

Медицинская

17 мая 2023 г.
среда
№ 19 (8088)

Газета®



ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ

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

www.mgzt.ru

Насколько безопасны цифровые медицинские системы, и насколько юридически защищён врач, которого обязали их применять?

Стр. 4

Использование нейросетей – заманчиво, они необходимы для поддержки принятия решений, это наше будущее, но решение всё равно остаётся за врачом.

Стр. 6

Проблемы эпидемиологии и инфекционных болезней в рамках ключевых для государства вопросов охраны здоровья населения обсуждались на юбилейном всероссийском конгрессе.

Стр. 7

Главная тема

Диалог бизнеса и власти во имя здоровья



В Выставочном комплексе «Гостиный двор» прошёл XVIII Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России», организованный общественной организацией «Лига здоровья нации», Минздравом России и Российским союзом промышленников и предпринимателей.

Открывая форум, президент Лиги здоровья нации академик РАН Лео Бокерия подчеркнул, что он проходит в условиях невероятного напряжения для нашего государства, общества и каждого россиянина. «Мы на практике демонстрируем возможности межведомственного, межсекторального взаимодействия во имя сбережения людей. В форуме принимают участие ведущие специалисты разных отраслей, представители власти, науки, бизнеса, практики из регионов. Конечно, они ждут от нас взвешенных предложений», – добавил Л.Бокерия.

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко отметил ряд важных направлений работы форума – продвижение общественного здоровья, демонстрация проектов «Трезвое село», «Здоровый муниципалитет»,

поддержка движения «Готов к труду и обороне». «Конечно же, именно установки на здоровое общество, на формирование здорового пространства и поведения сегодня критически не хватает. Этого должно быть больше. Это должно вовлекать молодёжь. Это должно быть интересно для восприятия», – подчеркнул М.Мурашко.

По словам сопредседателя оргкомитета форума президента Российского союза промышленников и предпринимателей Александра Шохина, с этого года РСПП присоединился к числу организаторов форума, поскольку для российского бизнеса здоровье работников, здоровье граждан на территориях присутствия компаний – это не только элемент социальной ответственности, но и реальные инвестиции в развитие производства, инвестиции в будущее. А.Шохин остановился и на таком направлении деятельности РСПП, как развитие фармацевтической и медицинской промышленности.

«Импортозамещение в этой области является одним из ключевых приоритетов для страны и для российского бизнеса. Здесь предстоит ещё многое решать... Мне кажется, что диалог бизнеса и власти в этой области является одним из самых эффективных

направлений деятельности в нашей стране», – отметил А.Шохин.

Во время форума на примерах лучших практик было продемонстрировано, что здоровое общество невозможно без консолидации усилий и ответственных действий государства, бизнеса, общественных организаций и граждан.

Пленарное заседание форума было посвящено теме сохранения и укрепления здоровья населения, как стратегической задаче обеспечения устойчивого развития и стабильности России. Участники обсудили вопросы устойчивости системы здравоохранения в новых условиях, её готовности к новым вызовам. Кроме того, в рамках форума прошли два тематических цикла мероприятий: «День муниципальных образований», совместный проект Лиги здоровья нации и Всероссийской ассоциации развития местного самоуправления, а также «Оздоровительная карта России» – проект лиги и Ассоциации оздоровительного туризма.

Регионы представили успешные практики в сфере здравоохранения, формирования ЗОЖ, новые проекты и технологии.

Сергей ФЁДОРОВ.

Проекты

Военные медики получают выплаты

Правительство России запустит программу поддержки для военных врачей и медицинского персонала.

С 1 января 2024 г. врачи, фельдшеры и медсёстры, приезжающие работать в гарнизонные медицинские учреждения, будут получать единовременные компенсационные выплаты. Постановление № 738 от 11 мая 2023 г. «О предоставлении единовременной компенсационной выплаты отдельным категориям медицинских работников медицинских (военно-медицинских) подразделений, воинских частей и организаций Вооружённых Сил Российской Федерации» подписал председатель Правительства РФ Михаил Мишустин. Принятое решение позволит увеличить число таких специалистов в военно-медицинских подразделениях, сообщила пресс-служба правительства.

Выплаты для врачей, фельдшеров и медицинских сестёр будут зависеть от местоположения воинских частей. Так, для докторов, приехавших на работу в воинские части, которые находятся вне населённых пунктов в Дальневосточном федеральном округе, районах Крайнего Севера и регионах, входящих в состав Арктической зоны России, выплата составит 2 млн руб. Для фельдшеров и медицинских сестёр – 1 млн руб.

Врачам, прибывшим на работу в гарнизонные медсанчасти, расположенные

на удалённых и труднодоступных территориях, будет выплачиваться 1,5 млн руб., фельдшерам и медицинским сёстрам – 750 тыс. руб. Тем специалистам, которые выберут работу в воинских частях, дислоцированных вне населённых пунктов на других территориях, предусмотрены выплаты в 1 млн руб. для врачей и 500 тыс. для фельдшеров и медицинских сестёр.

Участвовать в этой программе смогут не только практикующие врачи, но и выпускники медицинских вузов. Основное условие получения выплаты – готовность отработать не менее 5 лет.

Похожие программы – «Земский доктор» и «Земский фельдшер» – действуют в России для медицинских работников, приезжающих в сельские и отдалённые районы. В марте 2023 г. Правительство России приняло решение направить 185,625 млн руб. для запуска этих программ в четырёх новых субъектах страны для устранения в регионах кадрового дефицита.

В апреле Президент России Владимир Путин подписал закон о наделении статусом ветеранов боевых действий гражданских специалистов, в том числе врачей, привлечённых к военной операции на Украине. Этот статус предусматривает налоговые, транспортные, земельные льготы и другие меры социальной поддержки от государства.

Виктор КОТЕЛЬНИЧЕСКИЙ.

ТЕНДЕНЦИИ

Сергей ЛУКЬЯНОВ

Ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова, академик РАН:

Как бы мы ни строили образовательный процесс, ни организовывали медицинскую работу в учреждениях, настоящее понимание приходит только при передаче опыта из рук в руки.



Стр. 12

Новости

Спасли руки и сохранили функциональность кистей

В Солнечногорскую больницу Московской области поступил 28-летний мужчина с глубокими ранами в области локтевых сгибов. Как выяснилось, он пытался поймать падающее стекло. После проведённого обследования врачи диагностировали повреждение сухожилия бицепса правой руки, полностью перерезанные срединный нерв и плечевую артерию на левой руке.

– В срочном порядке врачи приняли решение о проведении оперативного вмешательства по спасению рук. После хирургической обработки мы ушили рану бицепса и сухожилие на правой руке. Затем наложили сосудистый шов, восстановили артерию, вену и срединный нерв на левой руке, – рассказал заведующий хирургическим отделением Андрей Рачек.

Операция прошла успешно и заняла около 2 часов. Врачи восстановили функциональность кистей и избежали инфекционных осложнений. Пациент чувствует себя хорошо и в скором времени будет выписан на амбулаторное лечение. После реабилитации мужчина сможет вернуться к полноценной жизни, сообщили в Минздраве Московской области.

Фёдор СМЕРИН.

Московская область.

Пострадал от гадюки

Укус гадюки мог привести к ампутации руки, если бы не помощь врачей городской больницы № 5 Набережных Челнов.

В майские праздники 41-летний мужчина отдыхал с семьёй у водоёма. Сел на траву, опёрся рукой о землю и почувствовал резкую боль, увидел змею. «Я её схватил, смотрю, а это гадюка, правда совсем юная, сантиметров 25. Попробовал высосать яд из раны на пальце, не получилось. Думаю, ничего страшного не будет, помажу йодом и пройдёт. Не прошло. Чуть руку не потерял», – рассказывает пострадавший.

– Мужчина обратился за медицинской помощью в больницу только на следующий день после укуса. Мы ему ввели сыворотку против яда гадюки, провели дезинфекционную терапию. У пострадавшего уже развился отёк в месте укуса, усилились болевые ощущения. Мы ему настоятельно рекомендовали пройти лечение в стационаре, но он отказался, хотя был предупреждён о последствиях для здоровья, – рассказал заведующий приёмным отделением Анар Исрафилов. – Через день он вновь к нам обратился и сразу был госпитализирован в отделение реанимации.

Пациент поступил в тяжёлом состоянии: отёчность распространилась от пальца на всю руку, конечность посинела. У мужчины поднялась температура, появились сильные боли, теперь уже не только в месте укуса. Ему была проведена интенсивная и гормональная терапия, в результате чего удалось предотвратить осложнения. Стабилизировав состояние пациента, врачи его перевели в отделение терапии на долечивание, рассказал заведующий отделением реанимации Павел Егоров.

Сергей ПАВЛОВСКИЙ.

Республика Татарстан.

Я бы в доноры пошёл...

Во Владикавказе на Республиканской станции переливания крови состоялось торжественное вручение званий «Почётный донор России». Поздравила новых обладателей доблестного звания первый заместитель министра здравоохранения Фатима Хетагова.

На сегодняшний день в республике насчитывается 1550 почётных доноров, их ряды пополнило 18 человек.

По итогам 2022 г. Станцией переливания крови Республики Северная Осетия – Алания было заготовлено более 5 тонн цельной крови, а это около 11 тыс. донаций.

Рубен КАЗАРЯН.

Республика Северная Осетия – Алания.

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

Подписка-2023

ВЫГОДНОЕ ПРЕДЛОЖЕНИЕ

С 15 апреля по 15 июня 2023 г. при оформлении через редакцию подписки печатной версии профессионального врачебного издания «Медицинская газета» на второе полугодие 2023 г. подписчикам будет предоставлен бонус – бесплатный доступ к электронной версии издания, где можно прочитать как текущие номера газеты, так и архивные, начиная с 2006 г.

Подписаться на «МГ» можно через редакцию, направив заявку по электронной почте mg.podpiska@mail.ru или по QR-коду.

Стоимость бумажной и электронной версий составляет 12 500 руб.

По всем вопросам подписки обращаться по телефону: **8 (495) 608-85-44**

ОБЩЕСТВО С ОГРАНИЧЕННОЙ ОТВЕТСТВЕННОСТЬЮ «МЕДИЦИНСКАЯ ГАЗЕТА»
ул. Гилярова-Ворониной, дом 68, стр. 1

Отсканируйте этот QR-код для оплаты



СБП
СБЕР БАНК

Ориентиры

Впервые в стране

Применяли РИРХ при мочекаменной болезни почечного трансплантата

Врачи отделения пересадки органов и урологии Клиник Самарского государственного медицинского университета Минздрава России помогли пациентке избавиться от камней в трансплантированной почке.

Впервые в России для проведения такой операции специалисты применили ретроградную интра-ренальную хирургию (РИРХ) – один из самых современных и высокотехнологичных методов лечения мочекаменной болезни. Благодаря операции врачи буквально спасли жизнь 39-летней пациентке.

«Одним из наиболее эффективных и радикальных видов заместительной почечной терапии, которая позволяет увеличить продолжительность и качество жизни пациентов, является трансплантация почки, – рассказал заведующий отделением пересадки органов и урологии Клиник СамГМУ Евгений Канаев. – Камни, образовавшиеся в трансплантированном органе, могут вызвать жизнеугрожающее состояние, вплоть до удаления почки и летального исхода».

При этом случай был необычный, так как анатомия расположения пересаженной почки отличалась от анатомии здоровых людей. «Ход мочеточника и расположение устья усложняли проведение операции по удалению камней, тем более из полостной системы почки», – уточнил врач.

При проведении операции хирурги применили метод РИРХ. Его суть в том, что тонкий, гибкий инструмент – уретерореноскоп, проводится через нижние мочевые



пути и доходит до почки. Достигая камня в мочеточнике или почке, врачи дробят его с помощью лазера до мельчайших частиц. При использовании этого метода лечения не выполняется никаких разрезов на теле человека, благодаря чему реабилитация протекает быстро.

«Пациентку выписали на четвертые сутки после операции, – говорит Е.Канаев. – Функция трансплантированной почки сохранена. Таким образом можно сказать, что наряду с основными видами вмешательств при мочекаменной болезни у пациентов с трансплантированной почкой можно применять РИРХ, которая обладает минимальным количеством осложнений и хорошо переносится пациентами. В России это первый случай применения этой технологи-

гии при мочекаменной болезни почечного трансплантата».

Как отметил главный врач Клиник СамГМУ Николай Измалков, в отделении пересадки органов и урологии активно ведётся работа по оказанию специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи: «Отделение оснащено самым современным оборудованием, особое внимание уделяется малоинвазивным методам лечения, таким, как эндоскопия и лапароскопия. В 2022 г. мы завершили ремонт, и отделение переехало в обновлённые улучшенные помещения. Все палаты оснащены необходимым медицинским оборудованием и современной комфортабельной мебелью».

Юрий ДАНИЛОВ.

Самара.

Новые подходы

Светящиеся ДНК-аптамеры в роли диагностикума

Учёные Томского государственного университета сообщили о разработанном ими неинвазивном подходе для диагностики глиальной опухоли: они обнаружили в крови химические соединения, которые выделяет глиома, и по этим биомаркерам предложили выявлять заболевание методом рамановской спектроскопии.

И вот очередная новость из мира науки, касающаяся диагностики глиобластом. На этот раз известие пришло из Красноярского государственного медицинского университета им. В.Ф.Войно-Ясенецкого. Здесь завершили работу по конструированию молекул ДНК-аптамеров, помеченных светящимся красителем, с помощью которых также реально со 100%-ной точностью выявлять глиому. Правда, в данном случае речь идёт уже об интраоперационной диагностике: светящаяся метка выдаёт «злую» природу новообразования, когда хирург рассматривает его через операционный микроскоп. При этом обнаружить можно глиальную опухоль любого размера от зрелых до самых маленьких. Руководитель лаборатории

биомолекулярных и медицинских технологий КрасГМУ доктор биологических наук Анна Кичкайло уже многие годы изучает потенциал аптамеров как инструмента для точной диагностики и адресной терапии опухолей головного мозга. Она – ведущий в России специалист в данной области, к тому же ей удалось объединить вокруг своей идеи специалистов из десятка российских и зарубежных научных центров.

Работая в коллаборации, учёные из разных институтов шли к тому, чтобы сначала научиться в лабораторных условиях отбирать аптамеры – короткие последовательности ДНК – таким образом, чтобы молекулы связывались именно с человеческой глиальной опухолью. Выявили два варианта ДНК-последовательностей, строго специфичных к глиальным опухолям, их обозначили буквами Gli-233 и Gli-55. Эти аптамеры умеют дифференцировать ткани мозга и связываются только с глиальной опухолью, потому что распознают особый трансформированный участок белка тубулина, характерный исключительно для данного типа новообразований. Затем была разработана биологическая модель глиомы, создан диагностический препарат, содер-

жащий нужные аптамеры с присоединёнными к ним флуоресцентными маячками, и, наконец, его протестировали в эксперименте на мышах.

Научное исследование дало высокие результаты. Аптамер с абсолютной точностью связался с клетками опухоли мозга и при этом не был токсичен для здоровых тканей организма животных. Как пояснила А.Кичкайло, у данной диагностической технологии есть огромное преимущество, которое заключается в том, что синтез аптамеров – весьма несложная и к тому же недорогая технология.

– Однажды проведя отбор ДНК для интересующей нас онкологической мишени, мы можем сколько угодно копировать эту молекулу и присоединять к ней разные метки. Благодаря этому аптамеры помогут упростить и ускорить диагностику опухолей. Более того, короткие ДНК быстро распадаются в организме: их «съедают» специальные ферменты, поэтому с большой вероятностью предлаемые нами молекулы безопасны не только для мышей, но и для человека, – говорит специалист.

Елена СИБИРЦЕВА.

Визиты

Россия – Иран: сотрудничество будет крепнуть

Заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Глаголев провёл двустороннюю встречу с заместителем министра здравоохранения и медицинского образования Исламской Республики Иран Сейедом Хайдером Мохамеди.

В ходе встречи стороны обсудили расширение взаимовыгодного сотрудничества в области обеспечения стабильности фармацевтического рынка обеих стран; бесперебойное обеспечение населения лекарственными препаратами; регистрацию лекарственных средств, в том числе орфанных; профилактику и борьбу с инфекционными и неинфекционными заболеваниями, а также вопросы медицинского туризма.

Иранская сторона выразила заинтересованность в обмене

опытом с российскими партнёрами в сфере разработки, производства и обращения лекарственных средств, в том числе регуляторными практиками, что представляет как экономический, так и клинический интерес для обеих стран. Россия намерена укреплять общий подход с Ираном в вопросе обеспечения населения обеих стран лекарственными препаратами для сохранения стабильности отрасли и недопущения дефицита.

– Мы видим в таком сотрудничестве одно из ключевых направлений нашего взаимодействия: разработка высокотехнологичных препаратов, совместное создание лекарственных средств, поставки препаратов. Российская сторона заинтересована в том, чтобы производители приходили надолго и для этого у нас есть вся

инфраструктура, – подчеркнул С.Глаголев.

В ходе встречи особое внимание было уделено перспективе подписания межправительственного соглашения между Россией и Ираном, закрепляющего намерения сторон взаимодействовать в области здравоохранения, медицинского образования и науки.

С.Глаголев отметил, что в настоящий момент увеличилось число клинических исследований отечественных разработок. Это исследования и оригинальных лекарственных препаратов, и биоаналогов. Это происходит благодаря реализации 10-летней программы «Фарма-2020», а также реализации федерального проекта «Медицинская наука для человека», который сфокусирован на создании наукоёмких препаратов.

В условиях беспрецедентного вызова пандемии новой коро-

навирусной инфекции Россия создала все необходимые условия для недопущения дефицита оборудования, расходных материалов, а также для беспрепятственного производства востребованных лекарственных средств.

– За текущий месяц мы зарегистрировали два препарата с принципиально новым подходом к лечению рассеянного склероза. Несколько месяцев назад выдано разрешение на клиническое изучение лекарственной терапии спинально-мышечной атрофии. Как раз в этой области мы видим большой потенциал сотрудничества – в области клинических исследований терапии редких заболеваний у России и Ирана есть все необходимые компетенции, – сказал С.Глаголев.

Павел БАЛАГИН.

Официально

Порядок реабилитации наркозависимых

С 1 сентября 2023 г. в силу вступит новый приказ Минздрава и Минтруда России о порядке прохождения больными наркоманией медицинской и социальной реабилитации. 10 мая документ зарегистрировал Минюст России. Его разработку требовал закон о совершенствовании механизма реабилитации наркозависимых, который Владимир Путин подписал в 2022 г.

Согласно новому порядку, больных наркоманией будет направлять на медицинскую реабилитацию психиатр-нарколог сразу после завершения лечения при наличии медицинских показаний. При этом необходимо информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство самого пациента. В случае с несовершеннолетними больными наркоманией – наличие разрешения одного из родителей или иного законного представителя. Медицинская реабилитация должна проводиться в медицинских организациях, имеющих лицензию на оказание услуг по «психиатрии-наркологии». Там наркозависимых пациентов должны будут побуждать «к прохождению (завершению) медицинской реабилитации», а также выдавать направление на прохождение социальной реабилитации.

Этот вид помощи будет осуществляться в полустационарной организации соцобслуживания и на базе профильных некоммерческих организаций, но только при наличии необходимой материально-технической базы и достаточности кадров. В штате соцучреждения должны числиться в обязательном порядке психолог и инструктор по лечебной физкультуре, юристконсульт и соцпедагог. В документе указано, что в такой организации должны быть предусмотрены библиотека, кабинет ЛФК, а также «досуговый комплекс для просмотра тематических фильмов и телепередач».

