Медицинская газета®

7 октября 2026 г.
среда
№ 39 (8261)

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю.
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgzt.ru

ОМС Ставрополья: цифровизация, новые виды ВМП, реабилитация и многое другое.
Стр. 4-5

Есть знания, уверенность в завтрашнем дне и люди…
Стр. 6

От первой помощи до специализированного лечения.
Стр. 12-13

События

От профилактики предрисков до реабилитации

Как в Подмосковье выстраивают непрерывный континуум здорового долголетия



Первое октября – Международный день пожилого человека – стало для медицинского сообщества Московской области хорошим поводом провести сразу два съезда. На базе МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского прошли IV съезд специалистов по гериатрической медицине и I съезд по медицине здорового долголетия «Здоровье смолоду».

Мероприятия, объединившие ведущих экспертов, главных специалистов минздрава Московской области, гериатров, терапевтов, неврологов, психиатров, специалистов по реабилитации и средний медицинский персонал, обозначили новый вектор: от разрозненных попыток лечить возрастные заболевания к созданию единого маршрута пациента на протяжении всей его жизни. Центральная тема – доступная и понятная гериатрия: спикеры представили эволюцию подходов от классических методов к современным цифровым технологиям, позволяющим оптимизировать маршрутизацию, прогнозировать риски и персонализировать лечение.

В организационный комитет вошли директор МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского Елена Гамеева, заместитель директора по организационно-аналитической работе МОНИКИ Ирина Кононова, главный врач МОНИКИ Александра Степанова, главный специалист по здоровому долголетию минздрава Московской области, руководитель курса гериатрии кафедры ОВП (семейной медицины) факультета усовершенствования врачей МОНИКИ Андрей Розанов и главный специалист по гериатрии минздрава Московской области, начальник Московского областного госпиталя для ветеранов войн Сергей Яроцкий.

Два съезда – одна стратегия

По словам организаторов, гериатрия и медицина здорового долголетия – это не конкурирующие, а взаимодополняющие направления, которые иногда ошибочно смешивают даже в профессиональной среде.

В общении с корреспондентом «МГ» А.Розанов пояснил эти понятия, опираясь на нормативную базу:

– Гериатрическая помощь начинает оказываться с 60 лет или ранее, если есть выявленные гериатрические синдромы. Это прямая цитата порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (Приказ Минздрава России № 38н от 29 января 2016 г.). В то же время медицина здорового долголетия, согласно методическим рекомендациям, утверждённым на федеральном уровне, начинает свою работу с 16 лет.

Именно поэтому, по его словам, было принципиально важно провести эти два съезда совместно, чтобы показать врачам всех специальностей: медицина – это цельная структура, обеспечивающая непрерывный жизненный континуум.

(Окончание на стр. 2.)

Начеку

Практики и реалии

В России появляются новые медицинские технологии, государство расширяет поддержку разработчиков, но путь от регистрации препарата до получения лечения пациентом по-прежнему может занимать годы, сообщили во Всероссийском союзе пациентов. Как сократить этот срок, обсудили представители федеральных ведомств, медицинского и пациентского сообщества, науки и фармацевтической индустрии на VII Форуме пациент-ориентированных инноваций «Пациент-ориентированные инновации: практики и реалии».

За годы работы форума 37 предложений его участников уже воплощены в нормативных решениях, ещё 7 реализованы частично. Однако, как сообщил сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулёв, в среднем от предложения до принятия нормативного акта проходит более 2,5 лет. При этом ряд вопросов остаётся открытым годами. Среди них – расширение национального календаря профилактических прививок, непрерывность лекарственного обеспечения пациентов, достигших предельного возраста получения помощи фонда «Круг добра», и совершенствование механизмов финансирования инновационной терапии.

Российская медицинская наука уже демонстрирует результаты, которые требуют новых подходов к организации медицинской помощи. По словам директора департамента науки и инновационного развития здравоохранения Минздрава России Игоря Коробко, за 2025 г. и первые пять месяцев 2026 г. к применению допущены 44 разработки федеральных государственных учреждений.

Особенно заметные изменения происходят в персонализированной медицине. CAR-T-терапия, впервые допущенная к применению в России в апреле 2025 г., уже включена в программу государственных гарантий.

Новые технологии требуют и новых правил. В частности, традиционные регистрационные процедуры не всегда подходят для индивидуальных препаратов, создаваемых с учётом особенностей конкретного пациента.

Поддержать разработчиков новых препаратов намерен и Минпромторг. Как сообщила заместитель министра Екатерина Приезжева, подготовлен проект постановления о компенсации затрат на третью фазу клинических исследований и регистрацию оригинальных препаратов, являющихся первыми в своём классе.

О важности комплексного подхода к доступности медицинской помощи говорил и сопредседатель Всероссийского союза пациентов Ян Власов. На примере хронической обструктивной болезни лёгких он обратил внимание на необходимость объединения профилактики, диагностики, лекарственного обеспечения и медицинского наблюдения в единый маршрут пациента. Расширение амбулаторного лекарственного обеспечения в этом случае следует рассматривать как инвестицию в предотвращение дорогостоящих осложнений.

Предложения участников форума и предварительных экспертных сессий станут основой дальнейшей работы над дорожной картой пациент-ориентированных инноваций.

Иван ЗАЙЦЕВ.

УГРОЗА

Владимир ДЕДКОВ



Заместитель директора по научной работе Санкт-Петербургского НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера:

– Инфицированные вирусом Эбола люди могут попасть на территорию любой страны. Но правильно организованные противоэпидемические мероприятия предотвращают распространение инфекции ввиду отсутствия респираторного пути распространения. И это продемонстрировала вспышка в Западной Африке, где были только единичные случаи выноса этой инфекции за пределы страны.

Стр. 10

Новости

Диспансеризация набирает обороты

Как известно, диспансеризация и профилактические осмотры по-прежнему являются наиболее эффективным способом раннего обнаружения серьёзных заболеваний среди населения. Своевременная диагностика и лечение позволяют максимально результативно проводить терапию. В Ставропольском крае диспансеризация населения проводится в соответствии с целями и задачами регионального проекта «Здоровье для каждого» Нацпроекта «Продолжительная и активная жизнь».

На текущий момент первым этапом диспансеризации охвачены 985 932 человека, что почти на 100 тыс. человек больше, чем за аналогичный период прошлого года. На второй этап по итогам обследований в текущем году направлено 91 856 пациентов, что составляет 9,3% от числа прошедших первый. При этом углублённый вариант обследований прошли более 69 тыс. жителей края. Его обычно проводят тем, кто в недавнем прошлом переболел серьёзными заболеваниями. Проходят диспансеризацию и дети, на сегодняшний день – около 3 тыс. несовершеннолетних жителей Ставрополья.

Особое внимание в крае уделено диспансеризации взрослого населения репродуктивного возраста. Этот вид обследования с начала года уже прошли около 235 тыс. мужчин и женщин.

Профосмотрами в этом году охвачены около 110 тыс. взрослых и около 421 тыс. несовершеннолетних, что сопоставимо с показателями прошлого года.

– Среди наиболее частых диагнозов, выявляемых по результатам обследований, – онкозаболевания, болезни сердечно-сосудистой системы и органов дыхания. Охват населения Ставрополья профилактическими мероприятиями растёт – с начала года это число превысило 1,5 млн человек. В прошлом году за тот же период профмероприятия прошли более 1,4 млн жителей, – прокомментировал показатели министр здравоохранения Ставропольского края Юрий Литвинов.

Рубен КАЗАРЯН.

Ставропольский край.

Смена руководства в КрасГМУ

Минздрав России не стал продлевать контракт и утверждать в должности ректора Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого Дмитрия Черданцева. В течение года профессор Черданцев был исполняющим обязанности руководителя вуза. И вот срок его пребывания на этом посту завершён. С 1 октября 2026 г. на эту должность назначен главный врач Горбольницы № 3 им. Б.И.Альперовича (Томск), завкафедрой организации здравоохранения и общественного здоровья Сибирского государственного медуниверситета, доктор медицинских наук Вадим Бойков.

Таким образом, нарушена одна из традиций КрасГМУ – прежде его ректорами становились выпускники и сотрудники этого университета. Теперь во главе вуза будет выпускник Томского военно-медицинского института и сотрудник СибГМУ. Правда, пока в силе остаётся другая традиция – В.Бойков, как и его предшественник, имеет приставку «и.о.» к своей должности. Ему поручено возглавлять университет по 30 сентября 2027 г.

Нового и.о. ректора представила коллективу университета заместитель министра здравоохранения РФ Татьяна Семёнова, которая назвала это учебное заведение одним из ведущих медуниверситетов страны.

Сам В.Бойков, обращаясь к сотрудникам КрасГМУ в качестве вновь назначенного руководителя, отметил, что до сих пор его профессиональный путь был связан с Сибирским государственным медицинским университетом и системой здравоохранения. По словам и.о. ректора, этот опыт научил его ценить академическую требовательность, уважение к кафедральным школам, постоянную взаимосвязь с практической медициной.

Елена СИБИРЦЕВА.

Сообщения подготовлены корреспондентами «Медицинской газеты» (inform@mgzt.ru)

Подписка на «МГ» продолжается

Оставить заявку на оформление подписки можно по 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.

Оплатить подписку можно и онлайн. Платежи по QR-кодам безопаснее.



События

От профилактики предрисков до реабилитации

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Эту мысль развил главный врач Домодедовской центральной городской больницы, главный специалист по медицине здорового долголетия минздрава Подмосковья А.Осипов:

– Лозунг наш таков: мы добавляем жизни к годам, но не годы к жизни. Работа центров здорового долголетия направлена на выявление предрисков хронических заболеваний у пациентов целевого возраста 18-60 лет, чтобы эти предриски не переросли в нозологию. Тогда к гериатрам пациент придёт уже с минимальным багажом болезней.

По словам А.Розанова, благодаря успехам сосудистой, онкологической и экстренной хирургии, пациенты стали спокойно доживать до 80, 90 и даже 100 лет.

– Это колоссальное достижение мировой и российской медицины. Но мы должны быть готовы к тому, что к нам придут «другие» пациенты. В силу возраста они чуть хуже видят, слышат, медленнее двигаются, иначе оценивают мир. Общие терапевтические подходы здесь не работают, требуются специфические гериатрические технологии и лайфхаки, – уточнил эксперт.



Выступает А.Осипов

Биологический возраст можно повернуть вспять

Ярким примером успешной интеграции новых подходов стал опыт Домодедовской центральной городской больницы. А.Осипов представил на съезде модель первого в России комплексного Центра медицины здорового долголетия и профилактики.

– Мы объединили в одной экосистеме медицину здорового долголетия, профилактику, диспансеризацию и школы хронических заболеваний. И статистика даёт поразительные результаты, – поделился с корреспондентом «МГ» А.Осипов. По его словам, в центр активно обращаются не только пожилые, но и люди 40-45 лет, а также пациенты за 70.

– Фиксируем удивительные вещи. К нам пришла женщина 70 лет, но её биологический возраст составил 58 лет. И наоборот: мужчине 40 лет, а согласно нашим тестам – 60. Наша задача – выявить, когда биологический возраст организма «опережает» реальный. Доказано, что при внедрении правильных реабилитационных и лайфстайл-мероприятий биологический возраст можно снизить на 2-3 года за короткий период, – отметил спикер.

Он также рассказал о рецепте долголетия. Помимо умеренных (именно умеренных, а не изнуряющих марафонов) кардионагрузок (плавание, ходьба, поездки на велосипеде), обязательного сна 7-8 часов без «синего экрана», в протоколы включены методы нейропластичности – развитие межполушарных связей (чистка зубов левой рукой для правшей), хоровое пение, рисование, вышивка и обязательная социализация с людьми разных возрастов для стимуляции выработки эндорфинов.

Стоит отметить, что домодедовский центр стал первым, а до конца года в Московской области планируется открыть уже семь подобных учреждений.

По словам А.Осипова, Министерство здравоохранения Российской Федерации уже высоко оценило эту инициативу и предлагает распространить модель для центров медицины долголетия по всей России.

Эксперт подчеркнул, что и сам с удовольствием прошёл обследование в центре:

– Мой биологический возраст на 10 лет меньше паспортного, а когнитивный – на 20 лет.

Жить полноценно, несмотря на возраст

Отдельная секция, вызвавшая интерес участников, была посвящена остеопорозу и профилактике падений. Эксперты единодушно признали остеопороз у пациентов старше 60 лет настоящей эпидемией.

– После шестидесяти лет почти у каждого пациента в той или иной степени присутствует остеопороз. Падения – это не просто бытовая травма, это триггер необратимой инвалидизации, – констатировал А.Розанов.

Эту тему подробно разбирали эксперты – С.Яроцкий, руководитель отделения травматологии и ортопедии МОНИКИ, главный специалист травматолог-ортопед Дмитрий Шавырин, доцент кафедры эндокринологии факультета усовершенствования врачей МОНИКИ Ирина Крюкова.

Масштабная секция была посвящена медицинской реабилитации. Она проходила под председательством А.Степановой, главного специалиста по медицинской реабилитации Елены Старковой и Е.Гамеевой.

– Пожилой пациент, возвращаясь домой после стационара, часто теряется. Наша задача – чтобы пациент не просто выжил, а сразу начал жить полноценной жизнью. Для этого выстраиваем «бесшовные» маршруты от стационара к амбулаторной реабилитации, – подчеркнул А.Розанов.

Не менее насыщенной стала дискуссия в рамках «круглого стола» «В здравом уме и трезвой памяти», где психиатры, неврологи и гериатры обсуждали когнитивные нарушения и деменцию.

На съезде уделили внимание психологии взаимодействия с возрастными пациентами и профилактике выгорания медиков.

– Были представлены интересные доклады по психотерапии и коммуникативным особенностям пожилых людей. Мы должны брать на вооружение методы психокоррекции, чтобы выстраивать правильный диалог с пациентом, – отметил С.Яроцкий.

Ангелы-хранители и экономика

В общении с экспертами по итогам мероприятий мы затронули вопросы кадровой политики. Все они отметили достаточную обеспеченность Московской области специалистами. В свою очередь А.Розанов высказал амбициозную и правильную цель:

– Необходимо создать профицит кадров. Нам нужно, чтобы в нашей сфере была обеспеченность врачами не 100%, а 125%. Этот стратегический буфер необходим, чтобы отпуск или болезнь одного доктора не оголили систему.

При этом, по его мнению, знаниями в области превентивной медицины должны овладеть не только терапевты, но и кардиологи, эндокринологи, неврологи.

Особое внимание было уделено медицинским сёстрам. Именно для них прошла отдельная секция.

– Они в гериатрии – связующий мостик, ангел-хранитель пациента. Именно медсестра находится рядом дольше всех, замечает первые признаки делирия или падений, – подчеркнул С.Яроцкий.

На съездах говорили и об экономике. Директор Института экономики здравоохранения Лариса Попович представила доклад с экономическими выкладками. Главной мыслью было то, что каждый рубль, вложенный в профилактику предрисков, многократно окупается благодаря снижению затрат на стационарное лечение. Сохранять здоровье населения – выгодно.

Богдан СЕРГЕЕВ.

Фото Оргкомитета мероприятий.

Назначения

Комитет Госдумы по охране здоровья возглавил Владимир Сысоев

Государственная Дума девятого созыва избрала глав комитетов. Пост председателя комитета по охране здоровья занял депутат от ЛДПР Владимир Сысоев. Он окончил Тюменский государственный университет по специальности «Финансы и кредит», получил дипломы Уральской академии госслужбы («Государственное и муниципальное управление») и Института мировых цивилизаций им. В.В.Жириновского («Юриспруденция»).

Занимал пост заместителя губернатора Тюменской области (2019-2021 гг.), где курировал экономический блок, вопросы труда, информатизации и реализацию национальных проектов. Также несколько раз избирался депутатом и вице-спикером Тюменской областной Думы, входил в состав правления Территориального фонда обязательного медицинского страхования Тюменской области.

Работал депутатом Госдумы в VI, VII и VIII созывах, с декабря 2025 г. занимал должность первого заместителя руководителя фракции ЛДПР в нижней палате парламента.

Дмитрий ДЕНИСОВ.

Сотрудничество

Медуниверситеты России и Китая объединяют усилия

Сделать превентивную медицину одним из ключевых направлений дальнейшего сотрудничества медвузов России и Китая и развивать совместные проекты для раннего выявления рисков и системного управления хроническими неинфекционными заболеваниями – такую инициативу представил ректор Сеченовского университета Пётр Глыбочко на заседании Совета Российско-Китайской ассоциации медицинских университетов (РКАМУ) в Шанхае. Оно прошло в Шанхайском университете традиционной китайской медицины. В этом году заседание провели совместно с Российско-Китайской научной конференцией. В мероприятиях приняли участие ректоры и сотрудники 23 российских и 33 китайских медицинских университетов.

Как сопредседатель РКАМУ с российской стороны П.Глыбочко предложил сделать превентивную медицину одним из направлений сотрудничества медвузов России и Китая:

– Сегодня хронические заболевания формируют основную нагрузку на системы здравоохранения. До 90% расходов приходится именно на них. При этом проблема касается уже не только старших возрастных групп. Почти 60% людей младше 40 лет имеют хроническое заболевание. Перед современной медициной стоит задача не только эффективно лечить уже сформировавшуюся патологию, но и значительно раньше выявлять факторы риска и предупреждать развитие заболеваний.

Страны уже развивают направления превентивной медицины на государственном уровне. В России на это направлен федеральный проект «Здоровье для каждого», а в Китае эту работу ведут в рамках программы «Здоровый Китай 2030».

Ключевая задача обеих стран – раннее выявление рисков и системное управление хроническими заболеваниями – создаёт основу для совместных проектов на межгосударственном уровне.

По словам П.Глыбочко, у России и Китая есть преимущества, которые особенно важны для совместного развития превентивной медицины. Это масштаб и разнообразие популяций, широкая доступность и взаимодополняемость методов. Для превентивной медицины это особенно ценно, потому что она требует комплексного подхода – от диагностики и мониторинга до изменения образа жизни и долгосрочного сопровождения пациента. Очень важно, что уже готова организационная основа для работы. РКАМУ стала эффективной платформой кооперации ведущих научных и образовательных организаций России и Китая. Поэтому общая задача – не строить новую систему сотрудничества, а развивать существующую.

У РКАМУ уже есть конкретный опыт такой работы. Вместе с китайскими партнёрами российские университеты – члены Ассоциации ведут научные проекты в области превентивной медицины. Например, Сеченовский и Хуачжунский университеты развивают носимые сенсорные технологии, Воронежский ГМУ им. Н.Н.Бурденко и Харбинский медицинский университет изучают подходы к терапии ожирения у детей, Астраханский ГМУ и Пекинский университет исследуют преждевременное старение. Ещё в 12 медуниверситетах России ведут собственные разработки в области превентивной медицины.

– Все эти действующие проекты могут стать основой для расширения кооперации. РКАМУ может помочь объединить компетенции университетов России и Китая и на этой основе сформировать новые совместные проекты, – отметил сопредседатель РКАМУ.

Он также рассказал о созданном в Сеченовском университете институте превентивной медицины. В нём работают с клиническими данными, результатами чекапов, а также информацией, которая поступает с носимых устройств пациентов для наблюдения за их состоянием вне клиники. Полученные данные затем будут использовать для формирования персональных рекомендаций и программ снижения риска.

Для развития совместных научных коллективов ректор предложил три последовательных этапа. Сначала исследователи определяют общую научную тему и готовят первые совместные публикации. Затем формируют устойчивые совместные команды, а уже наиболее успешные команды создают зеркальные лаборатории – постоянные исследовательские структуры, работающие над общей научной задачей.

Юрий ДАНИЛОВ.

У «МГ» появились свои каналы в Telegram и MAX. Уважаемые читатели, подписывайтесь, чтобы быть в курсе главных новостей.

Современные технологии

Материал для имплантатов нового поколения

Исследователи из НИТУ МИСИС разработали пористый материал для ортопедических имплантатов на основе сверхупругого титанового сплава и технологию его получения методом 3D-печати. По механическому поведению конструкции из нового материала ближе к костной ткани, чем традиционные металлические имплантаты, что позволяет более равномерно распределять нагрузку, а развитая внутренняя архитектура обеспечивает благоприятные условия для врастания кости. Разработка предназначена для применения в ортопедии, травматологии и спинальной хирургии.

Металлические имплантаты должны быть достаточно прочными, однако избыточная жёсткость может приводить к неравномерному распределению нагрузки между изделием и окружающей костью. Одним из подходов к решению этой задачи является применение пористых структур. Их свойства определяются не только составом сплава, но и геометрией ячеек, толщиной элементов, качеством печати и наличием дефектов.

Для решения этой задачи учёные из НИТУ МИСИС совместно с индустриальным партнёром – компанией «Конмет» – изготовили образцы из сверхупругого сплава на основе титана, циркония и ниобия (Ti-Zr-Nb) методом лазерного сплавления с тремя типами архитектуры: ромбододекаэдрической, гироидной и основанной на диаграмме Вороного. Толщина элементов конструкций составляла от 200 до 400 микрометров.

– Мы подобрали технологическое окно печати, которое позволяет ограничить дефекты и сохранить заданную геометрию тонких пористых элементов, рассматривая не просто материал, а взаимосвязь «сплав-макроструктура-свойства». Для пористых имплантатов важно обеспечить одновременно точность изготовления, подходящую жёсткость и сопротивление длительным циклическим нагрузкам, – отметил заведующий лабораторией сплавов с памятью формы НИТУ МИСИС Вадим Шереметьев.

