

# Актуальные статьи в профильных зарубежных журналах

## Relevant articles published in the specialized foreign journals

### COVID-19

#### Фармакологическая тромбопрофилактика и тромбозы у госпитализированных пациентов с COVID-19: сводный анализ

Patell R, Chiasakul T, Bauer E, Zwicker JI. *Pharmacologic Thromboprophylaxis and Thrombosis in Hospitalized Patients with COVID-19: A Pooled Analysis. Thromb Haemost 2021; 121 (1): 76–85. DOI: 10.1055/s-0040-1721664*

**Актуальность.** Коронавирусная инфекция 2019 г. (COVID-19) увеличивает риск развития тромбозов у госпитализированных пациентов, что указывает на необходимость использования различных стратегий тромбопрофилактики. Данные о безопасности и эффективности фармакологической тромбопрофилактики с применением высоких доз отсутствуют.

**Цель.** Определить суммарную частоту тромбозов/кровотечений у госпитализированных пациентов с COVID-19, получающих стандартные, промежуточные и лечебные дозы антикоагулянтов, а также у пациентов, которым не проводят фармакологическую тромбопрофилактику.

**Методы.** В базах данных MEDLINE, EMBASE и Cochrane CENTRAL был проведен поиск данных исследований фармакологической тромбопрофилактики, тромбозов и кровотечений, опубликованных до 29 августа 2020 г. Совокупную частоту событий вычисляли с помощью модели со случайными эффектами.

**Результаты.** Проанализированы данные 35 наблюдательных исследований. Получены следующие значения совокупной частоты случаев венозной тромбоземболии (n=4685): в отсутствие профилактики – 41,9% (95% доверительный интервал – ДИ 28,1–57,2, I<sup>2</sup>=76%), при профилактике стандартными дозами – 19,8% (95% ДИ 13,2–28,6, I<sup>2</sup>=95%), при профилактике промежуточными дозами – 11,9% (95% ДИ 4,3–28,6, I<sup>2</sup>=91%), при применении лечебных доз антикоагулянтов – 10,5% (95% ДИ 4,2–23,8, I<sup>2</sup>=82%, p=0,003). Совокупная частота случаев артериального тромбоза (n=1464) составила: в отсутствие профилактики – 11,3% (95% ДИ 5,2–23,0, I<sup>2</sup>=0%), при профилактике стандартными дозами – 2,5% (95% ДИ 1,4–4,3, I<sup>2</sup>=45%), при профилактике промежуточными дозами – 2,1% (95% ДИ 0,5–7,7, I<sup>2</sup>=45%), при применении лечебных доз антикоагулянтов – 1,3% (95% ДИ 0,2–8,8, I<sup>2</sup>=0, p=0,009). Совокупная частота кровотечений (n=6393) при приме-

нении лечебных доз антикоагулянтов достоверно не превышала совокупную частоту кровотечений при проведении профилактики стандартными дозами (6,3 vs 1,7%, p=0,083).

**Выводы.** Частота тромбозов была ниже у госпитализированных пациентов с COVID-19, которым проводили фармакологическую тромбопрофилактику. Показатели частоты тромбозов и кровотечений у пациентов, которым проводили тромбопрофилактику промежуточными дозами или вводили лечебные дозы антикоагулянтов, и пациентов, которым проводили фармакологическую тромбопрофилактику стандартными дозами, не различались.

#### Туберкулез и его будущее в эпоху COVID-19: подборка материалов журнала Pulmonology за 2021 г.

Migliori GB, Tiberi S, Garcia-Basteiro AL, Duarte R. *Tuberculosis and its future in the COVID-19 era: The Pulmonology series 2021. Pulmonology 2021; 27 (2): 94–6. DOI: 10.1016/j.pulmoe.2020.10.005. PMID: 33272908; PMCID: PMC7670961.*

Несмотря на принимаемые меры и COVID-19, туберкулез остается ведущей причиной предотвратимой заболеваемости и смертности, а также одной из приоритетных проблем в области здравоохранения.

