



От идеи до лидерства: как программа «Приоритет-2030» укрепляет технологический суверенитет страны

К пятилетию государственной программы «Приоритет-2030» в рамках конференции «Приоритет — технологическое лидерство» в Москве прошла открытая дискуссия «Университеты технологического лидерства: вызовы и решения». В мероприятии приняли участие первый заместитель Председателя Правительства РФ Денис Валентинович Мантуров, заместитель Председателя Правительства РФ Дмитрий Николаевич Чернышенко, ректор Пироговского Университета д.б.н., академик РАН Сергей Анатольевич Лукьянов и другие. Сессия была посвящена практическому переходу университетов от роли образовательных учреждений к роли драйверов технологического развития.

Как отметил первый заместитель Председателя Правительства Российской Федерации Денис Валентинович Мантуров:

«Происходит консолидация усилий бизнеса и университетов. Непосредственно на площадках университетов или при их участии создаются прорывные направления в развитии промышленности. Первым шагом стало создание инжиниринговых центров на базе технических вузов».

Эта модель эффективно работает и в медицинской отрасли, где создание инновационных продуктов изначально предполагает тесное сотрудничество ученых, инженеров и практикующих врачей. Пироговский Университет является центром притяжения для таких коллабораций, объединяя максимально широкий спектр высокоэффективных компетенций.

Поддержка государства в этом процессе является фундаментальной. Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации Дмитрий Николаевич Чернышенко подчеркнул: «Со стороны Правительства мы делаем всё для развития отечественной науки, и ставку делаем на вузы, ведь 90 % создается именно в университетах».

Министр науки и высшего образования Российской Федерации Валерий Николаевич Фальков констатировал:

«Университеты становятся ключевыми участниками социально-экономического развития регионов».

Одним из наиболее значимых результатов такой интеграции стала разработка первого в мире препарата («Сенипрут»), способного остановить развитие болезни Бехтерева. Лекарственное средство позволяет уничтожать патологические Т-лимфоциты, атакующие собственные клетки организма. Разработка принадлежит ученым биотехнологической компании BIOCAD и Пироговского Университета под руководством ректора Сергея Анатольевича Лукьянова и является выдающимся примером сотрудничества государства, бизнеса и университетов, который отвечает вызовам современности.

Сергей Анатольевич Лукьянов заявил:

«Я уверен в том, что университеты — те структуры, которые имеют уникальную способность к созданию принципиально нового знания и к внедрению его в виде технологических цепочек, а также образовательных программ. Подавляющее большинство лауреатов Нобелевской премии — представители университетов. Сегодня в условиях бешеной международной конкуренции, в условиях ограничений, только опираясь на принципиально новое видение, понимание, имея в руках новый метод, технологию, знания, опыт, мы можем претендовать на мировое лидерство».



Кадры видеотрансляции конференции «Приоритет — технологическое лидерство», 27.10.2025 (источник: <https://rutube.ru/video/48b3250c01ad39ba20e36d82a5a91797/>)

Чтобы сотрудничество университетов с партнерами было эффективным, необходимы такие программы, как программа «Приоритет-2030», которая призвана стать тем самым «клеем», связывающим разрозненные этапы — от фундаментальной идеи до внедрения.

Сергей Анатольевич подчеркнул:

«Выстраивание отношений с другими организациями в форме консорциумов, проведение институциональных преобразований, внедрение дорожных карт и планирование стратегических шагов позволяют преодолевать сложности на пути к успеху».

Сейчас на базе Пироговского Университета строится генотерапевтический научно-производственный комплекс, который обеспечит производство тысяч лекарств в области генной терапии. Этот про-

ект был полностью поддержан Минздравом России. Сергей Анатольевич отметил:

«Поддержка Министерства здравоохранения и строительство специализированных центров способствуют развитию перспективных медицинских технологий».

Таким образом, именно вузы сегодня становятся центрами создания прорывных направлений в промышленности и медицине. Ярким примером успешной реализации этой стратегии служит Пироговский Университет, который не только генерирует прорывные знания, но и внедряет их в реальную практику здравоохранения. А успешный опыт Пироговского Университета, где создали инновационный препарат «Сенипрут» и строят генотерапевтический комплекс, подтверждает эффективность этого курса.

Подготовлено пресс-службой
Пироговского Университета

УНИВЕРСИТЕТ

Путь длиною в 95 лет: как первый в мире педиатрический факультет изменил медицину

В 2025 году исполняется 95 лет первому в истории педиатрическому факультету, который сегодня продолжает свою миссию как Институт материнства и детства Пироговского Университета. Это не просто юбилейная дата, это повод вспомнить пройденный путь, оценить сегодняшние свершения и заглянуть в будущее, где здоровье матери и ребенка остается абсолютным приоритетом.

Точка отсчета: ответ на вызов времени

История Института материнства и детства началась в эпоху, когда молодая Советская республика, пережившая революцию и Гражданскую войну, столкнулась с чудовищными показателями материнской и детской смертности. В начале XX века материнская смертность составляла 420 случаев на 100 тысяч выживших при родах. Уровень младенческой смертности также был пугающе высоким — 38–40 %, что в три-четыре раза превышало показатели ряда стран Европы и США.

Причинами были неразвитость системы медицинской помощи, неблагоприятные санитарно-гигиенические условия и, что ключевое, недостаточное образование врачей с позиций охраны материнства и детства. Требовался системный, государственный подход.

«Эта дата значима не только для нас и нашего Университета. Она важна для всей России и всего постсоветского пространства», — с этих слов начинается свой рассказ директор Института материнства и детства профессор, заслуженный врач РФ Лидия Ивановна Ильенко.

1 октября 1930 года, согласно приказу Народного комиссариата здравоохранения, при 2-м Московском медицинском институте был открыт первый в стране и в мировой практике факультет охраны материнства, младенчества и детства (ОММИД). Уже 15 июля 1932 года состоялся первый выпуск: 121 врач-педиатр.

«Первый выпуск доказал: путь к снижению материнской и детской смертности лежит через качественную подготовку врачей», — подчеркивает Лидия Ивановна.

Усилия быстро дали результат: к 1940 году в стране насчитывалось уже 19,4 тысячи врачей-педиатров и 10,6 тысячи акушеров-гинекологов, многие из которых были выпускниками факультета.

Испытание войной: подвиг в белых халатах

С первых дней Великой Отечественной войны профессорско-преподавательский состав, выпускники и студенты факультета встали на защиту Родины. Весь выпуск 1941 года был направлен на фронт. Многие уходили добровольцами в санитарные отряды, лыжные батальоны, народное ополчение.

В исторической летописи — десятки имен тех, кто спасал жизни в эвакуогоспиталях, на передовой,



в партизанских отрядах. Среди них — профессор Клавдия Фёдоровна Соколова, академик Вячеслав Александрович Таболин (санитар эвакуогоспиталя), академик Юрий Фёдорович Исаков (участник прорыва блокады Ленинграда), профессор Арсения Мисаковна Джавадян (ведущий хирург), Андрей Владимирович Мазурин и многие другие. Они не только лечили раненых, но и организовывали помощь эвакуированным детям, были донорами. Это поколение заложило не только научные, но и бесценные морально-нравственные основы Института.

Создание педиатрических школ и впечатляющие результаты

После войны факультет начал стремительно развиваться. Менялись сроки обучения (с четырех до шести лет), расширялся список дисциплин, росли часы, отведенные на педиатрические науки. Благодаря системной подготовке кадров к 1960-м годам уровень младенческой смертности в России снизился в 10 раз. А к 2019 году этот показатель составил всего 5,1 на 1 000 родившихся.

Но главным достоянием факультета стали люди — легендарные деканы и основатели целых научных направлений. Лидия Ивановна Ильенко, возглавляющая Институт сегодня, с теплотой и огромным уважением вспоминает своих предшественников, перечисляя их вклад как страницы большой истории.

- Евгений Игнатьевич Ковалевский: основатель первой и единственной на сегодняшний день кафедры детской офтальмологии в Москве, основатель детской офтальмологии в России, создавший первый отечественный учебник и организовавший специализированные детские сады для лечения косоглазия, детскую офтальмологическую консультативную поликлинику.
- Наталья Сергеевна Кисляк: основатель детской гематологии, создала первую научно-исследовательскую лабораторию цитологии и воспитала академика Александра Григорьевича Румянцева, создателя Центра имени Дмитрия Рогачева, известного российского педиатра Галину Андреевну Самсыгину и др.
- Андрей Владимирович Мазурин: ветеран войны, основоположник детской гастроэнтерологии и пионер детской эндоскопии, открывший первое в стране отделение детской эндоскопии и Центр красной крови в 3-й детской больнице.
- Мария Фёдоровна Дещекина: декан, руководила факультетом 14 лет, участвовала в организации первого в стране отделения патологии новорожденных. Воспитала целую плеяду врачей, включая соратника академика Вячеслава Александровича Таболина, и сформулировала ключевой принцип: «Сначала надо воспитать человека, потом уже сделать из него врача, а только затем — педиатра».

Этот принцип стал стержнем воспитательной работы, которая, по словам Лидии Ивановны, не прекращалась никогда. Традиционные праздники, встречи с ветеранами, грандиозные концерты, литературно-драматические вечера — всё это создает ту особую атмосферу, в которой формируется не просто специалист, а личность, готовая к служению.

Мост из прошлого в будущее

Современный подход к подготовке будущих врачей-педиатров кардинально изменился. Последние 10 лет мы можем констатировать, что становление педиатра начинается с первого сентября первого курса. Это стало возможным потому, что все, даже неклинические, кафедры имеют специальные, адаптированные для них программы, даже в рамках теоретических дисциплин (химия, физика, общественные науки).

Ярким примером такой интеграции служат профильные курсы на фундаментальных кафедрах. Так, на кафедре нормальной анатомии создано учебное пособие и одноименный курс — «Анатомия ребенка», а на кафедре нормальной физиологии издано учебное пособие по возрастной физиологии и читается соответствующий цикл лекций. Благодаря этому от семестра к семестру студенты постепенно наполняются знаниями о здоровом и больном ребенке, что закладывает прочный фундамент для их будущей специализации.

Следующим логичным шагом в этой образовательной траектории станет погружение в перинатальную неврологию и реабилитологию новорожденных и детей раннего возраста. Это направление является крайне востребованным в современной педиатрической практике и позволит выпускникам быть подготовленными к работе с самыми уязвимыми категориями пациентов.

В 2024 году, накануне 95-летия, педиатрический факультет был преобразован в Институт материнства и детства. Это не просто смена названия,



Занятия в детской клинике, 1938 год

УНИВЕРСИТЕТ



Клиника детской офтальмологии, 1960-е годы

а логичное развитие, объединившее учебные кафедры и научно-исследовательские лаборатории для решения задач нового времени.

Позитивная динамика, заданная достижениями прошлого, продолжается: за 2024 год и начало 2025 года тенденция снижения младенческой смертности сохраняется. Коэффициент составляет до 4 %, что на 20 % ниже, чем в 2019 году.

Не менее важная роль отводится внеучебной деятельности будущих педиатров. На протяжении многих лет факультет (а теперь и институт) является действенным драйвером социальных программ в области охраны материнства и детства как Москвы, так и всей России. Студенты активно вовлекаются в волонтерские проекты, просветительские акции и выездные мероприятия, что позволяет им с первых курсов формировать не только профессиональные, но и важнейшие человеческие качества, столь необходимые в педиатрии.

Традиции, заложенные основателями, сегодня воплощаются в современных проектах. Ярчайший пример — программа «Здоровый ребенок в семье», основанная в 1997 году. Ее создателями были ака-

демики Митрофан Яковлевич Студеникин, Вячеслав Александрович Таболин, Александр Григорьевич Румянцев и Лидия Ивановна Ильенко. В рамках проекта были выпущены три уникальные книги для родителей: о беременности, о становлении лактации и о первом годе жизни ребенка.

Сегодня эти книги превращаются в мобильные приложения с использованием искусственного интеллекта. Кафедра госпитальной педиатрии № 2 и кафедра акушерства и гинекологии имени академика Г.М. Савельевой совместно с Управлением цифровой трансформации Университета создают приложение с использованием искусственного интеллекта, и это только начало. Приложение «Нормальная беременность» будет показывать развитие эмбриона по неделям. «Наблюдая за тем, как ребенок развивается, мама начинает любить его еще до того, как он начинает шевелиться. И эта любовь — великая ответственность», — объясняет профессор.