Владимир ЧЕРНОВ.

Итоги

ВОЗ отменила режим ЧС из-за оспы обезьян

Всемирная организация здравоохранения отменила режим чрезвычайной ситуации в области здравоохранения, введённый в августе 2022 г. в связи со вспышкой оспы обезьян. Ранее ВОЗ также отменила режим чрезвычайной ситуации в области здравоохранения, введённый в 2020 г. в связи с пандемией COVID-19.

«Вчера комитет по чрезвычайной ситуации рекомендовал мне объявить о прекращении чрезвычайной ситуации по оспе обезьян в общественном здравоохранении, имеющей международное значение. Я согласился с этой

рекомендацией и заявляю, что оспа обезьян больше не является глобальной чрезвычайной ситуацией в области здравоохранения», – заявил гендиректор ВОЗ Тедрос Гебрейесус.

В целом за последние три месяца в мире зарегистрировано почти на 90% меньше новых случаев заболевания оспой обезьян, чем в предыдущие месяцы. За прошедший год в 110 странах мира зафиксировано около 87 тыс. подтверждённых случаев заболевания оспой обезьян, из них 130 летальных. Наибольшее число случаев наблюдается в США (30 048), Бразилии (10 878), Испании (7546), Франции (4128),

Колумбии (4088), Мексике (3928), Перу (3776), Великобритании (3730), Германии (3692).

В России за указанный период зарегистрировано два завозных случая оспы обезьян, были проведены противоэпидемические мероприятия, позволившие не допустить распространения инфекции. Роспотребнадзор сообщил, что продолжает контроль за эпидситуацией, связанной со вспышкой оспы обезьян.

«С мая 2022 г., когда случаи оспы обезьян впервые стали регистрироваться в неэндемичных странах, Роспотребнадзор организовал комплекс мероприятий для недопущения завоза

оспы обезьян в Российскую Федерацию: усилены меры санитарно-карантинного контроля на границе России и меры по выявлению лиц с симптомами, не исключаящими оспу обезьян, организовано проведение информационно-методической работы с врачами и специалистами по диагностике этого заболевания, выстроено взаимодействие с коллегами из санитарно-эпидемиологических служб стран ЕАЭС и СНГ», – отметили в ведомстве.

Кроме того, Роспотребнадзор оказывает научную и материальную поддержку партнёрам из ближнего и дальнего зарубежья. В 2022 г. было передано за рубеж более 4 тыс. тестов, разработанных в научном центре «Вектор», для лабораторной диагностики оспы обезьян, а также проведены обучающие семинары для специалистов из стран СНГ по выявлению и профилактике заболевания.

Андрей САВИЦКИЙ.

Подписка-2023

2023
Подписные Издания

ПОЧТА РОССИИ

Газеты
Журналы
Альманахи
Книги

2 полугодие

Официальный каталог Почты России на второе полугодие 2023 года

Все 6000 изданий (полная номенклатура) представлены на сайте podpiska.pochta.ru

8 800 800 80 80

Уважаемые читатели!

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

Подписные издания

- ✓ Официальный каталог «Почта России» на второе полугодие 2023 г.
- ✓ Электронный каталог «Почта России».

Подписные индексы:

ПН014 – на месяц.

- ✓ Каталог периодических изданий – газеты и журналы, второе полугодие 2023 г. («Урал-Пресс»).

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

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

Справки по телефонам:

8-495-608-85-44, 8-916-271-08-13.

КАТАЛОГ
периодических изданий
газеты и журналы

II полугодие 2023 года

30 лет
со советской прессы

Избранные издания для бизнеса

– Полина Георгиевна, вы хорошо осведомлены о ходе процесса информатизации и цифровизации здравоохранения. Поэтому, прежде чем поговорить о правовой составляющей применения информационных технологий, хотелось бы узнать, как реально обстоят дела с их внедрением.

– Напомню, что история будущего цифрового здравоохранения началась ещё в 2011 г., когда приказом Минздравсоцразвития России № 364 была утверждена концепция создания единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). В 2017 г. о необходимости цифровизации здравоохранения впервые сказал Президент Владимир Путин и с тех пор повторял это неоднократно. В 2018 г. в НИИЦ им. В.А.Алмазова был подписан меморандум о создании национального консорциума «Цифровое здравоохранение». Вскоре после этого Минздрав России презентовал Федеральный проект «Создание единого цифрового контура в здравоохранении на основе ЕГИСЗ» на 2019-2024 гг. Таким образом, можно подводить итоги не последних 5 лет, то есть со старта федерального проекта, а уже 12.

Так называемая цифровая экосистема здравоохранения предполагает не только объединение всех потоков медицинской информации в ЕГИСЗ, но и появление большого количества сервисов для медицинского сообщества и пациентов: электронный документооборот, телемедицинские технологии, электронная запись к врачу, оформление электронных рецептов и автоматизированное управление льготным лекарственным обеспечением, возможность дистанционной подачи заявления на прикрепление к медицинской организации, системы поддержки принятия врачебных решений и т.д.

Что касается единого цифрового контура медицинской отрасли, у которого есть разные подсистемы – федеральный регистр медицинских работников, федеральный реестр медицинских организаций, федеральная регистратура и т.д., его создание движется медленно, а внедрение даётся тяжело. Медицинские организации всё ещё ни морально, ни технически не готовы к новой тяжелой системе. Чтобы их простимулировать, в 2021 г. подключение к ЕГИСЗ сделали лицензионным требованием.

Далее, в 2019 г. Минздрав России инициировал разработку вертикально интегрированных информационных систем (ВИМИС) по 5 профилям: онкология, акушерство и гинекология, профилактическая медицина, сердечно-сосудистые заболевания, инфекционные заболевания. По замыслу, это должен быть эффективный механизм управления профильными службами, а также мониторинга оказания медицинской помощи и её качества. Окончание работ по созданию всех ВИМИС было запланировано на 2020 г., однако если остальные четыре вертикальные системы в той или иной мере уже функционируют, то по онкологии окончание работы над проектом отодвинулось сначала до 2021 г., затем до 2022 г., и до сих пор не произошло.

Вызывает недоумение также то обстоятельство, что правовой статус и конкретный функционал ВИМИС до сих пор не определены: в Постановлении Правительства РФ № 140 от 09.02.2022 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения» упоминаний о ВИМИС нет вообще.

И что самое непонятное – ряд сложных составляющих ВИМИС по онкологии, а именно траектории деятельности врача, системы поддержки принятия врачебных решений (СППВР) и некоторые другие

Экспертный уровень

Цифровизация отрасли: «Пятилетку – в три дня»?

Как внедряются «умные» технологии и обеспечена ли их правовая безопасность

В последние месяцы упоминаемость в СМИ Федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении» резко участилась. Объяснение может быть только одно: сроки реализации проекта – 2019-2024 гг., консолидированное финансирование проекта оценивается в 177 млрд руб., и близится время, когда нужно будет отчитаться и за объём сделанного, и за объём освоенного.

Между тем ещё год назад (см. «МГ» № 23 от 17.06.2022) заместитель руководителя Аналитического центра при Правительстве РФ Сергей Наквасин на конференции «Цифровая индустрия промышленной России» утверждал, что индекс готовности здравоохранения России к внедрению искусственного интеллекта (ИИ) составляет 3,27 балла из 10, только 15,9% медицинских организаций уже используют системы ИИ в своей работе. Самыми частыми причинами того, почему лечебные учреждения «тормозят» с внедрением цифровых технологий на основе искусственного интеллекта, являются, по словам С.Наквасина, недостаток квалифицированных специалистов, финансовые ограничения, низкий уровень совместимости таких технологий с существующей инфраструктурой и отсутствие чёткой стратегии развития ИИ в медицине.

Так было год назад. Изменилась ли ситуация к сегодняшнему дню, причём, не по отчётам чиновников, отвечающих за цифровизацию здравоохранения, а по мнению экспертов, оценивающих ситуацию со стороны? И самое главное: коль скоро появление «цифровой



экосистемы» в российском здравоохранении неизбежно, проработаны ли вопросы правового обеспечения применения информационных технологий в отечественной медицинской практике?

Напомним, в недавнем интервью «МГ» (см. «МГ» № 9 от 08.03.2023) председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Дмитрий Хубезов, отвечая на этот вопрос корреспондента, заметил, что за рубежом применение IT-продуктов в медицине давно проработано, поэтому не следует «прогнозировать сразу самые драматические последствия использования искусственного интеллекта» и прочих цифровых технологий. Это, по словам парламентария, надуманная тема, надо перестать этого бояться.

Отсылка к зарубежному опыту была бы абсолютно оправданной, если бы не одно «но»: там нет Следственного комитета РФ, который поддерживает практику уголовного преследования врачей за любые ятрогенные инциденты. Именно поэтому мы решили продолжить тему правового регулирования применения в российском здравоохранении единых информационных систем и цифровых технологий, включая основанные на искусственном интеллекте. Насколько безопасны сами эти системы, и насколько юридически защищён врач, которого обязали их применять? Сегодня в качестве эксперта преподаватель Академии постдипломного образования Федерального научно-клинического центра ФМБА России, кандидат юридических наук, адвокат Полина ГАБАЙ.

в процессе реализации проекта оказались исключены из технического задания. Теперь это будет не инструмент для вертикального эффективного управления медпомощью по данному профилю, а элементарная база данных.

Предположу, что так называемые подсказчики врача решили убрать из ВИМИС по онкологии, во-первых, потому, что такие системы крайне сложно разработать, это ресурсоёмкие проекты. А во-вторых, любая СППВР в наших условиях высвечивает откровенную разобщённость профессиональных норм и финансовой регуляторики в этой сфере. Дело в том, что «подсказчик», помогающий врачу в принятии решения по лечению пациента с конкретным заболеванием, должен быть сформирован с учётом клинических рекомендаций (КР), стандартов медпомощи, клинико-статистических групп и тарифов. На деле же все эти профессиональные, правовые и финансовые нормы не всегда увязаны между собой. Многие положения клинических рекомендаций не попали в стандарты и далее в тарифную программу.

– **Спрашивается, каким образом медицинская организация и врач могут исполнить требования федерального закона о клинических рекомендациях? Объяснять в суде, что не все положения КР тарифицированы экономистами?**

– Вы затронули действительно серьёзную проблему. Согласно Федеральному закону № 489-ФЗ от 25.12.2018, при выборе тактики оказания медицинской помощи пациенту врачи должны руководствоваться клиническими рекомендациями. В то же время они знают, что если назначат лечение, которое не вошло в стандарты и тарифы, то медицинская организация не получит оплату данного клинического случая из фонда ОМС.

Таким образом, с принятием закона о КР медики оказались в ловушке: исполнить их невозможно, а не исполнить нельзя. Фактически разработчики систем поддержки принятия врачебных решений заведомо в тупике, потому что КР не вписались в регуляторику. Или надо делать

такие СППВР, которые дают только медицинскую информацию в отрыве от реальных возможностей здравоохранения.

– **Но будут ли они в этом случае правомочны? Напрашивается вывод: сроки реализации проекта «Цифровизация здравоохранения», скорее всего, будут выдержаны, но какими окажутся качественные результаты – большой вопрос.**

– О качественных результатах информатизации и цифровизации отрасли можно судить уже по тем сервисам, которые внедрены и используются. В частности, по телемедицинским технологиям. Какие здесь плюсы и минусы?

Телемедицинские технологии привязаны к системе ЕГИСЗ, таким образом, каждый участник процесса распознан через единую систему идентификации и аутентификации (ЕСИА) и имеет цифровые подписи. Врач должен быть зарегистрирован в федеральном реестре медработников, а клиника – в федеральном реестре медицинских организаций. Это, с одной стороны, правильно, но с другой – сложно исполнимо, особенно для частного сектора здравоохранения. Да и пациенты не всегда готовы к столь сложным решениям.

Но главное, обеспечить работу лечебного учреждения в ЕСИА, защиту персональных данных пациента, передачу информации в федеральные регистры и реестры, оформить каждому врачу электронную подпись невозможно за один день! Между тем новые нормы по организации деятельности центров телемедицины вступили в силу в январе 2018 г. сразу, без переходного периода. Ни одно учреждение здравоохранения технически не было готово к этому. Таким образом, приказ Минздрава России № 965н от 30.11.2017 «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» в одночасье сделал противозаконной всю ту телемедицину, которая довольно успешно практиковалась до 2018 г.

Да и сейчас, спустя 5 лет, нельзя сказать, что клиники, врачи и пациенты готовы к новому формату. В итоге с 2018 г. развитие телемедицины буксует, на текущий

момент это зона повышенного правового риска при одновременном больших вложениях ресурсов и высокой вероятности негатива со стороны пациентов. В частности потому, что врач не вправе ставить диагноз и назначать лечение дистанционно без предварительного очного визита больного в поликлинику, а это реально не всегда необходимо. В конце концов либо врач нарушает требования регулятора, либо пациент остаётся недоволен врачом и жалуется на него – в любом случае доктор окажется виноват. До тех пор, пока правила не станут адекватными, телемедицина не получит необходимого развития.

– **В заключение вернёмся к системам поддержки принятия врачебных решений: они «подсказчики» или «подставщики» врача? Как бы то ни было, рано или поздно СППВР появятся во всех областях медицины. Конечно, удобно, когда врач при назначении лекарств пользуется готовым алгоритмом, который учитывает весь спектр препаратов для данного диагноза, возможность их назначения с учётом сопутствующей патологии, противопоказаний, аллергических реакций, подбирает дозировку. Но когда медработник использует такой «подсказчик», кто несёт ответственность за результат лечения, если тот окажется неблагоприятным? Иными словами, должен ли программный продукт, созданный на основе нейросетей и предназначенный для применения в медицинской практике, быть субъектом права?**

– Нет, не должен. Ни один цифровой продукт не уполномочен принимать медицинские решения, их принимает врач. Даже в отношении медработников высказываются мнения, что они не являются субъектом права, так как в нашей регуляторной системе не врач, а клиника получает лицензию. Однако это мнение ошибочное: врач в любом случае имеет права, обязанности и юридическую ответственность. Это касается и его работы с использованием цифровых систем. Доктор обязан оказывать медицинскую помощь на основе клинических рекомен-

даций и нормативных актов, а любая система поддержки принятия решений не является для него прямым руководством к действию. Это лишь помощник, который даёт набор информации.

Зачем тогда вообще нужны СППВР? Для того, чтобы облегчить и алгоритмизировать работу врача, сэкономить его время, которое он потратит на детальное изучение и запоминание профессиональных норм и инструкций по применению лекарственных препаратов и медицинских изделий. Фактически это оцифрованные деревья возможных клинических решений, в них нет ничего нового, это просто хорошо упорядоченный набор большого объёма разрозненной информации. Кроме того, СППВР дают возможность грамотно выстроит в клинике внутреннюю систему контроля качества, мониторировать и анализировать данные о лечении пациентов.

Помимо простых алгоритмов есть варианты СППВР с функцией интерпретации медицинских данных или даже с использованием искусственного интеллекта и big data. Они должны проходить регистрацию как медицинские изделия, их качество, эффективность и безопасность оцениваются так же строго, тщательно и долго. Сегодня такого рода цифровые программы уже используются в референс-центрах лучевой диагностики и морфологической диагностики. Но и здесь программа лишь подсказывает специалисту, а ответственность за принятие решения лежит на нём: он может принять к сведению мнение ИИ, а может не принимать и думать своей головой. И это, я считаю, правильно.

Никакие дополнительные законодательные нормы, которые ограничивали бы полномочия и зоны ответственности врача и искусственного интеллекта, не нужны. Во всяком случае, пока об этом говорить преждевременно, поскольку программ с ИИ, интерпретирующих данные диагностических исследований, ещё очень мало в российской медицинской практике.

Беседу вел
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Республиканская клиническая больница № 2 (РКБ № 2) возникла в 1996 г. на базе госпиталя для ветеранов, гериатрического центра и ведомственной поликлиники.

За прошедшие годы штат учреждения увеличился в 5 раз. Сейчас оно насчитывает 400 коек. Здесь работают 600 человек, в том числе 170 врачей и более 250 медсестёр. С апреля 2022 г. обязанности главного врача этой больницы исполняет кандидат медицинских наук заслуженный врач Республики Дагестан Магомед-салам Темирболатов. Уроженец села Доргели Карабудакентского района, он имеет 20 лет хирургического стажа. До того, как возглавить больницу, он заведовал отделением сочетанной патологии Республиканской клинической больницы скорой медицинской помощи.

В РКБ № 2 имеется два гериатрических, два кардиологических и два неврологических отделения. Гериатром является начмед больницы кандидат медицинских наук Мадина Ибрагимовна. Недавно больница была отремонтирована и модернизирована. Создано отделение реабилитации с дневным стационаром, развиваются хирургическое и урологическое отделения, имеется оперблок на 4 операционных стола и реанимация на 10 коек.

В хирургическом отделении, которым заведует кандидат медицинских наук заслуженный врач Татарстана и Дагестана Ибрагим Магомедов, занимаются абдоминальной, лапароскопической хирургией, в том числе при онкологических заболеваниях, колопроктологией, бариатрической хирургией, лазерной литотрипсией конкрементов и т.д. Отделение является клинической базой кафедры общей хирургии Дагестанского государственного медицинского

Акценты

Новый этап развития

Ребрендинг Республиканской клинической больницы № 2



Р. Меджидов

университета. Здесь работает профессор Расул Меджидов, председатель Дагестанского общества хирургов им. Р.П. Аскерханова.

Почти все урологические вмешательства (95% случаев) являются малоинвазивными. В отделении урологии проводятся комплексное уродинамическое и видеоуродинамическое исследования, эндоскопические операции при доброкачественной гиперплазии предстательной железы, включая биполярную трансуретральную резекцию, а также энуклеацию лазером, лечение мочекаменной

болезни методом чрескожной пункционной нефролитотомии из малоинвазивного доступа и уретеролитотрипсии ригидным и «гибким» инструментами, лечение всех видов недержания мочи при помощи консервативной терапии, ботулинотерапии и хирургических методов (имплантация сетчатых протезов), лапароскопическая нефрэктомия при уретерогидронефрозе и нефункционирующей почке, лечение эректильной дисфункции и т.д.

В отделении гинекологии, созданном в 2019 г., проводятся эндоскопические операции при бесплодии (гистероскопия, резектоскопия, лапароскопия), эндо-



В лор-кабинете поликлиники



М. Темирболатов, М. Ибрагимовна, К. Тагирова, У. Магомедова

метриозе, заболеваниях матки и придатков, хирургическое лечение опухолей молочной железы, опу-

щения и выпадения матки и стенок влагалища с использованием малотравматичных методик и т.д.

Больница является клинической базой пяти кафедр Дагестанского госмедуниверситета – госпитальной терапии, урологии, гериатрии, организации здравоохранения и вышеупомянутой кафедры общей хирургии. Много больных приезжают сюда оперироваться из Азербайджана, поскольку стоимость операций вдвое дешевле, чем в Баку.

Поликлиника РКБ № 2, возглавляемая заслуженным врачом республики Узлипат Магомедовой, обслуживает 15 тыс. прикрепленных. Она рассчитана на 150 посещений в день. Приём ведут 7 участковых терапевтов, 2 педиатра, окулист, лор-врач, хирург, уролог, невролог, гематолог, дерматолог, эндокринолог, гастроэнтеролог. Имеются рентген-кабинет, прививочный, кабинеты УЗИ и функциональной диагностики.

