

ТЕМЫ НОМЕРА

СЛУЖИМ ЗДОРОВЬЮ

На Национальном конгрессе по здравоохранению и выставке-форуме "Россия" стр. 2-3



ПЕРЕДОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Мониторинг здоровья и ядерная медицина стр. 6-7



БОРЬБА

С ожирением и сахарным диабетом стр. 8-9



ПАМЯТЬ

Золотой век российской эндокринологии стр. 12



К НОВЫМ ГОРИЗОНТАМ В НАУКЕ И КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ



12 февраля 2024 года состоялась встреча главного внештатного специалиста-эксперта эндокринолога Министерства здравоохранения РФ, президента Государственного научного центра Российской Федерации ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» академика Ивана Ивановича Дедова с трудовым коллективом Центра. В этот день И.И. Дедову исполнилось 83 года.

Как доверенное лицо Владимира Владимировича Путина на выборах Президента Российской Федерации в 2024 году, И.И. Дедов отметил выдающиеся способности национального лидера в развитии Российского государства, его высочайшие компетенции в сфере государственного строительства, в обеспечении национальной безопасности и международного престижа России, по укреплению экономического и технологического суверенитета страны, сбережению народа и укреплению его традиционных ценностей. Президент Российской ассоциации эндокринологов, член Президиума РАН, доктор медицинских наук, профессор, Герой Труда Российской Федерации Иван Иванович Дедов находится во главе ГНЦ РФ в качестве директора и затем президента ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России свыше 30 лет из 60 лет своего пребывания в эндокринологической отрасли отечественной медицины. За этот период Центр превратился в научное медицинское уч-

реждение мирового уровня, здесь ежегодно получают высококвалифицированную всестороннюю специализированную помощь десятки тысяч людей, страдающих эндокринными заболеваниями. Прошедшие десятилетия в сфере отечественной эндокринологии истории медицины, врачебное и пациентское сообщество справедливо называют «Эпохой Дедова». Благодаря непосредственной поддержке Президента РФ В.В. Путина, Россия сегодня располагает всеми новейшими технологиями в области диагностики и лечения сахарного диабета и его сосудистых осложнений, а также в сфере реабилитации и профилактики, что в комплексе позволило в целом по стране снизить инвалидизацию на 52 %, увеличить продолжительность жизни больных сахарным диабетом 2 типа до 72,5 года для мужчин и до 77,5 года для женщин. Создан огромный задел в производстве отечественных сахароснижающих препаратов, что в условиях объявления коллективом Западом

в 2022 г. санкций позволило не допустить дефицита лекарственного обеспечения пациентов с сахарным диабетом. При непосредственном участии И.И. Дедова в стране созданы предприятия по производству современных инсулинов, выводятся на внутренний рынок новые эффективные препараты. 23 июня 2023 г. Президент Российской Федерации В.В. Путин на встрече с академиком И.И. Дедовым поддержал сформированное им комплексное предложение о возможности технологического прорыва России в области персонализированной медицины. С целью его реализации в «НМИЦ эндокринологии» сформирован мультидисциплинарный и высокопрофессиональный коллектив, нацеленный на успешное решение чрезвычайно важных задач в сфере российского здравоохранения. В этот же день Президент России В.В. Путин поздравил с Днем рождения президента Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии, академика РАН Ива-

на Дедова, отметив его неоспоримый авторитет выдающегося ученого, талантливый организатора и наставника, создателя и бессменного руководителя уникальной, всемирно известной школы клинической эндокринологии. В своей телеграмме В.В. Путин подчеркнул, что во многом благодаря научным исследованиям и инновационным разработкам академика И.И. Дедова были достигнуты успехи в диагностике и лечении серьезных заболеваний. Российский лидер также отметил личный вклад Ивана Ивановича Дедова в развитие лучших традиций отечественного здравоохранения. Президент пожелал ему реализации намеченных планов и всего самого доброго. Выразив полное единодушие и поддержку выдвижению Владимира Владимировича Путина на пост Главы Российского государства, коллектив «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России в свою очередь тепло и сердечно поздравил академика Ивана Ивановича Дедова с 83-й годовщиной со дня рождения. ■

РУКОВОДИТЕЛИ ГОСУДАРСТВЕННОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России – Кавалеры Ордена Пирогова



В соответствии с Указом Президента Российской Федерации В.В. Путина №91 от 05 февраля 2024 года «О награждении государственными наградами Российской Федерации за большой вклад в развитие отечественной науки, много-

летнюю плодотворную деятельность и в связи с 300-летием со дня основания Российской Академии наук Орденом Пирогова награждены: директор Государственного научного центра «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России (далее – Центр), член-корреспондент РАН Наталья Мокрышева, **Продолжение на странице 2**

ЦИТАТА НОМЕРА

«Когда речь идет о решении задач национального масштаба в развитии медицины и практического здравоохранения, главное для врача – беспредельная ответственность за порученное дело, требовательность и бескомпромиссность.»
Академик РАН И.И. Дедов

ПРИЗНАНИЕ

заместитель директора Центра по научной работе, академик РАН **Галина Мельниченко**, заместитель директора Центра – директор Института диабета, академик РАН **Марина Шестакова**. Следует отметить, что 8 февраля в России традиционно отмечается День Российской науки, который связан с датой основания Российской Академии наук. В настоящее время в РАН по Отделению медицинских наук (ОМН РАН) состоит 473 человека, из них – 211 академиком и 262 члена-корреспондента. Под научно-методическим руководством ОМН РАН находятся 35 научных организаций, работает 1 научный совет, в составе которого действует 19 комиссий по отдельным направлениям деятельности, издается 1 журнал. В соответствии с Решением Президента России В.В. Путина от 28 января 2022 г. и на основании постановления Правительства РФ от 28 апреля 2022 г. № 767 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России присвоен статус Государственного научного центра Российской Федерации.

По случаю этого важного события президент Центра академик Иван Дедов заявил: «Эндокринологический центр является единственным в России и в мире учреждением с уникальными научно-исследовательским комплексом и клинической инфраструктурой, которые позволяют выполнять приоритетные научные проекты и оказывать ме-

дицинскую помощь больным практически со всеми эндокринными заболеваниями, в том числе с редчайшими. В Центре ведутся опережающего уровня научные и клинические исследования, способные при максимальной концентрации организационных, кадровых и материально-финансовых ресурсов в ближайшие 2-3 года обеспечить технологический прорыв нашей страны в области персонализированной медицины, в лечении эндокринопатий, окандрокринологии, болезней сердечно-сосудистой системы. В фокусе особого внимания находятся уникальные разработки по геномным и постгеномным технологиям, генно-инженерным исследованиям, которые направлены на открытие новых генов, создание биочипов, сигнальных молекул, гормонов, внедрение инновационных методов диагностики и лечения орфанных заболеваний». Сложившийся научный портрет Центра составляют 130 научных сотрудников, в том числе 12 руководителей, 4 заведующих научными подразделениями, 5 академиков и 4 члена-корреспондента РАН, 5 профессоров РАН, 10 профессоров, 2 заслуженных деятеля науки, 32 доктора наук, 76 кандидатов наук.

Такой богатейший научный потенциал позволяет осуществить широкий круг актуальных научных и практических разработок в современной эндокринологии. Работы сотрудников Центра известны и признаны как в Российской Федерации, так и

за рубежом. О признании мирового уровня исследований, проводимых в Центре, свидетельствует большое количество публикаций в высокорейтинговых зарубежных журналах. Сотрудники Центра ежегодно публикуют более 350 статей. В частности, в 2023 г. сотрудниками Центра опубликовано 194 статьи в журналах, входящих в Web of Science и/или Scopus.

Структура Центра, не имеющего мировых аналогов, объединяет 7 научно-исследовательских институтов: Институт диабета, Институт клинической эндокринологии, Институт детской эндокринологии, Институт репродуктивной медицины, Институт персонализированной медицины (в статусе НЦМУ с 2020 г.), Институт окандрокринологии, Институт высшего и дополнительного профессионального образования. В лабораториях и клинических отделениях Центра работают 536 специалистов, в том числе фундаментальной науки: генетики, иммунологи, биохимики, химики, морфологи, физиологи, биоинформатики, специалисты цифровых технологий и искусственного интеллекта, а также высокопрофессиональные клиницисты: эндокринологи, терапевты, хирурги, гинекологи, педиатры, офтальмологи, неврологи, кардиологи, нефрологи, гастроэнтерологи, андрологи, радиологи, эпидемиологи.



КОГРЕСС

В ПРИОРИТЕТЕ – КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ: НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ОПРЕДЕЛИЛ В ЧИСЛЕ ЛИДЕРОВ НМИЦ ЭНДОКРИНОЛОГИИ

МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА-ФОРУМ
РОССИЯ
RUSSIA.RU
НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ — 2023»
2-й Национальный конгресс с международным участием
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОСКОНГРЕСС
Пространство доверия

На втором Национальном конгрессе с международным участием «Национальное здравоохранение-2023», который проходил 1-2 декабря 2023 года на площадке Международной выставки-форума «Россия» (75-й павильон ВДНХ) состоялась тематическая сессия Росздравнадзора «Медицина и качество». Её модератором выступила руководитель Росздравнадзора Алла Владимировна Самойлова.



качества, которая представляет собой комплекс мер и мероприятий, направленных на стандартизацию процессов осуществления медицинской деятельности, снижение рисков для пациентов и медицинских работников, а также минимизацию возможных ошибок при оказании медицинской помощи. Развитие системы менеджмента качества является перспективным направлением как на уровне медицинской организации, так и в субъекте, и в Российской Федерации в целом. Для эффективного управления качеством в здравоохранении важно его корректное понимание всеми участниками системы», – подчеркнула Алла Владимировна.

Открывший дискуссии губернатор Красноярского края Михаил Котюков поддержал мысль главы Росздравнадзора и поделился с присутствующими опытом организации системы здравоохранения в регионе.

После того, как фокус аудитории был нацелен на отдельно взятый субъект Российской Федерации, в котором образцово решены многие вопросы курации пациентов, в том числе с заболеваниями эндокринных органов, модератор тематической сессии предложила познакомиться с ролью и значением в выстраивании вертикали в системе менеджмента качества национальной сферы здравоохранения национальных медицинских центров – на примере Государственного научного центра Российской Федерации

заболеваний и реализации персонализированного подхода при осуществлении медикаментозной терапии (сахароснижающей при СД 1 и СД 2), так и о профилактической деятельности, которая невозможна без повышения сознательности пациентов в поддержании своего здоровья.

– Государство предпринимает огромные усилия к тому, чтобы создать такую систему оказания медицинской помощи, в которой можно было бы избежать тяжелых осложнений у пациентов при сахарном диабете, обеспечить качество и продолжительность жизни людей с сахарным диабетом на уровне среднестатистического российского гражданина, – подчеркнула Наталья Георгиевна Мокрешева. – Федеральный проект «Борьба с сахарным диабетом» предусматривает большую бюджетную поддержку, идущую на закупку лекарств и систем непрерывного мониторинга глюкозы, на разветвление региональных эндокринологических центров с необходимым медицинским оборудованием, а для терапевтического обучения пациентов с СД выделяется целевое финансирование, также запущены специальные образовательные программы.

Вместе с тем, качество медицинской помощи находится в прямой зависимости от осознанного отношения пациентов к своему здоровью, от наличия у них знаний природы заболевания и представлений о его возможных осложнениях. Врачи должны быть озабочены тем, насколько пациенты информированы о рисках последствий при отсутствии должного контроля гликемии и недостаточной компенсации сахарного диабета. Н.Г. Мокрешева обратила особое внимание на то, что качество помощи при диабете достигается только при наличии ответственности у самого пациента за лечение. Поскольку больной находится в контакте со своей проблемой 100% времени – логично его вооружить всем необходимым для осознанного управления своим заболеванием, при котором должен быть вполне индивидуальный принимаемый инсулинотерапией образ жизни. Так сложилось, что в 80% случаев врачи занимаются лечением уже осложненного сахарного диабета, что сопряжено с госпитализацией, достаточно большими затратами как по времени, так и в экономическом плане, с нагрузкой на государственный бюджет и, к сожалению, пока только в 20% случаев мы обходимся амбулаторными приемами, поскольку пациенты обращаются со значительным опозданием, когда патологические процессы в организме уже вошли в необратимую стадию. Вот почему так важно по каждому заболеванию и особенно по такому социально значимому, как сахарный диабет, сформировать предикторы – признаки, указывающие на возможность появления и развития патологического процесса, а также создать и повсеместно внедрить полноценную систему обнаружения ранних проявлений симптомно-предказательной болезни. Вот почему предиктивная и профилактическая медицина – это наше будущее, – подчеркнула Наталья Георгиевна Мокрешева.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии» Минздрава России.

В своем выступлении директор ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, заведующая кафедрой персонализированной и трансляционной медицины, член-корреспондент РАН Наталья Мокрешева проинформировала аудиторию о формировании в стране единой и комплексной системы оказания качественной медицинской помощи пациентам с сахарным диабетом.

