

# Медицинская

9 февраля 2022 г.  
среда  
№ 5 (8023)

# Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ  
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю  
Распространяется в России и других странах СНГ  
[www.mgzt.ru](http://www.mgzt.ru)

## Признание

# С благодарностью от всей страны

## В Кремле состоялась торжественная церемония вручения высших государственных наград



**В Екатерининском зале 20 наиболее достойных россиян – учёные, топ-менеджеры и бизнесмены госкомпаний, спортсмены, деятели культуры, посвятившие свою жизнь служению Отечеству.**

«Всех, безусловно, объединяет стремление работать на благо родной страны, общества, на благо наших граждан. Ваши достижения уже открыли и продолжают открывать новые горизонты в самых разных областях, в самых разных сферах, служат современному развитию России, вносят большой вклад в успешное будущее страны, дают пример преданности делу, долгу, целеустремлённости и умения принимать сложные, порой нестандартные решения», – отметил Президент России Владимир Путин.

И конечно, среди награждённых – врачи, те, кто стойко и смело спасает жизни. Президент поблагодарил представителей медицинского сообщества, которые словно на передовой ведут непрерывную борьбу с коронавирусом, самоотверженно исполняя свой профессиональный долг.

Шесть человек стали Героями Труда России. В частности, звание «Герой Труда РФ» удостоен президент Национального медицинского исследовательского центра эндокринологии академик РАН Иван Дедов. В начале пандемии одной из первых удар на себя приняла

### Во время награждения

Московская городская клиническая больница № 52, главный врач которой Марьяна Лысенко также отмечена этим почётным званием.

Специально учреждённый новый орден Пирогова президент вручил руководителю Федерального медико-биологического агентства РФ Веронике Скворцовой и генеральному директору Национального медицинского исследовательского центра радиологии, главному онкологу Минздрава России Андрею Каприну. Директор НИИ глазных болезней Юсеф Наим Юсеф удостоен ордена Дружбы.

«Настоящими героями в период пандемии для всех нас, для российской общественности, для общества, для наших людей, конечно, стали медицинские работники. Мы особенно осознали значимость труда врача, медсестры, фельдшера – всех, кто посвятил себя этой благородной миссии. Сегодня здесь – профессионалы высочайшего уровня. Ваши подвижничество, научный поиск помогают спасать жизни, способствуют развитию здравоохранения в интересах наших людей», – подчеркнул В.Путин.

В своём выступлении М.Лысенко призналась: «Особенным моментом в период пандемии для нас явилось учреждение государственных наград – ордена Пирогова и медали Луки Крымского. Но такого рода награды

не могут быть одному человеку, потому что медицина – это командная игра. Да, мы живём в непростой период. К сожалению, он продолжается. Но мне кажется, что пандемия, как любое испытание, несёт в себе и какое-то очищение. И я надеюсь очень, что этот непростой период приведёт к тому, чего мы все очень давно хотим. Мы хотим, чтобы наши граждане гордились российской медициной».

В.Скворцова поблагодарила главу государства за высокую оценку в её лице труда всего ФМБА России и добавила:

«Два года противостояния новой коронавирусной инфекции дополнительно сплотили 120-тысячный коллектив агентства и дали стимул к ускоренному развитию во всех направлениях нашей деятельности: от совершенствования комплекса противоэпидемических мер на стратегических объектах атомной, космической, оборонно-промышленной отраслей до значительного обновления системы оказания медицинской помощи на территориях ответственности ФМБА, что позволило нам, с одной стороны, развернуть в короткие сроки противокоронавирусную службу, где мы пролечили более 400 тыс. пациентов с COVID и сохранили за 2 года показатель летальности чуть выше одного процента.

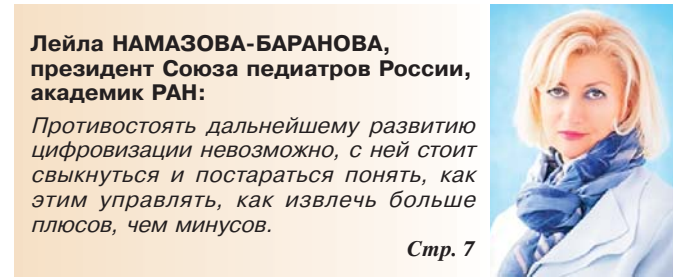
(Окончание на стр. 2.)



**Сергей АЧКАСОВ,**  
директор НМИЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих Минздрава России, профессор:

*Мы будем стараться держать планку, заданную академиком РАН Ю.Шельгиным, и двигаться дальше.*

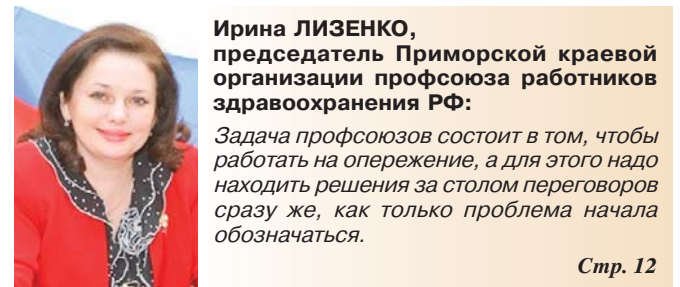
Стр. 4-5



**Лейла НАМАЗОВА-БАРАНОВА,**  
президент Союза педиатров России, академик РАН:

*Противостоять дальнейшему развитию цифровизации невозможно, с ней стоит свыкнуться и постараться понять, как этим управлять, как извлечь больше плюсов, чем минусов.*

Стр. 7



**Ирина ЛИЗЕНКО,**  
председатель Приморской краевой организации профсоюза работников здравоохранения РФ:

*Задача профсоюзов состоит в том, чтобы работать на опережение, а для этого надо находить решения за столом переговоров сразу же, как только проблема начала обозначаться.*

Стр. 12

## Преодоление

# Решение есть всегда

**В Камчатском крае уже более двух лет нет ревматологов и не оказывается медицинская помощь по данному профилю. Вице-спикер Государственной Думы Ирина Яровая назвала эту ситуацию, сложившуюся в самом дальнем уголке страны, чрезвычайной и провела рабочее совещание о развитии ревматологической службы региона.**

Свою помощь в подготовке специалистов и организации профильной службы на Камчатке предложил НИИ ревматологии им. В.А.Насоновой. Директор института доктор медицинских наук Александр Лила представил Минздраву Камчатского края полноценную «дорожную карту», успешность и скорость реализации которой целиком и полностью зависят от желания краевой администрации. Это подчеркнул и И.Яровая, напомнив, что проблема возникла не вчера, но к её решению в субъекте РФ до сих пор не приступили.

Итак, первым делом НИИ ревматологии готов провести для группы из 8-15 терапевтов, работающих на Камчатке, дистанционный цикл усовершенствования по ранней диагностике наиболее распространённых ревматических заболеваний. Параллельно институт примет несколько врачей на полноценную профессиональную переподготовку по

ревматологии, именно этим специалистам затем предстоит сформировать ревматологическую службу в крае. Речь идёт об организации на базе краевой больницы специализированного отделения на 15-20 коек. А создание регионального регистра ревматологических больных позволит планировать госзакупки дорогостоящих препаратов для терапии, включая генно-инженерные.

Федеральная клиника приглашает коллег из Камчатского края активнее использовать возможности телекоммуникаций и не только проводить время от времени телеконсультации, но и регулярные телеконсилиумы с разбором наиболее сложных клинических случаев. А Лила напомнил, что в НИИ ревматологии создан диагностический референс-центр, воспользоваться услугами которого может любой регион страны.

Министр здравоохранения Камчатки Андрей Кузьмин поблагодарил федеральный научный институт за готовность оказать всестороннюю помощь. Он признался, что все попытки переманить «готовых» ревматологов из других регионов не увенчались успехом, поэтому идея подготовить их из числа своих – единственно верная. Реализация плана должна начаться в ближайшие 2-3 недели.

**Елена БУШ,**  
обозреватель «МГ».

## Новости

## В больницу — на вертолёте

В Алтайском крае, площадь которого около 170 тыс. км<sup>2</sup>, в последние годы санитарная авиация становится спасением для многих больных. В прошлом году вертолёты санавиации совершили 144 вылета в отдалённые районы и эвакуировали в больницы Барнаула 225 человек, в том числе 41 ребёнка.

Сегодня во всех населённых пунктах края доступна скорая медицинская помощь. Но в случаях, когда пациентам требуется экстренная госпитализация в специализированные медицинские центры, санавиации просто нет альтернативы. Везти тяжёлого больного 7-8 часов из районов, удалённых от Барнаула на 500-700 км, значит — рисковать его жизнью. Санитарные вертолёты быстро доставляют в районные больницы специалистов-медиков, чтобы они либо на месте оказали необходимую помощь, либо транспортировали пациентов в специализированные клиники краевого центра.