Коронавирусная инфекция COVID-19 создала беспрецедентную ситуацию, повлиявшую на жизнь каждого (ограничения в отношении общественной деятельности, путешествий, посещения учебных заведений, образовательных мероприятий и т.д.), нанесшую ущерб экономике (рост бедности и сокращение валового внутреннего продукта государств, являющиеся ключевыми факторами заболеваемости туберкулезом), а также разрушившую работу систем здравоохранения. Последние исследования Global Tuberculosis Network (GTN) продемонстрировали пагубное воздействие COVID-19 на программы и мероприятия по борьбе с туберкулезом. Всемирная организация здравоохранения предупреждает, что при отсутствии своевременной и эффективной поддержки программ охраны здоровья и противотуберкулезных служб COVID-19 может обратить вспять достигнутое ранее снижение смертности от туберкулеза.

Чтобы внести свой вклад в общемировую борьбу с туберкулезом, журнал «Pulmonology» запланировал на

2021 г. к Всемирному дню борьбы с туберкулезом серию публикаций о туберкулезе, акцентирующих внимание на важнейших приоритетных задачах. Выбор тем и исследование глобальных перспектив призваны обеспечить специалисты по туберкулезу из Европейского респираторного общества (European Respiratory Society, ERS) и Global TB Network (GTN), а также эксперты по всему миру.

Мы попросили GTN предоставить данные об исходах заболевания у пациентов, которых лечили новыми противотуберкулезными препаратами (бедаквилином и деламаанидом – по отдельности или в комбинации). Предыдущий глобальный отчет о побочных эффектах был опубликован в 2019 г.; обновленные данные проспективного когортного исследования (проект представляет собой постоянно пополняемый реестр) позволяют исследователям вносить информацию о различных исходах (микроскопия мазка мокроты, конверсия мокроты и время наступления конверсии культуры) в одну из крупнейших существующих баз данных, которая на сегодняшний день содержит данные более 850 пациентов из 29 стран.

Вторая публикация расскажет о возможном взаимодействии между туберкулезом и COVID-19, в ней будет приведен обзор всех опубликованных на текущий момент данных, в котором будут рассмотрены клинические аспекты и точка зрения общественного здравоохранения. В обзоре будут предложены следующие шаги, необходимые для дальнейшего изучения этого нового «проклятого дуэта».

Третья статья посвящена обсуждению критериев госпитализации пациентов с туберкулезом с учетом результатов анализа имеющихся данных (в том числе данных о

продолжительности госпитализации, полученных в ходе глобального исследования туберкулеза и COVID – TB/COVID study<sup>18</sup>), в ней также будут приведены рекомендации по мерам безопасности, позволяющим минимизировать передачу инфекции воздушно-капельным путем в медицинских учреждениях при COVID. В документ будет включен консенсусный компонент, который позволит получить широкое представление о проблеме, что уже было недавно выполнено GTN.

Общеизвестно, что коинфицирование ВИЧ, сахарный диабет, недостаточное питание, курение табака и/или алкоголизм могут повышать риск развития туберкулеза. Также было показано, что в местах с наиболее высокой заболеваемостью туберкулезом также наблюдаются более высокие показатели ВИЧ-инфицирования – места лишения свободы, перенаселенности жилых помещений, плохих условий труда и миграции. В будущем могут появиться новые факторы риска, связанные с прямым или косвенным воздействием пандемии COVID-19 (в частности, бедность, страх, строгая изоляция, трудности при получении доступа к медицинским услугам и т.д.).

Последняя статья из серии публикаций журнала «Pulmonology» по туберкулезу – это тематическое исследование мер, принятых на государственном уровне (Португалия), в рамках глобального обзора факторов риска и социальных детерминант туберкулеза.

Призывая научное сообщество, гражданское общество и все заинтересованные стороны, объединить свои усилия для борьбы с туберкулезом, мы выражаем надежду на то, что серия публикаций журнала «Pulmonology» по туберкулезу принесет пользу общему делу и укажет новые направления сотрудничества.

## Кардиология

### Распространенность и исходы сочетания стеноза аортального клапана и амилоидоза сердца

Nitsche C, Scully PR, Patel KP, Kammerlander AA et al. Prevalence and Outcomes of Concomitant Aortic Stenosis and Cardiac Amyloidosis. *J Am Coll Cardiol* 2021; 77 (2): 128–39. DOI: 10.1016/j.jacc.2020.11.006

**Актуальность.** У пожилых пациентов с тяжелым стенозом аортального клапана (САК) все чаще выявляют амилоидоз сердца (АС). Неясно, есть ли связь между наличием сочетания САК-АС и худшим прогнозом или бесполезностью транскатетерной замены аортального клапана (TAVR).