Замечательный коллектив этой многопрофильной больницы с энтузиазмом внедряет современные методики распознавания, лечения и реабилитации.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
корр. «МГ».

Опыт

Десять лет без ФЛГ — и вот результат

Торакальные хирурги Новосибирской областной клинической больницы успешно прооперировали пациентку с новообразованием лёгкого сверхбольшого объёма. Нейрофиброма – редко встречающийся тип новообразований – росла из нижней доли левого лёгкого. Вес её составил 2316 г, объём извлечённой опухолевой массы – 30 см в длину и 11 см в высоту.



анатомического смещения сердца план операции намечали вместе с коллегами из других отделений: предстояла серьёзная работа не только для хирургов, но также для кардиологов и анестезиологов. Нужно было подготовиться к любым неприятностям, в частности, рассматривались риски возникновения сложных нарушений ритма сердца и развития дыхательной недостаточности.

– Опухоль оказалась слишком плотная и местами очень крепко спаянная со здоровыми тканями, что вызвало определённые технические трудности при её удалении. Спокойно, миллиметр за миллиметром мы отделяли новообразование от лёгкого, средостения и диафрагмы. Работа длилась шесть часов. У нас всё получилось несмотря на исходную сложность ситуации, – комментирует А. Кутепов.

Пациентка уже выписана из стационара в удовлетворительном

состоянии с обещанием не пропускать визиты к врачам.

Про каждую историю успешного удаления запущенной массивной опухоли СМИ рассказывают с особым восторгом. А поскольку такие истории происходят по всей стране с неприятной регулярностью, нет ли у докторов ощущения, что каждое новое сообщение об очередной победе врачей, добытой ценой невероятных усилий, ещё больше расслабляет обывателя? Ведь у людей «по ту сторону» оперблока крепнет уверенность в том, что медицина всесильна, врачи спасут в любом случае, поэтому зачем тратить своё время на диспансеризацию.

На этот вопрос корреспондента «МГ» А. Кутепов ответил так: «Честно говоря, пока вы не спросили, я не задумывался о возможности именно такой трактовки населением позитивных медицинских новостей. В моём представлении всё как раз наоборот: каждый следующий клинический случай с запущенной опухолью, освещённый в СМИ, должен усиливать в людях онконасторожённость. Во всяком случае я на это искренне надеюсь. Что же касается самого феномена запущенности новообразований, он был, есть и будет всегда. Несмотря ни на какие просветительские кампании в популяции всё равно останется часть людей, которые готовы считать боль нормой и терпеть до последнего. Мы можем расстраиваться по этому поводу, но не вправе раздражаться и высказывать им упреки, наше дело – лечить».

Елена ЮРИНА.

Новосибирск.

Идеи

Забег в поддержку паллиативных больных

Известный омский спортивный волонтер Андрей Неридный планирует за 10 дней пробежать 800 км по населённым пунктам Ленинградской области и Республики Карелия – вокруг Ладожского озера. Забег проводится в поддержку молодых людей, которые лишены возможности двигаться.

Благотворительный забег «Время – молодым» стартовал 10 мая в петербургском парке Победы. По пути спортсмен будет рассказывать о том, кто такие паллиативные больные и об омском фонде паллиативной помощи «Обнимая небо».

«Спорт и добро – это те вещи, которые связаны напрямую, – считает первый заместитель министра по делам молодёжи, физической культуры и спорта Омской области Иван Колесник. – И это правильно – привлекать внимание людей к каким-то проблемам именно через спорт. Во-первых, часто спортсмены – медийные лица и, когда они выступают с такими полезными инициативами, к ним обязательно прислушаются. А привлечение внимания к проблеме – это начало её решения...»

Директор фонда «Обнимая небо» Наталья Налимова рассказала, что сегодня под опекой некоммерческой организации находятся несколько десятков молодых людей от 18 до 35 лет. Сотрудники фонда уверены: им нужна не только медицинская и социальная помощь.

– Молодым людям нужна полноценная жизнь: посещение культур-

ных и спортивных мероприятий, городских праздников да просто прогулки! – уверена Наталья. – Наши ребята не могут сами заниматься спортом, но мы хотим дать им шанс вести настолько активную жизнь, насколько позволяет их здоровье. Для этого нужны средства. Андрей предположил нам помощь, и мы сразу согласились! Такие мероприятия помогают привлечь внимание к проблемам наших подопечных, а это уже большой шаг...»

Андрей давно занимается волонтерством, о фонде помощи паллиативным больным знает не понаслышке.

«Я много думал, чем мог бы помочь, – рассказал он, – и понял, что моё увлечение может не только мне приносить удовольствие, но также реальную пользу людям. Причём самым незащищённым. Мы призываем всех неравнодушных россиян, омичей поддержать наш забег, обратит внимание на проблемы наших соотечественников с ограниченными возможностями здоровья и помочь им».

В течение 10 дней спортсмен планирует преодолеть по 70 и более километров. Задача не из простых, но он уверен, что не сойдёт с дистанции.

Остаётся добавить, что к десятидневному марафону Андрей готовился долго, целенаправленно и упорно, делая акцент в тренировках – на выносливость, а не на скорость.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

Ежегодный Всероссийский конгресс по инфекционным болезням им. В.И.Покровского «Инфекционные болезни в современном мире: эволюция, текущие и будущие угрозы» стал знаковым событием для специалистов и вызвал большой общественный резонанс.

Инициаторами и организаторами мероприятия выступили Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Центральный НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора, Национальная ассоциация специалистов по инфекционным болезням им. В.И.Покровского, Всероссийское научно-практическое общество эпидемиологов, микробиологов и паразитологов при содействии Национальной ассоциации диетологов и нутрициологов и Федерации педиатров стран СНГ.

Ключевые вопросы для государства

Вот уже два года академик Валентин Покровский наблюдает за работой конгресса не с трибуны, а с большого портрета над ней. Но собравшиеся в зале чувствуют его незримое присутствие и даже порой в своих выступлениях словно сверяются с мнением Валентина Ивановича, обращаясь к портрету.

Это неудивительно: с именем В.Покровского связано развитие отечественной эпидемиологии и инфектологии; более 50 лет возглавлял он Центральный НИИ эпидемиологии, который в этом году отмечает своё 60-летие.

Вехи славной истории института осветил его директор академик РАН Василий Акимкин. Он рассказал о вкладе учреждения в решение актуальных проблем эпидемиологии и формирование научных основ ликвидации инфекционных болезней, изучение патогенеза инфекционного процесса, разработку методов ранней диагностики и эффективной терапии.

Многие достижения стали возможны благодаря работе известных отечественных учёных академиков В.И.Покровского, Б.Черкаского, В.Юркива, В.Малева, В.В.Покровского, Н.Сёминой, профессоров В.Машилова, И.Шаханиной, Н.Воротынцева, О.Каншиной, В.Килессо, Е.Ковалёвой, Г.Ющенко, В.Болотовского и других. О каждом из них с трибуны прозвучали слова памяти и уважения.

В.Акимкин отметил: связь времён и поколений продолжается. Заложенный выдающимися учёными и практиками фундамент даёт возможность говорить об институте как о ведущем научном учреждении страны, основными направлениями деятельности которого являются создание инновационных методов диагностики для борьбы с социально значимыми инфекционными заболеваниями, внедрение их в практическое здравоохранение и систему санитарно-эпидемиологического надзора.

Эпидемиология – область, где невозможно останавливаться на достигнутом (что стало особенно очевидным несколько последних лет). Постоянно появляются новые проблемы и идёт поиск их решения. Об этом свидетельствовали доклады, посвящённые дню сегодняшнему.

Как отметила в своём приветственном слове глава Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Анна Попова, инфекционные болезни, несмотря на создание вакцин и иммунобиологических препаратов, разработку антибиотиков и противовирусных препаратов, остаются глобальной вызовом человечеству. Невосполнимые людские потери, упущенные годы жизни, колоссальный экономический ущерб, сдерживающий развитие стран и континентов, – всё это стимулировало врачей и учёных на поиск причин и изучение этиологии, патогенеза и эпидемиологии, разработку методов диагностики, специфической и неспецифической профилактики этой обширной группы заболеваний.

По мере углубления знаний об эволюции патогенов перечень современных болезней расширяется, современные интенсивные миграционные потоки способствуют их быстрому распространению, что требует постоянной готовности к оперативному реагированию на возникающие угрозы.

Всё это определило круг вопросов научной программы конгресса,

Деловые встречи

В кольце инфекций

Как защититься от биологических угроз?

который в этом году отмечает свой 15-летний юбилей. За эти годы он заслуженно признан крупнейшим научным форумом, на площадке которого проходит обсуждение важнейших проблем эпидемиологии и инфекционных болезней в рамках ключевых для государства вопросов охраны здоровья населения и защиты от биологических угроз.

В 3-дневной программе конгресса нашли отражение такие актуальные темы здравоохранения, как COVID-19, грипп и ОРВИ, природно-очаговые и особо опасные инфекции, инфекции, передающиеся клещами, паразитарные и грибковые заболевания, туберкулёз и вирусные гепатиты.

Незавершённая пандемия и невидимая эпидемия

Одной из главных тем закономерно остаётся COVID-19. Сейчас усилия учёных направлены на изучение «жизни в постковидную эпоху», которая на конгрессе была удачно названа изменённой реальностью. Анализу самого заболевания – от острого периода к постковидному синдрому, эволюции вируса и возможностям профилактики и лечения коронавируса были посвящены многие выступления.

Патогенетическую терапию COVID-19 с позиций доказательной медицины в целом и российский опыт применения моноклональных антител в частности проанализировал заместитель директора по научной работе ЦНИИЭ Роспотребнадзора академик РАН Александр Горелов. Он же вместе с заместителем директора по клинической работе ЦНИИЭ Антониной Плоскиревой задал собравшимся довольно провокационный вопрос: постковидный синдром – это миф или реальность?

И, конечно же, ответили на него, ещё раз напомнив, что развитие пандемии достаточно скоро показало: ковид – не только «лёгочный» вирус. Он воздействует на ЦНС, сердечно-сосудистую и эндокринную системы, а также на внутренние органы, ЖКТ, кожу; происходит мощный удар по иммунитету, следствием которого становятся иммунодепрессия и ДИС-активация.

Согласно классификации клинических форм коронавирусной инфекции, существуют респираторная, гастроинтестинальная и церебральная формы, поражение обоняния и осязания. Отдельно выделяются такие формы, как сочетанная, мало- или бессимптомная, нейротропная.

При этом сепсис, септический (инфекционно-токсический) шок, ДВС-синдром, тромбозы и тромбоземболии авторы предлагают рассматривать в качестве осложнений основного заболевания.

Создана также рабочая классификация клинических форм постковидного синдрома. Это вирусассоциированные послед-

ствия (поражение лёгких и ЖКТ, когнитивные нарушения, вторичный иммунодефицит, ОНМК, ОИМ, аутоиммунные воспаления (артрит), ятрогенные (антибиотикассоциированный синдром, токсические гепатит, нефрит и кардит), генетически обусловленные (манифестация аутоиммунных заболеваний, а также АГ и другой сердечно-сосудистой патологии) и соматически обусловленные (обо-

но-исследовательского института гриппа им. А.А.Сморodinцева Дмитрия Лиознова, сообщившего, что характерной особенностью последнего времени стало протекание заболевания в лёгкой форме преимущественно среди привитого населения.

Поскольку эпидсезон по гриппу совсем недавно пошёл на спад и был крайне непросто, подъём заболеваемости гриппом на-

Сегодня в России более 1,1 млн людей, живущих с ВИЧ.

Не может не беспокоить и распространённость гепатита С. По данным 2021 г., в России гепатитом С болеют 5,8 млн человек, что составляет 3,95% населения страны, то есть это практически каждый 25-й житель. Об этом шла речь на ряде семинаров.

Докладчики отмечали: в 2022 г. приняты клинические рекоменда-



стрие хронических соматических патологий).

Таким образом, 3-летний период сосуществования с новой коронавирусной инфекцией уже даёт возможность делать определённые выводы и классифицировать полученные опытным путём знания. Но, как подчёркивало большинство выступавших, точку ставить пока рано. Если это вообще возможно на фоне непрекращающихся мутаций вируса.

Отдельной темой рассматривалась «невидимая эпидемия» антимикробной резистентности, ставшей настоящим бичом современности. Как известно, пандемия COVID-19 усугубила и без того непростую ситуацию. По словам доцента кафедры инфекционных болезней Гомельского государственного медицинского университета Ольги Козорез, увеличение потребления дезинфекторов, далеко не всегда целесообразное назначение антибиотиков и в целом снижение внимания к проблеме на фоне борьбы с коронавирусом вызывают всё большую тревогу медицинского сообщества.

Выходом может стать в первую очередь массовое вакцинирование населения от различных вирусных инфекций. Согласно приведённым в докладе результатам многих зарубежных исследований, вакцинация способна привести к значительному сокращению объёмов использования антибиотиков и их необоснованных назначений, что, в свою очередь, предотвращает бактериальные осложнения, появление и распространение резистентных штаммов, а также уменьшает рост заболеваемости циркуляции возбудителей в популяции. Одновременно происходит сохранение и защита микробиоты конкретного человека как фактора колонизационной резистентности и создаётся коллективный иммунитет.

– Таким образом, вакцинация является одним из самых эффективных в истории человечества медицинских вмешательств и отражает успех людей в борьбе за продолжительность жизни, влияя, в том числе, на глобальную проблему антимикробной резистентности, – резюмировала О.Стома.

Подтверждением этому могут служить слова директора Науч-

блюдался даже больший, чем в допандемический период, большой интерес вызвало сообщение Д.Лиознова о новых клинических рекомендациях по лечению гриппа у взрослого населения.

«Появление новых препаратов, прежде всего противовирусных средств, дало возможность выработать абсолютно новый подход к терапии этого заболевания», – сказал он.

Каким будет следующий эпидсезон, предсказать никто не берётся, но уже сейчас видно, что отступивший было в первый пандемический год грипп не только отвоевал свои позиции, но и перешёл в наступление. И к этому должны быть готовы и медики и население.

Борьба продолжается

Вопросы рациональной противовирусной и антибактериальной терапии в свете вновь принятых клинических рекомендаций, подходы к специфической и неспецифической профилактике инфекционных болезней и оценке поствакцинального иммунитета, а также реабилитации больных вызвали активное обсуждение с участием как научного сообщества, так и представителей практического здравоохранения.

Как всегда, ярким и запоминающимся было выступление академика В.Покровского, по-прежнему сомневающегося в том, что в плане ВИЧ-инфекции «на фронте всё спокойно».

«На фоне эпидемии коронавируса все стали забывать о других инфекциях, но они, к сожалению, нас не покинули, в том числе и ВИЧ, – отметил он. – Более того, её пандемия продолжается. Каждую минуту один человек умирает от СПИДа и 3 заражаются».

Парадоксальная ситуация, когда идёт наращивание обследований на ВИЧ-инфекцию, но снижается число выявляемых, по мнению В.Покровского, объясняется тем, что всё меньше обследуется людей из групп риска, в то время как на ВИЧ проверяются абсолютно все больные коронавирусом, поступающие в стационары. А главный показатель – количество живущих с ВИЧ на 100 тыс. населения растёт.

в соответствии с которыми в России используются все основные современные схемы терапии хронического гепатита С, а малоэффективные и имеющие много побочных реакций интерфероновые схемы остались в прошлом.

В конце прошлого года принят план мероприятий, направленных на сокращение заболеваемости; лечение гепатита С включено в базовую программу госгарантий, что должно сделать терапию гепатита С более доступной по ОМС. Это – положительные моменты.

Однако в конце марта, несмотря на многочисленные предложения ведущих специалистов и пациентских организаций, Минздрав принял критерии оказания медицинской помощи по ОМС будет оказываться только пациентам с циррозом печени, сопутствующими заболеваниями и при рецидиве гепатита С после трансплантации печени. По мнению медиков, такое решение вряд ли приблизит элиминацию ХГС в России, на которую нацелена страна мира Всемирная организация здравоохранения.

Дорогу юным

Современная эпидемиологическая ситуация по острым кишечным инфекциям, полиомиелиту и энтеровирусным инфекциям в Российской Федерации, а также проблема вакцинопрофилактики инфекционных заболеваний были рассмотрены на отдельных заседаниях.

Помимо маститых учёных – А.Румянцев, Ю.Лобзина, В.Литвинова, А.Подколзина, Н.Пшеничной и других в конгрессе приняло участие и молодые учёные. Они представили на конкурс 50 постерных докладов. На двух секциях – «Профилактическая медицина, эпидемиология, микробиология и лабораторная диагностика» и «Клиническая медицина и инфекционные болезни» оценивались 36 работ аспирантов, научных сотрудников и практикующих врачей. Специальная секция «Дорогу юным» объединила ординаторов и студентов старших курсов медицинских вузов.

В целом программа была настолько насыщенной, что онлайн-участники буквально разрывались: какой из залов подключить? В каждом лекции важные, интересные, актуальные. Достаточно сказать, что за 3 дня было проведено 2 пленарных заседания и 70 симпозиумов, на которых было представлено 340 докладов. За это время конгресс посетили более 3 тыс. слушателей из всех регионов Российской Федерации, а также стран зарубежья. Число просмотров онлайн-трансляций превысило 13 тыс.

Подобный интерес к конгрессу им. В.И.Покровского ещё раз подчеркнул значимость санитарно-эпидемиологической и инфекционной служб в современных условиях.

Алёна ЖУКОВА,
корр. «МГ».

Москва.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 17 (2377)

(Окончание. Начало в № 18 от 12.05.2023.)

Фульминантное (молниеносное) течение острого гепатита проявляется быстрым, в течение часов-суток, развитием острой печёночной энцефалопатии (ОПЭ). Такое течение характеризуется быстрым наступлением печёночной комы, чаще всего на 4-5-й день от начала желтухи. У большинства больных наблюдаются геморрагии в местах инъекций, носовое кровотечение, рвота содержимым типа «кофейной гущи». Нередко отмечается появление отёков на стопах и в нижней трети голени. О глубоком повреждении печёночных клеток свидетельствуют высокие показатели активности аминотрансфераз, при этом АсАТ преобладает над АлАТ. Развитие комы приводит к летальному исходу, особенно при отсутствии превентивной интенсивной терапии.

Диагностика

Жалобы и анамнез.

Рекомендовано обратить внимание на сведения эпидемиологического анамнеза о пребывании в очаге ГА в период, соответствующий инкубационному периоду, всем пациентам с подозрением на ГА с целью выявления источников инфекции, путей и факторов передачи заболевания.

Рекомендовано обратить внимание на поездки в районы с высокой эндемичностью ГА без предварительной иммунизации в период, соответствующий инкубационному периоду, всем пациентам с подозрением на ГА с целью выявления источников инфекции, путей и факторов передачи заболевания.

Рекомендовано обратить внимание на наличие эндемичной вспышки ГА (водного или пищевого характера) всем пациентам с подозрением на ГА с целью выявления источников инфекции, путей и факторов передачи заболевания.

Рекомендовано обратить внимание на характерную сезонность ГА (осенне-зимний период) с максимумом заболеваемости в сентябре-ноябре всем пациентам с подозрением на ГА, учитывая характерные эпидемиологические особенности эпидемического процесса ГА.