Конструкции из Ti-Zr-Nb продемонстрировали примерно вдвое меньший модуль Юнга, чем образцы из широко распространённого медицинского сплава Ti-6Al-4V. При этом усталостная прочность пористых структур из нового сплава была сопоставима с традиционным материалом. Наиболее перспективной оказалась гироидная архитектура, обеспечивающая оптимальное сочетание прочности, пористости и сопротивления циклическому сжатию.

– Для имплантатов важна не только высокая прочность, но и оптимальное сочетание механических свойств, близкое к характеристикам костной ткани. Если имплантат значительно жёстче кости, он принимает на себя большую часть нагрузки, что может привести к эффекту экранирования напряжения и постепенному разрушению костной ткани. Поэтому мы стремились не к максимальной прочности, а к такому сочетанию свойств, при котором имплантат работает вместе с костью как одно целое, – сказал младший научный сотрудник лаборатории сплавов с памятью формы НИТУ МИСИС Константин Лукашевич.

Владимир ЧЕРНОВ.

Подписка-2027



Уважаемые читатели!

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

Подписные издания

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на второе полугодие 2026 г.
- ✓ Электронный каталог «Почта России».
- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, второе полугодие 2026 г. («Урал-Пресс»).

Подписные индексы: ПН014 – на месяц. **ПН016** – на год.

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.***

ОМС: реальность и перспективы

Доступность без расстояний

Что меняется в системе ОМС Ставрополья

Ставропольский край – регион с большой территорией и значительной долей сельского населения. Более половины застрахованных живут в сельской местности, поэтому доступность медицинской помощи здесь во многом зависит не только от возможностей конкретной больницы или поликлиники, но и от того, насколько хорошо выстроена вся система – от ФАПа и мобильной бригады до телемедицинской консультации и высокотехнологичной операции.

О том, какие возможности сегодня даёт жителям края полис ОМС, о развитии высокотехнологичной помощи и профилактики, сопровождении участников СВО и защите прав пациентов «МГ» рассказала директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края Натела ПАВЛИЧЕНКО.



Н.Павличенко

– Натела Сергеевна, Ставропольский край – один из крупных регионов России, причём здесь значительная доля сельского населения. В чём особенности организации ОМС в таких условиях?

– Ставропольский край действительно имеет свою специфику. У нас на 1 января 2026 г. 2,46 млн застрахованных, и значительная часть – 55,64% – проживает в сельской местности, в районах, где медицинские учреждения расположены далеко друг от друга, а транспортная доступность ограничена. И это напрямую влияет на организацию ОМС. Главная особенность – необходимость обеспечить доступность медицинской помощи там, где недостаточно узких специалистов.

Для этого мы активно развиваем выездные формы работы: мобильные бригады регулярно посещают отдалённые территории, проводят диспансеризацию и профилактические осмотры. Важную роль играют центры врачебной амбулаторной помощи и ФАПы – они становятся первым звеном, где человек может получить консультацию и направление.

Ещё один приоритет – цифровизация. Электронный полис, телемедицинские консультации, онлайн-запись к врачу помогают жителям сёл экономить время и силы. Отдельно работаем с информированием: люди должны чётко знать, какие услуги им положены по ОМС и как их получить.

Наша задача – чтобы вне зависимости от того, живёт человек в городе или небольшом селе, он мог своевременно и бесплатно получить качественную медицинскую помощь.

– Одним из заметных результатов 2026 г. стало расширение высокотехнологичной медицинской помощи по ОМС. В крае появились несколько новых видов ВМП, в том числе трансплантация почки, эндоваскулярная кардиохирургия и малоинвазивные онкологические вмешательства. Что это изменило для пациентов? Какие из новых возможностей сегодня наиболее востребованы?

– 2026 г. стал для нас этапом серьёзного рывка: в территориальную программу обязательного медицинского страхования включено семь новых видов высокотехнологичной помощи. Я бы сказала так: это не просто «добавили строчки в список», а реальный шанс для тысяч жителей края получить сложное лечение, не выезжая за пределы региона. Всего на оказание ВМП в текущем году заложено в бюджете ТФОМС СК 3,2 млрд руб.

На практике это влияет на доступность высокотехнологичных вмешательств. Если раньше часть из них финансировалась только из бюджета страны и людям приходилось ехать в федеральные клиники, то теперь многие операции можно сделать здесь, в Ставропольском крае. Это экономит время, силы и деньги семей.

Например, включение трансплантации почки – огромный шаг: у пациентов, находящихся на диализе, появляется возможность получить этот вид помощи и заметно улучшить качество жизни. В онкологии малоинвазивные методы с использованием видеоэндоскопа, томографа, ультразвука позволяют врачу действовать точнее, а пациенту – восстанавливаться быстрее, чем после полостной операции. Появились и другие важные направления: эндоваскулярные вмешательства в кардиологии, сложные ЛОР-операции, микроинвазивная офтальмология при патологиях глазного дна.

Чтобы эти возможности реализовать, нужна слаженная работа всей системы – от выдачи направления в поликлинике до контроля качества в медицинской организации. Уже сегодня выполнено более 9 тыс. высокотехнологичных вмешательств на 2,25 млрд руб.

Если говорить о востребованности, то сейчас особенно активно растёт поток пациентов по таким профилям, как сердечно-сосудистая хирургия – лечение прошли почти 1,5 тыс. пациентов, онкология – более 1,3 тыс. случаев лечения, нейрохирургия – свыше 900, травматология и ортопедия – почти 850, офтальмология – 650 случаев.

В планах этого года – почти 12 тыс. случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Потребность в ВМП превышает запланированный объём.

– Особенно важна доступность медицинской помощи независимо от места проживания. Один из инструментов здесь – телемедицина. За семь месяцев 2026 г. в крае проведено более 8,5 тыс. консультаций «врач-пациент» и 1100 консультаций «врач-врач». В каких случаях этот формат наиболее эффективен?

– Телемедицина эффективна в нескольких ситуациях. Во-первых, когда пациенту сложно добраться до поликлиники, например из-за удалённости населённого пункта, ограниченной мобильности или состояния здоровья.

Во-вторых, для динамического наблюдения за пациентами с хроническими заболеваниями: врач может контролировать показатели, корректировать терапию и вовремя замечать ухудшение. Этот формат удобен и для сбора анамнеза и первичной оценки. Врач может проанализировать жалобы, историю болезни и результаты обследований, которые пациент уже предоставил – анализы, снимки, выписки, – и дать рекомендации по дальнейшим шагам. Это особенно полезно при первичных обращениях, когда нужно определить, к какому специалисту обратиться или какие анализы сдать.

Телеконсультации незаменимы и для повторных приёмов после очного визита, чтобы оценить эффект лечения или обсудить результаты анализов.

Если диагноз уже поставлен, но у лечащего врача есть сомнения, дистанционный консилиум с другим специалистом может помочь уточнить тактику лечения, выработать единое мнение, определить необходимость перевода в специализированное отделение. Это особенно актуально в сложных случаях, например, при онкологических заболеваниях. Формат «врач-врач» помогает быстро получить мнение узкого специалиста или коллеги из крупного центра.

Пациенты должны знать, что телемедицина не заменяет очный приём там, где он обязателен, но заметно повышает доступность качественной помощи для жителей всего края.

– ТФОМС уделяет большое внимание профилактике заболеваний и здоровому долголетию. В крае работают центры здоровья, а с 2026 г. обратиться туда можно самостоятельно, без направления врача. Что показали первые месяцы работы по новым правилам? Насколько востребована эта возможность у жителей?

– С 2026 г. у пациентов действительно появилось больше свободы: теперь в центры здоровья – их в крае 11 для взрослых и четыре для детей – можно прийти самостоятельно, по полису ОМС, без направления врача. Только за девять месяцев текущего года такой возможностью воспользовались 56 тыс. человек.

Центры здоровья – центры медицины здорового долголетия – помогают людям оценить резервы организма: специалисты проводят обследования, выявляют факторы риска ещё до того, как развилось заболевание. На основе результатов каждому составляют персональную «карту здорового образа жизни»: дают советы по питанию, режиму дня, помогают избавиться от вредных привычек или учат правильно контролировать давление. Если в ходе проверки обнаруживаются уже имеющиеся хронические заболевания, пациента направят к профильному специалисту.

В этом году на работу центров из бюджета ТФОМС выделено около 269 млн руб. Мы заложили ресурс, чтобы как можно больше жителей края смогли пройти диагностику своего организма. Планируется принять как минимум 83 тыс. человек.



Представители территориального фонда приняли участие в новой образовательной программе ФОМС для молодых специалистов

– «МГ» уже писала о защите прав застрахованных. Какие вопросы сегодня чаще всего волнуют жителей края при обращении за медицинской помощью? Что показывает работа с такими обращениями?

– С начала 2026 г. в ТФОМС края поступило более 3800 обращений, из них письменных – свыше 300.

По сравнению с 2025 г. за восемь месяцев 2026-го количество обращений консультативного характера уменьшилось на 2,5%. В основном людям требуются именно консультации – их проведено 92% от общего количества.

Значительная часть вопросов – 21% – касается переоформления полиса ОМС. Людей интересует, как восстановить документ в случае утери, нужно ли менять его при смене фамилии, что необходимо для оформления, спрашивают также о сдаче полиса на материальном носителе и приостановлении его действия.

Значительную долю – 11% – составляют консультации о видах и условиях предоставления медицинской помощи по программам ОМС. Операторы нашего контакт-центра разъясняют, какая медпомощь предусмотрена программами, при каких условиях она оказывается – планово, экстренно, неотложно, как получить направление на лечение по полису за пределами Ставропольского края.

Поступают вопросы о порядке выбора врача и медицинской организации. Чаще всего застрахованных интересует, как сменить участкового доктора или прикрепиться к поликлинике вне территории проживания.

Специалисты контакт-центра не только дают разъяснения, но и при необходимости направляют обращения в страховые медицинские организации или профильные подразделения медорганизаций, сопровождая запрос до решения проблемы. Это позволяет сократить время на урегулирование спорных ситуаций.

Работа с обращениями показывает, что люди всё активнее отстаивают свои права и лучше ориентируются в системе ОМС. При этом потребность в понятных разъяснениях сохраняется, поэтому мы усиливаем информационную работу, развиваем каналы консультаций, в том числе через личный кабинет и раздел «Вопрос – ответ» на сайте фонда, тесно взаимодействуем со страховыми представителями.

– Одно из важных направлений работы фонда – сопровождение участников СВО и членов их семей. Как сегодня выстроен их маршрут в системе ОМС? Насколько удалось сделать это направление проактивным?

– Участникам специальной военной операции медицинская помощь оказывается во внеочередном порядке. Как только поступает информация о демобилизации участника СВО, она в обязательном порядке передаётся для организации ему в установленные сроки медицинской помощи.

Проводится диспансеризация с привлечением узких специалистов, посещением и консультацией психолога. Если у ветерана боевых действий нет возможности самому прибыть в медицинскую организацию для прохождения профилактических мероприятий, ему предоставляется возможность пройти диспансеризацию в условиях стационара или получить необходимую медпомощь на дому.

Все этапы медицинского сопровождения участника СВО находятся под контролем. Особое внимание уделено качеству и своевремен-

ности лечения. Налажен оперативный обмен данными между федеральным и территориальными фондами ОМС, фондом «Защитники Отечества», медицинскими организациями и Социальным фондом России. Такое взаимодействие позволяет оказывать необходимую помощь эффективнее и с соблюдением сроков.

В регистре состоят более 2500 участников СВО и порядка 4500 членов их семей. В текущем году 1604 демобилизованных охвачены диспансеризацией и профилактическими осмотрами, более 1000 находятся под диспансерным наблюдением.

За восемь месяцев медицинскую реабилитацию в условиях круглосуточного стационара прошли 30 пациентов этой категории, в условиях дневного стационара – 20.

– ТФОМС использует средства нормированного страхового запаса, в том числе на повышение квалификации медицинских работников, приобретение и ремонт оборудования. Насколько востребован этот механизм в крае? Какие задачи он позволяет решать?

– Как вы верно заметили, законодательство предусматривает использование средств нормированного страхового запаса на дополнительное профессиональное образование медицинских работников, приобретение и ремонт медицинского оборудования. Конечно, этот механизм востребован и позволяет своевременно направлять средства на поддержание возможности оказывать предусмотренные программой ОМС виды медицинской помощи.

Например, в прошлом году на эти цели направлено более 241 млн руб., которые позволили закупить 22 единицы медицинского оборудования на общую сумму почти 161 млн руб. и отремонтировать три аппарата компьютерной томографии на сумму свыше 80 млн руб. Такие средства медицинским организациям самостоятельно изыскать сложно.

Мы понимаем, что современная медицинская помощь зависит не только от количества врачей и объёма финансирования самой медицинской услуги. Существенное значение имеют наличие и состояние оборудования, квалификация персонала. Закупка новой техники позволяет своевременно проводить необходимые обследования и повышать качество диагностики заболеваний.

Обновление и ремонт медицинского оборудования – одно из направлений совместной работы территориального фонда и министерства здравоохранения края по обеспечению доступной и качественной помощи.

– Фонд участвует не только в финансировании, но и в контроле качества медицинской помощи. Какие направления сейчас находятся в центре внимания? Какие изменения удаётся вносить по результатам этой работы?

– Особое внимание уделяется вопросам оказания медпомощи по профилям «онкология», «акушерство и гинекология», болезням системы кровообращения, эндокринным заболеваниям, в том числе сахарному диабету, гепатиту С.

По этим направлениям проводятся мониторинги и контрольно-экспертные мероприятия по случаям оказанной медицинской помощи.

– В 2025 г. диспансеризацию в крае прошли 1,9 млн человек, при этом выявлено более 35 тыс. заболеваний на ранних стадиях. Что происходит с пациентом после обнаружения болезни? Насколько хорошо выстроена дальнейшая маршрутизация – от дополнительного обследования до лечения и диспансерного наблюдения?

– Дальнейший маршрут пациента чётко выстроен и закреплён порядком проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров определённых групп взрослого населения.

После первого этапа, если выявлены отклонения, пациент направляется на второй – углублённое обследование: консультации узких специалистов, гастроскопию, колоноскопию, КТ, МРТ и другие исследования по показаниям. Всё проводится бесплатно по полису ОМС.

Если диагноз подтверждается, пациента берут под диспансерное наблюдение, которое подразумевает лечение, регулярные осмотры и коррекцию терапии.

Контроль маршрутизации – зона ответственности страховых представителей. Они отслеживают, дошёл ли пациент от обследования до лечения, не затягиваются ли сроки ожидания медицинской помощи. Если на каком-то этапе возникает сбой, например, пациент ждёт дольше установленных сроков или ему предлагают платные услуги, страховой представитель подключается к решению проблемы.

В 2026 г. под диспансерное наблюдение взято порядка 200 тыс. пациентов. Это люди, которым система ОМС дала возможность своевременно начать лечение. Наша задача – чтобы эта возможность была реализована в полном объёме.

– Если посмотреть на работу фонда шире, какие изменения последних лет наиболее заметны для жителей края? Что уже существенно изменило их возможности получать медицинскую помощь по ОМС?

– За последние годы в системе ОМС края изменилось многое, и эти перемены напрямую повлияли на то, как и насколько быстро пациенты получают помощь. Я бы выделила несколько ключевых моментов.

Во-первых, расширилась сама программа. В неё последовательно включались новые, порой очень сложные и ресурсоёмкие виды лечения, о которых мы уже говорили. Раньше такие операции финансировались только из федерального бюджета.

Во-вторых, серьёзный упор сделан на профилактику и раннюю диагностику. В программу диспансеризации добавили новые исследования: оценку липидного профиля, уровня липопротеинов, жидкостную цитологию шейки матки, ДНК вируса папилломы человека и другие.

В-третьих, увеличились объёмы медицинской реабилитации: теперь больше пациентов могут восстанавливаться после травм, операций или тяжёлых заболеваний в амбулаторных условиях, дневных и круглосуточных стационарах.

Ещё один важный момент – цифровизация. Теперь сведения об оказанной по ОМС помощи можно запросить через портал «Госуслуги» или личный кабинет застрахованного лица на сайте фонда. Это повышает прозрачность системы обязательного медицинского страхования. Другая сторона цифровизации напрямую влияет на работу медиков – оперативную передачу результатов исследований пациентов и доступ к историям болезни. Кроме того, в систему включены не только фонды ОМС и медицинские организации, но и другие ведомства и структуры, связанные с медицинской помощью и выплатами по больничным листам.

– Какие задачи для ТФОМС Ставропольского края сейчас являются приоритетными? Что должно измениться в системе ОМС в ближайшее время, чтобы это почувствовали сами пациенты?

– Наша главная задача была и остаётся прежней: система ОМС должна работать для людей, делать помощь доступнее, качественнее и понятнее.

Для пациента результат должен выражаться в конкретных вещах: меньше очередей на профильные обследования, возможность быстрее попасть к нужному специалисту, получить даже сложное лечение как можно ближе к месту жительства. И сама система должна становиться для человека понятнее и прозрачнее.

Денис ГРУЗДЕВ.

Фото пресс-службы ТФОМС Ставропольского края.

Акценты

Формула активного долголетия

В Москве состоялась встреча ветеранов столичной журналистики с российскими учёными-геронтологами и клиническими фармакологами. Мероприятие было приурочено к Международному дню пожилых людей, который напоминает о важности заботы, внимания и уважения к старшему поколению. Главной темой обсуждения стали вопросы сохранения здоровья, профилактики возрастных заболеваний и поддержания активного долголетия.

Перед ветеранами выступил председатель Союза журналистов Москвы Павел Гусев, который тепло поздравил коллег с праздником и отметил их неоценимый вклад в развитие отечественной прессы. Первый секретарь СЖМ Людмила Щербина, объясняя выбор главной темы «круглого стола», отметила, что хотя программы активного долголетия успешно учат людей старшего поколения танцевать, рисовать, вязать, гулять и учить языки, для любой подобной активности в первую очередь необходимо крепкое здоровье. Она также обратила внимание на существующий в информационном поле дисбаланс: масштабные городские программы всеобщей доступности врачей соседствуют с прогнозами экспертов ВОЗ о нарастающем кадровом дефиците в мировой медицине к 2030 г. Была отмечена важность укрепления кадрового потенциала государственных поликлиник и преодоление оттока специалистов в коммерческий сектор.

Руководитель отдела общественных проектов Российского геронтологического научно-клинического центра Вадим Самородов рассказал о развитии гериатрии – одной из самых молодых медицинских дисциплин в стране. Он подчеркнул, что вопреки стереотипам, медицина обеспечивает лишь 9-10% здорового старения, тогда как его основа – это занятость, социализация и борьба с одиночеством. По словам спикера, одиночество по разрушительному эффекту сравнимо с пачкой выкуренных сигарет в день. Профессия журналиста даёт уникальное преимущество для долголетия, так как наличие аудитории и востребованность возвращают колоссальную энергию. Главным «лекарством» В.Самородов назвал осознанность и наличие смысла жизни. Он пригласил ветеранов прессы на лечение в РГНКЦ по системе ОМС, заверив, что в их федеральном центре пациенты никогда не услышат от врачей фразу «ну а что вы хотели – возраст».

Главный специалист клинический фармаколог департамента здравоохранения Москвы Марина Журавлёва посвятила своё выступление культуре медикаментозного лечения. Она отметила, что в современном мире 90% всех назначений врача приходится на лекарственную терапию. При этом эксперт предостерегла ветеранов от чрезмерного увлечения медикаментами (полипрагмазии). Если человек одновременно принимает до пяти препаратов, риск побочных реакций составляет около 25-30%, но при приёме девяти и более лекарств этот показатель взлетает до 90%. В таких случаях врачам приходится лечить уже побочные эффекты самой терапии, из-за чего в медицине активно продвигается обоснованная отмена лишних лекарств.

М.Журавлёва также указала на необходимость критического отношения к биодобавкам. БАДы служат лишь для восполнения дефицита микроэлементов, но их бесконтрольный приём вместе с фитотерапией и гомеопатией перегружает организм. Любые назначения должны обсуждаться с врачом. Она также заверила, что в России выстроена жёсткая система контроля качества дженериков. Они проходят многолетние клинические исследования и составляют основу лекарственного обеспечения во всём мире.

Правительство и депздрав Москвы реализуют масштабные программы поддержки. Так, в столице действует пожизненное бесплатное обеспечение лекарствами для пациентов с мерцательной аритмией (фибрилляцией предсердий) и высоким уровнем холестерина (гиперлипидемией). Эти препараты выдаются бесплатно независимо от наличия у пациента инвалидности или других федеральных льгот, что позволяет эффективно защищать людей от инфарктов и инсультов.

В завершение своего выступления М.Журавлёва напомнила золотое правило отечественной фармакологии, сформулированное академиком Б.Вотчалом: «Лечить лекарством нужно только тогда, когда нельзя не лечить», то есть принимать следует лишь те препараты, которые совершенно необходимы.

Встреча переросла в открытый диалог, где журналисты смогли задать экспертам практические вопросы о сохранении высокой умственной и физической активности.

Сергей ФЁДОРОВ.

Деловые встречи

На берегах Амура

В конце сентября в Хабаровске прошёл Дальневосточный медицинский междисциплинарный форум «Амурские волны», одним из организаторов которого стала Евразийская ассоциация клинической фармакологии и фармаконадзора (ЕАКФФ).

