные случаи из практики и как они с ними справились. Это может быть воспринято как аксиома, а может стать полем для настоящих дискуссий.

Практически каждый из тех, кто делал сообщения о редких клинических случаях, получал какие-то рекомендации и из президиума, и из зала.

Во время конференции проводилось интерактивное голосование, в ходе которого участники выбирали лучшие доклады на каждой секции. Это позволяло активно вовлечь аудиторию и предоставить им возможность выразить своё мнение по поводу презентаций, которые они считали наиболее интересными и значимыми.

Такая практика голосования не только способствовала формированию рейтинга лучших докладов, но и стимулировала участников быть более внимательными к презентациям и активно обсуждать представленные исследования и результаты. Это поддерживало динамичную и полезную атмосферу на конференции и способствовало обмену знаниями и опытом между профессионалами в области офтальмологии.

Улучшить природу

Организаторы Евро-Азиатской конференции ставили своей задачей охватить все разделы офтальмохирургии, такие как катарактальная, витреоретинальная и рефракционная хирургия, хирургия



На медицинской выставке в рамках конференции



Лучшие доклады были отмечены призами

глаукомы, использование лазерных технологий и многое другое. И на каждой секции были доклады, которые не только привлекали внимание участников, но и вызвали бурное обсуждение.

Сопредседательствующего на секции витреоретинальной хирургии проректора по лечебной работе Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Минздрава России, академика РАН Христо Тахиди трудно назвать гостем Екатеринбурга в целом и местного центра МНТК «Микрохирургия глаза» в частности. Он здесь учился и преподавал в медицинском вузе, после чего стал первым директором центра, отмечающего в этом году своё 35-летие.

«По мере «взросления», а это уже девятая встреча, Евро-Азиатская конференция стала интереснее, богаче, глубже. Сегодня она включает в себя десятки секций по разным направлениям лечения глаз, и на каждой выступает настоящее созвездие специалистов, которые влюблены в свою профессию, заряжены энергетикой создания чего-то необычного, важного и хорошего в помощь больному. Именно эту задачу мы и преследовали много лет назад, когда организовывали первую конференцию ЕАКО», — поделился впечатлениями Христо Периклович.

На данной секции обсуждались варианты хирургии патологии сетчатки и стекловидного тела на примере различных клинических случаев.

«Я был приятно удивлён тем, что подросло новое поколение специалистов витреоретинальной хирургии, которые владеют современными подходами и мыслят совершенно неординарно, имеют самостоятельный взгляд на эту достаточно новую и сложную область хирургии глаза», — говорит Христо Периклович. — Сравнительно недавно витреоретинальной хирургией занимались единицы, а сегодня она всё больше внедряется в практику. Раньше на подобных секциях выступали только представители старшего поколения. А сейчас мы смогли убедиться, что подросла достойная смена. Без такого глубокого самостоятельного подхода, какой есть у этих ребят, развития быть не может».

На секции рефракционной хирургии, сопредседателем которой был профессор А.Дога, обсуждались проблемы возвращения зрения максимально активной группе населения — молодёжи. При этом большое внимание уделялось вопросам безопасности и эффективности лазерной хирургии.

«Пациенты сегодня очень требовательны, — подчёркивает Александр Викторович. — Они хотят получить стопроцентное зрение, причём уже «завтра», не желая выпадать из активной общественной жизни. И нынешний уровень рефракционной лазерной хирургии полностью соответствует этим требованиям. Благодаря максимальной автоматизации процесса и высокому уровню офтальмохирургов операции выполняются быстро и чётко, а осложнения практически минимизированы». По его словам, российскую техноло-

гию эксимерлазерной коррекции создали в МНТК в 1989 г., но она за эти годы изменилась настолько, что уже можно говорить не просто о возвращении части зрения, а зачастую о вероятности сделать зрение лучше, чем пациенту исходно дала природа.

Тематика секции окулопластической хирургии носила, по словам самих участников, сборный характер. Обсуждались эстетическая хирургия в офтальмоонкологии и тактика лечения пациентов с экзофорией; особенности лечения дакриоцистита новорожденного и травматическое косоглазие; устранение осложнений после блефаропластики, рецидивы облитерации слезоотводящих путей и т.п.

«Обычно на наших специализированных конференциях доклады разделяются по темам: где-то «веки», где-то «орбита», где-то — эстетика, где-то — слезный аппарат, — говорит заведующий отделом реконструктивно-восстановительной и пластической хирургии НМИЦ МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, доктор медицинских наук, профессор Михаил Катаев. — Но в данном случае собраны воедино представления совершенно разных людей, из разных клиник и на разные темы оказались очень интересными. Они обрисовали общую картину того, где мы находимся, что вообще происходит в нашей специальности, на что врачи ориентируются, как решают проблемы. При этом вскрываются вещи, которые явно надо менять, или которые надо принять, чтобы правильно двигаться в нужном направлении».

Михаил Германович на ЕАКО четвёртый раз, поэтому может сопоставлять нынешнюю конференцию с предыдущими. Помимо всего прочего IX ЕАКО отличается и гораздо меньшее число зарубежных коллег. Но он не считает это недостатком. На конференцию съехались более 1000 участников из 39 регионов страны.

«Конечно, хочется знать, что делается в других странах, но это можно почерпнуть из повесток мероприятий, которые проводятся за границей, — отмечает М.Катаев. — Нам сейчас намного важнее то, что происходит в России; всё, что мы сами предлагаем и делаем. И должен сказать: наши решения ничуть не хуже, чем иностранные. В зарубежной офтальмологии боль-

ше внимания уделяется тонкой диагностике, генетическим и биохимическим исследованиям. Что же касается практической стороны, не думаю, что она у нас отстаёт».

При этом всех своих коллег М.Катаев считает членами одной большой команды. И какие бы дискуссии ни разгорались на секциях, все так или иначе сходятся в едином мнении: самое главное — оказать пациенту реальную помощь.

К IX ЕАКО Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» выпустил интерактивное издание: «Нестандартная хирургия переднего отрезка глаза». В нём собраны технологии выполнения редких, а то и вовсе уникальных операций, разработанные и запатентованные специалистами центра. Эти технологии легли в основу многих диссертационных работ, но самое главное: они на практике доказали свою новизну и эффективность. В этом может убедиться каждый офтальмохирург, ознакомившись с данным изданием: ведь достаточно «считать» QR-код, и можно

Владимирович, в «закадровом» общении. Работа секций была организована так, что в конце обязательно оставалось время для обсуждения, обмена мнениями и взглядами. И в них участвовали не только корифеи, известные учёные и практики. Например, у поликлинического врача из Ханты-Мансийского автономного округа — Югры было столько вопросов к иркутскому профессору Татьяне Юрьевой, что они продолжились общаться и во время перерыва.

В основном обсуждались нюансы подходов к самым тяжёлым случаям, по поводу которых существует не одно мнение, и когда кто-то предлагал решение, другие специалисты начинали озвучивать свои варианты. Так, серьёзная дискуссия развернулась на секции катарактальной хирургии по поводу того, как подшивать интраокулярную линзу в отсутствие капсулы хрусталика — к склере или радужке. По словам сопредседателя секции директора Уфимского НИИ глазных болезней Башкирского государственного медицинского университета Минздрава России, первого заместителя председателя Общества офтальмологов России, члена-корреспондента Академии наук Республики Башкортостан Мухаррама Бикбова, подобные жаркие споры — это здорово, потому что на самом деле истина оказывается посередине. Невозможно «за-

и мало кто знает, как провести эффективное лечение.

«В итоге по каким-то вопросам появилась ясность, по каким-то пришли к общему мнению, — комментирует О.Шиловских. — И это мнение потом обязательно войдёт в клинические рекомендации для всех, поскольку они должны создаваться именно на таких площадках, коллегиально».

«Основная цель любой конференции, съезда, симпозиума и т.п. — это когда участники уходят не только с ответами, но и вопросами, — утверждает один из докладчиков секции «Офтальмоанестезиология», руководитель службы анестезиологии и реанимации московской клиники «Окомед» Сергей Вишневский. — Основная цель таких мероприятий — не рассказать о том, какой ты хороший, а поделиться своими технологиями, достижениями и принести в свои клиники, организации, институты новшества, которыми поделились другие».

И что особенно важно: в результате подобного обмена научными знаниями, наблюдениями, мыслями ранее незнакомые между собой люди, живущие в городах, расстояние между которыми достигает тысяч километров, создают какую-то совместную программу и успешно её реализуют на благо пациента.

Как же удаётся выдержать такой формат, как «дискуссионный клуб»?



О.Шиловских знакомит коллег с атласом — новым изданием клиники

в видеозаписи посмотреть интересующую его операцию.

Генеральный директор центра О.Шиловских отмечает: такой атлас особенно интересен не столько начинающим врачам, сколько состоявшимся профессионалам, которые в своей работе уже сталкивались с подобными сложными операциями. Следующий атлас будет посвящён заднему отрезку глаза. Здесь у екатеринбургских офтальмохирургов тоже немало идей, подходов и патентов.

Дискуссионный клуб

О.Шиловских надеется, что география участников вновь станет прежней и онлайн-конференции «канут в лету». «Я давно стал противником онлайн-конференций, — говорит он. — Считаю, что они не способны заменить очных встреч, энергетику живого общения».

И уж тем более невозможно себе представить «дискуссионный клуб», как образно назвал его Олег

цикливаться» на одной методике: всё должно быть индивидуально, применительно к конкретному пациенту.

Именно к такому выводу и пришли участники дискуссии.

Мухаррам Мухтарамович отмечает, что для него открытием стал доклад о применении кератопротезов, разработанных в МНТК «Микрохирургия глаза» в Москве, благодаря чему появилась возможность возвращать зрение незрячим пациентам. Башкирские офтальмологи сразу приняли решение эту методику внедрить у себя в республике. Сами же они делились и хирургией катаракты, и подшиванием искусственного хрусталика.

Доклад директора Уфимского НИИ глазных болезней был посвящён хирургическим методам лечения достаточно редких дистрофических заболеваний роговицы, которые встречаются менее чем у 1% населения. Поэтому большинство офтальмологов не знают, как правильно поставить диагноз,

Даже те, кто ставит подобную задачу (что бывает не часто), крайне редко достигают цели.

Оказывается, секрет прост: необходимо выбрать правильное количество докладов и строго придерживаться регламента. О.Шиловских отмечает: да, непросто отказывать коллегам, жаждущим выступить на конференции. Но если перегрузить программу, времени на обсуждение докладов не останется.

Что же касается содержательной части дискуссий, то здесь никого не надо «шевелить», скорее, приходится останавливать. В том числе из-за того же регламента: его необходимо было соблюдать не только из уважения к коллегам, но и потому, что каждый день заседаний заканчивался прекрасной культурной программой.

Это и великолепный концерт Уральского академического филармонического оркестра под руководством народного артиста России Дмитрия Лисса, и вечер отдыха для нескольких сотен человек, украшением которого стало выступление музыкального ансамбля екатеринбургской «Микрохирургии глаза», восхитившего гостей из разных городов страны и ближнего зарубежья.

Что интересно: даже здесь, за банкетными столами, в антракте концерта, по пути в гостиницу, в обеденные перерывы специалисты без устали обсуждали важные для них профессиональные вопросы, спорили, соглашались, делились опытом. И то, что конференция стала ещё и праздником общения, — возможно, как раз и следует считать её главным достижением.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ»,
Москва —
Екатеринбург.



Культурная программа конференции включала вечер с филармоническим оркестром

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 39 (2399)

Ожирение – это хроническое заболевание, характеризующееся избыточным накоплением жировой ткани в организме, представляющим угрозу здоровью, и являющееся основным фактором риска ряда других хронических заболеваний, включая сахарный диабет 2-го типа (СД-2) и сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ).

Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Ожирение является многофакторным заболеванием, в формировании которого, помимо дисбаланса между потреблением и расходом энергии, участвуют различные нейрогуморальные механизмы и факторы внешней среды. Высококалорийное питание и малоподвижный образ жизни занимают важнейшее место среди причин развития ожирения. Доказано, что индекс массы тела (ИМТ) зависит от наследственных факторов на 40-70%, идентифицировано множество генов, кодирующих работу тех или иных звеньев регуляции массы тела и обмена веществ. В то же время высокие темпы распространения ожирения за последние 30 лет в основном связаны с культурными и экологическими изменениями. Высококалорийная диета, увеличение размера порций, нарушенный суточный ритм приема пищи, малоподвижный образ жизни, хронический стресс, а также все более часто диагностируемые расстройства пищевого поведения являются основными факторами, способствующими развитию ожирения, то есть наследственная предрасположенность к развитию ожирения реализуется под воздействием вышеуказанных факторов.

Доказано, что в патогенезе ожирения важную роль играют как гормональные и нейротрансмиттерные нарушения в работе оси «кишечник-головной мозг», так и кишечная микробиота, количественные и качественные изменения состава которой могут приводить к развитию бактериальной эндотоксемии. Вышеперечисленные факторы способствуют структурным изменениям жировой ткани (гипертрофии и гиперплазии адипоцитов, развитию хронического воспаления) и изменению ее секреторной функции (например, в продукции адипокинов). В свою очередь хроническое воспаление жировой ткани лежит в основе патогенеза инсулинорезистентности. Роль термогенеза бурой жировой ткани и ее вклад в расходование энергии исследуются главным образом с позиции разработки стратегий по стимуляции роста и активации бурых адипоцитов в качестве профилактической и лечебной меры для контроля веса при ожирении.