Институт активно внедряет и новые технологии. Рассуждая об искусственном интеллекте, Лидия Ивановна приводит яркую аналогию: «Искусственный интеллект в медицине — это как собака

на границе. Врач — это пограничник, а ИИ — его служебная собака» (П.В. Евсеев). Заменить врача в целом невозможно, но врач, который использует искусственный интеллект, может заменить того, кто им не владеет.

Сохраняются и уникальные «терапевтические» традиции. Проект «Пусть лекарством для наших детей будут песни, поем колыбельные вместе» — это мастер-классы для беременных в отделениях патологии, где пение помогает установить связь с ребенком еще до его рождения.



Забота длиною в жизнь

Сегодня Институт материнства и детства не останавливается на достигнутом. Один из амбициозных проектов, над которым уже ведется работа, — продление педиатрического попечительства.

«Сейчас мы работаем над тем, чтобы считать детьми людей до 21 года. Это позволит им оставаться в детской поликлинике не до 17 лет, а до 21 года. За это дополнительное время мы сможем провести репродуктивную диспансеризацию в первую очередь девочек и существенно повысить уровень их здоровья», — делится планами Лидия Ивановна.

Этот подход прекрасно иллюстрирует преемственность идей, заложенных одним из организаторов советской системы здравоохранения Николаем Александровичем Семашко, который говорил: «Стратегической задачей здравоохранения должно стать создание государственной системы охраны материнства и детства, так как оздоровление населения должно начинаться с оздоровления матери и ребенка».

Институт материнства и детства Пироговского Университета вот уже 95 лет не просто следует этому завету — он развивает его, доказывая, что забота о детях и матерях является сверхценным и бессрочным государственным проектом, в основе которого лежат научный поиск, преемственность поколений и безграничная человечность. От пугающих 40 % младенческой смертности до рекордно низких 4 % — таков путь, на котором первый в мире педиатрический факультет всегда был и остается лидером и законодателем стандартов оказания помощи матерям и детям, а сегодня еще и новатором в практике использования ИИ не только в теоретической, но и в практической перинатальной медицине.

Автор: Лидия Ивановна Ильенко, д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, директор Института материнства и детства Пироговского Университета



Студенческая олимпиада в Научно-образовательном инновационном центре «Неотложные состояния в педиатрии»

УНИВЕРСИТЕТ

40 лет служения и помощи детям

Елена Ефимовна Петрайкина — директор Российской детской клинической больницы (РДКБ) — филиала Пироговского Университета, заведующий кафедрой эндокринологии Института материнства и детства Пироговского Университета, главный внештатный специалист — детский эндокринолог Минздрава России по Центральному федеральному округу, главный внештатный специалист — детский эндокринолог Департамента здравоохранения города Москвы, д.м.н., профессор, заслуженный врач Москвы, заслуженный врач РФ.



— Елена Ефимовна, 2025 год для РДКБ — знаковый: больница отмечает 40-летие работы. Какая роль отводилась РДКБ при создании?

— Безусловно, 40 лет — значимая дата для нашей больницы. За это время, несмотря на самые разные исторические периоды своего развития, неразрывно связанные с историей страны, она прошла впечатляющий путь: от первых корпусов, открывавшихся в 1980-е годы, до крупнейшего многопрофильного медицинского педиатрического центра страны, флагмана детского здравоохранения. Но главным приоритетом с самого основания неизменно оставалось здоровье детей.

Перед РДКБ стоял ряд важнейших задач — развитие специализированных, наукоемких методов оказания медицинской помощи, внедрение инновационных практик, обеспечение потребности регионов страны в высокотехнологичных видах лечения. С открытия больницы более 90 % детей приезжали на лечение в РДКБ из регионов.

Здесь закладывались многие направления педиатрии и детской хирургии, внедрялись уникальные методы лечения редких и тяжелых заболеваний, проводились сложнейшие операции.

В РДКБ открылись первые в стране отделения: трансплантации костного мозга и почек в многопрофильной клинике, медицинской генетики, челюстно-лицевой хирургии для детей, коечное рентгенохирургическое отделение в рамках многопрофильного стационара.

— Какие результаты развития РДКБ за последние годы Вы можете отметить?

— Я возглавила РДКБ пять лет назад и могу отметить, что за эти годы больница, процессы оказания здесь медицинской помощи претерпели серьезные изменения. Значительно возросло количество обращений и госпитализаций в клинику, повысилась востребованность у регионов. Сегодня свыше 45 тысяч пациентов ежегодно госпитализируются в РДКБ, что в 2,5 раза выше, чем в 2020 году. В Телемедицинский центр поступает около 36 тысяч обращений — в 3,5 раза больше, чем пять лет назад.

Мы активно участвуем в выполнении возложенных государством задач — оказываем медицинскую помощь детям, пострадавшим в зонах чрезвычайных ситуаций.

Так, были созданы десять функциональных центров для пациентов, требующих постоянного междисциплинарного взаимодействия.

У нас появилось коечное отделение медицинской реабилитации для детей, которое 1 июня 2022 года открыл министр здравоохранения Михаил Альбертович Мурашко.

Были открыты безаналоговые подразделения: Федеральный детский реабилитационный центр «Кораблик» и отделение реанимации, интенсивной терапии и реабилитации.

— В чем их уникальность?

— «Кораблик» — мультидисциплинарный реабилитационный центр на 200 коек в Подольске, который является структурным подразделением Российской детской клинической больницы.

Здесь мультидисциплинарная команда специалистов разрабатывает индивидуальные планы реабилитации для каждого ребенка. Центр оснащен высокотехнологичным оборудованием и роботизированными тренажерами.

Реабилитацию в Центре проходят пациенты с патологиями нервной системы, орфанными заболеваниями, дети, которые перенесли онкологические заболевания и тяжелые травмы, в том числе в результате ДТП.

Отделение реанимации, интенсивной терапии и реабилитации РДКБ — первое в России отделение, где для детей внедрена технология реабилитации в реанимации «РеаБИТ». Здесь получают помощь пациенты, которым требуется проведение длительных реабилитационных мероприятий с обеспечением дыхательной, сердечно-сосудистой, реанимационной поддержки.

Расширение реабилитационных возможностей, внедрение уникальных технологий позволяет чередовать курсы реабилитации с этапным лечением в рамках одного учреждения, что способствует сохранению преемственности в ведении пациента.

— Какие направления медицины получили наибольший импульс в последние годы?

— Активно развивается геновая терапия, патогенетическое лечение. РДКБ — больница «последнего шанса», и за последние годы лечение в клинике ежегодно получают около 1 000 пациентов с орфанными заболеваниями. Лекарственными препаратами и медицинскими изделиями таких детей обеспечивают Минздрав России и Фонд поддержки детей с тяжелыми жизнеугрожающими и хроническими заболеваниями, в том числе редкими (орфанными) заболеваниями, «Круг добра».

В ноябре 2024 года впервые в России пациент с дефицитом декарбоксилазы ароматических аминокислот получил один из самых дорогостоящих препаратов в мире — «Эладокаген экзупарво-век». Уникальную операцию по введению лекарства в головной мозг пациента провели нейрохирурги РДКБ, которые впервые в мире использовали для этого особую нейронавигационную станцию — безрамный стереотаксис. В течение года такую терапию получили еще четыре ребенка.



Министр здравоохранения Российской Федерации Михаил Альбертович Мурашко на открытии нового отделения в РДКБ, 2022 год

УНИВЕРСИТЕТ

В 2024 году РДКБ стала одним из трех федеральных центров, выбранных экспертным советом фонда «Круг добра», для получения пациентами с мышечной дистрофией Дюшенна нового вида генной терапии — препарата «Деландистроген моксепарвовек» («Элевидис»).

В 2022 году здесь впервые в России начали проводить терапию препаратом «Восоритид» для детей с ахондроплазией, которая позволяет избежать инвазивных хирургических вмешательств и улучшить качество жизни пациентов. А с 2021 года в нашей клинике дети со спинальной мышечной атрофией получают лечение препаратом «Золгенсма».

Пациентам с орфанными нейродегенеративными заболеваниями мы также первыми в России начали проводить трансплантацию костного мозга — в 2004 году провели пересадку ребенку с синдромом Гурлера. С этого момента в отделении трансплантации костного мозга РДКБ прошли лечение почти 100 пациентов с редчайшими патологиями.

— Хирургия в РДКБ традиционно является одним из приоритетных направлений. Какие новые возможности появились в последние годы?

— История Российской детской клинической больницы началась именно с хирургической службы. Структура больницы росла и развивалась именно на основании ее хирургической школы.

Наши хирурги в прошлом году выполнили 16 тысяч оперативных вмешательств, что почти в два раза больше, чем пять лет назад.

Хирургическая служба РДКБ сегодня — это 12 современно оснащенных операционных и 16 специализированных отделений.

Особенное внимание уделяется развитию малоинвазивных, органосохраняющих подходов к выполнению хирургических вмешательств, которые позволяют сохранить не только здоровье, но и качество жизни ребенка.

Сегодня значительная часть операций выполняется эндоскопически, что существенно облегчает и сокращает период послеоперационной реабилитации.

Мы активно развиваем спинальную хирургию, лечение патологий костной системы, супермикрохирургию, где работа происходит со структурами менее полумиллиметра, витреоретинальную хирургию, выполняется широкий спектр реконструктивных вмешательств на органах головы и шеи, брюшной и грудной полости.

— РДКБ активно участвует в спасении детей из зон чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов, из прифронтовых регионов и стран Ближнего Востока. Какие случаи Вы можете особенно выделить?

— Выполнение таких государственных задач — одно из важнейших направлений работы больницы. На протяжении своей истории РДКБ никогда не оставалась в стороне от драматических событий и всегда откликалась на необходимость помочь в самых сложных ситуациях: после землетрясения в Спитаке (Армения), Ашинской трагедии (Башкирия), захвата школы в Беслане, терактов, автокатастроф и во многих других случаях.

Сейчас мы оказываем помощь детям, пострадавшим в зоне проведения специальной военной операции, из прифронтовых областей.

Мы на экспертном федеральном уровне проводим телемедицинские консультации, специалисты нашей клиники входят в состав бригад для экстренного выезда в зоны чрезвычайных ситуаций, а самых тяжелых пациентов специалисты сопровождают при их экстренной эвакуации в РДКБ, где коллектив клиники круглосуточно оказывает всю необходимую высокотехнологичную помощь.

В конце 2023 года произошел обстрел Белгорода. Тогда ведущие детские хирурги, травматологи-ортопеды, анестезиологи оперировали пострадавших детей 31 декабря, буквально за несколько часов до новогоднего праздника. Тогда



Федеральный детский реабилитационный центр «Кораблик» РДКБ

нам удалось спасти всех доставленных к нам детей, предотвратить тяжелые осложнения.

Я убедилась, что у наших специалистов в любых обстоятельствах присутствует понимание важности государственных задач, возложенных на Российскую детскую клиническую больницу.

— Телемедицина стала одним из драйверов развития оказания медицинской помощи в РДКБ. Насколько ее применение повышает доступность высокотехнологической помощи детям из регионов?

— РДКБ является лидером в России по числу телемедицинских консультаций для помощи детям. Мы в режиме 24/7 дистанционно консультируем медицинские организации регионов России и зарубежных стран по всем профилям, включая экстренную и реанимационную помощь при чрезвычайных ситуациях.

Количество обращений в Телемедицинский центр РДКБ демонстрирует, что мы продолжаем оставаться востребованными в регионах, несмотря на выраженные тенденции к развитию и улучшению здравоохранения на местах.

— РДКБ — университетская клиника. Каким образом удается сочетать науку и практику в рамках одной больницы?

— В РДКБ клиническая практика и медицинская наука существуют в постоянном взаимодействии. Вместе с академиком РАН Александром Григорьевичем Румянцевым, научным руководителем Института материнства и детства Пироговского Университета, нам удалось создать на территории РДКБ кампус, который находится в самом сердце больницы. В отделениях практически нет кафедральных помещений для теоретических занятий — студенты сразу оказываются у постели больного.

