

Работают мастера

Звезда для офтальмологов

Монгольская медицина прирастает российским опытом



Кто бы мог подумать, что одна из высших государственных наград Монгольской Народной Республики, весьма далёкой от Северного полюса, называется орденом Полярной звезды. Между тем, это так.

И вот теперь обладателями этого ордена стали двое российских офтальмологов – директор Иркутского филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова, доктор медицинских наук, профессор Андрей Шуко и заместитель директора по лечебной работе кандидат медицинских наук Алексей Якимов. А главная медсестра филиала Валентина Бофанова удостоена медали Дружбы. Награды иркутским докторам вручил генеральный консул Монгольской Народной Республики в Иркутске Ж.Энхжаргал.

Во время церемонии награждения

Следует пояснить, что орден «Полярная звезда» учреждён в Монголии в 1936 г. Им награждаются граждане, добившиеся значительных успехов в деле укрепления военной мощи Монголии, развития народного хозяйства, культуры и здравоохранения. Именно за достижения в сфере медицины и системы охраны здоровья населения сопредельного государства иркутские офтальмологи отмечены столь высоко. По словам А.Шуко, сотрудничество МНТК с Монголией началось около 30 лет назад, практически сразу, как только на Байкале появился филиал «Фёдоровского» офтальмологического центра. Российские специалисты много раз выезжали в республику оперировать пациентов и проводить мастер-классы для монгольских коллег, помимо этого значительное число – больше 10 тыс. – граждан

Монголии за эти годы приезжали лечиться в Иркутский филиал МНТК. – Во время очередной встречи с генконсулом республики мы обсудили дальнейшие перспективы сотрудничества. Помимо оказания лечебно-диагностической помощи пациентам из соседнего государства и проведения телемедицинских консультаций для специалистов монгольских офтальмологических клиник мы планируем совместное проведение научных исследований. В частности, попытаемся выявить региональные особенности и закономерности эпидемиологии и течения ряда заболеваний органа зрения, – говорит А.Шуко.

Елена СИБИРЦЕВА.
МИА Сити!

Иркутск.

Валерий МАКСИМОВ, профессор кафедры диетологии и нутрициологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования:

Иммунизация населения должна достигнуть 70%, лишь в подобном случае будет сформирован коллективный иммунитет.

Стр. 4-5



Александр ЧУЧАЛИН, президент Российского респираторного общества, вице-председатель комитета ЮНЕСКО по биоэтике, академик РАН:

Нам остро нужна вакцина – безопасная, эффективная. Её разработка – научная задача, требующая ответственного подхода, где нет места прессингу на учёных – мир ждёт новые лекарства, а не новые проблемы.

Стр. 10-11



Вячеслав ВОЛОДИН, председатель Государственной Думы РФ:

До сегодняшнего дня медицинские страховые компании ответственность за качество медицины на себя не взяли.

Стр. 12



Перемены

Красиво отчитались

В канун Всемирного дня борьбы со СПИДом прошёл очередной Всероссийский форум специалистов в области профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Целью мероприятия, организованного Минздравом России, было не проблемы заострить и обсудить, а отчитаться о проделанной работе.

Так, помощник министра здравоохранения России Ляля Габбасова рассказала о значительных результатах реализации отечественной Госстратегии по противодействию ВИЧ-инфекции, достигнутых... к 2019 г. По её словам, происходит ежегодное снижение новых случаев инфицирования, фактически прекращена вертикальная передача ВИЧ-инфекции от матери плоду, 68% состоящих на учёте ВИЧ-инфицированных россиян получают антиретровирусную терапию. А всего в стране зарегистрированы 863 901 человек с данным диагнозом.

И ещё один параметр работы Минздрава России и службы СПИД вызывает вопрос, ответ на который не прозвучал: если на самом деле, как следует из доклада Л.Габбасовой, в 2019 г. 40,5 млн россиян прошли тестирование на ВИЧ, в том числе, в рамках диспансеризации, то каков результат этого массового обследования? И какое число новых случаев инфицирования было выявлено во время всевозможных акций, проведённых в

буквальном смысле слова на улицах российских городов? Затраты бюджета на оплату подобных мероприятий себя оправдали?

Помощник министра обрисовала параметры новой Госстратегии по ВИЧ до 2030 г. «К сожалению, нам не удалось организовать дополнительное обсуждение проекта», – призналась Л.Габбасова. Так что оставьте свои мнения при себе, составленный чиновниками документ уже направлен в Правительство России. Он практически повторяет по структуре прошлый вариант: информирование населения о ВИЧ, охват тестированием, терапией, импортозамещение диагностического оборудования, расходников и лекарств. Про разработку вакцины от ВИЧ-инфекции не сказано ничего.

Зато запланировано создание Национального медицинского исследовательского центра по изучению ВИЧ-инфекции и других социально обусловленных инфекций. В то, что по прошествии тридцати с лишним лет изучения вируса вновь организованный российский НМИЦ сумеет сказать новое слово в науке, верится с трудом. Скорее всего, просто какой-то институт или инфекционная больница «заслужили» новый статус с весьма солидным «НМИЦевским» финансированием. Ну хоть кому-то станет лучше.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Деловые встречи

В стране заработают новые регистры пациентов

В России создан единый регистр онкологических пациентов, сообщил министр здравоохранения Михаил Мурашко на XI Всероссийском конгрессе пациентов.

Сегодня система работает в тестовом режиме с ограниченным числом пилотных участников, со следующего года запланирован её полноценный запуск.

По словам министра, регистр позволит осуществлять контроль качества медицинской помощи, оказываемой онкологическим пациентам, прогнозировать схемы терапии, а также наблюдать непосредственно за работой самих онкологических диспансеров, оценивать и сравнивать показатели их эффективности.

Глава ведомства сообщил, что параллельно ведётся работа над регистром в акушерстве, гинекологии и неонатологии, а также над регистром пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. «Это первый такой опыт в РФ, и в целом в мире он является одним из самых инновационных. Три этих базовых проекта – онкология, акушерство и гинекология, сердечно-сосудистые заболевания – являются якорными для развития в этом году и следующем», – отметил он.

М.Мурашко напомнил, что впервые вертикально-интегрированная система была опробована для пациентов с коронавирусом в этом году. В беспрецедентно короткие сроки был создан единый регистр граждан, которые заболели COVID-19: «Именно поэтому мы

можем более быстро прогнозировать определённые ситуации, медицинская служба фактически имеет данные в режиме реального времени, чего раньше нам достичь не удавалось».

Управление данными, формирование потоков пациентов, ориентированность на пациента является одной из ключевых составляющих времени, подчеркнул он.

На амбулаторном этапе сейчас находятся практически более 780 тыс. пациентов с COVID-19 и на стационарном лечении – более 220 тыс., сказал он. «Фактически мы вынуждены формировать систему оказания медицинской помощи по принципам, которым нас учили при поступлении большого количества пациентов, – по типу военной медицины или медицины при чрезвычайных ситуациях. И это единственный правильный путь, который может быть выбран», – убеждён М.Мурашко.

Римма ШЕВЧЕНКО.
МИА Сити!

Новости

Сервис для беременных

Разработанный Московским городским фондом ОМС сервис для беременных и их врачей активно используют 9 женских консультаций 3 столичных больниц; 113 врачей сопровождают более 4,5 тыс. пациенток.

Задачи сервиса: автоматически формировать календарный план исследований и скринингов, перечень специалистов для посещения, планируемую дату родов. Врач может записать здесь пациентку на приём или обследование, а она сделать отметку об их выполнении или визите к специалисту.

Будущая мама имеет возможность вести электронный дневник наблюдений за своим организмом и давать доступ к нему лечащему врачу. При превышении допустимых значений веса, артериального давления, уровня глюкозы, потребления калорий система сигнализирует доктору. Она доступна для пациенток, обратившихся в медицинскую организацию и вне системы ОМС Москвы.

В систему встроен защищённый чат, где женщина может задать вопросы и получить оперативный ответ, а врач дать рекомендации или пригласить на очный приём. При наступлении следующей беременности врач может ознакомиться с архивными документами.

Андрей САВИЦКИЙ.

Делай больше, пока дышишь

В областном центре специализированных видов медицинской помощи Калининграда с успехом применяют респираторный тренинг в инфекционном стационаре с COVID-19.

Все упражнения предлагаются с учётом возможностей больного – медленно и постепенно, с наращиванием интенсивности, сложности манёвров.

По словам главного врача центра Татьяны Задоркиной, уже самые первые занятия позволили существенно увеличить сатурацию крови. Так, до занятия этот показатель у пациента мог составлять 91%, а всего через полчаса уже 93, что, несомненно, очень значимо. Пациенты отмечали, что после каждой тренировки им становилось легче дышать, и они чувствовали себя намного лучше. Многие и после выписки продолжают такой тренинг в домашних условиях.

«Реабилитация пациентов улучшает не только объективные показатели, она имеет ещё один очень важный эффект – существенно улучшает эмоциональное и психологическое состояние пациентов, – подчеркнула руководитель медицинской организации. – Опыт нашего COVID-центра говорит в пользу именно этого подхода. Даже у пациентов, находящихся на кислородной поддержке, мы начинали проводить такую реабилитацию в палатах. На первых порах проводилась дыхательная гимнастика, которая затем дополнялась посильной для пациентов лечебной физкультурой».

Т.Задоркина отметила, что этот отдельный корпус центра на 132 койки был перепрофилирован под работу с коронавирусом дважды – с мая по август и второй раз – с 9 октября. Сегодня в этом структурном подразделении находятся пациенты средней и лёгкой степени тяжести заболевания, которые переводятся на долечивание.

Все остальные службы учреждения трудятся в штатном режиме. Пациентов принимают и поликлиника, и кожно-венерологический стационар – дневной и круглосуточный.

Инна СЕРГЕЕВА.

Калининградская область.

Ускорить процесс исследований

В лабораторию Камчатской краевой детской инфекционной больницы поступило новое оборудование. Основные задачи четырёх новых высокотехнологичных аппаратов – иммуноферментного автоматического анализатора, процессора магнитных частиц, микропланшетного диспенсера и ламинарного бокса – ускорить и автоматизировать процесс исследований тестов на наличие новой коронавирусной инфекции.

«Высокоточное оборудование исключает ошибки, связанные с ручной работой и человеческим фактором. Результаты анализов мы заносим в единую систему лабораторных исследований, где их сразу видят специалисты поликлиник и больниц. Раньше данные мы выписывали только на бумажных носителях и отправляли с курьерами в учреждения. С появлением оборудования существенно увеличилось количество исследований на коронавирус, но, несмотря на это, мы ежедневно проводим исследования и на другие микроорганизмы», – рассказала исполняющая обязанности заведующей лабораторией Светлана Шаповаленко.

Лаборатория детской инфекционной больницы на сегодня является самой передовой в крае не только по имеющемуся высокоточному современному оборудованию, но и по количеству проведённых исследований. Специалисты в среднем выполняют их до 1,5 тыс. в сутки. Работа проходит в три смены.

«Глава региона Владимир Солодов дал поручение сократить время ожидания результатов теста. В условиях борьбы с пандемией сокращение сроков исследований позволит ускорить процесс обнаружения инфекции, минимизировать скорость её распространения и, самое главное, вовремя начать лечение пациентов», – рассказал министр здравоохранения Камчатского края Андрей Кузьмин.

Часть нового оборудования общей стоимостью более 10 млн руб. закуплена в рамках реализации поручений председателя Правительства РФ Михаила Мишустина. В конце октября премьер-министр распорядился выделить регионам более 1 млрд руб. на оснащение лабораторий для диагностики коронавируса. Деньги в регион поступили из резервного фонда Правительства РФ.

Юлия ИНИНА.

Камчатский край.

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

Тенденции

Консультации, спасающие жизни

На базе краевого центра медицинской профилактики Алтайского края был создан центр дистанционного наблюдения больных с коронавирусной инфекцией. За полгода сотрудники провели свыше 177 тыс. консультаций.

Его достижения отмечены наградой Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». Опыт работы, обобщённый в проекте «Интеграция цифровых технологий в рамках развития первичного звена здравоохранения Алтайского края», заинтересовал представителей других регионов.

Осенью состав сотрудников центра был расширен за счёт присоединения к ним профессоров и преподавателей Алтайского государственного медицинского университета, ординаторов, студентов Барнаульского базового медицинского колледжа, которые работают волонтерами на 3 площадках краевого центра медицинской профилактики, созданных в Барнауле и Бийске. Они занимаются мониторингом состояния здоровья пациентов с вирусной пневмонией и коронавирусом, находящихся на амбулаторном лечении, и при необходимости корректируют терапию, вызывают



скорую медицинскую помощь или участкового терапевта.

«Сейчас вся система здравоохранения края работает на износ. Наша задача – помочь первичному звену и взять часть пациентов на себя. Считаю, что такой центр нужен региону и создан своевременно. Благодаря консолидации усилий всех специалистов,

удётся сохранить жизнь сотням жителей», – говорит волонтер центра, профессор кафедры факультетской терапии университета, доктор медицинских наук Оксана Антропова.

Алёна ЖУКОВА,
спец. корр. «МГ».

Барнаул.

Опыт

Почку удалось сохранить

Специалисты Свердловской областной детской клинической больницы прооперировали девочку с опухолью почек V стадии. Такие вмешательства в основном проводятся в крупных столичных клиниках. Опухоль Вильмса, или нефробластома, возникает преимущественно у детей 3-4 лет, а после 5-летнего возраста частота этого рака резко уменьшается.

Как правило, нефробластома образуется в одной почке, но иногда может поражать обе почки одновременно. Как отмечают специалисты, V стадия рака присваивается тогда, когда под поражение попадают обе почки. Согласно статистике, частота возникновения нефробластомы составляет около 8 случаев в год на 1 млн детей младше 15 лет.

Трёхгодовалая пациентка поступила в центр после проведённого

по месту жительства (Тугулым) УЗИ, на котором и было выявлено образование.

«Было проведено полное клинико-лабораторное обследование, включая КТ- и МРТ-диагностику, подтвердившие диагноз», – говорит лечащий врач ребёнка Майя Якупова. Затем девочке был проведён предоперационный курс химиотерапии (согласно принятому протоколу лечения), позволивший сократить размеры опухоли на обеих почках.

Однако сохранить правую почку специалистам не удалось, так как она имела большое поражение, с исходящими опухолевыми узлами до 8 см. Левая же почка оказалась более сохранна – в ней имелся единичный опухолевый узел в нижней полости почки до 3 см, который и был удалён.

«Оперативное лечение было выполнено из лапаротомического доступа с одновременным удалением опухолевого узла из нижнего

полюса левой почки, проведена пластика дефекта почки», – сказал детский хирург-онколог больницы Сергей Тупоногов.

После удаления опухолевого узла специалисты несколько десятков минут оценивали жизнеспособность и функцию почки. Пренебрегать этим было нельзя, так как у ребёнка в итоге осталась единственная почка. Когда состояние почки было признано удовлетворительным (без нарушений кровоснабжения и нормального отделения мочи), хирурги перешли на правую сторону. Здесь была удалена вся правая почка с опухолью, с соблюдением всех необходимых требований.

Сейчас маленькая пациентка проходит в больнице сеанс химиотерапии.

Елена ОСТАПОВА.
МИА Cito!

Екатеринбург.

Акценты

Уникальная для региона операция

В онкоурологическом отделении Астраханского онкологического диспансера была впервые проведена лапароскопическая цистпростатэктомия 63-летнему мужчине с диагнозом рак мочевого пузыря.

Данный вариант хирургического вмешательства заметно сокращает сроки пребывания пациента в стационаре за счёт более короткого восстановительного периода, который ранее мог составлять до 21 дня.

– Прооперированный пациент был выписан без осложнений в

удовлетворительном состоянии на 8-е сутки для дальнейшего амбулаторного лечения по месту жительства, – отметил заведующий хирургическим отделением № 7 (онкоурологическое) кандидат медицинских наук Игорь Зайцев. – Особенность данной операции заключается в малой травматизации тканей, что впоследствии способствует быстрейшему восстановлению пациента в послеоперационном периоде и снижению риска возможных осложнений. Для нас было важно максимально точно воспроизвести в лапароскопическом исполнении ранее успешно

применявшуюся в нашей клинике методику открытой радикальной цистпростатэктомии с сохранением преимуществ малоинвазивных вмешательств и без потери надёжности хорошо зарекомендовавшей себя открытой операции. В дальнейшем данная методика будет активнее внедряться в онкоурологическом отделении, что позволит нам оказать медицинскую помощь оперативнее и большему числу пациентов с онкоурологической патологией.

Алексей ПИМШИН.
МИА Cito!

Астраханская область.

Преодоление

Дополнительные выплаты

Председатель Правительства РФ Михаил Мишустин подписал постановление № 1896 от 23.11.2020, согласно которому доплаты за работу с пациентами с коронавирусной инфекцией будут получать медицинские и иные работники, служащие в силовых структурах по контракту и по призыву и оказывающие или обеспечивающие оказание медицинской помощи больным COVID-19. «Государственная социальная поддержка» будет производиться ежемесячно в виде «специальной социальной выплаты за нормативную смену» с 1 ноября 2020 г. по 31 декабря 2021 г. При этом постановления № 1312 и № 1525, по которым ранее начислялись стимулирующие надбавки, утратили силу.

Спецвыплаты в 2020-2021 гг. получают медицинские и иные работники, в числе которых военнослужащие, проходящие службу по контракту и по призыву; сотрудники уголовно-исполнительной системы; работающие в Росгвардии, федеральной противопожарной службе, МВД, МЧС; военнослужащие спасательных воинских формирований. Выплаты будут осуществлять сотрудникам,

которые участвуют в диагностике и лечении пациентов с COVID-19.

Социальная выплата за календарный месяц будет рассчитываться исходя из совокупности выплат за каждую нормативную смену. Такая смена определяется как одна пятая продолжительности рабочего времени в неделю. Расчёт выплаты по основной работе и при работе по совместительству будет рассчитываться отдельно. Фактическое число нормативных смен в календарном месяце намерены подсчитывать с помощью деления суммы отработанного времени по табелю учёта рабочего времени за дни работы, в которые работник привлекался к оказанию помощи пациентам с COVID-19 вне зависимости от длительности контакта с пациентом в эти дни.

Врачи скорой помощи, средний и младший медперсонал за одну нормативную смену будут получать 2430 руб., 1215 и 950 соответственно. Фельдшерам и медсёстрам при приёме вызовов скорой помощи и передаче выездным бригадам будут выплачивать по 600 руб.

Врачи и медработники, оказывающие помощь в стационарах, средний и младший персонал, а также работники, выполняющие аналогичные функции, за одну

нормативную смену получают 3880 руб., 2430 и 1215 соответственно.

Врачи, средний и младший медперсонал, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, будут получать 2430 руб., 1215 и 600 за одну нормативную смену, работающие в патологоанатомических бюро врачи – 3880 руб., средний персонал – 2430, младший персонал – 1215 за нормативную смену.

Водители выездных бригад скорой помощи, а также работники, осуществляющие транспортировку пациентов с COVID-19, будут получать 1215 руб. Члены летных экипажей воздушных судов, в том числе воздушных судов МЧС, также будут получать за одну нормативную смену 1215 руб.

Врачи, средний и младший персонал, не осуществляющие медпомощь пациентам с коронавирусной инфекцией, но контактирующие с ними, будут получать 2430 руб., 1215 и 600 соответственно. Осуществляющие санитарно-эпидемиологические мероприятия медики и другие работники, занимающиеся аналогичными мероприятиями, будут получать 3880 руб. (врачи), 2430 (средний персонал), 1215 (младший персонал).

Игорь КОРАБЛЁВ.
МИА Сити!

Проекты

По компетентностно-ориентированному принципу

Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ» в 2021 г. начнёт в Москве набор студентов на образовательную программу «лечебное дело» с углублённой подготовкой в области ядерной медицины. Ранее вуз готовил врачей только в Институте атомной энергетики (ИАТЭ) – филиале МИФИ в Обнинске.

В обнинском филиале предусмотрено 60 бюджетных мест. Длительность обучения по программе специалитета – 6 лет.

По словам заместителя директора Инженерно-физического института биомедицины (входит в ИАТЭ) Александра Галчина,

программа подготовки врачей построена по компетентностно-ориентированному принципу.

«Студенты получают навыки оказания неотложной помощи, проведения сестринских и врачебных лечебно-диагностических манипуляций. В обучении будут применяться интерактивные и другие новые технологии обучения с использованием электронных фантомов, муляжей, манекенов, виртуальных моделей. Наши выпускники смогут работать участковыми врачами-терапевтами или продолжить обучение в ординатуре или аспирантуре», – отметил А.Галчин.

В вузе отметили, что среди прочего студенты будут изучать такие

дисциплины, как «искусственный интеллект в медицине», «радиобиология», «радиофармакологические препараты», «медицинская радиология» и «радиотерапия».

Занятия будут проходить в специально оборудованных помещениях отдельного корпуса МИФИ. Для изучения анатомии вуз приобрёл интерактивный анатомический стол, натуральные пластинированные препараты тела человека. Практическая подготовка студентов будет проходить на клинических базах.

Борис ЕФИМОВ.
МИА Сити!

Подписка-2021

Продолжается подписная кампания

Уважаемые читатели!

Оформить подписку на «Медицинскую газету» можно воспользовавшись Объединённым каталогом «Пресса России – 2021» в отделениях почтовой связи России.

Подписные индексы:

42797 – на год; **32289** – на полугодие;
50075 – на месяц.

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

Подписной индекс: **T6895**

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.**



Ситуация

Законодательно-исполнительные нюансы

Правительство России внесло в Государственную Думу РФ законопроект, обязывающий регионы согласовывать с Минздравом России кандидатуры на должность руководителя органа управления здравоохранением в регионах. Соответствующие поправки вносятся в ст. 14 и ст. 16 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Федеральный Минздрав будет официально наделён полномочиями согласовывать предложенные кандидатуры. Порядок согласования и назначения на должность руководителя здравоохранения субъекта установит Правительство России.