Говоря о позитивных аспектах, наблюдаемых в Красноярском крае в отношении качества как всей медицинской, так и специализированной эндокринологической помощи населению региона, Наталья Георгиевна акцентировала внимание на оптимально выстроенной логистике и показательной маршрутизации пациентов с сахарным диабетом, что является адекватным отражением предпринимаемых усилий и точным выполнением указаний со стороны Министерства здравоохранения РФ, а также практического воплощением системных рекомендаций главного медицинского учреждения в области диагностики и лечения эндокринопатий в лице «НМИЦ эндокринологии». Речь идет о стандартизации и унификации оказания пациентам, всем гражданам России эндокринологической и диабетологической помощи, как в вопросах ранней диагностики

Продолжение на странице 3

Далее выступил член Общероссийской общественной организации инвалидов «Российская диабетическая ассоциация», директор Ассоциации помощи пациентам с сахарным диабетом Курской области «Диабет Лайф» Андрей Ковалев. Он рассказал, что пациентская организация больных сахарным диабетом создана в регионе матерями детей, страдающих СД 1, в 2017 году. Он высоко оценил усилия «НМИЦ эндокринологии», руководства Государственным научным центром в лечении и профилактике сахарного диабета, особенно в части обучения страдающих заболеванием людей и использованием всевозможных инструментов, включая телемедицину и занятия в онлайн-школах, которые стали, по словам Андрея Анатольевича, де-факто самыми настоящими медицинскими помощниками. Самым убедительным аргументом в борьбе с сахарным диабетом, по оценке лидера Курского областного сообщества пациентов с СД, является судьба отдельно взятого человека – если он преждевременно уходит из жизни от осложненного сахарного диабета, то это негативно сказывается буквально на всех – на семье и на врачах, на регионе и на стране в

целом. Поэтому акцент Натальи Георгиевны Мокрешевой на повышении ответственности каждого пациента за течение и исход заболевания – исключительно правильный и безальтернативный – и в этом направлении следует всем нам работать! Именно в таком тренде и действует «Диабет Лайф» Курской области – инициативно занимается скринингом, измерением сахара натошак, оценкой гликированного гемоглобина, сосредотачивая внимание самих людей на ранней диагностике и на предвестниках болезни, – подчеркнул А.А. Ковалев.

Дискуссии продолжил ректор ФГАОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России Олег Янушевич. Его доклад был посвящен государственным приоритетам в развитии кадрового потенциала в здравоохранении. Ректор РМАИППО Минздрава России Дмитрий Сычев отметил важность обучения вопросам качества в здравоохранении в рамках дополнительного профессионального образования. Генеральный директор АНО «Национальные приоритеты» Софья Маляева рассказала о брендинговании

в системе здравоохранения, как о важном элементе повышения качества оказания медицинской помощи и существенном факторе повышения вовлеченности пациентов в борьбу за свое здоровье.

Начальник Центральной дирекции здравоохранения – филиала ОАО «РЖД» «РЖД-Медицина» Елена Жидкова информировала присутствующих на сессии о структуре организации контроля и безопасности медицинской деятельности в компании ОАО «РЖД».

По окончании заседания руководитель Росздравнадзора объявила о начале ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России Олег Янушевич. Его доклад был посвящен государственным приоритетам в развитии кадрового потенциала в здравоохранении. Реакцию пациентов на предоставленную врачебную помощь помогут определить Всероссийское общественное движение «Волонтеры-медики» и студенты Российской Федерации, представители исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова. Итоги акции будут объявлены на Конференции Росздравнадзора

«Медицина и качество-2023» 6 декабря 2023 года.

Следует отметить, что на состоявшемся 1-2 декабря 2023 года под эгидой Министерства здравоохранения Российской Федерации и при организационной поддержке Фонда Росконгресс, в партнерстве с ФГБУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России Национальным конгрессе с международным участием «Национальное здравоохранение - 2023» деловая программа полностью соответствовала актуальной повестке в области устойчивого развития системы здравоохранения, ее адаптации к новым вызовам, роли здравоохранения как стратегического ресурса экономического роста государства. Двухдневная программа включала более 30 мероприятий в разных форматах. В дискуссии приняли участие руководители госструктур, крупнейших научных центров, учреждений и компаний в области здравоохранения, медицинские и смежных технологий, представители пациентских организаций, а также иностранные эксперты по различным профилям сферы здравоохранения. Директор «НМИЦ эндокринологии»

Минздрава России, член-корреспондент РАН Н.Г. Мокрешева выступила также на сессии, посвященной персонализированной медицине как современному тренду здравоохранения. На Конгрессе выработан ряд практических рекомендаций по государственной поддержке и внедрению в медицинскую практику инновационных разработок; цифровизации здравоохранения; популяризации здорового образа жизни; развитию отечественного производства препаратов крови и жизненно важных лекарственных средств; в областях инфекционной безопасности страны и подготовки медицинских кадров; по финансовой устойчивости системы здравоохранения. На площадке Международной выставки-форума «Россия» во время Конгресса вручены награды лучшим врачам и медицинским работникам со средним образованием, а также лучшим молодым преподавателям медицинских вузов. Завершили Конгресс авторской лекцией Министра здравоохранения Российской Федерации Михаила Альбертовича Мурашко на тему «Развитие здравоохранения в Российской Федерации: было, стало, будет».

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР НА ВЫСТАВКЕ ДОСТИЖЕНИЙ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
2 ФЕВРАЛЯ 2024
ДЕНЬ ЗДОРОВЬЯ

2 февраля с.г. в 51 павильоне ВДНХ на «Дне здоровья» в рамках Международной выставки-форума «Россия» в контексте отраслевых дней российской экономики, организованном Минздравом РФ, научный руководитель Института детской эндокринологии ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии», главный внештатный специалист детский эндокринолог Минздрава России Валентина Александровна Петеркова выступила с докладом по вопросу оказания медицинской помощи детям с эндокринными патологиями в труднодоступных районах страны.



Академик РАН В.А. Петеркова представила весь спектр возможностей, имеющихся в Российской Федерации, на получение детьми и подростками высококвалифицированной консультативной, диагностической и лечебной эндокринологической помощи. Особый акцент сделан на оказании помощи представителям детской популяции в труднодоступных районах страны.

В этом курсе для аудитории был раскрыт целый комплекс реализуемых «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России мероприятий, позво-

ляющих компенсировать дефицит внимания к маленьким пациентам со стороны специалистов из-за больших расстояний от мест их проживания до центров оказания профильной помощи. Заглавные строчки в этом перечне принадлежат дистанционному консультированию пациентов с сахарным диабетом с использованием информационных и телемедицинских технологий, дистанционные Школы для семей с СД 1 типа, а также информационно-образовательные ресурсы (например, сайт Российской диабетической ассоциации, телеграмм-канал «Нескучно о диабете», аккаунты ЭНЦ в социальных сетях и пр.). Не последнее место в числе приоритетов работы с детьми и подростками, нуждающимися в эндокринологической помощи, в труднодоступных регионах занимает очное обследование с полноценными диагностическим осмотром, полноценными консультациями специалистов, постановкой или уточнением клинического диагноза, назначением или коррекцией персонализированной инсулинотерапии. В данном контексте самым эффективным способом является формат выездов в регионы страны Мобильного диабет-центра (модульного типа на автомобильных платформах), известного как «Диадиобиль».

Только за один из предшествующих годов по линии «НМИЦ эндокринологии» осуществлено 80 целевых выездов, обследовано в детской популяции более 20 тысяч пациентов с диагнозом СД. Раскрывая направление образовательной и информационной поддержки семей и детей с СД 1 с помощью телемедицинских технологий, спикер проинформировала о проведении в 2020-2023 гг. 18 циклов обучения в формате вебинаров (всего – 140 сеансов), в которые были вовлечены 770 семей детей и подростков с СД 1 в самых различных

регионах РФ: от Вологды и Калуги до Крыма, Дагестана, Сахалина и Приморья.

Академик В.А. Петеркова отдельно остановилась на повышении квалификации врачей по специальности «Детская эндокринология» в формате проведения дистанционных курсов, а также в системе подготовки медицинских сестер для Школ СД 1 типа. В рамках подготовки кадров детских эндокринологов, по её оценке, хорошо зарекомендовал себя такой интерфейс, как Всероссийский проект телемедицинских семинаров (для повышения квалификации детских эндокринологов). Практический 5-ти месячный цикл включал в себя 40 лекций, а занятия проводятся исключительно по субботам, в промежутке времени с 12.00 до 14.00. К процессу обучения, в среднем, подключается до 800 врачей.

За прошлый год по направлению «Школа сахарного диабета» проведено 7 обучающих циклов в категории «подготовка обучателей» с вовлечением 194 специалистов (159 врачей и 35 медицинских сестер).

С большим интересом слушатели восприняли информацию о реализации в 2023 году проекта «Помощь детям с СД 1 в интернатных учреждениях».

Всего к нему подключились 25 школ-интернатов из 18 регионов страны (Архангельская область, Республика Башкортостан, Республика Бурятия, Вологодская область, Республика Карелия, Камаровская область, Кировская область, Красноярская область, Липецкая область, Московская область, Пермский край, Приморский край, Республика Саха (Якутия), Свердловская область, Ставропольский край, Республика Татарстан, Тамбовская область, Чувашская Республика). В течение 3-х месяцев в рамках 10 целевых визитов

было задействовано 25 детских эндокринологов. Непосредственно на местах к обследованию детей привлекались медицинские сотрудники и психологи интернатов, а также представители местных диабетических сообществ и взрослые волонтеры в статусе наставников.

Что касается активности и полученных в ходе их организации результатов, то из подтвержденных наблюдением целевой группы пациентов с сахарным диабетом 1 типа, оставшихся без опеки родителей, были обучены методике работы с такими детьми 100% задействованного в этом деле местного персонала (в категориях педагоги и медсестры). 88% детей приобрели навыки самоконтроля уровня гликемии, у 12% обнаружены серьезные сложности в обучении, обусловленные наличием когнитивных нарушений. Несколько детей впервые получили направление в летние оздоровительные лагеря, причем в специальные диабетические отряды, что является инновацией и важным достижением в плане социализации, а также создания комфортной среды для таких ребят. Некоторое количество обследованных детей и подростков были направлены в «НМИЦ эндокринологии» на плановую госпитализацию. Сделан ряд полезных обобщений для практического использования. Так, обращено внимание, что в интернатах в наличии разнообразное питание, но рекомендуемый для детей с СД рацион содержит излишние ограничения. Второй момент: при огромной трудовой занятости медицинского персонала, их график составлен таким образом, что они фактически круглые сутки задействованы в процессе обучения этих детей, что приводит в конечном итоге к эмоциональному выгоранию редких специалистов, при котором последние начинают воспринимать детей с СД уже без должной эмпатии, а какая-то часть из них просто увольняется, не выдержав сверхнапряжения. Еще одним наблюдением системного свойства является тот факт, что несмотря на наличие постоянной связи и взаимоотношений с родственниками ребят, по достижениям ими предельного возраста возникает определенный вакуум в курации таких пациентов, что не может остаться без внимания и требует разработки для каждого учреждения своей стратегии долгосрочной эффективной поддержки. Не может не радовать, что при реализации этого милосердного проекта, удалось нескольким детям вернуть родительскую опеку (в Екатеринбург и Санкт-Петербург).

В заключение академик РАН Валентина Петеркова призвала к более тесному сотрудничеству в осуществлении партнерских программ в области профилактики сахарного диабета, в вопросе популяризации диабетологических знаний. В этом отношении все средства хороши, начиная с публикации новостей по тематике сахарного диабета (например, по результатам исследований, разработки клинических рекомендаций и терапевтических методик, проведения мероприятий по профилю), распространения обучающей информации (в формате информационных сообщений через СМИ, тиражирования наглядных материалов, создания обучающих видеороликов и мультимедийных фильмов) и заканчивая психологическим консультированием и социальной ориентированной поддержкой (в том числе в форме дней открытых дверей, коллоквиумов, викторин, ответов на актуальные вопросы), а также проведении онлайн-трансляций с участием врачей-эндокринологов, диабетологов и медицинских психологов. В целом, требуют дальнейшего совершенствования механизмы влияния на процесс стабилизации ситуации с сахарным диабетом и ожирением в отношении детей и подростков, среди которых развитие имеющихся и создание новых специальных информационно-образовательных ресурсов представляется чрезвычайно важным делом. – подчеркнула Валентина Александровна Петеркова.

МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ

БОЛЬШЕ, ЧЕМ «ВСЕ ВКЛЮЧЕНО»: МЕДИЦИНСКИЙ ТУРИЗМ В НМИЦ ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Сегодня, когда ответственное отношение к здоровью становится обязательным маркером успеха, направление медицинского туризма приобретает все большую популярность. В рамках этого трека в центре «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России реализуется сотрудничество с обширным перечнем государств. На данный момент значительное количество пациентов и гостей прибывает из стран СНГ. Однако также у Центра есть постоянные пациенты из Италии, Израиля, Филиппин, Великобритании.