Рекомендовано обратить внимание на совместное проживание с инфицированным ГА человеком и сексуальные отношения с человеком, имеющим острую инфекцию ГА, всем пациентам с подозрением на ГА с целью выявления источников инфекции, путей и факторов передачи заболевания.

Рекомендовано обратить внимание на общее недомогание, повышение температуры, утомляемость, анорексию, тошноту, рвоту, появление желтухи и/или потемнение мочи, обесцвечивание кала всем пациентам с подозрением на ГА с целью выявления цикличности заболевания и типичных проявлений.

Физикальное обследование.

Рекомендовано начать с общего осмотра с выявлением наличия желтушного окрашивания кожи и слизистых оболочек всем пациентам с подозрением на ГА для диагностики степени тяжести и формы заболевания.

Рекомендовано проведение пальпации живота с определением размеров (увеличение или уменьшение) и консистенции печени и селезёнки всем пациентам с подозрением на ГА для диагностики степени тяжести заболевания и осложнений, для своевременного перевода в ОРИТ для проведения интенсивной терапии.

Рекомендована оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго у пациентов с признаками печёночной комы не позднее 30 минут от момента поступления в стационар для своевременного перевода в ОРИТ для проведения интенсивной терапии.

Рекомендована оценка степени нарушения сознания и комы по шкале Глазго у пациентов с признаками печёночной комы не позднее 30 минут от момента поступления в стационар для своевременного перевода в ОРИТ для проведения интенсивной терапии.

Рекомендован перевод в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) пациентам с тяжёлым течением ГА и развитием печёночной комы при наличии неотложных состояний для проведения интенсивной терапии.

Лабораторная диагностика.

На этапе постановки диагноза рекомендовано выполнение клинического анализа крови с определением

лейкоцитарной формулы всем пациентам с подозрением на ГА для диагностики, комплексной оценки степени тяжести болезни, своевременного выявления осложнений и неотложных состояний.

При неосложнённом течении ГА характерны лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения, увеличение СОЭ в преджелтушный период, анемия возникает редко. При фульминантной или осложнённых формах наблюдаются лейкоцитоз, нейтрофилёз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, тромбоцитопения, замедление СОЭ.

Рекомендовано выполнение общего анализа мочи всем пациентам с подозрением на ГА для выявления признаков нарушения пигментного обмена.

Характерны изменение цвета мочи, повышение уробилиногена и желчных пигментов. Выявление в моче уробилина и желчных пигментов возможно уже в преджелтушном периоде.

Рекомендовано выполнение общетерапевтического биохимического анализа крови (исследование уровня общего билирубина, уровня свободного и связанного билирубина, определение активности аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы (АлАТ, АсАТ), гамма-глутамилтрансферазы (ГГТП) щелочной фосфатазы (ЩФ) всем пациентам с подозрением на ГА для оценки наличия и активности синдромов цитолиза и холестаза.

Выполняется для оценки базового уровня показателя, характерно увеличение активности АлАТ, АсАТ, ЩФ, ГГТП.

Рекомендовано выполнение коагулограммы (ориентировочное исследование системы гемостаза): определение времени свёртывания нестабилизированной крови или рекальцификации плазмы, времени кровотечения, протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме, тромбинового времени в крови, ПТИ пациентам с наличием геморрагического синдрома для оказания своевременной помощи.

Выявляется снижение фибриногена и факторов свёртывания: II, V, VII, VIII, IX, X, снижение протромбинового времени, удлинение периода свёртывания крови, снижение ПТИ. Рекомендовано исследование уровня общего белка в крови, соотношения белковых фракций методом электрофореза в крови или в плазме, электролитов крови пациентам с ГА и печёночной комой для базовой оценки показателей.

При тяжёлом течении с развитием печёночной недостаточности возможно развитие гипоальбуминемии, диспротеинемии, нарушения электролитного состава крови.

Рекомендовано определение антител класса М (anti-HAV IgM) к вирусу гепатита А (Hepatitis A virus) в крови методом иммуноферментного анализа пациентам с любым вариантом течения ГА для этиологического подтверждения диагноза.

При любом варианте течения ГА образуются специфические иммуноглобулины классов М и G (anti-HAV IgM и anti-HAV IgG). Выявление специфических маркеров HAV является этиологическим подтверждением диагноза ГА. Anti-HAV IgM появляются в крови с конца инкубационного периода – первых дней манифестации. Длительность их циркуляции колеблется от нескольких недель до 4-6 месяцев (в среднем 3 месяца). Необходимо учитывать возможность обнаружения anti-HAV IgM в ближайшие недели после вакцинации против ГА. Anti-HAV IgG начинают циркулировать в крови в период реконвалесценции и свидетельствуют о санации организма от вируса.

Также Anti-HAV IgG выявляются после вакцинации против ГА.

Рекомендовано определение РНК вируса гепатита А (Hepatitis A virus) в крови методом ПЦР у пациентов с клиническими проявлениями ГА, но при отсутствии антител к ВГА класса IgM для этиологического подтверждения диагноза.

РНК-HAV – показатель репликации вируса. РНК может быть обнаружена в инкубационный, желтушный периоды, а также при обострении ВГА. Средняя длительность циркуляции РНК в крови – 10-14 дней, но в исключительных случаях РНК вируса может выявляться до 6-9 и более месяцев.

Рекомендовано проведение серологических исследований, определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В (Hepatitis B virus) в крови, антител класса М к ядерному антигену (anti-HBc IgM) вируса гепатита В

любыми отклонениями сердечно-сосудистой системы (сердечного ритма, изменением границ и тонов сердца, выявлением шума) для диагностики осложнений и сопутствующей патологии.

Для больных в остром периоде ГА характерной является склонность к брадикардии, а при ухудшении состояния, нарастании интоксикации и риске развития прекомы прогностически неблагоприятными признаками являются изменение ритмов сердца, появление тахикардии, приглушение тонов сердца.

Рекомендовано выполнение эзофагогастроудоденоскопии пациентам с болями в животе, рвотой «кофейной гущей» для уточнения характера повреждения слизистой пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки.

Острый гепатит А у взрослых

Иная диагностика.

Рекомендуется консультация врача анестезиолога-реаниматолога пациентам с наличием неотложных состояний (в том числе с печёночной комой) для определения показаний к переводу в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) не позднее 30 минут от момента поступления в стационар.

Рекомендован осмотр врачом-хирургом пациентам с наличием интенсивных болей в животе, гипотонии, геморрагическом синдроме для исключения острой хирургической патологии и определений показаний к переводу в хирургическое отделение.

Рекомендован осмотр врача-невролога пациентам с наличием признаков энцефалопатии для оказания своевременной специализированной помощи.

Рекомендовано всем пациентам с ГА провести дифференциальную диагностику ГА с другими вирусными гепатитами и заболеваниями, протекающими с синдромом желтухи для достоверного подтверждения диагноза.

Наибольшую трудность для диагностики представляют случаи, при которых отсутствуют характерные эпидемиологические данные, а клиническая симптоматика ограничивается общеинтоксикационными симптомами.

Лечение

ГА относится к самолимитирующим инфекциям. Основой является максимально бережная тактика ведения больных, показано проведение базисной терапии, при которой необходимо избегать неоправданного назначения лекарственных средств (ВОЗ, 2019).

Больные ГА, протекающим в лёгкой форме, могут лечиться на дому, остальные подлежат госпитализации и лечению в инфекционных стационарах или отделениях.

Консервативное лечение.

Этиотропная (противовирусная) терапия.

Не рекомендовано применение противовирусных препаратов системного действия для лечения пациентов с ГА независимо от тяжести течения заболевания.

Патогенетическая и симптоматическая терапия.

Рекомендуется обязательное проведение базисной терапии всем пациентам независимо от тяжести течения заболевания для восстановления нарушенных функций печени и профилактики осложнений.

Базисная терапия включает в себя щадящий режим и диету. Из рациона исключают жареные, копчёные, маринованные блюда, тугоплавкие жиры (свинина, баранина). Категорически запрещается алкоголь в любых видах.

Рекомендуется проведение дезинтоксикационной терапии пациентам с ГА по клиническим показаниям с учётом степени тяжести заболевания для купирования синдрома интоксикации.

Объём дезинтоксикационной терапии зависит от степени тяжести состояния пациента:

Лёгкая степень тяжести – пероральная дезинтоксикация в объёме 2-3 л жидкости в сутки (некрепко заваренный чай с молоком, мёд, варенье, а также отвар шиповника, свежеприготовленные фруктовые и ягодные соки, компоты, щелочные минеральные воды).

Средняя степень тяжести – инфузионная терапия: 800-1200 мл 5% раствора декстрозы внутривенно капельно, меглюмина натрия сукцинат – со скоростью до

90 капель/мин (1-4,5 мл/мин) 400-800 мл/сут. (Средняя суточная доза – 10 мл/кг. Курс терапии – до 11 дней. Объём и длительность зависит от степени тяжести состояния пациента.)

Тяжёлая степень тяжести – усиление дезинтоксикационной терапии путём введения декстрана, 10% раствора альбумина, плазмы крови.

Рекомендовано пациентам с ГА с печёночной комой при поступлении проведение инфузионно-трансфузионной терапии и терапии лекарственными препаратами группы глюкокортикоидов не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний).

Рекомендовано проведение экстракорпоральной детоксикации (плазмаферез, плазмаферез с частичным плазмообменом, гемосорбция, гемодиализ) пациентам с тяжёлыми формами ГА в случае неэффективности проведённой дезинтоксикационной терапии.

Пациентам с острой печёночной недостаточностью рекомендовано лечение согласно соответствующему протоколу в условиях ОРИТ для возможности оказания своевременной интенсивной терапии и неотложной помощи.

В коматозном состоянии для улучшения лёгочной вентиляции рекомендовано использование аппарата искусственного дыхания.

Рекомендовано использование антифибринолитических средств пациентам с наличием геморрагического синдрома для коррекции гемостаза.

Рекомендовано назначение аминокислот и их производных и прочих препаратов для лечения заболеваний печени пациентам, вне зависимости от формы тяжести для улучшения тканевого обмена, стабилизации клеточных мембран.

Адеметионин первые 2 недели внутривенно струйно в дозе 800-1600 мг ежедневно с последующим переходом на таблетки 400 мг – по 2-4 таблетки в день, глицирризиновая кислота + фосфолипиды – лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного введения 2500 мг, предварительно растворив в 10 мл воды для инъекций в/в струйно медленно 2 раза в день в течение 10 дней, затем переходят на пероральный приём по 1-2 капсулы 3 раза в сутки внутрь во время еды, инозин 0,6-0,8 г 3-4 раза в сутки. Длительность курса пероральных препаратов с гепатопротекторным и антиоксидантным действием – 3-4 недели и до 6 месяцев.

Рекомендуется назначение папаверина и его производных пациентам с жалобами на ноющие боли в правом подреберье, обусловленные спазмами гладкой мускулатуры желчевыводящих путей, и при развитии холестаза для улучшения оттока жёлчи.

Использование дротаверина – 40-80 мг 1-2 раза в сутки, папаверина 40 мг 2-3 раза в сутки.

Рекомендовано назначение препаратов урсодезоксихолевой кислоты в комбинации с парентеральным введением адеметионина пациентам с продолжительной гипербилирубинемией и симптомами холестаза с антихолестатической и гепатопротективной целью.

Препараты урсодезоксихолевой кислоты назначаются по 500-1000 мг/сут (на ночь) внутрь. Антихолестатическая терапия при продолжительной гипербилирубинемии и симптомах холестаза должна быть комплексной и включать препараты жёлчных кислот в сочетании с антигипоксантами и сорбентами (адеметионином). Длительность курса урсодезоксихолевой кислоты при выраженном холестатическом компоненте может достигать 2-3 месяца.

Рекомендовано всем больным ГА проведение терапии, направленной на нормализацию функции ЖКТ (профилактика запоров, борьба с дисфункцией) для ежедневного опорожнения кишечника с целью выведения токсических веществ.

В зависимости от клинической симптоматики используются как стимуляторы моторики желудочно-кишечного тракта слабительные средства, так и адсорбирующие кишечные препараты. Длительность курса 3-5 дней. При лечении больных с ВГА необходимо следить за ежедневным опорожнением кишечника, доза лактулозы и других слабительных средств должна подбираться индивидуально таким образом, чтобы стул был ежедневно, оформленный или кашицеобразный.

Рекомендовано пациентам с наличием симптомов поражения поджелудочной железы назначение ферментных препаратов с заместительной целью.

Панкреатин 25 ед по 2-4 таблетки внутрь 3 раза в сутки во время еды, длительность курса 10-15 дней. Максимальная суточная доза – 16 таблеток.

Рекомендована антибактериальная терапия пациентам с присоединением инфекционных бактериальных осложнений и сопутствующих заболеваний (холецистит, холангит, пневмония и др.) для санации очагов бактериальной инфекции.

При выраженном холестатическом синдроме и длительной гипербилирубинемии всегда имеют место поражения желчевыводящих путей (холангит, холецистит, перихолецистит), требующие антибактериальной терапии: цефалоспорины (цефазолин или цефтриаксон в дозе 1000 мг 2 раза в сутки внутримышечно), метронидазол 500 мг 3 раза в сутки внутрь. Длительность курса 10-14 дней. Предпочтительным является назначение метронидазола.

Хирургическое лечение.

Острая печёночная недостаточность при ГА встречается очень редко (<1%). Пациенты с МНО >1,5 и в случае появления других признаков острой печёночной недостаточности (острой печёночной энцефалопатии) должны быть консультированы трансплантологом и направлены в центр трансплантации печени.

Профилактика ГА должна быть комплексной, только сочетание методов неспецифической и специфической профилактики обеспечивает снижение заболеваемости.

Специфическая профилактика

Рекомендовано проведение вакцинации. Проводится с помощью вакцин для профилактики вирусного гепатита А, которые представляют собой инактивированный вирус ГА, адсорбированный на гидроксиде алюминия. В большинстве стран вакцина рекомендована для иммунизации групп риска, перечень которых определяется органами здравоохранения.

Лица с повышенным риском инфицирования гепатитом А:

- дети, проживающим на территориях с высоким уровнем заболеваемости ГА;
- медицинские работники;
- воспитатели и персонал детских дошкольных организаций;
- работники сферы обслуживания населения, прежде всего занятые в организациях общественного питания, по обслуживанию водопроводных и канализационных сооружений, оборудования и сетей;
- выезжающие в эндемичные по ГА регионы и страны;
- контактные в очагах по эпидемическим показаниям;
- военнослужащие воинских частей, дислоцированных или ведущих боевые действия в районах с неудовлетворительными санитарно-бытовыми условиями или негарантированным водоснабжением;
- лица с хроническими заболеваниями печени или повышенным риском заболеваний печени (лица с хроническими вирусными гепатитами; хронические носители вирусов гепатитов В, С и D; лица, страдающие хроническими гепатитами алкогольного, аутоиммунного, токсического, лекарственного и другого генеза; лица с болезнью Вильсона – Коновалова, гепатозами и гепатопатиями и др.);
- пациенты с заболеваниями крови и лица, находящиеся на гемодиализе;
- лица с поведенческим риском заражения ГА (мужчины, имеющие половые связи с ругими мужчинами; лица, ведущие беспорядочную половую жизнь);
- лица, употребляющие инъекционные наркотики; пациенты наркологических диспансеров;
- ВИЧ-инфицированные при их выявлении.

Почти у 100% людей в течение месяца после введения одной дозы вакцины развиваются защитные уровни антител к вирусу. Даже в случае воздействия вируса одна доза вакцины способна защитить привацинированного человека, если её аппликация проведена в течение 2 недель после контакта с вирусом. Для формирования длительного и устойчивого иммунитета (20 и более лет) производители рекомендуют вводить 2 дозы вакцины с интервалом от 6 месяцев до 6 лет.

Как правило, схема вакцинации включает в себя 2 внутримышечные инъекции. Некоторые производители вакцин против ГА предлагают считать второе введение вакцины не составной частью схемы вакцинации, а бустерным введением препарата, определяющим длительное сохранение анти-ВГА у привитого. Возраст, с которого можно вводить вакцину против ГА, составляет 1-2 года. До 16-18 лет применяется детская дозировка вакцины, содержащая половинную дозу вакцины, применяемой для взрослых. Продемонстрирована эффективность однократной массовой вакцинопрофилактики ГА (аргентинский опыт). Данный способ вакцинации против ГА подтверждён в Республике Тыва.

Неспецифическая профилактика

Рекомендуется благоустройство населённых пунктов (очистка территории, вывоз мусора).

Рекомендуется обеспечение населения доброкачественной водой, безопасными в эпидемиологическом отношении продуктами питания.

Рекомендовано улучшение санитарно-гигиенических условий труда и быта.

Рекомендуется создание условий, гарантирующих соблюдение санитарных правил и требований, предъявляемых к заготовке, транспортировке, хранению, технологии приготовления и реализации продуктов питания.

Рекомендовано обеспечение повсеместного и постоянного выполнения санитарно-гигиенических норм и правил, санитарно-противоэпидемического режима в детских учреждениях, учебных заведениях, лечебно-профилактических организациях, организованных воинских коллективах и других объектах.

Рекомендуется соблюдение личной гигиены, такой как регулярное мытьё рук безопасной водой.

Рекомендовано проведение гигиенического воспитания населения.

Диспансерное наблюдение

Рекомендовано диспансерное наблюдение реконвалесцентов ГА в кабинете инфекционных заболеваний поликлиники в течение 3-6 месяцев в зависимости от самочувствия, скорости нормализации размеров печени и динамики результатов биохимических исследований.

Диспансерное наблюдение за переболевшим ГА (по месту жительства или лечения) проводится не позднее чем через месяц после выписки его из стационара. В случае если больной был выписан со значительным повышением активности аминотрансфераз, осмотр проводят через 14 дней после выписки. При отсутствии каких-либо клинических и лабораторных отклонений от нормальных показателей они могут быть сняты с учёта с рекомендацией освобождения от тяжёлой физической работы и занятий спортом.

Рекомендовано воздержаться от профилактических прививок, кроме (при наличии показаний) анатоксина столбнячного и вакцин для профилактики бешенства всем пациентам с ГА после выписки из стационара в течение 6 месяцев.

Рекомендовано воздержаться от проведения плановых операций, приёма гепатотоксичных препаратов и приёма алкоголя всем реконвалесцентам ГА в течение полугода после перенесённого заболевания.

Организация оказания медицинской помощи. Рекомендована госпитализация в инфекционное отделение больных, подозрительных на заболевание ГА.

В отдельных случаях лёгкого течения заболевания допускается лечение больного с лабораторно подтверждённым диагнозом ГА (при обнаружении в крови anti-HAV IgM или РНК ВГА) на дому при условии:

- проживания больного в отдельной благоустроенной квартире;
- отсутствия контакта по месту проживания с работниками лечебно-профилактических, детских и приравненных к ним организаций, а также с детьми, посещающими детские образовательные учреждения;
- обеспечения ухода за больным и выполнения всех мер противоэпидемического режима;
- отсутствия у заболевшего других вирусных гепатитов или гепатита невирусной этиологии, других хронических заболеваний с частыми обострениями и декомпенсацией основного заболевания, употребления наркотиков, злоупотребления алкоголем;
- обеспечения динамического клинического врачебного наблюдения и лабораторного обследования на дому.

Рекомендовано выполнение осмотра пациента с ГА без печёночной комы врачом-инфекционистом не позднее 2-х часов от момента поступления в стационар, и в течение 10 минут от момента поступления в стационар пациентам с печёночной комой.