Также в наших отделениях реализуются программы повышения квалификации для специалистов здравоохранения. Так, врачи из регионов и даже из-за рубежа получают возможность на практике перенять уникальный клинический опыт, освоить самые сложные методики лечения и хирургических вмешательств.

— Какие исследования и клинические апробации за последние годы внедрены в практику РДКБ?

— Клинические апробации — это еще одна сильная сторона университетской клиники. Федеральная клиника разрабатывает инновационные методы обследования, и в случае доказательства их безопасности и эффективности они внедряются в широкую клиническую практику, становятся методами

высокотехнологичной медицинской помощи. У нас впервые в стране проходит клиническая апробация иммунотерапии при сахарном диабете первого типа у детей — в случае успеха применение иммунотерапевтического препарата «Ритуксимаб» в комбинации с инсулинотерапией позволит более эффективно лечить диабет.

Также наши специалисты проводят не менее значимые клинические апробации в области медицинской реабилитации, нефрологии, оториноларингологии, офтальмологии.

— РДКБ славится своим экспертным составом. За счет чего удается сохранять и развивать школу ведущих специалистов?

— В нашей больнице трудятся 100 кандидатов и 39 докторов медицинских наук, 18 заслуженных врачей РФ, 89 специалистов отмечены нагрудным знаком «Отличник здравоохранения», многие врачи являются доцентами, профессорами кафедр.

В этом году в рамках Всероссийского конкурса Минздрава России мы были удостоены трех призовых мест в номинациях «Лучший невролог России», «Лучший офтальмолог России» и «Лучший оториноларинголог России».

Очень важен элемент преемственности и наставничества: когда ведущие специалисты передают бесценный опыт, а врачи нового поколения внедряют собственные инновации, тогда и сохраняются традиции.

— Какую роль больница будет играть в системе детского здравоохранения в будущем?

— Мы с уверенностью смотрим в будущее и стремимся к дальнейшему развитию и сохранению роли флагманской педиатрической клиники Минздрава России. Именно здесь создан замкнутый контур оказания медицинской помощи: начиная от первичного консультирования, экстренной реанимации, всех профилей в отделениях до завершающей реабилитации в «Кораблике».

Сейчас принято решение о строительстве нового корпуса Российской детской клинической больницы на 800 коек прямо на нашей территории. Этого требуют современные реалии медицинской логики и организации медицинской помощи.

— Если бы Вам нужно было одним предложением сформулировать миссию РДКБ сегодня, как бы оно звучало?

— Наша миссия остается неизменной все 40 лет: «Здоровье детей — наш приоритет».

Интервью подготовили: Т.В. Яковлева, И.А. Комаров, Н.Г. Комлик

УНИВЕРСИТЕТ



РОССИЙСКАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА

Пироговского Университета Минздрава России

РДКБ: путь длиной в 40 лет

В истории российской медицины есть учреждения, где не просто лечат, а меняют саму суть медицинской помощи детям. Одно из таких мест — Российская детская клиническая больница (РДКБ) — филиал Пироговского Университета Минздрава России. За 40 лет РДКБ стала местом, где ведущие специалисты внедряли передовые методы лечения, где открывались уникальные отделения и формировались научные школы. Предлагаем пройти по основным вехам истории больницы — от ее основания до сегодняшнего дня.

1965 — начало строительства

История РДКБ началась в 1965 году, когда Совет Министров РСФСР принял решение о строительстве многопрофильной детской больницы на 1 000 коек, которая должна была стать клинической базой педиатрического факультета 2-го Московского медицинского института имени Н.И. Пирогова (сейчас — Пироговский Университет).

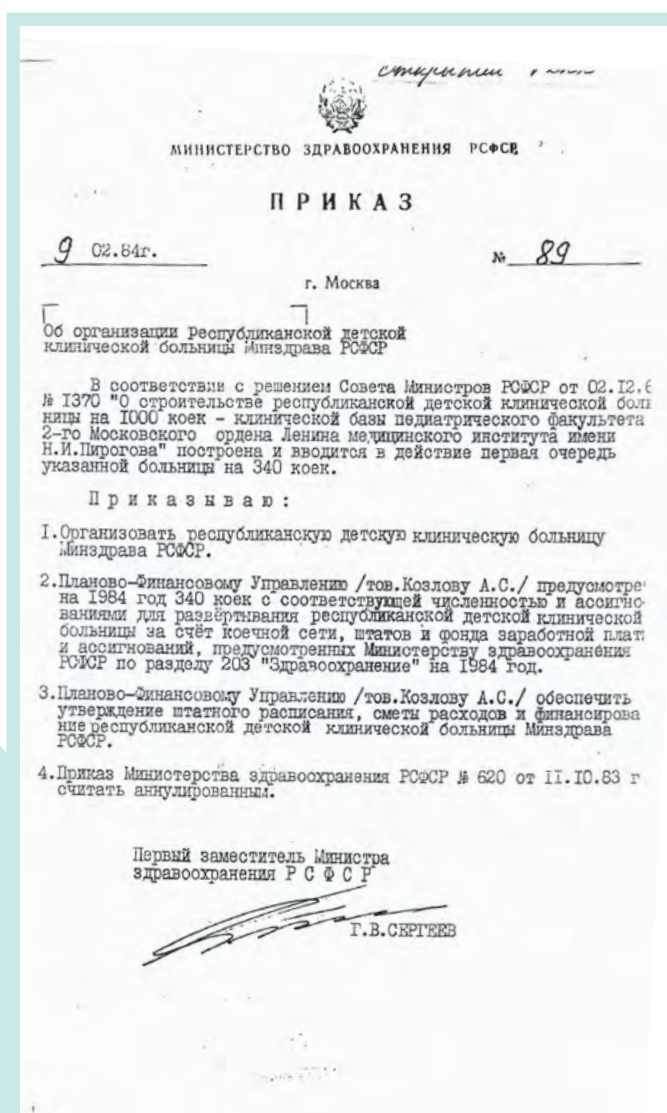
Более 25 лет шло строительство, и в 1984 году была введена в эксплуатацию первая очередь больницы на 340 коек. За год до начала пуска Министерства здравоохранения РСФСР при поддержке Совета Министров РСФСР приняло решение о придании ей статуса самостоятельного учреждения.

1985 — открытие

1 февраля 1985 года, за несколько месяцев до официального открытия, чтобы успеть подготовить клинику к приему пациентов, на работу начали трудоустраиваться сотрудники. Первым из них стала Татьяна Эдуардовна Нецветаева, врач-рентгенолог.

РДКБ открыла двери как ведущий центр развития детской хирургии. Первыми в строй вошли отделения, где врачи оказывали высококвалифицированную медицинскую помощь, используя передовые методы и технологии: общая хирургия, травматология и ортопедия, микрохирургия, торакальная хирургия.

Вскоре работу начали и новые отделения, продолжая расширять спектр оказываемой помощи: гинекологии, оториноларингологии, реанимации и интенсивной терапии.



Студенты 2-го Московского медицинского института помогают на строительстве РДКБ (фото Е. Волковой; источник: журнал «Здоровье», 1978 год)



Т.Э. Нецветаева и рентген-лаборант В.И. Килару проводят рентгеноскопическое исследование на первом рентгеновском аппарате

1986–1990 — расширение и укрепление

К 1991 году коечный фонд достиг 1 025 мест — на этом уровне он сохраняется и по сей день.

Начало работы терапевтических отделений позволило внедрить мультидисциплинарный подход к лечению каждого ребенка. Создание мощного диагностического и функционального блока открыло возможности для проведения детальных обследований в рамках одного стационара.

Огромную роль в становлении и развитии РДКБ как крупнейшего многопрофильного детского больничного комплекса страны сыграли Вячеслав Александрович Таболин и Левон Оганесович Бадалян, выдающиеся ученые, педагоги, организаторы здравоохранения, руководители кафедр РГМУ, академики РАМН.



В.А. Таболин (второй справа) и Л.О. Бадалян (первый слева) с коллегами, 1982 год

УНИВЕРСИТЕТ

В 1987 году было организовано первое отделение гематологии на 12 коек в боксированном инфекционном отделении. Его организатором был заведующий кафедрой 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова, главный гематолог СССР и РСФСР А.Г. Румянцев.

Благодаря выдающимся ученым и организаторам здравоохранения — академикам АМН СССР и РАН Ю.Ф. Исакову и Э.А. Степанову — наступил «золотой век» хирургии РДКБ.

Они заложили научно-практическую базу хирургии в РДКБ, сделав возможным внедрение новых уникальных подходов к лечению детей: органосохраняющих операций, микрохирургических вмешательств, авторских методик реконструктивных операций, новых технологий в нейрохирургии, сосудистой и пластической хирургии.

Становление хирургического направления в РДКБ невозможно представить без выдающихся врачей, среди которых А.Л. Ионов (хирургическое отделение), А.В. Быстров (отделение микрохирургии), Т.А. Горицкая (торакальное отделение), Ф.К. Абдуллаев (урологическая служба), А.С. Кузин (отделение травматологии и ортопедии), Ю.А. Поляев (отделение рентгенохирургии), А.В. Лопатин (отделение челюстно-лицевой хирургии).



На ступенях РДКБ: А.Э. Степанов, Н.Н. Ваганов, Ю.Ф. Исаков, Е.П. Кузнечихин, Ю.А. Поляев, К.Г. Васильев



Обход в торакальном отделении с кафедрой детской хирургии. Хирург В.И. Гуз, заведующий торакальным отделением Т.А. Горицкая, академик РАН профессор кафедры детской хирургии Э.А. Степанов, врач-педиатр А.М. Михопулос, хирург С.А. Полюдов, профессор кафедры детской хирургии Г.С. Васильев, хирург В.А. Веровский



Нейрохирурги В.В. Пальм, И.Г. Васильев. Во втором ряду — анестезиолог-реаниматолог Т.В. Линькова, медсестра-анестезистка С.А. Курдюкова, операционная сестра И.А. Лукашина

1988 — по настоящее время. Помощь пострадавшим при ЧС

Российская детская клиническая больница практически с самого открытия активно принимала участие в выполнении важнейших государственных задач, оказании помощи детям, пострадавшим в результате чрезвычайных ситуаций, техногенных катастроф, боевых действий, терактов.

7 декабря 1988 года в Армении произошло разрушительное землетрясение, унесшее жизни около 25 тысяч человек. В РДКБ доставили 165 пострадавших детей, где лечение и реабилитацию им проводила мультидисциплинарная команда специалистов.

Врачи РДКБ оказывали помощь и детям, пострадавшим в результате Ашинской трагедии 4 июня 1989 года.

В 2004 году, в первые дни после теракта в школе Беслана, в РДКБ поступило 55 детей с сочетанными травмами различной этиологии. Всем пациентам были проведены различные операции по устранению повреждений опорно-двигательного аппарата, повреждений головного и спинного мозга. Параллельно с хирургической помощью дети получали комплексную реабилитацию.

Продолжение на стр. 8



Обход пострадавших при землетрясении в Армении детей в отделении реанимации и интенсивной терапии

УНИВЕРСИТЕТ

Продолжение, начало на стр. 6

Специалисты РДКБ оказывали медицинскую помощь детям, пострадавшим в результате теракта в Волгограде в 2013 году, автокатастрофы в Ставрополе 30 апреля 2022 года, нападений на школы Казани, Ижевска, Брянска в 2021–2023 годах, атак на Крымский мост, Севастополь, населенные пункты Белгородской и Курской областей, Донецкой и Луганской народных республик, Запорожской и Херсонской областей.

В 2020–2024 годах в стенах РДКБ медицинскую помощь получили более 200 детей из лагерей беженцев в Сирии.

1990–2000 — время открытий

В девяностые годы РДКБ стала настоящим новатором — первым федеральным многопрофильным специализированным медицинским учреждением практического здравоохранения.

Было открыто первое в стране отделение медицинской генетики для детей (сегодня — педиатрическое отделение), его заведующим стал С.Ю. Семькин, возглавляющий его до сих пор. Десятилетием деятельности отделения занимается в помощи пациентам с муковисцидозом.