— Наша задача — спасти больного, вовремя оказав ему помощь и доставив в больницу, — подчеркивает заведующий отделением экстренной консультативной медицинской помощи и медицинской эвакуации краевой клинической больницы Александр Кунгуров. — Мы оказываем полноценную догоспитальную медпомощь как перед вылетом, так и во время транспортировки. Но сначала с помощью телемедицины мы консультируем наших коллег в районных и городских больницах, и в зависимости от состояния пациента решаем: перевозить его в специализированную клинику или лечить на месте.

Специалисты санавиации готовы к вылету в любое время дня и ночи. В Барнауле вертолётная площадка расположена так, чтобы можно было быстро доставлять пациентов в краевую клиническую больницу, больницу скорой медицинской помощи или ковидный госпиталь.

Если же больного нужно транспортировать в детскую краевую больницу или ожоговый центр, вертолёт приземляется в Барнаульском аэропорту.

Алёна ЖУКОВА.

Барнаул.

## Быть начеку!

В международный День борьбы с онкологическими заболеваниями в Республике Татарстан стартовал декадник, приуроченный к этой дате.

Сегодня на учёте у онкологов Нижнекамской центральной районной многопрофильной больницы стоит около 8 тыс. пациентов. В год три онкохирурга делают более 700 различных операций пациентам с колоректальным раком (он занимает первое место по количеству заболевших) и раком молочной железы, кожи, желудка, а также с онкогинекологическими заболеваниями. Кроме того, в отделении проводят химиотерапию. Только за прошлый год здесь пролечилось более 2,5 тыс. человек. Более 2 тыс. из них — это пациенты, получившие химиотерапию. Оснащена больница и новым медицинским оборудованием, которое позволяет выполнять операции в более щадящем для пациента режиме.

Леонид БЕНЦКИЙ.

Республика Татарстан.

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

## Признание

## С благодарностью от всей страны

(Окончание. Начало на стр. 1.)

Но, с другой стороны, не только не снизить, а увеличить в 1,5 раза объёмы специализированной и высокотехнологичной помощи при всех других заболеваниях человека. Конечно, одним из основных предназначений агентства являются научные инновационные исследования и разработки. За неполные 2 года учёные агентства разработали линейку высокоточных, высокочувствительных тест-систем для определения вируса SARS-CoV-2, его линий, паттернов мутаций. Первый в нашей стране тест для определения «омикрона» и его разновидностей был разработан Центром стратегического планирования ФМБА и 11 января зарегистрирован. В декабре мы зарегистрировали инновационный, высокоспецифичный противовирусный препарат, первый в мире основанный на феномене РНК-интерференции, который разработал Институт иммунологии ФМБА, который доказал свою высокую эффективность при

всех известных более 800 линиях SARS-CoV-2, включая штамм омикрон и его разновидности, а также безопасность и отсутствие токсичности для человека. Сейчас на регистрации находится инновационная вакцина, разработанная Санкт-Петербургским НИИ вакцин и сывороток, отличающаяся высокой иммуногенностью и защитными свойствами — независимой от мутаций в поверхностных белках вируса, включая шипообразный S-белок. Эта вакцина лишена аллергенности и хорошо переносится человеком. Мы очень надеемся, что разработки Федерального медико-биологического агентства пополнят российский арсенал средств защиты».

Поздравления от президента и слова благодарности от всей страны продолжились за традиционным бокалом шампанского.

«МГ» также поздравляет лауреатов и желает им новых творческих достижений!

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

Москва.

## Профилактика

## Бросил курить — в подарок лыжи!

В Ямало-Ненецком автономном округе завершился региональный профилактический проект «Бросай курить, вставай на лыжи!» Его инициаторами стали окружной центр общественного здоровья и медицинской профилактики и региональная общественная организация «Общество специалистов профилактической медицины».

Идею поддержали 17 медресей в каждом уголке Ямала. В течение года специалисты проводили разноплановые мероприятия, нацеленные на профилактику никотиновой зависимости, оказывали психологическую и медикаментозную помощь всем, кто хотел, но никак не мог отказаться от табака. В рамках проекта более 3 тыс. человек посетили кабинеты по отказу от курения, 367 из них распрощались с пагубной привычкой. Всего на Ямале работают 16 таких кабинетов в каждом муниципалитете. На горячие линии по отказу от курения позвонили более 300 северян, психологи дали свыше 100 онлайн-консультаций.

Также специалисты провели 325 школ по отказу от курения, в которых приняли участие более 1,5 тыс. человек. Отдельные тренинги медики организовали для будущих мам и подрастающего поколения. Более 20 тыс. ребят по всему округу услышали о вреде никотина из первых уст и выразили в творчестве неприятие табака. Желавшие приняли участие в конкурсах детских рисунков и стихов, получили полезные для здоровья призы.

Отдельным важным направлением работы стал флешмоб «Я свободен, я больше не курю!» Отказавшиеся от сигарет ямальцы рассказали свои мотивирующие и далеко не всегда лёгкие истории



борьбы с пагубной привычкой. Более 20 человек из Ноябрьска, Надыма, Мужей, Нового Уренгоя, Муравленко и даже Яр-Салинской тундры поведали всему Ямалу о собственном пути к здоровой жизни. Медики уверены, что их опыт поможет другим вдохновиться, взять себя в руки и тоже отказаться от табака.

— Работа по профилактике никотиновой зависимости и мотивации к отказу от курения ведётся в регионе постоянно, — говорит заместитель главного врача Ямальского центра общественного здоровья и медпрофилактики Наталья Половцова, — но с приходом пандемии мы решили особо акцентировать внимание жителей на вреде курения. Оно воздействует на все органы и системы — у курильщиков чаще выявляются заболевания сердца и сосудов, бронхолёгочной системы, онкология. Кроме того, многочисленные научные исследования показали, что у тех, кто курит, коронавирусная инфекция протекает тяжелее, риск смерти повышается почти вдвое, ведь и вирус, и никотин бьют по одной цели — по лёгким.

Как отметила Наталья Сергеевна, лыжи в качестве подарка были выбраны неслучайно. Они не только отлично тренируют сердечно-сосудистую и дыхательную системы, развивают выносливость и укрепляют иммунитет, но и доступны каждому. Лыжная ходьба в умеренном темпе сопоставима по пользе с интенсивными пробежками, а вероятность травм значительно ниже. Систематические прогулки на свежем воздухе очень полезны: глубокое ровное дыхание максимально вентилирует лёгкие.

Сами участники отметили, что проект укрепил их в собственном решении, помог не «сорваться». Тем более, что в скором времени профилактикологи пообещали выпустить книгу с историями тех, кто теперь свободен от табачного дыма.

Участники проекта единодушно сошлись в одном: курение — это вред и ни один не пожалел о принятом решении. Это оказалось, быть некурящим — это счастье.

Иван АЛЕКСАНДРОВ.

МИА Cito!

Ямало-Ненецкий автономный округ.

## Итоги

## Успехи ранней диагностики



Центр онкодерматологии создан в Свердловском областном онкологическом диспансере год назад, поэтому уже можно говорить о первых итогах работы.

Так, самые распространённые кожные новообразования стали чаще выявлять на ранней стадии, а самые агрессивные (меланому и плоскоклеточный рак кожи) теперь нередко диагностируют даже на стадии in situ, когда они ещё не проросли в глубокие слои кожи, а значит успешный результат лечения будет достигнут в 99% случаев.

«Главное условие ранней диагностики рака кожи — оперативная морфологическая верификация. Поэтому дерматологи районных

поликлиник сейчас находятся в прямой связи со штатным дерматологом нашего центра: при подозрении на злокачественное новообразование, пациентов записывают на приём к онкодерматологам в течение ближайших пяти дней. Новую маршрутизацию разработали совместно с Уральским НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии, кафедрами онкологии и дерматовенерологии Уральского государственного медицинского университета», — пояснил руководитель центра Лев Изюров.

Лечебная система здесь выстроена по мультимодальному принципу: необходимые методы диагностики и лечения аккumulированы в одном месте. Благодаря работе амбула-

торной операционной проводятся малоинвазивные хирургические вмешательства — новообразования удаляются и незамедлительно перенаправляются патоморфологам для верификации. Такой подход позволяет оперативно разработать эффективную тактику лечения.

За прошедший год в центре онкодерматологии провели более 800 оперативных вмешательств, свыше 400 пациентов прошли различные виды лучевой терапии, свыше 100 — курсы фотодинамической терапии. Специалисты центра напрямую взаимодействуют с хирургическими отделениями областного онкодиспансера и, в случае необходимости, в кратчайший срок направляют пациента на углублённое обследование и расширенное оперативное вмешательство.

Сотрудники центра ведут и научную деятельность по изучению эпидемиологии рака кожи в области, а также при активном взаимодействии с дерматологической службой региона принимают участие в реализации научно-практических проектов, связанных с ранней диагностикой поверхностных злокачественных новообразований на основе проведения скрининговых обследований населения.