**Цель.** В ходе исследования проведено сравнение клинических проявлений и исходов при САК-АС и САК.

**Методы.** Пациентам, направленным на TAVR в трех разных странах, перед вмешательством была выполнена сцинтиграфия костей скелета с <sup>99m</sup>Tc-3,3-дифосфоно-1,2-пропанодикарбоновой кислотой –

<sup>99m</sup>Tc-DPD (степень по шкале Перуджини, 0: отрицательно; степень 1–3: положительно) с применением слепого метода. Транстиретиновый (ATTR) амилоидоз был диагностирован на основании сцинтиграфии с <sup>99m</sup>Tc-DPD и отсутствия клонального иммуноглобулина, а AL-амилоидоз был диагностирован путем проведения тканевой биопсии. В национальных реестрах была зафиксирована смертность от всех причин.

**Результаты.** В исследование были включены 407 пациентов (возраст 83,4±6,5 года; 49,8% – мужчины). Положительный результат сцинтиграфии с <sup>99m</sup>Tc-DPD был получен у 48 пациентов (11,8%; степень 1: 3,9% [n=16]; степень 2/3: 7,9% [n=32]). AL-амилоидоз был диагностирован у одного пациента (степень 1). Пациенты со степенью накопления 2/3 имели худшие функциональные показатели, а также худшие показатели биомаркеров (N-концевого предшественника мозгового натрийуретического пептида и/или высокочувствительного тропонина T) и бивентрикулярного ремо-

делирования. Была разработана клиническая шкала (RAISE), учитывающая ремоделирование (гипертрофию/диастолическую дисфункцию) левого желудочка, возраст, поражение (высокочувствительный тропонин Т), системное поражение и изменения ЭКГ (блокада правой ножки пучка Гиса/низковольтная ЭКГ), для выявления САК-АС (площадь под кривой: 0,86; 95% доверительный интервал: 0,78–0,94;  $p < 0,001$ ). На основании сцинтиграфии с  $^{99m}\text{Tc}$ -DPD с применением слепого метода кардиологической бригадой было принято решение о проведении TAVR (333 [81,6%]), хирургической замены аортального клапана (10 [2,5%]) или консервативного лечения (65 [15,9%]). В среднем через 1,7 года умерли 23% пациентов. Показатели одногодичной летальности у пациентов с САК-АС (степень 1–3) были хуже, чем у пациентов с САК (24,5% vs 13,9%;  $p = 0,05$ ). Проведение TAVR в большей степени улучшало показатели выживаемости, чем консервативное лечение; показатели выживаемости после TAVR у пациентов с САК-АС и САК не различались ( $p = 0,36$ ).

**Выводы.** Сочетанная патология САК-АС часто встречается у пожилых пациентов с САК, ее можно выявить с помощью клинических методов исследования. В отсутствие лечения происходит ухудшение клинической симптоматики САК-АС, наблюдается тенденция к ухудшению прогноза. По этой причине при САК-АС не следует откладывать проведение TAVR.

### Кратковременное воздействие загрязнения атмосферного воздуха и смертность от инфаркта миокарда

Liu Y, Pan J, Fan C, Xu R, Wang Y et al. Short-Term Exposure to Ambient Air Pollution and Mortality From Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol* 2021; 77 (3): 271–81. DOI: 10.1016/j.jacc.2020.11.033. PMID: 33478650.

**Актуальность.** Кратковременное воздействие загрязнения атмосферного воздуха связывают с развитием инфаркта миокарда (ИМ). При этом исследова-

ния, направленные на изучение связи загрязнения воздуха со смертностью от ИМ, немногочисленны, а их результаты противоречивы.

**Цель.** Настоящее исследование направлено на изучение связи между кратковременным воздействием загрязненного воздуха в широком диапазоне концентраций и смертностью от ИМ.

**Методы.** Было проведено стратифицированное по времени перекрестное сравнение случаев в целях изучения 151 608 случаев смерти от ИМ в провинции Хубэй (Китай), имевших место в 2013–2018 гг. Исходя из адреса проживания, в каждом из случаев была произведена оценка воздействия взвешенных частиц диаметром  $\leq 2,5$  мкм ( $\text{PM}_{2,5}$ ), взвешенных частиц диаметром  $\leq 10$  мкм ( $\text{PM}_{10}$ ), диоксида серы, двуоксида азота ( $\text{NO}_2$ ), окиси углерода и озона в дни наблюдения и контрольные дни как средневзвешенных концентраций, зарегистрированных близлежащими станциями мониторинга качества атмосферного воздуха. Для количественной оценки взаимосвязи «воздействие-реакция» использовали логистическую регрессионную модель.