Хабаровский край – место, где в 1993 г. зародилась медицинская специальность «клиническая фармакология» как пилотный проект. Это стало возможным благодаря профессору Салавату Сулейманову и его команде, которые в непростые годы пошли на смелый шаг – создали службу клинической фармакологии в регионе, разработали положение и квалификационные требования. Только в 1997 г. специальность была официально введена приказом Минздрава РФ по всей стране. По сути, дальневосточный опыт стал предтечей федерального решения.

На форуме «Амурские волны» рассмотрели ряд правовых, биоэтических, онкологических, офтальмологических и других актуальных вопросов, связанных с организацией здравоохранения и клинической лабораторной диагностикой. Лекцией «Медицинская специальность «Клиническая фармакология»: текущее состояние и перспективы» автор этих строк открывал пленарное заседание «Современные тренды клинической фармакологии и терапии», вёл секционное заседание, где говорили о максимальной эффективности и безопасности фармакотерапии, месте нашей специальности в системе здравоохранения, о фармакогенетике и персонализации.



С.Сулейманов (справа) и Д.Сычёв

В дни форума профессору Сулейманову исполнилось 75 лет, и для меня было большой честью лично поздравить его – учёного, организатора, педагога, воспитавшего плеяду специалистов, работающих сегодня по всему Дальнему Востоку. Работы Салавата Шейховича по фармакогенетике коренных народов региона, инициированные нашим общим учителем академиком Владимиром Кукесом, уникальны и востребованы до сих пор. Они стали истоком изучения этнических аспектов метаболизма лекарств в нашей стране.

В рамках форума «Амурские волны» вместе с профессором Салаватом Сулеймановым и главным клиническим фармакологом Кыргызстана, профессором Аидой Зурдиновой мы выступили в средствах массовой информации Хабаровского края, говорили о будущем нашей специальности. Вместе посетили мастерскую известных хабаровских художников Владимира и Надежды Хрустовых. Их работы – удивительное сочетание нежности, цвета и силы. Хабаровск – необыкновенный город, где клиническая фармакология имеет глубокие корни.

Дмитрий СЫЧЁВ,
директор Центра предиктивной генетики, фармакогенетики и персонализированной терапии РНЦХ им. Б.В.Петровского, заведующий кафедрой клинической фармакологии и терапии им. Б.Е.Вотчала РМАНПО, академик РАН.

Хабаровск.

Как живёшь, госпиталь?

Тридцать лет — всё только начинается

Почему в праздничных речах чаще говорили о будущем, чем о прошлом

– Оставайтесь, пожалуйста, на сцене. Мы потом сделаем общую фотографию… – сказал ведущий. Далее он называет следующую фамилию, потом ещё одну. Награждённые не возвращаются в зал, а встают рядом с коллегами. Так, имя за именем, складывается групповой портрет госпиталя: не парадный список должностей, а коллектив людей, чья работа обычно измеряется не аплодисментами, а тем, что помощь пациенту оказана вовремя. На юбилее за эту повседневную работа сотрудников благодарили публично – каждого по имени.

Белгородскому госпиталю для ветеранов войн исполнилось 30 лет. Такая дата располагает к рассказу об этапах, достижениях и пройденных испытаниях. Но начальник госпиталя, кандидат медицинских наук Вера Паникар, поздравляя сотрудников, начала не с итогов. Она предложила посмотреть на возраст госпиталя иначе:

– Я считаю, что 30 лет – это только начало прекрасного. Потому что есть уже определённый опыт за плечами, есть знания, есть уверенность в завтрашнем дне, есть люди, ради которых мы работаем.



М.Кабанов

Это «только начало» прозвучало не как дежурный праздничный оборот. В её речи были и трудные годы, и сегодняшняя ответственность, и обещание довести до конца намеченные планы. Юбилей на несколько часов позволил коллективу собраться вместе, но не отменил того, ради чего существует госпиталь: завтра сотрудники снова будут ждать пациентов.

Испытание, которое изменило работу

Говоря о том, что коллективу уже удалось преодолеть, Вера Игоревна вспомнила пандемию. Тогда привычный порядок работы пришлось быстро менять: появилось много пациентов, новые люди, иные ситуации. Даже спустя годы этот период остаётся для сотрудников госпиталя не отвлечённой датой, а чередой напряжённых дней, и к ним надо было приспосабливаться на ходу.

По её словам, в тот момент казалось: «Труднее уже не будет». Позже выяснилось, что новые обстоятельства могут поставить перед госпиталем другие, не менее сложные задачи. Выдержать их помогло то же, что и прежде, – готовность сотрудников поддерживать друг друга.

– Мы все вместе и друг другу всегда помогаем, – сказала она, вспоминая работу коллектива в период пандемии. За короткой фразой – важная для лечебного учреждения вещь. Когда меняется поток пациентов и привычных решений уже недостаточно, работа одного специалиста зависит от действий десятков других. Врач не может справиться без медицинской сестры; отделение – без младшего персонала; помощь пациенту – без тех сотрудников, которых он, возможно, даже не увидит. Именно поэтому в юбилейной речи благодарность была обращена не только к людям в белых халатах.

Вера Игоревна отдельно сказала о коллегах, которых нет на торжестве: кто-то должен был остаться на посту. Для медицинского учреждения это привычная, но очень точная деталь юбилея. Пока одни принимают поздравления, другие продолжают работать.

Она перечислила врачей, медицинских сестёр, младший и немедицинский персонал и заметила, что о последних порой забывают, хотя они такие же сотрудники госпиталя. Это прозвучало особенно уместно перед награждением: на сцену выходили люди, представляющие не абстрактное «учреждение», а живой коллектив.

Тему сегодняшней работы продолжили гости. Сопредседатель Союза госпиталей ветеранов войн России, начальник Санкт-Петербургского госпиталя ветеранов войн, заведующий кафедрой хирургии медицинского университета «РЕАВИЗ», главный гериатр Минздрава России, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор Максим Кабанов подчеркнул, что госпитали для ветеранов лечат участников боевых действий, а теперь перед ними стоит и задача реабилитации участников специальной военной операции. Праздничная дата здесь не отделена от текущих забот: пациентов, которым нужна помощь, много сейчас, и их не станет меньше в ближайшие годы.

Признание профессионального труда сопровождалось словами о том, как встречают людей в самом госпитале. Руководитель Белгородского регионального отделения Общероссийской общественной организации «Ветераны боевых действий России», генерал-майор Павел Лещук сказал, что в общении с коллективом чувствует особое тепло. О профессиональных качествах сотрудников, заметил он, в этот день уже говорили много; ему же хотелось отметить человечность и доброту.



В.Паникар и Н.Калашников

Председатель Белгородской региональной организации профсоюза работников здравоохранения РФ Николай Калашников подчеркнул, что особое отношение к пациентам в госпитале – это марка учреждения. Пациенту важно не только назначенное лечение, но и то, как с ним разговаривают, насколько внимательно встречают, готовы ли выслушать. Слова профсоюзного лидера напомнили: отношение к человеку тоже становится частью того, что он запоминает о больнице.

От имени медицинских университетов и колледжей «РЕАВИЗ» в Москве, Санкт-Петербурге, Самаре и Саратове поздравить коллектив госпиталя с 30-летием приехал помощник ректора Александр Разумов. Он отметил, что образовательные организации «РЕАВИЗ» и Союз госпиталей давно и эффективно взаимодействуют с ассоциацией. Они выполняют совместную практическую и научную подготовку студентов и медицинских работников на клинических базах этих лечебных учреждений, осуществляя патриотическое воспитание молодых врачей на исторических примерах госпитальной медицины.



Гости торжественного мероприятия

В подарок госпиталю было передано недавно изданное методическое пособие для клинических психологов, подготовленное медицинским университетом совместно с Санкт-Петербургским госпиталем для ветеранов войн. Материалы посвящены психологической реабилитации участников специальной военной операции и могут быть использованы в практической работе специалистов.



Фотография на память

Люди, стоящие за названием

Во время награждения официальная формулировка повторялась снова и снова: «Почётной грамотой госпиталя награждается…». Затем звучит имя, и на сцену выходит ещё один сотрудник. Ведущий просил оставаться – впереди общий снимок. К концу церемонии награждённые стояли вместе, под аплодисменты зала.

Один из самых сильных моментов такого праздника – не вручение самой грамоты, а возможность увидеть рядом людей, которые обычно находятся на разных рабочих местах. В повседневной жизни их объединяет общее дело – на юбилее это стало видно буквально. Госпиталь на несколько минут перестал быть названием учреждения и превратился в ряд лиц на сцене.

После поздравлений и награждения прозвучала музыка: перед гостями выступил солист Белгородской государственной филармонии Константин Кривцов. Праздничная программа дала возможность ненадолго отойти от рабочего ритма – послушать выступление, принять поздравления, сделать фотографию на память.

В завершение своей речи Вера Игоревна пожелала сотрудникам здоровья, счастья и мира. Она сказала, что именно мира здесь желают друг другу на каждом празднике. В зале эти слова не требовали пояснений.

Тридцать лет для госпиталя – возраст, в котором уже есть на что опереться: опыт, сложившаяся команда, память о преодолённых трудностях. Но юбилей показал и другое. Главная история учреждения не заканчивается общей фотографией. После торжества сотрудники вернулись к своим рабочим местам и пациентам, ради которых, по словам руководителя медучреждения, работает коллектив.

Александр ХУДАСОВ,
корр. «МГ».

Фото автора.

Согласно доминирующей на сегодняшний день амилоидной гипотезе, прогрессирование болезни Альцгеймера вызвано накоплением в нейронах амилоида (амилоидных бляшек). На XXV съезде Физиологического общества им. И.П.Павлова прозвучала пленарная лекция заместителя директора по научной работе Института физиологии РАН им. И.П.Павлова и заведующего лабораторией молекулярной нейродегенерации Санкт-Петербургского политехнического университета Петра Великого, члена-корреспондента РАН Ильи БЕЗПРОЗВАННОГО. Она была посвящена молекулярным механизмам и подходам к лечению болезни Альцгеймера (см. «МГ» № 35 от 09.09.2026). Обозреватель «МГ» Болеслав ЛИХТЕРМАН попросил автора разъяснить суть нового понимания патогенеза этой болезни и открывающихся терапевтических перспектив.

Авторитетное мнение

Я всегда шёл другим путём

– Илья Борисович, существует точка зрения, что амилоидные бляшки на самом деле выполняют защитную функцию, связывая патологические амилоидные белки. Когда мы пытаемся эти бляшки растворить, токсичный амилоид активизируется. Значит, современные терапевтические подходы ошибочны?

– Вы правы в том, что количество свободного амилоида уменьшается за счёт бляшек. Но при этом вокруг них имеется «облако» амилоида, и поэтому они очень токсичны. Было показано экспериментально, что нейроны вблизи них фактически атрофированы. То есть убирать нужно не только бляшки, но и растворённый амилоид в олигомерной форме. Идея большинства современных фармакологических подходов в том, чтобы связывать амилоид с помощью моноклональных антител, что позволит убрать и олигомеры, и бляшки.

– Но она, к сожалению, не работает.

– Может быть, такой подход бы работал, если бы антитела вводились за 20 лет до появления симптомов. Какая-то польза от антител есть, но она минимальная, а токсичность может быть очень серьёзная. ARIA (амилоид-связанные визуализационные изменения на МРТ головного мозга, возникающие при лечении антиамилоидными моноклональными антителами – **Ред.**) могут привести к смерти. На самом деле за этой аббревиатурой скрывается разрушение гематоэнцефалического барьера. Как всегда, в Америке создали красивое слово и за ним всё спрятали, чтобы была возможность выйти на рынок с антителами против амилоида.

– Арии в операх поются.

– Да, они в этом плане молодцы – умеют всё так красиво запаковать, что пока не разберёшься, что за этим стоит, даже не понимаешь, о чём речь вообще.

– Но вы пошли другим путём.

– Я всегда шёл другим путём. Когда приехал на первую международную конференцию по болезни Альцгеймера более 20 лет назад, мне сказали: «Илья, что ты тут делаешь? Проблема решена, мы уже в клинике. Через год будешь покупать лекарства в ближайшей аптеке». Тогда как раз начались клинические испытания ингибиторов бета- и гамма-секретаз. Я ответил: «А если не получится?». Сразу решил, что не буду заниматься амилоидом, потому что эта поляна уже тогда была вытоптана полностью.

– Правильно ли я понимаю, что вы амилоидную гипотезу отвергаете?

– Нет. Это абсолютно правильная гипотеза, но плохо работает с точки зрения трансляции в полезное лекарство. Потому что амилоид накапливается задолго до появления симптомов болезни, и на клинической стадии его элиминация мало что даёт. Уже сколько лет пытаются, потрачены были невероятные ресурсы, а где результат? Можно ли как-то по-другому подойти к этой проблеме? Считается, что амилоид является причиной заболевания. По определению, болезнь Альцгеймера – это деменция с амилоидными бляшками. Но есть вопросы к этой гипотезе, потому что у людей амилоида может быть много, а когнитивных нарушений нет. Тогда говорят: «Ну, у них ещё не произошла конверсия. Если бы они прожили дольше, то болезнь проявилась бы». Очевидно, амилоид запускает какие-то процессы на фоне воспаления. Если по какой-то причине возникает воспалительный процесс (например, вирусные заболевания), то при той же амилоидной нагрузке вероятность болезни Альцгеймера намного выше. Это называется второй удар (second hit). Вторым ударом может быть травма, операция под наркозом и т.д. Сейчас ожидается эпидемия неврологических заболеваний (болезней Паркинсона, Альцгеймера, рассеянного склероза) у тех, кто тяжело болел ковидом. Потому что сильная встряска иммунной системы увеличивает вероятность нейродегенерации, особенно если у тебя уже накоплен амилоид.

– Но, наверное, он накапливается у всех?

– Нет, не должен. Если процесс аутофагии нормальный, клетка очищается. Но если он тормозится, то амилоид накапливается. Так чем же вызвана болезнь – амилоидом или нарушением аутофагии?

– Но мы же этиологию не знаем.

– Да, в том-то и дело. С моей точки зрения, это гетерогенное заболевание. У кого-то его запускает воспалительный процесс, у кого-то мутация, у кого-то оно возникает по другим причинам.

– Но наследственные формы болезни Альцгеймера – это отдельная история.

– Конечно, отдельная, но всё же смешивают в одну кучу: болезнь та же самая, значит, всё то же самое. Вот тут ошибка, потому что я считаю, что у многих первопричиной мог не являться амилоид, а, например, нарушение кальциевой сигнализации или аутофагии, или воспаление. А дальше манифестация будет похожая – у всех начнёт амилоид накапливаться и будут развиваться когнитивные нарушения, связанные с ослаблением и потерей синаптических контактов. Как их правильно лечить?

– Есть ли на примете какая-то терапевтическая молекула?

– Согласно кальциевой гипотезе, дисрегуляция нейрональной кальциевой сигнализации играет важную роль в патогенезе нейродегенеративных заболеваний. Контроль над нейрональным кальцием нарушен в результате старения мозга, это хорошо известно. Положительные аллостерические модуляторы (ПАМ) насоса SERCA могут стабилизировать кальциевые сигналы без побочных эффектов. Мы в своих исследованиях показали, что они оказывают нейропротекторное действие в модели амилоидной



токсичности in vitro, нормализуют активность нейрональной сети in vivo, восстанавливают память и уменьшают накопление амилоида в экспериментах с генетической моделью болезни Альцгеймера. Все доклинические исследования проведены. Теперь надо найти деньги на клинические испытания.

– А в чём проблема?

– «Большая фарма» очень консервативна. Они всегда говорят: «Ну вот вы сделайте вторую фазу (клинических испытаний – **Ред.**), мы у вас препарат купим и будем делать третью». Я разговаривал на эту тему с главным человеком по лицензированию новых программ компании Eli Lilly. Объяснял, как всё это круто. Он на меня смотрит и говорит: «Илья, знаешь, как для меня это выглядит? Я сижу на веранде. Передо мной огромный вишнёвый сад, и все вишни абсолютно одинаковы. Какую я сорву? Вот так и все эти ваши программы. Все мне рассказывают, как они хороши. Какую выбрать? Вот когда вторую фазу сделаете и придёте ко мне с вишнёвым тортом, я его съем». Они не хотят ввязываться на ранних стадиях. Ждут, чтобы маленькие компании дожали до уровня второй фазы, а потом приобретают продукт и делают третью. А третья фаза – это сотни млн долл.

– Тогда почему они хотят, чтобы вторую фазу мелкие фирмы провели?

– Молекула новая, они боятся ответственности. Если в клиническом испытании возникнет проблема с токсичностью, на них подадут в суд. Поэтому они всегда ждут, чтобы маленькая фирма добралась до уровня второй фазы и показала им, что, во-первых, не было никаких серьёзных побочных эффектов и, во-вторых, что лекарство более-менее работает. Это называется Death Valley of Biotech («Мёртвая долина биотеха») – то место, где умирают большинство преклинических и ранних клинических программ. После второй фазы они эту программу уже всерьёз рассматривают. Поэтому «большая фарма» всегда ждёт, чтобы кто-то эту мёртвую долину пересёк своими силами. И каждая маленькая компания выкручивается как может. Где-то находят деньги, где-то обманывают. Очень много вранья на этой стадии происходит. Часто вторая фаза прекрасно работала, а третья не работает вообще. Поэтому нам надо будет искать ресурсы, возможно, уже не коммерческие, а какие-то правительственные.

– Кальциевая гипотеза, о которой вы говорили на лекции, ваша идея?

– Нет, эту гипотезу выдвинул Завен Хачатурян. Кстати, племянник известного композитора (Арама Хачатуряна – **Ред.**). Он живёт в США. Я его хорошо знаю. Он стратег, предложивший вместе с Нэнси Рейган выделить под изучение болезни Альцгеймера отдельное финансирование. Завен в 1980-х гг. заявил, что при старении происходит нарушение обмена кальция. То есть первый удар – это накопление амилоида, а второй – это сбой кальциевой сигнализации. Все механизмы, которые контролируют уровень кальция (помпы, буферизация (buffering), митохондрии) с возрастом работают хуже.

– В нейронах?

– В первую очередь в нейронах, потому что это неделящиеся клетки. Если вам 80 лет, то вашему нейрону столько же. И вот это основная проблема – старение на уровне клетки. С течением времени способность контролировать уровень кальция снижается. Например, активность кальциневрина (кальций-зависимая фосфатаза – **Ред.**) в стареющих нейронах увеличена. Это приводит к нарушениям синаптической пластичности, потому что такая активация стимулирует долговременную депрессию (long-term depression, LTD) (стойкое ослабление силы синаптических связей между нейронами в ответ на определённую активность – **Ред.**) и блокирует долговременную потенциацию (long-term potentiation, LTP) (стойкое усиление синаптической передачи между нейронами, которое играет ключевую роль в механизмах памяти и обучения – **Ред.**). Идёт постоянная битва между кальций/кальмодулин-зависимой протеинкиназы (киназой KMK) и кальциневрином. Каждый раз, когда киназа KMK выигрывает, синаптические контакты усиливаются (LTP). Если выигрывает кальциневрин – они ослабляются (LTD). С возрастом кальциневрин начинает одерживать победу.

– Значит, вы ищете блокаторы кальциневрина?

– Такие блокаторы есть, но они задавят иммунный ответ, и вы умрёте от инфекционных заболеваний, потому что иммунная система перестанет работать. Если бы можно было сделать так, чтобы кальциневрин блокировался только в мозгу, мы бы, наверное, вылечили все нейродегенеративные заболевания. Но это невозможно. Блокаторы (или ингибиторы) кальциневрина, такие как циклоспорин и такролимус, используются как мощные иммуносупрессоры. Когда я предлагал врачам попробовать назначать их в низких дозах для лечения нейродегенеративных заболеваний, они отказались: «Потом все будут болеть инфекционными заболеваниями, и мы будем виноваты». Боятся просто. Потому что кальциневрин важен для иммунного ответа. А положительный аллостерический модулятор SERCA помпы нетоксичен. Он включается только в момент, когда кальций уже высокий, и его надо из клетки выкачать. То есть он уменьшает время нахождения в клетке повышенного кальция.

– Как правило, отсюда едут заниматься наукой на Запад, а вы, наоборот, вернулись.

– Я 35 лет проработал в США, с 1990 г. А с 2012 г. по мегагранту у меня появилась лаборатория в Санкт-Петербургском политехническом университете. Сейчас, в силу политической ситуации, мне в Штатах сказали, что нельзя так продолжать: или разрывай с Россией, или уезжай. Я вернулся в Россию, потому что мне здесь нравятся научное сообщество и умные студенты, с которыми интересно работать. Мне недавно исполнился 61 год, и в моём возрасте более интересно не самому эксперименты делать, а в роли научного руководителя помогать молодым ребятам расти в науке. Я сейчас замдиректора по науке в Институте физиологии им. И.П.Павлова. Это такой очень интересный вопрос, где лучше работать. США, когда я приехал туда в 1990 г., были далеко впереди всех. Сейчас Китай по наукам о жизни обогнал Штаты, по моему мнению. Почему? Во-первых, потому что очень много китайцев, которые работали в Америке, вернулись на родину и теперь развивают китайскую науку. Во-вторых, потому что правительство Поднебесной определило науки о жизни как одно из приоритетных направлений и выделяет очень серьёзные ресурсы на его развитие. Таких центров коллективного пользования, какие я видел в Китае, нет больше – и по масштабам, и по компетенции сотрудников. С ними надо работать вместе и дружить. Китай сейчас принимает с удовольствием и меня, и моих студентов из России, но никто никому помогать не будет. В принципе, в науке, как и в жизни, надо самим выкарабкиваться и развивать у себя технологию и кадры. Будем надеяться, что ресурсы для этого в России найдутся.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 27 (2507)

Эндофтальмит

Определение

Эндофтальмит – это инфекционное гнойно-воспалительное заболевание внутренних оболочек глаза вследствие контаминации бактериями или грибами во время операции/травмы или сразу после неё, реже распространения инфекции из эндогенных источников, с экссудацией в переднюю и заднюю камеры глаза, стекловидное тело, витреальную полость.