В 2012 году начало работу первое в стране отделение, оказывающее помощь пациентам с редкими наследственными заболеваниями, поражающими нервную систему. Его возглавляет профессор С.В. Михайлова.

Под руководством профессора О.А. Лайшевой небольшое физиотерапевтическое отделение выросло в научно-клиническую школу — Центр медицинской реабилитации, в который сегодня включены несколько отделений.

Развивались хирургические направления: челюстно-лицевой хирургии, эндоваскулярной хирургии, трансплантации почки, реконструктивной и пластической хирургии.

Особый импульс получило направление онкогематологии. В 1991 году на базе больницы был организован НИИ детской онкологии и гематологии (сегодня выросший в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева), благодаря чему в больнице была создана инфраструктура, объединившая новации в области гематологии, онкологии и иммунологии.



Эвакуация пострадавших из Курской области в РДКБ бортом санавиации



Сотрудники гематологической службы РДКБ на осмотре пациентов



А.Г. Румянцев проводит обход в отделении трансплантации костного мозга РДКБ



В 1993 году в РДКБ было открыто первое в России и странах СНГ отделение трансплантации костного мозга в многопрофильной детской клинике. Здесь разрабатывали и внедряли новые методы гемопоэтической трансплантации костного мозга, протоколы лечения детских лейкозов, создавали специализированные лаборатории. Врачи РДКБ первыми в стране начали проводить трансплантации детям с нейродегенеративными и метаболическими заболеваниями, врожденными иммунодефицитами.

Наше время

Сегодня РДКБ — ведущий многопрофильный лечебно-диагностический, реабилитационный, научно-методический и образовательный педиатрический центр, лидер в обеспечении всеми видами качественной, эффективной и доступной медицинской помощи детям из всех регионов России и зарубежных стран.

1 июня 2023 года Президент России Владимир Владимирович Путин открыл Федеральный детский реабилитационный центр «Кораблик». Реабилитационный центр на 200 коечных мест расположен на площади свыше 48 тысяч квадратных метров и оснащен более 1 300 единицами современного медицинского оборудования. В Центре комплексную медицинскую реабилитацию получают самые тяжелые пациенты, дети с особой сложностью диагноза, с орфанной, сочетанной патологией, пострадавшие во время катастроф и чрезвычайных ситуаций.

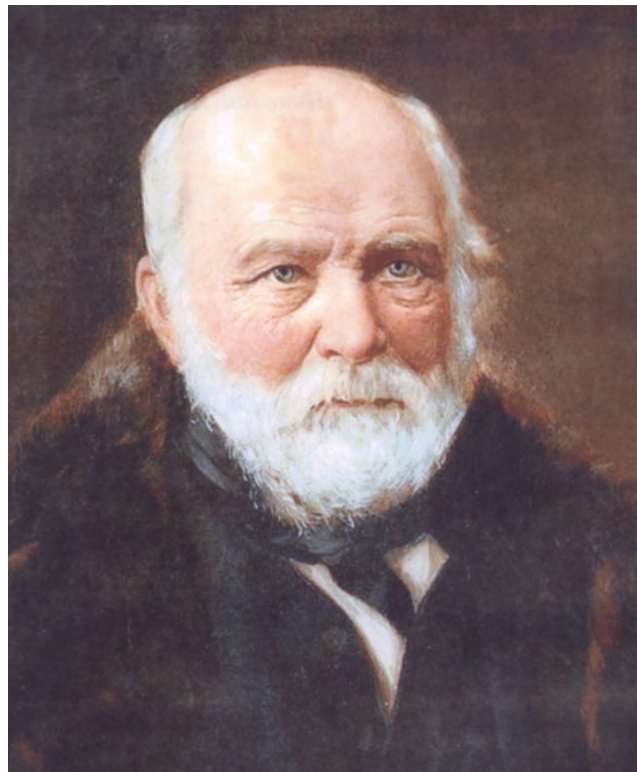
Материал подготовлен
Центром внешних коммуникаций РДКБ

❗ 45 000 пациентов и 16 000 операций в год ❗ 36 000 телемедицинских консультаций в год ❗ 10 междисциплинарных центров

СОБЫТИЯ

Эпоха Пирогова

В 2025 году к юбилею великого русского хирурга и анатома Николая Ивановича Пирогова в Пироговском Университете стартовал масштабный культурно-просветительский проект «Эпоха Пирогова: наука, искусство, медицина». Это путешествие во времени, которое позволяет студентам, преподавателям и гостям Университета прикоснуться к духу XIX века — эпохе открытий, искусства и становления современной медицинской науки.



Проект объединяет три направления — научное, художественное и историко-культурное — и рассказывает о Пирогове не только как о выдающемся ученом, но и как о личности, в которой сочетались гений исследователя, талант гуманиста и сила просветителя.

Одним из первых мероприятий проекта стала стендовая выставка «Эпоха Пирогова. От инновации к традиции», подготовленная отделом экспозиционно-выставочной деятельности Пироговского Университета. Она размещена по дороге ректорскому входу и знакомит посетителей с открытиями и практическими решениями Н.И. Пирогова, кардинально изменившими подходы к изучению человеческого тела, оказанию помощи в военнопольных условиях, медицинскому обучению и педа-

гогическим практикам. Эта экспозиция не только знакомит с историей отечественной медицины, но и помогает студентам ощутить преемственность поколений, связь между идеями прошлого и практикой современного врача.

1 ноября открылась художественная выставка, где представлены работы студентов в номинациях «Исторический контекст» (сюжеты, связанные с эпохой Н.И. Пирогова) и «Наследие ученого» (произведения, посвященные его личности, открытиям и вкладу в медицину). Студенты через искусство осмысливают, что врачебная профессия — это не только знание, но и мировоззрение.

Кульминацией проекта стал исторический бал «ПироговЪ», который прошел в одном из самых символических зданий Москвы — в Доме Пашкова, жемчужине русского классицизма XVIII века, построенной по проекту Василия Баженова. Это здание, ставшее частью истории Москвы и науки, идеально воплотило атмосферу эпохи, в которой жил и творил Николай Иванович Пирогов.

Тут собрались не только обучающиеся и преподаватели Пироговского Университета, но и гости из ведущих медицинских вузов России: Санкт-Петербургского государственного химико-фармацевтического университета Минздрава России, Кубанского государственного медицинского университета, Волгоградского государственного медицинского университета, Рязанского государственного медицинского университета, Российского университета медицины и Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, а также из нескольких кадетских школ Москвы.

С приветственным словом выступила Ирина Олегова Решетникова, начальник Управления внеучебной деятельности обучающихся. В своем выступлении она подчеркнула преемственность традиций организации балов, которые успешно развиваются с 2016 года благодаря деятельности студии исторического танца. Особое внимание было уделено значимости сохранения культурных традиций в современном образовательном процессе.

Танцевальная программа бала состояла из трех отделений, каждое из которых имело свой ритм и настроение. Первое отделение открылось торжественным полонезом, продолжилось вальсом. А далее традиционно программу продолжили падеграс, фигурный вальс, полька и марш «Карусель». Во втором отделении гости смогли станцевать такие танцы, как полонез-мазурка, большой фигурный вальс, вальс-гавот, богемская полька, «Сударушка», «Русский марш» и «Московская кадрили», а завершением этого танцевального отделения стали «Бесконечный галоп» и исполнение Amazing Grace. Третье отделение объединило абсолютно разные танцы: кадрили, контрдансы, танцы-игры. И конечно же, в конце бала все гости смогли станцевать веселую венскую кадрили.

В антрактах между отделениями ребята из студии исторического танца «ПироговЪ» порадовали гостей бала ангажементом — специально подготовленными сложными танцами, такими как русская кадрили-мазурка, контрданс «Прихоть мистера Бевериджа» (церемониальный вариант), цыганская полька. Важной частью вечера стала музыкальная гостиная, подготовленная силами творческих коллективов Пироговского Университета — хоровой студии «Лечебная сила музыки», Студии академического вокала и оркестра «Анатомия музыки». В их исполнении прозвучали произведения русских композиторов XIX века.

Проект «Эпоха Пирогова: наука, искусство, медицина» стал значимым событием университетской жизни, соединившим историю, науку и творчество в едином пространстве смыслов. Он показал, что наследие Николая Ивановича Пирогова — это не только научные труды и открытия, но и духовные ориентиры, актуальные и сегодня: гуманизм, честность, уважение к жизни и вера в силу знаний. Организатором проекта выступило направление «Культура и творчество» Пироговского Университета при поддержке федеральной программы «Росмолодежь. Гранты».

Автор: Светлана Лукьянова



НАУКА

«Невидимая угроза» для сердца: ученые Пироговского Университета рассказали о новых методах диагностики кардиальной автономной дисфункции

Автономная дисфункция — нарушение работы вегетативной нервной системы, которая регулирует ключевые процессы в организме: сердцебиение, дыхание, пищеварение, терморегуляцию и т.д. Важнейшее значение имеет автономная дисфункция сердца — дисбаланс между симпатической и парасимпатической системами, который может привести к электрической нестабильности миокарда и повышению риска тяжелых осложнений, таких как жизнеугрожающие аритмии и внезапная сердечная смерть. Ранее это состояние было изучено у пациентов с сахарным диабетом и после инфаркта миокарда, но позже было описано и при других патологиях, включая хроническую сердечную недостаточность, ревматические заболевания и последствия COVID-19. Ранняя диагностика кардиальной автономной дисфункции крайне важна, так как позволяет своевременно предотвратить жизнеугрожающие последствия.

Сотрудники кафедры факультетской терапии имени академика А.И. Нестерова Института клинической медицины (ИКМ) Пироговского Университета рассказали об исследовании, которое посвящено оценке сердечно-сосудистого риска (включая автономную дисфункцию сердца) у больных с ревматическими заболеваниями и ведется уже более 15 лет. Одной из первых работ в этой области, как в России, так и в мире, стало изучение автономной дисфункции сердца у пациентов с ревматоидным артритом, выполненное доцентом Дмитрием Александровичем Аничковым под руководством профессора Надежды Александровны Шостак.

С 2022 года в рамках диссертационного исследования ассистента Гоар Ромиковны Аветисян под руководством заведующего кафедрой факультетской терапии имени академика А.И. Нестерова ИКМ Алеси Александровны Клименко началось изучение кардиальной автономной дисфункции при системной склеродермии (ССД). Главная цель — разработать методы ранней диагностики этого состояния на доклинической стадии, когда у пациентов еще нет выраженных симптомов.

Этапы диагностики

Команда исследователей разработала алгоритм диагностики вегетативных нарушений у пациентов. Этот подход сочетает современные инструментальные методы с клиническими «прикроватными» тестами и анкетированием.

Первый этап включает анкетирование по шкале COMPASS-31. Ученые впервые применили эту международную методику для российских пациентов со склеродермией. Опросник позволяет оценить, как заболевание влияет на автономные функции организма: сердечно-сосудистую регуляцию, пищеварение, потоотделение и другие произвольные процессы.

На втором этапе специалисты проводят клиническое «прикроватное» тестирование пациента. Коллектив исследователей использует классические пробы из батареи тестов Ивинга: ортостатическую пробу (оценивает адаптацию сердечно-сосудистой системы к изменению положения тела) и пробу с глубоким дыханием (показывает реакцию сердца на дыхательные циклы). Эти простые, но информативные тесты дают важные данные о состоянии вегетативной регуляции.

Третий этап — инструментальная верификация выявленных нарушений. Для определения ключевых маркеров вегетативной дисфункции сердца получают краткосрочные и суточные записи ЭКГ пациента и анализируют вариабельность (естественных колебаний частоты сокращений) и турбулентность сердечного ритма (способность сердца восстанавливать нормальный ритм после экстрасистолы).

Разработанный учеными комплексный подход позволяет точно оценить степень вегетативных нарушений у пациента, диагностировать дисфункцию на ранней стадии и разрабатывать персонализированные схемы лечения.

Клиническая значимость ранней диагностики вегетативной дисфункции сердца

Обнаружение скрытых нарушений в работе вегетативной нервной системы на ранних стадиях крайне важно. Эти нарушения могут сигнализировать о повышенном риске внезапной сердечной смерти, даже если у пациента нет явных симптомов.