В пояснениях к законопроекту упомянуты Конституция России, Стратегия развития здравоохранения (утверждена Указом Президента России № 254 от 06.06.2019), нацпроект «Здравоохранение» и «новые вызовы», которые требуют координировать национальную политику в сфере здравоохранения, которую вершит федеральный

Минздрав. Достичь определённых государством целей развития невозможно без согласованной деятельности всех уровней власти.

«Роль регионов в реализации федеральных проектов требует последовательной кадровой политики, особой подготовки руководителей органов исполнительной власти субъектов РФ, к которым предъявляется определённый набор знаний, навыков и компетенций, что обусловлено сложностью достигаемых задач в сфере охраны здоровья граждан», – говорится в пояснениях к законопроекту.

Отмечается, что предлагаемое решение не является новым, поскольку в редакции Федерального закона № 323-ФЗ, действующей до 24 июля 2015 г., действовал механизм назначения на должность руководителей органов исполнительной власти субъектов, осуществляющих переданные им полномочия, по согласованию с Минздравом России.

Валерий НИКИТСКИЙ.
МИА Сити!

Инициатива

Временный запрет на плановые проверки

Губернатор Ростовской области Василий Голубев считает необходимым ввести временный запрет на плановые проверки медицинских организаций. С такой инициативой он выступил на заседании рабочей группы Госсовета по противодействию распространению новой коронавирусной инфекции.

В.Голубев рассказал, что в Ростовской области за период с 1 апреля по 23 ноября проведена 1051 проверка в 161 из 164 лечебных учреждений региона. Наибольшую активность проявляли страховые медицинские организации (на них пришлось 29,3% от всех проверок), прокуратура и право-

охранительные органы (27,6%), УФАС (8,3%), Госинспекция по труду (7,6%), ТФОМС (5,3%), Роспотребнадзор (2,8%), МЧС (2,3%), Росздравнадзор (2,2%) и др.

При колоссальной нагрузке на систему здравоохранения, вызванной пандемией, на проверки отвлекаются значительные ресурсы медицинских специалистов, считает губернатор. При этом мораторий не должен распространяться на проверки по ситуациям, где возникает угроза жизни и здоровью людей, уточнил он.

Сергей НИКОЛЬСКИЙ.
МИА Сити!

Ростовская область.

Ну и ну!

Непринятие своевременных мер

Кировский районный суд Уфы признал Республиканскую клиническую больницу им. Г.Г.Куватова виновной в совершении административного правонарушения по ч. 2 ст. 6.3 КоАП РФ (нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения). Больница должна выплатить 200 тыс. руб. за 1414 неучтённых случаев заболевания новой коронавирусной инфекцией.

Нарушения были выявлены башкирским управлением Роспотребнадзора в ходе санитарно-противоэпидемических мероприятий в период с 1 сентября по 2 октября 2020 г. Больница не предоставила в управление информацию о положительных результатах исследований COVID-19.

«Непринятие своевременных, исчерпывающих противоэпидемических мер в отношении 1414 неучтённых случаев заболевания коронавирусной инфекцией повлекло за собой распространение инфекции среди неограниченного круга лиц», – указано на сайте Кировского районного суда.

Региональное управление Роспотребнадзора и ранее проводило эпидемиологическое расследование в больнице. В начале апреля 2020 г. учреждение было закрыто на карантин из-за распространения внутрибольничной инфекции. COVID-19 был обнаружен у одной из умерших пациенток, на тот момент в медучреждении находилось более 1,2 тыс. человек. Карантин был снят 21 апреля, но коронавирусная инфекция успела распространиться среди 400 человек – сотрудников и пациентов.

После проведения проверки региональное управление Роспотребнадзора источник вспышки коронавируса не нашло. При этом ведомство обнаружило нарушения санитарно-эпидемиологических норм и составило два протокола об административном правонарушении по ч. 2 ст. 6.3 КоАП РФ, ответственность тогда была возложена на медучреждение и его врача-эпидемиолога.

Леонид ПОЛЯКОВ.
МИА Сити!

Республика Башкортостан.

– Валерий Алексеевич, коронавирус стал самой злободневной темой современности. Является ли он, по-вашему, особым заболеванием?

– Мы с вами говорим об очень важной проблеме – пандемии коронавирусной инфекции, которая волнует всех. Налицо поистине чрезвычайная ситуация в области здравоохранения всемирного масштаба. COVID-19 – это действительно особая болезнь. Казалось бы, она относится к респираторным заболеваниям и известна давно. Тогда почему же прежде эта тема не звучала столь остро, а только в последний год заняла главенствующее место? SARS-CoV-2 – довольно «вредный» вирус, генетически он резко отличается от известных прежде. Новая инфекция передаётся от человека к человеку и отличается очень высокой патогенностью и вирулентностью, а у определённых групп людей преобладает в весьма тяжёлой форме, приводя к летальному исходу. Вот почему сегодня мы наблюдаем очередное быстрое распространение заболевания. Кто-то называет его «второй волной», но мне представляется, это скорее новый подъём, связанный с ростом сезонной вирусной заболеваемости. При этом COVID-19 – это поражение не только лёгочной ткани, мы сталкиваемся с нереспираторным проявлением болезни, когда страдают другие органы, сосуды и т.д.

– Расскажите вкратце о дебюте болезни и предпринятых вами мерах?

– Учитывая, что я врач, практикующий свыше 50 лет, конечно, прекрасно осознаю риски, связанные с моим возрастом и состоянием иммунной системы. Не раз я подвергался различным инфекционным воздействиям, поэтому понимаю, что могу заболеть, впрочем, точно так же, как и все живущие на Земле. И это случилось после служебной командировки в Ессентуки, где я выступал с докладом. Скорее всего, инфицирование произошло в самолёте. Вечером второго дня по возвращении я почувствовал недомогание и ломоту в теле. Наутро температура поднялась до 39°C, надо было срочно принимать меры.

Длительное время я работал с инфекционными больными, проводил исследования по вирусным гепатитам В и С, герпесу и знаю, что к респираторным вирусам подход аналогичный – необходима терапия, которая останавливает их размножение. К ней относится интерфероновая терапия. Вот почему ещё до постановки диагноза и проведения углублённого обследования я применил препарат интерферонового ряда виферон, созданный в НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи профессором Валентиной Малиновской.

Вы знаете, что 1980-е годы – эра интерферонов. Тогда они были открыты и применялись внутривенно или внутримышечно в борьбе с тяжёлыми заболеваниями, в частности вирусными гепатитами, герпесом, ВИЧ/СПИДом. Интерфероны представляют собой сочетание пептидов, которые синтезируются лимфоцитами и макрофагами и содержат мембраностабилизирующие компоненты, витамин Е и аскорбиновую кислоту в терапевтических дозах. Термин «интерферон» происходит от слова интерференция (взаимное влияние). У истоков их создания стоял известный советский вирусолог и эпидемиолог академик АМН СССР Валентин Соловьёв, учитель и наставник В.Малиновской. Валентина Васильевна, обладающая глубокими знаниями и исследовательским талантом, по сей день эффективно продолжает и развивает перспективные начинания, доведя их до создания и практического применения новых лекарственных форм интерферона. Именно она предложила вводить их в форме суппозиторий. Пожалуй, я одним из первых клиницистов применил их при лечении вирусных гепати-

тов, герпеса и т.д. Впоследствии интерфероновые препараты подтвердили свою эффективность в акушерстве и гинекологии, гастроэнтерологии и других областях медицины. Однако активнее всего они распространялись в педиатрии, где их применение разрешено практически без ограничений, начиная с момента рождения ребёнка.

Вифероновая терапия, в частности, в форме ректальных суппозиторий показала себя очень эффективным средством, в чём я мог лично убедиться в своей врачебной практике, поскольку на протяжении многих лет использовал его при лечении пациентов. При вирусном гепатите мы назначали

было состояние и как скоро удалось вернуться в состояние физиологической нормы?

– До поступления на стационарное лечение на протяжении 2 суток я применял виферон. Но температурная реакция сохранялась. На третий день она стала приближаться к 40°C. Так оказался на больничной койке. Отмечались сильные боли в суставах, астенизация, плохой сон, снижение жизненных сил. КТ показала почти 40%-ное поражение лёгких. Естественно, на короткий срок была назначена антибиотикотерапия – левофлоксацин в дозировке 500 мг 2 раза в день. Продолжал применять виферон. Кроме того, присоединил

большинство смертей происходит по причине чрезмерной иммунной реакции, когда иммунная система вдруг идёт вразнос и обрушивает свои механизмы жизнедеятельности. Но в комбинации с дексаметазоном «цитокиновую бурю» предотвращают интерфероны, с которых я начинал курс лечения, и, скорее всего, действие лаеннека, который уменьшает активность провоспалительных цитокинов, переводит вирус в латентное состояние и стимулирует синтез собственного интерферона.

Правда, хотелось бы отметить отрицательные стороны дексаметазона. Гормональные препараты негативно влияют на центральную

предотвращения передачи этой инфекции. Очки – тоже: те, кто носят их, выигрывают и реже заболевают. Преодолев все преграды, вирус оккупирует альвеолы. Но туда же приходит эритроцит, основная клетка, которая насыщает кислородом лёгкие и затем питает им весь организм. На входе в альвеолу происходит своеобразный обмен, когда эритроцит отдаёт кислород и забирает токсические вещества в виде углекислого газа. Но в альвеоле сидит «хозяин», который нападает на эритроцит и разрушает его. В эритроците находится гемм – белок, который в своём составе имеет железо, токсичное для организма. Погибая,

Проблемы и решения

Уметь управлять ситуацией

Побывав в «красной зоне», собственное видение глазами пациента даёт доктор Валерий Максимов

Нашу страну, как и весь земной шар, накрыла вторая волна пандемии COVID-19. Коронавирусная инфекция бросила вызов мировому медицинскому сообществу. В России она ощутимо изменила приоритеты в работе системы здравоохранения. Общая ситуация с новой инфекцией ухудшается, что дестабилизирует обстановку в стране. Недостаток медикаментов, врачей, среднего медперсонала, медицинские учреждения перегружены, например, заполнена знаменитая больница в Коммунарке. Усилия медицинских работников направлены главным образом на противостояние распространению непредсказуемого вируса. Спустя год после выявления первого заболевшего китайского пациента, так и не удалось разгадать все загадки заболевания, хотя учёные, клиницисты, представители фармацевтической промышленности объединяют усилия в изучении проблемы, разрабатывают превентивные методы, получают дополнительные возможности в виде алгоритмов подбора комплексной терапии.

Вирус покоряет всё новые высоты, и, хотя власти уверяют, что всё под контролем, до плато ещё далеко. Не всем понятно, как действовать. В такой ситуации практически любой опыт может пригодиться. Врачи ведут себя как настоящие герои. К сожалению, немало их мы безвозвратно потеряли. Многие переболевшие, невзирая на опасность, снова идут в бой с коронавирусом. Одни – в «красную зону», другие, хотя и не в очаг инфекции, тем не менее передают приобретённый личный опыт и полученные знания коллегам, оберегая их от совершения допущенных ошибок. Так уж устроены врачи, особенно представители среднего и старшего возраста.

Кстати, в минувшие времена настоящие учёные-исследователи, открывая новое в медицине, непременно направляли это на себя.

дозу 6 млн МЕ в сутки. Поэтому и себе применил столь же большую дозу, понимая, что меньшая не поможет. Использовал ту же схему: 2 свечи через 12 часов ежедневно в течение 10 дней. Таким образом, до поступления в стационар в течение 2 суток применял виферон. Убеждён, что использование иммуномодулятора на начальной стадии болезни стало крайне полезным для благоприятного исхода моего лечения.

Попутно отмечу, что до поступления в стационар достаточно длительное время находился на низкомолекулярной полипептидной терапии. Получал один раз в 2 недели японский препарат на основе гидролизата плаценты лаеннека. Признаюсь, у меня были определённые проблемы со здоровьем – частая суправентрикулярная экстрасистолия, для лечения которой практически нет медикаментов. И я использовал терапию, базирующуюся на современных достижениях биологической медицины, получив очень хорошие результаты. Этому средству, зарегистрированному в Японии и России в качестве гепатопротектора и иммуномодулятора, придаю большое значение. Поэтому применял его в профилактических целях, но не с точки зрения антивирусной, а в виде поддерживающей терапии.

– Тем не менее вас госпитализировали. Насколько тяжёлым

лаеннек (6 мл внутримышечно один раз в день).

В результате на пятый день болезни наступил перелом. Ночью проснулся с выраженным потоотделением и осознал, что произошёл кризис. Заболевание не перешло в тяжёлую форму. Температура упала, и в течение 2 недель пребывания в стационаре держалась на отметке 36°C. Как говорят в народе, это упадок сил, хотя я его не ощущал. Вообще считаю, что ни в коем случае нельзя поддаваться панике и страху, падать духом, опускать руки, стоит всегда вести борьбу за жизнь. Даже находясь в течение 2 недель в замкнутом пространстве «красной зоны», в палате, где от двери до окна в общей сложности 14 шагов и из которой нельзя выходить даже в коридор, старался не унывать, выполнял комплекс физических упражнений, занимался ходьбой.

Чего сами врачи боятся больше всего? Так называемого цитокинового шторма, как самого тяжёлого проявления ковида. С шестого дня мне назначили гормональную терапию, ещё один препарат – дексаметазон, синтетический глюкокортикостероид, обладающий противовоспалительным и иммунодепрессивным действием. Сегодня это самое эффективное лекарственное средство для угнетения иммунитета и уменьшения «цитокинового шторма». Как известно,



Например, основоположник первого в мире Института переливания крови Александр Богданов переливал себе кровь большого малярий и туберкулёзом студента, а немецкий естествоиспытатель, химик и гигиенист Макс Петтенкофер для доказательства своей теории выпивал культуру холерных вибрионов. Оправданы ли подобные риски ныне? Известно, что коллектив разработчиков первой зарегистрированной в мире вакцины Sputnik V против COVID-19 из Национального исследовательского центра эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи во главе с академиком РАН Александром Гинцбургом сделал себе прививки ею.

Недавно из «красной зоны», куда попал в качестве пациента, выписался профессор кафедры диетологии и нутрициологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный врач РФ Валерий Максимов. В ходе лечения по поводу вызванной вирусом SARS-CoV-2 болезни он продолжал изучать эффективность действия ряда лекарственных препаратов. Заболевание у него не перешло в тяжёлую форму, хотя ему 80+, и он находится в группе риска по возрасту. Видимо, поддержку черпал в присущей ему силе духа и твёрдой убеждённости в правильности своих действий. Его профессиональная и жизненная позиция, психологический настрой, взвешенный подход вызывают уважение. Кажется, в своей практике он руководствуется посылом: «Преодолеем! Мы и не такое ещё повидали в жизни». Вне сомнения, полученные опыт, знания, наблюдения дополнили копилку учёного и практикующего врача. Сразу по выздоровлении В.Максимов дал интервью «МГ», в котором поделился собственными наблюдениями в борьбе с коварным заболеванием.

нервную систему. Мне трудно сказать точно, но в какой-то степени это психотическое расстройство – галлюциноз. Стоит закрыть глаза, как высвечиваются разнообразные картины в виде геометрических фигур. Наверное, это индивидуально и у каждого свои «картины». Получив такой эффект от гормонов, я постепенно начал снижать дозировку. Поначалу получал дексаметазон 2 раза в день. Общая доза составляла 20 мг: утром – 12 мг, вечером – 8 мг. Затем перешёл с внутривенного введения на пероральное. Дозировку уменьшал медленно, по 2 мг в течение 3 недель.

Тяжесть состояния пациента в больнице определяют по биохимическим показателям крови и данным КТ-исследования. Первым делом меня интересовал уровень ферритина в крови. Этот сложный белковый комплекс нужен в организме для создания эритроцитов. Во-вторых, концентрация С-реактивного белка, что служит индикатором воспаления. В-третьих, свёртывающая система крови для своевременного предотвращения тромбообразования.

«Домом» коронавируса, где он поселяется в организме, являются альвеолы, лёгкие. Через дыхательную систему, носовые ходы, слизистые рта и глаз он стремится туда проникнуть. Поэтому маска играет главенствующую роль для

эритроцит выделяет очень много железа. Оберегая себя, организм с помощью транспортного белка трансферрина доставляет токсичный избыток прежде всего в печень, где содержится основная часть сложного белкового комплекса ферритина. Вот почему чем выше у пациента уровень ферритина, тем более выраженная клиническая форма и тем тяжелее он болеет. В 2020 г. ВОЗ изменила нормы ферритина, и теперь этот показатель составляет 45-120 мг на литр в сыворотке крови. Ферритин не может повышаться до бесконечности. Когда его уровень превышает 2-3 нормы, происходит токсичное воздействие на организм, в результате чего железо распределяется по всему организму, в первую очередь попадает в мышечную систему, страдают сердце, почки, печень, наступает полиорганное поражение.

Когда врачи отмечают у «ковидного» больного высокий уровень ферритина и С-реактивного белка, – это прогностически плохо для индивидуального пациента, он больше подвержен летальному исходу. Из фармакологического изобилия различных медикаментов нет лекарственных средств, которые эффективно снижают ферритин. Однако, занимаясь исследованиями в области гепатологии ещё до наступления пандемии коронавирусной инфекции, я установил,

что препарат лаеннек уменьшает уровень ферритина. Это же касается такого тяжёлого генетически обусловленного заболевания, как гемохроматоз, которое, по сути, нечем лечить. Применив лаеннек у этих больных, я получил хороший результат: ферритин снижался и выводился. Зная об этом, мы, группа учёных во главе с академиком РАН Александром Чучалиным, профессором Леонидом Лазебником, Ольгой Ткачёвой, Ириной Стражеско, в период разгула пандемии новой коронавирусной инфекции обратились в Минздрав России и предложили этот эффективный препарат. После этого получили разрешение на его применение на небольшой группе тяжёлых больных, проходивших лечение на базе Российского геронтологического научно-клинического центра. Всем им удалось помочь, все остались живы. Располагая личным опытом, я, конечно, не преминул применить препарат на себе. И вот сейчас перед вами и могу поделиться своим блестящим результатом.

Итак, основные препараты, использованные мною при лечении COVID-19 – виферон, лаеннек, дексаметазон, антибиотик, гепарин. Именно они, я считаю, поставили меня на ноги и предотвратили тяжёлые осложнения, которые могли возникнуть. В дебюте болезни ферритин у меня повысился более чем до 600, но с началом применения лаеннека вскоре снизился. Из госпиталю я уходил с нормальным показателем уровня ферритина – 120 мкг/л. С-реактивный белок также был очень высоким – 150. После второй-третьей инъекции лаеннека он упал до 40, а выписывался я с показателем 8 (при норме – 5).

Обычно у пациента со средней или тяжёлой формой коронавируса нарушаются печёночные ферменты. У меня этого не отмечалось: печёночные тесты оставались в норме. Немножко пострадали почки, повысился креатинин. Но опять же к моменту выписки он пришёл к норме. Поэтому хочу отметить, что та же лаеннек-терапия быстро нормализует внутренний гомеостаз. Показатели лёгких хотя и не нормализовались полностью, но тоже улучшились, стали в пределах 90%. Это и понятно, при поражении 35-40% ткани требуется достаточно времени на восстановление. А вот сатурация у меня в пределах нормы. Как известно, кислород, за перенос которого по организму отвечает гемоглобин, обеспечивает нормальное функционирование клеток тела. В случае его недостатка я бы ощущал упадок сил, головокружение, головные боли, слабость, но этого нет. Я постоянно слежу за этим показателем с помощью пульсоксиметра, показывающего степень насыщения артериальной крови кислородом. Также считаю очень хорошим решением то, что в Москве эти индивидуальные медицинские приборы для тех, кто лечится амбулаторно, предоставляются бесплатно. Попутно замечу, что достаточно давно я занимался оксигенотерапией, и уже тогда рекомендовал руководителям больниц подводить кислород к постели каждого пациента. После очередного ремонта и модернизации медицинских учреждений мы это сделали повсеместно. Не хвастаясь, могу сказать, что определённую лепту в это важное дело внёс и я. И вот теперь сам воспользовался кислородотерапией. В результате дыхания кислородом насыщение артериальной крови возрастает. В первые дни болезни мои показатели составляли 86-87%, но очень скоро достигли 96-97%: налицо позитивная тенденция.

Как видите, фактически у меня произошла нормализация всех биохимических показателей.

– В ближайшие месяцы начнётся массовая вакцинация против коронавирусной инфекции. Но, по данным опросов общественного мнения, более половины населения страны, прежде всего жители мегаполисов, выступают против иммунизации. Не хотят делать прививки от ковида 64% москвичей и 65%

петербуржцев. Нужно ли прививаться?

– Обязательно! Ни один врач не может гарантировать, что человека можно защитить от коронавируса на 100% и он не окажется в «тяжёлой» группе. Для того чтобы предотвратить образование пула тяжёлых пациентов, и нужно иметь хорошую иммунную защиту. А её в состоянии сформировать вакцинация. Мы уже практически имеем 4 отечественные вакцины. На первом месте НИЦ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф.Гамалеи, директор которого академик РАН А.Гинцбург проявил определённое мужество по оперативному ответу на вызов человечеству. Оптимизм



вызывают вакцины новосибирской фирмы «Вектор», Федерального научного центра исследований и разработки иммунобиологических препаратов им. М.П.Чумакова РАН и Санкт-Петербургского Научно-исследовательского института гриппа им. А.А.Смородинцева.