Этиология и патогенез

Острый послеоперационный эндофтальмит

В большинстве случаев послеоперационный эндофтальмит вызывает собственная микрофлора глазной поверхности и кожи периокулярной области. Контаминация экзогенной микрофлорой поверхности медицинского инструментария, ирригационных растворов, ИОЛ, инжектора, рук медицинского персонала является крайне редкой. Инфицирование возможно за счёт проникновения микроорганизмов внутрь глазного яблока через разрез во время вмешательства, либо после него при нарушении герметичности операционных доступов. Затем, при нарушении анатомического барьера между передним и задним отрезком глазного яблока через дефекты задней капсулы хрусталика, связочного аппарата и передней гиалоидной мембраны микроорганизмы легко контаминируют стекловидное тело, которое является для них отличной питательной средой. Там они размножаются и продуцируют различные факторы патогенности (токсины), которые вызывают воспалительный процесс.

К факторам риска возникновения острого эндофтальмита со стороны глазного яблока и его придаточного аппарата относятся: анатомические особенности строения глазной щели (глубоко посаженное глазное яблоко), нарушения положения век, что может обусловить накопление ирригационной жидкости на глазной поверхности и повысить риск бактериальной контаминации; воспалительные заболевания глазной поверхности в виде хронического конъюнктивита, блефарита, каналикулита, непроходимости слёзных путей на уровне перешейка слёзного мешка и носослёзного протока; ношение мягких контактных линз, нахождение косметического протеза в контрлатеральной орбите.

Интраоперационными факторами риска является установка векорасширителя, после которого происходит увеличение микробной нагрузки вследствие компрессии протоков мейбомиевых желёз и эвакуации их секрета в конъюнктивальный мешок.

Возбудителями эндофтальмита являются бактерии и грибы, распределяемые по частоте встречаемости следующим образом:

- стафилококки:

– 33-77% – эпидермальный стафилококк (Staphylococcus epidermidis) и другие виды коагулазонегативных стафилококков (КНС);

– 10-21% – золотистый стафилококк (Staphylococcus aureus);

- стрептококки:

– 9-19% – β-гемолитический стрептококк, включая (Streptococcus mitis и Streptococcus salivarius), пневмококк (Streptococcus pneumoniae);

– 2-10% – другие грамположительные кокки, включая энтерококки (Enterococcus;

– faecalis, Enterococcus faecium, Enterococcus Casseliflavus);

- грамотрицательные бактерии:

– 6-22% – синегнойная палочка (Pseudomonas aeruginosa), включая (Stenotrophomonas maltophilia, Burkholderia cepacia complex и другие виды);

- грибы:

– до 8% – Candida spp., Aspergillus spp., Fusarium spp.

Частота выделения основных возбудителей послеоперационного эндофтальмита сопоставима в странах Европы и Северной Америки, что подтверждается крупномасштабными исследованиями: исследование EVS (Results of the Endophthalmitis Vitrectomy Study. A randomized trial of immediate vitrectomy and of intravenous antibiotics for the treatment of postoperative bacterial endophthalmitis, США, 1996), исследование ESCRS (ESCRS guidelines for prevention and treatment of endopthalmitis following cataract surgery, 2007), Swedish National Study (Швеция, 2013). Видовой состав возбудителей эндофтальмита в азиатском регионе существенно отличается. В частности, доля эндофтальмитов, вызванных грамотрицательными бактериями и грибами, значительно выше, чем в Европе и Америке. В Китае доля грамотрицательных бактерий при эндофтальмите достигает 26,2%, грибов – 16,7%, в Индии – 13,4% и 12,7% соответственно. Микробиота глазной поверхности может варьировать в зависимости от этнической принадлежности хозяина, изменяться в результате воздействия окружающей среды и других причин.

Согласно классическим представлениям, клиническая картина острого инфекционного воспалительного процесса при эндофтальмите развивается к 2-7 сут. после операции, что связано с патогенезом данного осложнения, который проходит, как правило, 3 стадии инфекционного процесса: фазу инкубации; фазу ускоренного роста бактерий, фазу клеточной гибели бактерий. В период инкубации наблюдается увеличение количества микроорганизмов до критического значения, продолжительность данной фазы составляет не менее 16-18 ч. Далее происходит экссудация фибрина и клеточная инфильтрация нейтрофильными гранулоцитами. Выраженность клинических проявлений в передней камере глаза зависит от вирулентности бактерий, выделяемых ими токсинов и состояния иммунной системы пациента. Клинические признаки воспаления появляются в переднем отрезке и в задней камере глаза на 2-4-е сут. после операции, далее в воспалительный процесс вовлекается стекловидное тело. Накопление экссудата в заднем отрезке глаза происходит достаточно быстро вследствие низкой естественной дренажной способности стекловидного тела. Зачастую экссудат с бактериями заполняет всю витреальную полость, формируется фибринозный сгусток, обуславливающий развитие как передней, так и задней пролиферативной витреоретинопатии, и воспалительный процесс переходит из фазы ускоренного роста бактерий в фазу их клеточной гибели. Особое внимание надо уделять пациентам с авитрией, т.к. переход из одной фазы патологического процесса в другую у них идет значительно быстрее в связи с быстрой миграцией и накоплением возбудителя в жидкости витреальной полости.

Немаловажным звеном в патогенезе заболевания является вовлечение в воспалительный процесс сетчатки, приводящее к деструкции нейрорецепторного аппарата. Повреждение внутренних оболочек происходит из-за медиаторов воспаления (гистамина, серотонина, гидроперекиси, гидрорадикалов, брадикининов, простагландинов и других), а также обусловлено накоплением продуктов жизнедеятельности бактерий (экзотоксинов и протеаз). Помимо самих бактериальных компонентов, которые могут выступать в качестве антиген-презентирующих клеток, тяжесть течения воспаления обуславливают бактериальные токсины, имеющие тропность к тканям-мишеням и оказывающие на них деструктивное воздействие. Вовлечение в процесс воспаления наружных слоёв сетчатки минимизирует вероятность восстановления зрительных функций в исходе лечения.

В ряде случаев может происходить контаминация бактериями фильтрационной подушки после антиглаукомной операции, особенно с использованием цитостатических препаратов, с дальнейшим развитием блебита спустя четыре и более недель после операции, который протекает остро с угрозой как функциональной, так и анатомической потери глаза.

Хронический послеоперационный эндофтальмит

Хронический послеоперационный эндофтальмит развивается спустя четыре и более недель после операции и проявляется вялотекущим рецидивирующим течением. Возбудителями данного заболевания чаще всего являются пропионибактерии (Propionibacterium acnes), реже – эпидермальный стафилококк (Staphylococcus epidermidis), актиномицеты (Actinomyces israelii) и коринебактерии (Corynebacterium spp.). Особенностью данного осложнения является попадание небольшого количества слабовирулентных бактерий в капсульный мешок и дальнейшая их изоляция вследствие склеивания передней и задней капсулы хрусталика – «внутрикапсулярный» хронический послеоперационный эндофтальмит.

Посттравматический эндофтальмит

Посттравматический эндофтальмит, как правило, характеризуется контаминацией микст-инфекцией, напрямую зависит от характера повреждения и уровня загрязнения травмирующего агента. Стадии развития данного вида эндофтальмита аналогичны стадиям острого послеоперационного эндофтальмита.

Микроорганизмы проникают в полость глазного яблока непосредственно в момент ранения (первичная микробная инвазия), либо спустя некоторое время после травмы (вторичная микробная инвазия). Если в первом случае клиническая картина развивается, как правило, в первые 2-3 сут. после проникающего ранения глаза, то во втором клинические признаки могут проявиться в более поздние сроки. Вторичной микробной экзогенной инвазии способствует недостаточная адаптация размозжённых краёв раны, формирование фильтрующего рубца и т.д.

Грибковый эндофтальмит

Грибковый эндофтальмит является относительно редко встречающимся чрезвычайно грозным поражением органа зрения с крайне вариабельной клинической картиной, сложной диагностикой, индивидуальным алгоритмом лечения и сомнительным функциональным и анатомическим прогнозом, при этом способным в кратчайшие сроки привести к потере глаза как органа. Возбудителями грибкового эндофтальмита чаще всего являются дрожжи (Candida spp., Malassezia spp., Micosporum spp. и др.) и плесневые грибы (Aspergillus spp., Cephalosporium spp., Mucor spp., Fusarium spp., Paecillomices spp. и др.). Проникновение грибов в полость глаза происходит эндогенным и экзогенным путями, так же, как и при бактериальной инфекции.

Основными факторами риска развития эндогенного грибкового эндофтальмита являются выраженная иммуносупрессия, СПИД, гранулоцитопения, внутривенное введение наркотиков, длительно установленные катетеры, бактериальный сепсис у пациентов, находящихся в стационаре, применение системных антибиотиков, интенсивная кортикостероидная терапия, ранний послеоперационный период после перенесённой полостной хирургии, особенно на желудочно-кишечном тракте, органах мочеполовой системы, злокачественные новообразования, алкоголизм, сахарный диабет, политравма, гемодиализ, послеродовый период, недоношенность, трансплантация органов. При наличии фунгемии, как правило, происходит эндогенное распространение инфекции, с развитием так называемой гематогенной диссеминации системной грибковой инфекции.

Причиной развития экзогенного грибкового эндофтальмита является повреждение стромы роговицы с попаданием и размножением на её поверхности грибов, нередко процесс заканчивается разрушением десцеметовой мембраны с переходом кератоувеита в грибковый эндофтальмит. Факторами передачи грибковой инфекции, в частности фузарий, могут быть контактные линзы, контейнеры и растворы для их хранения. Также грибковая инфекция может попасть извне при полостных хирургических вмешательствах, в таких случаях контаминация связана с интраоперационным заносом спор грибов в полость глаза, частота инфицирования таким путём крайне низка.

Эпидемиология

Острый послеоперационный эндофтальмит

В настоящее время, благодаря прогрессу хирургических технологий, в том числе переходу от интракапсулярной экстракции катаракты к хирургии малых разрезов с применением ультразвуковой энергии, появлению новых групп антибактериальных препаратов и совершенствованию противоэпидемических мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций, риск развития послеоперационных осложнений значительно снижен. Так, по данным исследования ESCRS (2007), частота послеоперационного эндофтальмита после факоэмульсификации у пациентов, не получавших внутрикамерного введения цефуроксима и закапывания капель левофлоксацина, составляла 0,35%, на фоне внутрикамерного применения цефуроксима частота эндофтальмитов снизилась до – 0,05%.

Результаты ретроспективных исследований, проведённых в США, Польше, Южной Корее и Китае показали, что частота эндофтальмита после факоэмульсификации составляла 0,04-0,06%. В ходе организованного Европейским обществом катарактальных и рефракционных хирургов (European society of cataract and refractive surgeons, ESCRS, 2013) многоцентрового рандомизированного клинического исследования было установлено, что частота возникновения острого эндофтальмита существенно варьирует (0,025-0,226%) в зависимости от особенностей использования антисептиков и антибиотиков в рамках его периоперационной профилактики.

В России данный показатель не превышает 0,1%, в частности, в структуре МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова частота эндофтальмитов после катарактальной хирургии составляет 0,03-0,07%.

Частота эндофтальмитов после микроинвазивной витрэктомии 23 и 25G в Швеции достигает 0,14%, в Индии – 0,052%, после антиглаукомных операций он встречается в королевстве Саудовская Аравия в 0,00074-0,00197% случаев, во Франции – в 0,06-0,2% случаев. Анализ осложнений выполненных в США 15 тыс. инъекций различных anti-VEGF препаратов установил, что вероятность развития эндофтальмита составляет 0,2%.

Хронический послеоперационный эндофтальмит

Частота развития данного осложнения составляет 0,02 – 0,05%.

Посттравматический эндофтальмит

Частота эндофтальмитов после проникающих ранений глазного яблока доходит до 5-25%. При сельскохозяйственных травмах глаз частота инфицирования достигает 25-50%.

Грибковый эндофтальмит

Ещё в середине прошлого столетия грибковый эндофтальмит считался «экзотикой». В настоящее время частота его возникновения выросла практически в 50 раз и достигает от 6,2 до 16,7% в структуре внутриглазной инфекции.

Классификация

Общепринятой и утверждённой общероссийскими общественными организациями, такими как Общество офтальмологов России, Ассоциация врачей-офтальмологов, клинической классификации эндофтальмитов не существует.

В 2019 г. специалистами Чебоксарского филиала НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова» была предложена клиническая классификация острых послеоперационных эндофтальмитов в зависимости от степени тяжести воспалительного процесса, определяемой субъективно и объективно (по данным лазерной тиндалеметрии), а также учитывающая изменения параметров ЭФИ.

Острый эндофтальмит может быть экзогенным (послеоперационным, посттравматическим, постинъекционным) вследствие контаминации резидентной микрофлорой глазной поверхности операционной раны, инструментов и оборудования, интраокулярных линз, при попадании внутрь глаза инородных тел (частиц), а также эндогенным (септицемия).

По тяжести заболевания эндофтальмит может быть условно разделён на лёгкую, среднюю, тяжёлую, крайне тяжёлую степени и панофтальмит. Тяжесть заболевания зависит от вирулентности инфицирующего патогена (включая бактериальную нагрузку, репликативную способность и выработку токсинов), а также от иммунного ответа пациента (медиаторы воспаления и последующий некроз тканей). Эндофтальмит, вызванный стрептококками, протекает особенно тяжело из-за действия специфических факторов вирулентности и часто сочетается с неблагоприятным прогнозом зрительных функций даже при своевременной и комплексной антибиотикотерапии.

При лёгкой степени тяжести эндофтальмита у пациента сохраняется предметное зрение, в передней камере появляется

Таблица 1

Частота возникновения острого эндофтальмита в зависимости от алгоритма периоперационной профилактики по результатам некоторых клинических исследований

Первый автор	Место проведения КИ	Дизайн КИ	Количество пациентов	Частота возникновения эндофтальмита
Barry P.	Европейский Союз (многоцентровое)	Рандомизированное	13 698	Без АБ: 0,262% Левофлоксацин в каплях: 0,204% ВКВ (внутрикамерное введение) цефуроксима: 0,059% Левофлоксацин в каплях + ВКВ цефуроксима: 0,025%
Matsuura K.	Япония (многоцентровое)	Ретроспективное	34 752	АБ в каплях (различные): 0,051% ВКВ моксифлоксацина: 0,015%
Shorsten N.H.	США (многоцентровое)	Ретроспективное	16 264	АБ в каплях (различные): 0,031% ВКВ АБ (различных): 0,014%
Haripriya A.	Индия (многоцентровое)	Ретроспективное	116 714	АБ в каплях: 0,07-0,08% ВКВ моксифлоксацина: 0,02%
Bowen R.C.	Международное	Метаанализ	925 793	ВКВ АБ – пятикратное снижение риска острого эндофтальмита ВКВ цефуроксима: 0,033%, моксифлоксацина: 0,015%, ванкомицина: 0,011%
Huang J.	Международное	Метаанализ	1 264 797	Без ВКВ АБ: 0,066% С ВКВ ванкомицина или моксифлоксацина: 0,016%
Kessel L.	Международное	Метаанализ	1 192 33О	Без ВКВ АБ: 0,206% С ВКВ цефазолина, цефуроксима или моксифлоксацина: 0,035%

Таблица 2

Классификация острых послеоперационных эндофтальмитов. И.Фролычев, Н.Поздеева (2019)

Степень тяжести	FCM, поток белка в передней камере, ф/мс	Экссудация в передней камере	Роговица	Экссудация в стекловидное тело	ЭФИ
Лёгкая	25-79	Клеточная взвесь в передней камере	Прозрачная или слабый отёк стромы	Экссудация умеренная, просматривается слабый рефлекс с глазного дна, мелкие детали глазного дна не визуализируются	Показатели ЭФИ нормальные или близкие к нормальным
Средняя	80-149	Клеточная взвесь в передней камере, гипопион 0,5-2 мм	Слабый или умеренный отёк	Выраженная экссудация, рефлекс с глазного дна серый или серо-розовый, сетчатка не визуализируется	Повышение порога электрической чувствительности до 249 мкА, лабильность снижена (до 23 Гц)
Тяжёлая	150 и выше	Клеточная взвесь в передней камере, гипопион 2 мм и выше	Умеренный или выраженный отёк	Очень выраженная экссудация, рефлекс с глазного дна серый или белый, сетчатка не визуализируется	Порог электрической чувствительности – 250 мкА и выше, лабильность резко снижена (ниже 22 Гц)
Крайне тяжёлая	Не определить	Клеточная взвесь в передней камере, гипопион 2 мм и выше	Выраженный отёк	Очень выраженная экссудация, рефлекс с глазного дна серый или белый, сетчатка не визуализируется	Электрический фосфен не вызывается, лабильность не определяется

клеточная взвесь (не затрудняет визуализацию радужки, хрусталика) или небольшой (до 0,5 мм) гипопион, в стекловидном теле – плавающие помутнения с сохраняющимся розовым рефлексом и возможностью офтальмоскопии крупных деталей глазного дна. Зрительные функции при этом могут оставаться высокими.

При средней степени тяжести инфекционный воспалительный процесс, вызываемый наименее вирулентными микроорганизмами, имеет тенденцию к более позднему проявлению клинической картины. Такой эндофтальмит характеризуется незначительным болевым синдромом, отсутствием или небольшим (0,5-2 мм) гипопионом, плавающими помутнениями в стекловидном теле, бомбажем, отсутствием реакции зрачка на свет, ретинальным перифлебитом с сохраняющимся рефлексом с глазного дна и возможностью частичной офтальмоскопии крупных деталей глазного дна, снижением зрительных функций до счета пальцев с 30 см или определения движения руки у лица.

Тяжёлый эндофтальмит характеризуется выраженными проявлениями инфекционного процесса, сопровождается болевым синдромом, выпадением фибринозного экссудата в передней камере, гипопионом (2 мм и более), бомбажем, отсутствием реакции зрачка на свет, фибринозным сгустком в задней камере, в витреальной полости, отсутствием рефлекса с глазного дна и невозможностью офтальмоскопии, значительным снижением зрительных функций до светоощущения с правильной или неправильной проекцией света.

Крайне тяжёлый эндофтальмит проявляется соответствующей степенью инфекционного воспаления, сопровождается болью, отёком век, хемозом, гнойным отделяемым из конъюнктивальной полости, инфильтрацией роговицы, выраженным гипопионом (2 мм и более), бомбажем радужки, мощной экссудацией в переднюю камеру, стекловидное тело и витреальную полость, а также характеризуется резким снижением зрительных функций до неправильной светопроекции или нуля.

Панофтальмит – это осложнённая форма течения эндофтальмита, характеризующаяся генерализацией воспалительного процесса с гнойным расплавлением оболочек глаза и выраженной реакцией со стороны орбитальных тканей, сопровождающаяся экзофтальмом, нарушением подвижности глазного яблока и болевым синдромом. Течение, как правило, бурно прогрессирующее, агрессивное, заканчивается гибелью глаза, что может потребовать его эвисцерации.

Эндофтальмиты разделяют по типу экссудации в витреальной полости:

1) очаговая,
2) диффузная,
3) смешанная.

Клиническая картина

Острый послеоперационный эндофтальмит

Клиническая картина острого послеоперационного эндофтальмита характеризуется быстрым нарастанием внутриглазного воспаления. На 2-7-е сут. (в редких случаях до 6 нед.) после операции появляется затуманивание зрения, болевой синдром, покраснение глаза. При осмотре глазного яблока определяется гипопион, фибрин или преципитаты на ИОЛ и эндотелии роговицы, отёк, бомбаж радужки, зрачок неправильной формы, отсутствие его реакции на свет, рефлекс с глазного дна становится серым или жёлтым вследствие витреита и формирования экссудата в задней камере, стекловидном теле и витреальной полости. Витреит подтверждается ультразвуковым исследованием глаза – В – сканированием, выявляющим утолщение сосудистой оболочки и выраженную клеточную инфильтрацию стекловидного тела. На основании клинических данных и инструментальных исследований выставляется клинический диагноз «острый послеоперационный эндофтальмит».

Хронический послеоперационный эндофтальмит

Первые признаки данного осложнения появляются отсрочено (начиная со второго месяца послеоперационного периода). Хронический эндофтальмит характеризуется слабо выраженным передним увеитом, иногда с крупными «сальными» преципитатами на роговице. Чаще выявляются плавающие помутнения в стекловидном теле, реже – гипопион. Отличительной особенностью хронического эндофтальмита является наличие прогрессирующих белесоватых помутнений капсулы, характерных для Propionibacterium acnes, с дальнейшим накоплением возбудителя в сводах капсульной сумки. Лечение хронического эндофтальмита затруднено тем, что бактерии изолированы от воздействия антибактериальных препаратов.