Елена ЛЬВОВА.

МИА Cito!

Екатеринбург.

Перемены

# Квалификационные часы

Минздрав России представил проект обновлённого Порядка непрерывного медицинского образования (НМО) специалистов. В документе появился минимальный порог часов по программам повышения квалификации и (или) профессиональной переподготовке – за пять лет медику необходимо набрать не менее 144 академических часов образовательной активности, из которых 36 часов приходится на очное обучение.

Проектом ведомство намерено отменить свой приказ № 66н от 03.08.2012 о порядках и сроках непрерывного обучения медиков по дополнительным образовательным программам. Обновление, согласно пояснительной записке, понадобилось «в связи с введением аккредитации специалистов для всех категорий медицинских работников и переходом на систему непрерывного медицинского и фармацевтического образования».

В новой версии приказа, в отличие от предыдущей, содержится пункт о финансировании такого обучения за счёт федерального, регионального бюджетов и ОМС. Отмечено, что работодатель создаёт необходимые условия для совмещения работы с обучением, а сотрудник вправе самостоятельно распределять образовательную нагрузку в течение года. Ранее необходимость допобучения и его объём по приказу № 66н утверждались в зависимости от потребности работодателя.

Федеральный Минздрав также вписал в предлагаемые правила НМО обязательное прохождение 36-часового курса по лечению и профилактике инфекционных заболеваний для работников, обеспечивающих «в условиях эпидемического или пандемического распространения инфекций» деятельность медицинских организаций.

Ранее, как признавали в Минздраве России, НМО не имело полноценного нормативного

сопровождения. По словам заместителя министра здравоохранения РФ Татьяны Семёновой, приказ № 66н, в связи с «несогласованностью ряда профорганизаций и разработчиков Минздрава России», за всё время не был дополнен нормой почасовой нагрузки «при формировании индивидуальной образовательной траектории медицинского работника».

В последний раз внести ясность в объём образовательной активности в федеральном Минздраве пытались в 2017 г. – тогда предлагался лимит в 150 часов, или 30 ежегодно.

Минимальный порог в 144 часа по программам повышения квалификации (или 72 часа повышения квалификации вместе с 70 часами любой активности на портале НМО) уже введен для прохождения медработником периодической аккредитации раз в 5 лет.

Игорь КОРАБЛЁВ.

МИА Сити!

Однако

# Приведи друга

Власти Московской области будут выплачивать медработникам премии за привлечение к работе новых специалистов, сообщил губернатор Андрей Воробьёв в своём Telegram-канале.

«В этом году запустили новую программу «Приведи друга» – любой медицинский работник получит единовременную выплату за нового привлечённого в систему здравоохранения Подмосквовья специалиста. Привёл человека – получил от 30 до 50 тыс., в зависимости от оклада специалиста, которого пригласил на работу», – сказал А.Воробьёв.

Алексей ПИМШИН.

Криминал

# Барий смерти

Главное следственное управление (ГСУ) СК РФ по Санкт-Петербургу проводит проверку о гибели трёх пациентов после обследования желудка с применением некачественного бария в городском консультативно-диагностическом центре (КДЦ) № 1. Отмечается, что скончались женщины в возрасте 63, 76 и 78 лет. Ранее по факту гибели ещё трёх человек после прохождения такой же процедуры в КДЦ было возбуждено уголовное дело, а главный врач центра отправлен в СИЗО.

В управлении подчеркнули, что проверяют информацию «следственным путём». Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга не получал новых обращений от родственников погибших. В территориальном органе Росздравнадзора информацию также пока не комментируют.

Уголовное дело по ч. 3 ст. 109 и ч. 3 ст. 238 УК РФ (причинение смерти по неосторожности и оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности жизни и здоровья потребителей) было возбуждено 26 января. По версии следствия, пациенты проходили обследование в КДЦ 23 и 25 января – изначально сообщалось о двух погибших, позднее их число увеличилось до трёх. Следователи полагают, что исследование желудка проходило с применением некачественного сульфата бария.

Главный врач КДЦ № 1 Е.Попов после появления информации о гибели пациентов отмечал, что ранее никаких проблем при проведении аналогичных процедур

не возникало. По его словам, при проведении исследований в КДЦ «осложнений никогда не было». После происшествия проведение гастрографии прекратили, а всех проходивших процедуру пациентов при наличии недомогания попросили обращаться в центр.

Территориальный орган Росздравнадзора по Санкт-Петербургу и Ленинградской области отметил, что организовал собственную проверку после гибели пациентов в медицинском учреждении. В ведомстве отметили, что обращение препарата, который использовался при проведении процедуры, было приостановлено.

Спустя два дня после возбуждения уголовного дела в качестве подозреваемого был задержан главный врач КДЦ Е.Попов. Следователи считают, что он «на протяжении длительного времени» допускал применение в процедурах «контрафактного» сульфата бария вместо сертифицированного препарата. Как сообщили в следственном управлении, Е.Попов утвердил заявку на покупку препарата «Барий сернокислый 0.10 (Н<sub>2</sub>O)», который не может использоваться в медицинских целях и представляет опасность для жизни и здоровья человека. Кроме того, данный препарат не включён в реестр лекарственных средств, несмотря на это, его закупили и использовали в диагностическом центре.

Решением Октябрьского районного суда Санкт-Петербурга Е.Попов был отправлен в СИЗО до 26 марта 2022 г.

Вячеслав ДАШКОВ.

МИА Сити!

Проекты

# Новый стандарт терапевта

Минтруд России представил проект профессионального стандарта «врач-терапевт», который должен с сентября 2022 г. заменить версию аналогичного документа от 2017 г. Разработчики стандарта предлагают расширить нормативный функционал терапевта, добавив к нему оказание медпомощи по профилю «терапия» в круглосуточных и дневных стационарах.

Документ с 2017 г. разрабатывает Российское научное медицинское общество терапевтов вместе с Национальной медицинской палатой, НИИЦ терапии и профилактической медицины и Московским государственным медико-стоматологическим университетом им. А.И.Евдокимова.

Основные трудовые обязанности специалиста, к которым стандарт относит врача-терапевта участкового, подросткового, цехового врачебного участка, остаются прежними: диагностика и лечение заболеваний, относящихся к профилю «терапия». Неизменны и требования

к квалификации: высшее медицинское образование по специальностям «лечебное дело» или «педиатрия» либо профильные интернатура и профпереподготовка (при наличии ординатуры по специальности «общая врачебная практика»).

Список трудовых функций в действующем профессиональном стандарте включает непосредственно диагностику и лечение в амбулаторных условиях, реабилитацию, анализ медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организацию работы среднего медперсонала. Предлагается уточнить, что медпомощь по профилю может быть оказана стационарно, а обязанность терапевта по проведению медэкспертизы выведена в отдельную трудовую функцию.

Профстандарт «врач-лечебник» был утвержден Минтрудом России в 2017 г., с тех пор ведомство публиковало несколько версий его новой редакции, но пока они не дошли до утверждения.

Процесс обновления профстандартов идёт вместе с обнов-

лением или утверждением образовательных стандартов, порядков медпомощи и клинических рекомендаций. Профстандарты учитываются при организации учебного процесса в медвузах, проведении квалификационных экзаменов, а также при приёме на работу и составлении должностной инструкции сотрудника.

Иногда принятые профстандарты становятся предметом общественной дискуссии. Так было со стандартом «врач-онколог», из буквального чтения которого следует, что всем врачам, претендующим на позиции химиотерапевта либо хирурга-онколога, придётся отработать не менее 5 лет в стационаре терапевтом, акушером-гинекологом, хирургом, урологом и по другим специальностям. В Минздраве России однако заверили, что речь идёт только о специалистах, прошедших профпереподготовку на онколога из других специальностей.

Борис ЕФИМОВ.

МИА Сити!

Ситуация

В Государственном научном центре вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора считают преждевременными выводы петербургских учёных об отрицательной эффективности созданной в этом центре вакцины от коронавируса «ЭпиВакКорона». Об этом «Интерфаксу» заявил представитель центра.

Он допустил, что такие результаты исследования могут быть связаны с недостаточным объёмом выборки, а также с тем, что «ЭпиВакКорону» обычно выбирают пожилые люди и те, у кого хронические заболевания, поскольку стараются минимизировать побочные эффекты.

«Представленные в препринте результаты не обеспечивают необходимой статистической значи-

# Ошибочный результат?

мости для того, чтобы делать выводы не только об эффективности вакцинации «ЭпиВакКорона», но и другими вакцинами», – сообщили в «Векторе».