Особенно это актуально для людей с ССД — при своевременном выявлении таких изменений врачи могут организовать целенаправленное наблюдение пациента и контроль за болезнью.

В отдельных случаях, когда риск особенно высок, могут быть предприняты профилактические меры: установка кардиостимулятора — устройства, поддерживающего нормальный сердечный ритм, или имплантация кардиовертера-дефибриллятора — прибора, который может «перезапустить» сердце при жизнеугрожающих аритмиях. Эти меры существенно снижают вероятность тяжелых осложнений и могут буквально спасти жизнь пациенту. Главное — выявить проблему до того, как она проявится клинически.

Текущий этап и перспективы исследования

В этом году научная группа кафедры факультетской терапии имени академика А.И. Нестерова ИКМ (ассистент Гоар Ромиковна Аветисян, заведующий кафедрой Алеси Александровна Клименко и доцент Дмитрий Александрович Аничков) подвела первые итоги исследования. Был проведен сравнительный анализ группы больных с системной склеродермией и контрольной группы здоровых людей, выявивший, что у больных ССД, не имеющих выраженных сердечно-сосудистых заболеваний, чаще, чем в контрольной группе, наблюдаются ранние признаки кардиальной автономной дисфункции.

Ученые показали, что использование опросника COMPASS-31 и клинические тесты позволяют заподозрить развивающуюся патологию на доклиническом этапе, а дальнейшее инструментальное обследование необходимо для подтверждения вегетативной дисфункции сердца и стратификации риска внезапной смерти. Первые этапы ранней диагностики кардиальной автономной дисфункции могут быть выполнены на амбулаторном этапе медицинской помощи терапевтом, врачом общей практики, которые затем могут направить пациента на консультацию кардиолога с проведением дополнительного обследования. По результатам исследования научным коллективом были подготовлены две статьи.

Будущие направления работы

Ученые не останавливаются на достигнутом. Сейчас коллектив углубленно изучает кардиальную авто-

номную дисфункцию не только при ССД, но и при других ревматических заболеваниях: ревматоидным артритом, анкилозирующем спондилите и псориатическом артрите.

Это позволит выявить общие закономерности и особенности нарушений вегетативной регуляции при разных патологиях.

Особое внимание будет уделено долгосрочному наблюдению пациентов. Ученые планируют оценить, как выявленные нарушения вегетативной функции влияют на прогноз заболевания. Интересно, что подобные исследования уже проводились у пациентов с сахарным диабетом и у больных, перенесших инфаркт миокарда, однако в смежных областях медицины, таких как терапия и ревматология, данных пока недостаточно.

Новые результаты могут стать основой для разработки более эффективных методов диагностики и профилактики осложнений, что делает текущее исследование особенно значимым для медицинского сообщества.

Перед исследовательской группой стоят амбициозные задачи: совершенствование методов ранней диагностики вегетативных нарушений, разработка эффективных профилактических стратегий и снижение риска серьезных сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с воспалительными ревматическими заболеваниями. Эти исследования могут стать настоящим прорывом в понимании взаимосвязи между аутоиммунными процессами и работой вегетативной нервной системы.

Интервью записала: Мария Зайцева



Аветисян Г.Р., Аничков Д.А., Клименко А.А., Донцова А.И. Параметры вариабельности сердечного ритма у больных системной склеродермией: взаимосвязь с характеристиками заболевания и проводимой терапией. РФК. 2025; 21(3):264-274.



Аветисян Г.Р., Аничков Д.А., Клименко А.А. Ранняя диагностика кардиальной автономной дисфункции у больных системной склеродермией. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2025; 24 (6): 4440.

НАУКА

Уролитин А как средство новой болезнь-модифицирующей терапии

Ученые Пироговского Университета ведут перспективную разработку нового подхода в области онкологии — болезнь-модифицирующей терапии. Она не заменяет классические методы, но сможет влиять на микроокружение раковых клеток, делая среду менее благоприятной для их роста и распространения. Одним из самых многообещающих препаратов-кандидатов для такой терапии является природное соединение — уролитин А. Исследования показывают, что он способен «обучать» иммунные клетки пациента эффективнее атаковать опухоль, открывая новые возможности для долгосрочного контроля над болезнью. Об исследовании рассказал Владимир Станиславович Роговский, старший научный сотрудник лаборатории молекулярной фармакологии, доцент кафедры молекулярной фармакологии и радиобиологии имени академика П.В. Сергеева Института биомедицины (МБФ) Пироговского Университета.

О новой концепции терапии и ее целях

Для лечения опухолей разработаны и используются различные методы — химиотерапия, облучение, таргетная терапия. Эти классические подходы в ряде случаев позволяют достичь значительного прогресса в контроле заболевания, но, к сожалению, зачастую не справляются с болезнью, особенно на поздних стадиях, и при этом имеют массу тяжелых побочных эффектов. Имеются потребности в лекарственных средствах, которые не обладают столь серьезными побочными эффектами, но при этом благоприятно влияют на течение болезни при долгосрочном приеме, воздействуя на глубинные механизмы онкогенеза.

Термин «болезнь-модифицирующая терапия» пришел из ревматологии и неврологии — например, его используют при описании препаратов для лечения рассеянного склероза (ПИТРС — препарат, изменяющий течение рассеянного склероза). Такая терапия не излечивает полностью, но облегчает течение болезни. Например, пациент с рассеянным склерозом на эффективной терапии «перестает ухудшаться». По сути, эта терапия замедляет или полностью останавливает прогрессирование заболевания.

Если применить подобный подход к онкологии, то идеальный препарат должен соответствовать двум критериям. Во-первых, он должен иметь благоприятный профиль безопасности для длительного приема. А во-вторых, обладать иммуномодулирующим действием, то есть влиять на иммунную систему, в идеале — хотя бы частично подавлять опухолевую иммуносупрессию. Это состояние, когда сама опухоль подавляет работу иммунной системы.

О связи опухолей и хронического воспаления

Подобная терапия, скорее всего, должна быть нацелена на хроническое воспаление, потому что опухоль практически всегда с ним связана. Еще в XIX веке ученый Рудольф Вирхов назвал ее «раной, которая никогда не заживает». Это очень точное наблюдение: опухоль — это постоянный источник факторов воспаления, различных цитокинов (например, интерлейкина-6), которые дезориентируют иммунитет. Из-за этого хронического воспаления иммунная система начинает работать хуже. Хотя она в принципе «понимает», что опухоль — чужеродный объект, и может ее уничтожить, она оказывается подавлена. Опухоль всегда создает вокруг себя зону иммунного подавления. Соответственно, цель исследователей — снять этот блок, и желательно с помощью безопасных средств.

риентируют иммунитет. Из-за этого хронического воспаления иммунная система начинает работать хуже. Хотя она в принципе «понимает», что опухоль — чужеродный объект, и может ее уничтожить, она оказывается подавлена. Опухоль всегда создает вокруг себя зону иммунного подавления. Соответственно, цель исследователей — снять этот блок, и желательно с помощью безопасных средств.

Как работает уролитин А

Один из перспективных кандидатов на эту роль — вещество уролитин А. Это продукт обмена веществ кишечной микробиоты, который вырабатывают симбиотические кишечные бактерии. Человек употребляет в пищу определенные вещества (например, содержащиеся в гранате), они попадают в кишечник, но не всасываются сами, а становятся пищей для бактерий. Те, в свою очередь, перерабатывают их и производят в том числе уролитин А, который уже усваивается макроорганизмом. Проблема в том, что не у всех людей есть необходимые для этого бактерии. Поэтому появляется смысл исследовать его как самостоятельный препарат.

Уролитин А обладает хорошей биодоступностью по сравнению с другими полифенолами, но специалисты Пироговского Университета работают над тем, чтобы сделать ее еще выше.

Результаты исследований и их практическое применение

Последние работы команды Пироговского Университета показали, что уролитин А способен увеличивать активность иммунных клеток у пациентов с раком простаты. Эти исследования проводились *in vitro* («в пробирке»): брали кровь пациентов, выделяли из нее иммунные клетки и смешивали с опухолевыми. Эксперименты продемонстрировали, что уролитин А значительно повышает способность иммунных клеток уничтожать клетки опухоли. А у онкологических пациентов как раз эта функция часто сильно снижена. Можно предположить, что первичное нарушение в работе иммунитета — одна из ключевых причин, почему мутировавшая клетка изначально «проскальзывает» мимо защитных механизмов.

Кроме того, было показано, что уролитин А эффективно работает в модели хронического воспаления. В качестве такой модели можно использовать сами опухолевые клетки, поскольку они постоянно производят провоспалительные факторы. Выяснилось, что уролитин А может снижать выработку этих факторов опухолевыми клетками. И что критически важно — он функционален в тех концентрациях, которые принципиально достижимы в плазме крови человека. Это открывает прямой путь к созданию препарата для адъювантной терапии, который можно будет назначать пациентам для поддержания ремиссии и предотвращения рецидивов.

Широта терапевтического потенциала: другие области медицины

Практическое применение уролитина А не ограничится онкологией. Он может бороться с хроническим воспалением — «тихим убийцей» организма. В отличие от острой воспалительной реакции, хронический процесс человек не чувствует, но чем выше его уровень, тем больше риск развития разных заболеваний: аутоиммунных, сердечно-сосудистых, онкологических, ревматических. Поэтому в будущем уролитин А может стать основой для препарата, снижающего общий уровень хронического воспаления в организме. Его можно будет применять профилактически или уже при наличии заболевания — чтобы за счет снижения воспаления улучшить прогноз.

Краеугольный камень здесь — безопасность. Пациент может и так получать лечение с серьезными побочными эффектами, и часто на поздних стадиях выигрыш невелик, а качество жизни значит очень много. Крайне важно предложить возможность дополнить основную терапию безопасной поддержкой, которая как минимум не навредит.

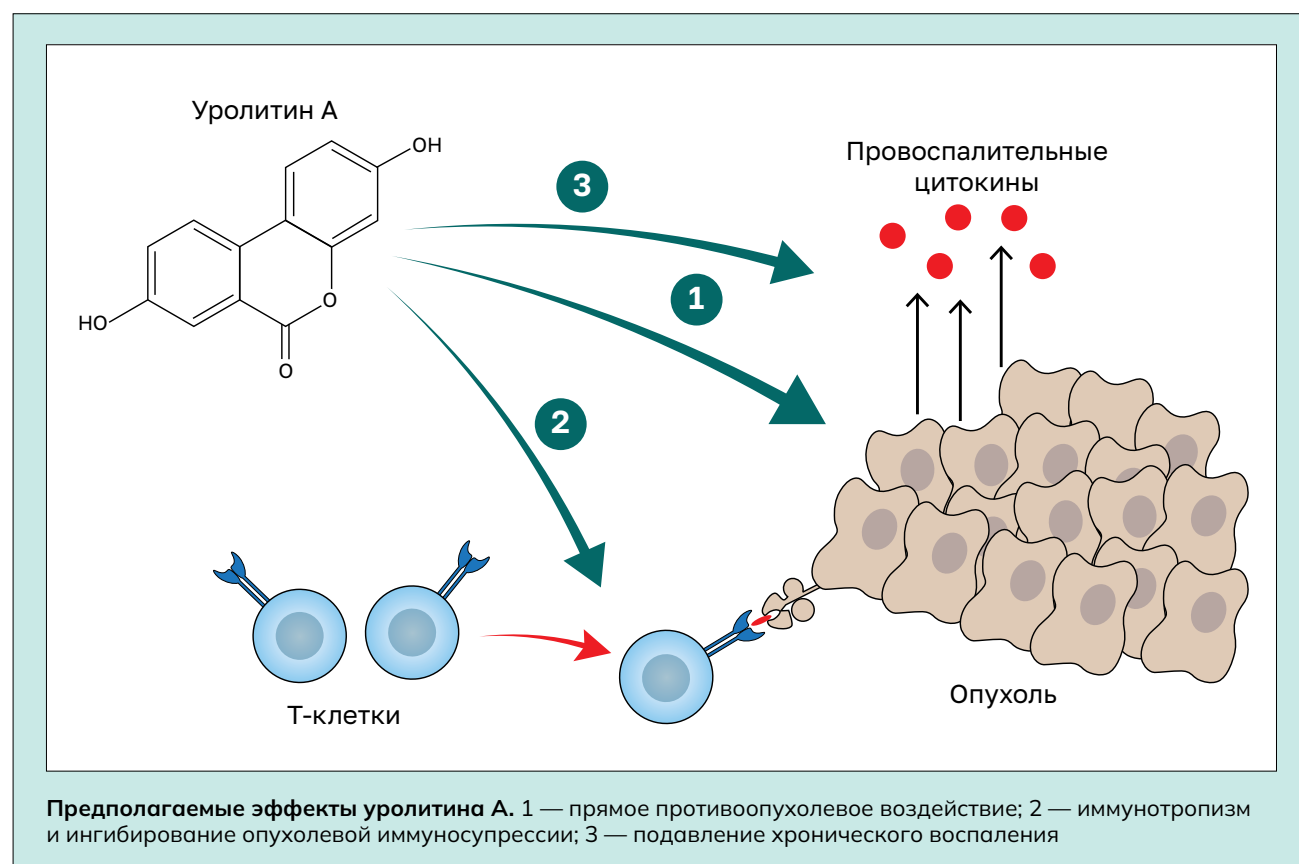
Еще одно перспективное направление — препараты для местного применения. Например, крем или мазь для лечения локального воспаления: при артрите, ревматоидных или кожных аутоиммунных заболеваниях. Сейчас для этого часто используют гормональные мази, которые подавляют местный иммунитет и не годятся для длительного использования. Перспективный препарат на основе уролитина А можно будет безопасно применять дольше.