Ожирение может быть самостоятельным заболеванием либо синдромом, развивающимся при других заболеваниях. Ожирение и ассоциированные с ним метаболические нарушения являются актуальной проблемой современной медицины, поскольку приводят к развитию целого ряда тяжелых заболеваний. Наиболее значимыми из них являются СД-2, ССЗ, онкологические заболевания, остеопорозы и др.

ССЗ занимают лидирующее место среди причин смертности в развитых и многих развивающихся странах. Показано, что ключевую роль в развитии факторов риска ССЗ (дислипидемии, артериальной гипертензии (АГ), нарушений углеводного обмена) играет абдоминальное ожирение, которое является самостоятельным фактором риска развития СД-2 типа и ССЗ.

Данные клинические рекомендации посвящены первичному ожирению. Патогенез, эпидемиология, особенности клинической картины и лечения вторичного ожирения, когда оно является симптомом какого-либо другого заболевания, рассматриваются в соответствующих клинических рекомендациях и источниках литературы.

Эпидемиология

Ожирение является одной из ведущих причин инвалидности и смертности во всем мире и затрагивает не только взрослых, но и детей и подростков. По данным ВОЗ, в 2016 г. более 1,9 млрд взрослых (возрастом от 18 лет и старше) имели избыточный вес. Из них более 650 млн страдали ожирением. Распространенность ожирения среди мужчин составляла 11%, среди женщин – 15%. По прогнозам, к 2030 г. 60% населения мира

(то есть 3,3 миллиарда человек) могут иметь избыточный вес (2,2 млрд) или ожирение (1,1 млрд), если тенденции заболеваемости ожирением сохранятся. В Российской Федерации на 2016 г. доля лиц с избыточной массой тела составила 62%, с ожирением – 26,2%. Наличие ожирения имеет важные последствия для заболеваемости, качества жизни, инвалидизации и смертности и влечёт за собой более высокий риск развития СД-2, ССЗ, некоторых форм рака, остеоартрита и других патологий.

Клиническая картина

Клиническая картина при ожирении определяется собственно увеличенной массой

Ожирение

Клинические рекомендации

тела и наличием коморбидных заболеваний, течение которых напрямую зависит от массы тела. Такие симптомы и жалобы, как повышение АД, головные боли, повышенное потоотделение, одышка при физической нагрузке и в покое, храп во сне, нарушение менструального цикла у женщин, снижение потенции у мужчин и т.д., обусловлены ассоциированными с ожирением заболеваниями.

Диагностика

Критерии установления диагноза: на основании данных физикального обследования – значение ИМТ ≥ 30 кг/м².

Для диагностики избыточной массы тела, диагностики ожирения и оценки его степени рекомендуется измерение массы тела, роста и определение ИМТ.

Для диагностики абдоминального (висцерального) ожирения рекомендуется измерение окружности талии: окружность талии (ОТ) ≥ 94 см у мужчин и ≥ 80 см у женщин является диагностическим критерием абдоминального ожирения.

Накопление интраабдоминального жира связано с более высоким риском метаболических и ССЗ. Косвенным маркером центрального ожирения (также известного как висцеральное, андройдное) является ОТ у европейской расы ≥ 94 см у мужчин и ≥ 80 см у небеременных женщин. ОТ измеряется по средне-подмышечной линии на середине расстояния между вершиной гребня подвздошной кости и нижним краем последнего ребра.

Жалобы и анамнез

Рекомендуется при сборе анамнеза уточнить длительность заболевания, особенности питания и образа жизни пациента, выполнить расчёт суточной энергетической ценности с учетом физиологической массы тела и физических нагрузок, выяснить, предпринимал ли пациент ранее попытки снижения массы тела, принимал ли пациент лекарственные средства для лечения ожирения.

Рекомендуется выяснить, отмечалось ли ранее повышение артериального давления (АД), принимает ли пациент гипотензивные препараты; были ли в анамнезе инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения.

Рекомендуется уточнить наличие клинических проявлений синдрома обструктивного апноэ сна (СОАС): храп и остановки дыхания во сне, утренние головные боли, частые ночные пробуждения, сухость во рту после пробуждения, дневная сонливость.

При сборе анамнеза рекомендуется обратить внимание на наличие желчнокаменной болезни, панкреатита, перенесённого вирусного гепатита.

При сборе анамнеза рекомендуется уточнить регулярность менструального цикла у женщин и наличие эректильной дисфункции у мужчин.

Физикальное обследование

При осмотре кожных покровов рекомендуется обратить внимание на наличие стрий,

участков гиперпигментации кожи, характер оволосения.

Рекомендуется измерение АД с использованием манжеты, размер которой должен соответствовать окружности плеча пациента, и ЧСС.

Лабораторные диагностические исследования

С целью исключения эндокринных причин ожирения рекомендуется всем пациентам проводить исследование уровня ТТГ в крови, исключить гиперкортицизм и гиперпролактинемия в соответствии с общепринятыми рекомендациями по их диагностике.

Для исключения гиперкортицизма может использоваться один из нижеперечисленных тестов: исследование уровня свободного кортизола в моче (суточный анализ), ночной подавляющий тест с 1 мг дексаметазона, исследование уровня свободного кортизола в слюне вечером.

С целью диагностики нарушений углеводного обмена всем пациентам рекомендуется обследование для выявления нарушенной гликемии натощак, нарушенной толерант-

ности к глюкозе и СД 2 типа в соответствии с общепринятыми рекомендациями по их диагностике, включая при необходимости оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ).

Диагностика предиабета и СД 2 типа проводится на основании результатов ОГТТ и/или исследования уровня гликированного гемоглобина в крови. Определение уровня базального и стимулированного иммуно-реактивного инсулина целесообразно в связи с высокой вариабельностью и низкой информативностью данного теста.

Всем пациентам рекомендуется проведение анализа крови биохимического общетерапевтического с исследованием уровней ОХС, ЛПНП, ЛПВП, ТГ, креатинина, мочевины, АЛТ, АСТ, ГГТ, свободного и связанного билирубина с целью диагностики метаболических нарушений.

При наличии жалоб и клинических симптомов гипогонадизма рекомендуется исследование уровней общего и свободного тестостерона, ЛГ, ФСГ, глобулина, связывающего половые стероиды для дифференциальной диагностики форм гипогонадизма.

Пациентам с ИМТ выше 40 кг/м² рекомендуется исследование уровня ПТГ в крови и 25(ОН)D для оценки обеспеченности витамином D и диагностики вторичного гиперпаратиреоза.

Инструментальные диагностические исследования

Всем пациентам рекомендуется проведение УЗИ органов брюшной полости с целью диагностики желчнокаменной болезни и НАЖБП.

При наличии клинических проявлений СОАС рекомендуется проведение ночной пульсоксиметрии, по показаниям – полисомнографии.

Для обследования пациентов с АГ, ИБС, ХСН рекомендуется регистрация ЭКГ и/или эхокардиографии.

Иные диагностические исследования

Пациентам, являющимся кандидатами на хирургическое лечение, рекомендуется консультация следующих специалистов, имеющих опыт работы в бариатрической хирургии: эндокринолога, хирурга, терапевта/кардиолога, диетолога, психиатра, при необходимости – других специалистов.

Пациентам с ожирением, готовящимся к бариатрической операции, рекомендуется дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

Женщинам репродуктивного возраста рекомендуется использование контрацепции на этапе подготовки к операции и в течение 12-24 месяцев после операции.

Проведение эзофагогастроскопии, микробиологического (культурального) исследования биоптата стенки желудка на хеликобактер пилори (*Helicobacter pylori*), определение ДНК хеликобактер пилори (*Helicobacter pylori*) в биоптатах слизистой желудка методом полимеразно-цепной реакции рекомендуются для назначения превентивной терапии перед хирургическим лечением ожирения.

Лечение

Консервативное лечение

Снижение массы тела показано всем пациентам, имеющим ожирение, а также пациентам с избыточной массой тела и наличием одного и более факторов риска ССЗ или с наличием сопутствующих заболеваний, течение которых ассоциировано с ожирением. Пациентам с избыточной массой тела, у которых нет сопутствующих заболеваний, течение которых ассоциировано с ожирением, или факторов риска ССЗ, рекомендуется не допускать дальнейшего увеличения массы тела. Целями лечения ожирения являются снижение массы тела до такого уровня, при котором достигается максимально возможное уменьшение риска для здоровья и улучшение течения заболеваний, ассоциированных с ожирением; поддержание достигнутого результата; улучшение качества жизни больных.

Рекомендуется снижение массы тела на 5-10% за 3-6 месяцев терапии и удержание результата в течение года, что позволяет уменьшить риски для здоровья, а также улучшить течение заболеваний, ассоциированных с ожирением. Большую (15-20% и более) потерю массы тела можно рекомендовать для пациентов с ИМТ ≥ 35 кг/м² при наличии коморбидных заболеваний или их лечения (например, СД-2, ССЗ).

С учетом того, что ожирение является хроническим заболеванием, контроль над ним необходимо осуществлять на протяжении всей жизни под постоянным наблюдением для предотвращения восстановления потерянной массы тела, а также для мониторинга рисков коморбидных заболеваний или их лечения (например, СД-2, ССЗ).

Немедикаментозная терапия

Немедикаментозная терапия (изменение образа жизни посредством коррекции питания и расширения объёма физических нагрузок) является основой лечения ожирения и рекомендуется как первый, обязательный и постоянный этап лечения ожирения.

Для снижения массы тела рекомендуется гипокалорийная диета (дефицит 500-700 ккал от физиологической потребности с учётом массы тела, возраста и пола), сбалансированная по пищевым ингредиентам; на этапе поддержания достигнутой массы тела – сбалансированная по пищевым ингредиентам эукалорийная диета. Голодание не рекомендуется в связи с отсутствием данных о его эффективности и безопасности в лечении ожирения в долгосрочном прогнозе.

Снижение калорийности питания на 500-1000 ккал в сутки от расчётного приводит к уменьшению массы тела на 0,5-1,0 кг в неделю. Такие темпы снижения массы тела сохраняются в течение 3-6 месяцев. В дальнейшем умеренное снижение массы тела приводит к уменьшению энергозатрат на 16 ккал/кг в сутки у мужчин и на 12 ккал/кг в сутки у женщин за счёт уменьшения тощей массы, в результате чего потеря массы тела приостанавливается. Большинство различных типов диет являются равноэффективными при соблюдении принципа ограничения общей калорийности рациона. Основной предиктор успеха диеты – систематическое следование данной диете.

Рекомендуется терапевтическое обучение пациентов, направленное на изменение образа жизни, квалифицированным медицинским специалистом по структурированной программе в групповом или индивидуальном порядке.

Физическая активность рекомендуется как неотъемлемая часть лечения ожирения и поддержания достигнутой в процессе лечения массы тела. Всем лицам с избыточной массой тела и ожирением показаны регулярные аэробные физические упражнения продолжительностью не менее 150 минут в неделю.

Увеличение физической активности уменьшает количество висцерального жира и увеличивает мышечную массу, в то же время ослабляя вызванное потерей массы тела снижение расхода энергии в покое, снижает АД, повышает толерантность к глюкозе, чувствительность к инсулину, улучшает липидный профиль, положительно влияет на длительное поддержание массы тела. Увеличение уровня физической активности (преимущественно аэробной) ³150 мин в неделю (что эквивалентно ³30 мин в большинстве из дней) рекомендовано на этапе снижения массы тела; более интенсивные физические нагрузки (от 200 до 300 мин в неделю) могут быть рекомендованы для удержания веса в долгосрочной перспективе. Комбинированное изменение образа жизни (изменение питания в дополнение к физическим упражнениям) приводит к более значимому снижению массы тела по сравнению с «монотерапией» (диетой или физическими нагрузками).

Медикаментозная терапия

Назначение препаратов, зарегистрированных в качестве лекарственных средств для лечения ожирения, рекомендовано пациентам, которые не могут достичь клинически значимого снижения массы тела на фоне немедикаментозных методов лечения и/или на этапе удержания достигнутого результата. При этом в случае средней или тяжелой стадии течения ожирения при наличии хотя бы одного осложнения, ассоциированного с ожирением, назначение фармакотерапии показано сразу на фоне немедикаментозных методов лечения.

Назначение лекарственных средств для терапии ожирения рекомендовано при ИМТ ≥ 30 кг/м² или при ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний.

Оценку эффективности лекарственной терапии ожирения рекомендуется проводить спустя 3 месяца после начала лечения. Неэффективным может считаться снижение массы тела менее чем на 5% от исходной в течение 3 месяцев.

Оценку безопасности терапии рекомендуется проводить спустя 1-3 месяца от момента назначения препарата и не реже, чем раз в 3 месяца в дальнейшем.

Лечение заболеваний, ассоциированных с ожирением, проводится в рамках соответствующих стандартов в соответствии с клиническими рекомендациями. При этом рекомендуется назначение лекарственных препаратов, не влияющих на массу тела, или лекарственных препаратов, способствующих ее снижению.