Там указали, что авторы ссылаются на методику расчёта ВОЗ, в которой указан объём выборки, необходимый для получения статистически значимых результатов. Так, для ожидаемой эффективности вакцинации в 50%, при условии, что провакцинировано 20% популяции, ВОЗ рекомендует выборку, составляющую 1594 человека. «При этом для расчётов по «ЭпиВакКороне» использовали результаты по выборке из 17 че-

ловек, что соответствует охвату вакцинации в 1,4%», – отметили в центре.

Таблицы в препринте показывают, что эффективность «ЭпиВакКороны» статистически значимо не отличается от показателя у «КовиВака» и «Спутника Лайт», считают в научном центре и уточнили, что в рекомендациях ВОЗ не приведён минимально допустимый охват вакцинацией. «В этой ситуации особенно важным становится подход к скрининговому методу с предварительным расчётом размера выборки. Для расчёта размера выборки в скрининговом методе оценки эффективности

«ЭпиВакКороны» есть общепринятые формулы. Расчёт размера выборки и его обоснование не приведены. Таким образом, потенциальная ошибка может заключаться в крайне низкой мощности исследования ввиду малого охвата населения вакцинацией в отсутствие при этом обоснования размера выборки», – сообщили создатели вакцины.

Кроме того, как отметили в «Векторе», к ошибочному результату могло привести то, что вакцинацию «ЭпиВакКорона» прошли морбидные (более болезненные) пациенты, с повышенным риском по возрасту или по наличию хронических

заболеваний. Это, как отметили специалисты, подтверждается приведёнными в препринте цифрами: при учёте возраста участников средний показатель эффективности для вакцины центра «Вектор» увеличивается более чем в 2 раза, тогда как для «КовиВака» и «Спутника Лайт» этот показатель остаётся неизменным.

«То есть действительно для исследования эффективности «ЭпиВакКороны» выбрали более пожилых людей. На данный момент риски приведённых потенциальных критических ошибок не позволяют опереться на полученные результаты оценки «ЭпиВакКороны», – подчеркнули в сообщении.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Сити!

– Сергей Иванович, цель Всемирного дня борьбы с раком – привлечь внимание государства и общественности к глобальным проблемам онкологических заболеваний, а именно насторожить население в отношении собственного здоровья. Стимулировать органы власти к решению задач по своевременной диагностике и эффективному лечению рака. Одним из таких решений в стране стал новый порядок оказания медицинской помощи пациентам онкологического профиля, который определен Минздравом России. Учреждения, имеющие колопроктологические отделения, в том числе и ваш институт, вошли в этот порядок или вы считаете, что нужно внести изменения в принятый документ? Если да, то поделитесь своим отношением к установленным правилам. Если нет, что по вашему мнению нужно изменить?

– Есть две составляющие: если мы говорим о Порядке оказания медицинской помощи населению с заболеваниями толстой кишки, анального канала и промежности колопроктологического профиля (утвержденного приказом Минздрава России № 206н от 02.04.2010), то в нём прописано, что лечение и наблюдение пациента с колоректальным раком осуществляется на основе взаимодействия врачей-специалистов: колопроктолога, прошедшего усовершенствование по вопросам онкологии, и онколога. То есть колопроктолог не только может, но и должен оказывать помощь пациентам с колоректальным раком.

Вы же упомянули приказ № 116н Министерства здравоохранения РФ от 19.02.2021 «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях». Я должен сказать, что прекрасно понимаю, почему этот ведомственный документ издан. Он абсолютно нужен, своевременен. И причины его разработки заключаются в том, что Минздрав России и онкологическое сообщество заинтересованы в том, чтобы происходила очень чёткая маршрутизация пациента с онкологическим заболеванием. Работа должна быть настолько структурирована, чтобы никто даже не задумывался куда необходимо направить пациента. Это позволит избежать потери такого драгоценного ресурса в онкологии, как время, на каждом из этапов оказания медицинской помощи.

На первый взгляд, возникают вопросы о том, как будут задействованы в диагностике и лечении злокачественных опухолей специалисты узкой направленности: гинекологи, эндокринологи, торакальные хирурги и т.д. Всегда считалось, что каждый врач должен заниматься только своим ремеслом, а не быть мастером на все руки. Например, я – колоректальный хирург, это достаточно узкая направленность, занимаюсь лечением злокачественных опухолей такой локализации всю жизнь, считаю, что добиваюсь хороших результатов. В моих руках аккумулируется огромный опыт работы именно в данной узкой области. То же самое касается национальных медицинских исследовательских центров, которые по определению являются медицинскими организациями – лидерами по своим профилям (Приказ Минздрава России № 309 от 07.04.2021. «Об утверждении Положения о формировании сети национальных медицинских исследовательских центров»).

Именно в них должны аккумулироваться наиболее сложные пациенты, нестандартные случаи.

В ситуациях, когда в регионе пациенту колопроктологического профиля со сложным клиническим случаем невозможно оказать спе-

## Авторитетное мнение

# Отвечая требованиям времени

## Как федеральные центры работают в условиях пандемии

Несмотря на трудности текущего периода, связанные с пандемией, федеральные клиники продолжают оказывать гражданам страны всю необходимую специализированную и высокотехнологичную помощь. Особенно остро в новых условиях встал вопрос лечения онкологических заболеваний. Об этом и о возможностях профилактики колоректального рака в преддверии Всемирного дня борьбы с раковыми заболеваниями (World Cancer Day) состоялась беседа главного редактора «МГ» Алексея ПАПЫРИНА с директором Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии им. А.Н.Рыжих Минздрава России профессором Сергеем АЧКАСОВЫМ.

Сергей Иванович – хирург высшей квалификационной категории, активно занимается научной работой, автор 273 печатных работ,



специализированную медицинскую помощь, то посредством применения телемедицинских технологий мы маршрутизируем таких пациентов в НМИЦ колопроктологии. Часто бывают ситуации, когда ещё на месте принимается решение о том, что в выборе тактики лечения этого конкретного больного нужно отказаться от операции и прибегнуть к противоопухолевому лекарственному лечению, или наоборот. Зачастую мы пересматриваем диагнозы и подходы к лечению, потому что в структуре НМИЦ существуют референсные центры, где принимают экспертное или так называемое второе мнение, чтобы выбрать наиболее правильную тактику лечения.

**– Специалисты в области эпидемиологии и профилактики онкологических заболеваний дают неблагоприятный прогноз из-за пандемии коронавирусной инфекции и связанных с ней вынужденных перестроек в работе системы здравоохранения. По итогам 2020–2021 гг. в РФ произошло существенное снижение онкозаболеваемости, которое на самом деле является снижением её выявляемости. По мнению экспертов, в ближайшие годы это обернётся ростом доли запущенных случаев ЗНО. Согласны ли вы с таким пессимистичным прогнозом? Что следует предпринять на уровне федерального центра и регионов, чтобы минимизировать негативные последствия пандемии для онкологической ситуации в стране? В частности, как вы оцениваете целесообразность и эффективность онкоскрининга на колоректальный рак?**

– Вы говорите не столько о пессимистичном прогнозе, сколько о реалистичном, мы действительно находимся в такой реальности. Да, мы все работаем в условиях пандемии. Она изменила нашу жизнь. Ведь работа в сложной эпидемиологической обстановке – огромная нагрузка на систему здравоохранения в любой стране, и Россия не может быть исключением. Понятно, что привлекаются огромные силы и средства на оказание помощи больным COVID-19. Крайне важно, что Минздрав России сразу декларировал, что пандемия не должна останавливать оказание медицинской помощи онкологическим больным. Как бы трудно не было этого добиться, но объёмы ВМП и специализированной помощи не уменьшились, а даже увеличились, об этом можно судить в частности и по работе нашего центра. Естественно, нагрузка

увеличилась, так как мы берём на себя потоки пациентов, которые не могут пройти курсы лечения в регионах, в том числе по причине сложной эпидемиологической обстановки, где ряд медицинских организаций перепрофилированы в инфекционные госпитали. Как результат – увеличилось количество телемедицинских консультаций, хирургических операций и прелечных пациентов. В рамках работы НМИЦ, мы на постоянной основе проводим анализ состояния организации оказания медицинской помощи по профилю «колопроктология», включая колоректальный рак. И снижение первичной выявляемости заболеваний отмечается существенное, в том числе не толь-

ко по колоректальному раку. Так к примеру, в 2019 г. число пациентов с впервые в жизни установленным диагнозом «геморрой» составляло 184 489, а уже в 2020 г. снизилось на 20% и составило 149 848 случаев. Мы понимаем, что количество больных с геморроем не уменьшилось, просто они не приходят на приём к специалисту, занимаясь самолечением, что прогнозируемо приведёт к росту доли более поздних стадий геморроя. Это очень плохо. Промедление не позволит применить малоинвазивные методики лечения, которые в более короткие сроки возвращают пациента к активному образу жизни.