Кстати, подчеркну, что прививка против COVID-19 – это не прививка против гриппа, хотя и против него стоит прививаться. Но коронавирусная инфекция побеждает. Сравним для примера цифры летальности. По гриппу, в среднем, она составляет 5-6%, по коронавирусу – 7-8%. Казалось бы, вторая цифра ненамного больше, но распространённость новой инфекции существенно выше. COVID-19 молниеносно «покорил» всю планету. Ни по одному гриппу пандемия не объявлялась ни разу, не считая разве что 20-е годы XX века, когда прошла «испанка» (потом мы определили её, как пандемию). То есть коронавирус намного опаснее. В новейшей истории это первый случай, когда он приобрёл характер пандемии. В связи с этим вакцинация необходима. Надеюсь, наше население правильно поймёт поставленную задачу. Но если все вакцины будут созданы в промышленных объёмах, то даже самая усиленная иммунизация населения потребует около года. В связи с этим можно прогнозировать, что «ковид» отступит примерно осенью 2021 г. Иммунизация населения должна достигнуть 70%, лишь в подобном случае будет сформирован коллективный иммунитет. Сумеет привить такой процент россиян – считайте, сможем победить коронавирус. Вот мои прогнозы, которые я делаю на основе того, что происходило со мной.

– Очень много полезной информации вы сказали о вифероне и лаеннеке в терапии «ковидных» пациентов. Но они не включены в Национальные клинические рекомендации (НКТ), а значит, их просто невозможно и незаконно использовать. Нужно ли проводить широкие исследования по их изучению? Возможно ли лечение некоторыми препаратами, не внесёнными в НКТ?

– Чуть более месяца назад Минздрав России утвердил очередную, девятую версию рекомендаций по тактике против коронавируса, в которой предусмотрены меры по его диагностике и лечению. Нынешняя ситуация, прямо скажем, нестандартная. Необходимо

оговориться, что на сегодня не выработано схемы, которая являлась бы самой эффективной в лечении коронавируса. Продолжается поиск новых подходов, которые также допускаются. У врачей сохраняется свобода выбора, которая предоставляется им существующей нормативной базой.

Мои лечащие врачи ничего не нарушили. Имеются официально утверждённые схемы лечения, от которых мы не отступаем. Тем не менее коллегиально выбираем те, которые помогают в особых обстоятельствах. Напомню, что, согласно п. 29 Постановления Правительства РФ № 441 от 03.04.2020, «применение лекарственных препаратов

в период чрезвычайной ситуации по показаниям, не указанным в инструкциях по медицинскому применению, с целью изучения их эффективности для проведения профилактических и лечебных мероприятий вправе осуществлять медицинские и иные организации». Считаю абсолютно верным и обоснованным шагом выпуск нашим правительством такого нужного документа, который развязывает специалистам руки в применении ряда препаратов.

Что касается проведения научных изысканий, они ведутся непрерывно. Профессор В.Малиновская сейчас проводит большое исследование по применению препарата виферон в качестве профилактического и лечебного средства. Обширна география этого исследования, оно проходит в различных территориях РФ на больших группах. В ближайшее время доклад на эту тему будет представлен на крупном форуме, посвящённом биологической медицине, а затем – представлен отчёт. Мы также в 2020 г. опубликовали свои результаты по применению препарата лаеннек в трёх журналах – «Пульмонология» (№ 5), «Терапия» (№ 5), «Гастроэнтерология» (№ 6). В рамках специального симпозиума выступили на прошедшем недавно конгрессе пульмонологов с международным участием, который проводил А.Чучалин.

Сложившаяся ситуация сподвигает учёных к поиску адекватных препаратов для профилактики и лечения COVID-19. Пока ни одно существующее в мире лекарство в силу объективных причин не прошло полных и всесторонних клинических исследований, следовательно, не имеет клинических данных в отношении коронавируса. НКТ постоянно обновляются, изменяются, дополняются по мере накопления новых знаний и опыта. По большому счёту я хочу, чтобы такие препараты, как виферон и лаеннек вошли в эти рекомендации. Это вовсе не значит, что они будут на 100% применяться, но в рекомендации должны быть включены.

– Не могу не задать отдельный вопрос о вифероне. Общеизвестно, что ведущие вирусологи мира рассматривают интерфероны в качестве первой линии средств противовирусной защиты. Тем не менее в разгар пандемии на них идёт массивное наступление. Неужели их время ушло?

– Ни в коем случае! Они по-прежнему актуальны. Вспоминаю положительный опыт с вифероном в период атипичной пневмонии. В то время Правительство РФ приняло рекомендацию, чтобы руководство двух систем – пограничных войск и таможенной службы – централизованно закупило этот препарат. Выходя на службу, сотрудники данных ведомств применяли виферон, смазывая им носовые ходы. И что мы имели? Ни одного случая атипичной пневмонии у них отмечено не было. Хотя они первыми «лицом к лицу» на границе встречались с инфекцией. Результаты исследования военные медики описали в своих журналах. Надо и сейчас вспомнить об этом достойном опыте, тем более что виферон уже появился не в форме мази, как прежде, а геля и служит хорошей профилактической мерой. Гель намного эффективнее, он лучше проникает в слизистую оболочку и, преодолев её, поступает в кровь. Мазь не обладает подобным эффектом, останавливая вирус на уровне носовых ходов.

Кстати, в нынешней драматичной ситуации гель успешно применяли в закрытых коллективах, в частности, среди учащих военных училищ. Отмечая достигнутый эффект, командование ВМФ России выразило благодарность ООО «Ферон» за помощь в проведении профилактических мероприятий, направленных на предотвращение заболеваемости острыми вирусными инфекциями в период пандемии 2020 г. Начиная с марта по май, в период острой вирусной ситуации в стране, курсанты четырёх филиалов нахимовских училищ Санкт-Петербурга, Владивостока, Севастополя, Мурманска использовали гель виферон. Эффективность применения препарата описана в научных статьях и обзорах. Согласно результатам исследований, опубликованным в ведущих научных журналах, использование геля виферон в качестве профилактического средства позволило снизить показатель заболеваемости в воинских частях в 2 раза. В настоящее время проводятся новые клинические исследования по его применению для лечения и профилактики коронавирусной инфекции COVID-19. Их результаты будут представлены в ближайшее время.

Эффективность препарата подтверждают исследования, полученные при лечении детей и беременных женщин. Тем не менее в одной из версий методических рекомендаций «Особенности клинических проявлений и лечения заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) у детей» Минздрава России было отмечено, что доказательная база по эффективности каких-либо противовирусных препаратов для этиотропного лечения этой инфекции у детей отсутствует. Более того, указано, что якобы Национальные институты здравоохранения США и ВОЗ не рекомендуют для лечения и профилактики COVID-19 рекомбинантного интерферона альфа для интраназального и ректального введения. Кстати, никаких документальных подтверждений для подобных заявлений не имеется! Основываясь на собственном опыте я утверждаю, что виферон снижает вирусную нагрузку на начальных стадиях заболевания, облегчает симптомы, уменьшает длительность болезни. Поэтому любые «категоричные суждения» считаю ошибочными и вредными. Препараты интерфероновой группы эффективны при вирусных, инфекционных заболеваниях различной этиологии, в том числе коронавирусной. Их назначение является целесообразным!

С моей точки зрения, было бы полезно, чтобы подобная программа, как прежде, когда мы сталкивались с атипичной пневмонией, была поддержана Правительством РФ и сейчас.

– Какие ещё начинания необходимо реализовать?

– Повторюсь, что надо шире пропагандировать в медицинской

среде и среди общественности виферон как надёжное средство противовирусной защиты, которое органично вписывается в процесс лечения ковида. Этот препарат, а также лаеннек, следует включить в НКТ по диагностике и лечению COVID-19. Они доказали свою эффективность, что подтверждается многочисленными исследованиями.

Меня настораживает то, что процесс восстановления многих пациентов, переболевших коронавирусом и имеющих слабые места в организме (сахарный диабет, заболевания лёгких, обструктивные бронхиты, бронхиальная астма и т.д.), идёт очень медленно, как правило, у них продолжается усугубление процесса. В этом свою отрицательную роль сыграла новая коронавирусная инфекция. Скорее всего, в этих группах мы получим увеличение летальных исходов, но уже по их основному хроническому заболеванию. Замедленное восстановление происходит потому, что пациенты не применяют препараты, о которых я говорил. Хотелось бы, чтобы большинство врачей располагали не только всей полнотой информации об этих эффективных лекарственных средствах, но чтобы они появились в их арсенале. Убеждён, такие препараты недооценены официальной медициной.

Например, в Японии плацентарный препарат включён в страховую медицину, в которой он находится более 60 лет. Значит, это выгодно. Руководство страны и системы здравоохранения подсчитало все плюсы и минусы. Судите сами: в 1945 г. среднестатистический японец жил немногим более 40 лет. В 2018 г. женщины там в среднем живут 89 лет, мужчины – 85. Таким образом, средняя продолжительность жизни в Японии составляет 87 лет. За послевоенный период люди выросли на 12 см. Уверен, большую роль в этом сыграла плацентарная терапия. В Японии ребёнку, в случае необходимости, поддерживающую терапию назначают по медицинским показаниям, начиная с нуля лет. По нашему законодательству – только с 18 лет. А ведь это упущенное время, причём чаще всего безвозвратно. Не зря психологи отмечают, что основы характера человека формируются в возрасте до 5 лет. То же самое касается здоровья: соматического, душевного, психологического. Японские коллеги пошли дальше и начали применять лаеннек при лечении болезней Паркинсона и Альцгеймера. А мы даже близко к этим болезням не подступились.

Видите, начиная разговор об инфекции, мы заканчиваем продолжительностью и качеством жизни людей. Опыт японцев многому учит. Нация активно развивается, люди живут долго и достойно. Нестандартные, недооценённые нами подходы, оказывается, решают многие проблемы.

Мало кто сегодня знает, что «японские» методики на самом деле позаимствованы у России, а именно у академика Владимира Филатова. Мы же отказываемся от своего богатого научного опыта. Я обнаружил более 60 отечественных диссертаций, выполненных в 1930-1980-е годы. Блестящие работы! В них демонстрируется хороший эффект, но на сегодняшний день эти методики не применяются. Недопустимо разбрасываться собственным опытом. Надо знать о достижениях наших предшественников. Однако не всё так пессимистично. Многие, в том числе и наука, развивается по синусоиде...

– Валерий Алексеевич, спасибо за интервью. От лица коллектива «МГ» примите пожелания новых профессиональных успехов, неравнодушия, оптимизма, крепкого здоровья и стойкого иммунитета! Берегите себя!

Беседу вёл
Александр ИВАНОВ,
обозреватель «МГ».

Знание врачом того, какой из лечебно-диагностических алгоритмов лучше использовать в той или иной ситуации – абсолютное благо. Интернет и доступность таких знаний, в том числе, в виде клинических рекомендаций, для специалиста – огромное подспорье, важность которого трудно переоценить. И для разработки Национальных клинических рекомендаций (НКТ), конечно же, нужно использовать весь опыт, накопленный мировой медициной. Проблема в другом – в трактовке российских НКТ как закона при оказании медицинской помощи и в их строгой ориентации исключительно на зарубежный опыт.

Кроме того, при разработке клинических рекомендаций в качестве приоритетных выбраны наиболее частые заболевания и типичные варианты их течения. Это, конечно, правильно. Но почему игнорировано всё остальное?

Далее, в отечественных клинических рекомендациях нет места для консилиумов и консультаций, в том числе, дистанционных. Нет места для этических комитетов. Есть только прямая обязанность врача выполнять то, что написано и заверено печатью Минздрава России. Если раньше, на протяжении всей истории медицины при выборе лечения врач в сложных ситуациях мог и должен был привлекать к обсуждению коллег, то после появления утверждённых Минздравом России клинических рекомендаций он должен руководствоваться только их текстом. Зачем тогда методическая помощь ведущих учреждений, телемедицина, клинические руководители, обсуждения и обходы?

Нет в НКТ и механизмов выхода из нестандартных ситуаций. Следовательно, прокурор и адвокат пациента объяснят вам, что эта, – по вашему мнению, «нестандартная» ситуация вовсе даже стандартная и вполне подходит под ту или иную формулировку в НКТ. И вместо того, чтобы руководствоваться в выборе тактики лечения здравым смыслом, вам скажут, что вы обязаны были делать то, что там написано, даже если это, на ваш взгляд, навредит пациенту. Всё остальное – ваши домыслы и незаконные действия. Боюсь, что и среди коллег найдутся такие, кто, особо не мудрствуя, будут согласны с доводами следствия и приведут соответствующие цитаты из старого учебника.

Наука тоже оказалась вне закона, поскольку, как уже сказано, любое отступление врача от официально утверждённых схем – преступление. Следствие и адвокаты, представляющие интересы пациентов,

будут за этим строго следить. Существующая практика поиска нестандартных решений через обсуждения, клинические разборы и этические комитеты станет фикцией. Разговоры о том, что научные институты и кафедральные коллективы имеют право на разработку и совершенствование методов диагностики и лечения, мы будем вести в следственных комитетах и судах. А там, будьте уверены, потребуют юридическое обоснование, а не разговоров и ссылок на многовековую практику.

Иген

Без права на здравый смысл...

Врачи стали «заложниками» несовершенства клинических рекомендаций

Изменить содержание нынешних НКТ по истечении срока давности, ориентируясь на собственные результаты их применения, мы тоже не сможем: проведение мультицентровых исследований с соблюдением принципов доказательной медицины требует хорошей организации и серьёзного финансирования. Немногочисленные исследования такого рода, проводимые в нашей стране, как правило, являются фрагментами международных программ, финансируемых зарубежными транснациональными корпорациями напрямую или через соответствующие медицинские ассоциации. Их основная цель – продвижение своей продукции. А как быть с отечественной?

У нас в стране не создан механизм финансирования подобных программ. Более того, после официального внедрения тех или иных НКТ в клиническую практику мы не сможем такие исследования проводить: чтобы что-то с чем-то сравнивать, нужно иметь результаты разных вариантов лечения, но в тексте клинических рекомендаций лечение уже прописано, и оно «единственно верное!» Поиск придётся обосновывать и утверждать в Минздраве, для чего потребуются результаты исследований, выходящих за рамки утверждённых

положений. В итоге следующую корректировку «наших» клинических рекомендаций снова придётся проводить по зарубежным данным. Круг замкнулся. Зачем тогда нужны отечественные научно-исследовательские институты, наука в медицинских университетах?

Реализация сегодняшней модели НКТ, по существу, призвана блокировать исследования в общей сети клинических учреждений. Отечественная хирургия так и останется местом реализации иностранных медицинских разработок, а средством их продвижения на

организации здравоохранения, является сообществом медицинских специалистов, а не государств.

«Осознавая необходимость установления врачебной профессиональной автономии во всём мире и создания соответствующих механизмов самоуправления, учитывая связанные с этим проблемы и вызовы со стороны общества, ВМА принимает настоящую декларацию:

1. Главная цель профессиональной автономии – обеспечение свободы профессиональных решений врача при оказании

медицинской помощи в соответствии с «Декларацией о независимости и профессиональной свободе врача», принятой ВМА в октябре 1986 г.

2. ВМА и её члены – национальные медицинские организации – вновь подтверждают значение профессиональной автономии, как неперемённого условия оказания высококачественной медицинской помощи. Следовательно, профессиональная независимость врача необходима пациентам, а потому достойна охраны и защиты. ВМА и национальные медицинские организации подтверждают приверженность принципу профессиональной врачебной автономии, как одному из важных принципов медицинской этики...

Мадрид, 1987.

Я много раз обращался к экспертным группам, занимающимся разработкой проектов НКТ, и к руководству Российского общества хирургов с предложением ввести в текст всех рекомендаций тезис о правомочности коллективного механизма принятия решений и положения, обосновывающие право врача на необходимую степень свободы действий в пределах выделенного «коридора». Есть даже готовые формулировки, вот они.

«Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Предлагаемые рекомендации имеют своей целью довести до практических врачей современные представления об этиологии и патогенезе заболевания, ознакомить их с современными алгоритмами диагностики и лечения основных вариантов течения этого заболевания, но не являются универсальным и всеобъемлющим протоколом оказания помощи.

В ситуациях, не описанных в предлагаемых рекомендациях, а также в критических ситуациях и (или) в условиях ограниченных возможностей целесообразно исходить из положений других согласительных документов, решений локальных этических комитетов и консилиумов, собственного опыта и здравого смысла».

У всех, с кем я обсуждал эту идею, контраргумент один – Минздрав будет против и не утвердит. Но без определённой свободы врача нет качественного лечения. Это, кстати, наглядно показала пандемия SARS-CoV-2: без «коридора свободы действий» не было бы ни непрерывной коррекции рекомендаций по диагностике и лечению этого заболевания, ни отечественных вакцин. А что делать с тысячами других нерешённых проблем в отечественном здравоохранении, возникающих при лечении всех прочих заболеваний? Считаю наличие «коридора свободы действий врача» в Национальных клинических рекомендациях совершенно обоснованным и необходимым.

Михаил ПРУДКОВ,
главный хирург Уральского
федерального округа
и Свердловской области,
доктор медицинских наук,
профессор.

Ситуация

За последние месяцы в России прошло как минимум два значимых научных совещания по проблеме COVID-19. Первое было организовано медицинским отделением РАН, второе – Академией наук совместно с Российско-германским форумом Коха – Мечникова. И там, и там выступали известные учёные, академики РАН. Но, что интересно, среди докладчиков не было ни одного иммунолога. Притом, что в РАН более 20 членов-корреспондентов и академиков по специальности «иммунология». Такое стремление коллег по научному корпусу обсуждать инфекционную проблему в отрыве от иммунологии не может не вызывать недоумения.

Между тем, что такое вирусная инфекция? Это процесс, в котором участвуют двое: сам вирус с его биологическими свойствами и иммунная система организма, обеспечивающая ответ вирусным антигенам. При этом одни антигены вируса стимулируют гуморальный иммунный ответ организма (про-

Про иммунологов забыли?

Борьба с коронавирусом без знаний «механизма обороны» бессмысленна

дукцию антител), другие индуцируют клеточный иммунный ответ (цитотоксические лимфоциты). Вот тут и кроется самое главное. Выработанные организмом антитела будут нейтрализовать вирусные частицы, которые находятся вне клеток. Но они не смогут «достать» вирус, который уже проник внутрь клетки – здесь приоритет цитотоксических Т-лимфоцитов, так называемых CD8+ Т-клеток, именно они убивают клетки, заражённые вирусом.

Что из этого следует? Что все разрабатываемые вакцины против COVID-19 должны иметь целью индуцировать именно клеточный иммунитет, а определять эффективность вакцины по титру антител у привитого человека бессмысленно. Этого не просто недостаточно –

это ошибочно! Прочный иммунитет необходимо и возможно создать за счёт клеточного звена иммунной системы, а не гуморального. Так и только так. У многих вирусов имеются свои возможности «задавить» активность иммунной системы, не дать возможности тем же цитотоксическим лимфоцитам убивать заражённые клетки. Есть основания думать, что новый коронавирус SARS-CoV-2 как раз из их числа, поскольку он индуцирует супрессию иммунитета.

Теперь несколько слов о профилактике COVID-19. Ещё в апреле 2020 г. в «Медицинской газете» была опубликована статья о необходимости обратить внимание на мероприятия по мягкой стимуляции иммунной системы у лиц пожилого возраста, как наиболее

уязвимой когорты. В сентябре там же были опубликованы конкретные предложения новосибирских учёных-иммунологов по решению данной задачи.

И что, Минздрав России прислушался? Увы, нет. Между тем, я уверен: разрабатывать методические рекомендации по неспецифической иммунопрофилактике должны иммунологи. Поэтому лучше всего поручить формирование таких рекомендаций профессиональным сообществам, которых в нашей стране два: Российское научное общество иммунологов и Российская ассоциация клинических иммунологов.

Создать условия для повышения «иммунной резистентности» организма можно весьма простыми средствами, в том числе путём вос-

полнения дефицита определённых витаминов и микроэлементов, иммуномодулирующие свойства которых научно и клинически доказаны. Но предлагать все эти средства для применения, обосновать каждое слово, должны и могут только учёные-иммунологи и иммунологические клиницисты. В противном случае любая федеральная методичка по профилактике коронавирусной инфекции рискует превратиться просто в перечень препаратов, которые кто-либо пытается продвинуть на российский рынок.

Владимир КОЗЛОВ,
научный руководитель
НИИ фундаментальной и
клинической иммунологии,
академик РАН.

Новосибирск.

По мере развития диагностических технологий и появления патогенетических лекарственных средств для терапии редких заболеваний главной проблемой здравоохранения оказывается орфанная насторожённость врачей в отношении этой группы заболеваний.

Редкие не значит безнадёжные

Именно данный фактор – осведомлённость докторов о редких заболеваниях и как можно более ранняя постановка диагноза – является критически важным для раннего начала лечения пациентов с наследственными патологиями, в отношении которых медицина уже имеет действенные средства. К числу таких заболеваний относится ATTR-ПН, или транстиретиновая амилоидная полинейропатия, которая при отсутствии лечения неизбежно приводит к выраженному неврологическому дефициту и утрате человеком способности передвигаться самостоятельно.

Ещё недавно считали, что этим наследственным заболеванием страдают около 10 тыс. человек во всём мире, а последние данные указывают на то, что сегодня эта цифра может достигать 38 000¹. Однако это не означает, что медицина может оставить немногочисленных больных без внимания.

Чтобы обеспечить информированность врачей и в итоге повысить качество диагностики и лечения пациентов с ATTR-ПН, международная биофармацевтическая компания Pfizer организовала уникальную образовательную площадку «ATTR-Академия». Первая конференция, в рамках которой знаниями и опытом делились ведущие российские и зарубежные эксперты в области транстиретиновой амилоидной полинейропатии, состоялась в Москве в последних числах октября.

«Потерявшийся» белок и «потерянные» больные

В первой части форума сосредоточились на вопросах эпидемиологии, генетики, патогенеза и диагностики ATTR-ПН.

Транстиретиновая амилоидная полинейропатия – генетическое быстро прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, вызванное внеклеточным отложением амилоида, предшественником которого является транстиретин (TTR) – белок, участвующий в транспорте гормона щитовидной железы тироксина и ретинола, а также играющий важную роль в регенерации нервных клеток и волокон. К дестабилизации белка транстиретина приводит мутация гена TTR. Амилоидные фибриллы могут откладываться в периферической нервной системе, а также в сердце, почках, ЖКТ.