Зачастую пациенты приезжают «под конкретного врача». Причем это касается и зарубежных гостей, ведь специалисты центра участвуют в разработке европейских рекомендаций, поэтому их персоналии известны далеко за пределами Российской Федерации. За что же любят «НМИЦ эндокринологии»? Оксана Игоревна упомянула следующие конкурентные преимущества: эффективно настроены каналы коммуникации (доступность информации в интернете, скорость получения потенциальным пациентом обратной связи), сотрудничество с иностранными страховыми компаниями (заключено четыре договора) и наличие пансионата («Времена года») с прайсом немного ниже, чем в отелях близости. Говоря о каналах коммуникации отметим, что доступность прежде всего выражается в работе сервисов SEO-оптимизации. Также есть удобная и понятная версия сайта на английском языке, а время ответа на запрос составляет порядка одного рабочего дня, причем суббота и воскресенье – также рабочие дни. Такая эффективная коммуникация значительно отличает «НМИЦ эндокринологии» от других государственных медицинских учреждений. Почему иностранцы выбирают Центр? Помимо тех, кто едет «под врача», многие «сторонние» потенциальные пациенты становятся действующими из-за ряда операционных особенностей, описанных выше. Также специалисты Центра уже в переписке понимают, способны ли они оказать необходимый пул услуг. Говоря о выстраивании коммуникации с иностранцами, отметим также, что в карточках врачей указано, какими языками они владеют, так что еще на этапе планирования визита

иностранцы понимают, насколько комфортно им будет общаться с врачом. Также, для иностранных гостей в рамках информационной поддержки работает англоговорящий оператор колл-центра, если же оператора по каким-то причинам нет, у дежурного администратора есть скрипт на английском, с помощью которого он может поговорить с иностранцем. Для гостей, говорящих исключительно на иностранных языках, важным является и то, что при обследовании и процедурах можно как самостоятельную, так и воспользовавшись услугами индивидуального сопровождения пациента в Центре (госпитализация с сопровождением реализуется «с коэффициентом» х2). Отметим также, что в Центр прибывают гости не только с целью лечения – некоторые желают пройти обследование на предмет выявления заболеваний и превенции их в целом. Наблюдая спрос, недавно Центр специально создал программу «Чек-ап выходного дня», в рамках которой любой желающий может пройти различные обследования за пару дней. При этом даже если вы прилетаете с целью посмотреть Москву и остановившись не в отеле, а в пансионате, вы получаете уникальную возможность двойной выгоды: разместиться в комфортных условиях и стать пациентом Центра. Отметим, что во «Времена года» есть номера любой категории, в том числе – двухкомнатные апартаменты. Из дополнительных возможностей для клиентов доступны: кардиокомната, соляная пещера (составная часть превентивной терапии), услуги салона красоты, зал лечебной физической культуры, бесплатный WiFi. Таким образом, думается, «НМИЦ эндокринологии» создал все необходимые условия для комфортного лечения и отдыха в рамках столь популярного трека медицинского туризма. ■

ВСЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ КОМФОРТНОГО И СПОКОЙНОГО ЛЕЧЕНИЯ И ОТДЫХА ВДАЛИ ОТ ШУМА И СУЕТЫ БОЛЬШОГО ГОРОДА

Автор: студент МГИМО Свиридович Александр, стажер-практикант Пресс-службы «НМИЦ эндокринологии»

ЭКСПЕРТНЫЙ ЦЕНТР

КЛИНИЧЕСКИЕ ИСПЫТАНИЯ СНИМГ

ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России на постоянной основе проводит клинические испытания оборудования СНИМГ. Что же такое клинические испытания для приборов СНИМГ? Эти испытания являются одним из нескольких обязательных этапов для получения регистрационного удостоверения Министерством Здравоохранения РФ. Суть их заключается в сравнении заявленных характеристик продукта с реальными, а также выяснении определенных особенностей продукта на практике (user experience). Заявленные идут от производителя, а реальные – от того, кто проводит клинические испытания. Далее заявленные и полученные результаты сравниваются и, если эти цифры не превышают установленный регламент, то клинические испытания считаются проведенными успешно.

Важно понимать, что факт проведения клинических испытаний в «НМИЦ эндокринологии» показывает его репутацию и авторитетность на медицинской арене и в очередной раз доказывает, что «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России является ведущим центром, обладающим передовыми технологиями во многих сферах, в частности в области систем непрерывного мониторинга глюкозы. ■



Изображение с фрейм, автор: DC Studio

На настоящее время с развитием врожденного гипогонадотропного гипогонадизма связывают наличие вариантов замены в генах, которые отвечают за внутриутробную закладку, миграцию, созревание ГнРГ-секретирующих нейронов, а также генов, кодирующих секрецию ГнРГ, его рецептор и бета-субединицы гонадотропинов. ГнРГ-нейроны являются единственными нейронами центральной нервной системы, которые закладываются за ее пределами, а именно в обонятельной пластине. ГнРГ-нейроны закладываются совместно с олифакторными нейронами, затем аксоны олифакторных нейронов прорастают через решетчатую пластинку в передний мозг к обонятельной и луковиче. Часть аксонов, которые именуется «нулевым нервом», или nervus terminalis, достигает гипоталамуса. Вдоль нулевого нерва мигрируют ГнРГ-секретирующие нейроны. При нарушении закладки олифакторных нейронов, прорастания аксонов нулевого нерва, миграции и созреваания ГнРГ-нейронов, у пациента могут возникнуть сочетанные нарушения полового развития и обоняния. Сочетание нарушения восприятия запахов и гипогонадотропного гипогонадизма носит название синдрома Кальмана. Гипогонадотропный гипогонадизм без нарушений обоняния называется нормосмическим, развитие которого в большей степени связано с нарушением импульсного характера секреции гонадотропин-рилизинг-гормона. Тяжесть заболевания варьирует от бессимптомного носительства вариантной замены и «позднего пубертата» до тяжелых форм гипогонадизма с крипторхизмом и микропенией. В зависимости от клинической картины течения заболевания различают полные, неполные и реверсивные формы гипогонадизма. Полные формы диагностируются у мальчиков в возрасте 14 лет и старше с объемом гонад менее 4 мл по орхидометру Прадера, догубертатным уровнем тестостерона и гонадотропинов и отрицательным результатом пробы с аналогом ГнРГ. Неполные, они же парциальные, формы заболевания диагностируются при объеме гонад более 4 мл, положительном ответе на пробу, но в отсутствие прогрессии полового развития при наблюдении в динамике. В некоторых случаях частичная активация гипоталамо-гипофизарно-го-

надной системы является достаточной для поддержания фертильности, однако недостаточной для выраженной вирилизации. У таких пациентов формируются евнухоидные пропорции тела – развивается синдром фертильного евнуха. У девочек полные формы гипогонадотропного гипогонадизма проявляются отсутствием вторичных половых признаков и менструаций в возрасте 15 лет, а неполные – развитием вторичных половых признаков на фоне отсутствия менструаций. У таких пациенток может наблюдаться несколько эпизодов менструаций, однако впоследствии становления регулярной менструальной функции не наблюдается. Реверсивная форма гипогонадизма диагностируется при самостоятельной прогрессии полового развития на фоне регулярно получаемой терапии препаратами половых стероидов или, чаще, через 3-6 месяцев после отмены терапии. Также течение гипогонадизма встречается довольно часто: по данным литературы каждый 5-10 случай заболевания является реверсивным. Одной из возможных причин развития реверсивных форм являются влияние уровня половых гормонов на экспрессию генов, ассоциированных с работой гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы. Известно, что реверсивный гипогонадизм может быть ассоциирован с вариантными заменами в генах *KAL1, GNRHR, FGFR1, CHD7, PROKR, TAC3, TACR3, LHB*. Реверсивный гипогонадизм может развиваться как у женщин, так и у мужчин и встречается как среди пациентов с синдромом Кальмана, так среди пациентов с нормосмическим вариантом гипогонадизма, однако частота встречаемости при синдроме Кальмана выше. Предикторы развития неполных и реверсивных форм заболевания до сих пор неизвестны. Клинически реверсивная форма заболевания у лиц мужского пола проявляется увеличением объема гонад, повышением базальных уровней тестостерона и гонадотропинов, улучшением показателей спермограммы. В литературе описаны случаи естественного зачатия, которое наступило в период восстановления функции у пациента с реверсивной формой гипогонадотропного гипогонадизма. Однако восстановление репродуктивной функции не гарантирует пожизненное высокое уровня

Продолжение на странице 5

БИОБАНКИНГ

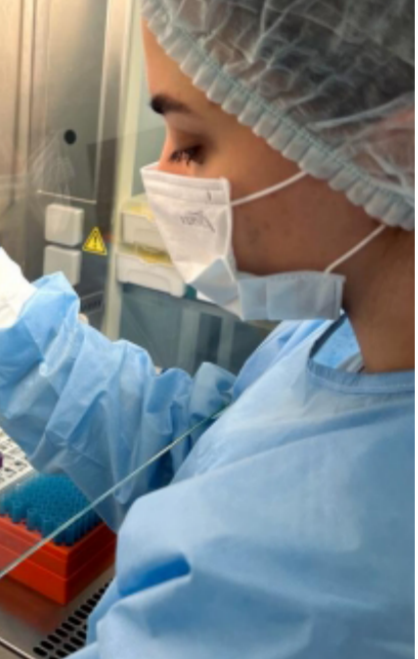
В НМИЦ ЭНДОКРИНОЛОГИИ СОЗДАН ЦЕНТР БИОБАНКИРОВАНИЯ ЭНДОКРИННЫХ ПАТОЛОГИЙ

В декабре 2023 года в Государственном научном центре Российской Федерации – ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России приступил к деятельности Центр биобанкирования эндокринных патологий (сокр. ЦБЭП), первый в нашей стране по профилю эндокринологии.

Решение создать в структуре Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии Минздрава России отдельное структурное подразделение не было спонтанным. Оно является практическим этапом в реализации стратегии развития медицинской науки в Российской Федерации в период до 2025 года, а также закономерным результатом организационного развития «НМИЦ эндокринологии», готовящегося к своему 100-летию, недавно отметил директор Центра, член-корреспондент РАН Наталья Мокрешева. Всероссийский Центр биобанкирования эндокринных патологий направлен не только на создание масштабных коллекций материалов пациентов с такими социально значимыми заболеваниями как сахарный диабет 1 и 2 типов, первичный гиперпаратиреоз, новообразования щитовидной железы и надпочечников, но и на объединение исследований в области эндокринологии в масштабе всей России. Функциональное направление биобанкинга действует в Эндокринологическом научном центре с 2016 года и способствует клинико-научным исследованиям в стране, позволяет вовлечь в жизнь масштабные проекты общенационального значения, во многом даже не имеющие мировых аналогов. Нами создана, без преувеличения, уникальная коллекция биоматериала абсолютно по всему спектру известных эндокринных заболеваний – от широко распространенных сахарного диабета и многоузлового коллоидного зоба, до редких (орфанных) наследственных.

Развернутая в «НМИЦ эндокринологии» система биобанкирования обеспечивает создание не только репрезентативных коллекций сыворотки и плазмы крови, но и редких тканевых образцов нейроэндокринных новообразований различного злокачественного потенциала. Всего за пять по-

следних лет нашими специалистами собрано около 50 тысяч аликвот биологических образцов, третья часть которых – кровь, а пятая – плазма. Значительная часть биоматериала накоплена в рамках текущих грантов и государственных заданий «НМИЦ эндокринологии» по осуществлению научно-поисковой деятельности. В совокупности они составляют фундаментальную основу для проведения текущих и будущих крупномасштабных исследований по фундаментальной и клинической эндокринологии. Огромный опыт клинической практи-



ки и большой объем научных исследований в нашем Центре предопределили необходимость биобанкирования, расширение коллекций биологических материалов в интересах оптимизации научно-исследовательской работы, а также стали драйвером

тренней секреции на разных стадиях развития патологических процессов, причем с полным информационным сопровождением, что послужило обеспечению научно-исследовательской работы. Особо следует отметить безусловное соблюдение в биобанкирова-

нии этических и юридических норм, – рассказывает руководитель ЦБЭП ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук Екатерина Бондаренко. Большое внимание в Центре биобанкирования эндокринных патологий уделено взаимодействию с клиническими и межведомственными подразделениями, с целью создания системы клинко-аналитических, генетических и патоморфологических данных. Этими проблемами занимается взаимодействующее с Центром биобанкирования подразделение – отдел эпидемиологии эндокринопатий, задачами которого являются контроль распространенности заболевания, оценка характера течения и прогноз исходов эндокринопатий на основе единой системы учета эндокринных заболеваний и унифицированных принципов клинко-эпидемиологического мониторинга – отмечает руководитель отдела эпидемиологии, доктор медицинских наук Ольга Викулова. Созданные и активно функционирующие регистры «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России: сахарного диабета, первичного гиперпаратиреоза, гипопаратиреоза, опухолей гипоталамо-гипофизарной области, а также детских орфанных нозологий (врожденного гиперинсулинизма, синдрома преждевременного полового развития, низкорослости, врожденной дисфункции коры надпочечников) – это надежный источник для пополнения Биобанка, база его роста. Оснащенный специальным оборудованием, Биобанк позволяет длительно, безопасно и надежно сохранять образцы крови и тканей пациентов, находящихся под наблюдением как непосредственно в «НМИЦ эндокринологии» Минздрава, так и в границах всей Эндокринологической службы России. Для обеспечения нужд клинической практики, текущих и будущих научных исследований в настоящее время в Биобанке в составе различных коллекций размещено более 14 000 образцов крови и более 900 образцов тканей различных эндокринных органов. Каждая нозология обладает своими индивидуальными особенностями, учитываемыми как при создании, так и при хранении коллекций тканевых образцов. Особенно специфичными являются условия биобанкинга опухолей эндокринной системы.