Рекомендована выписка из стационара пациентов с ГА без печёночной комы при снижении активности аланинаминотрансферазы менее 150 Ед/л, снижение уровня билирубина до 40 мкмоль/л и менее, повышение протромбинового индекса не ниже 80% и выше.

Рекомендована выписка из стационара пациентов с ГА с печёночной комой при улучшении сознания по шкале Глазго, уменьшении гепатомегалии (гепатоспленомегалии) и отсутствии выпота в брюшной полости, при снижении активности аланинаминотрансферазы менее 150 Ед/л, снижении уровня билирубина до 60 мкмоль/л

и менее, повышении протромбинового индекса не ниже 70% и выше.

Медицинская помощь оказывается в форме:

- экстренной медицинской помощи;
- неотложной медицинской помощи;
- плановой медицинской помощи.

Медицинская помощь оказывается в виде:

- первичной медико-санитарной помощи;
- скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
- специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Медицинская помощь взрослым больным с ГА может оказываться в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- в дневном стационаре (в условиях, предусматривающих медицинское наблюдение и лечение в дневное время, не требующих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

Первичная медико-санитарная помощь пациентам оказывается в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь в амбулаторных условиях осуществляется в фельдшерско-акушерских пунктах.

Первичная врачебная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом) в амбулаторных условиях. Первичная специализированная медико-санитарная помощь осуществляется врачом-инфекционистом медицинской организации, оказывающим медицинскую помощь пациентам в амбулаторных условиях.

Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь оказывается в условиях стационара врачами-инфекционистами и другими врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию.

Лечение пациентов осуществляется в условиях стационара по направлению врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, медицинских работников, выявивших ГА.

Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния).

К факторам риска развития тяжёлого течения заболевания относят: возраст пациента, беременность в 3-м триместре, сопутствующие заболевания: хронические диффузные заболевания печени (суперинфекция и коинфекция с HCV, HBV), хроническая алкогольная интоксикация, употребление психотропных средств.

Факторы, наличие которых увеличивает риск развития печёночной недостаточности летального исхода:

- микст-инфицирование гепатотропными вирусами и вирусом иммунодефицита человека;
- соматическая патология – язвенная болезнь, сахарный диабет, заболевания крови;
- инфекция – одонтогенная, тонзиллогенная, туберкулёз;
- алкоголизм, наркомания и токсикомания;
- лекарственные токсические гепатиты;
- иммунодефицитные состояния;
- алиментарная дистрофия, несбалансированное питание.

Анастасия БУШМАНОВА,
ассистент кафедры инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии
Санкт-Петербургского государственного
педиатрического университета
Минздрава России,
кандидат медицинских наук.

Александр ГОРЕЛОВ,
заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Московского
государственного медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова Минздрава
России, заместитель директора по научной
работе Центрального НИИ эпидемиологии
Роспотребнадзора,
академик РАН.

Галина КАРЕТКИНА,
доцент кафедры инфекционных болезней
и эпидемиологии Московского
государственного медико-стоматологического
университета им. А.И.Евдокимова Минздрава
России, кандидат медицинских наук.

В 15 регионах России стартовал проект «Хроники нашего времени», направленный на улучшение диагностики хронических заболеваний. Его автором выступило Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний (РОПНИЗ) при поддержке биофармацевтической компании «АстраЗенека». Символично, что мероприятие прошло накануне «Недели сохранения здоровья лёгких», которая посвящена борьбе с таким распространённым хроническим заболеванием, как астма.

Предупреждён – значит вооружён

По данным Всемирной организации здравоохранения, от хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) в мире ежегодно умирает 41 млн человек, что составляет 71% всех случаев смерти. Причём основное число случаев приходится на возраст от 30 до 69 лет. Поэтому главная задача проекта актуальна как никогда. По замыслу авторов, необходимо увеличить число случаев ранней диагностики хронической болезни почек, хронической сердечной недостаточности, сахарного диабета 2-го типа, хронической обструктивной болезни лёгких и бронхиальной астмы, а также начать своевременное лечение пациентов с этими заболеваниями за счёт повышения осведомлённости пациентов и специалистов здравоохранения.

«В России в последние 30 лет мы говорим о возрастающей роли хронических неинфекционных заболеваний. Они являются причиной 75% всех смертей взрослого населения, – отметила президент РОПНИЗ, директор Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины, главный специалист по терапии и общей врачебной практике Минздрава России, академик РАН Оксана Драпкина. – Эти заболевания предотвратимы, дорога к ним идёт через факторы риска, которые хорошо известны. На выявлении причин и ХНИЗ построена вся система диспансеризации в Российской Федерации. Крайне важно повышать грамотность и информированность пациента о факторах риска развития заболеваний, современных возможностях профилактики, в том числе о прохождении диспансеризации и профилактического медицинского

Проекты

Ранняя диагностика, удачное лечение



осмотра. Несомненно, важную роль играют как знания и навыки самого врача, так и активная позиция пациента. Проект «Хроники нашего времени» предполагает усилить разъяснительную работу с пациентами и повысить уровень знаний врачей первичного звена».

Проект стартует в более чем 600 поликлиниках России. В течение 2023 г. организаторы планируют распространять информационные материалы, которые помогут пациентам узнать больше о симптомах и факторах риска хронических неинфекционных заболеваний, а также о способах коррекции образа жизни. Будут задействованы все формы взаимодействия с пациентами – ролики, интервью с экспертами.

Для медицинских работников на платформе internist.ru будут проводиться регулярные образовательные вебинары.

«Хроники нашего времени» охватят наиболее крупные по численности населения регионы: Москва и Московская область, Санкт-Петербург и Ленинградская область, Воронежская, Омская, Нижегородская, Новосибирская, Ростовская, Свердловская, Тюменская и Челябинская области, Краснодарский край, республики Татарстан и Башкортостан.

Сопутствующие заболевания

Отсутствие ранней диагностики увеличивает риск развития сопутствующих заболеваний. Так, у 2 из 5 пациентов с сахарным диабетом 2-го типа развивается хроническая болезнь почек, которая, в свою очередь, многократно увеличивает риск развития сердечно-сосудистых осложнений, и наоборот – хроническая сердечная недостаточность может запускать процессы повреждения почек и снижения их функции.

Целый блок презентации был посвящён обучению медицинских работников. Осведомлённость врачей первичного звена о диагностике, способах лечения и сопутствующих заболеваниях необходимо увеличивать. Руководитель отдела ангиологии НИИЦ кардиологии им. Е.И. Чазова, доктор медицинских наук, профессор Ю. Карпов сказал: «Триада заболеваний – хроническая сердечная недостаточность, хроническая болезнь почек и сахарный диабет 2-го типа – представляет собой замкнутый круг. Чтобы разорвать его, терапевтов и специалистов на местах нужно научить работать на предупреждение заболеваний».

Сохранить качество жизни

Например, при терапии сахарного диабета 2-го типа важно переходить от глюкозоцентричного подхода к кардио-рено-метаболической стратегии терапии – это позволит защитить пациентов от развития хронической сердечной недостаточности».

Своим мнением о вопросе диагностики хронической обструктивной болезни лёгких, а также бронхиальной астмы поделился главный пульмонолог Минздрава России, заведующий кафедрой пульмонологии Сеченовского университета, академик РАН Сергей Авдеев. По его словам, врачам первичного звена сегодня важно знать не только о критериях диагностики этих заболеваний, но и о современных подходах к терапии и объективных методах контроля.

Чтобы назначить правильное лечение при столь сложных заболеваниях, необходимо определиться с портретом пациента. Его представила О. Драпкина. «От портрета пациента зависят очень многие организационные моменты. Эти люди зачастую коморбидны – в них сочетается несколько заболеваний. Именно они имеют самый высокий риск наступления преждевременной смерти. Совсем недавно мы закончили большое исследование, которое даёт нам интересные наблюдения по поводу того, как питается среднестатистический россиянин. Питание и степень подвижности человека могут сказать о многом. В зависимости от возраста, пола, даже уровня достатка и образования мы разработали различные организационные модели улучшения ситуации», – подчеркнула О. Драпкина.

По её словам, достаточно знать наиболее опасные сочетания заболеваний и далее брать таких пациентов под жёсткий контроль. При этом уже разработаны специальные методические реко-

мендации по их диспансерному лечению.

Сопредседатель Всероссийского союза пациентов Ян Власов уточнил, что каждый человек считает себя вольным по отношению к своему здоровью. И в рамках своего понимания, насколько он здоров, и ведёт свою жизнь. Негативным моментом становится и исторический правовой нигилизм пациентов. Многие не в курсе о существовании статьи в федеральном законодательстве, которая указывает, что пациент имеет ещё и обязанности исполнять указания лечащего врача. Кроме того, каждый второй человек устраивает себе лекарственные каникулы, при наличии установленного заболевания. Люди по разным причинам не верят, что с ними может случиться что-то плохое. Они уходят от врачей на годы и возвращаются уже с более тяжёлыми проблемами.

Ян Владимирович обратил внимание и на своевременное лекарственное обеспечение пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями: «Это позволит сохранить качество жизни трудоспособного населения и снизить статистику общей смертности в регионах. Так, в льготную программу недавно были включены пациенты с хронической сердечной недостаточностью, однако получить бесплатные препараты могут только те, кто перенёс инфаркт, инсульт и ряд оперативных вмешательств. Большинство людей с ХСН, не относящихся к льготной категории, покупают препараты за свой счёт, именно поэтому необходимо расширять программу. Несмотря на высокую социальную значимость сахарного диабета 2-го типа, федеральная программа «Борьба с сахарным диабетом» на данный момент не принята, хотя для таких пациентов крайне важна помощь со стороны государства. То же можно сказать и про пациентов с хронической обструктивной болезнью лёгких – сейчас у них нет доступа к льготным препаратам».

По замыслу авторов, пациент в первую очередь должен знать о факторах риска хронических неинфекционных заболеваний и свои цифры здоровья и согласно этим данным совместно с лечащим врачом выстроить правильный образ жизни и систему лечения.

Анастасия КРУГЛЯКОВА,
внешт. корр. «МГ».

Акценты

В Федеральном центре мозга и нейротехнологий состоялось расширенное заседание коллегии Федерального медико-биологического агентства «Об итогах работы в 2022 г. и задачах на 2023 г.» Прошло подведение итогов и обсуждение планов дальнейшего развития.

Руководитель ФМБА России Вероника Скворцова приветствовала почётных гостей, партнёров, участников коллегии, среди которых представители Администрации Президента, Правительства РФ, государственных корпораций «Росатом», «Роскосмос», «Ростех», министерств, научного и медицинского сообщества, руководители и сотрудники подразделений, а также подведомственных организаций. К онлайн-трансляции подключилось свыше 230 организаций и учреждений ФМБА России.

В рамках расширенного заседания коллегии прошла выставка достижений подведомственных структур ФМБА и партнёров.

Центральное место занял доклад руководителя ФМБА России, в котором она обстоятельно охарактеризовала состояние дел, сделала акценты на основные направления работы, представила результаты

Время важных решений и масштабной работы

В Москве состоялось расширенное заседание коллегии ФМБА России

деятельности за прошедший год, обозначила перспективные задачи на предстоящий период. Докладчиком было отмечено, что успешная реализация целого комплекса организационных и медицинских мероприятий позволила за 2022 г. улучшить состояние здоровья людей и основные демографические показатели на территориях обслуживания ФМБА. Так, общая смертность населения снизилась на 24,5%, смертность от болезней системы кровообращения – на 19%, от онкологических заболеваний – более чем на 8%. У лиц трудоспособного возраста смертность сократилась на 13%. В системе ФМБА нулевая материнская смертность, а младенческая за год снизилась на 10%, достигнув рекордно низкого показателя – 1,8 на 1000 родившихся живыми.

Одним из ключевых полномочий ФМБА России является научная и инновационная деятельность. Вся 75-летняя история агентства – это история технологического развития нашей страны и мира. Параллельно с разработкой атомных, ядерных, космических, глубоководных, электромагнитных, тонких химических технологий центрами агентства изучалось их влияние на организм человека, создавались и внедрялись эффективные меры и средства профилактики и ликвидации негативных последствий.

Современный период отличается особенно высоким динамизмом: не только ускоренным развитием существующих технологий, но и появлением принципиально новых направлений, таких как синтетическая и гибридная биология, геновая инженерия, квантовые и цифровые

технологии. Это ставит перед агентством очередные задачи, формирует новые функциональные кластеры, предназначением которых является обеспечение готовности к отражению и старым, и новым вызовам и угрозам.

В рамках государственного задания в 2022 г. агентством выполнены 319 научно-исследовательских работ, по итогам которых было получено 110 результатов интеллектуальной деятельности, способных к правовой охране (44 изобретения, 53 программы для ЭВМ и базы данных, 10 ноу-хау, 3 товарных знака). При этом по 65 интеллектуальным продуктам права закреплены за Российской Федерацией.

Полноценное развитие получили новые научно-производственные комплексы, открывшиеся в конце 2021 г. в рамках проведённого в

стране Года науки и технологий. В 2022 г. был создан ряд востребованных медицинских изделий с использованием преимущественно отечественных комплектующих.

Именно монолитный сплав науки, медицинской практики, опытных и промышленных производств, внедрение новых принципов организации и проведения научных исследований позволяют агентству развиваться, быстро реагировать на вызовы современности, сокращать длительность инновационных циклов: от идеи до её внедрения в медицинскую практику.

Для эффективного управления всеми ресурсами системы ФМБА особое внимание уделяется цифровой трансформации, которая уже затронула все сферы деятельности.

В завершение выступления В. Скворцова подчеркнула, что за 75-летнюю историю ФМБА России накоплены уникальный опыт и компетенции. Сейчас агентство вступает в следующее 25-летие – период своей активной и молодой зрелости, непрерывного и разностороннего развития.

Впереди – время важных решений, масштабной содержательной и энергичной работы.

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

Рядом с нами

Приезжайте в Бутурлиновку

В районном центре Воронежской области прошёл День здоровья

Город Бутурлиновка расположен в 180 км к юго-востоку от Воронежа. В 1842 г. местные жители, собрав немалые деньги, откупились у государя и стали крестьянами государственными. Так Бутурлиновка вышла из крепостной зависимости – на 19 лет раньше официальной отмены крепостного права. Поэтому в центре города расположена площадь Воли, на которой восстановлен памятник царю-освободителю Александру II. За последние 180 лет численность населения не изменилась и составляет около 25 тыс. человек.

С 2011 г. администрацию Бутурлиновского района возглавляет Юрий Матузов. С тех пор Бутурлиновка преобразилась. Построены спортивно-оздоровительный комплекс с бассейном, лыжероллерная трасса, где проходил чемпионат России, школа и новая поликлиника. Центральная улица украшена светильниками в форме одуванчиков и беседками. В сентябре 2021 г. в Бутурлиновской средней школе открыли медико-биологические классы. В июне 2022 г. глава района и ректор Воронежского государственного медицинского университета им. Н.Н.Бурденко (ВГМУ) профессор Игорь Есауленко подписали соглашение о создании медицинского кластера. В рамках его реализации сотрудники Воронежского ГМУ на регулярной основе проводят выездные консультации врачей по разным специальностям, различные спортивно-оздоровительные, профилактические, образовательные, культурные и информационно-просветительские мероприятия.

Очередной визит привлёк внимание «Медицинской газеты» своей масштабностью и насыщенной работой программой. В рамках проекта «Здоровье в каждую семью» и реализации плана мероприятий «Медицинского кластера» в конце апреля в Бутурлиновский район приехали 45 преподавателей, врачей-специалистов, сотрудников и студентов ВГМУ и примкнувший к ним корреспондент «МГ».

Врачи из ВГМУ провели консультативный приём жителей района в детской и взрослой поликлиниках, и Нижнекисляйской поселковой больнице. Всего было осмотрено более 150 человек. Для всех желающих организованы тематические школы здоровья.

В Бутурлиновской средней образовательной школе День здоровья начался с демонстрации видеофильма о ВГМУ им. Н.Н.Бурденко, о врачах различных специальностей и особенностях обучения в медицинском вузе. Школьникам рассказали о здоровом образе жизни, микроскопическом строении тканей человеческого орга-



Открытие выставки

низма и физиологических особенностях зарождения и проявления различных эмоций.

По окончании теоретической части обучающихся медико-биологических классов ожидали увлекательные мастер-классы по оказанию первой медицинской помощи и жизненно необходимым навыкам сохранения здоровья, которые организовали и провели сотрудники кафедры симуляционного обучения.

Студенты Института стоматологии ВГМУ провели «Уроки стоматологического здоровья» в 1-м, 5-м и 8-м классах. В интерактивной и игровой форме школьникам рассказали, как заботиться о здоровье зубов, какие продукты питания полезны, а от каких только вред, и что надо делать, чтобы расти здоровыми и сильными.

День здоровья в Бутурлиновском медицинском колледже организовали и провели сотрудники Института сестринского образования ВГМУ. Обучающимся рассказали о возможностях сохранения и укрепления здоровья в современных условиях и о роли среднего медицинского персонала в этом процессе. А сотрудники объединённой научной библиотеки университета протестировали обучающихся и подарили библиотеке колледжа медицинские книги.

Особым интересом пользовалась площадка, где работала психологическая служба ВГМУ. Здесь студенты колледжа смогли пройти экспресс-консультацию психолога, психометрическое тестирование, а также поучаствовать в интерактивах. В то же время,



Первоклассникам рассказывают, как заботиться о своих зубах

но уже на другой площадке, на свежем воздухе, волонтеры-медики провели с жителями Бутурлиновки мастер-класс по скандинавской ходьбе. Однако основные спортивные мероприятия прошли на базе Бутурлиновского спортивно-оздоровительного комплекса. Впервые в рамках Дня здоровья в спортивных состязаниях по волейболу соревновались женские команды университета и колледжа. Участники соревнований показали свою великолепную физическую подготовку и умение играть в команде, а у всех присутствующих появилась твёрдая уверенность в том, что спорт – это основа для здорового и активного долголетия.

В тот же день в Бутурлиновском районном Доме культуры «Октябрь» глава района и ректор ВГМУ открыли выставку «Пора цветения».

В экспозиции представлено около 100 работ девяти женщин-врачей из Воронежа, выполненных в разной технике – живопись, графика, вышивка крестом и бисером, алмазная мозаика, картины из шерсти, художественная фотография. В основном изображены цветы.

– Творчество позволяет нам, докторам, сохранять душевное здоровье, которое волей или неволей проецируется на наших больных. Страхивать профессиональные проблемы, которые накапливаются за рабочий день. Переключаясь на занятия рисованием или живописью, мы забываем о негативных моментах, возникших на основной работе, раздражённости. На следующее утро прихо-

больницы кандидат медицинских наук Екатерина Пальцева. Она, помимо нескольких медицинских сертификатов, имеет удостоверение гончара. На выставке представлены её живопись и вышивка крестом.

История организации художественных выставок в ВГМУ началась 20 лет назад, когда было принято решение об использовании коридора первого этажа главного корпуса в качестве выставочного пространства. Так появилась известная в городе «ректорская галерея». Ежемесячные выставки выпускников разных лет выявили немалое количество профессионально увлечённых искусством врачей. Занятия живописью, вышивкой, плетением из бисера, гончарным делом, фотографией и т.д. защищают от профессионального выгорания. Теперь эти выставки демонстрируются также в Доме культуры Бутурлиновки.