Периоды обострения чередуются с ремиссией на фоне интенсивной консервативной антибактериальной и стероидной противовоспалительной терапии.

Посттравматический эндофтальмит

Клиническая картина посттравматического эндофтальмита схожа с острым послеоперационным эндофтальмитом. Учитывая, что причиной контаминации является проникающее ранение, зачастую проявления эндофтальмита сочетаются с другими проявлениями травмы: раной роговицы, катарактой, гемофтальмом, отслойкой сосудистой оболочки, сетчатки и т.д.

Грибковый эндофтальмит

На ранних стадиях грибкового эндофтальмита воспалительный процесс протекает без выраженных специфических признаков. Основной жалобой является снижение зрения без болевого синдрома. Клиническая картина грибкового эндофтальмита различна как при эндогенных, так и при экзогенных формах, начало заболевания обычно подострое, могут поражаться оба глаза. При осмотре выявляется отёк век, инъекция конъюнктивы, опалесценция и клеточная взвесь во влаге передней камеры с гипопионом или без него, отсутствие розового рефлекса и экссудация в стекловидное тело. Длительность течения эндогенного эндофтальмита может отличаться от течения экзогенного эндофтальмита, латентные периоды клинических проявлений при послеоперационном и посттравматическом грибковом эндофтальмите составляют в среднем 20 и 7 дн. соответственно, тогда как у эндогенного грибкового эндофтальмита средний латентный период составляет 30 дн. Отёк роговицы чаще встречается при экзогенных грибковых эндофтальмитах (послеоперационных (18,9%) и посттравматических (22,9%) в сравнении с эндогенными (8,3%). Гипопион более характерен для экзогенных (послеоперационного (64,5%) и посттравматического (62,5%) по сравнению с эндогенными (25%). Формирование экссудата стекловидного тела без розового рефлекса одинаково характерно как для эндогенного грибкового эндофтальмита (50%), так и для послеоперационного грибкового эндофтальмита (58,5%) и более характерно для посттравматического грибкового эндофтальмита (85,4%).

Посттравматический грибковый эндофтальмит проявляется гнойным экссудатом, отёком век, хемозом, отёком роговицы или гипопионом, витреитом, ретинитом с медленно прогрессирующим течением и периодами временного улучшения.

Аспергиллезный эндофтальмит обычно протекает тяжелее по сравнению с кандидозным, с более обширными участками некроза сетчатки и кровоизлияниями в неё. При эндогенном грибковом эндофтальмите, вызванным Aspergillus, происходит инвазия возбудителем стенки сосудов сетчатки и хориоидеи, в отличие от инвазии Candida – в стекловидное тело. В связи с этим при аспергиллезном эндофтальмите может наблюдаться тромбоз венозной сосудистой сети сетчатки с очаговыми кровоизлияниями, экссудатом и некрозом сетчатки. Эти клинические проявления менее характерны для эндофтальмита, вызванного Candida.

Все интраокулярное воспаление после хирургического лечения необходимо разделять на два типа: асептическое и септическое. К асептическому (неинфекционному) типу воспаления относятся синдром токсического поражения переднего отрезка (TASS), синдром токсического поражения заднего отрезка глаза (TPSS). В 1992 г. С.Фёдоровым совместно с Э.Егоровой предложен общий термин асептического интраокулярного воспаления – экссудативно-воспалительная реакция глаза. Различают четыре степени данного типа воспаления: 1-я степень (ареактивное течение) – мелкоточечная взвесь клеток во влаге передней камеры, единичные складки десцеметовой оболочки; 2-я степень – послеоперационный ирит с отёком роговицы и десцеметитом вокруг операционной раны, точечная взвесь во влаге передней камеры, помутнение стекловидного тела; 3-я степень – иридоциклит с тотальным отёком роговицы и десцеметитом, густая взвесь во влаге передней камеры, рыхлый экссудат в области зрачка и на поверхности ИОЛ, слабая экссудация в витреальной полости; 4-я степень – послеоперационный эндофтальмит с выраженной экссудацией в витреальной полости. Степени воспаления являются дополнительно и стадиями заболевания. Особым типом неинфекционного воспаления является ретиноваскулит с отсроченным началом. Данное осложнение может возникать после интравитреального введения некоторых ингибиторов ангиогенеза. К септическому (инфекционному) воспалению относится острый инфекционный ранний эндофтальмит, острый инфекционный поздний эндофтальмит и хронический инфекционный эндофтальмит.

Дифференциальная диагностика данных осложнений крайне важна в связи с разными подходами к лечению.

(Окончание следует.)

Список сокращений:

АБ – антибиотик. ВГД – внутриглазное давление. ВКВ – внутрикамерное введение.
КС – кортикостероиды. ДЗН – диск зрительного нерва. ИОЛ – интраокулярная линза.
КИ – клиническое исследование.
МКБ 10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра.
НПВП – нестероидные противовоспалительные препараты.
ПФОС – перфторорганическое соединение. СМ – силиконовое масло.
СТ – стекловидное тело. УЗИ – ультразвуковое исследование.
ЭВР – экссудативно-воспалительная реакция.
ЭФИ – электрофизиологические методы исследования.
FCM – (Flare cells metry) лазерная тиндалеметрия.

Угроза

Филовирусы возвращаются

Новая вспышка лихорадки Эбола унесла жизни почти 4 тыс. человек

Вспышка лихорадки Эбола в Демократической Республике Конго и Уганде признана самой смертоносной в истории этих стран. По состоянию на конец сентября число подтверждённых случаев заболевания превысило 8067, количество смертельных исходов достигло 3900, то есть уровень летальности стабильно держится на отметке около 48%. Эта чрезвычайная ситуация вызвана вирусом Бундибуджио (род Ebolavirus).

Поэтому научно-практический вебинар, посвящённый вирусам Эбола, Марбург и другим патогенным филовирусам, был более чем актуален. В мероприятии приняли участие ведущие учёные, эксперты и руководители научно-исследовательских институтов, а основной аудиторией были врачи, эпидемиологи, специалисты по лабораторной диагностике, научные сотрудники и представители профильных компаний.

От бактерий к вирусам

Человечество долгое время жило в страхе перед бактериальными пандемиями – чумой, холерой и туберкулёзом. Однако с 1918 г., когда по планете прокатился испанский грипп, эпидемиологический баланс сил изменился.

– Впервые в истории произошла крупная пандемия, связанная с распространением вирусов, – испанский грипп, и фактически все дальнейшие глобальные эпидемии, пандемии были связаны только с вирусными агентами, что подчёркивает значимость именно этих патогенов как наибольшей современной угрозы, – заявил в своём вводном докладе профессор кафедры инфекционных болезней Первого МГМУ им. И.М.Сеченова, заместитель директора по научной работе и инновационному развитию НМИЦ фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний, главный специалист по инфекционным болезням Минздрава РФ **Владимир Чуланов**.

Он подчеркнул, что инфекционные болезни эволюционируют под влиянием антропогенных факторов. Глобализация и рост населения Земли, приближающегося к 9 млрд, создают критическую плотность популяции, кратно ускоряющую передачу возбудителей. Люди активно осваивают леса, расширяют контакты с дикой природой, из-за чего зоонозные вирусы преодолевают межвидовой барьер. Ситуацию осложняет глобальное потепление: переносчики инфекций (комары и клещи) стремительно расширяют свои ареалы.

В ответ на эти вызовы ВОЗ запустила проект R&D Blueprint по приоритизации патогенов. В 2018 г. список пополнился термином «Болезнь Х» – гипотетическим неизвестным возбудителем, способным вызвать глобальную катастрофу. В 2022-2024 гг. пул из 200 экспертов пересмотрел этот перечень, проанализировав более 1,5 тыс. микроорганизмов. Абсолютное большинство позиций высокого риска заняли РНК-содержащие вирусы, способные к сверхбыстрой эволюции. Среди них особое место у филовирусов.

Когда вирус приобретёт способность к более эффективной передаче от человека к человеку, это создаст высокие риски пандемии. Сама по себе контактная передача наименее опасна с точки зрения глобального распространения, однако она может вызывать крупные очаговые эпидемии. Именно к этой группе относятся филовирусы. Их главной особенностью является крайне высокая тяжесть течения заболевания и летальность. Безусловно, это создаёт серьёзные локальные угрозы. Именно поэтому ВОЗ при возникновении вспышек филовирусов в отдельных странах Африки присваивает им статус чрезвычайной ситуации международного значения. Необходимо всегда помнить о риске глобального распространения из-за общемировых процессов глобализации и угрозы завозных случаев в другие страны.

Говоря о завозных случаях, В.Чуланов подчеркнул важность тщательного сбора анамнеза при возникновении любого инфекционного заболевания. Это ключевой момент, который позволяет своевременно заподозрить завозную инфекцию и предотвратить её дальнейшее распространение.



Источник – летучие мыши

История изучения семейства Filoviridae началась не в Африке, а в Европе. В 1967 г. в Марбурге (в 90 км от Франкфурта-на-Майне) и Белграде сотрудники лабораторий начали заболевать со странными симптомами. Подробностями этого инцидента поделился заведующий лабораторией бионанотехнологии, микробиологии и вирусологии, профессор кафедры молекулярной биологии Новосибирского государственного университета, академик РАН **Сергей Нетёсов**.

Компания Behring, в которой произошла вспышка лихорадки Марбург, занималась получением вакцины против полиомиелита и для этого использовала первичную культуру почек зелёных мартышек. Они отлавливались в Африке, выдерживались там в карантине, после этого доставлялись в Марбург. Но в этот раз всё пошло не по плану, и обезьяны начали болеть. Поставщик пошёл на грубое нарушение протокола безопасности: когда у него часть обезьян погибла, он завёз свежую партию из Африки, и она без карантина попала в компанию. Тогда пострадал 31 человек, семеро погибли, а виварий подвергся тотальной дезинфекции.

Лаборатория под руководством С.Нетёсова внесла фундаментальный вклад в мировую науку, расшифровав генетическую структуру этих агентов, секвенировав геномы вирусов Марбург и Эбола. А исследования в Габоне и Конго подтвердили: истинным резервуаром вируса Марбург в природе являются крупные фруктоядные летучие мыши – крыланы (летучие лисицы) с размахом крыльев до 1,7 м, переносящие инфекцию бессимптомно. Аномальной зоной признана пещера на горе Элгон (место, куда приходят умирать слоны), кишащая крыланами: именно её посещение туристами приводило к завозным случаям.

В 1976 г. мир столкнулся с вирусом Эбола, названным по имени реки в ДР Конго. Вспышки возникли одновременно в Конго и Судане, демонстрируя летальность до 88%. С.Нетёсов описал эпидемиологические триггеры инфекции: распространению вируса способствуют ритуалы на похоронах в ряде стран Африки, при которых происходит прямой контакт с телом умершего: там принято целовать, гладить умершего человека. Некоторые племена вообще не хоронят усопших, а оставляют их под домами, чтобы останки подвергались естественному распаду.

До 2013 г. вспышки носили очаговый характер, но всё изменила эпидемия 2013-2016 гг. в Западной Африке. Начавшись с двухлетнего ребёнка, игравшего у дупла дерева с крыланами в гвинейской деревне Мелианду, вирус каскадно разошёлся по региону. Триггером стала смерть местной знахарки: при её похоронах заразилось более трёхсот человек. И это явилось поворотным моментом во всей эпидемии, потому что туда прибыли люди не только из Гвинеи, но и из Либерии и Сьерра-Леоне.

Эбола впервые перешла на городской тип распространения, ворвавшись в мегаполисы. Ситуацию ухудшил административный хаос. В Либерии жёсткий карантин вызвал бунты, а тела сбрасывали в реки. В Сьерра-Леоне эпидемия совпала с выборами, и население решило, что вирус – инструмент политической борьбы. Финансирование ВОЗ перед этим было урезано, специалистов на местах не хватало.

Вакцина неэффективна?

Академик РАН **Виктор Малеев**, работавший в очаге этой эпидемии, привёл тяжёлую статистику потерь среди коллег. Среди медицинского персонала от лихорадки Эбола пострадал 881 медработник, из них 513 с летальным исходом, что составляет 58%. Старшая медсестра госпиталя Сьерра-Леоне за 20 дней похоронила 15 своих сотрудников, которые заразились лихорадкой.

Учёный объяснил, что вирус Заир обладал чрезвычайно высокой мутабельностью, сопоставимой с гриппом. В процессе эволюции генома выделились пять клайдов (генетических линий). Первые линии были ограничены Гвинеей, но затем 4-й и 5-й клайды вышли на доминирующие позиции, обусловив взрывной характер эпидемии.

Текущая вспышка лихорадки Эбола вызвана штаммом Бундибуджио. Главная его опасность – в генетической обособленности. Гомология Бундибуджио с классическим Заирским вирусом составляет всего 65%. Как пояснил академик Нетёсов, из-за этого эффективность стандартной живой вакцины Ervebo, спасшей тысячи людей в прошлые годы, находится под большим вопросом. Более того, изоляты 2026 г. существенно отличаются от архивных штаммов Бундибуджио 2007 и 2012 гг. В этих условиях ВОЗ экстренно развернула третью фазу испытаний новых вакцин от компании Moderna, Оксфордского университета и Международной инициативы по вакцине против СПИДа.

Ликвидацию вспышки критически осложняет геополитический фактор. В Демократической Республике Конго почти постоянно возникают гражданские войны, там крайне трудно лечить людей и вообще брать эпидемию под контроль. По данным С.Нетёсова, более 85 работников здравоохранения было там убито в ходе военных действий.

Молекулярная биология и детальный патогенез

Филовирусы представляют собой плеоморфные нити, содержащие одноцепочечную минус-РНК. Палочковидная форма обуславливает огромное соотношение площади поверхности к объёму частицы, что мешает антителам эффективно нейтрализовать вирус. Главным поверхностным антигеном является сильно гликозилированный гликопротеин 1-го класса (у Эболы их два, считываемых со сдвигом рамки), имеющий аномальные 29 сайтов гликозилирования. В природе вирус реплицируется только в цитоплазме приматов и крыланов, грызуны (мыши, крысы) к нему нечувствительны, и для работы с ними штаммы приходится адаптировать искусственно.

Академик Малеев подробно описал каскад разрушения организма, развивающийся по молекулярной схеме Г.Фельдмана. Вирус проникает через микротравмы кожи (при свежевании тушек летучих мышей, продающихся на рынках Африки) и атакует макрофаги и дендритные клетки. Инфицированные макрофаги полностью блокируют синтез защитных интерферонов. Дендритные клетки повреждаются и провоцируют колоссальный выброс провоспалительных цитокинов (включая фактор некроза опухоли – TNF), вызывая «цитокиновый шторм». Параллельно запускается тотальный апоптоз (самоубийство) лимфоцитов.

Цитокины и активированные нейтрофилы атакуют эндотелий кровеносных сосудов, критически повышая их проницаемость. Эритроциты массово покидают кровеносное русло. Вирус поражает печень, полностью останавливая синтез факторов свёртывания крови, что приводит к синдрому диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (ДВС-синдрому).

Инкубационный период длится 3-8 дней. На «сухой» стадии доминируют астения, анорексия, сильная головная боль и миалгия. На «влажной» стадии присоединяются неукротимая рвота и профузная диарея (до 68% случаев), развивается анурия. На коже формируются массивные кровавые пузыри с зонами некроза. Кровавый зев – это очень характерный признак лихорадки Эбола, подчеркнул В.Малеев. Поражается кора надпочечников, падает выработка адреналина, что приводит в конечном итоге к шоковому состоянию.

Ранними клиническими предикторами смерти больного служат три симптома: прогрессирующая слабость, выраженное головокружение и неукротимая диарея (в то время как лихорадка и головная боль выражены у всех одинаково). У выживших вирус персистирует в тканях глаза, вызывая передний увеит и слепоту, и в эякуляте (до 6-12 мес.), обуславливая половой путь передачи инфекции в период реконвалесценции. В лабораторных маркёрах штамма Бундибуджио ключевыми признаками являются 100%-ная гипонатриемия, критическая гипоальбуминемия (снижение уровня белка в крови) и резкий подъём АСТ (до 1000 Ед/л и выше, значительно превышая АЛТ).

Утверждённых ВОЗ протоколов лечения нет, терапия носит экспериментальный характер. На раннем этапе внедрения вируса эффективны моноклональные антитела, на этапе фузии оболочек исследуются умифеновир и триазавирин, на этапе репликации – нуклеозидные аналоги (ремдесивир, фавипиравир). Основу выживания составляет жёсткая посиндромная терапия: агрессивная инфузионная солевая регидратация и поддержка гемодинамики без избыточного применения кортикостероидов.

Возможен ли импорт филовирусов в Россию?

Заместитель директора по научной работе Санкт-Петербургского НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера **Владимир Дедков** ответил на этот вопрос так:

– Инфицированные люди могут попасть на территорию любой страны. Но правильно организованные противоэпидемические мероприятия предотвращают распространение инфекции ввиду отсутствия респираторного пути распространения. И это на самом деле продемонстрировала вспышка в Западной Африке, где были только единичные случаи выноса этой инфекции за пределы страны.

Он поделился практическим опытом работы в эпидемических очагах и подверг критике официальные регламенты ВОЗ:

– Я не согласен с официальной версией о том, что выявление возможно начиная с 48-го часа после начала заболевания. Как только начинаются симптомы, вирус у человека можно выявлять молекулярными методами, это зависит от чувствительности диагностических наборов. Наш опыт работы в Гвинее показывает, что с первого дня всё методом ПЦР можно прекрасно определять.

Докладчик отметил, что для живых людей материалом служит исключительно цельная кровь (исследование мочи или слюны сложно стандартизировать), а для умерших – безопасный мазок из ротоглотки. Учёный отверг целесообразность использования полевых экспресс-тестов (ИХА-полосок) и методов изотермической амплификации, указав на их слабую специфичность и чувствительность.

Россия полностью защищена от диагностических сбоев. Учёными ЦНИИ эпидемиологии разработаны мультиплексные системы «Фило А» (выявляет Заир, Судан, Марбург) и «Фило В». Наборы «Фило В» ориентированы на редкие штаммы – Рестон, Тай-Форрест и Бундибуджио. До 2026 г. они не имели регистрации из-за отсутствия в РФ живого вакцинного или дикого штамма Бундибуджио. С началом текущей вспышки наборы были экстренно извлечены из резервов, отправлены со спецбригадами в Уганду и успешно внедрены в практику.

В рамках федерального проекта «Санитарный щит» институт им. Пастера реализует программу «Тесты за 60 минут», создавая высокочувствительные панели против экзотических лихорадок (Ласса, денге, жёлтая лихорадка). Вся сеть – от базовых лабораторий до референс-центров – работает в режиме абсолютной биобезопасности, гарантируя оперативное купирование любых завозных угроз.

Фёдор СМИРНОВ,
обозреватель «МГ».

Иллюстрация создана при помощи ИИ.

Медицинская газета

№ 39 • 7. 10. 2026

Ориентиры

Есть такая кафедра!

Когда изменение крылатой ленинской фразы вполне оправдано

Чтобы уже имеющие практический опыт специалисты стремились приезжать на кафедры вузов последипломного образования, их сотрудникам необходимо не только многое уметь, но и демонстрировать новые научные и клинические достижения. И если на курсе обучаются не только врачи из районных и городских больниц, но и ассистенты, доценты, а то и профессора – руководители клиник и направлений – это говорит о классе. Такова кафедра пластической хирургии Казанской государственной медицинской академии – филиала РМАНПО, основанная восемь лет назад.

С её заведующим, главным специалистом пластическим хирургом Минздрава России в Приволжском федеральном округе, заведующим региональным отделением (Республика Татарстан) Российского общества онкомаммологов, профессором Артуром ИСМАГИЛОВЫМ беседует специальный корреспондент «МГ» Альберт ХИСАМОВ.



Слушатели Казанской ГМА наблюдают за ходом операции

– Артур Халитович, насколько я знаю, на вашей кафедре проходили обучение практически все доктора медицинских наук – пластические хирурги, работающие в федеральных и региональных центрах и институтах Москвы, Санкт-Петербурга, Томска, Ростова-на-Дону, других городов России. Трудно поверить, что ни у кого из них не возникало вопросов по поводу увиденного и услышанного в ваших стенах.

– Не сомневаюсь – среди приезжающих к нам обучающихся есть более опытные и умелые хирурги, чем я и мои коллеги по кафедре. Самые критично настроенные из них в первый день трёхдневного цикла думают: «Ну что вы ещё можете нам показать...». На второй день сомнения проходят, а на третий они с интересом вовлечены в процесс. Поверьте, равнодушных специалистов мы не видим, ведь это люди, искренне любящие пластическую хирургию и посвятившие ей себя.

Чтобы в доступной форме обучать методикам, уже освоенным на кафедре, необходимо самому любить свою специальность, а врачи, которых ты учишь, должны быть тебе как минимум симпатичны. С такими гостями приятно делиться всем, что ты умеешь. Это качества идеального педагога, но к ним всегда стремились сотрудники и нашей академии, и её бессменной базы – Республиканского онкологического клинического диспансера им. М.З.Сигала.