Что касается колоректального рака, то даже в таких непростых обстоятельствах пандемии, мы уделяем ему самое пристальное внимание. Особенно разработке и внедрению скрининговых программ, так как раннее выявление рака – залог успешного лечения. В настоящее время в рамках соглашений о сотрудничестве, с целью снижения смертности населения, активно ведётся от-

работка методики скрининга колоректального рака в субъектах Российской Федерации, в том числе в Хабаровском крае, Тверской, Свердловской, Оренбургской, Астраханской, Московской областях.

Помимо этого, в НМИЦ колопроктологии разработан и осуществляется с 2020 г. план мероприятий в рамках реализации федерального проекта «Борьба с онкологическими заболеваниями», который включает в себя и меры по мотивации населения к своевременному прохождению программ диспансеризации, и скрининговые программы раннего выявления злокачественных новообразований, и повышение доступности и качества специ-

15 патентов на изобретения, 15 различных монографий и глав в учебниках, посвящённых колопроктологии и общей хирургии, соавтор национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению колопроктологических заболеваний. С.Ачкасов – член Ассоциации колопроктологов России, Европейского колопроктологического общества, Всемирной ассоциации университетских колоректальных хирургов, эксперт Росздравнадзора по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи, оказываемой в федеральных специализированных медицинских учреждениях, а также медицинской помощи в рамках Национального проекта «Здоровье», применения лекарственных средств и изделий медицинского назначения и техники при выполнении услуг по специальности «колопроктология», «онкология», «хирургия».

пациентов, относящихся к группам риска, которым необходима колоноскопия, и на сегодняшний день являющаяся золотым стандартом для скрининга колоректального рака.

В целом ежегодно по стране выполняется порядка 800 тыс. подобных исследований, из них только в нашем центре – 12 тыс. И ещё тысячу диагностических колоноскопий было проведено в рамках работы выездных бригад в регионах специалистами НМИЦ колопроктологии.

**– Накануне Всемирного дня борьбы с раком нельзя не спросить, с какой периодичностью нужно делать колоноскопию?**

– Гражданам в возрасте от 40 до 64 лет включительно – исследование кала на скрытую кровь раз в 2 года, и в случае положительного результата показано проведение колоноскопии. А в возрасте от 65 до 75 лет включительно – исследование кала на скрытую кровь раз в год, и в случае положительного результата показано проведение колоноскопии. Всё это прописано в приказе Минздрава России № 404н от 27.04.2021 о порядке проведения диспансеризации.

Но есть пациенты, которым следует назначить такое исследование в более раннем возрасте. Они относятся к группам риска. В основном это люди с полипами, воспалительными заболеваниями кишечника, а также те, кто переболел раком, или у кого в семье были больные этим недугом. И только врач, прежде всего колопроктолог, точно подходить к каждому больному, выделит тех, кому с какой периодичностью и когда делать колоноскопию.

**– Как пандемия отразилась на работе центра? Изменилось ли количество проведённых исследований и консультаций, выполненных плановых операций?**

– Мы ничем не отличаемся от других медицинских организаций, соблюдаем все меры, чтобы не был произведён так называемый занос и распространение инфекции в стенах центра.

А что касается влияния пандемии на объём оказанной медицинской помощи, то несмотря на такую сложную эпидемиологическую обстановку, число пациентов не снизилось, а увеличилось. Например, в 2020 г. мы оказали необходимую помощь 31 тыс. больных, а уже в 2021 г. – 37 тыс., из них в условиях стационара в 2020 г. 10 тыс., в 2021 г. – 12 тыс. То же самое касается оперативных вмешательств:

*С.Ачкасов в 1985 г. с отличием окончил лечебный факультет Волгоградского ордена Трудового Красного Знамени государственного медицинского института и был направлен на работу в отделение общей хирургии областной больницы № 1 Ульяновска. В 1987 г. поступил в клиническую ординатуру в ГНЦК им. А.Н.Рыжих Минздрава России по специальности «колопроктология», а по её окончании – в очную аспирантуру. В 1992 г. им успешно защищена кандидатская диссертация на тему: «Хирургическая тактика при восстановительном лечении осложнённого дивертикулёза ободочной кишки». С 1992 по 1996 г. работал в должности врача-хирурга ГНЦК им. А.Н.Рыжих Минздрава России. В 1992–1997 гг. – стажировки в престижных зарубежных клиниках. В 2003 г. С.Ачкасовым защищена докторская диссертация на тему: «Аномалии развития и положения толстой кишки у взрослых. Клиника, диагностика, лечение». В ноябре 2021 г. назначен директором НМИЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих Минздрава России.*

их количество в 2021 г. увеличилось на 25% по сравнению с 2020 г.

– **Сергей Иванович, колоноскопия – золотой стандарт диагностики заболеваний кишечника. Какие тенденции правят бал сегодня? Это информативное исследование проводится под наркозом или без него?**

– В выборе метода обезбоживания не может быть жёстких стандартов. Если пациент захочет, он может пройти обследование под седацией. Уточним, что речь идёт о контролируемом уровне медикаментозной депрессии сознания: человек сохраняет рефлекс, самостоятельно дышит. Это безопасно для здоровья, не влияет на работу жизненно важных систем. При колоноскопии вообще не нужен наркоз. Но бывают, конечно, исключения. Например, люди, страдающие различными заболеваниями кишечника или те, кто имеет высокий болевой порог. В этом случае врач сам советует провести процедуру под седацией. Некоторые пациенты просят сделать исследование таким образом. Как правило эндоскописты идут навстречу пожеланиям пациентов. Давайте не будем забывать, что кредо современной медицины – сделать все методы диагностики и лечения максимально безопасными и безболезненными. Человек не должен испытывать никаких негативных эмоций, не только проходя обследование кишечника. Более того, люди не должны бояться проходить эту не очень приятную процедуру.

– **НМИЦ колопроктологии – ведущее учреждение в стране по своему профилю. Сюда направляют (во всяком случае, должны направлять!) из регионов пациентов с наиболее сложными, тяжёлыми и редкими формами онкологических заболеваний данной локализации. Об одном из таких клинических случаев есть упоминание на сайте центра: год назад специалисты НМИЦ колопроктологии им. А.Н.Рыжих обнаружили у пациентки гигантскую (14 см длиной) опухоль в просвете сигмовидной кишки и успешно удалили её эндоскопическим доступом. Безусловно, мастерство хирургов в данном случае заслуживает аплодисментов. А что можно сказать о специалистах тех лечебных учреждений, куда данная пациентка наверняка обращалась до того, как оказалась в НМИЦ колопроктологии? Учитывая, что подобные случаи (когда к вам в клинику попадают больные с суперзапухлыми злокачественными опухолями), вероятно, происходят регулярно. Какую «обратную связь» с коллегами на местах вы как директор федерального центра считаете необходимой в подобных ситуациях?**

– Обратная связь с коллегами на местах – это важная часть нашей работы, которую мы успешно осуществляем. Это помогает нам, что называется, не застаиваться, не вариться «в собственном соку», а шагать в ногу со временем, взаимно обогащая себя и наших коллег. Посредством работы Ассоциации колопроктологов России, а также в рамках работы НМИЦ осуществляется организационно-методическая поддержка региональных специалистов на постоянной основе. В рекомендательном – подчёркиваю! – порядке, не как надзирающий, карающий орган, а как более опытные коллеги, помогаем специалистам на местах не отставать от новых тенденций. Это очень трудоёмкая, кропотливая работа, от которой ждать сиюминутного результата нельзя.

Ну, а к вопросу о сложном клиническом случае – действительно, четырнадцатисантиметровая опухоль была удалена через эндоскоп. Это как раз возвращаясь к нашему разговору о маршрутиза-

ции пациентов и ситуациях, когда в регионе пациенту колопроктологического профиля со сложным клиническим случаем невозможно оказать специализированную медицинскую помощь. Уверен, направить пациента к нам было правильным решением, учитывая наш огромный опыт.

– **Медицинская статистика знает всё. К весне всегда готовятся отчёты за прошлый год. Что она показывает: колопроктологических отделений становится больше в многопрофильных клиниках страны или, наоборот, операции с поражением кишечника теперь, в связи с трудностями, больше выполняются в общих хирургических отделениях?**

– Давайте начнём с того, что я себя тоже считаю хирургом. Колопроктология вообще вышла из хирургии. В классическом смысле, в широком понимании, хирургия начинает медленно умирать. И это не что-то плохое, а неизбежная тенденция. Я тоже прекрасно знаю, как выполняется аортокоронарное шунтирование, но никогда не возьмусь за такую операцию. Очевидно, что сделаю еёкратно хуже, чем справится с вмешательством сердечно-сосудистый хирург. Ровно, как и наоборот, если речь зайдёт о лечении геморроя или свища прямой кишки. Казалось бы, простая операция, но некорректно выполненное вмешательство может привести к тяжелейшей инвалидизации пациента. Не зря же во всём мире сейчас наблюдается тенденция, когда классической хирургии почти не остаётся. Наступили времена специализации: эндокринная хирургия, колопроктология, хирургическая панкреатология, урология, гинекология, кардиохирургия, герниология, всего и не перечислишь. Возвращаясь к началу нашего интервью, почему колопроктологический хирург хорошо выполнит операцию по удалению злокачественной опухоли в брюшной полости? Он хорошо знает эту зону, имеет огромный опыт подобных вмешательств, понимает, каких вещей никогда нельзя делать. Более того, во всём мире нет колопроктологических онкологов, есть колопроктологические хирурги. Именно они и выполняют онкологические операции. Скажу ещё, что в развитых странах онкологи являются специалистами по противоопухолевой лекарственной терапии и по радиотерапевтическим методам лечения. Залог успеха – в содружестве врачей различных специальностей в лечении колопроктологического рака.