Создание и функционирование Центра биобанкирования способствуют развитию в Эндокринологическом научном центре омиксных технологий, успешному внедрению их в медицинскую практику, что в полной мере отвечает современным требованиям к персонализированной медицине, в авангарде внедрения которой в Российской Федерации идет «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России. Наличие Биобанка, в котором хранятся несколько десятков тысяч биологических образцов, обеспечивает достоверность проводимых исследований по самым различным направлениям, включая молекулярно-генетическую диагностику, метаболомные и протеомные исследования. Среди услуг, предоставляемых Центром биобанкирования эндокринных патологий, следует особенно выделить такие, как: • Биобанкирование – сбор, аликвотирование и криохранилище биообразцов; • Автоматическое и ручное выделение нуклеиновых кислот (ДНК и РНК) из различного биологического материала; • NGS-секвенирование (next-generation sequencing, в переводе – «секвенирование следующего поколения») генома человека и других организмов, экзема человека, транскриптома (мРНК и микроРНК); • ПЦР-анализ (PCR, RT-PCR, электрофорез); • Протеомика (в том числе проведение и детекция 1D и 2D белковых гелей и вестернов, масс-спектрометрия для осуществления поисковых и работ по количественным исследованиям, работа с рекомбинантными белками, их наработка на ферментах, очистка белков на хроматографе); • Ведение баз данных и сопроводительные коллекции биообразцов. Создание в «НМИЦ эндокринологии» в последнее время ряда ноу-хау стало также возможным именно благодаря биобанкингу. Это – метод одномоментной диссоциации и фиксации клеток замороженных тканей человека для scRNA-seq – ACME и адаптированные протоколы ферментативной диссоциации с последующей фиксацией и размером различных тканей, в том числе поджелудочной железы, мозгового слоя надпочечника, гипофиза, щитовидной железы. ■

Авторы: заведующий детским отделением опухолей эндокринной системы ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, детский эндокринолог, к.м.н. Игорь Сергеевич Чугунов и детский эндокринолог, детского консультативно-диагностического отделения ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России Кокорева Кристина Дмитриевна

ДЕТСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

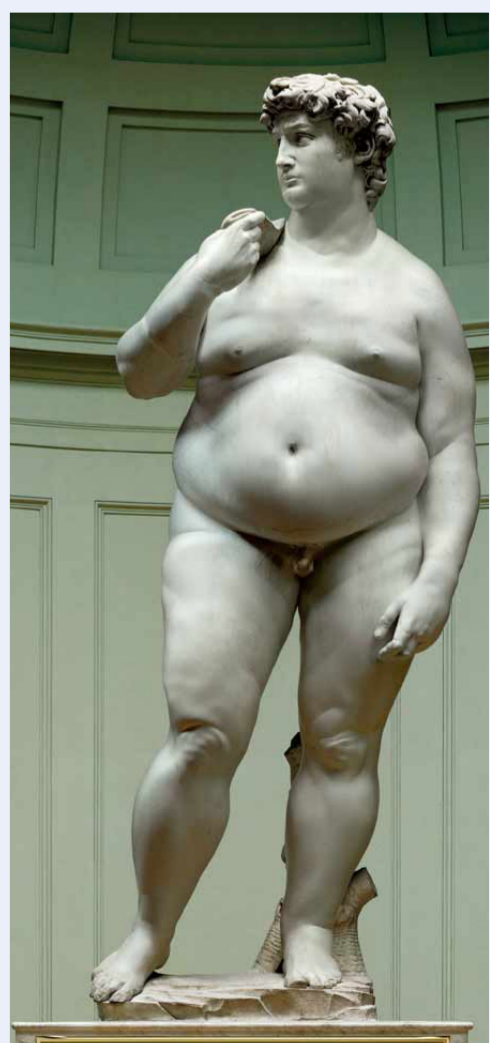
Реверсивное течение у подростков гипогонадотропного гипогонадизма

Гипогонадотропный гипогонадизм – это группа заболеваний, причиной которых является нарушение секреции гонадотропин-рилизинг-гормона (ГнРГ) и/или гонадотропинов при неповрежденных гонадах. Различают врожденный и приобретенный гипогонадизм. Приобретенные формы гипогонадотропного гипогонадизма встречаются гораздо чаще. Причиной их развития чаще всего являются объемные образования хиазмально-селлярной области, такие как краниофарингиомы, глиомы, аденомы гипофиза. Врожденные формы гипогонадотропного гипогонадизма встречаются с частотой 1:400-10 000 новорожденных мальчиков, среди девочек гипогонадотропный гипогонадизм встречается до 4-10 раз реже.

Половых гормонов и поддержания фертильности, поэтому часто таким пациентам в течение жизни проводится терапия тестостероном или андроген – стимулирующими препаратами гонадотропинов. Мы наблюдали пациента с реверсивной формой гипогонадизма. Пациент С.Ж., в возрасте 14 лет 5 месяцев впервые обратился к эндокринологу с жалобами на задержку полового развития. Жалоб на нарушения обоняния не предъявлял. По данным физического осмотра при обращении: рост 160,8 см (-0,38 SD), вес 50 кг, SDS IMT 0,17. При оценке сегментов отмечалось формирование диспропорции сегментов тела: верхний сегмент 80,6 см (-1,79 SD), нижний сегмент 80,2 см (0,46 SD). Стадия полового развития по классификации Таннера – 2 (G2P2), объем яичек составлял 3 мл. В гормональном профиле отмечались догубертатные уровни ЛГ (0,5 Ед/л), ФСГ (1,1 Ед/л), ингибин В (23,2 пг/мл), тестостерона (0,7 нмоль/л). На пробе с аналогом ГнРГ максимальный уровень ЛГ – 7,3 Ед/л. Молекулярно-генетическое исследование не выявило патогенных вариантных замен. С целью индукции пубертата было проведено 6 инъекций по 125 мг смеси эфирных тестостерона. Через 3 месяца отмечалось увеличение объема яичек до 4 мл. В гормональном профиле наблюдалось повышение базального уровня ЛГ до 1,3 Ед/л. Была повторно проведена проба с аналогом ГнРГ:

максимальный уровень ЛГ 12,2 Ед/л. Подъем уровня ЛГ > 10 Ед/л на пробе с аналогом ГнРГ, увеличение объема яичек с 3 до 4 мл после 6 инъекций тестостерона свидетельствовали об индукции полового развития. Был установлен диагноз «конституциональная задержка пубертата», рекомендовано динамическое наблюдение без терапии. Через 4 месяца в возрасте 15 лет 7 месяцев при физикальном осмотре не отмечалось дальнейшего увеличения объема яичек. В гормональном профиле уровень тестостерона – 0,8 нмоль/л. С учетом отсутствия самостоятельной прогрессии полового развития диагноз был изменен на «гипогонадотропный гипогонадизм» и была индукция полового развития эфирными тестостерона в прежней дозе (125 мг) на постоянной основе 1 раз в 28 дней. В 16,6 лет наблюдалось увеличение уровня ЛГ до 2,6 Ед/л, что было расценено как самостоятельная активация гипоталамо-гипофизарно-гонадной оси на фоне терапии тестостероном и проявление реверсивного течения гипогонадизма, в связи с чем проведена пробная отмена терапии. Через 3 месяца после отмены препаратов уровень тестостерона в крови – 1,1 нмоль/л, уровни ЛГ и ФСГ повторно снизились: 0,3 Ед/л и 0,8 Ед/л, соответственно. Терапия эфирными тестостерона была индуктирована вновь в дозе 250 мг 1 раз в 28 дней, которую пациент получал до возраста 17,7 лет.

В 17,7 лет пациент самостоятельно отменил терапию. На фоне 10-месячной отмены терапии наблюдалось уменьшение объема яичек до 2 мл и догубертатные уровни тестостерона и гонадотропинов. Был окончательно установлен диагноз «Гипогонадотропный гипогонадизм. Реверсивное течение» и возобновлена терапия эфирными тестостерона. В дальнейшем пациент был переведен на тестостерона ундеканат. Данный клинический случай демонстрирует реверсивное течение гипогонадотропного гипогонадизма, о чем свидетельствуют динамика максимального уровня ЛГ на пробе с аналогом ГнРГ (с 7,3 до 12,2 Ед/л) и увеличение объема яичек до пубертатного после 6 инъекций тестостерона. Таким образом, пациентам с гипогонадотропным гипогонадизмом, находящимся на терапии препаратами половых стероидов, необходимо оценивать объем гонад и базальный уровень гонадотропинов в динамике для своевременной диагностики реверсивной формы заболевания. Пациентов также стоит информировать о возможности реверсивного течения гипогонадизма и методах ее диагностики. Возможность возвращения к терапии при «угасании» репродуктивной функции с течением времени требует наблюдения за такими пациентами в течение длительного периода времени. ■



ТЕХНОЛОГИЯ БУДУЩЕГО ИЛИ КОГДА УКОЛЫ НЕ НУЖНЫ



Как известно, для эффективного лечения пациентов с сахарным диабетом очень важен динамический контроль заболевания. Внедряемая сегодня технология непрерывного (суточного) мониторинга глюкозы для пациентов с диабетом первого типа позволит лечащему врачу на основе фактической информации о характере изменений уровня сахара в течении суток выявить тенденции отклонений, вовремя оценить риск возможного прогрессирования заболевания, предупредить появление осложнений, назначить правильную тактику лечения и скорректировать инсулинотерапию.



НМГ – это метод и технология непрерывного мониторинга (контроля) глюкозы путем измерения ее уровня в межклеточной жидкости с помощью устанавливаемых подкожно датчиков/сенсоров. Система НМГ используется в tandem с инсулиновой помпой, катетер которой крепится к передней стенке живота, ноге или руке — это зависит от личных предпочтений пациента. Она постоянно находится на теле и обеспечивает круглосуточную подачу инсулина, чтобы контролировать показатели гликемии. Помпа связана с беспроводным датчиком непрерывного мониторинга глюкозы, который клеится на руку таким образом, что под кожу проникает мини-электрод. Считываемые электрохимическим способом данные об уровне глюкозы отображаются на дисплее инсулиновой помпы и подключаемого устройства (к примеру, айфона с соответствующим мобильным приложением)

и соотносно с поступающими сведениями портативная электроника регулирует подачу инсулина по катетеру. Также стоит отметить, что данные, получаемые с помощью датчика, автоматически направляются в базу сведений лечащему врачу. Директор ГНЦ РФ ФГБУ «НИИЦ эндокринологии» Минздрава России, заведующая кафедрой персонализированной и трансляционной медицины Института высшего образования, член-корреспондент РАН Наталья Георгиевна Мокрышева, предоставила информацию об эффективности такого подхода телепрограмме «НЕ-Фантастика», отметила: «Не только пациент определяет, когда он хочет или может обратиться за медицинской помощью, но и медицинские работники своевременно и проактивно на основании объективных данных мониторинга принимают решение о способе

тех или иных факторов, например, гигиенических процедур, рациона питания, физических нагрузок, эмоциональных стрессов, получаемой терапии.

Отметим, что в отношении детей и подростков в возрасте до 18 лет применение СНМГ должно осуществляться строго под контролем родителей или законных представителей ребенка. В случае использования системы ФМГ второго поколения (флеш-мониторинга глюкозы) у детей, начиная с 13 лет, участие взрослого не требуется.

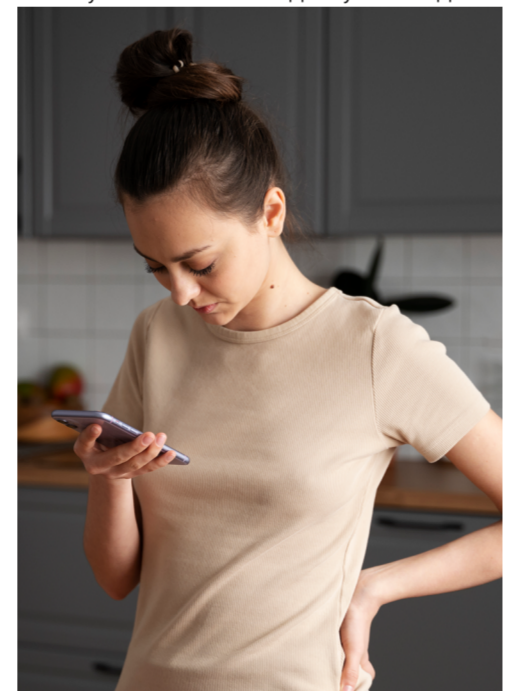
По словам доктора медицинских наук Н.Г. Мокрышевой, через 30-40 лет пациенту с выявленным диабетом будет жить намного легче: инсулиновые помпы кардинально меняют качество жизни у людей с диабетом первого типа.

Существует опасение, что ношение датчика может мешать пациентам вести их привычный образ жизни. Однако это в корне не так. Как показывает практика, такие пациенты с легкостью занимаются плаванием, другими видами спорта и банными процедурами, свободно путешествуют, не имея особых обременений. К примеру, допускается погружение датчика и сенсора с трансмиттером в воду. Правда, ограничения все же есть: погружение в воду не должно быть на глубину более 1 метра и не более чем на 30 минут. Однако, для среднестатистического человека в рамках обычного образа жизни это не станет какой-либо критичной проблемой.

Очень важно, что система НМГ безопасна для использования во время полета. Перед проверкой на безопасность в аэропорту нужно только уведомить сотрудников о наличии данного устройства. Можно сканировать датчик смартфоном, переведенным в авиарежим (если это не запрещено правилами авиаперевозчика), и свободно проходить через рамки металлодетектора. Вместе с тем, следует избегать сканирования всего тела в аэропортах, запросив у сервисных служб иной вариант досмотра.

При визите к врачу, во время которого возможно воздействие сильного магнитного или электромагнитного излучения – например при рентгенографии, МРТ (магнитно-резонансной томографии) или КТ (компьютерной томографии), необходимо снять датчик и установить новый сразу после диагностических мероприятий. Что касается оценки влияния такого рода процедур на рабочие характеристики ФМГ, то до настоящего времени подобные исследования не проводились.

Таким образом, думается, что система непрерывного мониторинга глюкозы – технология, которая при массовом распространении, сможет коренным образом изменить будущее. А первые и очень уверенные шаги к этому мы можем наблюдать уже сегодня.