Именно здесь я увидел, что хирургия – это горизонт, достичь которого невозможно, но по пути увидишь столько, сколько захочешь. В своё время это меня потрясло. Я понял, что сильный хирург вовлекает в свою работу умелых специалистов, а слабый не терпит таких вокруг себя. В нашем диспансере хирурги были самодостаточны, а процесс обучения проходил так: масса операций – мойся на любую, заходи, смотри, задавай вопросы. Вот тебе ложка – черпай знания. Можешь взять что хочешь, сколько вынесешь – всё зависит от тебя.

Мой учитель, научный руководитель кандидатской и докторской диссертаций, выдающийся, потомственный казанский хирург-онколог, профессор кафедры онкологии Казанской ГМА Евгений Сигал изменил представление о хирургии в России, начав выполнять сложнейшие операции через небольшие проколы вместо больших разрезов. Для отечественной онкохирургии это стало настоящим прорывом, а созданная им хирургическая школа – символом смелых решений, точности и постоянного движения вперёд. Разработанная им в 1995 г. торакоскопическая парастернальная лимфодиссекция сейчас стала доступным и почти безопасным хирургическим вмешательством. К Евгению Иосифовичу, недавно покинувшему наш мир, приезжали учиться хирурги со всей страны, и было чему. Кафедру онкологии возглавлял его дядя Михаил Семёнович (Мойше Зельманович), имя которого носит диспансер, – это он создал бренд казанской онкохирургии.

Наша кафедра пластической хирургии выросла из кафедры онкологии, которой он руководил, и самый первый цикл по реконструктивной хирургии мы провели там. Моих коллег по кафедре хорошо знают многие врачи из разных регионов страны. Это автор 65 патентов на устройства, инструменты и способы лечения врождённых и приобретённых дефектов и деформаций конечностей и головы, заслуженный врач России, профессор Андрей Богов, главный специалист пластический хирург минздрава Республики Татарстан, чья деятельность существенно повлияла на развитие пластической хирургии в республике, заслуженный врач РФ, доцент Сергей Обыденнов, соавтор программ ординатуры по пластической хирургии, программ по липоскульптуре, доцент Азат Зайнутдинов, кураторы циклов последипломного образования доценты Ильнур Камалетдинов и Андрей Хотян, ассистент Хасан Губайдулин.

– Вы не были пионерами в реконструктивной хирургии молочной железы, но, пожалуй, первыми в России поставили эти операции на поток...

– Много сделал для этого нынешний директор Казанской ГМА, член-корреспондент РАН Рустем Хасанов, в то время – главный врач Республиканского онкологического клинического диспансера. Первые онкопластические операции провели в 1997-м, и уже через 2-3 года они стали массовыми. Сначала это были реконструкции с использованием собственных тканей пациенток, позже – с применением алломатериалов. В первые годы осложнения возникали практически после каждой третьей операции: незаживление швов, перемещение импланта и т.д. Со временем количество вмешательств росло. Минимизировалось число послеоперационных осложнений, как хирургических, так и эстетических. Сейчас у наших пластических хирургов процент осложнений – менее 10%.

В настоящее время одна из восьми женщин имеет высокий риск заболеть раком молочной железы, эта нозология занимает первое место в структуре женских онкозаболеваний. Постоянный рост наблюдается не только в нашей стране. Например, цифры в России и Франции примерно одинаковы, но население у нас более чем в два раза больше. Хорошо, что степень операбельности при раке молочной железы выше, чем при полостных злокачественных новообразованиях, а летальность ниже. Мы решаем очень важную социальную проблему. И особенно важно, что после реконструктивного этапа восстановления груди и завершения лечения женщина чувствует себя женщиной.

– Ещё недавно к реконструктивным операциям многие онкологи относились с недоверием...

– В начале 2000-х гг. я поехал на конференцию в Санкт-Петербург. Хорошо помню, как косо на нас смотрели онкологи: «Мы тут с раком боремся, а вы пластику предлагаете!» То, как и что мы оперировали, они считали кощунством. Прошло 15 лет, и теперь ни одна конференция онкологов в России не проходит без сессии по реконструктивной пластической хирургии.

Кстати, Казань давно стала местом частого проведения конгрессов онкологов России и стран СНГ, а начиная с 2006 г. регулярно проводились конференции по раку молочной железы, где основной упор делался не на химиотерапию, а на хирургию.

Мы учились у ведущих специалистов Европы, я стажировался один-два раза в год – у руководителя отделения Мадридской университетской больницы Киронсалюд Хосе Луиса Мартина дел Йерро, директора трёх отделений реконструкции груди и микрохирургии молочной железы барселонских клиник, профессора кафедры хирургии медицинского факультета Автономного университета Барселоны Масиа Жауме, у руководителя отделения пластической и эстетической хирургии Сана Клиникен в Дюссельдорфе, профессора Кристофа Андрее, у профессора Свободного университета Брюсселя Мустафы Хамди. И, конечно, в Италии – законодательнице моды в нашем направлении: в Национальном институте рака «Регина Елена» в Риме у профессора Роя Де Виты, в Европейском институте онкологии в Милане у Паоло Веронези – сына знаменитого Умберто Веронези. Руководителя миланского Национального института рака профессора Маурицио Бруно Наву мы попросили приехать в Казань. Он не только согласился, но и в 2012 г. выступил соорганизатором 1-й Международной школы маммопластики. Она стала проводиться раз в два года, вызвала интерес у специалистов известных зарубежных клиник. К этому времени наши хирургические результаты стали сопоставимы с европейскими.

– Вы руководите программным подкомитетом «Пластическая и реконструктивная хирургия при раке молочной железы» Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов. Что вы можете сказать о работе этого объединения?

– В 1990-е гг. многие опытные хирурги стали заниматься пластической хирургией – она приносила приличные деньги, но вместе с ними в наши ряды проникли и авантюристы. Назрела необходимость навести порядок, ввести специальность «пластическая хирургия». Это смогла сделать президент нашего общества Наталья Мантурова – главный пластический хирург Минздрава России и департамента здравоохранения Москвы, заведующая кафедрой пластической и реконструктивной хирургии, косметологии и клеточных технологий РНИМУ им. Н.И.Пирогова, член-корреспондент РАН, организатор и созидатель, каких мало, человек, целенаправленно и поступательно добивающийся нужных результатов. Когда Наталья Евгеньевна смогла «пробить» специальность, то возникло понимание, что четырёхмесячные циклы недостаточны для постижения даже азов классической пластической хирургии. Мы не хотели видеть в наших рядах низкосортных специалистов, умеющих разве что откачивать жир из передней стенки живота. Потом пришли к выводу, что и двухлетняя ординатура – тоже не тот срок, за который можно поменять мировоззрение обучающимся, научить методикам операций, поэтому создали программу пятилетней ординатуры. Теперь мы уверены: будем выпускать профессионально оперирующих врачей, за которых не будет стыдно.

После встречи на конгрессе в Казани Н.Мантуровой и Р.Хасанова возникла идея создать в Казанской ГМА первую в Приволжском федеральном округе (и пока единственную) кафедру пластической хирургии.

Наталья Евгеньевна выстроила систему, которая развивается динамично и многогранно. Недавно состоялось очередное заседание Российского общества пластических, реконструктивных и эстетических хирургов, посвящённое терминологии. В стране формируется несколько школ пластической хирургии, и казанская – в их числе. Для меня большая честь быть частью этой очень эффективной команды.

– Какими научными клиническими разработками вашей кафедры вы гордитесь?

– Главное направление работы нашей кафедры – совершенствование реконструктивно-пластических методов хирургического лечения рака молочной железы. Нами получены девять патентов на изобретения. Они востребованы и регулярно применяются в хирургической практике пластических хирургов России.

Среди них – патент на формирование инфрамаммарной складки при двухэтапной реконструкции молочной железы. В данный момент этот способо самый сложный и эффективный в мире. Надо сказать, что эстетический результат реконструктивной операции зависит от восстановления составляющих элементов, определяющих идентичность нормальной груди, а отсутствие хотя бы одного из них приводит к асимметрии по сравнению со здоровой и неудовлетворительному эстетическому результату операции. Это ведёт к снижению качества жизни пациентов. Инфрамаммарная складка – самая чёткая, контрастная и видимая граница молочной железы. Её хорошая выраженность – важный компонент привлекательного и эстетически нормального внешнего вида груди. Если она отсутствует, слабо выражена, несимметрично расположена или расположение складки сместилось в послеоперационном периоде, это оказывает негативное влияние практически на все остальные контуры, включая форму верхнего и нижнего полюса, расположение сосково-ареолярного комплекса, расположение груди на грудной клетке и степень симметрии с контралатеральной молочной железой.

С нашим способом формирования складки, ставшим материалом для кандидатской диссертации Ильнура Камалетдинова, приезжают знакомиться коллеги. Эта работа вполне заслуживала стать докторской. Мы рассказали о ней в докладах на ряде международных конгрессов, а в октябре познакомим с этой методикой участников конференции в Китае.

У нас появилась секция так называемой анимационной деформации. Она решает проблемы, возникающие во время установки импланта при отсечении большой грудной мышцы от места крепления, когда происходит рассинхронизация мышечных сокращений. Это также одно из важных достижений кафедры.

Наша модификация операции подтяжки молочной железы с аутодермальным лоскутом сократила количество осложнений с 30% до 7% и потому стала популярной благодаря своей повторяемости без потери качества и эстетичности конечного результата.

На призыв Н.Мантуровой развивать научные разработки в пластической хирургии мы увеличили число аспирантов. В этом году готовятся к защите одна докторская и четыре кандидатские диссертации.

Рождение направления «реконструктивно-пластическая хирургия» в стенах онкодиспансера на кафедре онкологии КГМА привело к созданию кафедры пластической хирургии в КГМА, появлению самой продолжительной по срокам обучения – пятилетней ординатуры по пластической хирургии. Возможность проводить обучение не только на клинических базах КГМА в Казани, но и в клиниках Москвы стала реальностью после вхождения казанской академии на правах филиала в РМАНПО. Эмблемы КГМА и РМАНПО на конгрессах по пластической хирургии выступают гарантом профессиональности и качества научно-практического направления «пластическая хирургия» не только в России, но и в странах ближнего и дальнего зарубежья.

Особые условия

Цепочка спасения

От первой помощи до специализированного лечения

При чрезвычайной ситуации помощь начинается ещё до приезда медиков. От действий оказавшегося рядом человека она переходит к экстренным службам, затем – к медицинской эвакуации и специализированному лечению. Насколько слаженно отработают эти звенья, напрямую будет зависеть жизнь пострадавшего.

Именно эта «цепочка спасения» стала одной из главных тем открывшихся 24 сентября в Национальном медико-хирургическом Центре им. Н.И.Пирогова двух научно-практических конференций с международным участием – «Медицина катастроф – 2026» и «Первая помощь – 2026».



Президиум форума

В одной системе

Более пяти лет назад, 1 марта 2021 г., на базе Пироговского центра начал действовать Федеральный центр медицины катастроф. На него были возложены функции органа повседневного управления Всероссийской службы медицины катастроф. По словам генерального директора Пироговского центра, академика РАН Олега Карпова, выбор площадки был неслучайным: многопрофильность учреждения позволяет принимать наиболее сложных пациентов, в том числе с сочетанными и комбинированными поражениями. В одной логике оказались связаны помощь на месте чрезвычайной ситуации, работа региональных экстренных служб, медицинская эвакуация и последующее лечение. «Всё находится в одних руках», – отметил О.Карпов.

Масштаб форума подтверждает интерес к теме: на него зарегистрировались около 1,8 тыс. участников, включая онлайн-аудиторию. В работе приняли участие специалисты из Китая, Кыргызстана, Казахстана, Беларуси и других стран.

В современном мире усложняются условия, в которых приходится действовать службе. Природные и техногенные чрезвычайные ситуации, массовые происшествия, угрозы объектам здравоохранения могут сопровождаться повреждением инфраструктуры, ограничением связи, нарушением логистики и сохраняющейся опасностью для медицинского персонала. Поэтому, как подчеркнул директор Федерального центра медицины катастроф Алексей Осипов, всё большее значение приобретает межведомственное взаимодействие. По его определению, медицина катастроф сегодня фактически выполняет роль антикризисного центра здравоохранения страны.

От очевидца до врача

В видеообращении к участникам министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко привёл данные о работе Всероссийской службы медицины катастроф. В 2025 г. её специалисты были задействованы в 2,6 тыс. чрезвычайных ситуаций. В работе участвовали более 60 тыс. человек и свыше 12 тыс. выездных бригад скорой медицинской помощи, помощь получили более 13 тыс. пострадавших, среди которых свыше 3 тыс. детей.

Отдельное направление – телемедицина. В 2025 г. проведено почти 380 тыс. телемедицинских консультаций, а с начала нынешнего года – уже более 280 тыс.

М.Мурашко назвал оказание помощи в чрезвычайных ситуациях «цепочкой спасения». В прошлом году практическим навыкам оказания помощи в системе дополнительного образования были обучены более 3,6 млн человек, ещё свыше 3 млн приняли участие в мероприятиях по популяризации этих знаний. Число инструкторов и преподавателей первой помощи превышает 40 тыс.

Практический смысл объединения двух конференций на одной площадке обозначил начальник Центрального военного клинического госпиталя им. П.В.Мандрыка Минобороны России Павел Крайнюков. Первая помощь на месте происшествия, работа экстренных служб, медицинская эвакуация и специализированная медицинская помощь, отметил он, составляют единую последовательность действий.

– Именно поэтому так важно, чтобы за алгоритмами и технологиями мы всегда видели человека, – подчеркнул начальник госпиталя.

Работать вместе

Та же логика взаимодействия действует и тогда, когда помощь требуется российским гражданам за рубежом. Директор департамента Ситуационно-кризисного центра МИД России Юрий Горлач говорил о необходимости заранее отработанных связей между загранучреждениями, медицинскими службами и местными властями. Перед его выступлением А.Осипов отметил, что ежегодно из-за рубежа эвакуируются уже сотни пациентов.

К другой стороне готовности – качеству и безопасности медицинской помощи – обратилась заместитель руководителя Росздравнадзора Елена Шешко. По её словам, чрезвычайная ситуация особенно ярко выявляет дефициты системы здравоохранения. Сегодня в систему менеджмента качества вовлечены более 1,2 тыс. медицинских организаций, а региональные дорожные карты предусматривают охват более 5,5 тыс. учреждений к 2029 г. Для медицины катастроф, добавил А.Осипов, предстоит развивать такие подходы применительно к полевым многопрофильным госпиталям, выездным бригадам и санитарной авиации.

Медицина катастроф при этом значительно шире скорой помощи. Заместитель руководителя департамента здравоохранения Москвы Алексей Токарев напомнил: «работа начинается уже с получения сигнала о происшествии и решения о том, какие силы и средства необходимо задействовать». Затем подключаются экстренные службы, стационарное и амбулаторное звенья, материально-техническое обеспечение и цифровая инфраструктура. Полностью подготовиться к любой чрезвычайной ситуации невозможно, но существенно повысить готовность системы – реальная задача.

Те, кто за кадром

Открытие продолжила церемония награждения специалистов экстренной медицинской помощи и медицины катастроф. От Минздрава России в ней участвовала заместитель директора департамента организации экстренной медицинской помощи и управления рисками здоровью Наталья Маркарян. Были объявлены благодарности и почётные грамоты Президента России, а также медали Луки Крымского.

Отдельно отметили работу территориальных центров медицины катастроф. Награды получили представители Нижегородской и Тюменской областей, Владивостока, Ханты-Мансийского автономного округа. Лучшим территориальным центром медицины катастроф в этом году организаторы назвали Центр Республики Бурятия. Было отмечено, что он сохранил и продолжает развивать возможности, особенно востребованные на труднодоступных территориях: полевые госпитали, необходимую технику, санитарную авиацию, взаимодействие со службой скорой помощи. Руководитель центра Вячеслав Тимкин, принимая награду, назвал её прежде всего заслугой своих специалистов.

После завершения награждения победителей в основных номинациях организаторы приняли решение отдельно отметить Мелитопольский областной центр скорой медицинской помощи и медицины катастроф – за межведомственное взаимодействие. А.Осипов подчеркнул, что его сотрудникам приходится не только оказывать помощь, но и постоянно учитывать собственную безопасность. Именно в таких условиях взаимодействие разных служб становится частью повседневной работы.

После церемонии открытия началось пленарное заседание, работа продолжилась на нескольких площадках. Но основная линия форума обозначилась уже в первый час: медицина катастроф – это не отдельное звено, а система, в которой должны без разрывов работать первая помощь, экстренные службы, медицинская эвакуация и специализированное лечение.

И чем надёжнее связаны между собой эти звенья, тем больше шансов, что «цепочка спасения» сработает тогда, когда счёт действительно идёт на минуты.

Держим удар

О.Карпов – о развитии службы медицины катастроф

– Олег Эдуардович, конференция уже стала традиционной. Что сегодня находится в центре внимания?

– Конференция проводится в международном формате. Мы долгие годы плодотворно сотрудничаем с коллегами из Китая, Кыргызстана, Казахстана, Беларуси и других государств, совместно развивая службу медицины катастроф.

Две ключевые темы форума – медицина катастроф и первая помощь – по сути, образуют единую цепочку спасения. Человек, владеющий навыками первой помощи, способен начать оказывать поддержку пострадавшему ещё до прибытия медицинских специалистов. Затем в работу включается служба медицины катастроф, а после – специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь.

Только за 2025 г. навыкам первой помощи в стране обучено почти 4 млн человек. В службе медицины катастроф трудятся около 60 тыс. сотрудников, а в каждом регионе действует собственный территориальный центр.

– Насколько масштабной получилась программа в этом году?

– Свыше одной тысячи восьмисот участников со всей страны и зарубежных стран, два дня плодотворной работы. Форматы самые разные: пленарные заседания, симпозиумы, заседания профильных комиссий, «круглые столы», обучающие семинары, мастер-классы, работа с волонтёрами. Обсуждаются образовательные, правовые, технологические и организационные вопросы.

В фокусе – технологии: инженерные решения, IT-инструменты и совершенствование управленческих процессов. Нам принципиально важно обмениваться опытом, чтобы служба медицины катастроф не стояла на месте, а уверенно двигалась вперёд. В текущем году было решено создать Национальный медицинский исследовательский центр по направлению «Медицина катастроф» на базе Пироговского центра. Это новый виток в развитии службы медицины катастроф. Он охватывает организационно-методические, правовые и клинические аспекты работы.



Мастер-классы по эвакуации пострадавшего

Медицинская газета

№ 39 • 7. 10. 2026

– На открытии вручены государственные награды специалистам экстренной помощи. Отдельно был отмечен и Мелитопольский центр. В каких условиях сегодня приходится работать этим людям?

– Эти люди заслуживают высших наград. Динамика тревожная: число чрезвычайных ситуаций неуклонно растёт, и во многих из них наши коллеги, рискуя собственной жизнью, первыми принимают удар. Были случаи, когда и машины скорой помощи, и сами бригады оказывались среди пострадавших. Формат работы меняется, условия становятся жёстче. Но мы держим удар – и, несмотря ни на что, продолжаем идти вперёд и развиваться.

Экстренная медицина – призвание

А.Осипов – о технологиях, нагрузке и людях

– Алексей Владимирович, что нового сегодня происходит в медицине катастроф? Какие технологии и возможности появляются?

– Сейчас мы в большей степени говорим о развитии всей системы оказания экстренной медицинской помощи. Формируются единые контуры службы медицины катастроф, скорой помощи и стационарного звена, развивается санитарная авиация, идёт цифровизация отрасли. Появляются новые технологии и подходы – использование искусственного интеллекта, роботических систем в лечении и реабилитации пострадавших.

– Насколько это облегчает работу специалистов? И как удаётся справляться с профессиональным выгоранием?

– Мы об этом думаем и тесно взаимодействуем с главным внештатным специалистом по психиатрии по вопросам профессионального выгорания. Специалисты экстренных служб – экстренные хирурги, кардиологи и другие – подвержены выгоранию. Поэтому стараемся создавать такие условия, поддерживать интерес к работе, чтобы эта проблема как можно меньше затрагивала наших специалистов.

При этом с каждым годом работать становится сложнее – не из-за условий, а потому что больше катастроф, аварий, больше пострадавших. Но легче становится в том, что касается документооборота: мы заполняем меньше бумаг, у нас полностью цифровой контур, по сути, не ведём бумажные истории болезни. Экспертизу также проводим с использованием искусственного интеллекта.

– Сегодня в некоторых регионах особенно сложные условия. Молодёжь охотно идёт в экстренную медицину?

– Молодёжь идёт. Я сегодня уже говорил на конференции: это особенные люди. Мне кажется, их стремление работать в экстренной медицине не связано ни с условиями труда, ни с зарплатой. Я и сам пришёл из экстренной хирургии.

Это призвание. Туда приходят люди, у которых горят глаза и которые хотят помогать другим. Мне кажется, в этом отношении сегодня всё примерно так же, как и 50 лет назад: люди хотят помогать другим и развиваться в этом направлении.

– Значит, государство со своей стороны должно поддерживать таких специалистов?

– Могу сказать, что Минздрав России и наш министр М.Мурашко делают максимум для того, чтобы популяризировать это направление, привлекать к нему внимание и развивать экстренную медицинскую помощь.

Не бояться помочь

А.Колодкин – о границах первой помощи

Что должен уметь очевидец происшествия и почему даже медики не всегда уверены, как действовать вне рабочего места? Об этом рассказал главный специалист по первой помощи Минздрава России, заместитель директора Института усовершенствования врачей Пироговского центра, кандидат медицинских наук Андрей Колодкин.