– **Лапароскопические вмешательства активно применяются в колопроктологии. Как вы считаете, уже достигнут предел в применении малоинвазивной хирургии или до этого ещё очень далеко?**

– Конечно, нет предела совершенству. Первая колопроктологическая лапароскопическая операция в России выполнялась в операционной нашего центра. Я в ней принимал участие, хотя выполнял её приглашённый хирург из Австрии. Он проводил показательно-образные операции по поводу ворсинчатой опухоли, выпадения прямой кишки. Я ассистировал. Очень удивился, когда обнаружил на одной из научных конференций слайд, где в протоколе этой операции была написана и моя фамилия. Тогда шёл 1992 г. Мы очень активно занимались внедрением лапароскопических технологий, которые в последующем доказали свою эффективность. Сейчас в стране немало центров, в которых малоинвазивные вмешательства проводятся чаще, чем открытые. НМИЦ колопроктологии не является исключением. Я считаю, что лапароскопическая

хирургия на сегодняшний день показывает отличные результаты. С робот-ассистированной хирургией всё сложнее. На данный момент высокая стоимость оборудования сдерживает применение перспективной технологии. С другой стороны, надо понимать, что медицина завтрашнего дня – роботизированная хирургия. Мы уже все достижения из лапароскопической хирургии внедряли в колопроктологию. В этом ряду и высокоэнергетические технологии рассечения тканей, остановки кровотечений, артикуляционные манипуляторы и многое другое.

– **В 2016 г. вы стали лауреатом премии Правительства РФ в области науки и техники за разработку и внедрение междисциплинарной стратегии в лечении колоректального рака. Довольны ли вы как разработчик, тем, как представлена колопроктологическая служба в регионе и как она совершенствуется?**

– Что касается того, доволен ли я, отвечу так: был бы доволен – написал бы заявление об увольнении, так как задача центра выполнена. А так – мы будем работать дальше.

– **На ваш взгляд, какие научно-практические мероприятия по колопроктологическому профилю станут главными в этом году?**

– На текущий год заготовлена насыщенная программа, 36 мероприятий пройдут под эгидой Ассоциации колопроктологов России, в том числе ставший уже традиционным событием осени ежегодный Съезд колопроктологов России, а также хотелось бы отметить, что в этом году впервые запланировано масштабное мероприятие для молодых специалистов «Первый Байкальский колопроктологический форум молодых учёных». На наш взгляд, это очень важный проект, который предназначен для поддержки и развития молодых коллег.

Помимо этого в рамках осуществления функций НМИЦ, разработан цикл научно-практических мероприятий (всего 12) с применением телемедицинских технологий, который охватывает наиболее актуальные и востребованные вопросы диагностики и лечения сложных клинических случаев с погружением в атмосферу операционной и двустороннего общения в узком кругу специалистов.

– **Не так давно открылся новый корпус НМИЦ колопроктологии. Будет ли продолжен ремонт зданий центра и планируете ли вы дальнейшее техническое перевооружение? Какие новые возможности в диагностике и лечении заболеваний появятся у специалистов центра в ближайшее время?**

– Да, планируем. Что касается ремонта зданий, мы будем продолжать ремонтировать их и дальше. Огромная заслуга предыдущего директора центра – академика РАН Юрия Шельгина в том, что построили новый корпус. И в будущем действовать будем именно так. У нас отличная научная и техническая база, которая позволяет делать самые сложные операции. Кроме того, усилиями Юрия Анатольевича были созданы экспертного уровня микробиологическая, генетическая лаборатории с возможностью выполнения полноэкзомной ДНК-диагностики, уникальная, не имеющая аналогов не только в России, но и в Европе лаборатория клинической патофизиологии, лаборатория патоморфологии и иммуногистохимических исследований, что также позволяет нам проводить исследования на самом передовом уровне. Мы будем стараться держать планку, заданную академиком Ю.Шельгиным, и двигаться дальше.

## ОМС: реальность и перспективы

**Комментарий Федерального фонда обязательного медицинского страхования относительно отчёта Счётной палаты Российской Федерации «Анализ системы защиты прав застрахованных лиц в системе ОМС».**

медицинской помощи федеральными медицинскими организациями осуществляется онлайн информирование пациентов посредством единого портала госуслуг (ЕПГУ) о сформированном направлении, решении врачебной комиссии и стоимости

# Прозрачность и нормативное регулирование

«С конца 2020 г. по настоящее время в законодательство об ОМС внесены важные изменения, направленные на совершенствование защиты прав застрахованных лиц, позволяющие, в том числе, решить вопросы, обозначенные Счётной палатой: предусмотрен переход на цифровой полис ОМС, упрощение административных процедур вступления в систему ОМС, обращения за медицинской помощью; в отдельный сегмент базовой программы ОМС выделена медицинская помощь, оказываемая в федеральных клиниках, что существенно повысило её доступность для застрахованных лиц вне зависимости от территории страхования (проживания); изменены ряд полномочий субъектов контроля качества медицинской помощи в системе ОМС и порядки проведения указанного контроля.

Также в 2021 г. были внесены изменения более чем в 20 подзаконных актов. Например: приказом Минздрава России №231н от 19.03.2021 изменены подходы к проведению медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи в части критериев отбора случаев для экспертизы, объёма экспертных мероприятий, применения санкций к медицинским организациям. Приказом также предусмотрено внедрение риск-ориентированного подхода при проведении экспертиз качества медицинской помощи, который послужит в том числе маркером для профилактики нарушений, влияющих на доступность и качество медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в рамках ОМС. Кроме того, приказом Минздрава России № 210н от 16.03.2021 «Об утверждении порядка ведения единого реестра экспертов качества медицинской помощи» утверждён новый Порядок ведения реестра экспертов. Внедрена прозрачная процедура включения (исключения) экспертов в реестр. В реестре будут также отражаться все назначенные экспертизы и результаты их проведения. Нормы нового Порядка ведения реестра экспертов ЭКМП повысят независимость экспертов и качество проведения экспертизы.

Федеральным фондом актуализированы Методические рекомендации по взаимодействию участников ОМС при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи. Есть ещё и такой важный аспект: ведётся модернизация государственной информационной системы ОМС, что обеспечит создание единой цифровой среды не только на федеральном, но и на региональном уровнях. В настоящее время в рамках оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной

оказанного лечения в рамках программы ОМС. Данный опыт будет распространён на остальные медицинские учреждения. Уже сейчас в личном кабинете на ЕПГУ есть возможность регулярного получения информации об оказанных услугах и их стоимости. В этом году будет реализована возможность подачи обращений, связанных с оказанной медицинской помощью. Помимо уже имеющихся на портале сведений о страховании в системе ОМС, сведений о прикреплении к медицинским организациям и сведений об оказанной медицинской помощи будет организовано также информирование о порядке её оказания, что существенно упростит сам процесс обращения граждан за медицинской помощью. Появление летом 2022 г. цифрового полиса ОМС так же будет способствовать упрощению процедуры получения медицинской помощи.

В настоящее время готовится ко второму чтению в Государственной Думе РФ законопроект, выстраивающий систему мониторинга и оценки деятельности страховых компаний, формирования их рейтингов. Это послужит дополнительным стимулом для более качественной и клиентоориентированной работы страховых компаний.

Необходимо также отметить, что уже сейчас в 100 процентах случаев обращений граждан проводится экспертиза, а в случае установления нарушений прав граждан страховая медицинская организация может применить частичную или полную неоплату медицинских услуг, также оказать содействие застрахованным гражданам в решении их вопросов в административных и судебных органах. При этом в рамках Национального проекта «Здравоохранение» реализация федерального проекта «Развитие системы оказания первичной медико-санитарной помощи» нацеливает страховые медицинские организации на урегулирование обоснованных жалоб пациентов в досудебном порядке, устанавливая этот показатель на уровне 97% от общего числа обоснованных жалоб. Фактическое исполнение составляет 99,9%, что свидетельствует о том, что почти все обоснованные жалобы граждан удаётся решать на досудебном этапе.