**Результаты.** Воздействие  $\text{PM}_{2,5}$ ,  $\text{PM}_{10}$  и  $\text{NO}_2$  (средний показатель воздействия в день смерти и за день до смерти) достоверно повышало вероятность смерти от ИМ. В случае воздействия  $\text{PM}_{2,5}$  и  $\text{PM}_{10}$  вероятность резко увеличивалась до предельного значения ( $\text{PM}_{2,5}$ , 33,3 мкг/м<sup>3</sup>;  $\text{PM}_{10}$ , 57,3 мкг/м<sup>3</sup>) и переставала расти при более высоких показателях воздействия, при этом в случае воздействия  $\text{NO}_2$  имела место линейная корреляция. Рост показателей воздействия  $\text{PM}_{2,5}$  ( $< 33,3$  мкг/м<sup>3</sup>),  $\text{PM}_{10}$  ( $< 57,3$  мкг/м<sup>3</sup>) и  $\text{NO}_2$  на каждые 10 мкг/м<sup>3</sup> был достоверно связан с увеличением вероятности смерти от ИМ на 4,14% (95% доверительный интервал – ДИ 1,25–7,12), 2,67% (95% ДИ: 0,80–4,57) и 1,46% (95% ДИ 0,76–2,17) соответственно. Значительно более выраженная корреляция между воздействием  $\text{NO}_2$  и смертностью от ИМ имела место у пожилых людей.

**Выводы.** Кратковременное воздействие  $\text{PM}_{2,5}$ ,  $\text{PM}_{10}$  и  $\text{NO}_2$  связано с повышенным риском смертности от ИМ.

## Гастроэнтерология

### Современные методы лечения гастроэзофагеального рефлюкса при хронических заболеваниях легких: обзор современного состояния вопроса

McDonnell MJ, Hunt EB, Ward C et al. Current therapies for gastroesophageal reflux in the setting of chronic lung disease: state of the art review. *ERJ Open Res* 2020; 6: 00190-2019. DOI: 10.1183/23120541.00190-2019.

Взаимосвязь между хроническими заболеваниями органов дыхания и рефлюксной болезнью в парадигме

заброса в дыхательные пути чрезвычайно сложна и остается недостаточно изученной. По имеющимся данным, рефлюксная болезнь является причиной развития или прогрессирования ряда заболеваний органов дыхания, в том числе заболеваний гортани, синусита, хронического кашля, астмы, хронической обструктивной болезни легких, идиопатического легочного фиброза, муковисцидоза, бронхоэктатической болезни и облитерирующего бронхолита после трансплантации легких. На сегодняшний день известно, что причиной рефлюксной болезни является не только кислотный рефлюкс – причиной заболевания также могут быть

различные химические рефлюкаты, забрасываемые из желудка и двенадцатиперстной кишки посредством ряда различных механизмов. Диагностировать рефлюксную болезнь порой бывает крайне сложно, как и доказать ее причастность к непосредственному повреждению респираторного эпителия. В последние годы благодаря появлению новых данных имели место значительные достижения в области оценки состояния пищевода и желудочных биомаркеров. Существует ряд доступных методов лечения рефлюксной болезни, как консервативных, так и хирургических, однако крупных рандомизированных исследований, позволяющих оценить эффективность этих методов при хронических заболеваниях органов дыхания, крайне мало. При этом данные, полученные в условиях повседневной клинической практики, говорят о том, что неэффективность лечения при рефлюксной болезни – обычное явление. Настоящий клинический обзор обобщает данные о связи между рефлюксной болезнью и хроническими заболеваниями органов дыхания, а также имеющие данные о возможных стратегиях лечения.

Диагностировать ГЭРБ у пациентов с заболеваниями органов дыхания может быть очень сложно, поскольку рандомизированных исследований по выбору соответствующих методов лечения крайне мало. Авторы рекомендуют следующий подход:

1. Тщательный сбор анамнеза, а также уточнение наличия внепищеводных проявлений ГЭРБ. Валидированные опросники для диагностики ГЭРБ и внепищеводных проявлений ГЭРБ могут оказаться очень полезными. Однако у некоторых пациентов могут полностью отсутствовать симптомы рефлюксной болезни.