Многообразие клинических проявлений ATTR-ПН обуславливает необходимость комплексного мультитдисциплинарного подхода к диагностике и терапии, привлекающая внимание к этой теме генетиков, неврологов, кардиологов, нефрологов, патоморфологов, гастроэнтерологов, офтальмологов и терапевтов. Поэтому докладчиками и участниками форума стали представители разных медицинских специальностей.

Главный невролог Департамента здравоохранения Москвы, профессор кафедры фундаментальной и клинической неврологии и нейрохирургии РНИМУ им. Н.И.Пирогова, доктор медицинских наук **Николай Шамалов** представил данные о заболеваемости ATTR-ПН в мире. На сегодняшний день случаи заболевания известны более чем в 30 странах. Эндемичными регионами считаются Португалия, Швеция и Япония.

Различные зарубежные исследования показывают разные данные

о возрасте дебюта этого наследственного заболевания: португальские неврологи установили пик на отрезке от 25 до 35 лет, а шведские специалисты указывают на более поздний возраст манифестации болезни от 50-60 лет². Вероятность выживания больного ATTR-ПН без специфического лечения в среднем составляет 10 лет³.

Путь пациента до установления диагноза непрост. Согласно зарубежным данным, в 30% случаев число врачей, к которым обратился заболевший человек до постановки диагноза, ограничивается двумя. Примерно в 18% случаев – это три специалиста, а в 25% – более пяти⁴. В России график будет существенно

сбора анамнеза при подозрении на наследственную патологию, на протоколе клинической и инструментальной диагностики, а также на необходимости своевременного генетического тестирования.

В свою очередь патологоанатом московской городской клинической больницы им. В.М.Буянова ассистент кафедры патологии анатомии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования **Елена Степанова** разъяснила важность патоморфологического исследования при подозрении на данную патологию.

Одним из органов-мишеней при наследственном транстиретиновом амилоидозе является сердце,

сексуальная дисфункция, дисфункция сфинктера прямой кишки, поражение почек, поражение глаз и т.д. Вряд ли нефролог, колопроктолог или офтальмолог, не имеющие знаний о наследственном амилоидозе, могут проявить насторожённость и исключить у своих пациентов данную патологию. Это ещё раз подчёркивает важность работы ATTR-Академии, как образовательной площадки.

– Необходимо иметь в виду, что в 46% случаев ATTR-амилоидоз протекает в генерализованной форме, и только в 31% встречается полиневропатический клинический вариант, а в 26% – кардиопатический. Из этого следует, что вести таких пациентов необходимо

гностики транстиретиновой амилоидной полинейропатии становятся объективным препятствием для того, чтобы пациенты начали получать адекватное лечение как можно раньше. Их «орфанная одиссея» порой длится долгие годы, прежде чем будет выставлен точный диагноз и назначена терапия. А условием точной диагностики является генетическое исследование, которое доступно и в нашей стране бесплатно.

В 2019 г. предложен обновлённый алгоритм диагностики наследственного амилоидоза, где на первом месте уже не биопсия, а именно молекулярно-генетическое тестирование, что позволяет в среднем сократить путь пациента

Ориентир

«Орфанная одиссея» станет короче

Знания врачей как залог помощи пациентам с полинейропатиями

сместён в сторону увеличения и числа специалистов, и срока поиска ответа на вопрос «чем болен пациент».

ATTR-ПН неразрывно связана с длительными перемещениями пациента между разными лечебными учреждениями и разными специалистами, когда он является «медицинским сиротой» из-за того, что транстиретиновая амилоидная полинейропатия прячется за масками других заболеваний. Вот почему важно обозначить «красные флажки» этого заболевания и повысить насторожённость врачей разных специальностей, работающих на всех уровнях системы здравоохранения, начиная с районной поликлиники до специализированных национальных центров. Уже сегодня наблюдаются позитивные изменения: так, на текущий момент в Москве время от первичного приёма пациента с подозрением на наследственное неврологическое заболевание до постановки диагноза и назначения терапии составляет в среднем 2-4 месяца.

«Красные флажки» для диагностики ATTR-невропатии обозначила профессор кафедры нервных болезней и нейрохирургии Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова, доктор медицинских наук, профессор **Ольга Зиновьева**. Прежде всего она сообщила, что более 160 мутаций гена TTR ассоциированы с фенотипической вариативностью ATTR-невропатии. Фенотип заболевания может быть преимущественно неврологическим, кардиологическим или смешанным. Отсутствие специфических для ATTR симптомов затрудняет диагностику, алгоритм которой должен включать тщательный сбор семейного анамнеза, клиническое обследование. К характерным неврологическим проявлениям ATTR относятся: неуклонно прогрессирующие дистальная симметричная сенсорная или сенсорно-моторная полиневропатия, вегетативная и/или туннельная невропатия. Указанные неврологические синдромы могут сочетаться друг с другом и с такими дополнительными признаками заболевания, как необъяснимое снижение веса, патология сердца и других висцеральных органов, поражение глаз.

Говоря о принципах ранней диагностики, О.Зиновьева подробно остановилась на правилах

что ставит перед терапевтами и кардиологами задачу не забывать об амилоидных кардиомиопатиях. На это указала в своём сообщении профессор кафедры факультетской терапии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, доктор медицинских наук, профессор **Александра Гудкова**.

– Изолированное поражение сердца амилоидозом остаётся недооценённой причиной хронической сердечной недостаточности. Этот диагноз должен быть исключён у всех пациентов с быстро прогрессирующей сердечной недостаточностью. Между тем, по нашим данным, до верификации диагноза пациенты обращаются к пяти и более врачам и наблюдаются под кодами ИБС, миокардита, идиопатических кардиомиопатий, – говорит А.Гудкова.

Эксперт поделилась с коллегами «дорожной картой» врача при подозрении на транстиретиновую амилоидную кардиомиопатию: изменения на ЭКГ неспецифичны, в то время как сочетание определённых данных ЭКГ и ЭХО-КГ может показать признаки амилоидоза. МРТ – важный метод диагностики. И настоящим революционным прорывом в выявлении амилоидоза сердца специалист назвала неинвазивный метод – скintiграфию костей. Полезным материалом для практикующих врачей стал алгоритм диагностики, представленный А.Гудковой.

Продолжая тему клинического полиморфизма транстиретиновой амилоидной полинейропатии, доцент кафедры внутренних, профессиональных болезней и ревматологии Первого МГМУ им. И.М.Сеченова **Вилан Рамеев** перечислил, какими, помимо неврологических и кардиологических, могут быть проявления ATTR-ПН: ортостатическая гипотензия,

мультитдисциплинарной командой врачей, – подчеркнул В.Рамеев.

Искать и лечить

Вторую пленарную сессию конференции посвятили оказанию специализированной медицинской помощи пациентам с ATTR-ПН.

Опыт европейских специалистов представила сотрудница Центра исследований и лечения амилоидоза (Фонд поликлиники Сан Маттео, город Павия, Италия) доктор медицины **Лаура Обичи**. Так, итальянские специалисты структурировали стадийность полинейропатии в зависимости от генотипа и фенотипа заболевания, а для каждого из фенотипов в свою очередь определили весь спектр диагностических методов и маркёры оценки течения заболевания. Активно применяется шкала нейропатических нарушений, которая также может быть полезна российским клиницистам. Помимо оценки собственно неврологических нарушений Л.Обичи рекомендует при работе с пациентами, страдающими полинейропатиями, оценивать разными методами поражение сердца, функцию желудочно-кишечного тракта, глаз и почек и делать это через каждые 6 месяцев.

Наконец, бесспорно важным Л.Обичи считает наблюдение за лечением пациентов с полинейропатиями по опросникам качества жизни. Субъективная оценка пациентом динамики своего состояния может сказать врачу не меньше, чем методы объективного контроля.

В своём выступлении главный специалист по медицинской генетике Минздрава России, директор Медико-генетического научного центра им. Н.П.Бочкова, член-корреспондент РАН **Сергей Куцев** ещё раз подчеркнул, что клинический полиморфизм и сложность диа-

гноза «диагностической одиссее» на 1-2 года⁵. Учитывая, что в практике столичных неврологов есть пациенты с ATTR-ПН, путь которых от первого манифеста болезни до постановки диагноза длился 7 лет, важность каждого «сэкономленного» года очевидна.

Не менее важным является генетическое консультирование родственников пациентов с ATTR-ПН и мониторинг бессимптомных носителей мутаций гена TTR.

Специалисты рекомендуют: зная возраст появления первых симптомов у других членов семьи, начинать контроль состояния «ожидаемого пациента» – бессимптомного носителя мутации – необходимо один раз в год за 10 лет до предполагаемого начала болезни и увеличить частоту осмотра при генотипах, ассоциированных с быстро прогрессирующими формами наследственного амилоидоза⁶. При появлении первых же клинических симптомов ATTR-ПН следует как можно раньше начинать патогенетическую терапию, симптоматическую терапию и психологическую поддержку пациента.

В свою очередь председатель правления Общества специалистов по нервно-мышечным болезням, ведущий российский специалист в области неврологии, клинической и экспериментальной нейрофизиологии, доктор медицинских наук, профессор **Сергей Никитин**, отметив прогресс в диагностике ATTR-ПН, рассказал о таком же прогрессе в лечении заболевания, который сопряжён с появлением специфической терапии, до появления которой в качестве болезни-модифицирующего лечения в нашей стране была показана трансплантация печени.

В завершение конференции профессор Никитин вновь отметил важность взаимодействия клиницистов с медицинскими генетиками и призвал коллег «бороться за то, чтобы путь пациента к лекарству был как можно короче».

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Материал подготовлен при поддержке Pfizer
PP-VYN-RUS-0163, 27.11.2020.

ООО «Пфайзер Инновации»
123112, Москва,
Пресненская наб., д. 10,
БЦ «Башня на набережной» (блок С).
Тел.: +7 495 287 50 00.
Факс: +7 495 287 53 00.
Служба медицинской информации Pfizer:
medinfo@pfizer.com, www.pfizermedinfo.ru

¹ М.Ваддингтон-Крус, Х.Шмидт, М.Боттмен, Д.Картер. Эпидемиологические и клинические характеристики симптоматической наследственной транстиретин-амилоидной полинейропатии в глобальной серии случаев. Орфанет – Журнал редких болезней. 2019 г.

² Е.Секидзима, М.Уэда, Х.Койке, С.Мисава, Т.Исии, Ю.Андо. Диагностика и лечение транстиретиновой семейной амилоидной полинейропатии в Японии: кластеры тревожных симптомов и алгоритм лечения. Орфанет – Журнал редких болезней. 2018 г., 13(1):6

³ Т.Коэльо, М.Инес, И.Консейсан, М.Соарес, М. де Карвалью, Ж.Коста. Естественный анамнез и выживаемость при 1-й стадии Val30Met транстиретиновой семейной амилоидной полинейропатии. Неврология. 2018 г., 91 (21)

⁴ И.Лоусада, Р.Коменцо, Х.Ландау, С.Гатри, Д.Мерлини. Опыт пациентов с наследственными и старческими системными амилоидозами: исследование консорциума исследований амилоидоза. 2015 г.

⁵ Д.Адамс, Х.Койке, М.Слама, и др. Наследственный транстиретиновый амилоидоз: модель медицинского прогресса в отношении смертельной болезни. Nature Reviews Neurology. 2019 г., 15, 387-404

⁶ И.Консейсао, Т.Дэми, М.Ромеро, Л.Галан, С.Аттариан, М.Луигетти, М.Садах. Ранняя диагностика ATTR-амилоидоза посредством целевого последующего наблюдения за идентифицированными носителями мутаций гена TTR. Амилоид. 2019 г., 26(1):3-9

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 45 (2259)

Острый приступ глаукомы (ОПГ) – критическое состояние, характеризующееся резким повышением внутриглазного давления (ВГД), снижением остроты зрения и выраженным болевым синдромом вследствие внезапного и полного закрытия угла передней камеры глаза (УПК). Без лечения состояние угрожает быстрой и необратимой утратой зрительных функций по причине развития глаукомной атрофии зрительного нерва.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
H 40.2	Первичная закрытоугольная глаукома (ПЗУГ)

Классификация
По течению ПЗУГ разделяют на:
– острую (ОПГ), с повышением внутриглазного давления (ВГД) до 50-80 мм рт.ст., выраженным болевым синдромом и типичной клинической картиной;
– подострую, ВГД повышается до 30-40 мм рт.ст., болевой синдром умеренный, характерные клинические признаки ОПГ менее выражены;
– хроническую, с эпизодами умеренно повышенного ВГД на фоне медленно прогрессирующего закрытия УПК гониосинехиями (вследствие «ползучей» глаукомы или на фоне неоднократно перенесённых приступов).

Основные принципы организации медицинской помощи при остром приступе глаукомы

- I. Диагностика острого приступа глаукомы на догоспитальном этапе.
- II. Максимально ранняя госпитализация всех больных с острым приступом глаукомы.
- III. Проведение комплекса неотложных лечебных мероприятий.
- IV. Диагностические мероприятия на госпитальном этапе.
- V. Патогенетическое и симптоматическое лечение.
- VI. Мероприятия по профилактике острого приступа глаукомы на парном глазу и диспансерное наблюдение.

ФАКТОРЫ РИСКА
– заболевание проявляется в возрасте 60 лет и старше;
– женщины болеют чаще, чем мужчины (соотношение 4 : 1);
– родственники первой линии имеют повышенный риск развития заболевания, поскольку наследуются анатомические предрасполагающие факторы.
Анатомические предрасполагающие факторы:
– относительное переднее положение иридохрусталиковой диафрагмы при малой аксиальной длине глаза;
– мелкая передняя камера;
– узкий профиль иридокорнеального угла.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Диагностика
Основанием для установления диагноза ОПГ служат:
– быстро прогрессирующее снижение остроты зрения (как правило, одностороннее);
– выраженная боль в области пораженного глаза;
– застойная инъекция (гиперемия) глазного яблока;
– резкое повышение ВГД.
Клиническая картина ОПГ:
– жалобы на существенное ухудшение зрения, появление радужных кругов вокруг источников света, сильная боль в пострадавшем глазу, возможна иррадиация по ходу ветвей тройничного нерва (верхний край орбиты, лоб, висок, скуловая область), а также реактивное повышение артериального давления (вплоть до ги-

пертонического криза), тошнота, рвота, брадикардия;
– застойная инъекция (гиперемия) глазного яблока, блефароспазм, возможен реактивный отёк век;
– отёк роговицы: теряется характерный блеск, гладкость и зеркальность, выглядит полупрозрачной, шероховатой (контроль по здоровому глазу);
– мелкая/щелевидная передняя камера глаза оценивается при освещении переднего отрезка глаза источником света, находящимся с височной стороны от пострадавшего глаза (контроль по здоровому глазу);

Оказание скорой медицинской помощи при остром приступе глаукомы

Клинические рекомендации (протокол)

– неравномерное расширение зрачка с резким замедлением или отсутствием прямой и содружественной реакции на свет (контроль по здоровому глазу);
– пальпация глазного яблока резко болезненна, глаз плотный, как камень (контроль по здоровому глазу).
Исследование выполняется через верхнее веко при взгляде пациента вниз двумя указательными пальцами с попеременным надавливанием на глаз.
Дифференциальная диагностика:
– иридоциклит (смешанная инъекция глазного яблока с преобладанием перикорнеальной, узкий зрачок, нормальный или пониженный офталмотонус, у некоторых в начальной стадии иридоциклита ВГД может быть повышенным вследствие гиперпродукции внутриглазной жидкости (ВГЖ) в условиях возросшего кровенаполнения сосудов ресничных отростков и снижения скорости оттока более вязкой ВГЖ).

Лечение на догоспитальном этапе:
– обезболивающие препараты и средства, нормализующие артериальное давление (В);
– ацетазоламид («диакарб») 250 мг внутрь однократно (с препаратами калия: «аспаркам», «панангин») (В, 2+).
Чего нельзя делать. Инстилляционная мидриатиков (средств, расширяющих зрачок) противопоказана. Обильное питье исключено.

Дальнейшее ведение пациента. Течение заболевания неуклонно прогрессирующее, агрессивное, без своевременного лечения угрожает необратимой утратой зрительных функций.

Показания к доставке в стационар
Все пациенты с установленным диагнозом ОПГ или подозрением на него подлежат безотлагательной доставке в специализированный стационар.

Прогноз
В случае поздней доставки в стационар (более суток от начала заболевания) прогноз в отношении полного восстановления зрительных функций сомнительный. При своевременно начатом и адекватном лечении прогноз относительно благоприятный: после купирования острого приступа пациент поступает на пожизненный диспансерный учёт у офтальмолога по месту жительства с необходимыми рекомендациями, в том числе ежедневной инстилляцией гипотензивных препаратов.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи

Диагностика
Объективные клинические признаки ОПГ (при осмотре пациента офтальмологом за щелевой лампой):
– застойная инъекция глазного яблока;
– отёк роговицы: роговица от полупрозрачной до диффузно мутной, оптический срез утолщён, отёк и буллёзные изменения эпителия;
– передняя камера мелкая/щелевидная отсутствует, бомбаж радужки, на периферии – иридокорнеальный контакт;
– зрачок неравномерно расширен (неправильный овал), на свет не реагирует;
– в случае не резко выраженного отёка роговицы можно увидеть расширенные сосуды радужки и опалесценцию влаги передней камеры глаза;
– внутриглазное давление резко повышено.

ракте с развитием относительного зрачкового блока); факолитическая (перезрелая катаракта); неопластическая (новообразование в области УПК); терминальная болящая глаукома (пациент старше 60 лет, в анамнезе – длительное течение открытоугольной глаукомы с постепенной утратой зрительных функций, объективно – УПК открыт, бомбаж радужки нет, передняя камера глаза средней глубины);
– глаукомоциклитический криз (молодой возраст пациента, высокий уровень ВГД, УПК открыт, бомбаж радужки нет, передняя камера глаза средней глубины).
Лечение
Местное:
– м-холиномиметики (В, 2+): «пилокарпин» 1-2%-ный по 1 капле в конъюнктивальный мешок каждые 15 минут в первый час, затем – каждые 30 минут ещё 2 часа, далее – ежечасно в течение последующих двух часов. В последующем препарат инстиллируют 3-4 раза в день в зависимости от степени снижения ВГД;

Протокол обследования больных с ОПГ

– сбор анамнеза с учётом факторов риска, обстоятельств (длительное нахождение в тёмной комнате, в том числе просмотр телевизионных программ при плохом освещении; длительная работа в вынужденном положении лицом вниз) и времени развития заболевания;
– визометрия, рефрактометрия (в случае невозможности её проведения на пострадавшем глазу из-за отёка роговицы – исследование парного глаза);
– биомикроскопия;
– алпланационная тонометрия (по Маклакову или Гольдману);
– гониоскопия выполняется после купирования острого приступа или на фоне проводимой гипотензивной терапии (УПК закрыт, гониосинехии); допустимо местное применение 20%-ного раствора глюкозы с целью восстановления прозрачности роговицы (при наличии у пациента сахарного диабета эта методика противопоказана);
– офтальмоскопия (если позволяет состояние оптических сред глаза): отёк и гиперемия диска зрительного нерва, расширение сосудов сетчатки;
– обследование парного глаза является обязательным, особенно следует обращать внимание на: наличие гиперметропии, мелкой передней камеры, крупного хрусталика и узкого УПК; в случае наличия в анамнезе перенесённых ОПГ, возможно обнаружение гониосинехий и частичного закрытия УПК, секторальной атрофии радужной оболочки, неправильной формы зрачка, задних синехий, локальных помутнений в хрусталике.

Чего делать нельзя:
– инстилляцией препаратов, расширяющих зрачок (мидриатиков);
– гониоскопии на пике ОПГ связана с риском развития иридокорнеального контакта.

Дифференциальная диагностика:
– иридоциклит (смешанная инъекция глазного яблока с преобладанием перикорнеальной, миоз, нормальный или пониженный офталмотонус);
– вторичная глаукома: неоваскулярная (в анамнезе – перенесённый ишемический тромбоз вен сетчатки, пролиферативная диабетическая ретинопатия, глазной ишемический синдром, объективно – новообразованные сосуды на радужке и в УПК); факотопическая (травматический вывих хрусталика в переднюю камеру глаза); фактоморфическая (при набухающей ката-

– бета-блокаторы (при отсутствии общих противопоказаний: брадикардии, нарушений ритма, бронхиальной астмы): 0,5%-ный раствор тимолола по 1 капле 2 раза в сутки;
– ингибиторы карбоангидразы («азопт», «трусопт») по 1 капле 3 раза в сутки;
– глюкокортикостероиды (дексаметазон или его аналоги) в виде инстилляций 4 раза в день для уменьшения асептической реакции и защиты зрительного нерва от механического повреждения.

Системное:
– обезболивающие препараты и средства, нормализующие артериальное давление (кетаролак 30 мг внутримышечно, фурсемид 20 мг внутривенно);
– ацетазоламид («диакарб») внутрь по 0,25-0,5 г 2-3 раза в сутки (совместно с препаратами калия: «аспаркам», «панангин») (В 2+).

Если ВГД не снижается в течение 1-2 часов от начала терапии:
– внутрь назначают глицерол 1-2 г/кг (при ограничении потребления жидкости, с осторожностью при сахарном диабете) или 20% маннитол 1-2 г/кг внутривенно медленно в течение 45 минут.

При неэффективности проводимой терапии, стойком повышении ВГД и выраженном болевом синдроме показано применение литической смеси:

– внутримышечно вводят смесь из 1-2 мл 2,5%-ного раствора аминазина, 1 мл 1%-ного раствора димедрола и 1 мл 2%-ного раствора промедола.
После введения литической смеси следует соблюдать постельный режим в течение 3-4 часов из-за возможности развития ортостатического коллапса.