На 2022 г. запланированы дальнейшие мероприятия по совершенствованию нормативно-правовой базы, цифровизации системы ОМС, внедрению целевых показателей и критериев эффективности медицинских, страховых организаций, в целях обеспечения защиты прав застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования, в том числе рекомендованные Счётной палатой.

**Дополнительное профессиональное образование (ДПО) – важный элемент образовательной деятельности, роль которого растёт с каждым годом. Периодически обновляющиеся клинические рекомендации, меняющиеся потребности заказчиков, постоянная ротация документов, появление новых технологий и достижений в медицине, наконец, вызовы времени – всё это обязывает регулярно пересматривать и актуализировать программы. В рамках форума «Росмедобр» прошла панельная дискуссия «Организация ДПО: форматы, особенности, планирование, финансирование». Её участники говорили об организации ДПО и особенностях его регламентации для специалистов здравоохранения, о формах реализации и финансировании программ, разработке программ профессиональной переподготовки и повышении квалификации, а также об аккредитации специалистов и их допуске к профессиональной деятельности.**

## Специалисты объединились

Пожалуй, главная новость в данной сфере – буквально на днях учреждена ассоциация «Российское общество специалистов медицинского образования». Её члены называют это историческим шагом в развитии профессионального медицинского образования в стране. Президентом новой организации стала академик РАН Лариса Мошетова, она же президент Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования.



Л. Мошетова

Как заявлено, некоммерческая организация создана для того, чтобы представлять и защищать общие профессиональные интересы, а также с целью содействовать эффективной деятельности работников медицинского образования, направленной на восстановление высокого гражданского и экономического статуса работников отрасли. Для реализации поставленных целей Российское общество специалистов медицинского образования намерено активно участвовать в разработке национальных стандартов и проведении экспертизы программ медицинского образования, содействовать внедрению в практику новейших достижений в данной сфере, что в конечном итоге должно повысить качество и безопасность медицинской помощи.

Как сказал модератор мероприятия, генеральный представитель АМЭЕ (Ассоциация медицинского образования Европы), генеральный секретарь ассоциации «Росмедобр» Залим Балкизов, развитие медицинской науки и практики, совершенствование существующих медицинских технологий и появление новых – всё это должно быть интегрировано в процесс непрерывного медицинского образования и создавать траекторию профессионального развития для каждого специалиста, расширять возможности получения новых компетенций и навыков, способствовать подготовке современных высококвалифицированных кадров для системы здравоохранения и медицинской науки.

## Общая боль

О том, что область образования в России развивается, говорят цифры – с каждым годом ширится круг преподавателей, растёт охват программами специалистов. По словам заместителя директора по методической работе Института профессионального образования

## Деловые встречи

# Дополнительные шаги вперёд

## Дают возможность идти в ногу со временем

Сеченовского университета Светланы Рыковой, сейчас нет ограничений на проведение обучения как по программам повышения квалификации, так и по программам переподготовки по медицинскому, фармацевтическому и медико-профилактическому направлениям. Любая организация, которая имеет соответствующую лицензию, может осуществлять такую деятельность. Нет и особых условий, например, наличия клинической базы или технического оснащения для реализации программ, даже сложных.

Качественное образование сегодня предоставляют большие структуры, у которых есть высокопрофессиональные преподаватели, клинические базы, научно-техническое оснащение, ведётся методическая подготовка преподавателей и сотрудников, которые могут реализовывать не только свою специальность, вести и консультировать пациентов, но и правильно объяснять обучающимся их рабочие компетенции и задачи.



С. Рыкова

Но наряду с этим на рынок выходят организации, предлагающие образовательные услуги низкого качества. «В ходе конкурсных процедур мы сталкиваемся с ООО, АНО, частными организациями, которые подают свои документы и готовы участвовать в конкурсных процедурах, но при этом у них очень агрессивная ценовая политика со стратегией на снижение», – говорит С. Рыкова.

Она привела статистику 2021 г.: в ходе 61 конкурсной процедуры в 48% случаев цена обучения была снижена на 90–99%, то есть если, например, изначально стоимость обучения одного слушателя составляла 34 тыс. руб., то на конец аукциона – 1714. «Это же про-

фессиональная переподготовка 504 часа, где слушатель получает новую квалификацию, проходит обучение не только с использованием лекционных занятий. То есть это базовые знания, симуляционные занятия, отработка навыков на кейс-технологиях, что требует оснащения классов, обеспечения цифровых компетенций у данных слушателей. Конечно, в этом случае качественного обучения эти учащиеся не получат», – не скрывала она возмущения. «Сложно себе представить, что за такую

вую бесплатное обучение) или на договорной основе – за счёт средств юридических или физических лиц.

За счёт федерального бюджета могут обучаться сотрудники федеральных организаций, которые подчиняются Минздраву, а также сотрудники бюджетных региональных организаций – в основном это специалисты с высшим медицинским образованием, преимущественно врачи. Специалисты со средним профессиональным образованием обучаются преимущественно в колледжах, подведомственных ре-

платить, и выбирает организацию, которая просто продаёт документы об образовании.

## Автоматизировать процесс

Как призналась О. Природова, медработники, особенно врачи, часто высказывают организаторам ДПО обиду на отсутствие бесплатной программы по той или иной специальности в ближайшем вузе. По её словам, это есть проблема планирования обучения за счёт

средств федерального бюджета. Для её решения в прошлом году Минздрав поставил перед РМАНПО задачу автоматизировать процесс формирования государственного задания.

Как сказал заведующий учебно-аккредитационным центром – медицинским симуляционным центром городской клинической больницы им. С.П.Боткина Юрий Логвинов, для решения поставленной задачи была создана Единая информационная система мониторинга и статистики, проведена большая работа по созданию программно-аппаратного комплекса, который бы обеспечивал возможность сбора заявок. И впервые в 2021 г. данная система заработала, свои заявки могли представить не только региональные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья, но и конкретные медицинские организации, причём не только подведомственные Минздраву России, но также Минобороны, Таможенной службе и пр.

Всего в этом большом сборе заявок участвовало более 8,5 тыс. респондентов. Предварительно собраны и все образовательные программы, которые разработчики готовы вывести на рынок – так был накоплен пул в более 23 тыс. программ различной трудоёмкости и форматов. Из них сформировали шорт-листы и направили их на согласование в региональные и федеральные органы власти и в Минздрав России. «Мы имеем предварительные цифры государственного задания, но по результатам большого сбора сейчас ожидаем уже конкретные цифры по реализации государственных услуг в части повышения квалификации и профессиональной переподготовки», – сообщил эксперт.

Ввод системы обеспечит конкурентность между различными образовательными организациями, уверены организаторы. Как сказала О. Природова: «Если в 2022 г. нашим специалистам не будет хватать программ по содержанию, это означает, что их руководители не совсем корректно планировали их обучение на следующий год, что вполне объяснимо в этом году. Минздрав и образовательные организации постараются скорректировать, удовлетворить обозначенную потребность. Но на следующий год, мы надеемся, такое планирование войдёт в систему. Более того, мы обсуждаем с РМАНПО возможность интегрироваться с той информацией, которая есть на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования, чтобы облегчить задачу выбора программ».

## Кто платит?

Каждый врач должен понимать, кто за него платит, за чей счёт финансируется ДПО. Как пояснила проректор по послевузовскому и дополнительному образованию Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова Ольга Природова, в приказе Минобрнауки России № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам» чётко прописано, что обучение можно пройти за счёт средств федерального и регионального бюджетов (это то самое пресло-



О. Природова

гиональному органу исполнительной власти, бесплатно те из них, которые относятся конкретно к данному региону.

Кроме того, с 2016 г. появился ещё один источник финансирования – обучение на договорной основе за счёт средств нормированного страхового запаса фонда ОМС. Суть в том, что суммы штрафов, которые платит медицинская организация, потом могут быть ей возвращены и потрачены на три статьи – закупка оборудования, его ремонт, обучение своих работников по программам исключительно повышения квалификации специалистов с высшим и средним профессиональным образованием (переподготовка здесь не предусмотрена). «Работодатель, главврач часто планирует свой бюджет в сторону закупки оборудования, но, тем не менее, этот источник может быть очень удобен, когда организации необходимо обучить своих сотрудников по нужным ей программам, с использованием новых технологий, по программам стажировки, которые не могут быть дешёвыми и очень редко реализуются за счёт бюджетных средств. Вот здесь эта программа может быть бесплатной для специалистов, а работодатель будет платить из того источника, который для этого и предназначен», – сказала О. Природова.

Работник негосударственной медицинской организации тоже может попасть на бюджетные курсы, но только если его медицинская организация участвует в программе ОМС. В остальных случаях платит работодатель или сам специалист. К сожалению, заметил З. Балкизов, зачастую руководители медицинской организации, стремясь сэкономить деньги на обучении сотрудников, заинтересован вовсе не в высокой квалификации своих специалистов, а в том, чтобы поменьше

средств федерального бюджета. Для её решения в прошлом году Минздрав поставил перед РМАНПО задачу автоматизировать процесс формирования государственного задания.