Изображение с flickr



МИРНЫЙ АТОМ В БЕЛОМ ХАЛАТЕ

Мир преисполнен колоссальных усилий специалистов самого разного профиля, чтобы создать людям комфортную среду – в труде и на отдыхе, в быту и на профессиональном поприще.



Находясь в местах массового скопления людей – будь то аэропорт или торговый центр, промышленная корпорация или поликлиника, редко кто-нибудь задумывается, какой за этим организованным порядком скрывается объем предварительной проведенной работы? Наш материал о том, что остается за кадром при лечении пациентов с эндокринными заболеваниями с помощью технологий ядерной медицины. Многопрофильный медицинский центр, каковым является Государственный научный центр Российской Федерации ФГБУ «НИИЦ эндокринологии» Минздрава России – старейшее в стране учреждение, оказывающее медицинскую помощь в случаях нарушения в деятельности желез внутренней секреции. Нередко нарушение связано с процессом образования опухолей, в том числе злокачественных. В таких ситуациях на помощь приходит ядерная медицина – компетенция отделения радионуклидной терапии и диагностики (ОРНДТ), успешно реализуемая в этом медицинском учреждении и главном в России по диагностике и лечению известных и малоизвестных, даже редчайших заболеваний эндокринных органов.

На примере деятельности Института онкоэндокринологии, одного из семи, входящих в структуру «НИИЦ эндокринологии», покажем, какое количество профессионалов самых разных специальностей задействовано в том, чтобы пациент амбулаторно или стационарно мог пройти максимально быстрый, качественный и, главное, эффективный курс лечения заболевания с применением радиофармацевтических лекарственных препаратов.

Начнем с того, что для пациента весь подготовительный процесс и сама процедура проходит именно «за кадром». Часто сеанс за сеансом принимающий радионуклидную терапию человек даже не подозревает, что вокруг него находится в буквальном смысле «мини-город». Не красного слова ради, всё действительно обстоит урбанистически. В Институте онкоэндокринологии, сердцевину которого и составляет ОРНДТ, находится много разных помещений, у которых строго определены функции. Вот комната синтеза радиофармацевтических лекарственных препаратов, о ней подробно поговорим позже, а вот центр видеонаблюдения, откуда врачи-диспетчеры круглосуточно анализируют состояние пациентов. Святая святых – собственно, помещение службы радиационной безопасности, здесь медицинские физики, специалисты по радиационной безопасности, по системам хранения радиоактивных отходов непрерывно контролируют радиационную обстановку, объемы образования радиоактивных отходов, разрабатывают передовые способы снижения рисков облучения населения. «В нашем отделении работает самая настоящая мультидисциплинарная команда, – поделилась заведующая отделением радионуклидной терапии «НИИЦ эндокринологии», кандидат медицинских наук Марина Сергеевна Шеремета. – В нашем сыгранном ядерно-медицинском оркестре всё как по нотам и у каждого собственная партия: радиологи, эндокринологи, онкологи, медицинские физики, рентгенологи, радиохимики, иммунологи и гинекологи... Список можно продолжить. И все синхронно – любой рбд рассматривается как нечто из ряда...», – улыбается серьезными глазами доктор Шеремета. Наблюдать за этим оркестром – на-

два в одном – диагностика и терапия. Атом исцеляющий способен творить два дела сразу: один и тот же радиофармпрепарат, йод-131 – он и визуализирует патологическую ткань, он же и облучает её, подавляя коварное действие вредоносных клеток. Ну и, конечно, специальное оборудование – гамма-камеры, лабораторное оборудование, радиационно-защитные шкафы много всяких супер-приборов, способных направлять радиацию на оздоровительные цели. Содружество специалистов и высокотехнологичной техники позволяет творить чудеса: в «НИИЦ эндокринологии» более 93% пациентов успешно избегают от заболеваний щитовидной железы. Интересным является то, что с момента попадания в стационар и до полного прохождения курса пациент в прямом смысле этого слова становится радиоактивным. Принимая радиоактивный йод (йод-131), человек и сам становится источником ионизирующего (гамма) излучения, хоть и в относительно небольших количествах. Но с того самого момента, когда он принимает радиофармпрепарат с хорошо просчитанной терапевтической дозировкой, пациент уже не вправе покидать палату, которая тоже часть этой хорошо защищенной инфраструктуры, находящейся под контролем, снабжением лекарствами и продуктами.

И если с продуктами все примерно понятно, то на лекарствах стоит остановиться подробнее. Важно понимать, что, когда мы говорим о лекарствах в отделении радионуклидной терапии, то речь идет не об аспирине или аскорбиновой кислоте, которые можно купить в разношерстная команда профессионалов действует в одной парадигме – персонализированной медицине, ядерной медицины, а еще принято говорить – тараностике. Это когда



исходя из персональных особенностей конкретного пациента, чтобы стать безопасным для его приема. В отделении радионуклидной терапии и диагностики существует «готовых» лекарств. Математические формулы, современное оборудование, первоклассные специалисты – уже отработанный минимум для подготовки качественного персонализированного препарата. Следует сказать, что для каждого клинического случая – свой критерий эффективности лечения или дозировка диагностического радиофармпрепарата. Имеет также значение каждый технологический этап: например, такая важная деталь – подготовка препарата до полного усвоения его в организме должно пройти не более 6 часов. Напомним, речь идет об очень специфическом виде лекарства, которое, при несоблюдении нужных пропорций и порядка подготовки препарата, может быть неэффективным или даже навредить пациенту. Если же говорить о радиофармпрепаратах, которые требуют введения синтеза «на месте», то здесь процесс еще сложнее. В этом случае закупается отдельно фар-

мацевитическая субстанция с радионуклидом, целевая молекула или ее составные части и смешиваются на месте. Однако здесь появляется еще один момент, с которым активно борются при подготовке этого типа препаратов – примеси. Как известно всем, в мире не бывает ничего идеального. На бумаге формулы зачастую выглядят так: вещество А + вещество В = вещество С. В жизни всё немного по-другому. При смешивании лекарств мы зачастую видим следующий результат: вещество А + вещество В = вещество С + вещество А + вещество В. Последние два компонента – это примесь, которая почти всегда остается в препарате.

Проблема состоит в том, что эта примесь довольно пагубно влияет на пациента. Отделение должно гарантировать, что в цепочке от производителя до специалиста, который подготавливает субстанцию для введения, не было допущено ошибки.

«Особенно важным является вопрос контроля качества», – отмечает радиохимик отделения радионуклидной терапии и диагностики Кирилл Фролов. У каждого препарата есть свой собственный метод контроля качества. Существует такое понятие, как «химическая чистота препарата». Высчитывается она следующим образом: 100% - (минус) процент примесей в препарате. Большинство требует 95% чистоты, однако есть те, у которых этот показатель должен быть выше. Теперь, располагая всеми вводными, можно понять, с каким сложным и трудоемким процессом сталкиваются сотрудники отделения радионуклидной терапии и диагностики каждый день. В их работе сочетается скорость, качество и колоссальная ответственность, ведь любое

неправильное действие может заставить конкретного человека стать инвалидом. Помимо важности человеческой жизни, стоит также упомянуть о репутации учреждения. Каждое неточное действие специалистов, занятых в диагностических и терапевтических процедурах с использованием радиофармпрепаратов, потенциально вредит облику Центра. Так что вопрос качества и безопасности, радиационной безопасности в том числе – два главных правила, два основных условия профессиональной деятельности. К слову, рекламаций в этом отношении к «НИИЦ эндокринологии» никогда не поступало, инцидентов не было в силу того, что создана многоуровневая система эффективного применения радионуклидных методов диагностики и лечения. По мнению пациентовского сообщества, с отдельными представителями которого у автора этого материала состоялась экспертная интервью, Отделение радионуклидной терапии и диагностики «Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии» Минздрава России располагает репутацией одного из лучших медицинских учреждений ядерной медицины, чьи компетенции и релевантный опыт говорят сами за себя. А то, что остается за кадром для всякого, кто сюда поступает на лечение, думается полезно знать и по достоинству оценивать.

БОРЬБА С ОЖИРЕНИЕМ

Материал подготовлен для газеты «ИЗВЕСТИЯ» (корр. Евгения Бородина) при участии экспертов Государственного научного центра Российской Федерации «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России

БОЛЕЗНЬ ВЕКА

Ожирение уже назвали болезнью века. Врачи бьют тревогу: этот недуг — одна из наиболее значимых проблем медицины. В наборе лишнего веса специалисты винят, в частности, культ еды и технический прогресс, способствующий гиподинамии. В каких случаях за любовью к сладостям маскируются психические заболевания и почему избавиться от ожирения нельзя с помощью диет.



ЛЕЖАЧИЙ КАМЕНЬ

К факторам, определяющим развитие ожирения, относятся психологические и поведенческие (питание, недостаточная физическая активность, алкоголь, курение, стресс); демографические (пол, возраст, этническая принадлежность); социально-экономические, а также наследственная предрасположенность. Об этом рассказала эндокринолог, акушер-гинеколог, ведущий научный сотрудник Института репродуктивной медицины «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук Екатерина Шереметьева. — Главную причину развития и прогрессирования избыточного веса и ожирения ученые видят в нарушении энергетического баланса между потребляемыми и расходующимися калориями. Это связано с высококалорийным питанием, нарушением пищевого поведения, увеличением размеров порций. При этом в такой еде зачастую повышено содержание жиров и сахаров, но мало витаминов, минералов и других микроэлементов, — рассказывает Екатерина Шереметьева. Многие исследователи полагают, что сидячая работа, пассивный отдых, передвижение в автомобиле и возрастающая урбанизация значительно способствовали распространению ожирения в последние 30 лет.

Детский эндокринолог, старший научный сотрудник детского отделения тиреоидологии, репродуктивного и соматического развития Института детской эндокринологии «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России Павел Окорочков также обращает внимание на нездоровый образ жизни, связанный с избыточным или нерациональным питанием и низкой двигательной активностью. — Психологические или поведенческие проблемы (сниженный фон настроения, депрессии, использование еды в качестве антистресса или награды, нежелание заниматься спортом и др.) тоже зачастую являются триггером, приводящим к развитию нарушений пищевого поведения и гиподинамии. И только в редких случаях первопричиной набора веса являются заболевания эндокринной системы, — поясняет Павел Окорочков.

ПИЩЕВОЙ НЕВРОЗ

Психиатр, психотерапевт консультативно-диагностического центра «НМИЦ эндокринологии», кандидат медицинских наук Татьяна Зеленкова-Захарчук связывает

хроническое накопление жировой ткани и увеличение массы тела с неправильными пищевыми привычками, усвоенными или укоренившимися с раннего детства. Проблем с лишним весом не избежать в семьях, где царит культ еды, например сладостями поощряют за достижения. Иногда отправной точкой для хронического набора веса служит психическая травма, с которой человек, даже вырастая, не способен справиться самостоятельно. Пищевой невроз невозможно контролировать, подчеркивает эксперт. — Нарушение приема пищи происходит не всегда осознанно — чаще всего люди не способны ему противостоять. Под влиянием переживаний и стресса формируется непреодолимое желание съесть большой объем пищи, чем требуется. При этом человек не чувствует насыщения, а вскоре после того как поел, испытывает ложный голод — острый и непреодолимый, — комментирует Татьяна Зеленкова-Захарчук. Вместо того чтобы учиться принимать неприятные ситуации и стараться приспособиться к жизненным обстоятельствам, люди начинают «заедать» проблемы, спасаясь от невыносимых, как им кажется, переживаний и страданий. Ожирение, которое человек зарабатывает подобным образом, можно назвать психогенным. Его симптоматику относят к области невротического поведения. Только квалифицированные специалисты способны вернуть человеку утраченную стрессоустойчивость, избавить его от сопутствующих неврозов и помочь вырваться из замкнутого круга «стресс — еда — жировой избыток — стресс — еда».

— В формировании реакции на стресс участвуют также нейростероиды — гормоны, синтезирующиеся в головном мозге и влияющие на функционирование нервной системы. Им отводится основная роль в развитии психосоматических и психических расстройств. Если их функция нарушается, то в головном мозге запускаются патологические процессы, приводящие к аддиктивному (зависимому) пищевому поведению. И тогда чрезмерная еда заменяет человеку потребность в релаксации и успокоении, — разъясняет Татьяна Зеленкова-Захарчук. Эксперт обращает внимание на то, что синдромы переедания часто сочетаются с психическими расстройствами. Например, при гедоническом переедании у человека наблюдается непреодолимое желание поглотить пищу, чтобы продлить наслаждение и растануть удовольствие. Это может сигнализировать о так называемом анге-

донии — неспособности испытывать радость и удовольствие в обычной жизни. А при перманентном переедании человек делает перекос просто тогда, когда ему нечем заняться, пребывая при этом в состоянии неосознанной апатии. Синдром вечернего переедания, сопровождающийся депрессивным расстройством, может быть следствием нарушения циркадных ритмов (биологических часов). Эксперт предостерегает: за расстройством пищевого поведения часто маскируются серьезные психические патологии, причем примерно в 30% случаев пациенты даже не осознают, что с ними что-то не так. Их бодрость и позитивный настрой могут вводить в заблуждение даже врачей. Такие больные не жалуются на плохое настроение, потому что оперативно избавляются от негативных эмоций с помощью еды. По словам психиатра, в 35% случаев расстройством пищевого поведения сочетается с другими навязчивыми и неконтролируемыми потребностями — склонностью к злоупотреблению алкоголем, игромании, шопингомании, кредитомании. Эти аддикции обязательно учитываются врачами, иначе после лечения они «придут на смену» перееданию.