Не рекомендуется назначение пищевых добавок или биологически активных добавок в связи с отсутствием данных об их эффективности и безопасности в лечении ожирения.

При наличии клинически и лабораторно диагностированного гипогонадизма у мужчин с ожирением при отсутствии противопоказаний рекомендуется к рассмотрению тестостерон-заместительная терапия, если при осуществлении попыток не происходит снижение массы тела или при снижении массы тела не происходит восстановление эугонадного статуса мужчины.

В настоящее время на территории Российской Федерации зарегистрированы следующие препараты для лечения ожирения: орлистат, сибутрамин, лираглутид.

Орлистат (А08АВ01) – препарат для лечения ожирения периферического действия, рекомендован пациентам с ИМТ ≥ 30 кг/м² или ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний в дозе 120 мг 3 раза в сутки во время еды или не позже часа после неё для снижения массы тела. Разрешенная максимальная длительность лечения составляет 4 года.

Орлистат, будучи специфическим, длительно действующим ингибитором желудочно-кишечной липазы, оказывает терапевтический эффект в пределах ЖКТ и не обладает системными эффектами: препятствует расщеплению и последующему всасыванию жиров, поступающих с пищей (около 30%), создавая тем самым дефицит энергии, что приводит к снижению массы тела. Орлистат способствует также снижению гиперхолестеринемии, причём независимо от степени снижения массы тела. Если приём пищи пропускают или пища не содержит жира, то приём препа-

рата можно пропустить. Его применение у больных ожирением позволяет существенно улучшить профиль факторов риска СД-2, ССЗ и других заболеваний, ассоциированных с ожирением, что может благоприятно влиять на прогноз жизни у этой категории больных. Данные, позволяющих судить о влиянии орлистата на общую смертность или смертность от ССЗ, в настоящее время нет. Важным преимуществом препарата является его периферическое действие только в пределах ЖКТ и отсутствие системных эффектов. Орлистат противопоказан при острых панкреатитах и заболеваниях, сопровождающихся диареей, синдромом хронической мальабсорбции, холестазом. Орлистат повышает вероятность образования камней в желчном пузыре, однако рациональное потребление жиров не приводит к снижению моторики желчного пузыря. С учётом механизма действия к числу побочных эффектов препарата относятся жирный стул, маслянистые выделения из прямой кишки, императивные позывы на дефекацию, учащение дефекации и недержание кала, боли в животе, выделение газов с некоторым количеством отделяемого. Выраженность и продолжительность побочных эффектов напрямую зависят от приверженности пациентов лечению и соблюдения рекомендаций по ограничению жиров в пище. Если рекомендованы поливитамины, их следует принимать не ранее, чем через 2 часа после приёма орлистата или перед сном.

Сибутрамин (А08АА10) – препарат для лечения ожирения центрального действия, рекомендуется пациентам с ИМТ ≥ 30 кг/м² или ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний; в качестве начальной дозы сибутрамина, в том числе сибутрамина + целлюлоза микрокристаллическая, рекомендуется 10 мг утром, ежедневно, независимо от приёма пищи. Если масса тела за первый месяц лечения снизилась менее чем на 2 кг, рекомендуется увеличить дозу до 15 мг сибутрамина при условии хорошей его переносимости. Если за 3 месяца приёма масса тела уменьшилась менее, чем на 5% от исходной, лечение считается неэффективным. Разрешенная максимальная длительность лечения составляет год.

Сибутрамин, будучи ингибитором обратного захвата серотонина, норадреналина и в меньшей степени допамина, в синапсах ЦНС, в том числе в комбинации с микрокристаллической целлюлозой, имеет двойной механизм действия: с одной стороны, он ускоряет чувство насыщения, снижая количество потребляемой пищи, с другой стороны – увеличивает энергозатраты организма, что в совокупности приводит к отрицательному балансу энергии. Сибутрамин обеспечивает эффективное снижение массы тела вне зависимости от пола, возраста и наличия сопутствующих заболеваний. Чем выше исходный ИМТ, тем более интенсивного снижения массы тела можно ожидать. Сибутрамин обеспечивает эффективную и устойчивую потерю массы тела, улучшает метаболические показатели: достоверно снижает уровень ТГ, ОХС, ЛПНП, увеличивает количество антиатерогенных ЛВПЛ, уменьшает содержание мочевой кислоты в плазме крови, снижает уровень гликированного гемоглобина. Лечение ожирения сибутрамином требует обязательного врачебного наблю-

дения. Контроль АД и пульса необходим у всех больных до начала лечения, далее с 1 по 3-й месяц лечения – каждые 2 недели, с 4 по 6-й месяц – ежемесячно, с 6 по 12-й месяц – каждые 3 месяца. Препарат отменяют при двукратном учащении пульса более чем на 10 уд. в минуту, повышении АД более чем на 10 мм рт.ст., а также в случае, если оно при двух повторных измерениях превышает 140/90 мм рт.ст. при ранее компенсированной АГ. Препарат не может быть назначен пациентам с неконтролируемой АГ (АД выше 145/90 мм рт.ст.), ИБС, декомпенсацией хронической сердечной недостаточности, нарушением ритма сердца, цереброваскулярными заболеваниями (инсультом, транзиторными нарушениями мозгового кровообращения), окклюзионными заболеваниями периферических артерий, возрасте старше 65 лет, при тяжёлых поражениях печени и почек, которые могут встречаться при ожирении, в случае одновременного приёма или спустя менее 2 недель после отмены ингибиторов моноаминоксидазы или других препаратов, действующих на ЦНС (в т.ч. антидепрессантов), при серьёзных нарушениях питания и психических заболеваниях, тиреотоксикозе, феохромоцитоме, закрытоугольной глаукоме, доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Такие побочные действия, как тошнота, потеря аппетита, запор, сухость во рту, изменение вкуса, бессонница, головная боль, возбуждение, потливость обычно слабо выражены, отмечаются лишь в начале лечения, имеют преходящий характер и, как правило, не требуют отмены терапии.

Сибутрамин (А08АА10), препарат для лечения ожирения центрального действия, в комбинации с метформином (А10ВА02), гипогликемическим препаратом, за исключением инсулинов, рекомендуется пациентам с ИМТ ≥ 27 кг/м² и более в сочетании с СД-2 и дислипидемией, а также с ИМТ более 30 кг/м² у пациентов с предиабетом и дополнительными факторами риска развития СД-2 для снижения массы тела. Рекомендуется принимать препарат в начальной дозе 1 таблетку, содержащую 10 мг сибутрамина и 850 мг метформина в сутки. Препарат следует принимать утром, не разжёвывая и запивая достаточным количеством жидкости как натощак, так и в сочетании с приёмом пищи. Если в течение 4 недель от начала лечения не достигнуто снижение массы тела на 5% и более, то доза увеличивается до 15 мг сибутрамина + 850 мг метформина. Лечение не должно продолжаться более 3 месяцев у пациентов, которым не удалось за этот период добиться снижения массы тела на 5% от исходного уровня. Длительность лечения не более года.

Совместное применение сибутрамина с метформином повышает терапевтическую эффективность используемой комбинации у пациентов с избыточной массой тела и нарушениями углеводного обмена. Препарат не следует принимать при наличии диабетического кетоацидоза, нарушении функции печени и почек (клиренс креатинина менее 45 мл/мин), а также при наличии противопоказаний к приёму сибутрамина. Во время приёма препарата следует избегать приёма алкоголя, а также лекарственных средств, содержащих этанол.

Лираглутид (А10ВJ02) – аналог человеческого глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1), рекомендуется пациентам с

ИМТ ≥ 30 кг/м² или ИМТ ≥ 27 кг/м² при наличии факторов риска и/или коморбидных заболеваний; начальная доза составляет 0,6 мг подкожно 1 раз в сутки, с последующей стандартной титрацией (доза увеличивается на 0,6 мг с интервалами не менее одной недели для улучшения желудочно-кишечной переносимости до достижения терапевтической – 3,0 мг в сутки). При отсутствии снижения массы тела на 5% и более от исходной за 3 месяца применения лираглутида в суточной дозе 3,0 мг лечение прекращают.

Лираглутид регулирует аппетит с помощью усиления чувства наполнения желудка и насыщения, одновременно ослабляя чувство голода и уменьшая предполагаемое потребление пищи. Лираглутид не увеличивает 24-часовой расход энергии. Лираглутид 3,0 мг обеспечивает эффективную и устойчивую потерю массы тела, положительно влияет на динамику кардиометаболических факторов риска на фоне снижения массы тела. Лираглутид 3,0 мг может рассматриваться как предпочтительный вариант для пациентов с ожирением и наличием сопутствующих ССЗ в связи с доказанным снижением сердечно-сосудистых рисков, устойчивым снижением массы тела в течение трех лет терапии, снижением тяжести ночного апноэ, значительным снижением риска развития СД-2 и благоприятным профилем безопасности и переносимости. Препарат противопоказан при медуллярном раке щитовидной железы в анамнезе, в том числе семейном, множественной эндокринной неоплазии II типа, тяжёлой депрессии, суицидальных мыслях или поведении, в том числе в анамнезе, почечной и печёночной недостаточности тяжёлой степени, хронической сердечной недостаточности IV функционального класса (в соответствии с классификацией NYHA, у пациентов в возрасте ≥ 75 лет. Применение лираглутида у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника и диабетическим парезом желудка не рекомендуется, поскольку оно связано с транзиторными нежелательными реакциями со стороны ЖКТ, включая тошноту, рвоту и диарею. С осторожностью приём препарата у пациентов с печёночной недостаточностью лёгкой и средней степени тяжести, заболеваниями щитовидной железы и наличием острого панкреатита в анамнезе.

При наличии у пациента с ожирением нарушений углеводного обмена, в том числе состояний, ассоциированных с инсулинорезистентностью (нарушенная гликемия натощак, нарушенная толерантность к глюкозе), с целью снижения риска развития СД-2 или увеличения периода до его манифестации рекомендуется назначение метформина, лираглутида или комбинации метформина и сибутрамина, в том числе фиксированной.

Хирургическое лечение

Хирургическое лечение рекомендуется пациентам с морбидным ожирением в возрасте 18-60 лет при неэффективности ранее проводимых консервативных мероприятий при ИМТ > 40 кг/м² (независимо от наличия сопутствующих заболеваний) и при ИМТ > 35 кг/м² и наличии тяжёлых заболеваний (СД-2, заболевания суставов, СОАС), на течение которых можно воздействовать путём снижения массы тела.

(Окончание следует.)

(Окончание. Начало в № 41 от 18.10.2023.)

Организация оказания медицинской помощи

Хирургическая помощь больным с нервно-мышечным сколиозом оказывается в рамках высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях. Консервативное лечение, в зависимости от выраженности клинических проявлений и сложности изгибов, может проводиться как в амбулаторном режиме, так и в специализированном (неврологический или реабилитационный профиль коек) стационаре.

Показаниями для госпитализации в медицинскую организацию являются:

1. Наличие показаний для хирургического лечения НМС.
 2. Развитие неврологических осложнений НМС.
 3. Некупируемый консервативными методами вертеброгенный болевой синдром.
 4. Развитие нестабильности металлоконструкции позвоночника с риском повреждения мягких тканей, в том числе сопровождающееся болевым синдромом и деформацией позвоночника, ухудшающей качество жизни пациента.
 5. Хронически (более 3 месяцев) функционирующий свищ.
- Показаниями к выписке пациента из медицинского стационара являются:

Нервно-мышечный сколиоз

Клинические рекомендации

1. Рентгенологическая картина сохранения коррекции НМС.
 2. Отсутствие признаков нестабильности металлоконструкции.
 3. Нормализация общих лабораторных показателей или их стабилизация на догоспитальном уровне; отсутствие состояний, требующих стационарного лечения.
 4. Отсутствие признаков инфекционно-воспалительных изменений в зоне хирургического вмешательства.
 5. Кулирование вертеброгенного болевого синдрома до значений, не требующих назначения инъекционных обезболивающих препаратов или субъективно оцениваемых пациентом не более чем в 3 балла ВАШ.
- Дальнейшее лечение пациента с купированным или улучшением клинических проявлений основного заболевания может быть продолжено с учётом показаний в стационарном или амбулаторном режиме, в том числе в профильных (неврологическом, реабилитационном) отделениях/центрах под наблюдением хирурга и/или травматолога-ортопеда.

Хирургическое лечение пациентов с НМЗ проводят в специализированных отделениях Федеральных НИИ в рамках высокотехнологичной медицинской помощи.

Дополнительная информация

Пациентоориентированные факторы, оказывающие негативное влияние на результаты лечения:

1. Соматическое состояние больного, в том числе наличие острых и хронических заболеваний – ожирение, дыхательная недостаточность; сопутствующие хронические воспалительные заболевания мочевыделительной и дыхательной систем, полости рта, кожи и подкожно-жировой клетчатки; заболевания, сопровождающиеся нейротрофическими нарушениями.
 2. Остеопороз.
 3. Иммунодефицитные состояния, вызванные предшествующей терапией (глюкокортикоидные препараты, иммуносупрессия).
- Заболевание-ориентированные факторы, оказывающие неблагоприятное влияние на исход заболевания:

- неблагоприятное течение основного заболевания с прогрессированием поражения мышц;
- развитие вторичных деформаций грудной клетки.
- потенциально неблагоприятные факторы, связанные с лечением заболевания:
 - при консервативном лечении – развитие тяжёлых нейротрофических проявлений мягких тканей;
 - при хирургическом лечении – нестабильная инструментальная фиксация и раневая инфекция.