И.Есауленко является депутатом Воронежской областной Думы VII созыва от Бутурлиновского района, где жили его предки. В этот же день он провёл приём граждан по личным вопросам. За помощью обратились местные жители с различными проблемами – о получении помощи в лечении, содействии в благоустройстве сельских территорий и ремонте дороги.

Завершив приём граждан, И.Есауленко продолжил работу в администрации Бутурлиновского муниципального района, где состоялась встреча с родителями, дети которых учатся или планируют поступать в ВГМУ. Присутствующим подробно рассказали о том, как поступить по целевому направлению от районных учреждений здравоохранения, о предпочтениях и возможном карьерном росте. В прошлом году 5 выпускников медико-биологических классов Бутурлиновской средней школы смогли поступить в ВМГУ на бюджет.

Ю.Матузов предложил мне переселиться в Бутурлиновку. Здесь красивые люди, чистый воздух, хорошая школа, современная поликлиника, замечательный Дом культуры, есть бассейн и лыжная трасса. А что ещё нужно для полноценной здоровой жизни?

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
спец. корр. «МГ».

Бутурлиновка – Москва.

Обсуждения

Состоялся III экспертный форум по иммунопрофилактике. Это ежегодное мероприятие, направленное на обеспечение доступности иммунопрофилактики инфекционных заболеваний и её максимального охвата ею взрослого и детского населения РФ, проводится под эгидой Всероссийского союза пациентов. Оно включает подготовительные экспертные сессии, которые проходят в закрытом режиме, открытое пленарное заседание и «круглые столы».

Основной темой являются расширение Национального календаря профилактических прививок (НКПП), региональных и корпоративных календарей прививок, приверженность вакцинации населения и медперсонала. В прошлом году не произошло включение в календарь новых вакцин (против ротавируса и ветрянки), предусмотренное графиком реализации Стратегии развития иммунопрофилактики до 2035 г.

Заболеваемость менингитом удвоилась

Выступивший онлайн директор Института общественного здоровья им. Ф.Ф.Эрисмана Сеченовского университета академик РАН Николай Брико рассказал о подходах к реализации вышеупомянутой стратегии за счёт федерального бюджета, региональных бюджетов и иных источников для обеспечения НКПП отечественными вакцинами, призывая объединить усилия государства и бизнеса. К сожалению, во время ковида произошло снижение объёмов плановой медицинской помощи и повышение заболеваемости рядом инфекций. Снизился охват вакцинацией против коклюша, полиомиелита, кори и дифтерии. Заболеваемость менингококковой инфекцией выросла вдвое. Например, от пневмококковой инфекции вакцинировано 58% населения (вместо 95%). Снижение доверия к вакцинам является глобальной проблемой. Необходимо повысить профессиональный уровень

медработников – каждый пятый из них вакцинам не доверяет. Надо привлекать к просветительской работе представителей различных конфессий. Кабинеты иммунопрофилактики есть не во всех взрослых поликлиниках.

Главный специалист эпидемиолог Минздрава России кандидат медицинских наук Роман Полибин (Сеченовский университет), также выступивший онлайн, рассказал о расширении региональных программ иммунизации, что позволит повысить охват иммунизацией внекалендарными вакцинами, организовать контроль за инфекционными заболеваниями и улучшить эпидемиологическую обстановку, увеличить индикативные показатели региона, снизить экономическое бремя инфекционных заболеваний. Вместе с тем есть серьёзные препятствия в развитии региональных календарей – недостаточное финансирование иммунопрофилактики в регионах,

низкая осведомлённость врачей и родителей о возможностях иммунопрофилактики, недооценка экономических выгод вакцинации. «Новые вакцины против ротавируса и ветрянки должны быть внесены в НКПП, осуществлена локализация производств полного цикла. Инструментом развития иммунопрофилактики в этот переходный период, пока эти инфекции не включены в НКПП, могут стать региональные программы иммунизации, которыми должны быть обеспечены дети и взрослые. При разработке региональных программ нужно придерживаться комплексного подхода, ориентироваться на эпидемиологическую ситуацию в регионе и доступность вакцин. Для этого своевременно и рационально осуществлять закупки вакцин, определить источники финансирования», – сказал он.

Советник по науке АО «Нацимбио» профессор Игорь Никитин отметил успехи в производстве

отечественных вакцин НПО «Микроген». В 2019 г. появилась первая российская поливалентная вакцина против гриппа, в 2020 г. – комбинированная вакцина против кори, ветрянки и паротита, в 2021 г. – двухвалентная комбинированная менингококковая вакцина. Однако производство вакцин является убыточными в связи с низкими предельными закупочными ценами, установленными государством. «Может ли что-то хорошее дешевле стоить?» – риторически спрашивал докладчик, призывая «обеспечить справедливое ценообразование». При этом он отказался назвать себестоимость производимых вакцин и озвучить прибыль холдинга за прошлый год. Сопредседатель Всероссийского союза пациентов Ян Власов поддержал идею повышения цен на вакцины.

Борис НИЖЕГОРОДЦЕВ,
Москва.

В Российском национальном исследовательском медицинском университете им. Н.И.Пирогова в рамках объявленного Президентом России Года педагога и наставника прошла Всероссийская проектная школа «Наставник». Студенты, сотрудники высших учебных заведений и клиник страны разработали целевую модель наставничества в медицинских вузах и организациях. Организатором мероприятия выступил Федеральный центр поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья на базе РНИМУ при поддержке Минздрава России.

Всероссийская проектная школа «Наставник» стала первой площадкой данной тематики, которая смогла объединить представителей студенчества, сотрудников образовательных и медицинских организаций. Программа включала три трека: «Молодые лидеры» для членов Совета студентов медицинских и фармацевтических вузов Минздрава России, представителей таких вузов; «Наставничество в образовании» для сотрудников образовательных организаций; «Наставничество в клинике» для представителей медицинских учреждений.

Для каждого трека были подготовлены образовательные лекции, тренинги, мастер-классы, «круглые столы», панельные дискуссии, нетворкинг. Ключевым форматом работы школы стала стратегическая сессия, на которой проводилась работа по созданию концепции развития наставничества.

Минуты вдохновения

На церемонии открытия ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова Сергей Лукьянов подчеркнул, что особой чертой школы является объединение разных направлений, включая наставничество в медицине и образовании, развитие лидерства.

«Это площадка, которая объединяет многообразие жизни. Она позволит и обменяться опытом, и найти новые решения, и, главное, почувствовать себя нужными, востребованными. Как бы мы ни строили образовательный процесс, ни организовывали медицинскую работу в учреждениях, настоящее понимание приходит только при передаче опыта из рук в руки», – отметил он.

Ректор также подчеркнул, что быть наставником – очень непросто труд. «В момент передачи опыта приходится выпускать ситуацию из-под контроля. Это сложно, нужно выбрать тот момент, когда уже пора, не позже и не раньше. Этому надо учиться. Поэтому я признателен той поддержке, которую оказывает Минздрав России. И очень приятно, что наш вуз выбран такой площадкой», – заключил Сергей Анатольевич.

Школу открыл министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко. Обращаясь к студентам, он сказал: «Наставничество – это баланс, который позволяет и развиваться, и поддерживать здравоохранение. Важно, чтобы в него были вовлечены все. Человек не должен быть морально и духовно брошенным. Наставничество – это духовная среда, которая позволяет находить его внутри себя, извне, даёт медицине возможность развиваться завтра».

На встрече с представителями Совета студентов медицинских и фармацевтических вузов Минздрава России министр, отвечая на вопросы слушателей, выразил признательность обучающимся за их инициативы и лидерские качества, за то, что они поддерживают высокие традиции, каждый год вовлекая новых коллег в медицинское сообщество.

Вспоминая о своих наставниках, министр рассказал об Иване Бенедиктове, талантливом учёном, враче-хирурге, акушере-гинекологе, у которого он учился в интернатуре и аспирантуре.

«Когда наставник передаёт вам в руки пациента и доверяет при-



Тенденции

«Наставник» помогает, образовывает, воспитывает

В РНИМУ им. Н.И.Пирогова создали концепцию развития наставничества в образовательных и медицинских организациях



нятие самостоятельных решений (понятно, что под контролем), идёт холодок по спине. С одной стороны, это уникальная вещь – доверие, с другой – он же вас оценивает, смотрит, как справитесь, всегда стоит на подхвате», – рассказал М.Мурашко.

В заключение министр пожелал студентам прибавления лидерских качеств, здорового восприятия критики, а также посоветовал не бояться ставить перед собой глобальные задачи.

Отправная точка

В первый день состоялась панельная дискуссия «Университет как площадка коммуникации между студентами и работодателями. Способы коммуникации и привлечения работодателей к повестке вуза».

«Безусловно, молодёжь всегда воспринимала наставников, но сегодня мы живём в мире, в котором очень много неопределённости и большой поток информации. Поэтому у молодых людей и специалистов есть огромная потребность в таком человеке, который может показать подопечному, как надо работать, а иногда – как надо жить. Наставник может провести по сложным местам будущей карьеры, объяснить, как лучше выстраивать образовательную траекторию, – рассудил эксперт мероприятия Георгий Надарейшвили, директор Федерального центра поддержки добровольчества и наставничества в сфере охраны здоровья, первый проректор – проректор по стратегическому развитию РНИМУ им. Н.И.Пирогова. – Многие молодые люди сознательно ищут себе такого человека».

«Наставничество очень востребовано сейчас. Очень важно, что

институт наставничества начали развивать, особенно в вузах и в структуре у работодателей, – отметила Александра Ваза, эксперт мероприятия, руководитель Департамента оценки и методологии АНО «Россия – страна возможностей». – В наставничестве важен момент «химии». Если наставник принимает своего подопечного, обладает нужной долей эмпатии, любви к своему делу и к ученику, тогда обычно всё складывается. И такие отношения остаются на всю жизнь. Поэтому очень важно, что есть школы наставничества, имплементация внутри организации и паттерн обучения тому, как быть грамотным наставником и строить свою деятельность в этом направлении».

Экспертами на панельной дискуссии также выступили проректор по послеузовскому и дополнительному образованию РНИМУ им. Н.И.Пирогова Ольга Природова, проректор по учебной работе РНИМУ им. Н.И. Пирогова член-корреспондент РАН Ольга Милушкина, директор НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения Москвы член-корреспондент Академии военных наук РФ Елена Аксёнова, директор Научно-исследовательского клинического института педиатрии и детской хирургии им. Ю.Е.Вельтищева РНИМУ им. Н.И.Пирогова Дмитрий Морозов и главный врач городской клинической больницы № 15 им. О.М.Филатова Валерий Вечорко.

«Когда вы планируете подготовить специалиста, к нему нужно найти ключик, – сказал Дмитрий Анатольевич. – Принципиально важным является то, чтобы молодой человек сразу попадал внутрь функционирующей системы, где

есть старшие и молодые, где есть модели адаптации на старте научного исследования. Все методики должны быть продуманы так, чтобы молодой специалист видел как результаты научной и лечебной деятельности, так и личностные. Мы должны воспитывать не только профессионала, но в первую очередь личность».

В первый день в рамках трёх треков участники приступили к работе над концепцией развития наставничества. Также прошли мастер-классы «Целеполагание и планирование», «Личный бренд», «Четыре элемента адаптации сотрудников: как оценить качество адаптации», тренинг «Эмоциональный интеллект в деятельности руководителя», дискуссия «Правовой портрет наставничества», «Круглый стол»: практики в сфере наставничества среди студентов и молодых специалистов».

Аллея наставников

В рамках школы прошёл всероссийский субботник. Ранним утром коллеги приняли участие в создании «Аллеи наставников» – теперь ректорский вход в университет украсили саженцы яблони, черешни и сливы. Акция стала знаком уважения к наставникам как к символу знания и опыта. Затем насыщенная программа ожидала всех в здании университета. В первую очередь студенты и сотрудники образовательных и лечебных учреждений продолжили формулировать концепцию развития наставничества в рамках стратегической сессии. В ходе образовательной части состоялись тренинги «Командное и ситуационное лидерство», «Мотивация команды», «Делегирование и обратная связь».

Алёна Гейдт, HR-директор АНО «Платформа «Национальная технологическая инициатива» и АНО «Университет 20.35», победитель конкурса «Лидеры России» (2018), подготовила для участников тренинг «Цикл работы с наставничеством. Бизнес-игра по развитию компетенций наставничества».

Дискуссию «Модели наставничества в здравоохранении: эффективные инструменты развития кадров» провела Елена Аксёнова.

Участники прослушали лекцию «Компетенции наставника» Марии Гладышевой, заместителя начальника Управления развития кадрового потенциала и служебной культуры ФНС России, преподавателя МГИМО МИД России, суперфиналиста конкурса «Лидеры России», члена клуба «Эльбрус».

Михаил Хорс, практикующий психолог, писатель, лауреат премии «Золотая Психея», телеведущий программы «Психика» на Первом канале, провёл интерактивный семинар «Стресс-сёрфинг: эффективные инструменты борьбы со стрессом». Также участники подвели итоги проектной работы и представили свои презентации.

Имена и впечатления

Усиленная работа над концепцией наставничества осталась позади – в третий день были подведены её итоги. В рамках треков «Наставничество в образовании» и «Молодые лидеры» участники продемонстрировали президиуму, каким, на их взгляд, должен быть идеальный наставник, а также наставляемый, каковы этапы реализации проекта и ожидаемые результаты. Так они охватили модели для доузовского, высшего и послеузовского образования.

В рамках трека «Наставничество в клинике» участники представляли и защищали планы реализации наставничества в разных типах медицинских организаций, таких как поликлиника, стационар и фельдшерско-акушерские пункты. Давали рекомендации по работе и обучению наставника, предлагали контрольно-измерительные инструменты и обсуждали нормативно-правовое регулирование.

Все предложенные командами доклады лягут в основу методических рекомендаций по развитию наставничества в образовательных организациях и медицинских учреждениях.

«Сейчас, мне кажется, мы наблюдаем становление площадки наставничества в системе здравоохранения федерального уровня, – отметила на церемонии закрытия Е.Аксёнова. – Практически во всех презентациях прозвучало такое ресурсное сопровождение, как школа наставничества. На мой взгляд, в настоящее время лучшей возможностью создать эту федеральную школу и запустить её как постояннодействующую».

Приятным бонусом для участников стала возможность придумать имена для посаженных деревьев. Так, через несколько лет на Аллее наставников свои плоды дадут яблони, черешни и сливы под такими названиями, как, например, «уральский миндаль», «ромашка», «южный ветерок». В завершение все участники получили сертификаты школы.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Исследования

Терапевтический подход на основе клеточных инъекций

Специалисты из Института регенеративной медицины Уэйк Форест (WFIRM) разработали эффективный способ терапии остеоартрита на основе клеточных инъекций. Метод способен одновременно снизить воспаление и восстановить хрящи больного сустава. Выводы работы опубликованы в журнале *Science Advances*.

В процессе исследования команда сосредоточилась на цели выяснить, какие процессы, препятствующие процессу регенерации, происходят в больных остеоартритом суставах. Для этого были выделены клетки из суставной жидкости пациентов, отделены от жидкости, а затем исследованы в аутологичной плазме. Оказалось, что отделённые от

привычной среды клетки обладают способностью выполнять действия, необходимые для функционального восстановления тканей. Когда учёные добавили небольшое количество жидкости обратно в образцы клеточной культуры, функционал клеток вновь нарушился.

На основе полученных данных исследователи создали новый терапевтический подход: комбинацию активированных иммунных клеток и клеток-предшественников, способствующих регенерации тканей. Введение препарата с клетками привело к уменьшению воспаления синовиальной оболочки, прекращению деградации хряща, а также снятию других ключевых симптомов остеоартрита.

Лекарство протестировали в доклиническом испытании на 9

пациентах с подтверждённым диагнозом. Каждый из участников получил одну или две инъекции. Эффективность определялась с помощью самооценки ощущения боли, функционального состояния, МРТ-исследования подтвердили биопсию.

Пройдя курс лечения, пациенты отметили улучшение качества жизни, уменьшение боли и появление возможности участия в активной деятельности. Результаты МРТ-исследования подтвердили восстановление хряща. Теперь ученые планируют провести новые клинические исследования с большей выборкой пациентов.

Фёдор АЛЁНИН.

По материалам *Science Advances*.

Выводы

Спайковый белок коронавируса связали с потерей памяти

Причину потери памяти после COVID-19 выявили специалисты Федерального университета Рио-де-Жанейро.

У многих перенёсших коронавирусную инфекцию, как известно, развивается постковидный синдром, при котором среди прочих проявлений выделяется нарушение когнитивных способностей и памяти.

Учёным удалось выяснить механизмы, стоящие за этим симптомом. В мозг лабораторных мышей вводили спайковый белок SARS-CoV-2 – токсичный протеин патогена, позволяющий коронавирусу проникать в клетку-хозяина. Изучив мозг подопытных, специалисты идентифицировали рецептор TLR4, который при связывании со спайковым белком вызывает нейровоспаление, приводящее к удалению макрофагами контактов между нейронами. В результате у испытуемых фиксировались проблемы с памятью.

Причём этот процесс наблюдался не только у мышей, но и у людей. Кроме того, у лиц, имеющих



генетические вариации, связанные с изменениями в TLR4, наблюдался более высокий риск развития поздних нарушений памяти после заражения SARS-CoV-2.

Авторы подчёркивают, что спайковый белок играет центральную роль в развитии когнитивных изменений после COVID-19. А TLR4 является перспективной целью для разработки профилактических и

терапевтических методов борьбы с нарушениями памяти, спровоцированными коронавирусом.

В марте 2023 г. сотрудники Дартмутского колледжа в США обнаружили, что COVID-19 способен вызвать трудности с распознаванием лиц и ориентированием на местности.

Эмилия ИНГИНА.

По материалам *Cell Reports*.

Ну и ну!

Когда родителей — трое

Первый британский ребёнок с ДНК от трёх людей родился после того, как врачи провели революционную процедуру ЭКО, которая направлена на предотвращение наследования детьми неизлечимых заболеваний. Британское Управление по оплодотворению и эмбриологии человека подтвердило, что в стране родились «меньше пяти» подобных детей, но по соображениям конфиденциальности не предоставило никакой более подробной информации.

Рождение ребёнка с генетическим материалом трёх человек стало возможным благодаря появлению нового метода ЭКО, используемого с целью предотвращения развития у малыша митохондриальных заболеваний в результате наследования повреждённых митохондрий от матери. Такие заболевания могут при-

вести к серьёзным нарушениям работы мозга, сердца и печени и зачастую являются причиной ранней смерти.

При процедуре репродуктологи извлекают из яйцеклетки с повреждёнными митохондриями ядро с генетическим материалом и помещают его в яйцеклетку здоровой женщины-донора, ядро которой также предварительно было извлечено. В результате мутированные гены, несущие заболевание, остаются в первоначальной материнской яйцеклетке, что позволяет избежать генетического заболевания. Поскольку находящиеся в половых клетках митохондрии имеют собственную ДНК, созданный эмбрион помимо генетического материала отца и матери будет содержать здоровые митохондрии с ДНК другой женщины. В результате ребёнок наследует около 37 генов от

«третьего родителя», что составляет менее 0,2%.

Первый в мире ребёнок с генетическим материалом трёх родителей родился в 2016 г. в Мексике. Супруги из Иордании обратились к учёным в США из-за редкой генетической болезни, не позволявшей паре иметь детей. Группа исследователей, которую возглавлял Джон Чжан, применила технологию с использованием генетического материала ещё одной женщины-донора.