ВРЕДНЫЕ ДИЕТЫ

По словам Екатерины Шереметьевой, ожирение рано или поздно приведет к развитию целого ряда патологических состояний. К ним относятся, в частности, все виды нарушений углеводного обмена, сердечно-сосудистые заболевания, патологии органов желудочно-кишечного тракта; болезни опорно-двигательной и дыхательной системы; онкологические заболевания, репродуктивные нарушения, хронические болезни почек. Эксперт называет ожирение самым мощным фактором риска развития сахарного диабета второго типа. До 90% людей с таким диагнозом страдают от избыточного веса. Следовательно, надо вовремя браться за себя, но для этого существуют свои правила. — Любые изменения в питании следует вводить постепенно. Не нужно сразу отказываться от всех вредных продуктов. Последовательно убирают из рациона сначала одни, потом другие виды пищи. Не надо прибегать к низкокалорийным диетам или монодиетам (фруктовые, арбузные, кефирные и др.), так как они приводят к срывам и последующему рикошетному набору веса, — предостерегает Павел Окорочков. По словам эксперта, резкое ограничение в

питании значительно повышает аппетит и приводит к снижению обмена веществ, что также не способствует похудению. Екатерина Шереметьева считает, что в случае с ожирением речь идет не о диете, а об изменении пищевых привычек. Делается это под наблюдением врачей. Важно вести дневник питания, выполняя ежедневные домашние задания, чтобы не сойти с дистанции. — Нельзя начинать «новую жизнь» «с понедельника» — нужно брать за дело, не откладывая на потом. Для начала необходимо исключить из пищевого рациона 3–4 самых высококалорийных продукта, прежде всего богатых насыщенными жирами. Далее ступенчато осуществляется переход к системе питания, которая сформирована для конкретного человека, — рассказывает эндокринолог. — Нельзя начинать «новую жизнь» «с понедельника» — нужно брать за дело, не откладывая на потом. Для начала необходимо исключить из пищевого рациона 3–4 самых высококалорийных продукта, прежде всего богатых насыщенными жирами. Далее ступенчато осуществляется переход к системе питания, которая сформирована для конкретного человека, — рассказывает эндокринолог.

Врач советует постепенно увеличивать длительность приема пищи. Дело в том, что сигнал об утолении голода поступает в мозг только через 10–20 минут после начала еды. Нельзя есть во время просмотра телевизора и чтения; никаких перекусов на ходу, в спешке, в экстремальных ситуациях. На этапе исцеления специалисты помогают человеку выбирать способы психической релаксации, благодаря которым он перестанет заедать стресс. Это физические нагрузки, аутогенная тренировка, музыка, вязание, прогулки, расслабляющий душ и т.д.

СПОРТ ДЛЯ СНИЖЕНИЯ ВЕСА

Однако парадокс в том, что количество полных людей увеличивается, даже несмотря на то что, согласно данным Росстата, всё больше людей занимается спортом. По словам Павла Окорочкова, сам факт наличия регулярной физической активности не гарантирует снижения веса, так как в случае системного переедания ни одна физическая нагрузка не способна компенсировать большое количество съеденных калорий. Поэтому бороться с лишней массой следует комплексно — сочетая тренировки с работой над патологическими пищевыми привычками. — Физические нагрузки способствуют повышению чувствительности тканей к инсулину и снижают уровень гликемии у лиц с нарушениями углеводного обмена. Регулярные тренировки увеличивают количество скелетной мускулатуры, что очень важно для профилактики саркопениеческого ожирения, связанного с потерей мышечной массы в процессе похудения, — рассказывает Окорочков. ■

БОРЬБА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЕ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ СООБЩЕСТВА РОССИИ ПОДВЕЛИ ИТОГИ И НАМЕТИЛИ ЗАДАЧИ НА 2024 ГОД В БОРЬБЕ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

В последние дни уходящего года в Государственном научном центре Российской Федерации ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России состоялось двухдневное совещание в формате видеоконференции-связи с субъектами Российской Федерации, посвященное подведению итогов реализации мероприятий Федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом».



В совещании приняли участие: руководство и ведущие специалисты Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии Минздрава России, главные внештатные специалисты эндокринологи и детские эндокринологи федеральных округов, руководители региональных эндокринологических центров, представители терапевтического сообщества страны, специалисты по медицинской профилактике субъектов РФ и федеральных округов. Подняты актуальные вопросы лекарственного обеспечения пациентов с сахарным

диабетом в 2023 году, организации «Школ для пациентов с СД» и подготовки специалистов по терапевтическому обучению больных сахарным диабетом. Особое внимание было уделено выстраиванию единой системы диспансерного наблюдения за пациентами с СД, включая оценку уровня гликированного гемоглобина, формирование единой системы маршрутизации пациентов с синдромом диабетической стопы и диабетической ретинопатии, организации подготовки кадров в регионах России в рамках Федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом».

БОРЬБЕ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ — ФЕДЕРАЛЬНУЮ ЗАКОНОДАТЕЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ



22 февраля 2024 года на площадке Комитета по охране здоровья Государственной Думы Федерального собрания Российской Федерации состоялось рабочее совещание на тему «Финансирование Федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом». Лекарственное обеспечение».

Модератором совещания выступил депутат Государственной Думы VIII созыва, председатель Комитета по охране здоровья Бадма Башанкаев. Дискуссия состоялась по целому ряду вопросов, имеющих принципиальное значение для реализации Федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом» (ФП СД), как ключевого инструмента достижения продолжительности жизни для данной категории граждан в 78 и более лет. В частности, представлено финансово-экономическое обоснование лекарственного обеспечения и достижения КПЭ по снижению смертности и инвалидизации трудоспособного населения; дана оценка потребности субъектов Федерации в инновационной сахароснижающей лекарственной терапии пациентов с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений; раскрыты методология и основы маршрутизации лекарственного обеспечения пациентов с СД 2 с высоким риском сердечно-сосудистых осложнений; обсуждена текущая ситуация с доступностью лекарственной терапии инновационными сахароснижающими препаратами с доказанным кардиопротективным эффектом.

В ходе заседания с докладом выступила директор Государственного научного центра ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, член-корреспондент РАН Наталья Мокрешева. В своем выступлении Наталья Георгиевна поделилась результатами выполнения Федеральной целевой программы «Сахарный диабет» в 1996–2012 гг., разработанных Национальным медицинским исследовательским центром эндокринологии опытом в диагностике и лечении этого социально-значимого заболевания, называемого «неинфекционной пандемией XXI века», а также имеющимися перспективами в связи с реализацией в нашей стране Федерального проекта «Борьба с сахарным диабетом» в 2023–2030 гг. Участникам совещания были представлены основные предпосылки, приведшие к возобно-

влению в Российской Федерации комплексной общенациональной программы оказания специализированной медицинской помощи гражданам с сахарным диабетом, обозначены ключевые достижения прошлых лет и сформулированы проблемы, возникшие в последнее десятилетие по причине снижения внимания со стороны государства к данному жизнеугрожающему заболеванию. Было подчеркнуто, что в период с 1996 по 2012 гг. программно-целевая деятельность в области сахарного диабета позволила нашей стране занять III-е место по борьбе с неинфекционными заболеваниями (в т.ч. с СД), создать полноценную Эндокринологическую службу Российской Федерации, включившую в себя 71 диабетологический центр (в субъектах Федерации), 195 кабинетов диабетической стопы, более 120 кабинетов офтальмолога с возможностью лазерной коагуляции сетчатки, развернутую общенациональную сеть (всего — 1120) школ для пациентов с СД. Одним из существенных достижений ФЦП 1996–2012 гг. является создание и ведение национального регистра больных с сахарным диабетом, что позволяет держать в постоянном поле зрения каждого человека, страдающего этим заболеванием, контролировать его течение и проводить своевременную коррекцию терапии, а также предупреждать тяжелые осложнения. Спустя десятилетие, в силу ослабления внимания к данной проблеме, произошли негативные изменения, которые стали усугубляющими факторами: кабинеты диабетической стопы и ретинопатии перестали удовлетворять предъявляемым требованиям по их оснащению современным оборудованием, а в большинстве регионов они и вовсе перестали существовать; из-за отсутствия подготовленных специалистов в целевого финансирования прекратилось функционирование многих Школ для больных с СД. Произошел значительный отток врачей-эндокринологов из первичного (амбулаторного) звена.

«Гли» сделала ряд важных акцентов, требующих в том числе принятия дополнительных усилий в исполнительском и законодательном звеньях, а именно: требуется создание единой системы маршрутизации пациентов (от федерально-аккурских пунктов до региональных эндокринологических центров (РЭЦ)), выстраивание четкой и ресурсно-обеспеченной системы диспансерного наблюдения за пациентами с нарушениями углеводного обмена и сахарным диабетом. Наталья Георгиевна представила разработанную в «НМИЦ эндокринологии» вертикально-интегрированную модель организации Эндокринологической службы в Российской Федерации, проиллюстрировала то, как осуществляется организационно-методическая поддержка субъектов РФ по внедрению единых (централизованных) требований к построению общенациональной маршрутизации пациентов с СД в регионах страны в 2024 и последующих годах.

С большим интересом были выслушаны предложения в части, касающейся диспансерного наблюдения пациентов с СД без наличия у них осложнений — эта категория является серьезным резервом в предотвращении инвалидизации и снижении смертности пациентов с СД, обеспечении приемлемого качества жизни и ее фактическим продлением. В диспансеризационный пакет включены такие опции, как обязательный осмотр офтальмологом, консультация врача-эндокринолога и электрокардиографическое исследование сердца не реже одного раза в год, индивидуальная лабораторная диагностика — в частности, ежеквартальный анализ крови на гликированный гемоглобин, ежегодная оценка скорости клубочковой фильтрации и концентрации альбумина в моче.

Наталья Георгиевна Мокрешева рассказала коллегам, что в 2023 году в направлении реализации профильного Федерального проекта проделана большая и ошутливая работа, увенчавшаяся не только огромным массивом мероприятий, но и вполне измеримыми результатами. В 36 субъектах РФ, вошедших в пилотную группу, созданы/или реорганизованы с учетом последних требований РЭЦ, школы для пациентов с сахарным диабетом, открыты проектные офисы по созданию новых школ для пациентов с СД, а на уровне «НМИЦ эндокринологии» подготовлена большая группа медицинских специалистов в категории «Обучатель в Школе СД», а также отлажена маршрутизация пациентов с СД. Проекты региональных программ «Борьба с сахарным диабетом», информационно-образовательные мероприятия по подготовке и повышению квалификации кадров, методики расчета показателей Федерального проекта, оснащение медицинских организаций необходимым оборудованием (например, анализаторами гликированного гемоглобина) — все это и многое другое было организовано силами специалистов «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России. — Национальный медицинский исследовательский центр эндокринологии, как головное учреждение в области диабетологической помощи, не собирает снижать обороты, — подчеркнула Наталья Мокрешева. — У нас большие планы на 2024 год. Запланировано развертывание остальных региональных эндокринологических центров, организация функционирования муниципальных эндокринологических центров и Школ для пациентов с СД, вовлечение в занятия и постоянного наблюдения в них профильных пациентов. Намечен ряд образовательных форматов, направленных на повышение квалификации медицинских работников, выстраивание систем маршрутизации и диспансерного наблюдения, утверждение методик расчета и мониторинга показателей Федерального проекта в ходе его реализации.

Участие в столь значимом совещании приняла заместитель Министра здравоохранения РФ Евгения Камкин, президент Российской диабетической ассоциации доктор медицинских наук Гагик Галстян, президент Лиги пациентов пациентов Александр Саверский, председатель Всероссийского Союза пациентов Юрий Жулес. ■

АУТОИММУННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ



ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Evgeny NASONOV

Выступая на Форуме будущих технологий 13-14 февраля 2024 г. в секции «Биотехнологии для диагностики и лечения аутоиммунных заболеваний», директор Государственного научного центра ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, член-корреспондент РАН Наталья Мокришева отметила, что наибольшее внимание врачей сегодня приковано к до- и субклинической стадиям аутоиммунных заболеваний, на которых еще потенциально возможно прогнозирование их развития и – что наиболее важно – их профилактика. К примеру, на доклинической стадии, используя технологию типирования генов гистосовместимости человека (HLA) можно определить индивидуальную предрасположенность к аутоиммунным заболеваниям. Такие маркеры, в частности, разрабатываются в «НМИЦ эндокринологии». Важно понимать, что на субклинической стадии, когда уже происходит разрушение ткани, но функция органа еще не пол-

ностью утрачена, потенциально можно назначить иммунотерапию и сохранить собственную секрецию эндокринных желез. Переход заболевания в полную клиническую стадию уже необратим, поэтому основным методом его лечения является заместительная терапия. Однако, к примеру, на сегодняшний день применение различных препаратов на доклинической стадии сахарного диабета 1 типа не способно полностью остановить аутоиммунный процесс, а лишь откладывает дебют заболевания. Не менее интересны передовые разработки в онкоэндокринологии. В частности, использование вирусных векторов может «починить» клетку, внося в нее копию «здорового» гена или транспортировать внутрь токсический агент для подавления опухолевого роста. Также на сегодняшний день можно модифицировать опухолевые клетки, сделав их «видимыми» для собственного иммунитета. ■

ГЕНЕТИКА И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ



В «НМИЦ ЭНДОКРИНОЛОГИИ» СОСТОЯЛСЯ ЭКСПЕРТНЫЙ ДИАЛОГ ПО НАБЛЮДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЕННОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ

В Государственном научном центре РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России состоялся «круглый стол», посвященный проблеме нарушений формирования пола у детей и подростков.