Лазерное:
Nd:YAG – лазерная иридэктомия (А, 1+) является высокоэффективным (успех в 75% случаев) патогенетически направленным методом лечения ОПГ. Для выполнения данного вмешательства необходимо наличие в кабинете щелевой лампы с лазерным офтальмологическим перфоратором. Процедура занимает несколько минут. Как правило, создаются два отверстия в прикорневой зоне радужной оболочки на 3-5 ч и 8-9 ч, таким образом восстанавливается сообщение задней камеры глаза с передней, устраняется блокада УПК корнем радужки, нормализуется отток водянистой влаги, снижается ВГД.
Выполнение лазерной иридэктомии может быть затруднено из-за выраженного отёка роговицы, поэтому вмешательство выполняют после достижения положитель-

ного гипотензивного эффекта проводимой медикаментозной терапии, в течение первых 4-48 часов от начала заболевания. Для улучшения визуализации также можно использовать дробную инстилляцию 20%-ного раствора глюкозы – по 1 капле в конъюнктивальный мешок каждые 5 минут в течение 30 минут (при наличии у пациента сахарного диабета эта методика противопоказана).

Дальнейшее ведение пациента
При эффективности проводимого лечения, после купирования ОПГ, выполнения

Определение Острого живот – это клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Он не является окончательным диагнозом. Этим термином чаще пользуются в тех случаях, когда не удаётся установить точный диагноз острого хирургического заболевания, а ситуация требует экстренной госпитализации больного.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
R10.0	Острый живот

Классификация
Клиническую картину острого живота могут обусловить:

1. Повреждения органов брюшной полости.
2. Острые воспалительные заболевания органов брюшной полости (острый аппендицит, острый холецистит, острый панкреатит), в том числе перитонит.
3. Перфорация полого органа.
4. Механическая кишечная непроходимость.
5. Острые нарушения мезентериального артериального и венозного кровообращения, ведущие к инфаркту кишечника и гангрене, сопровождающиеся динамической кишечной непроходимостью.
6. Внутренние кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта и полость брюшины.
7. Острые воспалительные процессы в придатках матки, внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут ножки кисты или опухоли яичника, некроз миоматозного узла матки или опухоли яичника.

Основные клинические признаки острого живота: боль в животе, тошнота, рвота, анемия и шок (септический, травматический, геморрагический).

- Висцеросоматическая боль при воспалении органа
- Острая спазматическая боль при obturации полого органа (кишечник, желчные протоки)
- Анемия при кровотечении в желудочно-кишечный тракт или брюшную полость.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

Диагностика (D,4)
На догоспитальном этапе ведущее значение имеют:

- Анамнез: время и начало возникновения боли (внезапное, постепенное), локализация боли; диспепсические и дизурические явления; температура; перенесённые в прошлом заболевания органов брюшной полости и операции на органах живота
- Объективный осмотр: вынужденное положение больного; беспокойство больного, меняет позу; адинамия, заторможенность; признаки обезвоживания (заострённые черты лица, сухость слизистых оболочек полости рта); бледность, желтуха, выделения (рвота, стул, кровь)
- Температура: подкрыльцовая и ректальная
- Показатели гемодинамики: пульс, артериальное давление, аускультация сердца
- Исследования живота: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация, объём живота, исследование через прямую кишку (болезненность, нависание стенок).

Лечение и показания к доставке пациента в стационар (D,4)
Для определения показаний к срочной доставке пациента в стационар достаточно установить, имеются ли признаки острого воспаления одного из органов брюшной полости, перитонита или кровотечения.

Нельзя вводить анальгетики, так как под их воздействием может измениться

лазерной иридектонии, нормализации офталмотонуса и восстановления зрительных функций пациент может быть отпущен из стационара под амбулаторное наблюдение офтальмолога по месту жительства с рекомендациями (ежедневная инстилляцией гипотензивных капель). Особое внимание в период динамического наблюдения следует обратить на парный глаз (контроль ВГД, оценка строения иридокорнеального угла, анализ динамики чувствительности сетчатки в центральной зоне).

Оказание скорой медицинской помощи при остром животе
Клинические рекомендации (протокол)

клиническая картина заболевания, что значительно затрудняет диагностику и может привести к задержке оперативного лечения.

Диагноз или обоснованное предположение о наличии острого живота являются основанием для немедленного направления больного в хирургический стационар машиной «скорой помощи» в положении лёжа на носилках.

При интенсивном болевом синдроме возможно внутримышечное введение спазмолитиков (раствор папаверина гидрохлорида 2%-ного – 2 мл). При рвоте показана установка желудочного зонда.

При развитии септического или геморрагического шока начать проведение соответствующей интенсивной терапии (см. клинические рекомендации (протокол) оказания скорой медицинской помощи при шоке).

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП)

Всех больных, поступающих в СтОСМП с диагнозом острый живот, делят на две группы:

- пациенты с признаками одной или более органических дисфункций («тяжёлые» больные);
- пациенты без признаков органических дисфункций («нетяжёлые» больные).

«Тяжёлые» больные для дальнейшего обследования и лечения направляются в ОРИТ, минуя СтОСМП.

Протоколы обследования «нетяжёлой» группы больных в СтОСМП (D,4):

1. Сбор анамнеза, объективный осмотр.
2. Производится термометрия.
3. Лабораторные исследования: клинический анализ крови, общий анализ мочи, сахар крови, группа крови, резус-фактор, RW, коагулограмма, КЩС, АСТ, АЛТ, ЩФ, креатинин, мочевины, средние молекулы, хемилюминесценция, глутатионпероксидаза и супероксиддисмутаза.
4. Инструментальные исследования: обзорная рентгенография брюшной полости, обзорная рентгенография груди, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, ФКС (по показаниям), ЭКГ.
5. Консультации специалистов по показаниям (уролог, акушер-гинеколог).

- В процессе обследования в СтОСМП или ОРИТ уточняется и формулируется предварительный диагноз пациента.
- Дальнейшая тактика ведения пациента определяется согласно протоколам оказания медицинской помощи при соответствующем диагнозе.

Рекомендации
Всем больным с подозрением на хирургические заболевания органов брюшной полости (острый живот), необходима ранняя консультация хирурга для принятия решения об экстренном оперативном лечении (С, 2+).

В случае острой хирургической патологии эффективность лечения может быть оценена только на стационарном этапе (D, 3).

При решении вопроса о проведении консервативной терапии необходимо проводить динамическое наблюдение, включающее в себя: клинический анализ и биохимический анализ крови (амилаза,

При неэффективности проводимого лечения необходимо исключить закрытоугольную глаукому с витреохрусталиковым блоком, выполнив ультразвуковое исследование глазного яблока.

Прогноз: при купировании ОПГ в первые сутки прогноз в отношении восстановления зрительных функций благоприятный. После окончания стационарного лечения пациент поступает на диспансерный учёт к офтальмологу по месту жительства с необходимыми рекомендациями, в том числе ежедневной инстилляцией гипотензивных препаратов.

Показания для госпитализации в специализированный стационар
Если ОПГ не удаётся купировать в течение 12-24 часов показано оперативное лечение – трабекулэктомия.

Приложение
Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) (схема 1 и 2).

Наталья ТКАЧЕНКО,
ассистент кафедры офтальмологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, кандидат медицинских наук.

щелочная фосфатаза при остром панкреатите), УЗИ брюшной полости, малого таза, почек (С, 2+).

При невозможности исключить острое хирургическое заболевание брюшной полости либо отсутствии эффекта от проводимой консервативной терапии должно приниматься решение в пользу оператив-

ного лечения – лапароскопическая диагностика (В, 1+).

Александр ЗАХАРЕНКО,
заведующий отделением онкологии клиники факультетской хирургии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова, доктор медицинских наук.

Приложение
Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов)

Уровни доказательств	Описание
1++	Метаанализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведённые метаанализы, систематические или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Метаанализы, систематические или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведённые исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Неаналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)	
Сила	Описание
A	По меньшей мере один метаанализ, систематический обзор или РКИ, оценённые как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов, или группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оценённые как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов, или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оценённые как 2+

— Александр Григорьевич, у вас долгий путь в медицине, вы постоянно рассуждаете о месте своей профессии в современном обществе. Общеизвестно, что медицина, как симбиоз ремесла, науки и искусства, берёт свои истоки в монастырях. Врачебная стезя — больше, чем работа, это служение, как и священство. Но ныне от искусства в медицине мало что осталось: одни стандарты, протоколы, клинические рекомендации, «дистанционный» подход к пациенту, симуляторы... А как же традиции, милосердие, духовность?

— Вы хотите, чтобы я осветил глобальные вопросы, я, конечно, отвечу на них. Но для меня они прежде всего связаны с судьбами личностей, которые представлены здесь и во многом определили путь отечественной медицины. Мы с вами встретились в очень дорогом мне месте — единственном в стране музее, который носит имя выдающегося врача Плетнёва. Он создан по моей инициативе и на мои личные средства, хотя не об этом речь. Музей скромный, даже аскетичный. Немногочисленные редкие и оттого очень ценные официальные документы, личные вещи, исторические свидетельства — констатация фактов трудовой биографии и частной жизни значимых деятелей отечественного здравоохранения.

В лице Дмитрия Дмитриевича, в его деятельности я увидел именно того доктора, который объединил и развил принципы гиппократической медицины. Их исповедовал и русский терапевт Г.Захарьин. У Плетнёва есть замечательное эссе, посвящённое заложенным Захарьиным традициям. Вместе с тем он отдаёт дань глубокого преклонения перед деятельностью С.Боткина. Плетнёв гармонизировал то, что было заложено на заре медицины. Своими трудами, лекциями, практикой объединил научную составляющую с основополагающими принципами и традициями, сформулированными отцом медицины Гиппократом.

В 1937 г. Д.Плетнёв был осуждён на 25 лет по делу правотроцкистского блока и в 1941 г. расстрелян. Моим долгом было вернуть это имя обществу. Предстоял большой труд по его реабилитации, которая состоялась в 1985 г. Шаг за шагом погружаясь в материал, я осознавал чудовищную несправедливость к великому человеку, которого, к сожалению, и сегодня мало кто помнит.

Одним из блистательных его учеников был А.Мясников, который в годы Гражданской войны оказался на лекции Плетнёва и был покорён тем, как профессор общался с аудиторией. Искусство общения, чтение лекций, откровенно говоря, является одной из лучших традиций профессоров российских университетов. Мясников понял тогда, что это его учитель, — ученик нашёл своего учителя. Вообще интересно читать страницы, где запечатлены свидетельства прошлого, потому что помимо революций, войн, разрухи, голода видишь совсем другую историю страны — созидательную. Они существовали как бы параллельно.

Д.Плетнёв дружил с коллегой Г.Лангом, который жил в Ленинграде. Эта дружба тоже не очень раскрывается в нашей литературе. Их объединяло стремление познать болезнь, как, например, все мы сегодня хотим больше узнать о COVID-19, чтобы выстроить диагностические алгоритмы, выработать более выверенные, глубокие и эффективные методы лечения. Тогда только-только зарождалась концепция артериальной гипертензии (АГ), и у них были разные подходы. Позиция Ланга, который находился под впечатлением работ И.Павлова, основывалась на нейрорегуляции. Плетнёв придерживался иной концепции: АГ связана с нарушением обмена натрия и хлора в клетках организма человека. Со временем эта теория доказала свою перспективность, признана

эффективной, ведь базисным лекарственным препаратом для лечения АГ являются диуретики, регулирующие обмен натрия, хлора, калия и других элементов. Такой вот исторический спор, в котором, в конечном счёте, выиграли все. И всё же Плетнёв оказался более прозорливым.

Когда Павлов тяжело заболел гриппозной пневмонией, Ланг обратился к московскому коллеге за поддержкой. Сейчас широко обсуждается тема инфекций, и я хочу напомнить, что от вирусной пневмонии умерли Д.Менделеев, Л.Толстой, Николай I, другие выдающиеся деятели государства. Такие вот параллели с днём сегодняшним. Как видите, эта тема всегда актуальна.

Авторитетное мнение

Человек и его проверка на прочность

Пульмонолог с мировым именем Александр Чучалин делится своими рассуждениями об уроках коронавирусной пандемии

Чучалин... Заведующий кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, президент Российского респираторного общества, вице-председатель Комитета ЮНЕСКО по биотехнике, академик РАН. Широта его интересов, круг знаний, глубокая эрудиция, новаторство, нестандартность мышления, ораторское искусство, лёгкость изложения самых серьёзных тем вызывают восхищение и никого не оставляют равнодушным. Ему внимают, его уважают, цитируют, побаиваются, но и ругают, предают.

Благодаря органичному сочетанию таланта клинициста, учёного, организатора здравоохранения, педагога Александр Григорьевич входит в ряд ведущих представителей современной отечественной медицины. Его заслугами и авторитетом пульмонология стала самостоятельной медицинской дисциплиной. Он один из основоположников российской школы пульмонологии, которая стремится эффективно решать многие фундаментальные и прикладные задачи.

Трагическим московским эпизодом стала для Плетнёва тяжёлая болезнь и смерть от вирусной бактериальной пневмонии М.Горького. На консилиум в кремлёвской больнице, где лечился писатель, собрались три ведущих профессора — Д.Плетнёв, Г.Ланг и М.Кончаловский. Контролируя течение болезни, Плетнёв описал уникальное её проявление, до того никем не зафиксированное. Он наблюдал состояние лёгочного сердца. Уже тогда хорошо владел таким информативным методом исследования как ЭКГ, лучше других читал электрокардиограммы. И понял, что тяжёлое состояние Горького связано с поражением лёгких, так и с гемодинамикой сосудов малого круга кровообращения. Для того времени открытие Плетнёва стало большим прорывом.

А потом начались политические репрессии. В музее собраны документы — ордер на арест, допрос Плетнёва и др. Поражает, что иногда вовсе не надо бить человека, пытаться, а всего-навсего задавать глупые вопросы. Здесь можно прочитать, что интересовало тогдашнего генерального прокурора А.Вышинского, кстати, бывшего ректора Московского государственного университета, при котором Плетнёв уволился из вуза. Человек теряется, когда ему монотонно, с эпилептической настойчивостью, тысячу раз на дню задают одни и те же вопросы: «Что вы сделали для того, чтобы болезнь Горького стала более тяжёлой?», «Какие ваши действия привели его к смерти?» Также он подвергался пыткам, был доведён до паралича половины тела. В конечном счёте дан показание на себя, сознался в причастности к убийству Горького. «Я готов кричать на весь мир о своей невиновности. Насилием и обманом у меня вынудили «признания», — писал он

потом в письме. Это трагедия на самом деле.

Получить многие данные мне помог генеральный прокурор СССР А.Рекунков, который был моим пациентом. Во время одной из встреч я объяснил ему, что у нас рвётся нить истории. Потому что Плетнёв — знаковая фигура: это подготовка врачебных кадров, современная кардиология, разделы по пульмонологии, учебники и т.д. Рекунков близко к сердцу принял моё обращение, и начался непростой процесс восстановления справедливости. Поначалу многие известные профессора мне аплодировали, приветствовали. Ну а потом возникла другая ситуация, когда вдруг прошла информация, что никакой реабилитации не со-



Понятно, что встретиться с ним в условиях то ли самоизоляции, то ли самосохранения, когда медицинских работники, начиная от рядового санитаря и заканчивая академиком, практически круглосуточно на боевом посту, было проблематично. Каждый день он на передовой борьбы с новой инфекцией COVID-19. Консультировал, проводил научные изыскания, перелопатил тома новейших знаний, прослушал Гарвардский онлайн-курс по вирусологии и иммунологии применительно к этой проблеме, анализировал, сопоставлял, делал выводы, дистанционно читал лекции о тайнах коронавируса, предоставлял объективную информацию президенту страны, давал коллегам профессиональные рекомендации, как эффективно противостоять загадочной фатальной угрозе... Тем не менее наша встреча состоялась в музее Д.Плетнёва, созданном опять же его усилиями на базе столичной городской клинической больницы № 57, которая носит имя выдающегося терапевта прошлого.

страдал болями, но Боткин пытался максимально оттянуть время, когда пациент начнёт получать морфий. Однажды он проснулся в своей квартире: приснилось, что его подопечному очень худо. Он поднялся с постели и среди ночи пришёл в больницу. Войдя в палату, действительно, увидел, как человек мается, не может найти себе место. Врач присаживается на край кровати, обнимает его, разговаривает, после чего тот укладывается и, словно ребёнок, тихо-тихо засыпает. Евгений Сергеевич был поражён, как сочувствие помогает пациенту. Эмпатия, или сопереживание было всегда в традициях российской школы.

Во время Русско-японской войны с отрядом сестёр милосердия он отправляется на фронт. По дороге начинает вести дневник, куда вносит записи о тех местах, которые видит. Знаете, так любить Россию, действительно, могут только истинные патриоты. Потрясающе! Все эти заметки потом он использует в своей книге «Свет и тени Русско-японской войны». Я несколько раз перечитывал её. Сказалось то, что Сергей Петрович дал блистательное гуманитарное образование своим сыновьям. Светом для автора является простой россиянин, который живёт в России, говорит по-русски, отстаивает её интересы. А тени — правительство, чиновники и т.д.

Описал он Маньчжурию, военные действия. Поразил один эпизод, как он ухаживал за раненым в грудную клетку солдатом, у которого была эмпиема плевры — тогда практически фатальная болезнь. Каждый день, не гнушаясь, Боткин приходил к умирающему, которого называл «солдатиком», поправлял дренаж, кормил, перестилал постель, утешал. Умирая в полной ясности, «солдатик» назвал его отцом

и поблагодарил: «Папа, я ухажу из этой жизни, спасибо тебе».

Когда знаешь такое, разве можно остаться равнодушным? И я сделал всё, чтобы принявшего мученическую смерть Боткина канонизировали. Основной проблемой в семье императора было здоровье императрицы и цесаревича Алексея. Многие не желают признавать, что Александра Фёдоровна была поразительной женщиной. Боткин это понимал, следил за её здоровьем и здоровьем общего любимца цесаревича, страдавшего гемофилией.

Часто говорят о двух линиях — Распутине и Боткине. Мы знаем, что они никогда не протянули друг другу руку, не обмолвились словом. Нужно подчеркнуть, что врачебный крест нёс вовсе не Распутин,

а Боткин. Когда А.Керенский сослал царскую семью в Тобольск, Боткин просил разрешения присоединиться к ней. Ему предложили отказаться от своего выбора, но он ответил, что не может оставить больного ребёнка. Когда сегодня говорю об этике и деонтологии, привожу этот потрясающий пример, который раскрывает этический инструмент врачебного «Я», врачебного долга, отношения к пациентам.

Незадолго до расстрела он написал письмо, известное сегодня как «лебединая песня» доктора Боткина. В нём он поднимает вопросы жизни и смерти, обращается к Богу, цитирует страницы Библии, когда Авраам и Сара просят о защите их сына. Грань жизни и смерти в своей «лебединой песне» описывает так: «Я уже не жив, но ещё и не мёртв». Высказывается предположение, что при расстреле в Ипатьевском доме лейб-медик своим телом прикрыл цесаревича.

Поначалу Боткин был прославлен как слуга царской семьи, но я восстал против этого, инициировал процесс по его отдельной канонизации. Конечно, мне помогли, особенно помог профессор отец Сергей Филимонов из Санкт-Петербурга. Беседовал с патриархами Алексием II, Кириллом. И справедливость восторжествовала. Как видите, в музее прослеживается связь времён, незаконно и даже преступно утраченная.

С именем Мясникова связано создание Института терапии, впоследствии трансформировавшегося в Институт кардиологии. А ведь это идея Плетнёва! Мясников воспитал немного учеников, и один из лучших — Е.Чазов. Это целая школа. Научные школы — это то, что страна катастрофически теряет. Можно потерять многое, но только не их. В формировании моей врачебной судьбы велико влияние терапевти-

ческой школы. Не будь этой базы, я не смог бы чего-то добиться, реализовать многие планы.

В свои студенческие годы я слушал последние лекции ещё одного выдающегося учителя М.Кончаловского, известного специалиста в области ревматологии, заложившего такое направление, как клиническая гематология. Его учеником был главный гематолог Минздрава СССР А.Багдасаров, с именем которого связано создание Института гематологии. Первым он применил витамин В12 для лечения злокачественной анемии. Когда американцы испытали атомное оружие в Японии, возникла проблема лечения острой лучевой болезни. Первый врач, который вошёл в команду Ю.Харитона, А.Сахарова, И.Тамма, Я.Зельдовича, других выдающихся физиков, формировавшую ядерный щит государства, был Багдасаров. В этой программе он занимался лучевой болезнью, у нас сохранилась его актовая речь на эту тему.

После того как на Хиросиму и Нагасаки были сброшены ядерные бомбы, власти Японии обратились к Сталину с просьбой о помощи. Их интересовало, изобретены ли советскими учёными лекарства для лечения лучевой болезни. Тот советовался с учёными, и ему сообщили, что эффективный препарат имеется. Это экстракт из плаценты, способный помочь таким пациентам. Разработчик лекарства академик В.Филатов в те годы трудился в Одессе и успешно лечил тяжёлые офтальмологические случаи, в частности, трахому. Первым в мире он взял кусочек плаценты, приложил к глазу, покрытому плёнкой, после чего бельмо рассосалось. Это было феноменально. До него никто не знал, как эффективно бороться с такой проблемой. Пытались удалять плёнку, что сопряжено с кровотечением и потерей зрения. А Владимир Петрович стал делать из плаценты экстракт и успешно сохранять пациентам зрение.