Этапы разработки препарата и стратегия клинических исследований

Исследователи выстроили четкий план работы. Первый этап уже пройден: подтверждена противоопухолевая активность уролитина А в исследованиях *in vitro* на клетках пациентов. Следующий шаг, который сейчас реализуется, — создание новой формулы уролитина А с повышенной биодоступностью (то есть той, что будет лучше всасываться в кишечнике). Затем — ее синтез. Дальше по плану — создание готового лекарственного средства и получение разрешений для клинических исследований: сначала на здоровых добровольцах, а в перспективе — и на пациентах с опухолями.

Организация полноценных клинических исследований — сложная и длительная задача. А, к примеру, испытания того же крема для местного применения провести, может быть, проще и быстрее. Поэтому команда Пироговского Университета сознательно движется по нескольким направлениям параллельно, работа ведется сразу над несколькими формами будущего препарата, чтобы в итоге выбрать наиболее эффективный путь и быстрее дать пациентам новый инструмент в борьбе с болезнью.

Интервью записала: Мария Зайцева



НАУКА

В борьбе с ошибками иммунной системы

Регуляторная компонента адаптивного иммунитета — перспективный инструмент в терапии аутоиммунных и аллергических заболеваний, хронических воспалительных процессов, при трансплантации крови и органов. Важность этого направления подчеркивает и то, что в 2025 году фундаментальные открытия в области периферической иммунной толерантности были отмечены Нобелевской премией по физиологии и медицине. О регуляторных клетках иммунной системы и потенциале их использования в клинической практике рассказал Дмитрий Михайлович Чудаков, д.б.н., член-корреспондент РАН, директор Научно-исследовательского института трансляционной медицины Пироговского Университета, заведующий отделом геномики адаптивного иммунитета Института биоорганической химии имени академиков М.М. Шемякина и Ю.А. Овчинникова РАН, профессор Сколтеха.

— Расскажите, пожалуйста, о регуляторных Т-клетках.

— Регуляторные Т-лимфоциты (Treg) — это одно из самых ярких открытий в современной иммунологии. В каждом из нас десятки и сотни тысяч клонов этих клеток, и каждый клон несет свой Т-клеточный рецептор, который узнает молекулу, против которой мы не хотим возбуждать ответ иммунной системы. Это память о том, против чего наша иммунная система не должна активироваться. Treg — хранители памяти нашего гармоничного взаимодействия с нашим собственным телом и с окружающей средой.

Мы не хотим, чтобы иммунная система атаковала наши собственные ткани.

Мы не хотим, чтобы иммунная система конфликтовала с нашей микробиотой — в нашем кишечнике живут бактерии в количестве, сопоставимом с числом клеток нашего собственного организма. Для нас это в основном дружественные организмы. Мы не хотим, чтобы иммунная система в этой конкретной локации с ними сражалась.

Мы не хотим, чтобы иммунная система негативно реагировала на то, что мы едим, и на то, что мы вдыхаем.

Всё наше взаимодействие с телом и с окружающим миром с точки зрения иммунной системы должно быть разумно толерантным.

Адаптивная иммунная система эволюционно устроена очень тонко и сложно, чтобы защитить нас от всевозможного разнообразия патогенов. И из-за этого же она опасна. Потому что в огромной коллекции ключей — Т-клеточных рецепторов — всегда найдется такой, что распознает собственные молекулы как чужеродные или провзаимодействует с чем-то из окружающей среды, с чем мы хотели бы оставаться в гармонии. С самых первых дней жизни ребенок знакомится с окружающим миром — с пищевыми и воздушными антигенами, с бактериями, с кошками и собаками... И новые Т-лимфоциты, которые производит его иммунная система, тоже знакомятся с окружающим миром. А еще они знакомятся с собственным телом. Они выходят из тимуса на периферию, путешествуют по организму и теоретически могут активироваться и атаковать собственные ткани. Этот процесс нужно контролировать. И делают это Treg, которые запоминают информацию о безопасных антигенах и не дают иммунной системе активироваться при встрече с ними.

Полноценная иммунная система, как мы ее сегодня себе представляем, без участия Treg невозможна. Это ключевой противовес, который контролирует иммунный ответ в течение всей нашей жизни и обеспечивает гармоничные взаимоотношения с окружающей средой и защиту от аутоиммунитета.

— Сейчас в мире активно развиваются клеточные технологии. Чем исследование Т-клеток интересно ученым? Почему эти открытия важны?

— Научившись управлять антиген-специфичными ответами Treg, мы научимся контролировать и фактически прекращать развитие аутоиммунных заболеваний. Эти заболевания — классический пример того, как по какой-то ошибке, по стечению обстоятельств, у организма не хватило правильных клонов Treg, которые бы вовремя остановили иммунную систему.

Мы учимся направленно, антиген-специфично подавлять иммунный ответ: либо привносим клоны Treg, способные остановить иммунную реакцию, либо используем так называемые толерогенные вакцины — «вакцины наоборот», которые вместо того, чтобы провоцировать ответ иммунной системы на конкретные антигены, вызывают ее толерантность через ответ клонов Treg, то есть подсказы-



вают иммунной системе, что «давай запомним, что это — хорошее, против этого мы бороться не хотим».

Я думаю, что разработки на основе Treg войдут в широкую клиническую практику в следующие пять — десять лет, это одно из самых перспективных направлений иммуномедицины.

Эти клетки умеют тормозить иммунную систему, и они делают это очень тонко и умно. В нужном месте, в нужное время и против конкретных молекул, которые не нужно атаковать. Например, у нас в кишечнике присутствует как здоровая микробиота, полезные бактерии-комменсалы, так и какая-то кишечная инфекция. Т-клеточная память позволяет иммунной системе разобраться, что хорошее, а что плохое. Мы же не хотим нанести вред кишечнику, мы хотим аккуратно убрать патогенные инфекции из организма, не входя при этом в конфликт с собственной микробиотой (иначе начнется хроническое воспаление, язвенный колит или другие воспалительные заболевания кишечника). Клоны регуляторных Treg позволяют направленно и специфично подавить иммунный ответ именно там, где он нам не нужен.

Treg защищают организм от аутоиммунитета, аллергии, хронических воспалений и, соответственно, во всех тех ситуациях, когда мы сталкиваемся с ошибкой иммунной системы: например, когда она начинает атаковать наши собственные ткани, или когда всё-таки «входит в конфликт с яблоком и орехом», или когда у нас по какой-то причине (это более тонкая материя) возникает хроническое воспаление, мы понимаем, что в ее основе лежит нарушение баланса между эффекторной и регуляторной компонентами иммунитета. Во всех этих ситуациях использование Treg, задействование их функционала в том или ином виде, может позволить исправить ошибки иммунной системы и восстановить ее полноценную, нормальную и гармоничную работу, фактически убрать, устранить первопричину заболевания. Это, наверное, один из самых мощных инструментов для терапии аутоиммунных заболеваний, который можно себе представить. Потому

что это природная функция Treg — подавлять нежелательные иммунные реакции.

Кроме того, Treg можно использовать для подавления аллогенных ответов при трансплантации крови и солидных органов. Такие исследования идут сейчас в Национальном медицинском исследовательском центре детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева. Для того чтобы остановить реакцию «трансплантат против хозяина», можно использовать Treg, и они действительно позволяют предотвратить осложнения. Таким образом, Treg и технологии на их основе могут использоваться для терапии аутоиммунных заболеваний, аллергических заболеваний, хронических воспалительных процессов, при трансплантации крови и органов, потому что они подавляют избыточный, нежелательный, ошибочный ответ иммунной системы.

И есть другая сторона вопроса. Если мы перевернем доску на 180 градусов, то увидим, что регуляторные Т-лимфоциты иногда наносят и вред. Раковая опухоль в человеке обычно развивается много лет, и она развивается во взаимодействии с иммунной системой. В том числе в этом эволюционирующем в нашем организме взаимодействии рождаются клоны Treg, которые опухоль использует в свою пользу. Больше того, она провоцирует иммунную систему на образование клонов Treg, которые подавляют иммунный ответ против опухоли.

Собственно, действие первого чекпойнт-ингибитора (антитела к молекуле CTLA-4), за который дали Нобелевскую премию в 2018 году, основано именно на подавлении действия регуляторных клеток. CTLA-4 — это одна из ключевых эффекторных молекул Treg, которую они используют для подавления функционала эффекторных Т-клеток, в том числе в опухолевом окружении.

Но это грубый способ вмешательства в работу иммунной системы. Потому что чекпойнт-ингибитор глобально подавляет регуляторные клетки, глобально активирует разные Т-лимфоциты, которые могут атаковать опухоль, но при этом возникает масса побочных (по сути, аутоиммунных) реакций.