Сергей РЯБЫХ,
доктор медицинских наук.

Егор ФИЛАТОВ,
кандидат медицинских наук.

Полина ОЧИРОВА,
кандидат медицинских наук.

НМИЦ травматологии и ортопедии им. Г.А.Илизарова Минздрава России.

Одно из ключевых событий фармацевтической и медицинской отрасли – ежегодный форум «Биотехмед – 2023» произошло в Сочи. В центре внимания были вопросы дальнейшего совершенствования и развития отрасли – современные технологии, доступность инновационных разработок, ценообразование и патентное право, приоритетные законодательные направления и инициативы, цифровизация.

Заказ для промышленности

Система здравоохранения формирует определённый заказ для промышленности, и сегодня есть список препаратов, которые приоритетны именно в плане разработки и производства, сказал на пленарной сессии форума министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко. Со своей стороны российская промышленность заявляет о готовности к обеспечению потребностей системы здравоохранения, выполнению формируемых ею заказов.

По словам министра промышленности и торговли РФ Дениса Мантурова, если в прежние годы Минпромторг был сосредоточен больше на экстенсивном пути развития, на создании производств и запуске препаратов, замещении зарубежных аналогов, то с 2015 г. поддерживаются в основном инновационные препараты. За последние 10 лет созданы 73 производственные площадки. В отрасль инвестировано более 500 млрд руб., сформирована сильная производственная база – с 2009 г. производство выросло в 6 раз. Это тот потенциал, который сегодня обеспечивает оперативное внедрение новых жизненно важных препаратов. Особенно ярко это проявилось в период пандемии ковида, когда Минпромторг мог своевременно решать задачи благодаря оперативно принимаемым решениям Минздрава и Росздравнадзора, отметил он. Ставится задача к 2030 г. увеличить на растущем рынке долю своих препаратов до 42% в деньгах (с нынешних 36%) и до 66% в натуральном выражении (с нынешних 63%).

В рамках утверждённой правительством стратегии «Фарма-2030» отрасль переходит на новый этап развития, фокус внимания смещается не только на инновационные разработки, но и на производство субстанций и малотоннажной химии. «Ни для кого не секрет, что практически все страны, которые производят собственные фармпрепараты, приобретают субстанции из Китая и Индии. Мы тоже активно взаимодействуем с этими странами, но ставим перед собой задачу и цель иметь собственные компоненты, субстанции из своего сырья», – сказал Д.Мантуров.

В области малотоннажной химии активно работает и ФМБА, сообщил заместитель руководителя агентства Игорь Борисевич. Химически синтезированные орфаные препараты разрабатывают в подведомственном НИИ гигиены, профпатологии и экологии человека, соответствующие договоры заключены с индустриальным партнёром и фондом «Круг добра», сообщил он. И уточнил, что наиболее проработаны технологии по производству препаратов, предназначенных для лечения мышечной дистрофии Дюшенна, лёгочной артериальной гипертензии, синдрома короткой кишки, муковисцидоза и ряда других заболеваний.

За счёт обеспеченности лекарствами удалось сократить смертность от онкозаболеваний, отметил М.Мурашко: «Мы идём по пути дальнейшего расширения объёмов помощи, в том числе в области онкологии и заболеваний сердечно-сосудистой системы. По радиофармпрепаратам мы получили прорывное развитие, и это повлияло на показатели смертности от онкозаболеваний. По ревматоидным заболеваниям тоже есть

ряд положительных изменений. Ещё ряд препаратов сейчас проходят КИ, есть надежда, что они завершатся успешно, как только эти препараты выйдут на рынок, ландшафт терапии поменяется – это и снижение инвалидизации, и повышение качества жизни».

Чёткая тарифная политика – ещё один важный фактор, который позволяет обеспечивать доступность и объёмы помощи: «В частности, по противоопухолевой терапии, формируя соответствующим образом программы импортозамещения, мы имеем очень приличную экономию: за прошлый год по федеральным учреждениям экономия на централизованных закупках составила 12,5%». Ещё один се-

риальности изделия», – пояснил он. И добавил, что эта информация будет интегрирована в общий цифровой профиль пациента, что позволит индивидуализировать подходы к пациенту. Это даст возможность планировать работу фармпромышленности, переходить к расчёту потребностей в вакцинах, лекарственных средствах и т.д.

Цифровой профиль обретут и медицинские работники. Обеспечить создание цифровых двойников для 100% медицинских организаций и их персонала – одна из тактических задач Минздрава. По словам М.Мурашко, такая система уже сформирована: «Это все медицинские работники страны, мы знаем, что они окончили, как

продукции, в 2022 г. её произвели на 70 млрд руб. Все предприятия, несмотря на санкции, сейчас работают, кластер расширяется, в прошлом году добавилось шесть новых заводов, в этом году заработают ещё четыре. Губернатор отметил, что всё это стало возможным благодаря господдержке, активной помощи Минздрава России: «Мы, конечно же, используем все доступные государственные меры поддержки, в первую очередь это специальный инвестиционный контракт. Это вселяет уверенность в наших производителей, за это отдельные слова благодарности Минпромторгу».

В области создали 12 индустриальных парков, территории

В рамках форума руководители Минпромторга России, дивизиона «Технологии здоровья» (ГК «Росатом»), правительства Калужской области, Научно-исследовательского физико-химического института им. Л.Я.Карпова и администрации Обнинска подписали специальный инвестиционный контракт о реализации проекта по разработке и внедрению технологии производства радиофармацевтических лекарственных препаратов. Срок действия контракта – до конца 2030 г., объём инвестиций составит более 12 млрд руб. Строительство завода завершится уже в 2024 г., в I квартале 2025 г. начнётся производство и реализация радио-

Деловые встречи

Новая стратегия. Новый этап развития

Форум «Биотехмед» собрал экспертов для выработки совместных решений

рьёзный раздел работы – регуляторный, благодаря чему рынок стал адаптируемым, производители чувствуют себя более спокойно, лучше удаётся соблюдать интересы отрасли и пациента.

На выставочном стенде

Серьёзные изменения происходят не только в фармацевтике, но и в медтехнике, медицинских изделиях – во многом благодаря отработанным механизмам финансирования, отметил Д.Мантуров. Эти слова подтвердила традиционно проводимая в рамках «Биотехмеда» выставка, где компании представили новейшие медицинские разработки и лекарственные препараты.

На пленарной сессии управляющий директор по национальным проектам «Ростеха» Анна Шарипова рассказала о производстве отечественного томографа, причём по своим характеристикам, как обещают, он будет на порядок лучше зарубежных КТ. И если скооперироваться с государством, то можно получить решение, опережающее всю современную томографию. «С точки зрения влияния на организм человека наш томограф будет менее вреден, а по показателям скорости обработки информации – в 8-10 раз выше. А это значит, что мы расширяем сферу применения, выходим уже на возможность обследования сердца, например», – поделилась она перспективами.

Одним из приоритетов 2023 г. для Минздрава стало создание «цифрового профиля пациента», то есть обобщённого набора медицинских и немедицинских данных о нём. В системе отражаются все перенесённые заболевания человека, что поможет врачам делать прогнозы на несколько лет вперёд, вовремя выявлять болезни и лечить. Как ранее заявлял министр, к 2024 г. предстоит сформировать в полном объёме цифровые медицинские профили застрахованных граждан и к 2025 г. уже фактически обеспечить цифровую профилактику в стране.

Министр также заявил ещё об одном направлении – цифровом профиле имплантата. «Имплантируя медицинское изделие, нужно иметь информацию и об отдалённом его использовании, эффективности и т.д. на протяжении времени. Эти цифровые профили позволяют нам иметь совершенно иной уровень информации по качеству и функ-



М.Мурашко и Д.Мантуров

проходили подготовку, где задействованы. А это и кадровое планирование, организация трудовых процессов».

Но самым сложным проектом обещает стать цифровой профиль процессов. Как сказал министр, это создаётся для возможности оценить качество лечения, его соответствие методическим рекомендациям, узнать, выполняется ли протокол полностью.

Всё это крайне трудоёмкие процессы, они требуют глубокой проработки, научного сопровождения, применения искусственного интеллекта, но такие специалисты в стране есть, заметил глава Минздрава. МИС, которые фактически содержат весь медицинский документооборот, уже заработали во всех регионах страны.

Успешные кластеры

В России успешно развиваются медицинские и фармацевтические кластеры, и таких регионов немало, сказал М.Мурашко.

Калужский фармацевтический кластер 10 лет назад начинался с нескольких предприятий, занимавшихся по сути упаковкой лекарств, сегодня это 70 заводов, которые в том числе занимаются полным циклом производства фармпрепаратов, начиная от разработки и изготовления самих субстанций до доклинических и клинических исследований и производства лекарств, рассказал губернатор Калужской области Владислав Шапша.

На территории региона сегодня производится более 230 наименований различных лекарств, в том числе жизненно важные лекарства. За 10 лет удалось в 14 раз увеличить объём производимой

опережающего социально-экономического развития, особую экономическую зону. Все эти возможности тоже привлекают предприятия для размещения на территории региона. Но первое, о чём спрашивают инвесторы, это обеспеченность кадрами. На базе Обнинского института атомной энергетики создали центр практического обучения специалистов фармацевтической отрасли, где с помощью дуального обучения уже подготовили 800 специалистов, и даже готовы принимать заказы на их подготовку от других регионов.

В Краснодарском крае рост индекса фармпроизводства в крае составил 16,5% по сравнению с аналогичным периодом 2022 г., в основном за счёт государственных средств и госзаказа, сказал губернатор региона Вениамин Кондратьев. Но при этом регион по-прежнему ощущает трудности с привлечением кадров. «Перед специалистами, которые выпускаются либо приехали, встаёт вопрос – где жить. В первую очередь необходимо решать квартирный вопрос».

Калужская область хоть и не юг, но, как сказал В.Шапша, «рядом Москва, как пылесос для кадров здравоохранения». Выход из положения здесь всё же нашли – организовали подготовку кадров в своих вузах, в частности в Калужском государственном университете. А в обнинском Институте атомной энергетики готовят специалистов по ядерной медицине, первый большой выпуск 200 целевиков будет в следующем году. «Это хороший выход, хорошая возможность по замещению недостающих кадров», – резюмировал губернатор.

фармацевтических препаратов, при этом будет создано более 300 рабочих мест.

На церемонии подписания контракта В.Шапша напомнил, что существующие в Обнинске промышленные возможности, научные институты и выдающаяся медицинская школа позволяют вместе с Росатомом уверенно приступить к строительству крупнейшего в Европе завода по производству радиофармпрепаратов. «Это позволит, с одной стороны, импортозаместить многие продукты (а не секрет, что большинство продукции радиофармназначения мы сегодня приобретаем), но и экспортировать их нашим партнёрам. Я уверен, что государственная задача в этой сфере будет на 100% выполнена».

Генеральный директор «Русатом Хэлскеа» Игорь Обрубов уточнил, что речь идёт не только о стопроцентном замещении рынка отечественными препаратами, но и о создании инновационных целевых препаратов. По его словам, по поставкам изотопов Росатом сегодня входит в ТОП-5 мировых лидеров, но по медицинским радиофармпрепаратам страна, к сожалению, не значится даже в десятке лидеров. «Со строительством этого завода, с развитием линейки новых препаратов мы стараемся выйти на лидирующие позиции не только в России, но и в мире», – сказал он.

И.Обрубов рассказал также о ведущихся активных переговорах по поставкам радиофармпрепаратов и развитию радиофарминдустрии с Узбекистаном, Казахстаном, Киргизией, Никарагуа, Венесуэлой, Боливией. «Европейские страны, как ни странно, ещё остаются в географии нашего присутствия, ни одна страна из тех 50, в которые мы поставляли изотопы и радиофармпрепараты, пока не отменила ни один свой контракт», – отметил эксперт.

Для обеспечения развивающихся проектов кадрами, «Русатом Хэлскеа» выступила с инициативой создания в Обнинске на базе Национального исследовательского ядерного университета МИФИ и Технической академии Росатома Международного центра ядерного образования. Он будет способен готовить до 15 тыс. специалистов в год по различным направлениям, в том числе ядерной медицины, сообщил эксперт.

Римма ШЕВЧЕНКО,
корр. «МГ».

Десять лет назад пациенты из Забайкалья не могли и мечтать об индивидуальных программах обследования, инновационных и высокотехнологичных методах лечения и реабилитации, особенно в сочетании с последними достижениями медицины. А сейчас всё это для сибиряков обрело реальность – с использованием новейшего оборудования и самых современных методов диагностики.

О возможностях развития клинической больницы «РЖД-Медицина» города Чита рассказывает её директор кандидат медицинских наук Владимир МАКАРОВ.



В. Макаров

половых органов, со стрессовым недержанием мочи. Раньше при опущении матки органы чаще всего удаляли. Теперь есть современная альтернатива радикальному хирургическому вмешательству, которая позволяет восстановить анатомию органов малого таза до физиологической нормы. Услуга доступна жителям Забайкалья.