Мероприятие касалось специалистов, в первую очередь, детских эндокринологов и педиатров, а также взрослых эндокринологов, генетиков, организаторов здравоохранения и врачей общей практики. Открывая дискуссию, научный руководитель Института детской эндокринологии «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России, главный внештатный специалист детский эндокринолог, академик РАН Валентина Александровна Петеркова отметила, что проблема врожденной патологии полового развития (ВПР) объединила врачей различных специальностей – педиатров и генетиков, эндокринологов и детских хирургов, урологов, гинекологов и психологов, чтобы вместе и

последовательно решить ряд приоритетных задач, направленных на выбор половой принадлежности, психологическую и социальную адаптацию в установленном поле, реализацию пубертата, осуществление прогноза репродуктивной функции, а также по профилактике и лечению infertility. Данная встреча экспертов – очередной этап в разработке и практической реализации системы междисциплинарного наблюдения пациентов с ВПР, направленной на раннее выявление патологии репродуктивной системы и осуществление прогноза фертильности. Ее лейтмотивом стали определенные оценки, разработанные на экспертном уровне и продвигаемые в системе государствен-

ного регулирования сложного, чувствительного, но крайне важного вопроса о доступности и качестве медицинской помощи (вмешательства) в отношении смены пола человека для детей и подростков, и которых существуют соответствующие заболевания, такие как врожденная дисфункция коры надпочечников, нарушения биосинтеза и действия тестостерона и другие. В рамках «круглого стола» специалистами были рассмотрены доклады о механизмах формирования пола у детей и подростков, классификации нарушений формирования пола, освещены вопросы феминизирующих и маскулинизирующих операций при нарушениях формирования пола. Среди спикеров – ведущие специалисты Института

детской эндокринологии «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России: заведующая отделением наследственных заболеваний и эндокринопатий детского возраста к.м.н. Анна Колодкина, ведущий научный сотрудник отделения тиреологической, репродуктивной и соматического развития, к.м.н. Наталья Калининко, детский хирург, к.м.н. Александр Анкиев, заведующий детским хирургическим отделением, к.м.н. Дмитрий Бровин. Также были разобраны уникальные клинические случаи пациентов с врожденной дисфункцией коры надпочечников, нарушением биосинтеза и действия тестостерона. С большим интересом были восприняты доклады заведующих отделениями – к.м.н. Игоря Чугунова и к.м.н. Анны Колодкиной. Отмечено, что благодаря реализации мультидисциплинарного и персонализированного подходов в «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России обеспечивается объективность и полнота оценки ситуации в отношении каждого отдельного взятого пациента, вырабатываются приемлемые с медицинской точки зрения и социально значимые лечебные, профилактические и реабилитационные решения. Финальным аккордом экспертного «круглого стола» стал концептуально-практический доклад директора Института детской эндокринологии ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России доктора медицинских наук Ольги Безлепкиной, касающийся медицинско-правовых аспектов ведения пациентов в Российской Федерации с врожденной патологией полового развития. Была представлена система аргументов, предельно подробно поддержанных на федеральном государственном уровне, касающихся легитимности оказания специализированной медицинской помощи лицам с врожденными аномалиями или пороками полового развития. Принципиальными моментами здесь являются недопущение действия субъективного фактора и принятие обоснованного решения исключительно по медицинским показаниям после глубокого и всестороннего обследования и на основании заключения уполномоченной Минздравом РФ врачебной комиссии. ■

РАЗНОЕ

ВРУЧЕНА ПЯТАЯ МЕДАЛЬ А.Ю. МАЙОРОВА



Пятая российская медаль за «50 мужественных лет с сахарным диабетом» им. А.Ю. Майорова вручена липчанину Геннадию Гасюку. Наградил пациента, прожившего 58 лет с диабетом, Президент Российской Диабетической Ассоциации Гагик Радикович Галстян. Геннадий Михайлович с радостью принял награду и книгу для пациентов с сахарным диабетом под редакцией А.Ю. Майорова и выразил надежду на компенсацию заболевания с помощью обучения и самоконтроля сахарного диабета. ■

ТАЛАНТЫ СРЕДИ НАС



Жизнь сотрудников ГНЦ РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России насыщена не только плодотворной работой, но и творческой деятельностью. Так, 13 января в Гостином дворе состоялся ежегодный IV Музыкальный фестиваль авторской песни «Покровский собор», в котором малоизвестные исполнители могли представить свое дарование и заявить о себе на центральной площадке города Москвы. Одновременно, в рамках музыкального Фестиваля проходил Поэтический конкурс, организованный Российским союзом писателей и порталом Стихи.ру. Диплом участника поэтического конкурса получила работница «НМИЦ эндокринологии» секретарь-референт НИИ «Персонализированной медицины», учениц

и поэт, член Российского союза писателей (РСП) – Вера Анатольевна Тимофейчева. Вера Анатольевна зачитала два своих уникальных произведения, написанных по мотивам картин известных художников И.И. Шишкина «Рожь» и И.И. Левитана «Июньский день». Отметим, что поэзия – одно из некоторых увлечений Веры Анатольевны. В феврале 2024 года Большое жюри РСП номинировало В.А. Тимофейчеву на соискание национальной литературной премии «Поэт года 2023» и приняло решение 21 марта во Всемирный день поэзии наградить в Концертном зале Правительства г. Москвы юбилейной медалью «М. Лермонтов 210 лет». В поэтическом портфолио Веры Анатольевны это уже шестая медаль, которая ежегодно вручается выдающимся номинатам – поэтам за вклад в развитие русской культуры и литературы. ■

НАВСТРЕЧУ 100-ЛЕТИЮ ЭНЦ



Екатерина Алексеевна Васюкова (1952-1965)

Заслуженный деятель науки РСФСР, доктор медицинских наук, профессор Екатерина Алексеевна Васюкова возглавляла Всесоюзный Институт экспериментальной эндокринологии (ВИЭЭ) с 1952 г. на протяжении свыше 10 лет. В это время на базе Института была создана проблемная комиссия Союзного значения «Физиология и патология эндокринной системы», организованы интенсивная подготовка ординаторов и аспирантов, тематические курсы усовершенствования для врачей, проводились научные исследования по актуальным проблемам эндокринологии.

Е.А. Васюкова родилась 18 ноября 1905 г. в селе Вертуновка Серебряного района Саратовской области. В 1930 г. окончила 2-й Московский государственный медицинский университет. С 1930 по 1932 гг. проходила обучение в клинической ординатуре в Городской клинической больнице №1. Дальнейшая ее работа была связана с Государственным институтом экспериментальной эндокринологии Наркомздрава РСФСР (ГИЭЭ), который в 1934 г. был передан в систему Наркомздрава СССР и получил название Всесоюзного Института экспериментальной эндокринологии (ВИЭЭ), ныне ГНЦ-ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России. Екатерина Алексеевна прошла в этих стенах путь от научного сотрудника до директора института. Она возглавляла его с 1952 по 1965 гг. Начиная с 1965 по 1981 гг. Е.А. Васюкова возглавляла кафедру эндокринологии ЦИУ (ЦОЛИУВ), в настоящее время ГОУ ДПО РМАПО. По сути ею была создана новая школа подготовки врачей в системе последипломного профессионального образования, которая получила широкую известность в Советском Союзе и за рубежом. Защитив диссертацию в 1945 г. и став доктором медицинских наук, Е.А. Васюкова продолжила дальнейшее изучение эндокринной патологии. Основными направлениями научных исследований были методы диагностики и лечения сахарного диабета, болезни Иценко-Кушинга, заболеваний щитовидной железы, аномалий полового развития. Несмотря на значительную административную нагрузку, Екатерина Алексеевна большое внимание уде-

ляла учебному процессу. Ее высокопрофессиональные лекции и клинические разборы привлекали медицинских специалистов из Москвы и других городов, а проводимые семинарские занятия и разборы наиболее интересных и тяжелых случаев заболеваний учили врачей формировать клиниче-

ский при гипоталамо-гипофизарных заболеваниях. Исследования показали, что секреция тропных гормонов гипофиза регулируется рилизинг-факторами, синтезирующимися определенными участками гипоталамуса. Важным открытием оказалось, что этиология многих эндокринных син-



Васюкова Е.А. на прогулке по Москве с врачами института слева Балахова МИ и Скляник А.Я., справа Шутипова Н.В. 1949 год.

ское мышление. Обычно в эти моменты лекционный зал был заполнен до отказа. Следует отметить, что на лекции и клинические разборы приходили не только эндокринологи, но и врачи других специальностей – терапевты, кардиологи, которые также находили для себя и своей профессиональной деятельности полезную информацию. Е.А. Васюковой, ее коллегами и учениками впервые в СССР были изучены вопросы гормональных взаимоотно-

рующим фактором СД 2 типа, что послужило поводом к выработке профилактических и лечебных мероприятий по борьбе с ожирением. Екатерина Алексеевна особое внимание уделяла вопросам ранней диагностики СД, в том числе унификации диагностических методов, позволяющей использовать международные единые критерии в диагностике патологии углеводного обмена. В виде основного диагностического метода было предложено избрать исследование гликемической кривой после пероральной нагрузки 50 г глюкозы. При активном участии и под руководством Е.А. Васюковой были изучены патогенетические аспекты развития СД и его осложнений, особенности его течения у пожилых; внедрены принципы рационального питания (принцип соответствия энергетических затрат организма количеству калорий, поступающих с пищей), что получило отражение в соответствующих монографиях; разработаны алгоритмы неотложной медицинской помощи при эндокринных заболеваниях, в том числе при кетоацидотической и гипогликемической комах. Под руководством профессора Е.А. Васюковой впервые в стране были детально изучены вопросы взаимоотношения гормонов при гипоталамо-гипофизарных заболеваниях, таких как болезнь Иценко-Кушинга и акромегалия. Е.А. Васюкова принимала активное участие в международных исследованиях, подготовке специалистов высшей категории для других стран: Болгарии, Северной Кореи, Монголии, Доминиканской Республики, Боливии, Никарагуа, Венгрии, Польши и др. Кафедра эндокринологии ЦИУ, возглавляемая профессором Е.А. Васюковой, стала своего рода базой Фармкомитета Минздрава СССР, которой доверяли проведение клинических исследований по апробации и внедрению в клиническую практику новых лекарственных препаратов для лечения эндокринных заболеваний, разработанных ведущими мировыми компаниями. По результатам научных исследований кафедры регулярно проводились Международные симпозиумы, посвященные современным вопросам патогенеза, диагностики и лечения эндокринных заболеваний. Екатерина Алексеевна Васюкова наилучшим образом соединяла в себе таланты выдающегося эндокринолога и эрудированного педагога. Ее научное наследие содержит более 200 работ, в том числе 14 монографий, сборников и алгоритмов по эндокринологии. Под ее руководством защищено около 20 докторских и свыше 60 кандидатских диссертаций. На протяжении всей своей научной и организаторской деятельности профессор Е.А. Васюкова вела большую общественную, научную и лечебную работу. С 1952 по 1970 гг. она была главным редактором газеты «Медицинский работник». С 1960 г. – консультантом 4-го Главного управления при Минздраве СССР. За заслуги перед страной она награждена орденами Ленина, Октябрьской Революции, Дружбы народов, двумя орденами Трудового Красного Знамени, многими медалями. Е.А. Васюкова умерла в 1986 г. ■

ЗОЛОТОЙ ВЕК РОССИЙСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ

Часть восьмая

г. Москва, Воронцовская улица, Лавров переулок

В прежних семи выпусках нашей газеты за 2022-20123 годы размещены в хронологическом порядке выдержки из фондов Государственного архива Российской Федерации, свидетельствующие о создании и развитии в нашей стране в 20-х годах XX столетия головного медицинского учреждения в области фундаментальной и клинической эндокринологии – Государственного научного центра РФ ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России. Предлагаем вашему вниманию очередную публикацию под авторством руководителя пресс-службы «НМИЦ эндокринологии», сопредседателя пресс-клуба «ГОРМОНИЯ», кандидата социологических наук Александра Ужанова.