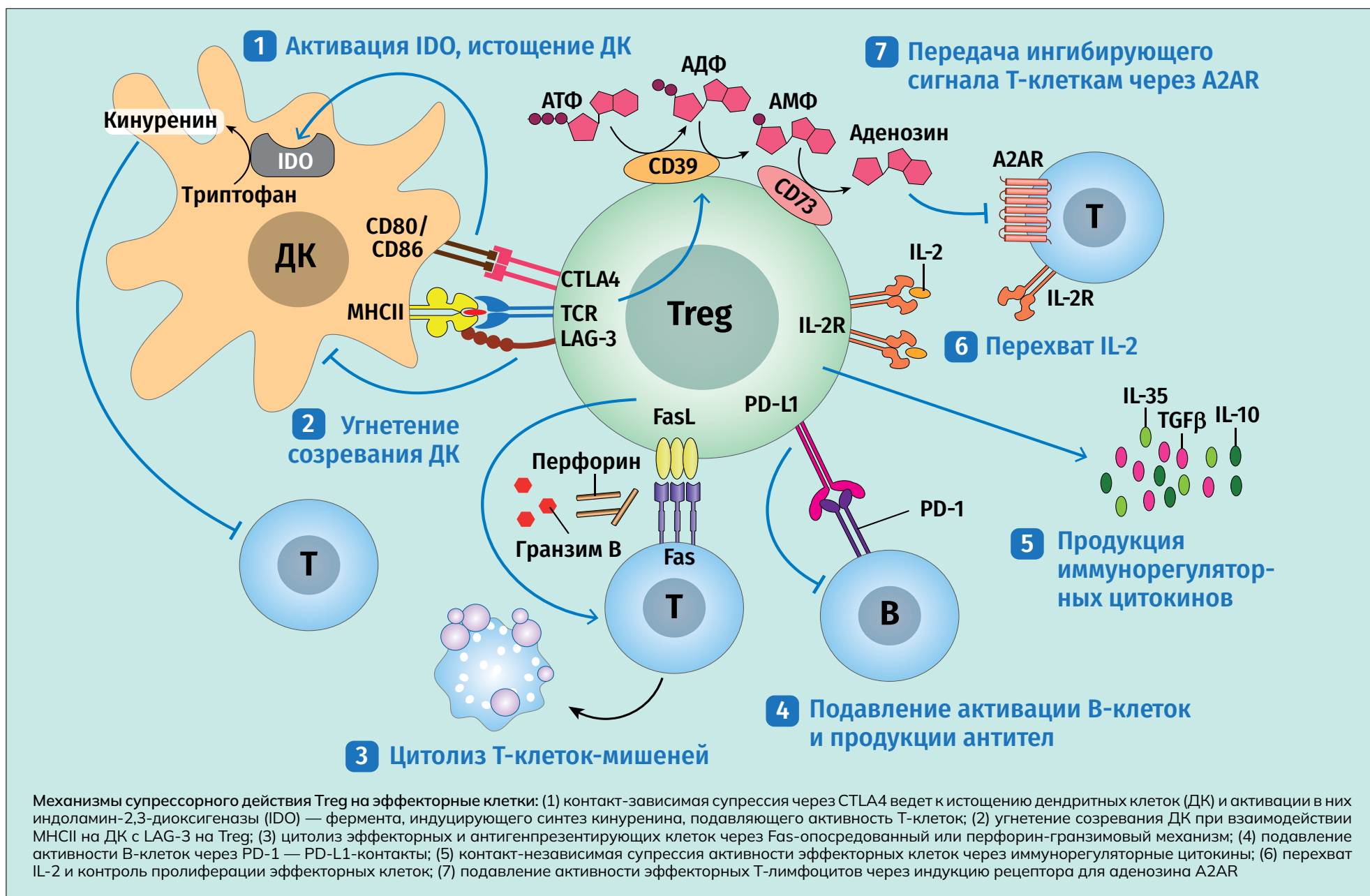
Очевидно, что необходимо научиться подавлять не абсолютно все регуляторные Т-лимфоциты, а только те, которые мешают иммунной системе атаковать опухоль. Отчасти на это направлены технологии онковакцин, которые сейчас активно развиваются, — сдвинуть баланс от иммунной толерантности, которую поддерживают Treg, в сторону активного иммунного ответа, за который ответственные эффекторные Т-клетки, атакующие опухолевые антигены.

Иными словами, в современной иммунологии регуляторные Т-лимфоциты — это краеугольный камень имунотерапевтических разработок по большинству направлений, которые сегодня можно придумать. И конечно, без понимания природы регуляторных Т-клеток невозможно эффективно работать над новыми эффективными терапевтическими вмешательствами.

В НИИ трансляционной медицины Пироговского Университета мы также изучаем Treg. Уже есть очень интересные находки в транскриптомике (анализе экспрессии генов) единичных клеток, анализе сплайсинга (процесс созревания молекул матричной РНК. — Прим. ред.).

Это фундаментальное направление исследований, где можно слой за слоем открывать новые смыслы в биологии иммунных клеток, лучше понимать, как они работают, а значит, приближаться к новым технологиям использования их в клинической практике. Этот путь иногда занимает много лет, но по нему очень интересно и на самом деле необходимо идти.

НАУКА



Также мы работаем по нескольким прикладным направлениям, в которых регуляторные Т-клетки рассматриваются как инструменты для непосредственного внедрения в клиническую практику. Мы взаимодействуем, как я упомянул выше, с Национальным медицинским исследовательским центром детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева по использованию Treg в профилактике ответа «трансплантат против реципиента» при трансплантации клеток крови. Мы движемся в сторону Treg-TCR-T-терапии аутоиммунных заболеваний. Надеюсь, что в ближайшие несколько лет мы сделаем реальные шаги в этом направлении, в сторону клинической практики. Мы также работаем над толерогенной вакциной, которая индуцирует дифференцировку клональных популяций антиген-специфичных Treg.

Мы много лет очень эффективно и плодотворно взаимодействовали с Лабораторией Александра Руденского в Нью-Йорке, кстати, выпускника Пироговского Университета.

Нужно сказать, что направление, за которое вручена Нобелевская премия 2025 года по физиологии и медицине, абсолютно заслуживает этой награды, это важнейшая веха в развитии современной медицины.

Что касается состава лауреатов, то я думаю, что всем иммунологам мира понятно, что Шимон Сакагучи и наш соотечественник Александр Руденский — это два равновеликих исследователя, которые больше всех сделали в этой области. И то, что Александра Юрьевича не включили в ряд лауреатов, — неприятно, я бы сказал, непорядочно. Но на самом деле это всего лишь премия, и я думаю, что в конечном итоге все понимают, чей вклад чего стоит. Лауреаты, получившие премию, очевидно, тоже вложили очень много, здесь никаких вопросов нет.

Вся история регуляторных Treg, которую мы сегодня знаем, началась в 2000-х. В 2001 году была опубликована первая работа об открытии ключевого транскрипционного фактора, который определяет программу регуляторных Т-лимфоцитов. Т-клетки, экспрессирующие FOXP3, эффективно

подавляют активацию атакующих эффекторных Т-лимфоцитов.

Долгое время главенствовала парадигма, что Treg подавляют работу иммунной системы без учета антигенной специфичности. Однако эта точка зрения оказалась не совсем верной. Treg антиген-специфичны, каждый их клон отвечает за неагрессивность (толерантность) иммунной системы по отношению к определенному антигену. И именно совокупность Treg важна для нашего гармоничного существования и гармоничной работы иммунной системы.

Эффективное клиническое вмешательство, скорее всего, будет основано именно на клональных, специфичных к своему антигену популяциях Treg. С этим может быть связана некоторая задержка на пути в практику, потому что первые попытки лечить аутоиммунные заболевания путем переливания большого количества Treg (или полученного *in vitro* пула клеток, временно ведущих себя как Treg) не показали достаточной эффективности, что вызвало определенный скептицизм к этим методикам в профессиональном сообществе.

Также начало развиваться новое направление клеточной терапии на основе CAR-T-технологии. В классическом варианте CAR-T-антителоподобная молекула помещается на поверхность Т-лимфоцита, чтобы он мог атаковать опухоль. В области регуляторного иммунитета речь идет о Treg-TCR-T. То есть Т-клеточный рецептор (TCR, от англ. T-cell receptor), определяющий, какую молекулу Т-лимфоцит должен узнать, переносят в Treg пациента.

Еще один подход — толерогенная вакцина, которую я упомянул выше. Она индуцирует дифференцировку клональных популяций Treg, отвечающих за толерантность по отношению к входящим в состав вакцины конкретным антигенам, а не ко всему на свете. Такой умный антиген-специфичный подход может работать, это фундамент периферической иммунологии, это основная работа Treg, они для этого сделаны эволюцией.

Я думаю, что сегодня все иммунологи мира сходятся в понимании, что если удастся преодолеть

некие технологические барьеры (а первые испытания начинаются в мире уже сейчас), то это будет один из самых мощных или самый мощный инструмент для терапии такого рода заболеваний, связанных с ошибками иммунной системы.

— **Связана ли склонность к аутоиммунным заболеваниям с мутациями в каких-нибудь генах?**

— Да, такие мутации есть, но это достаточно редкие генетические дефекты. В общей массе аутоиммунные заболевания связаны не с поломкой генов (хотя некоторые генетические предрасположенности, конечно, есть), а с определенной ошибкой, допущенной иммунной системой. Она атаковала, защищала организм от какого-то патогена, сформировался клон атакующих Т-лимфоцитов. Оказалось, что он чуть-чуть, но может узнавать и собственные клетки. И оказалось, что его активность недостаточно контролируют Treg, которые в норме это делают. Это случается редко, но это случается.

Иммунная система довольно упрямая штука. Если она опознала объект как что-то чужое и опасное, то убедить ее в обратном сложно. Она продолжает раз за разом атаковать собственную ткань, приводит к ее истощению, хроническому воспалению и к разным неприятным последствиям. Эта ошибка иммунной системы происходит с некой вероятностью. Известны ситуации, когда из двух близнецов один заболел, а второй нет. Это ярко показывает, что заболевание не предопределено генетически.

Иммунная система принимает за нашу жизнь миллионы решений, она делает это очень точно, но, когда решений так много, иногда она всё-таки ошибается. И к сожалению, эта ошибка может закрепиться и выразиться в хроническом аутоиммунном ответе.

А Treg — это способ защитить нас от такой ситуации естественным образом, а также ключ к разработке технологий, которые сделают это в рамках медицинской помощи. Нам нужно только объяснить и подсказать иммунной системе, что именно сделано не так.

Интервью записала: Мария Зайцева



КЛУБ ВЫПУСКНИКОВ

Врач — не просто профессия, это состояние души

Армаис Альбертович Камалов — д.м.н., профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки Российской Федерации, врач-уролог, директор Университетской клиники Медицинского научно-образовательного института МГУ им. М.В. Ломоносова, заведующий кафедрой урологии и андрологии факультета фундаментальной медицины МГУ им. М.В. Ломоносова, выпускник 2-го МОЛГМИ им. Н.И. Пирогова. Армаис Альбертович рассказывает «Университетской газете» о том, почему он решил стать врачом, как нелегко поначалу давалась учеба в Пироговском Университете, о своем пути в профессии, преподавании и многом другом.

Решение стать врачом

Я жил в Тбилиси, окончил русскую школу в этом городе. Мои родители не имели медицинского образования, но наша мама всегда очень внимательно относилась к здоровью. И она очень хотела, чтобы мы со старшим братом стали врачами. Позже мой брат, став первокурсником Второго меда, тоже начал уговаривать меня идти в медицинский. На каком-то этапе ему удалось повлиять. Я поехал вслед за братом в Москву.

Самый высокий рейтинг мединститут был за Вторым медом. Там преподавали и возглавляли кафедры выдающиеся люди. Потому именно туда и брат, и я направились. Это была совершенно уникальная возможность оказаться в одном из лучших медицинских вузов, попытаться найти себя в качестве врача, ученого. Мой брат поступил во Второй мед в 1977 году, а я — в 1978-м.

Учеба на первом и втором курсах давалась мне нелегко. У нас были требовательные преподаватели, серьезные кафедры. Сказывалось то, что к поступлению в медицинский вуз я особо не готовился. Вкус к учебе я почувствовал, когда начался третий курс. Появились уже медицинские дисциплины, благодаря чему ты вдруг начинаешь ощущать, что уже непосредственно связан с пациентами, хотя пока и в качестве студента. У меня возник огромный интерес к познанию этой большой науки — медицины, к клинической работе, и вот тогда с учебой пошло всё просто здорово. И если бы мне сейчас, через много лет после окончания института, вдруг предложили вновь выбрать свою профессию, я точно бы снова выбрал ту же, потому что врач — не просто профессия, это состояние души. Совершенно другая степень ответственности.

Выбор пути в профессии

Я не сразу пришел к мысли стать урологом. Это было дело случая. На выездной конференции молодых ученых, в работе которой участвовали и студенты, я познакомился с Вячеславом Анатольевичем Козловым — в то время ассистентом кафедры урологии и оперативной нефрологии Второго меда. Он спросил меня о том, кем я хочу стать. Мне тогда было трудно ответить на этот вопрос, потому что я в то время не определился с выбором. И тут я услышал от него: «Только урология. Это прекрасная специальность». Вячеслав Анатольевич сказал, что представит меня замечательному профессору, который руководит кружком урологии во Втором меде. Сдержал обещание: познакомил с Евсеем Борисовичем



Мазо — большим ученым, очень интеллектуальным человеком. И с третьего курса я попал в кружок урологии. Евсей Борисович задавал высокую планку тем знаниям, которые мы должны были иметь.

В кружке урологии мы получили очень хорошие теоретические знания. Когда на четвертом курсе начался цикл урологии, некоторые преподаватели считали, что должны обучать нас азам, но мои знания были уже гораздо глубже. К тому времени я по ночам дежурил в отделении урологии Первой Градской больницы — на клинической базе Второго меда. Во время дежурства Вячеслава Анатольевича я сопровождал его в операционную и ассистировал на операциях. Уже тогда стало очевидно: я выбрал ту профессию, которой хочу посвятить всю свою жизнь.