Большой диапазон способов лечения применяют в урологическом отделении клиники – от лабораторно-диагностических исследований до высокотехнологичного лечения мужчин и женщин. Специалисты оказывают весь спектр оперативных вмешательств, освоили миниперкутанную лазерную нефролити-

Профессионалы провели 2100 неосудистых вмешательств, в том числе более 1000 пациентам с онкопатологией.

Центр лечения боли в работе

– В России работа центра лечения боли скорее исключение из правил, чем норма...

– В центре на базе отделения анестезиологии-реанимации применяют современную процедуру, которая помогает пациентам с хроническими болевыми синдромами – радиочастотную денервацию нервов. Медицинская услуга заключается в установке

Ставка на эксклюзивное оборудование

– В настоящее время больница стала одним из флагманов здравоохранения Забайкальского края, который помогает развиваться медицинской отрасли всего региона. В нашу структуру входит 40 отделений с численностью более 1500 сотрудников. Это два стационарно-поликлинических комплекса (хирургический и терапевтический), две поликлиники, центр восстановительной медицины и реабилитации «Карповка». Здесь оказывают медицинскую помощь в офтальмологии, гинекологии, оториноларингологии, травматологии, урологии, ревматологии, эндокринологии, челюстно-лицевой и пластической хирургии, кардиологии, физиотерапии, нефроэндокринологии, общей хирургии, неврологии, рентгенохирургии.

– Главное сегодня – все силы медицинского персонала направлены на спасение жизней пациентов. Кроме профессионализма, что ещё играет решающую роль?

– Клиника ежегодно пополняется новой современной техникой.

Ракурс

Главное условие — неустанно работать

или злокачественность новообразований.

В эндоскопическом отделении – самые современные эндоскопы ведущих фирм мира. Их диаметр меньше сантиметра. Используемая в них стекловолоконная система даёт чёткое неискаженное изображение внутренних поверхностей органов.

Отделение функциональной диагностики оснащено оборудованием, отвечающим современным требованиям, и входит в число самых технически оснащённых баз функциональной диагностики Забайкалья. Специалисты работают по 25 направлениям. Ключевыми являются исследования сердца и нервной системы.

Точность исследования – эффективность лечения

В больнице «РЖД-Медицина» проводятся все виды анализов. В лаборатории установлено уникальное новейшее медицинское оборудование для проведения клинических исследований любой сложности. Рентгеновское отделение клиники располагает огромными возможностями диагностики, включая рентгенографию, флюорографию, КТ и МРТ, денситометрию, маммографию. КТ выполняют при помощи мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) с низкой лучевой нагрузкой. Только в нашей клинике этот аппарат делает 160 изображений-срезов за один оборот, определяя чему врач с точностью определяет масштабы и вид исследуемой патологии. Аппарат МРТ 1,5Т отличается высокой производительностью и качеством получаемых изображений. Это даёт возможность рентгенологу различать на снимках мельчайшие детали, изучение которых ранее было затруднено.

– Проводятся в клинике операции по лазерной коррекции зрения?

– В «РЖД-Медицина» есть два офтальмологических отделения терапевтической и хирургической направленности. Здесь лечат все заболевания глаз. Кроме того, специалистам доступны уникальные для Забайкальского края операции по лазерной кор-



УЗИ должно быть точным

рекции зрения «Ласик» и «Фемто Ласик».

– Владимир Юрьевич, многие пациенты жалуются на ухудшение слуха, особенно с возрастом. Как решается эта проблема у вас?

– В клинике на базе оториноларингологического отделения успешно действует Центр микрохирургии уха, горла и носа, где есть современное лазерное и эндоскопическое оборудование. Центр располагает хирургическим микроскопом, позволяющим провести малотравматичные эндо- и микрохирургические операции при заболеваниях лор-органов. Тимпанопластика выполняется по авторским программам лучших хирургов страны и мира. Кроме того, в отделении делают эндоскопические операции на перегородке носа, околоносовых пазухах, удаляют кисты, полипы и лечат гаймориты без прокола. Внедрили также современный вид терапии для лечения хронического полипозного риносинусита. Это уже биоинженерная терапия.

Отделение челюстно-лицевой хирургии использует современные методики диагностики и новейшие хирургические технологии лечения пациентов с патологией челюстно-лицевой области. Используется и современная бесшовная технология пересадки волос по методу FUE, после которого не остаются шрамы. В клинике также работает отделение пластической хирургии, где проводится ряд реконструктивных и эстетических операций.

В гинекологическом отделении женщинам оказывают все виды медицинской помощи, включая лечение различных воспалительных заболеваний с эндокринными патологиями, новообразованиями женской половой сферы, опущением и выпадением женских

специального электрода к нервным стволам. После обнаружения конкретного участка боли нерв денервируется. В центре проводится лечение различных видов боли: лицевой, головной, в спине, пояснице, суставах, конечностях, при онкологических заболеваниях, после хирургических операций, при герпетических инфекциях...

Функционирует и центр восстановительной медицины и реабилитации «Карповка» – это место, куда хотят попасть все забайкальцы. Главная его гордость – природные и искусственные лечебные факторы. Здесь ведётся приём у 12 специалистов: кардиолога, невролога, гинеколога, физиотерапевта, врача ЛФК, диетолога, психотерапевта, гастроэнтеролога, гирудотерапевта, педиатра. При этом специалисты находят особый подход к каждому пациенту, разрабатывая индивидуальную программу лечения. В «Карповке» проводят процедуру лечения кислородом в уникальной для Забайкалья барокамере нового поколения, в которую под определённым давлением в составе воздуха подается до 95% кислорода.

Высокий профессионализм, применение инновационных и высокотехнологичных методов диагностики и лечения, комфортные условия пребывания пациентов – всё это является частью повседневной деятельности коллектива клинической больницы «РЖД-Медицина» в Чите. Главное – сегодня все силы медицинского персонала направлены на спасение жизней забайкальцев. А для этого требуется полная самоотдача. В клинике постоянно внедряются новые медицинские технологии, а специалисты непрерывно повышают квалификацию. Иначе и быть не может – ведь жители Забайкалья доверяют нам самое ценное – своё здоровье.

Анна ПАВЛОВА.



Идёт лазерная коррекция зрения

Работать на ней врачи обучаются у передовых российских специалистов в области новейших медицинских методик. Создана полноценная диагностическая база по функциональной, ультразвуковой, эндоскопической, рентгенологической и лабораторной диагностике. В начале года отделение ультразвуковой диагностики клиники «РЖД-Медицина» обновило оборудование, которое пока является эксклюзивным для Читы и есть только в клинике «РЖД-Медицина». Отделения ультразвуковой диагностики пополнились универсальным оборудованием, которое помогает докторам проводить более точные исследования сосудов, брюшной полости, женских половых органов. Главное, что уровень диагностики стал ещё качественнее. С помощью УЗИ на аппарате экспертного класса мы можем с высокой точностью определить доброкачественность

трипсию. Они успешно лечат мужское бесплодие, восстанавливают эректильную функцию и проводят фаллоэндопротезирование.

Функционирует и отделение гравитационной хирургии крови, где лечение проводится без медикаментов. Для очищения крови и оздоровления организма пациента от вредных веществ и токсинов воздействуют природными физическими факторами с помощью плазмозереза, озонотерапии, ультрафиолетового и внутривенного лазерного облучения крови и PRP-терапии.

Одно из ключевых подразделений больницы – отделение рентгенохирургических методов диагностики и лечения, работающее уже 5 лет. За это время через операционную прошло 6800 пациентов. Специалистами выполнено 9100 вмешательств, в том числе более 4200 коронарографий, 1100 чрескожных коронарных вмешательств, 744 в экстренном порядке с острым инфарктом миокарда.



Работа лор-врача разнообразна

Исследование природно-очаговых инфекций даёт возможность понять угрозу для человечества, предотвратить потенциальные эпидемии, оценить социально-экономические последствия и содействовать международному сотрудничеству в борьбе с этими инфекциями. Конференция в Иркутске, организованная Научным центром проблем здоровья семьи и репродукции человека (НЦ ПЗСРЧ) совместно с Национальным центром зоонозных инфекций (НЦ ЗИ) Министерства здравоохранения Монголии, собрала учёных разных специальностей. Это уже традиционная площадка для обмена научным и практическим опытом экспертов профильных ведущих научных центров и специалистов практического здравоохранения, занимающихся комплексным изучением природно-очаговых инфекций, циркулирующих и распространяющихся на людей.

Объединяя знания

В мероприятии приняла участие монгольская делегация, возглавляемая генеральным директором НЦ ЗИ профессором Н.Цогбадрах, а также директором Селенгинского центра зоонозных инфекций Н.Эрдэнэбатом, и другие сотрудники. Среди российских участников – старший научный сотрудник Института эпидемиологии и микробиологии НЦ ПЗСРЧ академик РАН Михаил Савченков, директор института вирусологии Федерального исследовательского центра фундаментальной и трансляционной медицины профессор Александр Шестопалов, директор Иркутского научно-исследовательского противочумного института Роспотребнадзора профессор Сергей Балахонов, специалисты из Москвы, Уфы, Томска, Казани, Красноярска, Омска и других городов.

Актуальные данные были представлены на трёх тематических секциях: «Трансмиссивные клещевые инфекции», «Особо опасные инфекции», «Другие природно-очаговые инфекции». Участники помимо вируса клещевого энцефалита и бактериальных клещевых инфекций обсудили ситуацию по чуме, сибирской язве в Иркутской области и азиатской части России, мониторинг природных очагов туляремии и прочие актуальные вопросы.

Клещи во всём многообразии

Большая часть научных докладов была посвящена природно-очаговым инфекциям вирусной и бактериальной этиологии, передающимся человеку при укусах иксодовых клещей. Клещевые инфекции остаются одной из наиболее актуальных проблем для науки и практического здравоохранения. Как прозвучало в одном из докладов, ежегодно в странах, где регистрируется данное заболевание, выявляется до 12 тыс. случаев клещевого энцефалита. Сообщается о смертности от 0,2 до 20% в зависимости от региона и, возможно, от субтипа вируса. При этом в решении задач по предотвращению распространения клещевых инфекций и совершенствованию мер контроля, профилактики и экстренной диагностики наука и практическая медицина дополняют друг друга. Так, руководитель лаборатории трансмиссивных инфекций НЦ ПЗСРЧ, доктор биологических наук Галина Данчинова в своём докладе представила данные многолетнего исследования демографической характеристики и анализа обращаемости населения, пострадавшего от присасываний иксодовых клещей, в Центр диагностики и профилактики клещевых инфекций НЦ ПЗСРЧ. В частности, было отмечено, что за 2007-2023 гг. обратились и получили диагностическую помощь и рекомендации свыше 132,6 тыс. человек. Максимальная обращаемость зарегистрирована в 2022 г. – 10 004 человека. Боль-

Обсуждения

Предотвратить потенциальные эпидемии

В Иркутске прошла Международная конференция по природно-очаговым инфекциям



шая часть населения пострадала от присасываний таёжных клещей (85,4%), на втором месте по активности оказались степные клещи, в то время как луговой клещ *H. concinna* крайне редко нападает на человека в лесах Восточной Сибири (0,05% случаев присасываний). Укусам клещей подвержены все возрастные группы. При этом только 13% обратившихся были вакцинированы против клещевого энцефалита.

Интересные цифры по заболеваемости населения Монголии были озвучены директором Селенгинского центра зоонозных инфекций Н.Эрдэнэбат. С 2005 по 2022 г. зарегистрировано более 2590 случаев клещевых инфекций, что составило 90% от числа всех природно-очаговых заболеваний. Из них 76% – клещевой риккетсиоз, 14,3% – клещевой энцефалит, 9,7% – клещевой боррелиоз. Случаи клещевого энцефалита были зарегистрированы в 13 аймаках, причём наибольшее число отмечено в приграничных с Россией территориях Селенгинского и Булганского аймаков.

Сотрудники НЦ ПЗСРЧ представили результаты исследований по оценке видового разнообразия клещей рода *Ixodes* в Иркутской области и на сопредельных территориях; поиску ген-кандидатов для изучения клеточного ответа на заражение вирусом клещевого энцефалита; видовому и генетическому разнообразию возбудителей клещевых инфекций человека и животных на территории Байкальского региона.

Кроме подробной информации по Приангарью также была представлена и характеристика других территорий Сибири.

Старший научный сотрудник отдела молекулярной вирусологии флавивирусов и вирусных гепатитов ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора кандидат биологических наук Михаил Карташов доложил о результатах исследования видового состава клещей, атакующих человека, и возбудителей инфекций, переносимых клещами, в Западной Сибири (на примере Томской и Новосибирской областей).

Сотрудник лаборатории трансмиссивных инфекций НЦ ПЗСРЧ Екатерина Лагунова обследовала малоизученные природные очаги клещевых инфекций, расположенные в Красночуйском районе Забайкальского края. Несмотря на довольно высокие показатели заболеваемости клещевым энцефалитом и иксодовым клещевым боррелиозом в этом районе, исследования клещевых инфекций ранее проводились только спорадически и касались главным образом вируса клещевого энцефалита.