1 декабря 1935 года на очередном (пятом) заседании Эндокринного комитета Ученого Медицинского Совета Наркомздрава РСФСР (присутствовали – В.Д. Шервинский, М.Н. Шатерников, Н.А. Шерешевский, О.А. Степун, С.М. Катковский, К.Д. Саргин) было заслушано сообщение Государственного института экспериментальной эндокринологии о новом стандартном препарате инсулина по причине израсходования запасов старого. Работа проведена в два приема, так как продажный инсулин, из которого этот препарат готовится, поступил в разные сроки от завода «Фармакон», «Вохимфарма» и Фабрики эндокринных препаратов. Полученные обычным путем препараты были подвергнуты длительной стандартизации. Проведен сравнительный анализ со старым стандартным препаратом и оригинальным международным стандартным препаратом. Всего получено около 3 грамм хлоридрата инсулина активностью 6 ед в 1 мг и около 1,5 грамма хлоридрата инсулина активностью 7,5 ед в 1 мг. Отмечено, что ГИЭЭ имеет возможность снабжать производящие и контролирующиеся учреждения стандартным препаратом инсулина. Основными потребителями стандартного препарата инсулина, кроме ГИЭЭ, являлись на тот период завод «Фармакон» в Ленинграде, Всеукраинский эндокринологический институт в Харькове и его отделения в Киеве и Одессе. Эндокринный комитет постановил – апробировать изготовленные ГИЭЭ препараты в качестве советских стандартных препаратов инсулина и поручить ГИЭЭ отпустить нужные количества препарата перечисленным выше учреждениям. Отпуск по отдельным требованиям предложено осуществлять по согласованию с Эндокринным комитетом. На этом же заседании по информации В.Д. Шервинского о недостатке в аптеках ходоных органопрепаратов, в том числе производимых Институтом нейро-психиатрической профилактики лизатов, было принято решение указать Главному аптечному управлению Наркомздрава на необходимость иметь в Москве одну или несколько аптек, всегда снабженных полным ассортиментом всей линейки органопрепаратов. Обращено внимание на то, что даже вырабатываемые в достаточном количестве препараты распределяются между отдельными аптеками, в результате чего больные в их поиске вынуждены обходить целый ряд аптек. Был также поднят вопрос о сезонной диспропорции (выражение современное – ред.) в производстве инсулина. Выступивший К.Д. Саргин подтвердил высокую степень очистки в фармэндокринной промышленности последних серий инсулина, но указал, что зимой производители в связи с лучшим качеством и большим объемом сырья имеют возможность выпускать больше инсулина. В летние же месяцы по-прежнему наблюдается недо-выработка инсулина. Отметив достижения Фабрики эндокринных препаратов по выпуску высокоочищенного инсулина (активность 40 ед и выше в 1 мг) и при выполнении годовой программы, члены Эндокринного комитета указали снабжающим эндокринную промышленность организациям на необходимость равномерной поставки поджелудочной железы во все времена года, так как выработка инсулина в противном случае происходит крайне неравномерно (четвертый квартал даёт больше половины всей годовой продукции). /ГА РФ, Фонд А-482, оп.25, Д.995, лл.9, 9об, 107/

28 декабря 1935 года на заседании Эндокринного комитета, на котором присутствовали В.Д.

Шервинский, В.И. Скворцов, Н.А. Шерешевский, Ф.В. Иванов, В.И. Молчанов, С.Б. Катковский, А.С. Алуф, К.Д. Саргин, утвердили список препаратов импортного производства (Англии, США, Германии) для экспериментальной и клинической проверки (всего – 10: препараты коры надпочечника, препараты против злокачественного малокровия, препарат околотитовидных желез, препараты задней и передней доли гипофиза). Проведенная проверка в ГИЭЭ произведенных в 1935 году препаратов показала, что качество инсулина значительно улучшилось: поступившие из промышленности препараты в большинстве серий удовлетворяла требованиям или отклонялась от них незначительно. Отмечено, что в течение года не поступило на испытания ни одной серии тиреоидина (ни в сухом, ни в жидком виде), все семь серий панкреина оказались неактивными, значительное число серий пролана-сырца при очистке потеряли активность. Неудачи в производстве панкреина объяснены неудачными попытками использования для производства данного препарата сырья из поджелудочной железы крупного рогатого скота. Задержки в выпуске антидиабетического обоняны необходимы опитировать животных вне Москвы (на Северном Кавказе). Выступивший на заседании директор ГИЭЭ Н.А. Шерешевский подчеркнул, что препараты фармаэндокринной промышленности дают прекрасный терапевтический эффект, особенно инсулин и паратиреоин. Отказы в действии некоторых препаратов, в частности, препарата овариального гормона, объясняются неправильно поставленным диагнозом и необоснованными надеждами на получение действия там, где его быть не может. /ГА РФ, Фонд А-482, оп.25, Д.995, лл.11, 11об, 12/

8 января 1936 года в Центральном комитете Всесоюзной коммунистической партии большевиков под председательством Бориса Исаевича Шворина (1897- ; был главным врачом Северного морского пути, в июне 1933 года был освобожден от работы члена коллегии Наркомздрава РСФСР в связи с переходом на другую работу – заведующим сектором научных учреждений по естественнанию и медицине отдела науки, научно-технических изобретений и открытий ЦК ВКП(б)) состоялось совещание по вопросу об Институте обмена веществ и эндокринных расстройств. Поводом к совещанию была полемика, развернутая в газете «Правда» вокруг Института, возглавляемого И.Н. Казаковым (Игнатий Николаевич Казаков (1891-1938), советский врач и ученый, приговорен в ходе процесса антисоветского «право-троцкистского блока» за участие в контрреволюционной антисоветской организации к высшей мере наказания; ему вменялось в вину умерщвление (совместно с доктором медицинских наук Львом Левинским) председателя ОГПУ Вячеслава Менжинского) по приказу Генриха Ягоды; в феврале 1938 года реабилитирован – ред.) вокруг его методов, применяемых в лизатотерапии. В газетных публикациях подняты вопросы эффективности лизатов, неудовлетворительного состояния клиники Института, отсутствия отбора по показаниям и противопоказаниям, уровня изучения биохимических свойств лизатов, низкой эффективности лабораторной работы Института, засекречивания. Кроме того, в редакции газеты «Правда» с

5 декабря 1935 года находилось письмо от группы больных, проходивших повторный курс лечения в Государственном научно-исследовательском институте обмена веществ и эндокринных расстройств, адресованное в ЦК ВКП(б) И.В. Сталину, Совнарком СССР В.М. Молотову, ЦИК СССР М.И. Калинину, Наркомздрав РСФСР Г.Н. Каминскому (всего – 21 фамилия). Председательствующий подчеркнул, что «для аппарата ЦК бесспорен вопрос о том, что лизаты должны изучаться, потому что ими сейчас занимается вся мировая литература, мировые ученые – покойный Видаль, Жольтран во Франции, Абдергальдеп в Германии, Миагава – крупнейший теоретик в Японии. У нас занимался лизатами покойный Тушнов (Михаил Павлович Тушнов (1879-1935) – русский физиолог, академик ВАСХНИЛ, в начале 1920-х годов предположил, что можно добиться омоложения организма препаратами из продуктов распада внутриклеточных белков. Он экспериментировал на животных и людях и подтверждал: лизаты оказывают стимулирующее воздействие на органы и организм в целом. Его теория впервые публично была изложена в докладе «Новый способ омоложения организмов» в Государственном институте для усовершенствования врачей в Казани 1 ноября 1926 года. В конце 1920-х – начале 1930-х лизатотерапия приобрела широкую известность в СССР – ред.). На совещании выступил директор ГИЭЭ Н.А. Шерешевский и заявил, что его статья в «Правде» и в «Известиях» в 1932 году является результатом 3-летнего изучения деятельности И.Н. Казакова, как врача. Научные установки Игнатия Николаевича ошибочны, а все его построения методов лечения преобразования внутренних органов и эндокринной системы являются совершенно неправильными. Далее Шерешевский отметил, что в его клинике и поликлинике Института экспериментальной эндокринологии с пропускной способностью около 600 человек в сутки встречается очень большой процент тех больных, которые пользовались лечением в Институте Казакова. Выступающий (в том числе О.А. Степун) подвергли осуждению необоснованные заявления И.Н. Казакова относительно 10 процентов населения страны (около 15 млн), страдающих Базедовой болезнью и сомнительности эффективности применения лизато-терапии в ее лечении, скороспешность выводов об излечении лизатами без должного клинического наблюдения отдаленных результатов терапии. Был приведен пример, как в ГИЭЭ обратилась дочь одного из торгпредов СССР за рубежом больная Я. В состоянии «замертво» после лечения у Казакова и ее потом оперировал доктор Николаев. В дискуссии по вопросу о состоятельности теории и практики И.Н. Казакова принимал участие Карл Янович Бауман (1892-1937; на тот момент заведующий Отделом научно-технических изобретений и открытий ЦК ВКП(б) и планово-финансово-торговым Отделом ЦК ВКП(б)), который увидел во взаимоотношениях Н.А. Шерешевского и И.Н. Казакова некий конфликт интересов и неустраиваемый антагонизм. Выступивший от Института обмена веществ и эндокринных расстройств Газенко интерпретировал позицию представителей ГИЭЭ, трактующих клинический опыт И.Н. Казакова как некую «казаковщину», как крайнюю и мрачную пессимистическую. «Охаивая теорию и практику доктора Казакова, сравнивая ее с черной магией и знахарством, – подчеркнул Газенко, – а самого доктора Казакова с Иоанном Кронштадским, профессора Шерешевский и Степун, видимо, решили игнорировать и своих ученых коллег, которые 6 лет назад высказались за теорию и практику лечения лизатами по методу доктора Казакова». /ГА РФ, фонд 482, оп.28, д.69, лл. 1, 2, 2об, 3, 3об, 4, 14, 14об, 30, 75/

10 января 1936 года в Наркомате здравоохранения РСФСР состоялось совещание с участием работников Управления научно-исследовательских институтов (УНИ) и членов Ученого Медицинского совета Наркомата здравоохранения по вопросу об Институте обмена веществ и эн-

докринных расстройств и лизатотерапии. Председательствующим на совещании был начальник УНИ Христиан Георгиевич Раковский. В разговоре участвовали: один из создателей советской неврологической школы, глава делегации СССР на 2-м Международном неврологическом конгрессе 1935 года в Лондоне, главный врач больницы 4-го Главного управления Министерства здравоохранения СССР (Кремлёвской больницы) академик Михаил Борисович Кроль (1879-1939), советский физиолог и нейростолог, заведующий отделами нормальной физиологии Института клинической физиологии АН УССР (1936-1943) и биофизики Института экспериментальной биологии и патологии Минздрава УССР (1936-1941), академик Академии наук УССР (1929) Александр Васильевич Леонтович (1869-1943), исполняющий обязанности директора Государственного научно-исследовательского института стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им. Тарасевича Владимир Маркович Донец (1888-?; осужден в сентябре 1941 года Военным трибуналом Московского военного округа на 8 лет за участие в антисоветской правотроцкистской организации и вредительство), профессор Н.В. Кольцов, И.Н. Казаков, профессор И.П. Разенков, учёный-медик в области физиологии и патологии, академик Академии наук СССР (1939) и Академии медицинских наук СССР (1944) профессор Алексей Дмитриевич Сперанский (1888-1961; в 1923—1928 годах ассистент И.П. Павлова), советский биохимик и физиолог, профессор Лина Соломоновна Штерн (1875-1968, первая женщина – действительный член Академии наук СССР в 1939г.), О.А. Степун, Г.П. Сахаров, Д. Российский, Д. Бурмин, М.Н. Шатерников, доктор Р. Газенко, Борис Исаевич Шворин (1897-?; в 1924-1925гг. был временно исполняющим должность уполномоченного Наркомздрава РСФСР в Сибири, заведующим отделом здравоохранения Туркестано-Сибирской железной дороги (? – 1928), заместителем директора Западн-Сибирского молочного мясного треста в г. Новосибирске в 1934-1935гг.), всего присутствовало – 31 человек. Открыв совещание, Х.Г. Раковский сослался на свое отсутствие на обсуждении данного вопроса в Центральном комитете ВКП(б) и незнание хода дискуссии по вопросу о лизатотерапии и роли в ней Института обмена веществ и эндокринных расстройств (директор – И.Н. Казаков), после чего предоставил вводное слово заведующему сектором научных учреждений по естественнанию и медицине Отдела науки, научно-технических изобретений и открытий ЦК ВКП(б) (с 17.05.35) Б.И. Шворину. Борис Исаевич отметил, что в печати возникла полемика в связи с лечением лизатами и то, что этим вопросом заинтересовалась газета «Правда», а это 6 млн читателей, которые «предъявляют известные требования к тем новым факторам, которые имеются в медицинской жизни», дает основание вынести проблему на разговор в Наркомате здравоохранения. В дискуссии участвовал академик А.В. Леонтович, который обратил внимание присутствующих на идущий разговор лишь по «общим соображениям, а что такое эти самые лизаты Казакова, никто конкретно не знает». Далее Александр Васильевич сообщил эпизод из своей клинической практики: «Мне в свое время – я бы не сказал, что посчастливилось, но принесло как бы пользу для данного момента, что несколько лет назад мне навязали одну преподавательницу эндокринологии. Это был человек эндокринологический, и я видел, как готовились лизаты, собственно – Тушновские лизаты, так как она готовила их в моей лаборатории. Год назад это дело кончилось довольно трагически, так как она сама себя лечила все время и в один прекрасный день у нее развился острый припадок со стенокардическими симптомами, в результате которого она через день неожиданно умерла...»

Продолжение в следующем номере

Главный редактор: Н.Г. Мокрышева
Отвественный редактор: А.Е. Ужанов
Бильд-редактор: Е.В. Артемова **Дизайн-верстка:** Д.Р. Полуханов
Над номером работали: Безлепкина О.Б., Бондаренко Е.В., Бородина Е.Е., Венгржановская О.И., Журавлев А.Л., Зеленкова-Захарчук Т.А., Кокорева К.Д., Кошурникова А.А., Мельниченко Г.А., Мокрышева Н.Г., Окорочков П.Л., Петеркова В.А., Полуханов Д.Р., Свиридошкин А.А., Ужанов А.Е., Чугунов И.С., Шеремета М.С., Шереметьева Е.В.
Фото: Е.В. Артемова, М.А. Булганина, Д.Р. Полуханов, А.Е. Ужанов

Учредитель: ФГБУ «НМИЦ эндокринологии» Минздрава России
Адрес: 117292, г. Москва, ул. Дмитрия Ульянова, д. 11
Тел.: +7 495 500-00-90, +7 495 124-58-32
e-mail: nmic.endo@endocrincentr.ru
Тираж: 999 экз.
Подписано в печать: 11.03.2024