2. При подозрении на рефлюксную болезнь следует попробовать изменить образ жизни – снизить массу тела при ожирении, избегать поздних приемов пищи и продуктов-триггеров, а также спать с поднятым головным концом кровати.

3. У пациентов с рефлюксной болезнью и/или вызванным рефлюксной болезнью легочным заболеванием можно попробовать экспериментальный курс лечения ингибиторами протонной помпы (ИПП) два раза в день в течение 8 нед. В случае положительного эффекта следует продолжать лечение ИПП, используя минимальные эффективные дозы. При недостаточной эффективности лечения следует проверить соблюдение режима приема препаратов (ИПП нужно принимать за 30–60 мин до еды).

4. Определить эффективность лечения может быть непросто, однако снижение частоты обострений заболеваний дыхательных путей, а также улучшение клинических и рентгенологических показателей при бронхиолите и других инфильтративных заболеваниях следует расценивать как обнадеживающие признаки; рекомендуется длительное лечение ИПП.

5. Пока нет доказательств целесообразности применения прокинетиков, таких как домперидон, метаклопрамид или макролиды.

6. У не реагирующих на терапию пациентов с подозрением на вызванное рефлюксной болезнью легочное заболевание следует еще раз проверить соблюдение режима приема препаратов. Если результаты окажутся удовлетворительными, следует рассмотреть возможность дальнейшего исследования методом манометрии пищевода, чтобы исключить ахалазию или спазм пищевода, а также определить наличие и размеры грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Кроме того, следует рассмотреть проведение суточной импеданс-рН-метрии пищевода для определения нарушений подавления кислотного, щелочного или газообразного рефлюкса, а также высоту проксимального распространения рефлюкса.

7. Если, несмотря на прием ИПП, у пациентов сохраняются пищеводные симптомы, прежде всего дисфагия, следует провести эзофагогастроуденоскопию (ЭГДС), чтобы исключить персистирующее эрозивное заболевание пищевода, пищевод Барретта или злокачественное новообразование, функциональную изжогу, стриктуры пищевода и эозинофильный эзофагит.

8. Значимость обнаружения биомаркеров, таких как пепсин и желчные кислоты, в бронхоальвеолярном лаваже, конденсате выдыхаемого воздуха (КВВ), индуцированной мокроте и слюне не подтверждена, однако оно может оказаться перспективным средством для подтверждения наличия рефлюксной болезни.

9. Если, несмотря на прием ИПП, у пациентов продолжают эпизоды рефлюкса, сопровождающиеся выраженными пищеводными и внепищеводными симптомами, следует рассмотреть возможность проведения антирефлюксной операции. Следует провести исследования пищевода, в том числе исследование моторики и рН-импеданс-исследование, чтобы определить соотношение «польза-риск». Случаи всех пациентов, которым предстоит хирургическое вмешательство, следует обсудить на совещании мультидисциплинарной бригады специалистов по легочным заболеваниям и заболеваниям органов пищеварения. Наиболее часто выполняемой хирургической операцией является фундопликация по Ниссену, которая предполагает оборачивание дна желудка на 360° вокруг пищевода для формирования антирефлюксной манжеты, препятствующей забросу содержимого желудка в пищевод. Неофициальных данных об успешных операциях достаточно, однако рандомизированные исследования эффекта данной операции при связанных с рефлюксной болезнью респираторных синдромах не проводились.

10. Для определения эффектов лечения, а также предупреждения искажений и уменьшения влияния протопатической ошибки необходимы рандомизированные контролируемые исследования антирефлюксных препаратов и хирургических операций применительно ко всему спектру хронических легочных заболеваний.

## Неврология

### Значимость диеты для вторичной профилактики инсульта

English C, MacDonald-Wicks L, Patterson A, Attia J, Hankey GJ. The role of diet in secondary stroke prevention. *Lancet Neurol* 2021; 20 (2): 150–160. DOI: 10.1016/S1474-4422(20)30433-6. PMID: 33347806.