– Андрей Андреевич, в чём специфика нынешнего мероприятия? Почему оно вызвало такой большой интерес?

– Это уже восьмая конференция по первой помощи и пятая – по медицине катастроф. Пятый год мы проводим их в объединённом формате. Программа очень широкая: сестринская секция, направления по первой помощи, клинические секции по медицине катастроф.

Более полутора тысяч участников подключились к работе форума, свыше 700 зарегистрировались очно. Думаю, людей привлекают изменения законодательства, развитие новых технологий. Среди участников специалисты по первой помощи, главные внештатные специалисты, активисты, волонтёры – люди приходят узнать новое.

– Казалось бы, по мере развития науки и технологий тема катастроф должна становиться менее актуальной. Но появляются новые вызовы?



Награждение лучших

– Безусловно. Не надо забывать, например, о дорожно-транспортных происшествиях. Их количество примерно остаётся на одном уровне, и среди них есть происшествия, соответствующие критериям чрезвычайной ситуации.

Здесь хорошо видно, насколько тесно связаны медицина катастроф и первая помощь. Очевидец ДТП должен быть готов оказать первую помощь одному или нескольким пострадавшим. То, что медики называют медицинской сортировкой, применительно к первой помощи называется определением приоритетности её оказания. При двух и более пострадавших приоритет отдаётся детям.

– То есть объединение медицины катастроф и первой помощи вполне закономерно?

– Да. Но важно правильно разделять понятия: первая помощь оказывается до медицинской помощи.

Отдельная большая тема – юридические аспекты. Люди нередко боятся помогать, потому что не знают границ первой помощи: что они могут делать, а чего не должны. Причём такое бывает и с медиками. Медицинский работник обучен значительно большему объёму действий, но вне рабочего места ему тоже важно понимать рамки именно первой помощи.

Поэтому медики приходят не только на секции по медицине катастроф, но и на секции по первой помощи – чтобы разобраться, что именно они могут сделать вне рабочего места.

Скорая должна ехать

А.Кырнышев – о работе в сложных условиях

Даже в самых сложных условиях медицинская помощь должна оставаться доступной, а бригады скорой – продолжать выезжать к пациентам. О том, с какими трудностями ежедневно сталкивается служба и что помогает людям оставаться в профессии, «МГ» рассказал главный врач Мелитопольского областного центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф, главный специалист по медицине катастроф минздрава Запорожской области Александр Кырнышев.

– Александр Геннадьевич, сегодня ваш центр был отмечен на конференции. В каких условиях сейчас приходится работать?

– Условия очень непростые. Причём это касается не только сотрудников центра скорой медицинской помощи и медицины катастроф, а практически всех жителей региона. Представьте себе жизнь, когда электричество становится приятным сюрпризом. То же самое касается воды. А впереди холода.

На фоне всего этого необходимо организовать штатную медицинскую работу. Люди находятся в постоянном напряжении. Когда скорая помощь едет по улицам, для них это в каком-то смысле знак стабильности: значит, система работает. При этом сама машина может быть помятой, обожжённой.

Иногда мы не можем приехать настолько быстро, насколько хотелось бы, потому что приходится учитывать обстановку и ждать, пока выезд станет возможным. Сотрудники, которые выходят на линию, понимают, что рискуют жизнью. Это накладывает дополнительный отпечаток и на работу, и на их жизнь в целом.

– Как долго человек способен выдерживать такое постоянное напряжение?

– Не знаю. Но если люди остались, не уехали, значит, у них есть внутренняя установка, желание помогать своим соседям, близким, просто людям, которые живут рядом. За это им отдельное спасибо.

– Удаётся ли в таких условиях обеспечивать службу всем необходимым?

– Чтобы всего хватало, приходится прикладывать дополнительные усилия, прежде всего связанные с логистикой. Самое главное, что мы ежедневно потребляем в большом количестве, – топливо. С его доставкой помогает МЧС, местные цены на топливо высокие.

Но мы ездим. Скорая помощь – это же кавалерия. А кавалерия должна ехать и оказывать помощь.

– Людям, которые работают в таких условиях, тяжело и психологически. Что помогает справляться с постоянным стрессом?

– Здесь очень многое зависит от внутреннего стержня человека, от желания удержаться на плаву, помочь своим близким, семье. Это внутренняя мотивация. Заставить человека извне я не могу.

Только показывать собственным примером: ездить на те же вызовы, быть вместе с сотрудниками.

– Люди, к которым приезжают ваши бригады, понимают, в каких условиях работают медики?

– Реагируют по-разному. Кто-то воспринимает работу скорой как должное, кто-то – действительно как акт самопожертвования со стороны её сотрудников. Но ожидать одинаковой реакции от всех невозможно.

Уроки первой помощи

Н.Ильина – о первой помощи подросткам

Навыки первой помощи особенно важно осваивать ещё в подростковом возрасте. О занятиях с ребятами во Всероссийском детском центре «Океан» рассказала председатель Приморского краевого отделения Российского Красного Креста Надежда Ильина.

– Надежда Андреевна, вы давно сотрудничаете с Всероссийским детским центром «Океан». Как строится эта работа?

– Мы очень хорошо дружим с «Океаном». Для ребят, которые приезжают в центр, проводим курсы и мастер-классы по первой помощи. 12 сентября у нас прошла очередная акция: помимо мастер-класса провели викторину, задавали вопросы, за правильные ответы вручали ребятам наклейки.

– То есть основная аудитория – подростки?

– Да, в основном это ребята примерно с седьмого по одиннадцатый класс. Им действительно интересно. Они сами пробовали выполнять разные приёмы первой помощи, например придавать восстановительное положение человеку, который потерял сознание, но продолжает дышать. Очень активно интересовались сердечно-лёгочной реанимацией.

– Какие ситуации вызывают у них больше всего вопросов?

– Очень много вопросов было о том, что делать, если человек подавился. При частичной непроходимости дыхательных путей, когда человек может кашлять, главное – побуждать его продолжать кашлять, а не предпринимать лишних действий.

Ребята спрашивали и о кровотечениях, в том числе о подозрении на внутреннее кровотечение, об инфаркте, инсульте. Мы объясняли: если есть подозрение на серьёзное состояние, лучше перестраховаться, обеспечить человеку покой и как можно быстрее вызвать скорую помощь.

– Насколько хорошо сами подростки уже ориентируются в первой помощи?

– По-разному. Но некоторые приятно удивляют. Чувствуется, что они уже не первый раз проходят такие мастер-классы. Были ребята, которые фактически становились нашими помощниками: хорошо знали ответы, быстро включались в работу.

С ними очень интересно заниматься. Это возраст, когда они искренне интересуются новым, задают вопросы и стремятся узнать как можно больше. И этот интерес важно поддержать.

Донорство без страха

Е.Дронова – о мифах и регистре

За привычной картиной – люди в красных жилетах, волонтёры, гуманитарные акции – стоит большая система помощи. О работе Российского Красного Креста, поддержке людей с ВИЧ и донорстве костного мозга «МГ» рассказала председатель Воронежского регионального отделения Российского Красного Креста Елена Дронова.

– Елена Викторовна, когда мы видим команду Красного Креста, со стороны может казаться, что всё достаточно просто: приехали, привезли помощь. Что на самом деле стоит за этой работой?

– За этой простой картинкой стоит очень сложная инфраструктура оказания помощи. Это и донорство, и медицинские программы. Мы работаем с людьми с ВИЧ, в том числе в местах лишения свободы, где человек сталкивается сразу с двумя проблемами – болезнью и лишением свободы.

С ними работают наши психологи, действует школа пациентов. Очень важно поддержать человека, дать ему понять, что он не остаётся со своей проблемой один.

– Одно из направлений вашей работы связано с донорством костного мозга. Недавно в Воронеже прошла такая акция?

– Да, 19 сентября мы проводили акцию в Центральном парке. Кто-то специально приходил, кто-то просто проходил мимо, интересовался и в итоге вступал в регистр потенциальных доноров костного мозга.

Для первичного типирования достаточно взять соскоб эпителия с внутренней стороны щеки. Но само словосочетание «донорство костного мозга» многих пугает. Люди спрашивают, где находится костный мозг, что с ними будут делать, не опасно ли это. Поэтому очень важно развеивать мифы и спокойно объяснять, как всё происходит.

Если человек действительно подойдёт пациенту в качестве донора, один из способов заготовки гемопоэтических стволовых клеток связан с их получением из периферической крови: нужные клетки отделяются, а остальные компоненты крови возвращаются донору.

– То есть одна из главных задач сейчас – снять страх перед донорством?

– Конечно. Самое главное для нас сейчас – найти как можно больше потенциальных доноров и пополнять регистр. В России в нём около полумиллиона человек, при этом далеко не каждый потенциальный донор окажется совместим с конкретным пациентом. Поэтому чем больше людей вступает в регистр, тем выше шанс найти подходящего донора.

– Насколько сложно вступить в регистр?

– Нужны желание и буквально несколько минут, чтобы заполнить документы и пройти типирование. На наших акциях стараемся сделать это удобно и для семей: пока родители оформляют документы, с детьми занимаются.

Чем больше люди знают о донорстве, тем меньше остаётся страхов и тем больше появляется потенциальных доноров.

Денис ГЛАЗКОВ, обозреватель «МГ».

Фото пресс-службы Пироговского центра.

Жизнь, как она есть

Смехотерапия может помочь людям с ХОБЛ легче дышать

Клиническое исследование, проведённое среди пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ), показало, что смехотерапия может уменьшить затруднения дыхания и столь же эффективна, как и более традиционные дыхательные упражнения. Результаты исследования были представлены на Конгрессе Европейского респираторного общества в Барселоне, Испания.

Пациентов обучали использованию намеренного смеха в качестве дыхательного упражнения. Это напрямую сравнивали с пациентами, использующими традиционные дыхательные упражнения, и контрольной группой, которая не выполняла никаких дыхательных упражнений. Исследователи утверждают, что смехотерапия – это эффективный и недорогой метод лечения, который больные могут применять дома без оборудования и помощи специалистов, параллельно с другими видами лечения.

Результаты исследования представила преподаватель факультета сестринского дела Университета Хаджеттепе в Анкаре, доктор Гонджагюль Алдан. Она сказала:

– ХОБЛ – это серьёзное заболевание лёгких, которое затрудняет дыхание. Оно поражает миллионы людей во всём мире и является одной из ведущих причин инвалидности и смерти. Люди с ХОБЛ часто испытывают одышку даже при выполнении простых повседневных действий. Лечение требует большего, чем просто медикаментозная терапия. Пациентам необходим целостный подход, чтобы помочь им справиться с симптомами, физическим бременем болезни и её эмоциональным и психологическим воздействием. В рамках этого исследования мы хотели выяснить, могут ли простые и недорогие методы дополнить существующее лечение. Смехотерапия уже показала многообещающие результаты при ряде других хронических заболеваний. Её доступность и приятный характер позволяют предположить, что она также может принести пользу пациентам с ХОБЛ, не только помогая им справляться с ежедневным стрессом, связанным с жизнью с хроническим заболеванием, но и напрямую поддерживая здоровье их дыхательной системы.

В исследовании приняли участие 63 человека с ХОБЛ, проходивших лечение в городской больнице Билькент в Анкаре. Одна треть пациентов была случайным образом распределена в группу смехотерапии, одна треть – в группу дыхательных упражнений с сомкнутыми губами, а одна треть – в группу без дыхательных упражнений.

Дыхательные упражнения с сомкнутыми губами, при которых пациентов учат вдыхать через нос и медленно выдыхать через сомкнутые губы, являются проверенной методикой для пациентов с ХОБЛ, она помогает выводить застоявшийся воздух, что может задерживаться в поражённых лёгких. Для смехотерапии пациентам преподавали серию упражнений, включающих ритмичные хлопки в ладоши с голосовыми звуками; игровые упражнения на смех, такие как имитация запуска мотоцикла или подражание львиному рыку; вызов спонтанного, непринуждённого смеха; упражнения на расслабление со спокойным дыханием и улыбкой. В обоих случаях пациентам лично объясняли, как выполнять назначенные упражнения, а затем просили практиковаться по 30 мин. три раза в неделю в течение восьми недель. Им оказывали поддержку посредством видеозвонков и текстовых сообщений. До, во время и после лечения проводилась оценка состояния пациентов на предмет затруднений дыхания, общего состояния здоровья и необходимого им ежедневного ухода.

После курса лечения у пациентов, получавших смехотерапию и выполнявших упражнения на дыхание с сомкнутыми губами, наблюдалось меньше затруднений с дыханием по сравнению с пациентами, которые не выполняли ни одного из этих упражнений. Пациенты в обеих группах лечения также имели лучшее общее состояние здоровья, но не было различий в объёме необходимого им ухода.

– Результаты этого исследования показывают, что как упражнения на дыхание с сомкнутыми губами, так и смехотерапия могут значительно уменьшить тяжесть одышки у пациентов с ХОБЛ, и этот эффект сохранялся даже через месяц после окончания программы. Оба метода также показали многообещающие результаты в улучшении общего состояния здоровья, что позволяет предположить, что смехотерапия может стать перспективным направлением для дальнейших исследований наряду с дыханием с сомкнутыми губами в лечении ХОБЛ, – сказала Алдан.

При болезни дыхательные пути имеют тенденцию к сужению во время выдоха, задерживая застоявшийся воздух в лёгких. Дыхание с сомкнутыми губами создаёт мягкое обратное давление, которое позволяет этому задержавшемуся воздуху выйти, замедляет частоту дыхания и помогает пациентам лучше его контролировать. Смех может тренировать дыхательные мышцы, способствовать более глубокому выдоху и вызывать высвобождение эндорфинов, обеспечивая как физическое, так и эмоциональное облегчение. Смехотерапия направлена на то, чтобы вызвать в организме эффект настоящего смеха. Однако механизмы смехотерапии при ХОБЛ остаются недостаточно изученными и необходимы более всесторонние исследования.

Открытия, находки

Специальные очки замедляют прогрессирование близорукости

Число людей, нуждающихся в очках для коррекции зрения, увеличивается с каждым годом, поскольку близорукость, или миопия, становится всё более распространённой. Согласно текущим прогнозам, к 2050 г. этот показатель может достигнуть 50%, затронув почти 5 млрд человек во всём мире. Близорукость обычно начинается в детстве, поэтому ученики часто жалуются на то, что плохо видят доску или экран.

Исследователи провели двухлетнее рандомизированное клиническое исследование, в котором детям в возрасте от 6 до 12 лет по всей территории США с близорукостью устанавливали высокоасферические линзы (HAL), которые сочетают в себе две функции в одной конструкции: зону коррекции рефракционной ошибки и зону контроля близорукости, состоящую из 11 смежных колец HAL.

Учёные обнаружили, что по сравнению с детьми, носившими стандартные монофокальные линзы (SVL), у тех, кто носил линзы HAL, наблюдалось снижение прогрессирования миопии более чем на 70% и осевого удлинения более чем на 50%. Зрение в группе HAL ухудшилось всего на 0,25 единицы по сравнению с 0,90 единицами в группе SVL.

Вызванная сочетанием генетических и экологических факторов, таких как академическая нагрузка или чрезмерное время, проведённое за экраном, миопия возникает из-за искажения формы глаза. Если зрительный орган слишком длинный или роговица изогнута более необходимого, свет не преломляется должным образом; в результате он фокусируется перед сетчаткой, а не на ней.

У большинства людей с близорукостью не развивается патологическая близорукость, при которой она может привести к значительной потере зрения. Однако эксперты обеспокоены тем, что чем тяжелее близорукость, тем выше риск её перехода в патологическую форму. Это делает вмешательства в детском возрасте, замедляющие прогрессирование близорукости, потенциально ценными не только в школьные годы, но и для долгосрочного здоровья глаз во взрослом возрасте.

Испытания в Китае и Вьетнаме показали многообещающие результаты: линзы HAL замедляли прогрессирование близорукости у детей. Затем исследователи захотели выяснить, можно ли наблюдать аналогичные преимущества у детей в Северной Америке.

В двойном слепом рандомизированном клиническом исследовании приняли участие 159 детей из девяти исследовательских центров в США. Ни участники, ни исследователи не знали, кто входил в тестовую группу, носившую специальные очки HAL, а кто – в контрольную группу, носившую обычные очки. В течение двухлетнего исследования дети регулярно посещали клиники для осмотров, где специалисты проверяли их текущие рецепты и измеряли размер глаз с помощью безболезненного лазерного инструмента.

Очки HAL оказались очень эффективными, безопасными и удобными для детей, которые могли видеть через них так же чётко и ясно, как и в обычных очках. Специальные линзы предотвращали чрезмерное удлинение глазных яблок, что важно, поскольку близорукость ухудшается, когда глазное яблоко физически увеличивается в размерах или слишком сильно растягивается от передней части к задней. Среднее увеличение размера глазного яблока составило 0,21 мм при использовании очков HAL по сравнению с 0,45 мм при использовании стандартных очков, что означает, что очки HAL уменьшили физический рост глазного яблока на 53%.

Хотя линзы хорошо подошли всем, наиболее эффективным лечение оказалось для самых маленьких детей в возрасте от 6 до 8 лет, у которых линзы HAL замедлили изменение рецепта на 87%.

Полученные результаты подтверждают безопасность и эффективность очковых линз HAL в качестве метода лечения, замедляющего прогрессирование миопии у детей в США. Однако для оценки долгосрочности эффекта и возможности снижения риска развития угрожающих зрению заболеваний во взрослом возрасте необходимы данные более длительных исследований.

Ну и ну!

Метформин, широко назначаемый, безопасный и недорогой препарат для лечения диабета 2-го типа, является лекарством первой линии, которое снижает уровень сахара в крови и улучшает реакцию организма на инсулин. По-видимому, он обманывает клетки, заставляя их чувствовать дефицит энергии, подобно тому, что происходит во время голодания или диеты. Это активирует ключевой клеточный датчик энергии, называемый AMPK, который помогает запустить процесс очистки клеток от отходов и поддерживает клеточное восстановление. Недавний обзор предполагает, что метформин также может помочь противодействовать некоторым последствиям старения.

Замедлить старение с помощью препарата от диабета

Учёные обобщили результаты многолетних глобальных исследований, от клеточных и молекулярных до экспериментов на животных и людях, чтобы представить всеобъемлющую, единую картину того, как метформин может влиять на старение и долголетие. Совокупные данные показали, что препарат действует как геронтопротекторное средство, способное воздействовать на биологические первопричины старения и потенциально увеличивать продолжительность здоровой жизни.

Антивозрастной эффект метформина наблюдается у разных видов животных. У самцов обезьян, получавших препарат в течение 40 мес., ткани стали биологически моложе, а мозг помолодел почти на шесть лет – скачок, эквивалентный 18 годам в человеческом исчислении. Аналогичная картина наблюдалась и у людей, где данные наблюдений показывают, что у принимавших метформин, биологический возраст был на 3,43 года меньше, а люди с диабетом, принимавшие препарат, жили на 15% дольше, чем их сверстники без диабета.

По оценкам ВОЗ, число людей в возрасте 60 лет и старше удвоится: с 1 млрд в 2020 г. до 2,1 млрд к 2050 г. Старение населения влечёт за собой множество возрастных заболеваний, включая нарушения обмена веществ, деменцию, болезнь Альцгеймера и остеоартроз. Эти заболевания не только снижают качество жизни людей, но и создают значительную нагрузку на систему здравоохранения страны. Вместо того чтобы лечить возрастные заболевания по отдельности, геронтология задаёт более масштабный вопрос: что, если бы мы могли воздействовать на биологические факторы, вызывающие само старение? Исследователи выявляют общие механизмы, которые подпитывают старение и множество хронических болезней, надеясь замедлить эти процессы и помочь людям дольше оставаться здоровыми.

Многочисленные данные свидетельствуют о том, что у людей, которым назначали метформин для контроля уровня сахара в крови, также наблюдалось меньше сердечно-сосудистых заболеваний и более низкие темпы снижения когнитивных функций. Поскольку разработка новых лекарств занимает годы, исследователи переключили своё внимание на изучение возможности использования метформина для замедления процессов старения.

Препарат вызвал значительный интерес как потенциальное средство для замедления старения, однако имеющиеся на сегодняшний день данные далеко не однозначны. Результаты исследований на клетках, животных и людях противоречивы, а широко разрекламированное исследование, связывающее метформин с повышением выживаемости у людей, недавно подверглось критике после того, как другие исследователи не смогли воспроизвести его результаты. Кроме того, большинство исследований на людях проводились с участием лиц, страдающих диабетом, что затрудняет разграничение потенциального влияния препарата на старение и его воздействия на основное заболевание.

Чтобы разобраться в этих разрозненных данных, учёные объединили результаты исследований различных видов и биологических систем в единую систему.

Метформин воздействует одновременно на множество биологических причин старения. Он может запускать аутофагию – систему очистки клеток, помогающую удалять клеточные отходы и поддерживающую стабильность ДНК. С возрастом химические метки на нашей ДНК, называемые метилированием, начинают смещаться, влияя на регуляцию генов. Препарат замедляет аномальные изменения в ДНК, стабилизируя фермент TET2, что помогает сохранить более молодой генетический профиль. Его действие также распространяется на кишечник и его микробиом, где он может стимулировать выработку полезных бактерий, защищающих слизистую оболочку, и производство короткоцепочечных жирных кислот. Это многообещающая новость, поскольку предыдущие исследования показали, что здоровый кишечный микробиом может снизить возрастное воспаление во всём организме.