Сталин обратился к Филатову и Багдасарову, чтобы они откликнулись на просьбу японцев. Более того – сделал подарок Японии, передав ей наработки Филатова. Результаты были впечатляющими: при использовании в лечении лучевой болезни экстракта из плаценты рубцы на коже не образовывались. А сейчас уже Япония поставляет нам свой препарат под названием лаеннек, усовершенствованный с применением современных технологий, как, впрочем, всё, что они выпускают. Сегодня это один из наиболее эффективных препаратов в мире. В период пандемии мы применили его в Институте геронтологии для лечения пожилых людей с тяжёлыми проявлениями COVID-19. И всех больных, которым его назначали, мы «сняли» с аппарата искусственной вентиляции лёгких.

Плеяду учёных, которые составляют нашу медицинскую славу, замыкает мой учитель, известный клиницист, профессор П.Юренев. Как видите, музей без больших претензий, но очень содержателен. Он отражает силу, которая в нас заложена. Здесь представители московской, петербургской школ, «ядерная» медицина и т.д. Без этих личностей нет нашей отрасли.

– **В разговоре вы упоминали загадочную смертоносную пандемию, приведшую к глобальным сдвигам в жизни человечества. Почему на нас обрушился COVID-19: это следствие сбоя в парадигме «человек – природа», кара или, может, двигатель эволюции?**

– Продолжатель идей В.Вернадского о ноосфере выдающийся учёный А.Чижевский в своих трудах выстроил теорию, что человечество неизбежно достигнет биокосмические эпидемии. Это следствие того, что человек вмешался в окружающий мир, резко изменил его, но при этом не адаптировался к тому, что собственноручно нарушил в природе. Наверное, последний на сегодня интерпретатор идей и философии Вернадского и Чижевского, ученица академика В.Казначеева,

профессор Г.Бушманова основной проблемой XXI века считает первичный хронический сепсис, который свидетельствует о том, что иммунитет человека не приспособился к изменениям, которые сам создал. И с тревожной постоянностью в мире появляются новые инфекционные заболевания.

Что касается коронавируса, это одно из наиболее древних инфекционных заболеваний. В человеческую популяцию он пришёл от обитателей морей. Сегодня в филогенетическом древе коронавируса свыше 50 серотипов, которые делятся на определённые группы – альфа, бета и т.д. Три новых серотипа SARS, MERS, SARS-CoV-2 – представители семейства бета-коронавирусов – появились вследствие деятельности человека. Если бы человек имел хорошую иммунную систему, он с ними хорошо справился бы, однако в силу определённых условий произошла мутация относительно безобидного коронавируса.

В ходе эволюции человеческая популяция постоянно встречалась с инфекцией и выработала механизмы защиты от высокопатогенных вирусов. Так, начиная с осени, традиционно происходят вспышки ряда сезонных серотипов, к которым человек привык. Скажем, дети до 10 раз в год могут переносить такие заболевания, и в 40% случаев возбудителями являются сезонные коронавирусы. Но сейчас речь совсем о другом коронавирусе, с ним человечество эволюционно не сталкивалось. Впервые он был выделен в 1936 г. на агрофермах, где отмечалась массовая гибель цыплят. Попытки его культивировать не увенчались успехом. Лишь в середине 60-х годов британские учёные создали культуру из эпителиальных клеток трахеи, тогда удалось культивировать коронавирус. Это говорит о том, что своей биологической мишенью он видит эпителиальную клетку. Ею является слизистая полости носа, орофарингеальной области, трахеи, бронхов, поверхности альвеол и сосудов.

Коронавирус «любит» партнёрство, и в сезон вспышек идёт в ассоциации в первую очередь с риновирусом. Исторически сложилось так, что коронавирусом в стране занимались учёные только НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского. У нас есть исследования, которые выполнены в середине 1980-х годов в лабораториях этого института. Раньше считалось, что при наличии коронавируса риновирус не способен приводить к бронхитальной астме. В своей работе мы показали, что более чем у 35% больных с тяжёлыми формами аллергии выявляются положительные тесты на сезонные коронавирусы. Как либо трактовать это, установить причинно-следственные связи нам тогда не удалось, была лишь констатация факта.

Сегодня нас интересует научный вопрос: почему из 100 человек, у которых диагностирована персистенция вируса в организме, лишь 5% – критически тяжёлые больные? Эти люди имеют фоновые заболевания, допустим, сахарный диабет, артериальную гипертонию, ишемическую болезнь сердца, лёгочные заболевания и некоторые другие. Оказалось, что у них имеются определённые изменения в третьей паре хромосом, в коротком плече, локальном месте, которое экспрессирует белки для рецепторов 2-го типа ангиотензинпревращающего фермента. Биологической мишенью являются функции определённых клеток, эндотелиальные клетки мелких сосудов, капилляров и вен, что наиболее трагично, поскольку резко меняется функция этого слоя сосудов и они теряют способность защищать микроциркуляцию от тромбообразования. Эта болезнь действительно очень близка к сепсису.

Как рано закончится пандемия? Хочу сказать, что нас ожидает непростой период, особенно заключительная часть нынешнего года.

Не так просто вернуть заболевшего в состояние физиологической нормы. Сегодня человек, как никогда, сверхчувствителен к воздействию вирусов, микроорганизмов, грибов. Академик Н.Нифантьев, химик, занимающийся грибами, проводит потрясающие исследования с Институтом Пастера и показывает, что среди умерших от COVID-19 предельно высокий процент больных с колонизацией грибковой флоры в дыхательных путях, что отражает потерю иммуносупрессии.

– **Мы впереди планеты всей в создании новых вакцин от вируса SARS-CoV-2. Они испытываются, скоро начнётся экстренное их использование, вакцинация на группах риска, в первую очередь, на медработниках. Но ведь гонка за приоритет в создании коронавирусной вакцины может обернуться катастрофой, если дело дойдёт до массовой иммунизации недостаточно проверенным препаратом...**

– Нам остро нужна новая вакцина – безопасная, эффективная. Иммунизация необходима. Однако разработка вакцины – научная задача, требующая ответственного подхода, где нет места прессингу на учёных, политической ангажированности. Мир ждёт новые лекарства, а не новые проблемы. Меня беспокоят бравурные заявления об уже готовых экспериментальных вакцинах. Я не случайно отказался от членства в Комитете Минздрава России по биоэтике, так как, к сожалению, отмечаю случаи «протаскивания» документов с грубыми этическими нарушениями.

Из 690 лекций, прочитанных американским университетом, ваш покорный слуга выслушал каждую, зафиксировал, выделил квинтэссенцию и т.д. Более 15 лекций посвящено вакцинам, например «Moderna», лидера в мировой гонке вакцин, и Университета Питтсбурга. Вот что делает мир? С применением новых технологий он синтезирует РНК.

Известно, что COVID-19 практически не коснулся ряда стран мира, например Швейцарии, юга Германии. В них отмечены лишь отдельные случаи. Там врачи не создали какое-то уникальное средство, но широко применили хорошо зарекомендовавший себя универсальный препарат – 13-валентную антипневмококковую вакцину, чтобы сформировать специфический иммунитет и, активизируя иммунную систему, повысить врождённый.

К сожалению, наши разработчики не всегда помнят об этической составляющей проблемы. Любое клиническое исследование обязательно проходить этическую экспертизу, которая не менее важна, чем технологическая. Не случайно на Нюрнбергском процессе 1946 г. был принят специальный кодекс, основанный на Декларации прав человека и предусматривающий обязательное использование добровольного информированного согласия. Мы обязаны строго соответствовать международным нормам.

– **В стране существовала мощная инфекционная служба. Помните, в 2013 г. инфекционисты, в частности, недавно ушедший от нас академик РАН Валентин Покровский, на съезде в Саратове били тревогу о будущем специальности, неоправданном сокращении коечного фонда, увольнении высококлассных кадров. Недавно председатель Правительства России М.Мишустин дал поручение Минздраву модернизировать инфекционную службу. Неужто нужна очередная модернизация отрасли, о чём заявил министр здравоохранения РФ М.Мурашко вскоре после замещения своей должности?**

– Вновь мы возвращаемся к кадровой проблеме. Я уже сказал о школах. Академик РАН Вадим Покровский привёл такую цифру: в стране было порядка 8 тыс. инфекционистов, стало 4 тыс. Я и о своей специальности скажу: из почти 4 тыс. пульмонологов оста-

лось 750. Вследствие неумелого реформирования здравоохранения вирусологические школы в целом-то разрушены. Нет головного центра – НИИ вирусологии им. Д.И.Ивановского, закрыли уникальные работы выдающегося учёного академика РАН Д.Львова. Сегодня мы расплачиваемся за это, а тот же Китай в это время активно развивается, открывает новые институты.

У нас была хорошая школа детских инфекционистов, которую заложила академик Н.Нисевич. Теперь они едва сводят концы с концами. Академик Валентин Покровский был абсолютно прав, потому что инфекционная служба, инфекционные стационары нужны. В мою студенческую молодость я посещал только что выстроенные инфекционные больницы, которые по своей архитектуре, санитарии относились к лучшим в стране.

Но выход имеется. Я вхожу в ряд международных комитетов, знаком с западными моделями врачебной деятельности. Пульмонолог там – это специалист, который владеет интенсивной пульмонологией, бронхоскопией, функциональными методами исследования и т.д. Он и рентген сам сделает, и снимок прочтёт, а к узкому специалисту обращается лишь в наиболее сложных случаях. Вот модель врача-пульмонолога. Кстати, COVID-19 показал, что та модель, которая существует у нас сегодня, вступает в конфликт с потребностями общества в организации медицинской помощи больным. Нам ничего не надо выдумывать, важно интегрироваться в мировое медицинское пространство, сохранив свои школы. А тут надо приложить ум!

В своё время, когда я был вице-президентом АМН, изучил её деятельность изнутри. И восстал. Я, наверное, не очень удобен начальству, но от этого не огорчаюсь. Когда сравнил работу Национальных институтов здоровья США и нашей отраслевой академии, понял – дистанция колоссальная. Нет деловитости, нет вхождения в общество. Убедён, концепция медицинской науки и стратегию развития отрасли должна формировать академия. Я предлагал трансформировать нашу академию в структуру Национального института здоровья России, потому что министерство здравоохранения это рабочий орган. Но почему-то не получалось. Вырастить современные, по свежему мыслящие кадры предельно сложно.

Сейчас я чувствую себя очень хорошо, потому что для тех работ, которые веду, мне нужны физики, генетики, биологи, химики и т.д. Много работы нами проводится по академической линии с Московским государственным университетом им. М.В.Ломоносова. Я очень ценю пример яркого человека в науке и образовании В.Садовниченко. Какой замечательный интеллектуальный штурм он организовал в университете, например, по поводу COVID-19! Я с интересом участвовал в этих обсуждениях.

– **В вашей судьбе были моменты несправедливого отношения. Вас уважает весь медицинский мир, но у вас отняли институт. Ваше детище – авторитетный в своё время конгресс «Человек и лекарство» с легендарным академиком М.Машковским во главе – без вас потускнел. Есть обида?**

– Нет, обиды у меня нет. Конечно, есть люди, которые причиняли зло, но этим самым они делали плохо, прежде всего, себе. Замечательный наш учёный Б.Вотчал обращался к коллегам с таким хорошим афоризмом: «Больше всего бойтесь своих учеников». Это на самом деле так. И я был свидетелем подобной людской деформации. Когда наступает непростая полоса в жизни, часть птенцов, вылетая из гнезда, забывает о тех, кто их вскормил. Во время вспышки коронавирусной инфекции, когда страна остро нуждалась в пульмонологах, мне

звонили и просили грамотного врача. Для меня такие просьбы, откровенно говоря, будто ножом по сердцу. У меня ведь их нет, все разбежались, стали «великими», трудятся в фирмах и т.д. Но я ещё раз отмечу: обиды, злобы, мстительности не испытываю.

Поймите меня правильно, я ведь родился перед войной. И первые годы своей жизни вместе с мамой провёл в концентрационном лагере. Самой большой детской радостью был момент, когда я мог подойти к заградительной проволоке и дотронуться до мамы. Самое большое счастье в жизни! Во взрослые годы со мной не раз хотели расправиться. И в академии пытались «в асфальт укатать». Но что всё это в сравнении с ужасами детских военных лет? Тогда было действительно настоящее горе, которое я практически впитал с молоком матери...

По природе своей я так устроен, что, когда человек делает плохо, мне становится его жалко. Потому что, будучи православным, я знаю, что он получит наказание. Не от меня. В этом я не раз убеждался. Не знаю, отчего так происходит, но его настигает кара.

– **В медицину вы случайно пришли?**

– Чудом я считаю то, что смог получить образование, к которому всегда относился с большим трепетом. Конечно, было материнское влияние, совершенно особенное. Мы выжили в оккупации, вернулись домой. Моя мама была малограмотным человеком, окончила, может быть, 4 класса. К ней люди шли со всякими болячками и горестями, поскольку у неё был некий природный дар. Она помогала при болезнях, заговаривала боль, поддерживала психологически. Я видел, как на неё надеялись, как благодарили. Это очень сильно запало в мою детскую душу.

В школьные годы, так сложилось, я случайно оказался среди студентов медицинского вуза – Второго Меда, поведение которых действовало просто обвораживающе. И понял, что другого пути у меня нет, надо сделать всё, чтобы стать студентом этого вуза. Параллельно с учёбой работал медбратом. Поэтому вся моя жизнь прошла в стенах альма-матер, где по сейчас – свыше 65 лет – продолжаю заведовать кафедрой госпитальной терапии педиатрического факультета.

– **А сейчас видите достойных продолжателей дела своих учителей?**

– Конечно. Откровенно говоря, я люблю молодёжь, всегда жду встречи. Сейчас мы прибегаем к дистанционной форме обучения, да и общения, реально не видимся. Тоскую от этого, но, входя в аудиторию, всматриваясь в умные, одухотворённые, пытливые лица, хочу то, что во мне есть, отдать им. Некоторые из них с благодарностью это принимают, хорошо развиваются.

Сегодня 2 доктора, окончившие нашу ординатуру, поступили к нам на работу в ГКБ № 57. Для меня это радость, ведь я готовил их в течение 2 лет. Они могли пойти в другие медицинские организации или фирмы, но сделали свой выбор в пользу нашей больницы. Мне нравится, как некоторые молодые врачи с полной самоотдачей, душой, героически работают в период пандемии. Мечтаю о непрерывном и безостановочном образовании специалистов XXI века. Люблю подмечать, поддерживать, развивать в молодёжи талантливость. Но не только это. Важно, чтобы современные врачи были думающими, рассуждающими о добре и зле, милосердными, сострадательными, чего так не хватает порой людям, да и всем нам. Для этого у меня есть совесть – важный инструмент этики, который позволяет понять, всё ли я сделал, чтобы их таланты были реализованы...

Беседу вёл Александр ИВАНОВ, обозреватель «МГ».

С 1 января 2021 г. страховые компании не будут больше оплачивать медицинскую помощь, которую предоставляют федеральные клиники. Это станет компетенцией Федерального фонда обязательного медицинского страхования. За ведение дела будет в этом случае установлена оплата в пределах 0,38%. В названные расходы войдёт экспертиза, анализ счетов, медико-экономическое обоснование без услуг оповещения граждан.

Решено, что федеральные клиники до 1 сентября (для 2021 г. до 25 декабря) подают в ФФОМС заявку на распределение им объёмов специализированной медицинской помощи. Форма указанной заявки и порядок её подачи устанавливается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а сама организация, подавшая заявку, включается в ФФОМС в единый реестр медицинских организаций. Застрахованные вправе выбрать медицинскую организацию из числа тех, которые участвуют в реализации территориальных программ (в действующей редакции законопроекта данный пункт звучал иначе – только клинику, которая участвует в территориальной программе того региона, где человек застрахован). Конечно, можно выбрать федеральную клинику, но по направлению лечащего врача. Порядок такого выбора устанавливается федеральным органом исполнительной власти. ФФОМС, как и территориальные фонды, ведёт раздельный учёт по направлениям расходования средств нормированного страхового запаса. Требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, которым утверждаются тарифы на оплату медицинской помощи, устанавливаются не ФФОМС, а федеральным органом исполнительной власти.

Таким образом, федеральные клиники заработают деньги не по счетам, выставленным страховыми компаниями, в которых застрахованы их пациенты, а непосредственно отправив документы для оплаты в Москву. Благодаря такой схеме оплаты у жителей регионов появится больше возможностей для лечения за счёт средств ОМС в ведущих лечебных учреждениях страны. Сами же клиники получат без задержек оплату. В правилах получения высокотехнологичной помощи изменений нет, она по-прежнему оказывается по так называемым квотам.

Изменения коснутся ряда других направлений. Расходы на ведение дел страховыми медицинскими организациями сокращаются до 0,8-1,1% от общего объёма финансирования по подушевым нормативам. В такой системе, как известно, сегодня функционируют амбулаторные учреждения.

Изменения в закон закладывают правовые основания для изменения отдельных расходов бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2021-2023 гг. Об этом доложила на пленарном заседании первый заместитель председателя Комитета по охране здоровья Наталья Санина. От имени своих фракций при третьем чтении выступили член комитета Алексей Куринный (КПРФ), первый заместитель председателя комитета Сергей Натаров (ЛДПР) и заместитель председателя комитета Николай Говорин («Единая Россия»).

Регламентировать расходы на ведение дела

«В законопроекте устанавливается обособленное финансирование специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, которая оказывается медицинскими организациями федерального уровня в рамках базовой программы ОМС, – пояснил Н.Говорин. – Правительство определит порядок распределения и перераспределения объёмов между организациями, а также перечень заболеваний, состояний,

при которых она будет оказываться. Порядок же направлений граждан в федеральные организации будет установлен Минздравом. В результате принятых изменений доступность медицинской помощи в федеральных центрах для застрахованных лиц повысится, поскольку субъекты смогут направлять в них своих жителей бесплатно, не отвлекая средства от субвенций, это будет оплачиваться из федеральных источников.

По словам парламентария, «это особенно актуально и важно для финансирования федеральных, университетских клиник субъектов, для того чтобы уровень помощи в федеральных центрах был достойным».

ОМС: реальность и перспективы

В режиме перемен

Государственная Дума РФ приняла в третьем чтении закон о реформе обязательного медицинского страхования



«Вторая важная составляющая, которую мы отмечаем – это исполнение поручения Президента по итогам заседания Госсовета 31 октября 2019 г. о контроле со стороны субъектов Российской Федерации за соблюдением медицинскими организациями предельных объёмов финансового обеспечения медицинской помощи. Установлена обязанность территориальных фондов ОМС проводить медико-экономический контроль», – продолжил депутат.

В отношении размера вознаграждения страховых медицинских организаций Н.Говорин сообщил, что «норматив расходов на ведение дела приведён в соответствие с фактическими расходами и установлен в размере не менее 0,8% и не более 1,1%. Фракция «Единая Россия» предлагает уточнить функционал страховых медицинских организаций в современных условиях и регламентировать расходы на ведение дела по структуре затрат».

Недопустимо отказывать в медицинской помощи

Н.Говорин подчеркнул важность закрепления законодательных гарантий для граждан в изменившихся условиях: «установлена общая норма, что все медицинские организации, которые работают по договорам в сфере ОМС, не вправе отказывать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с программами обязательного медицинского страхования». К принципиальным вещам можно отнести конкретизированные мероприятия медико-экономического контроля и введение трёхстороннего договора между СМО, лечебными учреждениями и территориальными фондами. Депутаты во втором чтении, которое считается одним из самых важных в парламенте, рассмотрели 35 различных поправок. В подавляющем большинстве они носили техниче-

ский характер. И не были приняты. В закон введена новая статья о государственной информационной системе ОМС. Кстати, звучали на заседаниях и предложения, которые не были приняты, сократить расходы на ведение дела для страховщиков гораздо больше – до 0,5. Оповещение граждан, ещё одна поправка, депутаты предлагали доверить информсистеме, чтобы уменьшить «затраты». Но это сомнительное нововведение не было поддержано.

На прямое финансирование федеральных клиник по предварительным данным в 2021 г. потребуется 119,4 млрд. Соответствующая сумма заложена в проекте бюджета ФФОМС и не будет покрывать-

ся больше, чем обычная, допустим, больница, потому что там всё-таки есть элементы высоких технологий, науки. И нам важно это не только сохранить, но и развивать», – сказал В.Володин.

Он отметил, что, в соответствии с поправками, при финансировании лечебных учреждений фондом не будет посредников, и «страховщики вместо того, чтобы поддержать такие решения, борются за свой доход, за те средства, которые сейчас выводятся из их администрирования», критикуя законопроект.

«Но правильно было бы подумать о том, а кто же всё-таки отвечает за качество здравоохранения. В данном случае отвечать будет государство, решая эту задачу

ходимость применения методов лечения, которые не используются в клиниках, подведомственных органам исполнительной власти субъекта РФ, в котором живёт пациент; высокий риск хирургического лечения в связи с осложнённым течением основного заболевания или наличием сопутствующих; необходимость выполнения повторных хирургических вмешательств из-за первых 3 обстоятельств; дополнительное обследование в диагностически сложных случаях и (или) в рамках комплексной предоперационной подготовки у пациентов с осложнёнными формами заболевания и (или) сопутствующими заболеваниями для последующего хирургического

лечения; повторная госпитализация по рекомендации федерального медицинского учреждения; в случаях, когда сроки госпитализации в клиниках, участвующих в реализации территориальной программы ОМС, превышают установленные сроки ожидания.

Если у пациента есть основания для получения специализированной медицинской помощи в федеральной клинике или он нуждается в повторной госпитализации по рекомендации федерального медицинского учреждения, врач должен подготовить и направить документы в федеральную клинику через единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ):

Выписку из медицинской документации, которая должна содержать диагноз заболевания (состояния), код диагноза по МКБ-10, сведения о состоянии здоровья, проведённых диагностике и лечении, рекомендации о необходимости специализированной медицинской помощи с указанием формы её оказания (неотложная, плановая) в форме электронного документа. Врач должен также получить согласие на обработку персональных данных у пациента и (или) его законного представителя.