Заведующая лабораторией ИХБиФМ СО РАН (Новосибирск) доктор биологических наук Нина Тикуннова рассказала об обнаруженном коллективом учёных новом генотипе боррелии, носящем пока название *Candidatus Borrelia sibirica*. Открытие произошло в рамках исследования распространённости и генетического разнообразия спирохет *Borrelia burgdorferi sensu lato* в образцах крови и тканей мелких млекопитающих, а также в клещах (перелинявших и не перелинявших), снятых с этих млекопитающих в очагах в Омской области и Республики Алтай. Докладчик предположила, что «этот вид, встречающийся и в клещах, и в мелких млекопитающих, вероятно, давно циркулирует на данной территории. Обнаружение ДНК *B.bavariensis* и *Ca.B.sibirica* в перелинявших *I. arponiphorus* и *I. trianguliceps* свидетельствует о том, что они могут быть переносчиками этих спирохет».

Старший научный сотрудник этого же института кандидат биологических наук Вера Пар продемонстрировала результаты исследований генетической гетерогенности популяции *Rickettsia helvetica* в России, принадлежащей к группе клещевой пятнистой лихорадки и являющейся одним из возбудителей риккетсиозов на территории Евразии. В России встречаемость этого вида низка, и не превышает 5-8%, хотя в предварительных исследованиях учёные ИХБиФМ обнаружили участки в Омской области с более высокой распространённостью. Исключение составляет остров Сахалин, где встречаемость

R.helvetic в таёжных клещах превышает 60%.

Заведующий научно-исследовательской лабораторией «Молекулярная вирусология» Института фундаментальной медицины и биологии Казанского федерального университета кандидат биологических наук Сергей Ткачёв поделился опытом высокопроизводительного секвенирования при изучении генетического разнообразия вируса клещевого энцефалита. За короткий отрезок времени учёными института

было проведено геномное исследование 300 штаммов вируса клещевого энцефалита, в том числе из коллекций Омского НИИ природно-очаговых инфекций, Института систематики и экологии животных СО РАН (Новосибирск) и НЦ ПЗСРЧ (Иркутск). Учёный рассказал, что до настоящего времени в основном проводится секвенирование только фрагментов генома, что ограничивает оценку генетического разнообразия, распространения, филогеографии, а также закономерностей, определяющих эволюцию геномов разных вариантов вируса, тогда как только полногеномные последовательности дают необходимую информацию. С.Ткачёв представил первые результаты изучения генетического разнообразия вирусов на уровне полных геномов с использованием методов массового геномного секвенирования.

«Работа продолжается уже есть, – сказал он. – Например, некоторые генетические варианты клещевого энцефалита обнаружены на территории, не свойственных распространению данных вариантов. На полуострове Крым, в Боснии и Кыргызстане выявлены штаммы сибирского субтипа боснийской генетической линии. Помимо этого, в Киргизской Республике впервые обнаружены другие субтипы вируса, не описанные ранее».

Особо опасно

Большой интерес вызвала и проблематика особо опасных инфекций, обсуждению которых была посвящена отдельная секция. Представители Иркутского научно-исследовательского противочумного института Роспотребнадзора кандидат биологических наук Валерий Васильев и кандидат медицинских наук Зоригма Дугаржапова обрисовали ситуацию по сибирской язве в азиатской части России, особо остановившись на вопросе актуализации Кадастра стационарно-неблагополучных по сибирской язве пунктов Российской Федерации в Иркутской области и ревизии сведений Перечня сибирязвенных скотомогильни-

ков. Докладчики напомнили, что сибирская язва встречается во многих регионах мира, а наиболее неблагополучны страны Центральной Африки и Южной Азии. В России в 1985-2021 гг. вспышки сибирской язвы отмечались в 12 субъектах. Основными источниками инфекции при заболевании людей были больные сельскохозяйственные животные – крупный рогатый скот (60,2%) и олени (29,3%). Преобладает контактный путь передачи возбудителя (82,9%) при бесконтрольном вынужденном убою больных животных, разделке туш и снятии шкур. За последнее десятилетие крупнейшая эпизоотия сибирской язвы отмечалась в 2016 г. на Ямале, вспышки зарегистрированы в 2018 и 2021 гг. в Республике Тыва.

В рамках совершенствования эпидемиологического надзора в России управлениями Роспотребнадзора, агентствами, службами ветеринарии совместно с иркутскими коллегами составлены базы данных по стационарно-неблагополучным по сибирской язве пунктам и почвенным очагам в 19 субъектах Сибирского и Дальневосточного федеральных округов.

Не только коронавирусы

На заседании тематической секции «Другие природно-очаговые инфекции» акцент был сделан на вопросах распространения, активности очагов и профилактики коронавирусов, вирусов геморрагических лихорадок, гриппа А и др. Ведущий научный сотрудник ГНЦ вирусологии и биотехнологии «Вектор» доктор биологических наук Людмила Яшина рассказала об исследовании коронавирусов, циркулирующих среди грызунов и насекомых в Сибири. Данное направление особенно актуально, поскольку является основой предотвращения новых вспышек заболевания. Установлено 7 видов природных носителей коронавирусов среди грызунов и насекомых на территории Сибири и выявлены 5 различных коронавирусов, два из которых могут быть новыми видами семейства *Coronaviridae*. Учёный рассказал, что до настоящего времени в основном проводится секвенирование только фрагментов генома, что ограничивает оценку генетического разнообразия, распространения, филогеографии, а также закономерностей, определяющих эволюцию геномов разных вариантов вируса, тогда как только полногеномные последовательности дают необходимую информацию. С.Ткачёв представил первые результаты изучения генетического разнообразия вирусов на уровне полных геномов с использованием методов массового геномного секвенирования.

С огромным интересом участники конференции прослушали доклад директора института вирусологии ФИЦ фундаментальной и трансляционной медицины доктора биологических наук Александра Шестопалова (Новосибирск). В своём сообщении он подчеркнул, что только за последние несколько десятилетий были выявлены и описаны такие опасные вирусные патогены, как филовирусы, как вирус Марбург и вирус Эбола, ортомиксовирусы – высокопатогенные вирусы гриппа H5N1, H5N8, H9N2, H7N9, новые коронавирусы и др. При этом большинство вновь выявляющихся опасных вирусных инфекций XIX века, возникнув на одной территории, в дальнейшем получили широкое распространение по планете, захватив практически все страны. Важную, а иногда и главенствующую роль в распространении новых вирусных инфекций играют миграции диких животных, являющихся природными носителями того или иного патогена.

«Все осознали, насколько серьёзна для самого нашего существования проблема вновь возникающих зоонозных инфекций. Мы столкнулись с недостаточностью имеющихся фундаментальных знаний об экологических и эпидемиологических процессах в живой природе и их реакции на антропогенные воздействия и изменения климата», – отметил вирусолог.

Евгения КОЛЯГИНА.

Иркутск.

Гипотезы

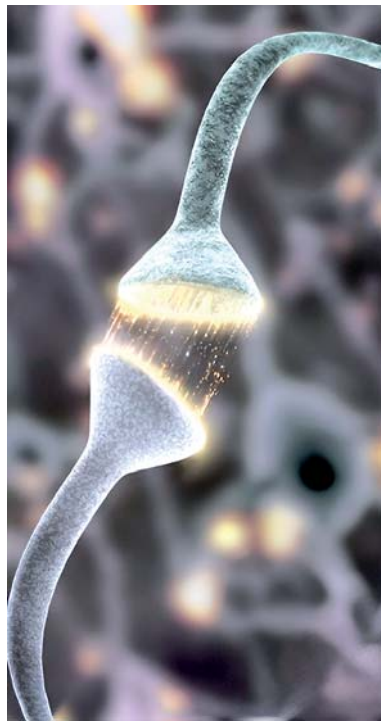
Этика отрицания

Крупные поселения всегда были притягательны для людей, привлекаемых туда не только более надёжной защитой от врагов и разных напастей, но также и высоким «градусом» интеллектуального обмена с более искусными «канониками», или толкователями законов и установлений.

Отпрыск аристократической семьи Платон-«широкогрудый» получил в своё распоряжение от богатого Академа сад, в котором ходил с учениками своей школы и пересказывал им диалоги. Писались они каламами, или небольшими тростниковыми палочками, которыми выводились на папирусе правильные строки установленного канона-закона. Естественно, что знающих грамоту людей называли в Афинах канониками. Лучшим учеником автора диалогов был Аристотель из македонского города Стагира, который разошёлся с учителем в толковании законов и основал свой Ликей у подножия холма Ликабетос, где был храм Аполлона Волчenoга. В Афинах оказался и младший современник Аристотеля по имени Эпикур, также ставший на первое место физику, после которой канонику как способ познания и этику, предписывающую принятый образ поведения.

Афиняне были очень строги в соблюдении канонов и законов поведения в своём полисе, поэтому за хуление богов приговорили Сократа к смерти и изгнали Аристотеля. Эпикур не был против богов, но считал, что они должны быть добрыми к людям и не вмешиваться в их дела. А на первое место из них он ставил стремление получать от жизни HEDONE, т.е. чувственное наслаждение, чтобы сохранять благостное расположение души (в отличие от злых духов). Так родился гедонизм, или этика стремления к наслаждению и удовольствиям. С появлением этологии термин проник и в систему бихейвиоризма. Одним из основателей этологии был австриец К.Лоренц, получивший в 1973 г. Нобелевскую премию.

Две области медицины развивались совершенно изолированно друг от друга. Одно дело нобелевские премии Рамола-и-Кахала и Гольджи, показавших врачам нейроны во всей их красе и описание людей, страдающих болезнями Альцгеймера и Паркинсона, а также хорею Гентингтона, и совсем другое – награда Ш.Рише,



Синапс – точка нейрональных контактов

представившего миру анафилактический шок, развившийся после «укуса» медузы.

Сегодня известно, что пыльца растений стимулирует мечниковские макрофаги, следствием чего становится синтез белковых антител, «науськивающих» те же тучные клетки нападать на собственные ткани и органы. Бывает и хуже, когда возбуждённые Т-лимфоциты атакуют клетки поджелудочной железы, синтезирующие инсулин, или миелиновые оболочки аксонов, разрушение которых ведёт к рассеянному склерозу. Такие антитела и клетки стали называть аутоиммунными. В мозге бляшки амилоида и тау-белка своей нейротоксичностью провоцируют воспаление, акторами которого являются клетки микроглии. Неудивительно, что на этом фоне развиваются нейродегенеративные болезни (НДБ).

Трудно поверить, но уже полвека назад иммунология стала «проникать» в психиатрию, хотя до начала геномного тысячелетия особыми успехами похвастаться не могла. Лишь с появлением животных моделей НДБ и «одноклеточных» анализов той же РНК (они показывают активность генов) появилась возможность исследовать молекулярные механизмы, лежащие в основе развития той же шизофрении. Речь прежде

всего идёт о синапсах, в которых происходит передача нервного импульса от одной клетки к другой. Известно, что два окончания физически удерживаются двумя основными белками, а именно нейрексином и нейролигином. Их ещё называют протеинами адгезии нейронов, которые соединяются друг с другом посредством белковых цепей, идущих навстречу друг другу.

В токийской Медицинской школе на молекулярном уровне соединили медико-биологические знания, а именно изменение поведения с нарушением мозговых структур – «нервических» синапсов (BBI). Преимущество работы заключается в том, что клеточную РНК – фенотип пациентов – сравнивали с их поведением, а затем «переносили» на крыс. Авторы исследовали сыворотку крови 387 больных с диагнозом «шизофрения» и 362 здоровых из контрольной группы. РНК-активность – профиль иммунных В-лимфоцитов, синтезирующих белковые антитела, позволила выявить наличие у пациентов аутоантител к нейрексину. Их Y-образные молекулы «встречают» в молекулярный интерфейс, нарушая синаптический контакт клеток лобной доли. Аутоантитела также «убивают» пресинаптические окончания, что проявляется в снижении когнитивных способностей и социальной активности, а также реакции на новое и склонность к гедонизму. У контрольной группы подобных антител не обнаружено.

Учёные также перенесли антитела шизофреников в ликвор крыс. У тех после переноса уменьшилось число синапсов в лобной коре, ухудшилась реакция на новую клетку и ориентация в лабиринте, снизился «интерес» к социальным контактам и получению удовольствия. Прямо противоположную картину в 1950-е годы видели у самцов крыс, которым вживили электроды в мозговую область удовольствия. Самцы безостановочно жали на рычаг замыкания электрической цепи раздражения, не обращая внимания на самку, еду и питьё. Авторы пишут в конце, что удаление выявленных аутоантител к нейрексину из сыворотки крови может стать новой терапией в психиатрии...

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.

По материалам
Brain,
Behavior and Immunity (BBI).

Выводы

Результаты недавнего исследования позволили узнать немного больше о коронавирусе и ответить на вопрос, почему у детей реже наблюдаются тяжелые симптомы COVID-19 по сравнению со взрослыми. Учёные обнаружили, что младенцы и дети младшего возраста, заразившиеся SARS-CoV-2, имели сильный, устойчивый иммунный ответ на вирус и высокий уровень белков острой фазы воспаления в носу, а не в крови. Этот иммунный ответ отличается от реакции организма взрослых на заражение SARS-CoV-2.