От лаборантской пробирки к вершинам знаний

Окончив Второй мед, я устроился на работу во Всесоюзный научный центр хирургии (ВНЦХ), где Борис Васильевич Петровский, бывший министр

здравоохранения, был и директором этого Центра. Его заместителем был Эдуард Никитич Ванцян — член-корреспондент Академии наук, крупный специалист по заболеваниям пищевода. Я попал в отделение пересадки органов. Это была оперативная нефрология, совершенно другая специальность. А я мечтал об урологии, очень хотел продолжать свою профессиональную деятельность как уролог. Набрался смелости и пришел к Ванцяну с просьбой посодействовать мне в этом плане. Подумав, он взял телефонную книжку и... набрал номер телефона самого Николая Алексеевича Лопаткина, который был тогда заведующим кафедрой во Втором меде и директором Института урологии, базирующегося на базе 47-й больницы на 3-й Парковой. Рассказал о моем желании работать урологом, попросил принять меня. Прихожу к Лопаткину, желая произвести впечатление на великого академика, рассказываю о кружке, дежурстве в Первой Градской и т.д. Когда я закончил свой монолог, Николай Алексеевич спросил: «Лаборантом пойдете работать?»

Это был момент истины. С одной стороны, мне предлагает работу академик, великий уролог, с другой — я лаборант... Естественно, я дал свое согласие. Это была уже новая жизнь, сбывшаяся мечта. Урология совершенно другого уровня. В Институте урологии внедрялись самые передовые технологии, там я имел счастье работать с великими врачами, учеными, прекрасными специалистами своего дела. Наверное, с этого началась моя практическая жизнь врача-уролога.

В фокусе внимания — мужской организм

В Институте урологии я проработал достаточно долго. Там сформировался как врач и ученый. Я занимался тогда разработкой научной темы «Эндоскопическое дробление камней мочеточника». У меня был всего один эндоскоп, а также электрогидравлический аппарат, с помощью которого я дробил камни, и несколько захватов, которые позволяли мне извлечь элементы раздробленного камня из мочеточника. В то время это была передовая работа, сегодня уже рутина, ее выполняют в каждой клинике. Конечно, в той медицине только зарождалась эндоскопия, в урологии еще не применялись лапароскопические вмешательства, в основном были открытые операции. Я был одним из тех, кто разрабатывал совершенно уникальные методики эндоскопического лечения различных урологических заболеваний под руководством профессора Валентина Яковлевича Симонова, который



Со своим учителем Николаем Алексеевичем Лопаткиным



На конгрессе Европейской ассоциации урологов с Н.А. Лопаткиным

КЛУБ ВЫПУСКНИКОВ



С В.В. Путиным, присвоение звания «Заслуженный деятель науки Российской Федерации», 2015 год



С М.В. Мишустиним, награждение орденом Александра Невского, 2020 год

был родоначальником эндоскопической урологии в нашей стране.

В моей профессиональной жизни произошли изменения, когда Николай Алексеевич предложил мне возглавить отдел андрологии, это было новое направление в медицине. В этом отделе мы занимались разработкой и внедрением новых методов диагностики и лечения заболеваний мужской половой сферы, в том числе предстательной железы, мужского бесплодия, эректильной дисфункции, изучали и другие проблемы. И на каком-то этапе я предложил Николаю Алексеевичу создать междисциплинарное направление «Мужское здоровье», в котором, помимо урологов, были бы задействованы и специалисты других профилей. Предложение было услышано, и в 2003 году в Академии наук прошла первая конференция, собравшая огромное количество академиков, в том числе и из Второго меда. Нам удалось собрать необходимый консенсус ученых, позволивший создать как новое направление в медицине, так и новую медицинскую общественную организацию. За что мы впоследствии получили общественную премию «Лучший врач России».

Особенности преподавания медицины в МГУ

Так сложилось, что Николай Алексеевич «по определенным обстоятельствам» покинул должность директора Института урологии, который создавал своими руками. После его ухода из Института урологии я понял, что мне надо где-то искать возможность для своего дальнейшего научного и практического развития. На факультете фундаментальной медицины МГУ в 2003 году была вакан-

сия профессора, заведующего курсом урологии. Этот факультет был создан в 1992 году первым приказом ректора МГУ, когда им был избран Виктор Антонович Садовничий. Он воссоздал медицинское образование в стенах классического университета. Так я стал преподавать студентам на этом факультете урологии.

И вот тут открылась моя новая образовательная стезя. Я стал вспоминать всю ту урологию, которая начиналась у меня, когда я был студентом 2-го МОЛГМИ. Я очень четко понимал, что обучающимся необходимо почувствовать значимость этого предмета в медицине. И старался найти в студентах тех, кто в последующем хотел бы продолжить свою врачебную жизнь в урологической практике.

Когда я стал заведовать кафедрой урологии и андрологии, мне стала нужна клиническая база. Помимо того, что она была в Институте урологии, я еще попросил моего друга Георгия Натановича Голухова, тоже выпускника Второго меда, который был тогда главным врачом 31-й больницы, предоставить урологическое отделение в качестве базы для кафедры МГУ. Он с радостью согласился и всячески помогал в развитии урологии.

В 2014 году, увидев во мне еще и организаторские способности, Виктор Антонович Садовничий предложил возглавить, по сути, первую Университетскую клинику в стенах классического университета в нашей стране. Много было работы. Всё надо было начинать буквально с нуля: от лицензирования учреждения до ввода его в эксплуатацию. Наверное, наша Университетская клиника является самой молодой по сравнению с другими федеральными центрами. Но за это время мы стали достаточно

серьезной клиникой с хорошими технологическими возможностями. Несколько лет подряд мы входим в топ-10 лучших клиник.

В одном из лучших медицинских вузов

Помимо организационной и научно-практической работы, я занимаюсь еще и общественной деятельностью. С прошлого года я вошел в состав Совета при Президенте РФ по реализации государственной демографической и семейной политики. Кроме этого, возглавляю секцию по биотехнологии и медицинскому приборостроению в Научно-техническом совете госкорпорации «Ростех», участвую в работе Совета Федерации в качестве председателя Экспертного совета Межпарламентской комиссии России и Армении.

Часто вспоминаю наших учителей из Второго меда, оставивших неизгладимый след в моей жизни. Конечно, в первую очередь это Николай Алексеевич Лопаткин, он просто часть моей жизни. Уникальный ученый — ректор 2-го МОЛГМИ Юрий Михайлович Лопухин. Следующий ректор института — известный ученый-биолог Владимир Никитич Ярыгин. Великие ученые и педагоги — Галина Михайловна и Виктор Сергеевич Савельевы, Евгений Иванович Гусев и многие другие.

Наш любимый Пироговский Университет выпустил большую плеяду замечательных ученых. Когда проходят выборы в Академию наук, я внимательно смотрю, кто выдвигается из «наших». Мне бы хотелось, чтобы Второй мед всегда оставался одним из лучших медицинских вузов, продолжая свои традиции. И я уверен, что так и будет.

Интервью подготовила: Т.В. Яковлева



Обход урологического отделения со студентами и ординаторами



Консультация пациента в кабинете ультразвуковой диагностики



КУЛЬТУРА И ТВОРЧЕСТВО

Семья. Профессия. Университет

Пироговский Университет всегда славился не только высоким уровнем образования и научными достижениями, но и особой атмосферой уважения, человечности и преемственности поколений. Именно эти ценности легли в основу программы «Семья. Профессия. Университет», реализуемой направлением «Культура и творчество» при поддержке программы «Росмолодежь. Гранты». Проект направлен на сохранение семейных медицинских традиций, воспитание уважения к профессии врача у детей сотрудников и студентов, развитие гуманистических установок, без которых невозможно истинное служение медицине.

«Семья. Профессия. Университет» — это серия культурных и просветительских мероприятий, объединяющих детей сотрудников Университета, их родителей и студентов-медиков. Через спектакли, концерты и творческие мастер-классы проект создает эмоциональное пространство, где дети могут не только прикоснуться к традициям медицины, но и почувствовать сопричастность к профессии родителей, увидеть живой пример преданности делу.

Первым событием программы стал показ интерактивного спектакля «Время врачей», состоявшийся 13 сентября. Гости Университета смогли увидеть театральное путешествие двух героев — студента Максима и абитуриентки Оли, которые ищут ответы на сомнения в выборе будущей профессии. На сцене ожили великие врачи прошлого — герои знаменитого панно Пироговского Университета «Консилиум великих врачей мира»: Николай Пирогов, Авиценна, Луи Пастер, Иван Павлов, Кристиан Барнард и Николай Амосов. Каждый из них передал героям и зрителям свои ценности — человечность, ответственность, любовь к знаниям, неравнодушие и преданность призванию. Перед спектаклем прошли мастер-классы для детей, где юные участники смогли попробовать себя в роли исследователей, осваивая основы оказания первой помощи, шовное дело и инструментальную диагностику. Такое сочетание искусства и практического опыта позволило участникам глубже понять, что профессия врача требует не только знаний, но и души.



6 октября в Университете прошел концерт «Будь как мама», приуроченный к Международному дню врача. Это событие стало еще одним ярким этапом проекта, напомнившим о том, что медицина — не просто профессия, а наследие, передающееся с любовью и гордостью. Концерт состоялся в холле у рояля перед аудиторией А1 и собрал студентов, преподавателей, сотрудников и их семьи. Перед началом мероприятия прошли мастер-классы Студенческого научного общества, где дети познакомились с миром медицины через интерактивные задания. В концертной программе прозвучали стихи, инструментальные и вокальные произведения, объединенные одной темой — любовью к профессии и уважением к людям, выбравшим путь врача. На одной сцене выступили студенты-медики и дети сотрудников: были представлены номера «Мама и дочка», «Четыре таракана и сверчок», «Нарисовать мечту», а также музыкальные произведения «Старый рояль», «Любовь настала», «Россия — Родина моя». Теплая атмосфера концерта объединила поколения, а участие семейных ансамблей наполнило вечер особым чувством сопричастности и благодарности врачебному труду.

Завершающим направлением проекта станет серия публикаций о семейных медицинских династиях, связанных с Пироговским Университетом. Эти истории расскажут о врачах и ученым, для которых медицина стала не просто делом жизни, а семейной

традицией. В настоящее время ведется сбор информации о таких династиях, чтобы сохранить память о врачах, посвятивших себя служению людям, и показать, что преемственность поколений в медицине — это основа профессионального сообщества.

Уникальность проекта заключается в долгосрочном подходе: мероприятия проходят последовательно, охватывая разные возрастные группы детей сотрудников и студентов Университета. Создан чат для сотрудников, в котором публикуется актуальная информация о предстоящих концертах, мастер-классах и детских праздниках. В следующем году планируется расширение программы, а также проведение новых мероприятий, объединяющих семьи сотрудников и студентов Пироговского Университета.

«Семья. Профессия. Университет» — это формула, в которой заключен дух Пироговского Университета: верность делу, уважение к традициям и вера в то, что служение людям начинается с семьи.

Автор: Светлана Лукьянова



Чат проекта в Телеграме — присоединяйтесь, чтобы быть в курсе

Газета Российского национального исследовательского медицинского университета имени Н.И. Пирогова «Университетская газета».

Выходит с 1932 года.

Учредитель и издатель: ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет).

Адрес редакции и издателя: 117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1.

E-mail: pr-rnmu@rsmu.ru

Главный редактор: Г.Г. Надарейшвили.

Над номером работали: Е.А. Богданова, Ю.В. Корчагина,

Н.В. Колосова, Д.М. Чудаков, Е.Е. Петрайкина, Н.Г. Комлик, И.А. Комаров, М.В. Соколова, Т.В. Яковлева, А.А. Филиев, М.Д. Зайцева, А.Д. Велина, М.К. Сазонов, М.А. Майоров, С.О. Лукьянова, Е.А. Короткая, Л.И. Ильенко.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов. Материалы принимаются к публикации без выплаты авторских гонораров. Рукописи не возвращаются и не рецензируются. При перепечатке ссылка на «Университетскую газету» обязательна.

Газета распространяется бесплатно. Отпечатано в типографии ИП Кольцов П.И., г. Воронеж. Подписано в печать 10 ноября 2025 г. Тираж 999 экз. Выход в свет 17 ноября 2025 г. © Пироговский Университет