У микроскопических червей, называемых C.elegans, метформин увеличил продолжительность жизни на 36-40%, поместив животных в состояние, аналогичное ограничению калорийности пищи. У мышей в различных моделях метформин увеличил среднюю продолжительность жизни на 5,8-20,1% и замедлил развитие некоторых опухолей.

Исследователи отметили, что самым большим пробелом в современной науке о долголетии является отсутствие крупных, строгих исследований, проверяющих эффективность лекарства у здоровых взрослых без диабета. Большая часть имеющихся данных получена в результате наблюдательных исследований, которые, несмотря на многообещающие результаты, не могут подтвердить эффективность метформина в качестве средства для увеличения продолжительности жизни. Они надеются, что исследование Targeting Aging with Metformin (TAME) поможет подтвердить результаты, а также выявить скрытые причины.

Подготовил Игорь НАУМОВ.

По материалам JAMA Ophthalmology, Medical Xpress.

Имена и судьбы

Вдохновлённый Чеховым

Проблема памяти в трудах Леонида Лихтермана

Шестого октября исполнилось 95 лет постоянному автору «МГ», главному научному сотруднику НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко, профессору Леониду Лихтерману. Накануне этой даты в Астане состоялась посвящённая ему международная конференция по актуальным вопросам нейрохирургии и неврологии. На ней прозвучал доклад, который мы публикуем ниже. Поздравляем Леонида Болеславовича с юбилеем и ждём его новых текстов.

Оправдание этого доклада только в давней моей дружбе с Леонидом Болеславовичем, в том, что я являюсь учеником его супруги, профессора, доктора филологических наук Зои Кирнозе, которой очень многим в судьбе обязан. Конечно, тема связана и с общей нашей с Л.Лихтерманом любовью к Чехову.

Леонид Болеславович отмечает, что особенно его «...увлекла глубоко человечная чеховская теория малых дел, которой, «внутренне сопротивляясь её разгромной критике» (а эти разносы начались ещё в 20-е гг. прошлого века), он стремился следовать в своей жизни. Л.Лихтерман напоминает, что оппоненты Чехова утверждали: «Надо менять жизнь, а не заниматься мелкими подачками». «Жизнь изменили, – пишет он. – Что из этого вышло – известно. А малые добрые дела остались, отменить их невозможно, они в человеческой сущности, одинаково нужны и полезны каждому – и дающему, и получающему».

В книге «Здесь...», открывающей серию воспоминаний, автор пишет о том, что для него очень важен и общеизвестный чеховский призыв: «В человеке всё должно быть прекрасно». Эта мысль стала его жизненной программой. Леонид Болеславович всегда добавляет с улыбкой: «...увы, невыполнимой».

Если в человеке всё должно быть прекрасно, то максима эта распространяется на способность к воспоминаниям и на самый дар памяти. Что же представляют собой «малые дела» памяти? Они, конечно, в случае Л.Лихтермана одновременно и «малые», и масштабные. Память, по его словам, – это «долгий след». По мысли героя нашего материала, возникает он благодаря двум главным особенностям живой памяти: действенности и конкретности. Конкретные, действенные и – лишь условно «малые» дела памяти – нашли своё выражение в серии книг Леонида Болеславовича под названием «Здесь...» (от фундаментального тома «Здесь...» (2005) до «Здесь-18» («Пока жив») и представленной в Астане книге «Девяносто пять» (2026).

Память в понимании Л.Лихтермана не только вербальна, но и визуальна. Визуализацией её стали многочисленные (всего их более 20) документально-художественные фильмы: от ленты «Надежда» (2002) до фильма «Нейрохирург Александр Коновалов» (2023) и последовавших за ним лентах. Профессор выступает в этих фильмах в разных амплуа: он – и режиссёр, и автор сценария, и рассказчик.

Среди «малых» «больших дел» памяти хотелось бы вспомнить и замечательную книгу «Светлый человек», посвящённую отцу Леонида Болеславовича, известному врачу и учёному, профессору Болеславу Владимировичу. Материалы её, в том числе дневники ещё юного его сына, включены и в том «Здесь...» 2005 г. В этом использовании аутентичного архивного материала (в книге «Светлый человек» задействован семейный архив) сказывается принципиальная установка мемуариста на факт.

К творчеству Чехова восходит то, что можно назвать «любящей памятью». Память и способность любить в трудах и в жизни Л.Лихтермана между собой связаны. Конечно, бывает очень точная, разветвлённая, сильная «злая память». Нередко она кульминирует в «злопамятстве». Но Леониду Болеславовичу присущ совершенно иной тип памяти.

В его понимании она связана с любовью и уважением к другому человеку. Это не что-то абстрактное, а исключительно конкретное и действенное. Любовь проявляется во внимании к фактам, в использовании дневниковых записей, достоверных свидетельствах очевидцев. Установка на достоверность – знак уважения к другому.

Соединяя разрозненную мозаику дневниковых записей, писем и фотографий в единое смысловое целое, Леонид Болеславович создаёт образы друзей и учителей. Мемуарист не стремится выдвинуть на первый план собственное «я», часто ограничивая своё присутствие в чужом тексте короткими связующими репликами, мостиками между разделами.

Интересно, что Чехов редуцировал роль повествователя в своей прозе, сопрягая слово рассказчика с мыслью и словом героя. Филологи называют такой тип рассказа несобственно-прямой речью. Она даёт пространство другому голосу, «я» другого.

В книгах Л.Лихтермана память точна и документальна. Документов в его воспоминаниях великое множество. Вспоминается, например, удивительное по силе поэзии письмо основоположника эндоваскулярной нейрохирургии академика Фёдора Сербиненко, адресованное академику Александру Коновалову. Хочу специально упомянуть военные воспоминания нижегородского медика, друга Леонида Болеславовича, Льва Хитрина, записанные Зоей Ивановной («Подо Ржевом», «Как кончилась война»).

Стремление сохранить ключевые формулы, связанные с выдающейся личностью, – ещё одно свойство Лихтермана-мемуариста. Ключевая формула – это кредо личности, квинтэссенция понимания жизни. Сочетание лаконизма и глубины – ещё одно чеховское свойство работы памяти.

Одному из крупнейших отечественных неврологов, профессору Самуилу Блинкову (а было ему в тот момент за 90), Леонид Болеславович в интервью задаёт вопрос о смысле жизни. Самуил Михайлович отвечает: «Смысл жизни, по-моему, в оптимизме». Понятно, что о смысле жизни спорить можно бесконечно. Но таков ответ яркой личности, и этот ответ приводит Л.Лихтерман.



Работа памяти таинственна и непредсказуема. Память коренится в глубинах бессознательного. События, люди, ландшафты, скрытые и замурованные в «подвалах памяти» (А.Ахматова), могут получать сновидческое выражение. Особой и редкой формой памяти являются сны о снах. Герой нашего повествования пишет: «Ещё много лет после 41-го мне часто снилось будто бомбёжка в июньскую ночь, война – это сон. Просыпался я в Казахстане или на Кавказе, где мы были в эвакуации».

Сновидческое и реальное полотно памяти соткано из нитей чувственного и интеллектуального. Определённые запахи, краски, звуки способны внезапно запускать цепочку воспоминаний. Вот, например, характерное воспоминание Леонида Болеславовича об Артеке. Тогда ему было неполных 15 лет: «Густая южная ночь, звёзды такие близкие, манящие... Созвездие Лебедя, Большая Медведица, созвездие Орла, Лира – я показывал их компании. Учил, как найти Полярную звезду в созвездии Малой Медведицы и всегда знать где Север. Ароматы кипарисов, кедров, инжира. Звенят цикады». Спустя десятилетия в памяти сохраняются целостные картины, звуки, ароматы в родстве с ориентацией в звёздном небе.

Воспоминание придаёт магическую силу тому, что сохраняется в памяти. Л.Лихтерман вспоминает обстановку кабинета Бориса Егорова (директора Института нейрохирургии с 1947 по 1964 гг. – **Ред.**): «Расставили всё по своим местам (я помнил, как это располагалось при нём), и интерьер вновь обрёл какую-то магическую силу». Аура, магия воспоминаний – интересная тема.

Жизнь ушедших учителей продолжается в памяти и деяниях учеников. Память способна замедлять время, переводя человека из торопливой и суетной повседневности в регистр вечности. Хочу напомнить финальный пассаж Леонида Болеславовича из воспоминаний о Ю.Коновалове: «Жив учитель памятью и деяниями своих учеников и друзей, пока не забудут и тех, и других. Вместе с моим другом Николаем Смирновым каждую весну и осень навещаем наших учителей – Михаила Юльевича Рапопорта и Юлия Вениаминовича Коновалова. Судьба так распорядилась, что после полувека совместной работы лежат они оба на Введенском кладбище. Приносим цветы, убираем могилы, стоим – вспоминаем... Испытываем какое-то особое умиротворение, бредём с другом от жизни вечной к жизни суетной...».

Ещё одна цитата из книги «Здесь...»: «Фёдор Сербиненко не забыт. Он живёт в своих близких, друзьях и учениках, в спасённых больных, в благодарной памяти Института и России, в основанной им и развивающейся уже независимо от своего создателя эндоваскулярной нейрохирургии».

Вспоминая о выдающемся нейрохирурге Б.Егорове, Л.Лихтерман пишет: «Борис Григорьевич по натуре был такой же талантливый собиратель, как Павел Михайлович Третьяков. Но каждому своё: Павел Михайлович с удивительным вкусом и не жалея средств приобретал картины русских художников для своей Галереи; Борис Григорьевич с удивительным провидческим даром и не жалея усилий подбирал учёных для своего Института».

Вот оно, подлинное амплуа человека памяти, – собиратель. Подобно П.Третьякову и Б.Егорову, он – хранитель и собиратель памяти, в том числе и специально о сотрудниках Института нейрохирургии. Вот как автор завершает очерк о Егорове: «А я хочу ещё раз низко поклониться человеку, который сыграл большую роль в моей (да разве только в моей!) профессиональной судьбе. Извиняюсь перед нейрохирургическим сообществом, что сделал это с таким опозданием. Но, как говорится, «лучше поздно, чем никогда». Многие из нас в долгу перед Борисом Григорьевичем, перед его памятью. Может быть, мой пример для кого-то будет заразительным. Дай-то Бог!». В связи с этим фрагментом вспоминается прекрасное старинное слово – благоговение.

Леонид Болеславович – инициативный и ответственный деятель в сфере памяти. Он пропускает себя через историю, а не историю – через себя. Вот как вспоминает наш герой о создании музея в Институте им. Н.Н.Бурденко: «Хотя никто не поручал, я взял на себя ответственность за сохранение памяти о своём окружении. Не отменяя значимости юбилейных конференций, статей, книг, энциклопедий, пришёл к выводу, что полней и надёжней всего хранит память о времени и личностях музей. И надо создать мемориальный музей – музей истории Института и творивших её учёных».

Профессор угадывает ценность в почти утраченном, полузабытом и брошенном. Архивный документ, пылящийся артефакт, связанные с великими личностями прошлого, заслуживают неспешного и пристального внимания. Бывают яркие находки, но для того, чтобы их понять, необходим обстоятельный комментарий, реконструкция исторического контекста.

Долгие годы, как хлам, в подчердачном помещении хранилась мебель из кабинета Н.Н.Бурденко. Л.Лихтерман констатирует: «...таков итог беспамятства...»

Когда открывали музей истории института, он произнёс такие слова: «Музей – это память. А без памяти не может жить ни отдельный человек, ни всё человечество. Открывая музей, мы восстанавливаем память о полузабытых первопроходцах нейрохирургии, о всех тех, кто создавал и развивал наш институт. Сохранить память о наших предшественниках не менее важно, чем овладеть новыми диагностическими и лечебными технологиями».

Сохранение памяти о тех, кто «...создавал и развивал институт...», есть нечто весомое и внутренне осязаемое и при этом – идеальное. «Новые диагностические и лечебные технологии» – это нечто материальное, очевидное, понятное и врачам, и пациентам. Новые технологии устремлены в будущее. Память сохраняет прошлое. Но будущее принесёт плоды только в том случае, если не прервётся эстафета поколений, если сохранятся благородные традиции, останется то высокое, что изначально было заложено.

Сохраняемая в музее память, пусть и не навсегда, а лишь на какое-то время, способна уравновесить материальное и идеальное, сблизить прошлое и будущее. Неустойчивое равновесие материального и идеального – это и есть жизнь.

Подводя итог, хочу подчеркнуть, что в основе книг и фильмов Леонида Болеславовича – чеховское соединение поэзии и факта. Вырастая из точного изложения фактов, воспоминания становятся поэтичными.

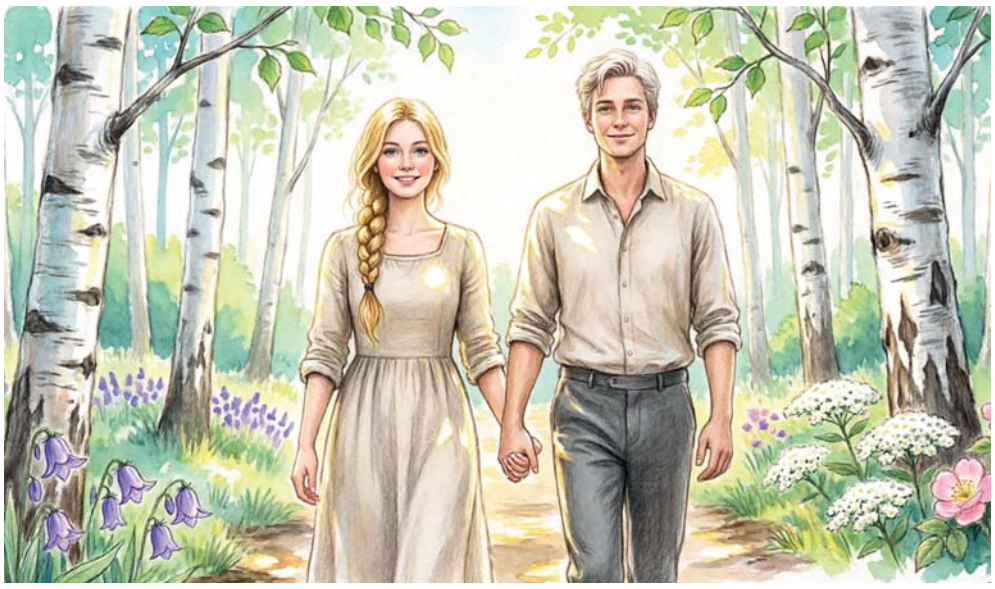
Валерий ЗУСМАН,
вице-президент Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики», доктор филологических наук, профессор.

Нижний Новгород.

На литературный конкурс

Светлана ИЛЬИНА

Улыбнись, позабыв о грусти



Глазурью сахарной снег
Белеет на старой ели.
Я сонно нежусь в постели,
Мне жить ещё целый век.

Желанней любых конфет
Морозная эта сладость,
Мне многое будет в радость
В неполных семнадцать лет.

Я буду рада гостям
И тени своей потешной,
Что бродит со мной неспешно
По скверам и площадям.

Я буду дышать дождём,
Читать запоем романы,
И будут мои карманы
Набиты осенним днём.

Сегодня же день иной,
Я вся отдалась безделью
И тихо любуюсь елью,
А ель любуется мной.

* * *

А я бы хотела жить в мирах Стругацких,
Где не всё просто, но зато по-братски,
Где человек – это всегда звучит гордо,
Где лишь за дело могут дать в морду.
И если гореть, то на любимой работе,
И чтобы помощь получат не по квоте.
Коммунизм, утопия, ни богатых, ни бедных,
И можешь быть собою.
Что ж, мечтать не вредно.

* * *

На днях я встретила дивный цветок
Возле самого дома.
Иной бы название вспомнить мог,
Мне оно незнакомо.

И был он вовсе не алым, нет,
Был он нежно-лиловым.
Как в ясные летние дни рассвет
Над изумрудным покровом.

И вот бы казалось, такой пустяк,
Обычный цветок, не боле...
Да только вот взгляд отвести никак,
До рези в глазах, до боли.

Он был словно свежего ветра глоток,
И тут без всякой подсказки
Меня осенило: это ж цветок
Из детской забытой сказки.

И сразу тепло разлилось в груди,
С души смыв остатки грима.
Я крикнула даже: «Стой, погоди!»
Девчонке, бегущей мимо.

Лишь гулкое эхо шагов в ответ,
У ней другие заботы.

Но кашлянул вдруг за спиной сосед,
Идущий домой с работы.

И долго мы с ним стояли вдвоём,
А рядом сновали люди.
И он, конечно, молчал о своём,
А я молчала о чуде.

Что просто росло на моём пути
И в сердце пустило корни,
Что это магия, как ни крути,
Но тут появился дворник.

И он рассказал, что фея живёт
Двумя этажами выше,
Что ей девяносто четвёртый год,
Она уже плохо слышит.

И ходит с трудом, но который год,
Лишь только весна в ударе,
Она с семенами кулёк берёт
И чудо кому-то дарит.

А после неспешно бредёт домой.
Никто ведь толком не знает,
Как феи живут в суете земной,
И кто их дома встречает?

И безучастно им смотрят вслед
Скольких веков изгибы?

И кто им ставит на стол букет
И говорит спасибо?

Вопросы, ответы... Но, видит Бог,
Не стоит тянуть резину!
Малиновый я испеку пирог
И ей отнесу половину.

* * *

Не бывает лёгких побед,
Поражений ненужных тоже!
На ногах хорошо, спору нет,
Устоять, но ещё дороже

Оступиться и тут же встать,
Отряхнуться и сразу к бою,
В этом есть особая стать,
И к лицу она нам с тобою.

Шаг назад, но ведь два вперёд,
Улыбнись, позабыв о грусти.
Что не наше – от нас уйдёт,
Своего же мы не упустим!

* * *

Каждому овощу свой срок и свой путь.
Первому сохнуть, чтоб проступить
могла суть,
Зреет неспешно второй в тени на боку,
Третий идёт под нож в самом соку.

Тех маринует жизнь, подсыпая соль,
С этих все соки жмёт, несмотря на боль.
Но иногда в сухом остатке вино,
Жаль, что им насладиться
нам не дано.

* * *

Как часто за маской железной
Прячется липкий страх.
Как будто над гулкой бездной
Стоишь на ватных ногах.

И стоит вздохнуть привольно,
Как вниз соскользнёт нога.
И от напряженья больно,
И в каждом видишь врага,

Способного даже взглядом
Нарушить хрупкий баланс.
Подножке подобен рядом
Исполненный реверанс.

Но сколь бы невыносимо,
Чужой не приметит глаз
Горящую Хиросиму,
Споткнувшись об Алькатрас.

А значит, на чью-то руку
Не стоит делать расчёт.
И значит, что эту муку
Никто себе не возьмёт.

И снова своим драконам
Глядеть в разверстую пасть,
И самым небрежным тоном
Им ниц приказывать пасть.

* * *

Мне сегодня никого знать не хочется,
Мне сегодня лучший друг одиночество.
И незваный он дружок, и негаданный,
С горьким запахом разлуки и ладана.
Напою я гостя чаем с конфетами,
Он не станет докучать мне советами,
Отгорюю вместе с ним боль тягучую,
Что не Моника, увы, не Беллуччи я.

ОБ АВТОРЕ. *С.Ильина окончила Ижевскую государственную медицинскую академию по специальности «Лечебное дело» в 1997 г. Бактериолог Республиканской детской клинической больницы (Ижевск).*

Иллюстрация создана при помощи ИИ.

СКАНВОРД



К	Р	О	С	С	В	О	Р	Д								С	О	Л	Н	Ц	Е	П	Е	К
А			Е			С			С	В	О	Б	О	Д	А		О			А			Л		Л
З	В	О	Н		Р	Е	В	А		А		Р		О		К	Р	Е	С	Т		Б	У	Р	Я
А		Б	И	Л	Е	Т		В	О	Л	Ш	Е	Б	С	Т	В	О		Л	У	Н	А	Т	И	К
Х		Л			К	Р	О	Т		Т		Д		Т		А	К	Т	Е	Р		Б	О	С	С
С	Т	И	М	У	Л		П	О	Т	О	П		Л	А	В	Р	А		Т	А	Ч	А	Н	К	А
Т		Ч		Г	А	Р	Е	М		Р	А	Р	И	Т	Е	Т									
А	Л	Ь	Б	О	М		К	А	Ш	Н	Е		Г	О	Р	А									
Н		Е		Н	А	Б	А	Т		А	К	С	А	К	А	Л									

Ответы на сканворд, опубликованный в № 38 от 30.09.2026.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.
Мнение редакции может не совпадать с точкой зрения авторов.
Материалы, помеченные значком ❑, публикуются на правах рекламы.
За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.
Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара.

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

Редакционная коллегия: С.БУДАЧЕНКОВ (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, Д.ГЛАЗКОВ, А.ЖУКОВА, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, А.КРУГЛЯКОВА, Б.ЛИХТЕРМАН, Ф.СМИРНОВ (редактор сайта).

Дежурный член редколлегии – Д.ГЛАЗКОВ.

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».
Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1
Заказ № 2401
Тираж 10 500 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Новосибирск 89856322525; Омск (906) 9928139; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89383585309; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).
Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».