мазки из носа у 19 матерей с COVID-19 и 19 здоровых матерей в качестве контрольной группы, а также образцы крови у 89 взрослых с COVID-19 и 13 здоровых из контрольных групп.

Учёные изучили многие аспекты иммунных реакций младенцев и взрослых на вирус с помощью системной иммунологии. Исследование показало, что реакция антител у маленьких детей на SARS-CoV-2 отличается от взрослых. Как правило, уровень вырабатываемых взрослыми антител к вирусу резко возрастает в течение нескольких недель, а затем снижается. У младенцев

Почему дети болеют ковидом легче?

Исследование проводилось Национальным институтом аллергии и инфекционных заболеваний (NIAID) США, входящим в состав Национального института здравоохранения США.

Учёные обследовали 81 доношенного младенца и детей раннего возраста, матери которых в течение третьего триместра беременности принимали участие в когортном исследовании, проводимом при поддержке NIAID в детском центре Цинциннати. Исследовательская группа обучила матерей еженедельно брать мазки из носа у своих младенцев, начиная с 2-недельного возраста. Врачи также регулярно брали кровь у младенцев, начиная с возраста 6 недель, а также когда дети заразились SARS-CoV-2 и в течение последующих недель и месяцев.

Эти анализы позволили учёным изучить иммунные реакции детей до, во время и после того, как они впервые подверглись воздействию вируса. Заразились и имели лёгкую форму коронавируса 54 ребёнка, в то время как 27 детей, у которых в течение периода исследования был отрицательный результат теста, служили контрольной группой. На момент заражения детям было от месяца до почти 4 лет, а половине из них было 9 месяцев или меньше. Исследование также включало еженедельные

и детей младшего возраста, участвовавших в исследовании, уровень защитных антител резко возрос и оставался высоким в течение всего 300-дневного периода наблюдения.

Учёные также обнаружили, что в крови взрослых с инфекцией SARS-CoV-2 обычно содержался высокий уровень белков, называемых воспалительными цитокинами, связанных с тяжёлым течением COVID-19 и смертью, в то время как в крови младенцев их не было. Однако в носках у детей было обнаружено высокое содержание воспалительных цитокинов и присутствие мощного противовирусного цитокина.

По словам исследователей, эти результаты свидетельствуют о том, что цитокины подавляют инфекцию SARS-CoV-2 непосредственно там, где вирус проник в организм детей, что объясняет лёгкость течения заболевания COVID-19. Полученные данные также предполагают, что, возможно, удастся разработать адьюванты для вакцин, которые имитируют иммунные реакции, наблюдаемые у маленьких детей, стимулируя устойчиво высокие уровни антител, но не вызывая опасного избыточного воспаления в крови.

Марина КЫН.

По материалам Cell.

Взгляд

В период с 2000 по 2019 г. доля инфекций, устойчивых к противомикробным препаратам, только в Германии увеличилась на 5,9%. Такие данные были предоставлены в докладе Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), который был представлен на мероприятии ОЭСР по поводу ситуации в Германии, Австрии и Швейцарии.

В 2019 г. доля резистентных к антибиотикам инфекций в этих странах составила около 15%, в Европейском союзе/Европейской экономической зоне и в странах ОЭСР – около 20%. В качестве примера аналитик данных ОЭСР Едже Озчелик приводит инфекции, вызванные Acinetobacter baumannii, при которых перестают действовать фторхинолоны.

Эксперты с тревогой наблюдают, что европейские государства исчерпали свой арсенал антибиотиков. А к 2035 г. устойчивость к

Возрастающая устойчивость

резервным антибиотикам, так называемым антибиотикам последней инстанции, может более чем удвоиться и даже утроиться в европейских странах, что приведёт к усложнению лечения, особенно при агрессивных инфекциях. Кроме того, устойчивость к противомикробным препаратам повлечёт за собой высокие затраты как для системы здравоохранения, так и для экономики.

«Настало время действовать, – подчёркивает Озчелик, – поскольку практически невозможно прогнозировать дальнейшее развитие устойчивости к противомикробным препаратам».

Анализ, проведённый ОЭСР, позволил выявить 11 мер, способствующих успешной борьбе с антибиотикорезистентностью.

Среди них усиление гигиены окружающей среды, улучшение гигиены рук, ужесточение контроля за применением антибиотиков или отсрочка их назначения, проведение кампаний в средствах массовой информации и повышение безопасности пищевых продуктов.

Национальные планы действий уже существуют во многих странах, сообщила Александра Кларичи из Министерства здравоохранения Германии. Однако их реализация затруднена, в том числе из-за ограниченности финансовых ресурсов. «Отчёты, подобные докладу ОЭСР, очень полезны, потому что они помогают нам расставлять приоритеты в действии. В любом случае нам нужно правильно использовать

антибиотики как в медицине, так и в ветеринарии», – считает Кларичи.

Назначение антибиотиков является очень ответственным моментом, и персонал должен быть обучен должным образом. Важные меры связаны, например, с профилактикой инфекций. В медицине основное внимание уделяется предотвращению внутрибольничных инфекций. Важность соблюдения гигиены рук в больнице также подчеркнула Петра Гастмайер, глава Национального справочного центра по надзору за внутрибольничными инфекциями (NRZ) при клинике Шарите Берлина.

Она также видит необходимость оптимизации правильного применения антибиотиков. Нацио-

нальные исследования показали, что использование антибиотиков в стационаре фактически не изменилось в период с 2011 по 2022 г.: каждый 4-й пациент по-прежнему получает антимикробный препарат. Это, по её словам, удивительно, поскольку во многих больницах работают специалисты, занимающиеся вопросами управления антибиотикотерапией.

В то же время в амбулаторных условиях, где назначается около 80% антибиотиков, наблюдается значительное улучшение. Потребление антимикробных препаратов значительно сократилось. Но и здесь есть потенциал для оптимизации.

Кира МАРИНИНА.

Сегодня существует немного мест, где не был бы обнаружен микропластик. Он может распространяться по воздуху, в воде и почве, и как только он оказывается в окружающей среде, удалить его уже нельзя. Поскольку он не расщепляется натуральным путём, то может столетиями представлять угрозу для растений и животных и находиться в пищевых цепочках. Какое именно влияние это оказывает на наше здоровье, пока не до конца изучено.

По некоторым оценкам, в ЕС ежегодно попадает в окружающую среду 42 тыс. тонн микропластика, который целенаправленно добавляют в различные продукты. «Поэтому так важно остановить его попадание в окружающую среду», – говорит Йоханна Бернзель, пресс-секретарь Еврокомиссии. В рамках регламента REACH Еврокомиссия ввела меры, касающиеся применения вредных химических веществ на территории ЕС. Согласно им, теперь в Евросоюзе запрещена продажа микропластика и продуктов, в которые он специально был добавлен.

Новый запрет определяет микропластик как «органическую, неразстворимую, не разлагающуюся синтетическую частицу полимера размером меньше 5 мм». Он содержится во многих продуктах, в том числе в косметике, чистящих средствах, блёстках, игрушках, удобрениях, лекарствах, в гаревых дорожках. Микропластик используется в зубной пасте в качестве частиц для шлифовки поверхности зубов, в средствах для пилинга, или как связующий элемент, определяющий консистенцию жидкостей.

Запрет не касается стройматериалов, которые хотя и содержат микропластик, но не способствуют тому, чтобы он оказался в окружающей среде, а также продуктов, которые используются в про-

Профилактика

Новый импульс для развития

В Евросоюзе постепенно запрещают микропластик



мышленном производстве. Тем не менее, согласно новым правилам, производители ежегодно должны будут сообщать о предполагаемой эмиссии микропластика и разработать инструкции по применению и утилизации продуктов, его содержащих, чтобы предотвратить попадание в окружающую среду. Запрет действует на продукты, произведённые в ЕС, а также на импортные продукты, содержащие микропластик. «С этой точки зрения, запрет стимулирует инновации в европейской индустрии», – говорит Бернзель.

Для некоторых изделий, среди них бисер, блёстки, некоторые косметические товары, запрет начинает действовать уже с середины

октября. Для других продуктов установлен переходный срок от 4 до 12 лет – в зависимости от сложности производства и наличия подходящей альтернативы микропластику.

Для гранулата, используемого в производстве наполнителей, которые применяются, например, на спортивных площадках, установлен срок в 8 лет, чтобы производителям дать время найти замену. Но покрытие, которое в основном находится на спортивных площадках, в течение этого срока будет изношено, и его всё равно будет необходимо заменить.

Руководитель Института пластмассы в Университете Штутгарта Марк Кройцбрук отмечает, что пока

нет материала, лучше чем пластик, благодаря которому мы могли бы достичь целей по защите климата. «К сожалению, это ведь пластмассе можно придавать форму при очень низких температурах. Неважно, металл, керамика или стекло, все другие материалы требуют больших затрат энергии для изготовления продуктов из них. А это сопряжено с выбросом CO₂».

По его мнению, в истории с микропластиком речь идёт об ответственности и устойчивом развитии: «Мы должны суметь создать действительно стопроцентную систему ресайклинга. Пластик нельзя выбрасывать, это материал, который необходимо собирать, он действительно ценный, и нужно, чтобы люди это поняли».

Существуют и другие варианты, например, пластик, который быстро разлагается, когда попадает в окружающую среду. Но до недавнего времени он составлял на рынке лишь мизерную долю. Кроме того, такой материал не может применяться во всех товарах, особенно в таких сложных, как упаковка для продуктов питания.

Й.Бернзель уверена, что необходимо приложить совместные усилия политиков, индустрии и учёных, чтобы найти устойчивую альтернативу, и именно запрет даст необходимые импульсы для этого. «Мы верим, что будущее химической промышленности в устойчивом производстве и в устойчивых альтернативах. Это возможность для европейской промышленности стать лидером

устойчивого развития с использованием инноваций. Так мы можем сохранить нашу конкурентоспособность», – говорит пресс-секретарь Еврокомиссии.

ЕС обязался до 2030 г. сократить на 30% количество мусора с содержанием микропластика. Новые правила являются первым шагом на пути к этой цели. Ожидается, что запрет на его распространение поможет избежать попадания в окружающую среду более полумиллиона тонн. Но Кройцбрук предупреждает, что необходимо сделать гораздо больше. «Важно понять, насколько много микропластика содержится в косметике: это около 1% от общего объёма. Хорошо, что эти меры будут введены, но это только начало», – говорит он.

Следующим шагом ЕС может стать запрет микропластика, который непреднамеренно попадает в окружающую среду, например, при стирке одежды или при износе автомобильных шин (в результате трения о дорогу при езде). Пресс-секретарь Еврокомиссии Бернзель надеется, что новые правила по применению микропластика в ЕС могут вдохновить другие регионы мира ввести подобные меры. «Конечно, мы не можем вводить правила для всех стран и регионов мира. Но ЕС может подавать пример защиты окружающей среды, и в прошлом в других сферах мы делали это успешно», – говорит Й.Бернзель.

Инга КАТАРИНА.

Осторожно

После недавнего всплеска заболевания вирусом Нипах в Индии индонезийские власти ужесточили контроль за прибывающими в страну туристами.

Индонезия ужесточила контроль из-за опасной инфекции

Недавняя вспышка вируса произошла на юге страны, и привела к двум смертельным случаям. Согласно информации Всемирной организации здравоохранения, в сентябре 2023 г. Министерство здравоохранения Индии сообщило о 6 лабораторно подтверждённых случаях заражения вирусом Нипах, включая два смертельных.

Помимо первого случая, источник инфекции которого неизвестен, другие случаи заболевания были связаны с родственниками и больничными контактами первого пациента. Было отслежено 1288 контактов с подтверждёнными случаями, включая контакты с лицами высокого риска и медицинскими работниками, которые находятся под карантином и наблюдением в течение 21 дня.

Обеспокоенность индонезийских санитарно-эпидемиологических служб связана в первую очередь с тем, что индийские туристы являются второй по величине группой иностранных туристов, посещающих Бали. Как сообщают региональные новостные агентства, на Бали будут проверять всех прибывающих в

аэропорты, измерять температуру и при необходимости делать экспресс-анализ крови.

Главный санитарный врач острова заявил, что туристы с такими симптомами, как вы-

сокая температура или инфекции дыхательных путей, будут помещены в больницы для дальнейшего наблюдения. В Индонезии пока не было зарегистрировано случаев заболевания вирусом Нипах, но власти остаются в напряжении в течение всего инкубационного периода, составляющего от 4 до 14 дней.

Вирус переносится летучими мышами и отличается высоким уровнем смертности, пока нет ни вакцины, ни препаратов для лечения болезни, при этом, по оценкам ВОЗ, смертность составляет от 40 до 75%. Симптомы вируса Нипах включают лихорадку, нарушение дыхания, головные боли, боль в горле и рвоту. Вирус передаётся при непосредственном контакте с выделениями организма инфицированных летучих мышей, свиней или больного человека. Впервые был выявлен в 1999 г. во время вспышки в Малайзии и Сингапуре, в результате которой было зарегистрировано почти 300 случаев заболевания людей и более 100 смертей.

Марина КИРОВА.

По материалам Sun.