Направление на госпитализацию в форме электронного документа с персональными данными пациента, сведениями о страховой организации, диагнозом, результатами лабораторных, инструментальных и других исследований, подтверждающих диагноз, а также с указанием медицинских показаний для специализированной медицинской помощи и её профиля. Врач должен указать свои ФИО, должность врача, контактный телефон и электронный адрес.

В проекте приказа прописан и алгоритм действий администрации федеральной клиники, чтобы принять пациента на лечение. Для этого собирается врачебная комиссия, которая в течение 3 дней принимает решение о наличии (отсутствии) медицинских показаний для госпитализации пациента и оформляет протокол, в который вносятся все те сведения, что уже обозначил врач в своём направлении и выводы комиссии: госпитализировать или отказать в госпитализации. Третий вариант: комиссия делает вывод, что пациенту требуется высокотехнологичная помощь и направляет для её получения в клинику. О принятом решении она сообщает пациенту в течение 2 рабочих дней.

Алексей ПАПЫРИН,
обозреватель «МГ».

Почему нужно было обособление

Сегодня высокотехнологичные федеральные медицинские центры финансируются наряду с обычной поселковой, муниципальной больницей. «Более того, если эта больница, научный центр находится в регионах, то он вынужден конкурировать за ресурсы в этом регионе с тем, чтобы их получить, с теми небольшими больницами, которые решают другой уровень медицинских услуг. Это плохо как для научного медицинского центра или клинического городка, медицинского вуза, так и для небольшой больницы», – отметил председатель Госдумы РФ. Соответственно, поправки к закону об ОМС направлены на развитие медучреждений в интересах граждан.

«На Федеральный фонд ОМС будут закрываться все высокотехнологичные медицинские учреждения федерального уровня, вузовская медицина и отношения будут строиться между Федеральным ФОМС и этими медицинскими учреждениями, причём с введением коэффициентов – то есть эти медицинские учреждения будут финансировать-

через финансирование напрямую медицинских высокотехнологичных учреждений. Ведь до сегодняшнего дня у нас медицинские страховые компании на себя ответственность за качество медицины не взяли», – сказал председатель Государственной Думы. – Мы говорим о качестве, о сохранении высокотехнологичной медицинской помощи, о развитии её, а они о сохранении своих доходов. Поэтому мы действуем в интересах наших граждан, страны для того, чтобы развивать высокотехнологичные медицинские учреждения. Считаем, такой подход решает эту проблему».

Он напомнил, что были приняты поправки к Конституции, где чётко записана прямая норма: обеспечить доступность и качество

медицины. «Норма, которая принимается в законе, перекладывает ответственность больше на государство именно в части медицинской помощи в федеральных медицинских учреждениях», – заключил председатель Госдумы России.

Минздрав обнародовал проект приказа

Минздрав России разместил для общественного обсуждения на Едином портале проектов нормативных актов проект приказа «Об утверждении Порядка направления застрахованного лица в медицинские организации, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, для оказания медицинской помощи в соответствии с пунктом 11 ст. 5 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

Обращает внимание, что в нём определены показания для получения направления на лечение в федеральную клинику. Они достаточно обширны: нетипичное течение заболевания; отсутствие эффекта от проводимого лечения; необ-

Выводы

Сода в помощь

По радио рекламируют принципиально новое мультидисциплинарный подход к клеткам, вышедшим из-под контроля. Вся история борьбы представлена этим самым подходом, начиная от банальной хирургии, которую сменила надежда на лучевую и химиотерапию, а в конце концов и иммунотерапию, оказавшуюся дорогой и малоэффективной.

Летом 2019 г. специалисты Колумбийского университета провозгласили, что для модифицированной терапии можно в качестве Троянского коня использовать всем известную кишечную палочку. Речь идёт о статье в Nature, в которой была представлена ГМ-микроорганизм, «растворяющийся» в TME (туморном микроэнvironmente, окружении). При этом при распаде бактерий выделяются синтезированные ими антитела против белка на поверхности клеток (T47), «останавливающего» инфильтрацию иммунных лимфоцитов.

Иммунные клетки в последнее время научились «оснащать» рецепторами к диверсифицированному, или «химерному» набору антигенов (CAR – Chimeric Antigen Receptor). Сложность молекулярных операций определяет дороговизну иммунотерапий, которые далеко не оправдывают возлагавшиеся на них надежды. Связано это с «усталостью»-exhaust Т-лимфоцитов, оживить которые предложили в универ-

ситете города Аугуста. Учёные университета предложили заодно включать и стимуляцию синтеза интерлейкина 7, то есть белка взаимодействия лейкоцитов (откуда его название), к которым относятся и лимфоциты. Новый биоинженерный подход обеспечил полифункциональность иммунной атаки у подопытных мышей. Иммунитет можно подстёгивать гораздо проще и дешевле с помощью «неспецифичности» широко применяемых вакцин. Ещё в 1976 г. в Университет Куинс в Кингстоне (Канада) обратили внимание на то, что у девяти пациентов с опухолями мочевого пузыря введение противотуберкулёзной вакцины БЦЖ в стенку органа «возврат»-resurgence клеточного роста оказался гораздо ниже, чем ожидалось.

Со времен Й.Фибигера, ученика Р.Коха, изучавшего в Копенгагенском университете туберкулёзную микобактерию, известно, что воспаление может приводить к трансформации клеток. Ему за это даже дали в 1926 г. Нобелевскую премию, после чего через 5 лет в Стокгольм вызвали немца О.Варбурга, открывшего опухолевое закисление в результате накопления молочной кислоты или лактата. С тех пор делалось много попыток использовать эту особенность в качестве лечения. Фибигера недавно поддержали сотрудники лаборатории Колд-Спринг-Харбора и Кембриджа, опубликовавшие статью в журнале PNAS. Воспаление и торможение

иммунного ответа при нём они подавляли малыми молекулами AMD, блокировавшими белковый рецептор на поверхности Т-лимфоцитов. Дело в том, что изменённые клетки по выражению авторов буквально «одеты» в эти белки, которые тормозят Т-лимфоциты и не дают им атаковать опухоль. Естественно, что лечение с помощью малых молекул несравненно дешевле, нежели иммунотерапии.

Но, похоже, в Фрайбургском университете (Германия) нашли ещё более дешёвый способ лечения по крайней мере лейкемии в её острой миелоидной форме. Немцы отталкивались от того, что закисление до pH 6,8 ведёт к тому, что Т-клетки под действием лактата приостанавливают синтез и выделение IL1 бета и резко снижают энергетический обмен, что является причиной их истощения. Учёные провели недельный курс приёма 10 пациентами соды через рот (перорально), что привело по выражению авторов к «метаболическому репрограммированию» донорских Т-лимфоцитов. Тот же эффект они видели и у мышей с моделью опухолевого релапса, то есть возобновления процесса, у которых до соды отмечалось уменьшение синтеза интерферона-гамма. Применение соды восстанавливало энергетический обмен за счёт вовлечения лактата, что вело к подъёму уровня интерферона. Теперь надо ждать более обширных клинических испытаний.

Взгляд

В начале появления коронавируса считалось, что SARS-CoV-2 атакует лишь эпителиальные клетки, покрывающие поверхность воздушных путей в ротовой полости, носоглотке, трахее и лёгочных бронхах с их альвеолами. Потом всё чаще стали появляться сообщения о том, что одним из признаков коронавирусной инфекции является потеря обоняния и вкуса, а в октябре заговорили и о поражении глаз. Оно и понятно, поскольку вирус вызывает полиорганное поражение, в том числе проникает в мозг.

Болевая корона

Переплетение истончающихся-заостряющихся к концам отростков называется пилус. Так называется белковый цилиндр, с помощью которого геликобактер (Helicobacter) «протыкает» клеточную мембрану клетки слизистой желудка, что может приводить к его язве.

Среди множества белков нейро – и других пилей основным является нейропилин (NRP – Neuropilin), молекула которого «смотрит» вовне клетки, но часть её пронизывает мембрану и в цитоплазме участвует в передаче сигнала, взаимодействующего с сигналами других функциональных протеинов. В лечении это HGF или печёночный ростовой фактор, функция которого определена его названием. Однако внимание учёных Бристольского университета и их коллег из университетов Ливерпуля и Квинсленда, Сингапура и Цюриха, а также Тарту и Хельсинки привлекли ростовые белковые факторы тромбопластинок (PDGF) и сосудистого эндотелия (VEGF), монослоем выстилающих внутреннюю поверхность сосудов. Близок к ним по своему действию и трансформирующий фактор роста (TGF), мутации которого приводят к клеточной трансформации. Протеины, взаимодействующие с нейропилином сигнализируют клеткам о делении и сохранении жизнеспособности, а при необходимости и о смене места (миграции). Статья учёных в Science называется «Нейропилин является клеточным фактором COV-2 инфекции».

Прежде всего авторы подчеркивают, что NRP локализуется на поверхности практически всех клеток тканей и органов человека, чем по всей видимости и объясняется полиорганное поражение организма. Контактуют на поверхности клеток с NRP вирусные шпильки, имеющие короткую последовательность аминокислот, имеющуюся и в перечисленных выше белках. Это позволяет вирусу «обмануть» нейропилин, который таким образом способствует про-

никновению вируса в клетку. Антитела против нейропилина и малые молекулы, блокирующие NRP-Spike интерфейс, резко снижали инфицирование. Помогали также РНК-интерференция, подавляющая активность гена NRP, и его выключение, которое резко снижало свечение, связанное с заражёнными клетками в культуре. Ни о чём подобном учёные до сообщения из Бристоля и не подозревали, хотя специалисты Мюнхенского технического университета и их финские коллеги видели, что нейропилин действительно необходим для «вхождения» COV в клетки.

Кстати NRP также участвует в рождении чувства боли, так что и в этой области нас ждут новые и неожиданные открытия безопасных анальгетиков, не вызывающих привыкания и зависимости. Об этом писали в bioRxiv и PAIN сотрудники Аризонского университета в городе Туксон. Связывание спайка с нейропилином стимулирует рождение болевых сигналов взаимодействующим с NRP ростовым фактором эндотелия (VEGF). Для подавления вызванной вирусной инфекцией боли в Туксоне применили хорошо известный анальгетик-блокатор нейропилина EG00229, используемый в качестве обезболивающего у онкобольных. В настоящее время аризонцы проводят клинические испытания моноклональных антител M-NRP против нейропилина, на что указывают буквы NRP (Vesebcu-mab).

Новые данные исследований, касающихся коронавируса, публикуются каждую неделю, заставляя учёных зачастую кардинально менять взгляды на его природу. Авторы Science пишут, что в борьбе с COV нельзя полагаться исключительно на вакцины, но также следует искать и другие пути воздействия на вирус, учитывая, в частности, и нейропилин в его способности «помогать» инфекции. Последовательность открытий прокладывает ранее неизвестные пути к разработке антивирусных терапий геномного миллионума.

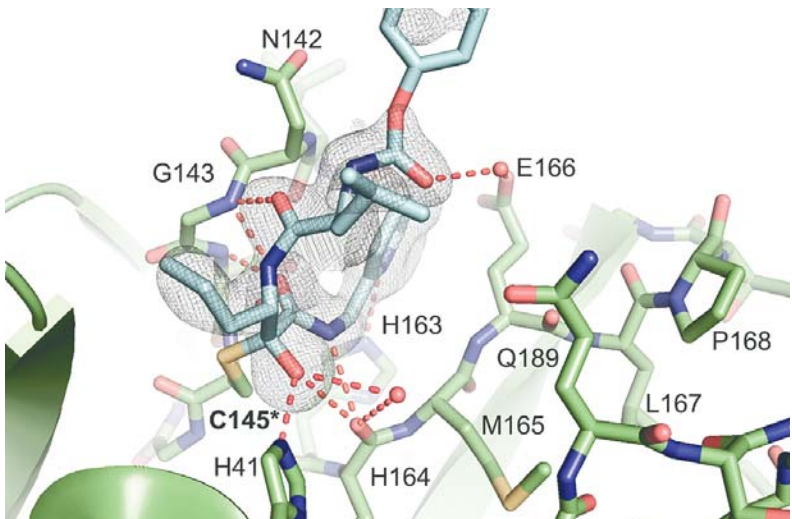
Исследования

Сохранить надежду

На фоне удручающей статистики Университета Джонса Хопкинса с его горячими спорами по поводу мер, которые может предложить новый президент в области борьбы с COVID-19 известный фармгигант и его немецкий партнёр в Майнце, сделали сенсационное заявление. Касалось оно достижения 90-процентной эффективности их собственной РНК-вакцины, предназначенной стимулировать синтез антител против оболочечного белка COV, с помощью которого тот связывается с клеточным рецептором в виде белкового фермента ACE2 (энзима конвертации ангиотензина).

В своём пресс-релизе компании сообщили о результатах проведения III широкой фазы клинических испытаний с привлечением 43 538 человек, из которых лишь 94 заразились. Критики тут же отметили, что неизвестно из какой группы – тех ли, кто получал две дозы вакцины (порядка 10% испытуемых) или группы плацебо, которым дважды вводили физиологический раствор.

Специалисты говорили, что реальный максимум эффективности не может превышать 75%, но хорошо, если вакцина будет эффективна в половине случаев (как это наблюдается с противогриппозной). Nature задавался вопросом, что означает объявленный успех, ссылаясь на то, что теперь для точной его оценки необходимо ждать 164 заразившихся. Несколько ранее учёные предупреждали, что вакцинация не сможет пред-



Строение Mrp0, буквы с числами показывают положение аминокислот в белковой цепи

упредить тяжёлых случаев, но в это не хочется верить. На фоне столь противоречивых откликов никто не снимает вопроса о «подыскании» действенной лекарственной терапии, которая будет намного дешевле, а возможно и эффективнее.

Речь идёт об отборе малых молекул, проявляющих блокирующую или ингибирующую активность против вирусных протеинов и в первую очередь главной протеазы (Mrp0 – Main protease), без которой невозможно размножение вирусных частиц. Южно-Флоридский университет буквально накануне взрыва «бомбы» опубликовал в Science результаты испытаний двух ферментных ингибиторов в клеточных культурах, инфицированных COV. Известно, что для активации Mrp0 необходимо воздействие лизосом – «телец» цитоплазмы,

в которых осуществляется расщепление различных протеинов. Лизосомный фермент катепсин, осуществляющий переваривание белков необходим для интернализации вирусных частиц в клетки, но включение катепсина осуществляется кальпаином. Лекарство GC-376 оказалось наиболее действенным против Mrp0, проявляя своё действие через подавление кальпаина XII, который не может принять «уникальную» по выражению учёных конфигурацию, чтобы связаться с Mrp0, 3D-строение которого было определено с помощью рентгеноструктурного анализа. Структура и синтез GC-376 давно известны, поэтому она вместе с формулой другого блокатора приведены в статье, остаётся только синтезировать их и начинать испытания на животных и клинические испытания.

Гипотезы

Биопсия

Страховые компании требуют от хирургов малоинвазивной хирургии (MIS – Minimally Invasive Surgery), что повышает требования к используемому врачами инструментарию. В связи с этим понятен интерес к девайсу, разработанному голландскими биоинженерами в Делфтском технологическом университете. За основу разработку учёные взяли яйцеклад, с помощью которого оса откладывает яйца.

Речь идёт о наружной хитиновой трубке, в полости которой свободно ходят 6 полукруглых пластинок. Забор образцов ткани возможен благодаря разнице-дифференциалу между пластинками. Устройство работает в двух режимах: при

первом вперёд выдвигается лишь одна пластинка, в то время как 5 поступательно идут назад. Второй режим подразумевает выдвижение вперёд двух пластинок и 4 назад. TTD – Tissue Transportation Device – был опробован на тканях с разной эластичностью и гетерогенностью клеточного состава, имитированных «фантомов» в виде желатина разного состава. Авторы признают, что пока скорость «транспортировки» забираемого биоматериала недостаточна по сравнению с ныне применяемыми устройствами, использующими отсос-аспирацию. С другой стороны, эти девайсы зачастую не могут достичь глубоко лежащего очага в теле.

Игорь ЛАЛАЯНЦ,
кандидат биологических наук.
По материалам Nature Medicine, PNAS, Science Immunology,
bioRxiv, PAIN, Science, Science Advances,
Frontiers of Bioengineering and Biotechnology.

Ракурс

Почему храпящий не слышит себя?

Сон и бессонница, и то и другое сверх меры проявляющиеся, – худой знак

Зачастую люди слишком сильно контролируем свой сон. Все спят по-разному, и на протяжении жизни качество сна может меняться. Его можно сравнить с процессом дыхания.

Как говорит доктор психологии Хели Ярнефельт, специалист финского Института гигиены труда, парадоксально: у человека появляется всё больше информации о сне и его важности для здоровья, однако проблем со сном становится всё больше, а продолжительность сна всё сокращается.

Большой объём информации не всегда помогает. Стремление выполнить все требования, которые должны улучшить качество сна, многим мешает и даже может привести к кронорексии. Термином «кронорексия» обозначают явление, когда человек чрезмерно пытается контролировать свой сон.

Уделяя сну слишком много внимания, человек начинает нервничать, организм хуже расслабляется, тяжелее становится заснуть или же начинает просыпаться по ночам. Слишком тщательно следит за различными показателями своего состояния. Так стресса может стать только больше.

Всё делается для того, чтобы улучшить качество сна и жизни, почему же легче не становится? А проблема как раз может быть в



постоянном контроле за качеством сна. По своей сути сон – это «автоматический» физиологический процесс, как дыхание. Пытаться изменить дыхание или постоянно его контролировать гораздо сложнее, чем просто продолжать естественно дышать. Не нужно учиться спать. Если сну ничего не мешает, всё происходит на автомате.

Иногда даже не замечаешь, как в жизни появляются вещи, негативно сказывающиеся на качестве сна. СМИ, соцсети, стресс на работе или другие переживания могут мешать расслабиться вечером или портят сон. Конечно, неспособность заснуть вызывает беспокойство. Но бессонница только

усугубляется, если переживать из-за этой проблемы слишком сильно.

Депривация сна диагностирована примерно у 10% человек в мире. Если мысли о сне тревожат днём и начинают волновать вечером, стоит задуматься, как избавиться от излишнего возбуждения. Многие помогают упражнения на расслабление и майндфулнесс-медитации.

Если не удаётся решить проблемы со сном самостоятельно, тревожность сохраняется больше месяца, а качество сна только ухудшается, стоит обратиться за помощью. В большинстве случаев можно обойтись без медикаментов. Когнитивная терапия хорошо помогает справиться с обеспокоенностью из-за качества сна и уровня своей производительности.

Люди спят по-разному, и на протяжении жизни качество сна может меняться. Одни всегда спят всю ночь крепко, другие – чутко. Степень усталости тоже зависит не только от того, выспались вы или нет. Так что единого понятия «идеальный сон», к которому можно было бы стремиться, не существует.

Ну и ну!

Лучшие изобретения этого года

Каждый год журнал Time представляет изобретения, сделавшие мир лучше, умнее и веселее. Каждого претендента оценивали по ключевым параметрам: оригинальность, изобретательность, эффективность, амбиции и впечатление. Несколько самых удивительных вещей из списка. Среди них – хирургия с дополненной реальностью, VR-фитнес, портативный очиститель воды, экзоскелет и даже водка из воздуха, умный улей, экологичный тубик зубной пасты и технология, которая может стать катализатором вакцины против COVID-19. Эти предметы меняют наш образ жизни, работу и представления о развлечениях и возможностях.

Всё началось с того, что генерального директора Augmedics Ниссана Элимелеха вдохновили супергерои: вот было бы здорово, если бы у хирургов было рентгеновское зрение! После нескольких лет исследований и разработок появилась xvision. С помощью дополненной реальности эта гарнитура превращает компьютерную томографию пациента в трёхмерную модель. Благодаря ей хирурги могут проводить операции, где важен каждый миллиметр, например, на позвоночнике. Гарнитура накладывает трёхмерное изображение позвоночника пациента на его тело, позволяя хирургам видеть почти всё, что находится под кожей, не отводя глаз от операционного стола. В декабре прошлого года устройство получило одобрение Управления по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) и уже используется в ведущих больницах страны, например, в Университете Джонса Хопкинса и Медицинском центре Раша.

Ещё одно изобретение касается мысли. То есть AlterEgo пока не читает, но с ним можно общаться при помощи компьютера, не касаясь клавиатуры и не открывая рта. Чтобы воспользоваться гарнитурой для такой простой задачи, как поиск погоды в Google, сначала сформулируйте запрос в уме. Датчики гарнитуры считывают сигналы в областях мозга, которые сработают, если вы сформулируете запрос вслух, например, задняя часть языка и нёбо. После этого устройство выполнит поиск на ноутбуке через интернет. О выполнении вас проинформируют через динамик с костной проводимостью, который услышите только вы. Исследователи обнаружили, что прототип устройства, разработанный исследователями из MIT Media Lab, правильно понял владельца в 92% случаев. Сейчас интерфейс проходит испытания в больницах, где помогает общаться пациентам с рассеянным склерозом и болезнью Шарко-Мари-Тута.

Создали и приложение для VR-фитнеса, который с подпиской выведет тренировку далеко за пределы 4 стен. С помощью гарнитур приложение перенесёт пользователя на Галапагосские острова, в недра вулкана в Эфиопии или на поверхность Марса. На виртуальном тренажёре придётся поражать цель руками и прижиматься к треугольникам на экране – вас прошибёт неистовый пот, но будет весело. «Не знаю никого, кто бы бегал по беговой дорожке ради удовольствия», – говорит соучредитель и генеральный директор компании Крис Милк. – Мы же хотим, чтобы у вас челюсть отпала».

Веками водку делали перемолотой – из зёрен кукурузы или пшеницы. Этот естественный

процесс сопровождается выбросом углерода. Бруклинская компания считает, что нашла способ лучше – перегонять спирт прямо из воды и углекислого газа. Такая водка не только хороша в «Московском муле» (коктейль из водки, имбирного пива и лайма), но и экологична. Каждая бутылка удаляет из атмосферы по фунту углекислого газа. Эта технология удостоилась награды НАСА.