Несбалансированная диета и неправильное питание тесно связаны с риском первого инсульта. По имеющимся данным, соблюдение средиземноморской диеты способствует снижению риска первого инсульта. Связь между качеством питания и риском повторного инсульта менее очевидна; надежные данные о том, что улучшение качества питания или применение пищевых добавок могут снизить риск повторного инсульта, отсутствуют. Имеющиеся данные в основном получены в ходе эпидемиологических исследований эффектов

различных диет, от применения биологически активных добавок до определенных видов пищи, групп пищевых продуктов и режимов питания, поэтому их трудно интерпретировать. В отсутствие надежных данных рандомизированных клинических исследований для оценки возможной значимости качества питания и вмешательств в питание для снижения риска повторного инсульта может быть использована «Система градации качества анализа, разработки и оценки рекомендаций» (GRADE), она также может быть использована для создания клинических рекомендаций и определения направлений дальнейших исследований. Необходимо дальнейшая работа по идентификации и разработке наиболее перспективных диетических вмешательств, для оценки которых требуется проведение широкомасштабных рандомизированных клинических исследований.

## Офтальмология

### Причины слепоты и нарушений зрения в 2020 г., тенденции последних 30 лет и распространенность предотвратимой слепоты с точки зрения программы «ЗРЕНИЕ 2020: право на зрение» (VISION 2020: The Right to Sight): анализ в рамках исследования «Глобальное бремя болезней»

GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators; Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health* 2021; 9 (2): e144–e160. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30489-7

**Актуальность.** Многие причины нарушений зрения являются предотвратимыми или излечимыми. По мере старения населения во всем мире растет потребность в офтальмологической помощи. Нами была произведена оценка распространенности и относительного вклада предотвратимых причин слепоты и нарушений зрения во всем мире в 1990–2020 гг. Наша цель состояла в сравнении результатов с целевыми показателями «Глобального плана действий» Всемирной ассамблеи здравоохранения (WHA GAP) по снижению распространенности во всем мире предотвратимых нарушений зрения, таких как катаракта и некорригированные аномалии рефракции, на 25% в 2010–2019 гг.

**Методы.** Мы провели систематический обзор и метаанализ данных обследования определенных групп населения на предмет выявления глазных болезней, полученных с января 1980 г. по октябрь 2018 г. Мы подобрали иерархические модели, чтобы оценить распространенность (с 95% интервалами неопределенности –

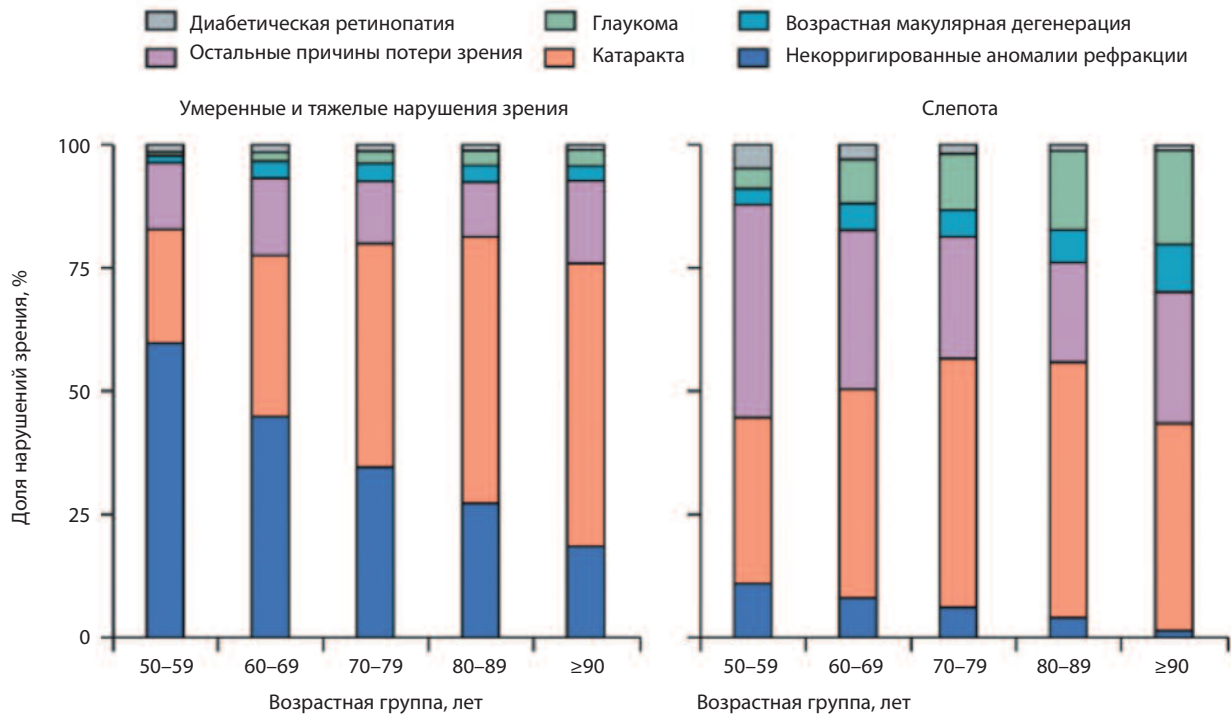
UI) умеренных и тяжелых нарушений зрения (острота зрения от <6/18 до 3/60) и слепоты (<3/60 или сужение поля зрения до 10° от центра) в зависимости от причин, возраста, региона и года. Из-за нехватки данных по лицам молодого возраста мы сконцентрировались на анализе данных взрослых в возрасте от 50 лет и старше.