В 2015 г. парламент Великобритании окончательно утвердил законопроект, разрешающий производить искусственное оплодотворение с использованием образцов ДНК от трёх человек. Таким образом, Британия стала первой страной, внедрившей такую практику.

Наум СМОЛИН.

По материалам *The Guardian*.

Взгляд

Спираль ДНК

Первую Нобелевскую премию по физике вполне заслуженно дали В.Рентгену, за чем последовали награды М. фон Лауэ, а также отца и сына Брэггов, применивших рентген для изучения кристаллов. За ними много лет спустя, в 1954 г., в Стокгольме вызвали Л.Полинга, открывшего альфа-спираль белка, Дж.Кендрью и М.Перуца, представивших миру 3D-структуры мио- и гемоглобина, а через два года – Д.Кроуфут-Ходжкин, расшифровавший строение витамина кобаламина с кобальтом в центре молекулы.

Это были крупные победы рентгеноструктурного анализа белков со времён немца Э.Фишера, нобелевского лауреата 1902 г. и члена Петербургской АН, заслуженно считающихся основой жизни. Он, кстати, изучал и пурины, входящие в состав нуклеиновых кислот, а в 1910 г. премию дали его соотечественнику А.Косселю, считавшему, что отложения пуринов и пиримидинов ведут к подагре. Подспудный интерес к ДНК и РНК у химиков был, но протеинщики категорически отрицали за ними роль генов в силу их «монотонного» чередования двух элементов. Хотя за океаном ещё в 1837 г. художник С.Морзе создал аппарат, а год спустя и свою «азбуку» с точкой и тире. Но что за дело было химикам до телеграфа, они ещё ничего не знали о двоичном коде с 0 и 1.

Там же за океаном в разгар Второй мировой войны в Рокфеллеровском институте Нью-Йорка О.Эйвери было сделано открытие, показавшее, что для обретения пневмококком вирулентности достаточно изменения в его ДНК (в год открытия в соседнем Нью-Джерси только начали производство спасительного пенициллина). После войны немец М.Дельбрюк и итальянец С.Лурия подтвердили результат на бактериофагах, после чего за океан в Кембридж отправился Дж.Уотсон. Там в это время «царствовал» Брэгг-сын, получивший премию в 25 лет. В его группе работал А.Клуг, пригласивший в неё Розалинд Франклин, вернувшуюся из Франции, где она обрела репутацию опытного кристаллографа. Клуг свёл её с М.Уилкинсом, специалистом по кристаллической ДНК. Рентген и кристаллы стали питательной средой, в которой зрели зёрна эпохального открытия. Розалинд получила прекрасные рентгенограммы А-формы ДНК, на которых был явлен чёткий крест, однако он не свидетельствовал о её спирали и двуцепочности, хотя и дал расстояние 34 ангстрема (3,4 нм). Франклин не очень ладила с Уилкинсом, поэтому в начале 1953 г. приняла предложение перейти из Кингс-колледжа в другую лабораторию, чтобы заняться вирусом табачной мозаики, наносившим большой ущерб заокеанским табачным компаниям.

Проблема была также и в том, что перекрест получался при попытке «сухой» ДНК, хотя в клетке она пребывает в жидкой среде, давая В-форму. Но «обводнённая» ДНК была видна как в лондонском тумане, что затрудняло анализ В-формы. Тем не менее Франклин показала, что цепи разнонаправленные и подтвердила наблюдение австрийца Э.Чаргафа, показавшего равенство в ДНК пуринов и пиримидинов. В 1951 и 1952 годах Франклин

смеялась над Уилкинсом с его приверженностью к тому, что ДНК – спираль. А.Клуг потом говорил, что она сама «дала себе пинок», хотя как обладательница «фото» ДНК была в шаге от эпохального открытия, прославившего на весь мир и все времена Крика и Уотсона. Последнему дал подсказку М.Полинг, сын рентгеноструктурщика из Калтека в Лос-Анджелесе, где после Нобелевской премии работал Т.Морган, автор книги «Хромосомная теория наследственности». Именно Полинг-младший «надоумил» соотечественника на мысль, что пурины и пиримидины в ДНК имеют не ту форму, которую рисуют в химучебниках. Благодаря этому составились наконец-то пары А – Т и Г – Ц, образующие «ступеньки» спиральной лестницы. Туманным апрельским утром Ф.Крик вошёл в кафе, где завтракали кембриджские студенты и преподаватели и громко заявил, что «мы открыли секрет Природы». Подтверждением этого стало письмо редактору *Nature*, опубликованное 25 апреля 1953 г., иллюстрацией к которому стал рисунок жены Крика, художницы, создающей рисунки для обоев.

Авторов письма многократно укоряли за то, что они украли открытие у Р.Франклин, но всё было гораздо сложнее. В том же номере журнала была опубликована статья самой исследовательницы, в которой приводилось фото А-формы и высказывалось сомнение в идее Уотсона и Крика в силу определённых соответствий реальным данным. Но вскоре с помощью центрифугирования ДНК, цепи которой были с радиоактивной меткой, показало: метки «расходятся» после её репликации. Так была доказана двуцепочность молекулы жизни, а на спиральность указывала повторяемость шага в 34 ангстрема.

Франклин ушла из жизни в 1958 г. в возрасте 37 лет из-за рака яичника. Через 4 года Уотсон, Крик и М.Уилкинс получили Нобелевскую премию по медицине, а вместе с ними ею по химии были удостоены Перуц и Кендрью (ещё за 2 года до их триумфа биохимики утверждали, что ген имеет белковую природу). М.Ниренберга вызвали из-за океана в Стокгольм в 1968 г. за то, что он сделал первый шаг к расшифровке ген-кода, о чём впервые сообщал в Москве на одном из международных конгрессов. Завершил её уже в Калифорнии Ф.Крик, которого в 50-е упрекали за то, что он всего лишь теоретик. В начале 80-х началось бурное выделение отдельных генов и поступательное развитие биотехнологии, подготовившей успешное завершение в 2003 г. проекта HUGO по прочтению первого генома человека, им руководил Дж.Уотсон, который выделил в Гарварде первый раковый ген, переносимый вирусом. Так рождалась новая биология и новое знание о жизни на Земле.

В качестве послесловия: Э.Мишеру, открывшему в ядрах клеток богатое фосфором вещество, которое он назвал «нуклеин», было на момент открытия 24 года, Дж.Уотсону – 25, Р.Франклин на момент публикации в *Nature* – 32, М.Складовской в год получения первой Нобелевской – 35, а Н.Бору, когда была опубликована его работа о квантовых скачках электронов, – 27. Наука XX века делалась, в том числе, и молодыми.

Игорь ЛАЛЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам *Nature*.

Ситуация

Опробовать без согласия
пациентов

Отвечая на их вопросы, врачи используют чатбот

Пилотный проект по созданию сообщений для пациентов через ChatGPT (чатбот) проводится в медицинских организациях США. Но есть одна проблема, и заключается она в том, что это делается без предварительного согласия пациентов. Правда, перед отправкой сообщения проверяются врачом, но вовлечение искусственного интеллекта в такие чувствительные области, как здоровье и конфиденциальность пациента, вызывает этические сомнения.

Некоторые компании изучают возможность использования ChatGPT в качестве бизнес-инструмента, а теперь и медицинские организации стремятся интегрировать его в медицинские системы для снижения уровня выгорания персонала и, соответственно, потенциально уменьшить нехватку кадров. Как показали опросы, врачи могут испытывать значительный стресс, получая сотни сообщений одновременно в свой почтовый ящик. Хотя ответ на сообщение пациента обычно занимает всего несколько минут, при десятках сообщений в день многие врачи занимают ими в нерабочее время. Проблема обострилась во время пандемии COVID-19, увеличившись с 50 тыс. до более чем 80 тыс. сообщений на больницу (за месяц до и через месяц после начала кризиса здравоохранения соответственно).

Пилотный проект, проводимый двумя компаниями, заключается в широкомасштабном развертывании GPT-3 в больницах для облегчения удаленного обмена сообщениями между пациентами и врачами. Они являются разработчиком инструмента MyChart, который позволяет пациентам отправлять сообщения медицинскому персоналу, записываться на приём, продлевать рецепты и многое другое.

Пока только три больницы США проводят тестирование проекта: UC San Diego Health и UW Health начали тестирование в апреле, а Stanford Health Care начнёт тестирование в этом месяце. Около 20 врачей, медсестёр и клиницистов из этих медицинских учреждений в настоящее время оценивают новый инструмент для выявления улучшений.

Искусственный интеллект может автоматически генерировать черновик, экономя время врача на написание текста и ускоряя обработку запросов пациентов. Для этого ChatGPT получает доступ к медицинской карте каждого пациента, хранящейся в цифровых центрах обработки данных больницы, и корректирует сообщения, которые должны быть созданы на основе

этой информации и запросов пациентов. В частности, он использует данные, содержащиеся в сообщении, отправленном пациентом, и изучает его историю болезни, чтобы составить соответствующий ответ. Перед отправкой черновик прочитывается и проверяется медицинским персоналом, который может изменить или удалить его по своему усмотрению. Программа указывает, что систематически отбрасывается предупреждение, напоминающее врачу о необходимости перечитать сообщение перед отправкой. Врач также отвечает за отправку сообщения, вручную нажимая на кнопку.



По словам участников тестирования, в настоящее время инструмент всё ещё нуждается в совершенствовании, поскольку создаваемые черновики часто требуют многочисленных изменений. В частности, тестеры указывают на необходимость добавить в создаваемые сообщения нотку сочувствия или заботы, например, спросить о моральном состоянии пациента или его последних изменениях, как это сделал бы настоящий врач. Тем не менее недавнее исследование показало, что ChatGPT более эффективно, чем врачи, отвечает на вопросы пациентов на медицинских форумах в интернете.

Хотя компании Microsoft и Epic утверждают, что использование языковых моделей в больших масштабах представляет минимальные риски, их интеграция в такие области, как здравоохранение (предполагающие конфиденциальность пациента), может вызвать этические вопросы. Они утверждают, что инструмент соответствует законам о конфиденциальности, но пациенты при этом не информируются о

пользовании ИИ и рассматривать развертывание нового инструмента как социальный эксперимент. Некоторые исследователи также предупреждают, что ИИ может допускать ошибки или распространять дезинформацию. Например, одна из систем, разработанная компанией Epic, показала недостатки в предсказании сепсиса у пациентов больницы и делала необъективные прогнозы о потребности пациентов в медицинской помощи. Перегруженный работой врач может невнимательно вычитать свой черновик и отправить его пациенту без необходимых изменений. И в любом случае, их способность принимать решения может быть снижена в долгосрочной перспективе из-за такого упрощения.

В целом, интеграция ИИ в здравоохранение, несмотря на потенциальные преимущества, поднимает этические вопросы и требует тщательного внимания при внедрении. Прозрачность в общении с пациентами необходима для поддержания доверия и обеспечения реальной пользы от ИИ медицинскому обслуживанию.

Учёные использовали микропластик из полистирола 3 размеров: 9,5 микрона, 1,14 микрона и 293 нанометра. На крошечные частицы наносились флуоресцентные метки. И их предварительно быстро обрабатывали в жидкости, имитирующей пищеварительную. Мышам перорально вводили частицы микропластика, а через 2-4 часа подвергали эвтаназии. В результате обнаружено наличие пластика в мозгу мышей спустя лишь 2 часа

А как у них?

Кардиолога обвиняют в убийстве

Кардиолог клиники Charité в Берлине задержан по подозрению в убийстве двух пациентов.

Имя подозреваемого не раскрывается, известно лишь, что ему 55 лет. Врача обвиняют в двух случаях убийства пациентов в 2021 и 2022 гг. По утверждению следствия, он намеренно вводил чрезмерные дозы седативного средства больным в отделении интенсивной терапии, чтобы они умерли. Точные мотивы кардиолога не известны.

Врача отстранили от работы ещё в августе 2022 г., когда руководство клиники получило анонимное сообщение о незаконной медицинской процедуре. Обвинения в адрес кардиолога выдвинули только после получения медицинского заключения. Эксперты изучили четыре подозрительных случая смерти в клинике, к которым был причастен этот врач, и пришли к выводу, что в двух из них введение чрезмерной дозы препарата не

было оправдано с медицинской точки зрения.

В 2006 г. в Германии приговорили к пожизненному заключению медсестру, работавшую в кардиологическом отделении интенсивной терапии. Её обвинили в убийстве четырёх пациентов, у которых была сердечная недостаточность. Она ввела каждому из них чрезмерные дозы препаратов, мотивировав свои действия жалостью к людям, которые были обречены.

Особый случай

Один укус
и несколько инфекций

Один из самых необычных случаев «взаимодействия» человека с клещом описали недавно врачи. В результате укуса клеща семидесятилетний мужчина заразился сразу несколькими болезнями.



Пациент обратился в одну из больниц штата Орегон с жалобами на лихорадку (повышенную температуру), тошноту и болезненную отечность в области лодыжки. Анализ крови показал, что у мужчины понижены концентрации эритроцитов и тромбоцитов в крови (анемия и тромбоцитопения). Биохимические показатели крови указывали на острое поражение печени и почек.

Пациент сообщил, что месяцем ранее его укусило «насекомое» (мужчина не видел его) в лодыжку, которая сейчас отекает. Это случилось во время поездки на северо-восток США, где широко распространены клещи, которые являются паукообразными.

Дальнейшее обследование дало неожиданные результаты. Пациент оказался инфицированным не только *Borrelia burgdorferi* – возбудителем клещевого боррелиоза или болезни Лайма, наиболее «обычной» клещевой инфекции. У него также нашли бактерии *Anaplasma phagocytophilum* и *Babesia microti*, которые вызывают анаплазмоз и бабезиоз соответственно.

Основные симптомы бабезиоза – гемолитическая анемия и лихорадка – немного напоминают течение малярии. Также этой инфекции характерны усталость, озноб, головная боль, анорексия, сухой

кашель. Заражение возможно не только при укусе клеща, но и при переливании крови.

При анаплазмозе страдают различные клетки крови. Появляются признаки повреждения печени, в моче может обнаруживаться кровь. Из общих симптомов характерны диарея, анорексия и потеря веса.

У этих болезней есть некоторые общие проявления. Учёные предполагают, что это внесло вклад тяжести состояния пациента. Например, и бабезиоз, и анаплазмоз могут вызывать поражения со стороны крови и внутренних органов. Однако более ранних описаний совместного протекания целых 3 клещевых инфекций не было. Известно, что сопутствующие заболевания могут существенно ухудшать течение болезни Лайма.

Симптомы болезни у пациента ушли после того, как он прошёл курс лечения несколькими антибактериальными препаратами.

Бывает и такое

Преодолеть
гематоэнцефалический
барьер и попасть в мозг

Исследование, проведённое с помощью мышей, доказало, что частицы микропластика в нормальных условиях могут преодолевать гематоэнцефалический барьер и попадать в мозг спустя всего 2 часа после приёма внутрь. Это говорит о том, что почти повсеместное распространение крошечных частиц пластика может быть более опасным явлением, чем считалось ранее.

Как известно, гематоэнцефалический барьер представляет собой своеобразную защитную плёнку, состоящую из кровеносных сосудов и тканей. Он является важным клеточным барьером, который пропускает в мозг только воду, кислород, углекислый газ и общие анестетики и предотвращает проникновение токсинов и вредных веществ.

Учёные использовали микропластик из полистирола 3 размеров: 9,5 микрона, 1,14 микрона и 293 нанометра. На крошечные частицы наносились флуоресцентные метки. И их предварительно быстро обрабатывали в жидкости, имитирующей пищеварительную. Мышам перорально вводили частицы микропластика, а через 2-4 часа подвергали эвтаназии. В результате обнаружено наличие пластика в мозгу мышей спустя лишь 2 часа

после его приёма внутрь. А это значит, что некоторые частицы микропластика могут проникать через кишечный и гематоэнцефалический барьеры за относительно короткий промежуток времени.

«Пластиковые частицы, попав в мозг, могут увеличить риск воспаления и развития неврологических расстройств или даже нейродегенеративных заболеваний, таких как болезнь Альцгеймера или Паркинсона», – говорит ведущий автор исследования Лукас Кеннер из Медицинского университета Вены.

Используя компьютерное моделирование, команда обрисовала механизм перемещения частиц микропластика в мозг с помощью молекул холестерина на мембранной поверхности. Учёные надеются, что новая модель поможет лучше понять, как эти частицы ведут себя в организме и как влияют на здоровье.

Ранее были обнаружены частицы микропластика и нанопластика у животных самых разных регионов по всему миру. Их находили даже в плаценте человека. Они могут попадать в организм через питьевую воду, которая фасуется в пластиковых бутылках или пищевых упаковках.

Нынешнее исследование прибило новые доказательства почти повсеместного распространения частиц микропластика.

В 1874 г. в Обуховском имении, расположенном в полу-сотне вёрст от Киева, родился мальчик – второй сын киевского уездного предводителя дворянства.

Семья Бердяевых славилась происхождением, военными традициями и была известна некоторыми наследственными психиатрическими особенностями: «Семья наша была необыкновенно нервной», – писал позднее философ. Прадед – генерал-аншеф, был губернатором, ему в 1796 г. Павел I и подарил имение, названное Бердяевкой. Дед – участник Отечественной войны 1812 г., генерал-лейтенант («...умер сумасшедшим...»). Отец – офицер-кавалергард, киевский уездный предводитель дворянства, позже – председатель правления Киевского земельного банка «...страдал сильным нервным расстройством...». «Отец мой был очень добрый человек, но необыкновенно вспыльчивый, и на этой почве у него было много столкновений и ссор в жизни».

Будущий философ рос болезненным ребёнком: «Совсем маленьким я год пролежал в кровати, у меня была ревматическая горячка...». Скорее всего, именно последствия этой ревматической атаки сказались на здоровье Бердяева в дальнейшем. Фамильный нрав у него проявился довольно быстро. «Я получил по наследству вспыльчивый, гневливый темперамент... Мальчиком мне приходилось бить стулом по голове. С этим связана и другая черта – некоторое самодурство...». В молодости на мировоззрение Николая существенно повлиял брат, бывший старше на 14 лет.

Сергей Бердяев – врач, литератор (писал на русском и украинском языках), издатель, переводчик. Страдал психическим расстройством, содержался в частной клинике. «...человек исключительной доброты, но одержимый настоящими припадками бешенства... очень одарённый, но нервно больной... в тяжёлой форме... иногда впадал в транс, начинал говорить рифмованно, нередко на непонятном языке, делался медиумом, через которого происходило сообщение с миром индусских махатм».

Сергей словно аккомпанировал основные психиатрические проблемы семьи, в значительной мере «освободив» от них младшего брата, минимизировав фатальную генетическую отягощённость, «забрав себе почти всё».

Братья Бердяевы в основном жили в Обуховском имении. Уживаться со сверстниками им было нелегко. «Товарищи иногда насмехались над моими нервными движениями холерического характера, присущими мне с детства. У меня совсем не выработалось товарищеских чувств... Затрудняла товарищеские отношения со мной также моя вспыльчивость... Я человек мнительный. Моё сильно развитое воображение направлено в худшую сторону... У меня была нервная наследственность, выражающаяся в моих нервных движениях. Это, вероятно, связано с судорожностью моей природы, мои душевные движения также судорожны... Против тоски я ничего не мог поделать, но она не истребляла меня... Я переживал очень острую тоску ночи, переживал ужас этой тоски. Это у меня со временем ослабло. У меня бывали тяжёлые сны, кошмары».