Исследования

Тестостерон снижает уровень сахара при диабете

У пожилых мужчин с сахарным диабетом 2-го типа (СД-2), страдающих дефицитом тестостерона, гормонозаместительная терапия может помочь стабилизировать уровень сахара в крови. Об этом свидетельствуют результаты международного исследования, представленные на ежегодном собрании Европейской ассоциации по изучению диабета (EASD) в Гамбурге и опубликованного в медицинском издании *Ärztblatt*.

В среднем, около 40% пожилых мужчин с СД-2 страдают гипогонадизмом. Помимо гипергликемии, дефицит тестостерона часто сопровождается другими факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний, такими как висцеральное ожирение, гипертония и дислипидемия, которая также известна как метаболический синдром. У таких пациентов с СД-2 риск смерти вдвое выше.

Ряд исследований показал, что заместительная терапия препаратами тестостерона у мужчин с андрогенным дефицитом оказывает благоприятное воздействие. Пациенты сообщают не только об улучшении качества жизни и сексуальной функции, терапия тестостероном также снижает инсулинорезистентность, уровень HbA1c и холестерина, ожирение и смертность.

Команда доктора Хью Джонса из больницы Барнсли в графстве Саут-Йоркшир (Англия) объясняет тот факт, что заместительная терапия препаратами тестостерона у пожилых мужчин с гипогонадизмом применяется только в немногих

случаях, так как она традиционно рассматривается как фактор, способный потенциально увеличить риск сердечно-сосудистых осложнений. Эти опасения были недавно опровергнуты результатами исследования TRAVERSE, которое поставщик препаратов тестостерона был вынужден провести по требованию Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA).

Исследование показало, что у пациентов с низким уровнем тестостерона, из которых 68,7% страдали неинсулинзависимым сахарным диабетом, 93,2% имели повышенное кровяное давление и у 90,1% анализы показывали повышенные липиды крови (то есть почти у всех был метаболический синдром), лечение препаратами тестостерона в течение в среднем 33 месяцев не приводило к заметным нарушениям сердечного ритма.

По словам доктора Джонса, результаты этого исследования могут повысить интерес к сопроводительной терапии пациентов тестостероном, которая в настоящее время мало знакома диабетологам. В связи с отсутствием рандомизированных исследований, которые могли бы окончательно подтвердить пользу такого подхода к терапии, Джонс начал обмен опытом с другими эндокринологами в сфере лечения диабетиков препаратами тестостерона.

Согласно аккумулярованным данным, представленным в Гамбурге, на сегодняшний день в 34 исследовательских центрах в 8 странах (включая Германию) приняли участие 428 пациентов с СД (средний возраст 71 год) с

выявленным низким уровнем тестостерона.

Пациенты получали различные препараты тестостерона. Среди них были гели, которые регулярно наносятся на кожу, и внутримышечные инъекции препаратов, проводимые врачом. Исследование предусматривает, что пациенты наблюдаются в соответствии с рекомендациями через 3, 6, 12 месяцев и затем ежегодно.

Задокументированные данные показывают, что показатели глюкозы в крови улучшаются: через 3 месяца средний уровень HbA1c снизился с 71 до 66 ммоль/моль (81 пациент). Через 12 месяцев наблюдалось среднее снижение уровня HbA1c с 71 до 61,7 ммоль/моль (121 пациент). За 24 месяца уровень HbA1c снизился с 71,2 до 55 ммоль/моль (101 пациент).

Исследователи надеются, что в будущем их база данных поможет эндокринологам и врачам первичной медико-санитарной помощи определить, какой тип пациентов с наибольшей вероятностью будет реагировать на терапию тестостероном. Следует отметить, что СД-2 в настоящее время не входит в число показаний для лечения тестостероном. Однако Европейская ассоциация урологов считает метаболический синдром, инсулинорезистентность и СД-2 клиническими симптомами, которые оправдывают применение заместительной терапии препаратами тестостерона при доказанном дефиците гормона.

Ирина МАРКОВА.

По материалам *Ärztblatt*.

Трижды лауреат премии Правительства РФ, заслуженный деятель науки РФ, Николай Дмитриевич возглавлял Московский государственный медикостоматологический университет им. А.И. Евдокимова в качестве ректора, а затем президента с 2002 г., заведовал кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии с 1986 г. Представленная статья написана к столетию МГМСУ им. А.И.Евдокимова.

По окончании средней школы в городе горняков Черемхово, расположенном по обеим сторонам Транссибирской магистрали, Николай Дмитриевич пошёл работать молотобойцем на угольную шахту. Имея два года рабочего стажа, поступил на лечебный факультет Иркутского государственного медицинского института. Во время учёбы стал лидером вузовских комсомольцев, параллельно работал медбратом.

После окончания института и ординатуры на кафедре инфекционных болезней его назначили главным врачом Иркутской городской инфекционной больницы. Спустя год во время приезда в Москву Николай Дмитриевич встретился с заведующим клиническим отделом Центрального НИИ эпидемиологии МЗ СССР, профессором Валентином Покровским и был зачислен в этот отдел врачом-стажёром. Позднее переведён на должность младшего научного сотрудника.

Через некоторое время его пригласили на беседу к Валентину Иванову:

– Чем собираетесь заниматься? – спросил учёный.

– Гепатитами, – ответил Н.Ющук. – Гепатологов, знаете, у нас хватает, надо чтобы кто-то занимался кишечными инфекциями. Имеете представление о пристеночном пищеварении?

– Если честно, то нет. – Поедете в Ленинград, к Александру Михайловичу Уголеву, будете осваивать методики.

Так Николай Дмитриевич оказался на двухмесячном обучении в городе на Неве – в лаборатории физиологии питания Института физиологии им. И.П.Павлова АН СССР.

С 1965 по 1970 г. в ММСИ был курс инфекционных болезней, который возглавлял В.Покровский, одновременно являясь деканом вечернего отделения. Когда курс преобразовали в кафедру, Николаю Дмитриевичу предложили перейти на должность ассистента. Пройдя этот академический путь до ректора и президента университета, он тесно работал со своим учителем.

– Мой учитель Валентин Иванович Покровский – гений, – говорит Николай Дмитриевич. – Его отец не вернулся с фронта, он жил с мамой в подмосковном посёлке Клязьма.



Грани

Учёный, ректор, президент

Несколько дней назад ушёл из жизни выдающийся отечественный инфекционист академик РАН Николай Ющук

Окончил школу с золотой медалью, потом 1-й Мед. В ординатуре написал кандидатскую, в аспирантуре – докторскую диссертацию, в 42 года стал членом-корреспондентом АМН СССР, затем академиком. В течение 22 лет возглавлял Российскую академию медицинских наук. За это время несколько раз прошли выборы, место президента пытались занять претенденты и от правительства, и от президентов страны, но наши учёные неизменно голосовали за Валентина Ивановича. Он берёт академию, под его руководством она была самостоятельной, имела более широкие возможности. Когда в академии возникали дискуссии, глубоко вникал в каждый вопрос. Уникальный учёный, он внёс огромный вклад в разработку лечения менингококковой инфекции, холеры, ротавирусной инфекции и других. Работал в Эфиопии при массовом отравлении пищевыми злаками, в Индии, Болгарии и других странах на вспышках инфекционных заболеваний. Отменил противочумные костюмы в Астрахани, находясь от начала до конца на вспышке холеры.

– В первые годы жизни в Москве я испытывал трудности с жильём, и Валентин Иванович субсидировал мою семью при улучшении жилищных условий, – продолжает Николай Дмитриевич. – При этом он просил меня: «Коля, не отдавай мне по сто рублей. Собери сумму побольше, а то я суну куда-нибудь деньги, жена потом спросит о них, а я не вспомню». Узнав о моём долге

шефу, один из профессоров спросил, плачу ли я Валентину Ивановичу проценты. Мне стало неловко, я набрался смелости и намекнул об этом академику. Он возмутился и громко произнёс, имея в виду «советчика»: «Скажи этому жмоту – пусть он собирает проценты!» Мы жили рядом, он на 11-й Парковой улице, моя семья на 13-й, в 700 метрах друг от друга. Вместе хо-

«тихую охоту» в дальнейшем Подмосковье, проходил за день 15-20 км, и не было случая, чтобы он заблудился. Зато в Измайловском парке пошли как-то гулять без Насти и потеряли дорогу назад. Вышли часа через два к кинотеатру «Победа» на шоссе Энтузиастов. Кто-то нам дал две копейки на телефон, чтобы позвонить домой. Потом сели в трамвай и признались водителю, что нет денег на проезд...

Николай Дмитриевич рассказывал, что обязательно 2-3 раза в неделю звонил учителю до конца его жизни. За три дня до смерти учителя обсуждали происхождение COVID-19. Валентин Иванович говорил, что коронавирус мог слу-

совую службу вуза на должный уровень. После ухода Евгения Ивановича учёный совет единогласно избрал ректором меня. Во время моего руководства в МГМСУ начали работать В.И.Шумаков, Л.А.Бокерия, Л.В.Адамян, В.В.Крылов, Н.Б.Найговзина, Л.П.Кисельникова, О.В.Зайцева и другие выдающиеся учёные и врачи. Они преумножили славу нашего вуза. Горжусь, что в своё время пригласил к нам заместителем по экономике Л.П.Юдакову, работавшую в Минздраве России. Она продолжила дело Л.Г.Золотницкой, много сделала и делает для университета. Когда предложил возглавить кафедру факультетской хирургии № 2



С академиком В.Покровским

дили гулять в Измайловский парк. Он брал свою внучку Настю и нёс на плечах. Через некоторое время я говорил: «Настёна, иди ко мне!», на что она отвечала: «У деда лучше». Во время прогулок мы обсуждали пациентов, кафедральные и научные работы. Заядлый грибник, Валентин Иванович выезжал на

стро принимал решения. На одном из учёных советов назначил меня проректором по учебной работе. Я долго трудился в одной команде с Э.В.Луцевичем, И.В.Маевым, А.И.Лежневым, В.С.Задонченко, Л.Г.Золотницкой, которая пришла в университет из Министерства финансов РФ и поставила финан-

профессору И.Е.Хатькову – блестящему хирургу, онкологу, он, человек скромный, стал отказываться. Я настоял. Теперь он руководит крупнейшим московским клиническим центром, избран академиком РАН, создаёт свою научную школу. Одной из важных вех на посту ректора считаю передачу нам больницы в Кусково, ставшую университетской клиникой. Помогли в этой сложной процедуре К.А.Пашков, Л.В.Адамян, В.В.Крылов и особенно – помощник Президента РФ В.П.Иванов. Вводил в строй эту новую клиническую базу МГМСУ мой преемник О.О.Янушевич. В своё время, когда надо было выбрать проректора по лечебной части, я собрал руководство вуза у себя в кабинете. Каждый называл свою кандидатуру, а я предложил Олега Олеговича и спросил, что думают о нём присутствующие. «Молод», – услышал ответ коллег. Наутро совет собрался повторно, и я объявил, что проректором будет профессор Янушевич. Рад, что не ошибся. Олег Олегович – современный руководитель, прекрасно разбирающийся в менеджменте, финансах, компьютерных технологиях. Прекрасно образованный, он видит, просчитывает развитие вуза и делает ставку на перспективную молодёжь. Поэтому университет, входящий во второй век своей истории, будто снова вступает в пору юности.

Альберт ХИСАМОВ,
обозреватель «МГ».

Фото Александра ХУДАСОВА.

Инициатива

Ты только всё, пожалуйста, запомни, товарищ Память!

В жизни каждого из нас происходят события, которые делят её на «до» и «после». Пандемия коронавирусной инфекции оставила трагический след в современной истории человечества...

В конце сентября на территории Ставропольского государственного медицинского университета состоялась официальная церемония открытия мемориала памяти преподавателей, погибших в годы пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19. Обращаясь к участникам митинга, ректор Виктор Мажаров подчеркнул значимость события для вуза:

– По инициативе сотрудников университета, на средства, – в сборе которых принял участие весь коллектив, члены Попечи-

тельского совета, меценаты, – в мемориальном комплексе университета создан памятник нашим коллегам, которые посвятили свою жизнь служению медицине и СтГМУ. По традиции, во внутреннем дворе университета проходит множество мероприятий, у памятника погибшим в годы Великой Отечественной войны неизменно бывают гости университета – делегации из других регионов России, стран зарубежья, участники конференций. Символично, что мы всегда будем ощущать незримое присутствие наших коллег во всех вузовских событиях, сохраняя память о них и передавая её новым поколениям, которые придут нам на смену.

Официальная церемония происходила в канун 85-летия образования СтГМУ.

Автор памятника, ставропольский скульптор Роман Нерсесян рассказал, что гранит был доставлен из Карелии, а собственно работа длилась около полутора месяцев.

На двух вертикально расположенных гранитных плитах увековечены фамилии восьми преподавателей: профессоров В.Кошеля, В.Пожарского; Б.Минаева, В.Чеботарёва, кандидатов медицинских наук И.Кражана, С.Душко, Т.Удовиченко, доцента А.Байда.

Формула бессмертия такова, что человек жив, пока его помнят. Эти медики шагнули в бессмертие прямо с «боевого поста» – с университетской кафедры.

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Фото автора.



Гости официальной церемонии