«Когда человеку нужна чистая вода, он тянется к пластиковой бутылке», – говорит генеральный директор компании Ракеш Гудуру. – Это вредно как для здоровья, так и для окружающей среды». Для тех, кто ищет экологически безопасный способ удовлетворить жажду на ходу, Гудуру создал крышку для бутылок, которая дезинфицирует воду ультрафиолетовым светом всего за 60 секунд. У устройства есть два режима: один для очистки воды из кранов или общественных фонтанов, другой – для ручьёв и прудов. Это просто находка для путешественников и туристов, которые привыкли кипятить воду или капать в неё невкусные капли. Крышка перезаряжается и совместима с большинством многоразовых бутылок.

Спустя десятилетия после фильма «Робокон», мечты кинозрителей о костюмах киборгов наконец-то сбылись: в следующем году будет выпущен один из первых доступных активных экзоскелетов с полным корпусом. Его предвестник уже вошёл в список лучших изобретений за 2010 г. По сути, он представляет собой роботизированный корпус, который позволяет пользователю поднимать до 90 кг. Разработан для предотвращения травматизма на рабочем месте за счёт снижения нагрузки и может похвастаться шестью часами автономной работы.

Осторожно!

Насколько опасно общение с людьми, получившими COVID-19 в бессимптомной форме? Этот вопрос, оказывается, до сих пор мало изучен. У бессимптомных носителей вируса на 42% меньше риска заразить других, чем у людей с симптомами. Поэтому эксперты рекомендуют сосредоточить усилия на борьбе с распространением болезни через людей, заразившихся открытой формой вируса. Они чаще заражают, в том числе и на первом, «инкубационном» этапе болезни.

Привычка думать неизлечима

Бессимптомно заражённые люди могут передавать вирус. Но трудно оценить, насколько велика их роль в распространении пандемии.

Накопленные данные указывают на то, что у каждого пятого инфицированного симптомы болезни отсутствуют, и они заражают намного меньше людей, чем больные с симптомами. Однако у исследователей нет единого мнения о том, является ли бессимптомная инфекция «молчаливым распространителем» пандемии.

Мы начинаем лучше понимать бессимптомные инфекции, но учёные заявляют, что люди должны и дальше соблюдать меры предосторожности, чтобы снизить распространение вируса, независимо от того, есть у них симптомы или нет. Среди таких мер – соблюдение социальной дистанции и ношение масок.

Трудно обозначить разницу между людьми без симптомов и носителями заболевания с неистёкшим инкубационным периодом. Об этом говорит инфекционист-исследователь медицинского факультета Стэнфордского университета в Калифорнии Крутика Куппали. «Бессимптомный случай – это когда у человека на всём протяжении болезни не появляется никаких симптомов, в то время как у носителя с неистёкшим инкубационным периодом сначала появляются слабо выраженные симптомы, а потом они становятся серьёзнее», – объясняет Куппали. По её словам, стандартного общепринятого определения не существует.

Проведённые в начале пандемии исследования указывали на то, что количество бессимптомных инфекций достигает 81%. Но в прошлом месяце были опубликованы данные метаанализа, включающие результаты 13 исследований, в которых участвовало 21 708 человек. Его авторы подсчитали, что число бессимптомных заболеваний составляет 17%. К бессимптомным пациентам они отнесли тех, у кого за весь последующий период не было никаких основных симптомов COVID-19. Учёные включили в свой метаанализ только те исследования, в ходе которых за участниками наблюдали не менее 7 дней. Полученные данные указывают на то, что у большинства людей симптомы появляются через 7-13 дней, говорит ведущий автор исследования Ойюнгелл Бьямбасурен, работающий исследователем в Институте доказательной медицины при Университете Бонда в австралийском Голд-Косте.

Бьямбасурен в ходе проведённого исследования выяснил, что у бессимптомных носителей вируса на 42% меньше шансов заразить других, чем у людей с симптомами. Учёные хотят знать, как часто люди без симптомов передают вирус. Причина в том, что бессимптомные инфекции остаются, в основном, незамеченными. Тестирование в большинстве стран сосредоточено на людях с симптомами.

В Женеве в рамках крупного исследования учёные смоделировали распространение вируса среди

людей, которые живут вместе. В этом месяце они разместили на сайте medRxiv черновик рукописи, где говорится, что риск передачи вируса от бессимптомного носителя другим живущим с ним в одном доме людям в 4 раза ниже, чем риск передачи от человека с симптомами. Хотя риск заражения и ниже, они все равно представляют серьёзную опасность для здоровья людей, так как эти люди, скорее всего, не будут сидеть на самоизоляции дома, а станут общаться с другими людьми. Об этом говорит инфекционист-эпидемиолог Эндрю Азман (с медицинского факультета Университета Джонса Хопкинса). Сейчас он работает в Швейцарии и стал соавтором вышеупомянутого исследования. «Массовое общение таких «бессимптомных» носителей в обществе может свидетельствовать о том, что значительная часть заражений происходит за счёт таких инфицированных без симптомов», – говорит Азман.

Однако другие исследователи не согласны с ним в вопросе о том, в какой мере бессимптомные инфекции способствуют распространению болезни в обществе. Если учёные правильно вычислили, что бессимптомные носители создают незначительный риск заражения, то такие люди «не являются тайными переносчиками инфекции», говорит Бьямбасурен. «Они меньше кашляют и чихают, и наверняка заражают меньше поверхностей, чем другие люди», – подчёркивает исследователь.

Мюге Чевик, работающая исследователем инфекционных заболеваний в Сент-Эндрюсском университете в Британии, отмечает, что поскольку у большинства инфицированных проявляются симптомы, надо сосредоточиться на их выявлении, так как это поможет предотвратить большую часть заражений.

Чтобы понять, что происходит с людьми без симптомов, Чевик с коллегами провела системный обзор и метаанализ 79 исследований по динамике распространения вируса и контактированности SARS-CoV-2. Некоторые исследования показали, что у носителей без симптомов вирусная нагрузка (количество вирусных частиц в мазке из горла) такая же, как у людей с симптомами. Но похоже на то, что носители без симптомов избавляются от вируса быстрее и являются заразными более короткий период времени. Возможно, иммунная система бессимптомных носителей способна быстрее нейтрализовать вирус, говорит Чевик. Но это не означает, что у таких людей сильнее и продолжительнее иммунный ответ. Есть свидетельства, что у людей с тяжёлой формой COVID-19 нейтрализующий иммунный ответ намного значительнее и длительнее.

Хотя сегодня мы лучше понимаем бессимптомные инфекции и процесс передачи инфекции, Чевик отмечает, что люди должны и дальше соблюдать меры предосторожности, чтобы снизить распространение вируса.

Материалы подготовила
Инга КАТАРИНА.
По материалам Nature, Helsingin Sanomat, Time.

Имя выдающегося учёного прошлого столетия Леона Орбели почитаемо не только среди нескольких поколений физиологов. Оно увековечено в памятнике, установленном в Санкт-Петербурге, в его изображении на почтовой марке, в мемориальных досках и музеях всюду, где этот человек работал.

Детство и взросление

Развитие личности, её дееспособность и характер, известно, во многом зависит от семьи, в которой он рос. На Леона Орбели и двух его братьев она оказала благотворное влияние. Отец – Абгар Иосифович – окончил юридический факультет Петербургского университета и стал известным юристом. Женился на княжне из старинного рода. Вместе они сумели привить сыновьям интерес к литературе, музыке, живописи, дали возможность изучить несколько иностранных языков, в общем, вывели их в люди. Недаром в народе говорят: на голом месте боровики не вырастают.

Наш рассказ в основном о среднем из сыновей – Леоне, связавшем свою жизнь с медициной.

Ростом мальчик не выдался. Среди своих одноклассников по одной из тбилисских мужских гимназий он был самым хрупким и маленьким. И всё же всеми любимый. Ещё бы! Леон бескорыстно помогал своим сверстникам решать математические задачи, исправлял их ошибки в диктантах, подсказывал сложные греческие слова. Одновременно с отличной учёбой юный Орбели учился игре на флейте и даже в свои гимназические годы участвовал в благотворительных концертах.

С золотым школьным аттестатом он, как в своё время его отец, отправился получать высшее образование в Петербург. Поступил в Военно-медицинскую академию.

Уже на первом курсе неизгладимое впечатление на юношу произвёл Иван Павлов – он читал студентам лекции по физиологии. Леон старался не упустить ни единого его слова. Под влиянием Павлова первокурсник Орбели выполнил первую свою экспериментальную работу и все годы учёбы в академии увлеклся научными исследованиями. За них и за отличную успеваемость был награждён золотой медалью и премией в сто рублей (в то время для студента это было целым достоянием).

В свою очередь и И.Павлов обратил внимание на способного и трудолюбивого молодого человека, но сразу после получения им диплома врача взял его к себе на постоянную работу в Институт экспериментальной медицины не удалось – по закону академии выпускник обязан был какое-то время отслужить военным врачом. Будучи флотским врачом, Леон находил свободные минуты помогать Ивану Петровичу в работе. Позже, став официальным его сотрудником, он по рекомендации шефа отправился в европейские страны набраться опыта экспериментальных исследований в области физиологии нервной системы.

Признание учёного

С годами рядом с И.Павловым вырос учёный, по размаху работ и глубине открытий стоявший практически на одном уровне со своим учителем. Орбели принадлежит развитие эволюционной физиологии, которая привела его к объяснению различных функций нервной системы и их влиянию на многие клинические патологические состояния. По оценке Ивана Петровича, Леон Абгарович тем самым открыл огромный пласт в физиологии вегетативной нервной системы. Многие его работы

Имена и судьбы

Физиолог мирового класса

Духовные ценности и наука, относящаяся к высшему их выражению, ярко проявились в роду Орбели

посвящены были также высшей нервной деятельности.

Большинство исследований Орбели, вошедших в сокровищницу физиологической науки, выполнены в годы его профессорства в ленинградских сельскохозяйственном, медицинском, химико-фармацевтическом институтах, позже в Научном институте им. П.Ф.Лесгафта. А после ухода И.Павлова из жизни его ученик встал во главе Физиологического института, который в последние годы Ивана Петровича был его научной базой. Одновременно Леон Абгарович директорствовал в Институте эволюционной физиологии и патологии высшей нервной деятельности. По сути, Орбели в ту пору возглавил школу отечественной физиологии нервной системы.

Научная его деятельность была признана даже Сталиным. Это он назначил Леона Абгаровича начальником Ленинградской военно-медицинской академии. К слову, в её стенах им были установлены причины состояния нервной системы, практически влияющие на клинические поражения. В годы Великой Отечественной войны 1941-1945 гг. эти работы успешно применялись при лечении раненых. И именно Сталин возвёл Орбели в генерал-полковники, кстати, первого в стране применительно к медицинской службе и присвоил ему звание Героя Социалистического Труда.

До поры до времени Орбели был в фаворе у «отца всех народов». Но сказка не сразу сказывается, особенно, если в жизни страны всё всегда меняется. Неожиданно к Сталину втрётся в доверие Трофим Лысенко, человек далёкий от науки, зато ловкий пиарщик. И накануне проведения организованной им в 1948 г. сессии ВАСХНИЛ у Орбели раздался телефонный звонок Иосифа Виссарионовича (история эта документально описана в книге Даниила Гранина «Причуды памяти»). Сталин просил Леона Абгаровича поддержать Лысенко. А тот с кавказской прямолинейностью спокойно возразил: «Дорогой мой, поздно меня учить!» Ответ этот, скорее всего, повлиял на дальнейшую судьбу Орбели. Рассказ об этом ещё впереди.

Что касается сессии ВАСХНИЛ, она напрочь отвергла классическую генетику и заставила удалить из целого ряда научных учреждений исследователей, занимавшихся этой наукой с позиций Менделя и Моргана. Орбели же не только не отказался от своих учёных, но принял к себе на работу всех уволенных из других институтов, хотя сам напрямую генетикой не занимался. Причём Леон Абгарович великолепно знал, что весь настрой сессии – продукт политической кампании, продиктованной сверху. И то, что он вскоре был снят с должности начальника Военно-медицинской академии, тоже воспринял как по-



следствия телефонного разговора со Сталиным.

Годы трагических событий

Но окончательный разгром Орбели как учёного ещё ожидал его. Связан он был с проведением спустя два года после сессии ВАСХНИЛ другой сессии, но по тому же политическому накалу – сессии объединённой АН и АМН СССР и названной Павловской. Критика на ней в адрес Леона Абгаровича была не просто жёсткой – жестокой, надуманной. Упрекали его за то, что он якобы игнорирует труды Павлова в области высшей нервной деятельности и что его исследования преднамеренно подрывают авторитет Ивана Петровича. При этом никакой деловой дискуссии не происходило. Никто даже не упомянул, что Орбели член многих международных академий и зарубежных научных обществ физиологов, что И.Павлов на конгрессе физиологов в 1935 г. назвал его самым талантливым своим учеником, что тот же И.Павлов представил Леона Абгаровича к званию действительного члена Академии наук СССР и выдвинул его за учение о симпатической нервной системе в кандидаты лауреатов Нобелевской премии.

Как рассказывали позже сподвижники Орбели, он понимал, что противостоять политике сверху можно лишь сохраняя собственное достоинство. И, несмотря на то, что он отказывался от своих работ в области адаптационных функций нервной системы, доказывал, что они не противостоят учению И.Павлова, а только, как считал сам Иван Петрович, дополняют его теории. И хотя всё

это прошло мимо многих ушей, Леон Абгарович не сдавался и гордо заявил: «Через пару лет вы все убедитесь в моей правоте».

По следам этой злонамеренной сессии под запретом на несколько лет оказался целый ряд перспективных направлений в физиологии, а сам Орбели был снят со всех постов возглавляемых им учреждений. Оставлена ему была лишь небольшая лаборатория в Естественном научном институте им. П.Ф.Лесгафта, лаборатория, в которой 32 года до этих событий он ещё совсем молодым исследователем только начинал самостоятельную научную творческую деятельность. Впрочем, даже эта скромная лаборатория со считанным количеством сотрудников послужила базой для дальнейшего развития эволюционной физиологии. И как не упомянуть реакцию на все происходившие тогдашние события Н.Галицкой, одной из учениц Орбели: «Снят с работы человек. За что? За то, что он всю жизнь отдал служению науке. За то, что он никогда не брал отпуск. За то, что он к каждой уборщице обращался по имени-отчеству, знал всё о её детях и заболел о них».

Последние годы жизни

После смерти Сталина постепенно об объединённой сессии АН и АМН СССР старались не вспоминать. Всё же, забегая по времени несколько вперёд, отметим, что другой верный ученик Орбели академик Михаил Хананавили на организованной им всесоюзной конференции – происходило это в 80-е годы – резко осудил политизацию науки и всё, что творилось на так называемой Павловской сессии.

Но вернёмся к жизнеописанию Леона Орбели. Та скромная лаборатория, которой он руководил, всё набирала силы, и на её началах уже в годы предполагавшейся оттепели был создан Институт эволюционной физиологии и биохимии, названный в честь И.М.Сеченова. И Леон Абгарович до конца своей жизни оставался достойным его директором. Пережитое всё же ударило по его здоровью, хотя он долго старался не сдаваться.

75-летие Орбели со всеми почестями отмечалось в актовом зале Ленинградского отделения Академии наук СССР. Увы, после этого торжества он слёг. И четвёртый орден Ленина пришлось вручать ему дома. Вскоре после того Леона Абгаровича не стало.

Послесловием этого очерка могут стать лишь утверждения, что открытия Орбели в области физиологии центральной и вегетативной нервной системы и по сей день, спустя более 60 лет после его кончины, служат фундаментом для тех, кто занимается той же наукой.

Феномен братьев Орбели

Наряду с Леоном Орбели надо хотя бы вкратце отдать должное его братьям – Рубену и Иосифу, тоже оставившим глубокий след в отечественной науке.

Старший Рубен, как в своё время его отец, получил высшее юридическое образование в Петербургском университете. Но, проработав несколько лет по специальности, увлёкся историей подводного царства и изучал его памятники. В СССР он стал основоположником подводной археологии, а также одним из крупнейших специалистов истории подводной техники и её новой отрасли гидроархеологии.

Младший брат Иосиф, окончив два факультета того же Петербургского университета – историко-филологический и восточные языки – ещё в студенческие годы стал автором девяти научных работ. С 30-х годов его жизнь связана была с Эрмитажем, директором которого он стал. Во времена сталинских репрессий НКВД поручил ему назвать своих сотрудников дворянского происхождения. Первым в представленном списке стояло его имя. В годы блокады Ленинграда И.Орбели обеспечил труднейшую эвакуацию ценностей Эрмитажа. А на Нюрнбергском процессе прославился своей речью, посвящённой варварскому разрушению нацистами памятников культуры.

Судьбы братьев Орбели – феноменальный пример, когда в одной семье все дети наделены такими яркими способностями, сочетающимися с высокой порядочностью, и столь зримо влившись в служению своей стране.

Марина МЕЛКОНЯН,
внешт. корр. «МГ».

Белый свет, тихий дождь
И ни повода хмуриться,
Липкий запах мелиссы
И синий букет васильков.
На этюднике влага –
Я шла по придуманной улице,
И на мне до сих пор
Недоверчивый след облаков.

Что в лазури валять мастихин,
Раз графитовый серый
На полнеба размазал
Свой иссиня-пасмурный след.
Я хочу написать
На холсте, на бумаге, по небу,
По твоим волосам
Этот белый анапест. Привет!

* * *

Где все подснежники цветут
И шмель, как облачко, летает,
Моя душа туда маршрут
Пусть никогда не угадает.

День будет лёгким мотыльком
Порхать над изумлённым лесом,
Где улыбнётся мне тайком
Твоя весна, «моя принцесса».

* * *

«Тишина иногда означает
паузу», –
Вы сказали,
Опуская руки на клавиши,
И заиграли вальс.

«Этот вальс написал
знаете кто?»
И, не дожидаясь ответа:
«Черчилль!
Это мой любимый вальс».

Ноты вы превращали в звуки,
А тишину в паузы.
Они слетали с нотного стана,
И понемногу я стала
разбираться,
Где форте, а где пиано.

Пожалуй, такое доходит
не сразу.
Я шла по аллее. Осень.
И листья шуршали:
Тишина не всегда
означает паузу.

Сокровенное

Светлана СЕРГЕЕВА

Тишина не всегда означает паузу



* * *

* * *

* * *

Дай имя тишине. Скажи:
она плывёт,
как облако в сознании неспя-
щем.
Лети со мной на этот
небосвод –
Пусть это будет местом
встречи нашим.

И эта ночь в своём
земном венке
Из васильков пусть никогда
не тает.
За нами расплывается в боке
Улыбка мая.

Весна мешает свой коктейль,
Вербует рифмами Петрарки...
Но сели корабли на мель –
Заварены все входы в парки.
Я словно вор иду тропой,
Пинаю листья, жду подвоха.
Пожалуй что, любимый мой,
Здесь без меня совсем неплохо.

Набухших почек зеленца,
Непрекращающийся щебет –
Весна поёт и нет конца...
Так вот, не pura tibi desit*.
(*Не нужно её мутить.)

Келейнее, ты стал и строже.
Я слышу над твоей
головной ноты.
Я чувствую в твоих
волосах ветер.
И разные души заботы
морщинками
вокруг глаз.

Сидишь напротив,
через аудиторию,
будто на фото:
сквозь настоящее
проглядывают

детство, юность и так далее.
Песок времени в твоей руке,
за спиной головокружительное
боке.

Я вижу на тебе доспехи –
всё вынужденная оборона,
выученная беспомощность,
у меня такая же,
какие ландшафты –
такие рефлексy.

Против света
сизу вечно – не вечный
наблюдатель –
всё нипочём железному плащу.
И, глядя на тебя с улыбкой
и радуясь тебе без веса,
я чувствую в тебе
ответы,
которые сейчас ищy.

* * *

Над песком, где нет моих
следов,
отражаясь в волнах океана,
у твоих бразильских берегов
облака лететь не перестанут.

Пусть не знают о моей тоске
золотые пляжи Ипанемы,
и в твоей расслабленной руке
ветка кофе с гербовой
эмблемы.

Здесь совсем почти уже зима,
и стучит моё пустое сердце.
Уходя из осени, дома
мёрзнут, забываясь
в интермеццо.

Мёрзнет без твоей моя рука
по другую сторону планеты,
невозвратно мчатся облака
и несут тебе привет от Светы.

ОБ АВТОРЕ. С.Сергеева – не-
вролог, патофизиолог, доцент
кафедры патофизиологии Перво-
го Московского государственного
медицинского университета им.
И.М.Сеченова, член Союза жур-
налистов Москвы.

СКАНВОРД

Про- вно	Бег	Город, Япония	Монета, Др. Персия						Празд- ник у вост. славян		Отрос- ток на копосе	Звезда, Лев		Единица осве- щен- ности		Бел- лучи	Греч. богиня войны
			Побу- дит. причина	Река	Рус. нар. игра	Все суда	Гидро- кислин				Флуво- ксамин						
Впадает в Иль- мень	Ковш для руды				Страх. доку- мент			С. Со- ловьев, фильм	Индиго, жид- кость	Спорт- смен				Ценное дерево		Глюк, опера	
			Эста- када			Возвыш. равнина	Напиток из меда					Нота	Шалаш, Сев. Амери- ка				
Труто- вик	Плеть				Рус. пере- водчик		Увелич. стекло	Броснан	Суре- пица	Эпизод в опере	Пере- шел Цезарь						
			Пешня		Планета	Талант	Проти- воглист- ное						Воз- мездие				
Рос. архи- тектор	"... от ума"	Уго- ловные дела	Корелла				Вер- блюды										
				Кит. флейта	Живот- ное, хобот			3,14									
Автор Валерий Шаршуков		Этнич. группа					Забива- ют в грунт										

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

Ответы на сканворд,
опубликованный
в № 35 от 02.09.2020.