Учёба

Бердяев учился в Киевском кадетском корпусе, но в 6-м классе, отказавшись от военной карьеры, начал готовиться к экзаменам на аттестат зрелости для поступления в университет. «Тогда же у меня явилось желание сделать профессором философии». С первого раза поступить не удалось, и, когда через год юноша пересдавал экзамены, от напряжения и из-за боязни не успеть что-то сказать, у него стала дёргаться щека. Это проявлялось при встречах с незна-

комыми людьми, во время публичных выступлений и исчезало, когда напряжение тревоги перебивалось мыслью. (Позже в таких случаях ещё помогала сигара.) Поступил на естественный факультет Киевского университета, через год – на юридический. Находясь под влиянием политических воззрений брата, вступил в марксистский «Союз борьбы за освобождение рабочего класса» (в один год с Ф.Дзержинским). В 1897 г. за участие в студенческих беспорядках был арестован, отчислен из университета и сослан в Вологду.

На Вологодчине жили дальние родственники Бердяевых. Мать поэта К.Батюшкова Александра Григорьевна была урождённой

ком на его мировоззрение сошло на нет. Стихийный марксист постепенно двинулся в направлении православно-великодержавия, хотя до фразы «Отрицание России во имя человечества есть ограбление человечества» («Судьба России») было ещё далеко.

После Вологды Бердяев поселился в Санкт-Петербурге; его знакомый по ссылке С.Булгаков ввёл философа в круг популярных тогда лидеров общественного мнения для узкого круга лиц Д.Мережковского и З.Гиппиус. Разочаровавшись в христианстве, они «созидали» собственную «искусственную» церковь. Раз в неделю в их доме устраивались самодельные богослужения – среди

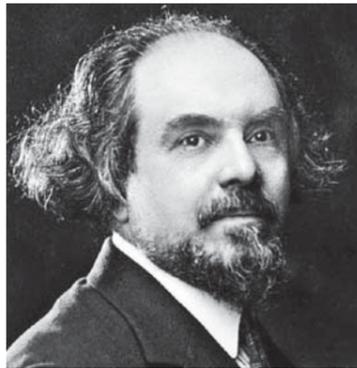
эмоциональной сферы (страхи, ипохондрия, истероформная симптоматика). При длительном течении болезни лёгкие гиперкинезы и тики могут сохраняться. Иногда развиваются тревожно-депрессивные и обсессивно-компульсивные расстройства. Большая часть этих симптомов описана самим Бердяевым – как в острую фазу процесса («ревматическая горячка»), так и в виде психических последствий ревматической атаки. Если исключить симптоматику, связанную с активностью острого процесса, оставив лишь результаты влияния стигм органического свойства, то совпадений окажется слишком много для того, чтобы ими можно было пренебречь.

Он курил свои сигары, гулял по французской столице и её предместьем, писал книги и «не мог пропустить ни одной парижской собаки – обязательно остановится и поговорит с нею!». После оккупации Парижа в 1940 г. философ вошёл в подпольный Союз русских патриотов, сотрудничавший с французским Сопротивлением. Несколько раз его хотели арестовать, но поклонники Бердяева обнаружили и среди нацистов: «Я шутил говорил, что именно тут проявилось почтение немцев к философии». Тем не менее ему пришлось эвакуироваться. В озверевшей от страха свалке людей он прикрывал жену и её сестру, защищал любимого кота. Когда толпа пришла к вагону,

Имена и судьбы

Геральдический лев

75 лет назад скончался выдающийся русский философ Николай Бердяев



Бердяевой. От неё поэт унаследовал душевную болезнь. Дальним родственником Бердяевых был и тогдашний вологодский губернатор граф А.Мусин-Пушкин.

Родственники приложили массу усилий для того, чтобы перевести юношу поближе. Было написано письмо товарищу министра внутренних дел П.Святополк-Мирскому: «...студент Киевского университета Николай Александрович Бердяев... страдает падуцей болезнью и не может быть признан вполне умственно нормальным». В Вологде Бердяев был подвергнут медицинскому освидетельствованию, в котором среди прочих были строки: «...жалуется на головные боли, нервные подёргивания в лице и теле, бессонницу, мышечный ревматизм давнего происхождения. На вопрос, страдает ли он падуцей болезнью, заявил, что такового не страдает... Ненормальности в психическом отношении не замечено». Тем не менее спустя уже пару месяцев Бердяев получил разрешение перебраться в какой-либо неуниверситетский город на юге России по своему выбору. Он отказался, считая недопустимым пользоваться преимуществами происхождения и связями. И его вполне устраивала Вологда.

Борьба за идеализм

Здесь Бердяев отошёл от марксизма с его презумпцией коллектива и общества, став персоналистом. Теперь он считал, что не в толпе, а в личности выражается одна из главных особенностей духа – эволюция через творчество к совершенству; верил в исключительность личности, полагая, что внутренняя жизнь человека отчуждена от внешнего мира, с которым состоит в конфликте, и от общества, стремящегося подавить духовную жизнь индивидуума. В 1901 г. вышла его статья «Борьба за идеализм», обозначившая переход философа к метафизике идеализма. Начав философскую деятельность как марксист, с годами Бердяев всё более склонялся к экзистенциализму и персонализму. Влияние старшего брата-народни-

цветов, горящих свечей, с большим количеством вина. Бессмысленность и пустота подобных бдений возвратила Бердяева к вере, в которой он был воспитан.

Между тем проблемы с психикой у Бердяева сохранялись, симптоматика периодически видоизменялась или затихала, но надолго не исчезала. «Помню, когда он бывал у нас в Судаче, не раз среди ночи с другого конца дома доносился крик, от которого жутко становилось. Утром, смущённый, он рассказывал мне, что среди сна испытывал нечто такое, как если бы клубок змей или гигантский паук спускался на него сверху: вот-вот задушит, втянет в себя. Он хватался за ворот сорочки, разрывал её на себе. Может быть, отсюда же, от этого трепета над какой-то бездной, и нервный тик, искажавший его лицо, судорожные движения руки. С этим же связаны и разные мелочи, и смешные странности Бердяева», – писала Е.Герцык.

Выглядел философ импозантно и респектабельно. Был франтоват: любил яркие шейные платки и галстуки, за что подвергался критике со стороны законодателей моды Серебряного века. Да ещё эти сигары... Копна выющихся волос напоминала львиную гриву. И этот странный тик... «...в памяти удержалось первое впечатление: большая комната, вроде гостиной, в кресле сидит красивый человек с тёмными кудрями, горячо разглагольствует и по временам (нервный тик) широко раскрывает рот, высовывая язык». Пресловутая «ревматическая горячка» – не она ли проявилась этой симптоматикой (в отсутствие сенсорных и вокальных феноменов (копролалия) – о них мемуаристы не упоминают, что позволяет исключить такое заболевание, как синдром Ж. де ла Туретта: без вокальных проявлений он невозможен).

Ревматический энцефалит предполагает наличие астенической симптоматики: лабильность эмоций, раздражительность, капризность, обидчивость, которые по мере разрешения процесса могут сохраняться в течение долгого времени (что в случае Бердяева немудрено: год активного процесса – «горячки»). Наблюдаются аффективные расстройства – пароксизмы тоски, страх, дисфория. Гиперкинезы мимических мышц (например, фасцикуляции языка – так называемый мешок червей) и мускулатуры конечностей имеют характер тиков: распространённые, неритмичные, некоординированные, непровольные (их нельзя удержать усилием воли), нарастающие при волнении, исчезающие во сне. Вовлечение в процесс дизэнцефальной области может вызывать гипертермию, нарушение ритма сна/бодрствования и изменения

Вызов

До высылки из СССР философ написал множество статей и несколько книг, из которых особенно ценил «Смысл творчества» и «Смысл истории». Февральскую революцию Бердяев принял, в октябре 1917 г. он участвовал в работе Временного правительства. Но он не изменял себе, продолжая свою линию, всегда говоря только то, что отвечало его мировоззрению. Такое поведение порой выглядело совершенно отчаянным вызовом существующему положению дел. 1917 год. Москва. Манежная площадь. Толпа движется к Кремлю. Войска выстроены в боевом порядке и готовы открыть огонь. Людская масса и шеренга солдат сдвигаются медленно и угрожающе... Щегольский одетый человек подходит к офицеру, яростно и уверенно что-то кричит ему в лицо. Это Бердяев. Стрелять солдаты не стали. Вызов философа не был принят. Геральдический лев победил.

В 1920 г. историко-филологический факультет Московского университета избрал Бердяева профессором. Но – ненадолго. «Первый раз я был арестован в 1920 г. в связи с делом так называемого Тактического центра, к которому никакого прямого отношения не имел. Но было арестовано много моих хороших знакомых. В результате был большой процесс, но я к нему привлечён не был». Философа допрашивали Ф.Дзержинский и В.Менжинский. Во второй раз его арестовали в 1922 г. «Я просидел около недели. Меня пригласили к следователю и заявили, что я высылкаюсь из советской России за границу. С меня взяли подписку, что в случае моего появления на границе СССР я буду расстрелян. После этого я был освобождён».

После высылки из СССР (29.09.1922) на «философском пароходе» Бердяев сначала жил в Берлине. В его квартире состоялась встреча философов, высланных из России. Тогда он, в очередной раз пойдя против течения, отмежевался от Белой идеи, заявив, что нельзя возлагать надежды на насильственное ниспровержение большевизма, ибо его можно преодолеть только медленным внутренним процессом религиозного покаяния и духовного возрождения русского народа.

В 1924 г. Бердяев переехал во Францию. «В последние годы произошло небольшое изменение в нашем материальном положении, я получил наследство, хотя и скромное, и стал владельцем павильона с садом в Кламаре. В первый раз в жизни, уже в изгнании, я имел собственность и жил в собственном доме, хотя и продолжал нуждаться, всегда не хватало».

философ сказал: «Знаете, у меня появилась потрясающая мысль для моей новой книги».

«Мне пришлось жить в эпоху катастрофическую и для моей Родины, и для всего мира. На моих глазах рушились целые миры и возникали новые. Я мог наблюдать необычайную превратность человеческих судеб. Я видел трансформации, приспособления и изменения людей, и это, может быть, было самое тяжёлое в жизни. Из испытаний, которые мне пришлось пережить, я вынес веру, что меня хранила Высшая Сила и не допускала погибнуть. Эпохи, столь наполненные событиями и изменениями, принято считать интересными и значительными, но это же эпохи несчастные и страдальческие для отдельных людей, для целых поколений. История не щадит человеческой личности и даже не замечает её. Я пережил три войны, из которых две могут быть названы мировыми, две революции в России, малую и большую, пережил духовный ренессанс начала XX века, потом русский коммунизм, кризис мировой культуры, переворот в Германии, крах Франции и оккупацию её победителями, я пережил изгнание, и изгнание моё не кончено. Я мучительно переживал страшную войну против России. И я ещё не знаю, чем закончатся мировые потрясения. Для философа было слишком много событий: я сидел четыре раза в тюрьме, два раза в старом режиме и два раза в новом, был на три года сослан на север, имел процесс, грозивший мне вечным поселением в Сибири, был выслан из своей Родины и, вероятно, закончу свою жизнь в изгнании».

В 1946 г. Н.Бердяев получил советское гражданство. Умер он в 1948 г. за письменным столом в кабинете от разрыва сердца, с неизменной сигарой в руке. На столе, кроме пепельницы, была раскрытая Библия. За 2 недели до смерти он завершил книгу «Царство Духа и царство Кесаря», у философа уже был план новой книги, написать её он не успел. Похоронен в Кламаре, на кладбище Буа-Тардье.

На гербах предков философа не было львов. Он сам стал этим геральдическим атрибутом. Его тик и грива его волос лишь подчёркивали внутреннее сходство мыслителя с благородным символом силы, мужества и великодушия. Бросая вызов сопернику, Бердяев с открытым забралом выступал против любого оппонента, не устранившись ни численным перевесом, ни авторитетом, ни общепринятым мнением.

Игорь ЯКУШЕВ,
психиатр, доцент
Северного
государственного
медицинского
университета.



Архангельск.

Имя музы

Эверта, где тебя искать?
Вот улица,
И фонари горят,
И, вглядываясь в окна
Кафе и магазинов,
Я вижу незнакомые черты:
Быть может, это ты?
И кем ты стала?
Оставив прежний дом,
Ты, верно, ждёшь меня
В другом лице,
В других глазах,
В иных свершеньях.
Сидишь в каком-нибудь кафе
За капучино
В драных джинсах,
В толстовке Adidas
Или в костюмчике отличном.
Какая ты теперь?
Какие у тебя глаза?
И крылья?
Кто ты?
Кем стану я?
Что я скажу?
Что ты мне скажешь?
А может, и не взглянешь даже –
Я этим тоже дорожу.
Мне будет интересно всё,
Весь путь до Леопольда Блума –
От Одиссея.
Вся эволюция мечты –
От милых грёз до пустоты.
До осознания черты
От первой встречи узнавания.

Пленник повторений

Держи меня за руку, дорогой:
В такой толпе легко заблудиться.
Проведи меня по летящим птицам
Через горы, реки и непокой.
И поди угадай:
Отчего же весна до сих пор не сегодня?
В светотени сомнений
И снов новогодних
Приближается май:
Ожидай!
Всё, что было подарено мне,
Я оставлю
В мягких отблесках тихих улыбок
В этом доме на каждой стене.
Да, я пленник своих повторений,
Я люблю
Любоваться на божью зарю,
Пить жасминовый чай,
Над Воздвиженкой с облаками лететь.
Да, свобода немного похожа на смерть,
Но почти уже май...

Бюрократам

Я смиренно сидела на стуле,
Обнимая портфель с ноутбуком.

Сокровенное

Цвета для тонких чувств



Светлана СЕРГЕЕВА

Боже мой, эта скучная скука
Проглотила меня и нырнула.
Я слонялась в её закоулках:
Было небо как липкое тесто.
Я пила из бездонного кубка
Всё отчаяние этого мекка.
Я узнала все пятна на стенах,
Водопады и мух в мёртвых лампах.
И, руками держась за колени,
Я бросала проклятия на пол.

Дилемма призрака

Тьма никогда не проглотит свет,
Потому что тьма –
Это его отсутствие.
Если где-то тебя нет –
Это не означает чужое присутствие.
Право выбора между добром и злом:
если вдруг кто-то умрёт,
ты можешь решить, что это добро,
а можешь наоборот.
Как же теперь мне не грустить
Под луной, которая в небе и днём
Маячит прозрачным гвоздиком? –
Душа моя не бессмертна, она живёт
Хлебом, водою и воздухом.
А если не так? Если правы те,
Кто, шепча, перебирают чётки?
Но ведь столько в мире зла,

столько бед... –
Разве может он быть надёжным,
Тот, кто спросит с тебя ответ?
Так вот, Душа,
Дорожа земным будущим,
Будь всё же поосторожней:
Ведь если пока Бога нет,
то это не значит, что он невозможен.

Tenderly

Мы выпили вина под Дюка Эллингтона.
Второе января бродило под окном.
И выше этажом с открытого балкона
Соседи подшофе орали в унисон.
А так, то тишина, как в жизни, то салюты,
То нарасхват, а то и некуда пойти.
Ты – винный сатана: за лёгкую минуту
Полвечера теперь слова, что конфетти.
И мы пошли бродить по льду,
по тёмной сыри –
Под залпами ракет нам было что взорвать.
Весь наш тернистый путь,
да и ещё в квартире,
О боже, я про всё успела наболтать:
Похоже, ты был рад, что не открыл америк.
И только крыши тень опять коснулась глаз,
Покинула волна последних мыслей берег,
Где Эллингтон играл
по кругу много раз.

Лунный свет

Цвета для тонких чувств,
Для звёзд лассо,
Сиянье робкое аллеи
Заснеженной.
Я не умею
Так, как
Рене Магритт и Пикассо.
Оранжевым пульсирует такси.
Здесь,
У выхода из парка,
Я чувствую:
твоей руки тепло
Комплементарно моему покою.
Смотри, вон там,
Пред вечным сном,
Гуляет со своей луною
На поводке
Поддаты Дебюсси.

Луч на стене

Почему этот луч на стене,
а не на голой твоей спине?
Почему ты не здесь?
Почему не разбудишь меня
Среди дня?
Провожая взглядом плывущее облако
В сердце своём,
Почему не расскажешь о нём?
Ты не любишь пасмурных дней.
Не читаешь стихов.
Отчего у тебя не бывает цветов?
Может быть, потому, что не любишь дождя,
Только жёлтый песок у тебя?
Длинный берег без тени, словно ночи
без снов:
Почему ты не веришь любви? – ты не
веришь в любовь?
Ты смеёшься.
Потому что боишься мечты и огня?
Я хочу подарить тебе туч
для деревьев на твоём пустом берегу,
Чтобы они шелестели листвою
среди ночи и дня –
Больше я ничего не могу.

ОБ АВТОРЕ. С.Сергеева – невролог, патофизиолог, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник Российского геронтологического научно-клинического центра РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России, член Союза журналистов Москвы.

Монетный	Амер. танец	СКАНВОРД										"Лебединое озеро", перс.	Греч. охотник-великан	Полож. электрод	Дед	Берлиоз, увертюра													
		Аукцион	Мозм. роман	Город, Италия	Крутой берег	Бегун	Фенил-бутазон							Илион															
Очевидно	Город, Моск. обл.			Желна			Тербинафин	Даммара	Наколка	Шиповник					Костяная нога	Кукушка													
		Корень из 1600	Ходят в столовую	Боевой клич		Карнеол			Шерст. ткань					Одежда духовенства															
Ром, сахар, кипяток	Змеехвостка	Часть фильма			Берестяной короб	Деревня	Готич. арка			Певица ... Герман	Чеш. виолончелист																		
			Волга в ср. века	Доска				Фет. стих.	Креветка			"Пер Гюнт", перс.																	
Поступление сумм	Венг. композитор	Шнайдер		Укорочение		Сканд. бог грома																							
			4,444 км		Притворство																								
Автор Валерий Шаршуков	Южное созвездие			Секретер		Жен. пальто (устар.)																							
										С	В	А	М	П	У	М	У	А	Н	К	Е	Т	А						
										И	Г	Р	А	А	А	Я	Г	С	О	В	А	Ж	В	О	Е				
										М	Г	А	К	О	Ч	У	Ш	К	А	Б	А	Р	Е	А	Л	Л			
										Б	А	К	И	Л	О	Т	М	Б	А	У	Р	О	С	Е	Л	П	И	Л	А
										А	А	Ф	А	А	К	А	С	Т	К	У	Т	П	А	Н	А	Т	У	С	
										Л	А	С	Т	И	К	В	Р	О	А	Ч	А	Р	П	А	Н	К	А	Р	Т
										Т	К	К	О	Л	Е	С	О	С	К	А	З	Й							
										А	А	К	У	Т	К	О	Л	Д	У	Н	К	И	Р						
										Д	С	У	П	О	Н	Ь	Д	И	В	А	Л	А							

Ответы на сканворд, опубликованный в № 17 от 05.05.2023.

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН.
Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Г.ПАПЫРИНА, Ф.СМИРНОВ (редактор сайта).
Дежурный член редколлегии – А.ИВАНОВ.

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.
Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.
Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.
E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru
ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская газетная типография».
Адрес: 123022, Москва, ул. 1905 года, д. 7, стр. 1
Заказ № 1252
Тираж 14 009 экз.
Распространяется по подписке в Российской Федерации и зарубежных странах.