**Результаты.** Общая распространенность предотвратимых нарушений зрения и слепоты у взрослых в возрасте 50 лет и старше во всем мире не изменилась с 2010 г. по 2019 г. (процентное изменение составило -0,2% [95% UI от -1,5 до 1,0]; в 2019 г. распространенность составила 9,58 случая на 1 тыс. человек [95% UI от 8,51 до 10,8], в 2010 г. она составила 96 случаев на 1 тыс. человек [от 86,0 до 107,0]). Стандартизованная по возрасту распространенность предотвратимой слепоты снизилась на -15,4% [от -16,8 до -14,3], в то время как распространенность предотвратимых умеренных и тяжелых нарушений зрения не изменилась (0,5% [от -0,8 до 1,6]). При этом произошло увеличение числа случаев как предотвратимой слепоты (10,8% [от 8,9 до 12,4]), так и умеренных и тяжелых нарушений зрения (31,5% [от 30,0 до 33,1]). Основными причинами слепоты у лиц в возрасте 50 лет и старше по всему миру в 2020 г. были катаракта (15,2 млн случаев [95% UI 12,7–18,0]), глаукома (3,6 млн случаев [2,8–4,4]), некорригированные аномалии рефракции (2,3 млн случаев [1,8–2,8]), возрастная макулярная дегенерация (1,8 млн случаев [1,3–2,4]) и диабетическая ретинопатия (0,86 млн случаев [0,59–1,23]). Основными причинами умеренных и тяжелых нарушений зрения были некорригированные аномалии рефракции (86,1 млн случаев [74,2–101,0]) и катаракта (78,8 млн случаев [67,2–91,4]).

**Интерпретация результатов.** Результаты демонстрируют, что офтальмологическая помощь способствовала наблюдаемому снижению стандартизированных по возрасту показателей предотвратимой сле-

поты, но не умеренных и тяжелых нарушений зрения, и что в условиях старения населения во всем мире целевые показатели достигнуты не были.

**Относительный вклад каждого случая в общую распространенность слепоты и умеренных и тяжелых нарушений зрения в 2020 г. по возрастным группам**



## Гинекология

### Европейский консенсус относительно необходимости кольпоскопии

Redman CWE, Kesic V, Cruickshank ME et al. *European Federation for Colposcopy and Pathology of the Lower Genital Tract (EFC) and the European Society of Gynecologic Oncology (ESGO). European consensus statement on essential colposcopy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2021; 256: 57–62.*

Европейский консенсус относительно необходимости кольпоскопии предлагает стандарты, предназначенные для обычных кольпоскопистов, которые работают с женщинами, направленными на исследование из-за аномальных результатов скрининга на рак шейки матки (цитология и ВПЧ-тест) или подозрительных изменений шейки матки. В статье приведены рекомендации, касающиеся задач и непосред-

ственного проведения кольпоскопии. Представлены рекомендации по технике проведения кольпоскопии, решению распространенных проблем, связанных с проведением кольпоскопии, лечению, а также по наблюдению пациентов после лечения цервикальной интраэпителиальной неоплазии или ранних стадий рака шейки матки. Кольпоскопист должен принять продуманное решение относительно ведения каждой из направленных к нему пациенток и организовать соответствующее наблюдение. Рак шейки матки по-прежнему остается одной из основных проблем здравоохранения; повышение качества медицинской помощи может быть обеспечено лишь при наличии структурированных рекомендаций для женщин с аномальными мазками или подозрительными изменениями шейки матки.