Как сказал заведующий учебно-аккредитационным центром – медицинским симуляционным центром городской клинической больницы им. С.П.Боткина Юрий Логвинов, для решения поставленной задачи была создана Единая информационная система мониторинга и статистики, проведена большая работа по созданию программно-аппаратного комплекса, который бы обеспечивал возможность сбора заявок. И впервые в 2021 г. данная система заработала, свои заявки могли представить не только региональные органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья, но и конкретные медицинские организации, причём не только подведомственные Минздраву России, но также Минобороны, Таможенной службе и пр.

Всего в этом большом сборе заявок участвовало более 8,5 тыс. респондентов. Предварительно собраны и все образовательные программы, которые разработчики готовы вывести на рынок – так был накоплен пул в более 23 тыс. программ различной трудоёмкости и форматов. Из них сформировали шорт-листы и направили их на согласование в региональные и федеральные органы власти и в Минздрав России. «Мы имеем предварительные цифры государственного задания, но по результатам большого сбора сейчас ожидаем уже конкретные цифры по реализации государственных услуг в части повышения квалификации и профессиональной переподготовки», – сообщил эксперт.

Ввод системы обеспечит конкурентность между различными образовательными организациями, уверены организаторы. Как сказала О. Природова: «Если в 2022 г. нашим специалистам не будет хватать программ по содержанию, это означает, что их руководители не совсем корректно планировали их обучение на следующий год, что вполне объяснимо в этом году. Минздрав и образовательные организации постараются скорректировать, удовлетворить обозначенную потребность. Но на следующий год, мы надеемся, такое планирование войдёт в систему. Более того, мы обсуждаем с РМАНПО возможность интегрироваться с той информацией, которая есть на портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования, чтобы облегчить задачу выбора программ».

Римма ШЕВЧЕНКО,  
корр. «МГ».

Цифровизация уже основательно проникла в нашу жизнь. Средний пользователь России проводит в интернете почти 8 часов в день! То есть примерно столько же времени, сколько тратит на сон. Причём современные новшества быстро распространяются не только в мегаполисах, но и в сельской местности. Как к этому относиться?

### Понять, как управлять

– Появление цифровых устройств – громадный эволюционный скачок, – считает руководитель отдела развития мозга в онтогенезе, формирования когнитивных функций и нейробиологии НИИ педиатрии и охраны здоровья детей Центральной клинической больницы РАН Георгий Каркашадзе. – И негативные эффекты не могут перевесить того положительного эволюционного сдвига, который даёт обществу внедрение новых технологий. Но каким бы малозначительным в глобальном аспекте не казался риск, задача медиков – думать об охране здоровья.

О безопасности использования цифровых устройств и шла речь в рамках вебинара для педиатров, посвящённого когнитивному здоровью детей. Существует множество неоднозначных и противоречивых данных о влиянии гаджетов на мозг ребёнка. Эксперты попытались проанализировать имеющиеся на сей счёт исследования (кои, кстати, пока мало) и представили результаты собственных работ. По словам психолога Натальи Сергеевой, высокая цифровая активность человека указывает на склонность к интуитивным, необдуманным и простым решениям. Для таких подростков характерно снижение глубины обработки информации и её анализа, менее критичное отношение к ложным сведениям, доверие сомнительным источникам, меньшая способность проверять информацию на истинность, большая опора на привлекательную «красочную обёртку». Из-за чего сами по себе решения бываю ситуативны, в угоду быстрому, но незначительному эффекту и в ущерб решениям с долгосрочным качественным эффектом. Наблюдается более упрощённый поведенческий фенотип.

Как отметила президент Союза педиатров России, руководитель НИИ педиатрии и охраны здоровья детей ЦКБ РАН, академик РАН Лейла Намазова-Баранова, вряд ли мы сможем противостоять дальнейшему развитию цифровизации. С ней стоит свыкнуться и постараться понять, как этим управлять, как извлечь больше плюсов, чем минусов.

### Когда разрешать, а когда запрещать

За прошедшие десятилетия в жизнь вошло большое количество технических нововведений: голосовые помощники, умные колонки, социальные сети. Смартфоны стали нашими постоянными спутниками и помощниками. А уж игровыми приставками сложно кого-либо удивить. Стремительно внедряются роботы, наделённые мимикой. В ближайшем будущем появятся метавселенная. Сейчас она разрабатывается.

– Мы сможем проводить время гибридно в метавселенной и в реальной жизни, – полагает медицинский психолог кандидат медицинских наук Надежда Ульякина. В окружении всего этого и развивается современный ребёнок. Одни родители буквально с пелёнок дают малышу в руки смартфон или планшет, другие стараются всячески оградить от общения с гаджетами. Однако, по словам Н.Улькиной, подход должен быть дифференцированным с учётом особенностей онтогенеза и характерологических особенностей ребёнка. ВОЗ рекомендует до 2 лет вообще исключать гаджеты. А с 2 лет разрешается использование по часу в день. Но

### Рядом с нами

# Не преувеличивать, но и не преуменьшать

## Так психологи рекомендуют относиться к рискам цифровизации



в реальной жизни всё обстоит иначе. Многие мамы признаются, что уже с года ребёнку доступен планшет или телевизор, телефон. Между тем, использование цифровых устройств в младшем возрасте, напоминает психолог, наиболее опасно. Как известно, непосредственно-эмоциональное общение формируется при взаимодействии ребёнка с мамой. Если вводятся гаджеты до года, например, умная колонка (сейчас дети дошкольного возраста больше всего общаются с ней), то ребёнок просто не сосредотачивается на объекте, так как есть голос, но нет визуального ему подтверждения. Малыш не чувствует тактильного взаимодействия. У него по-другому формируются жестовые формы общения, он не может подражать, преимущественно развиваются слуховые отделы коры головного мозга и не тренируются тактильные. Страдает эмоциональное восприятие. Неправильно формируется образ «я». Изначально в младшем возрасте и возрасте от года до 3 модель мира плоская, 3D-модель выстраивается путём осязания предметов. А это будет депривироваться, если ребёнок длительное время находится с гаджетом. В практике педиатров уже немало примеров с задержкой речи у детей, проводящих много времени со смартфоном. Стоило убрать у них телефон или планшет, и через неделю-две ребёнок начинал говорить.

### Можно, но осторожно

Однако, по мнению Н.Улькиной, запрет на использование гаджетов должен быть до 2 лет, как рекомендует ВОЗ, а далее возможно их постепенное введение.

Сегодня дошкольников можно разделить на группы. Первая включает в себя тех, кто обычно сидит за планшетами (дети предпочитают именно планшеты), что уменьшает двигательную активность.

Вторая включает тех, кто не имеет общения с гаджетами или имеет его в ограниченном варианте, предполагающем просмотр мультфильмов, обучающих сайтов. Но специалисты отмечают, что дети, у которых есть запрет на доступ к игровому контенту, всё равно тянутся к нему. В детских учреждениях можно наблюдать картину, когда один ребёнок играет в видеоигру, а второй стоит рядом и смотрит. То есть он поглощает данный контент, просматривая. И это происходит повсеместно. Увлечение видеоиграми сказывается на реальных ролевых играх, которые вообще-то являются основным

видом деятельности дошколят. Дети играют не в «дочки-матери», а примеряют на себя роли героев из видео, что не всегда положительно, потому что в доцифровую эпоху дошкольники в игре отрабатывали родительские, социальные роли, которые потом несли в жизнь.

С началом школьного обучения, по мнению Н.Улькиной, уже невозможно игнорировать цифровые устройства, ибо тем самым ребёнок выводится из образовательной среды, что противоречит Конституции, где говорится о праве на получение знаний. В крупных городах внедрены электронные дневники, задания даются с участием видеоконтента, а в связи с пандемией ковида и вовсе организованы дистантные формы обучения. Вокруг всего этого сейчас ведутся жаркие споры.

### Средство обучения

– Сравнение онлайн- и офлайн-обучения бессмысленно, у каждого варианта есть свои плюсы и минусы, – утверждает Н.Улькина. – Результаты воздействия онлайн-образования зависят от большого количества разных факторов, которые нужно учитывать индивидуально. Ясно одно: чем младше ребёнок, тем менее эффективно онлайн-обучение. Это подтверждают данные из Нидерландов, где принято замерять учебные навыки дважды год. Когда во время предыдущих волн пандемии дети уходили на дистант, младшие школьники почти ничего не получили от обучения в онлайн-варианте. У старших картина другая.

Отрицательными особенностями онлайн-образования являются сложность организации самого процесса, низкая включённость в него детей (для них значим статус педагога, его личность), отсутствие возможности переключения, очень важно для мозга. Пока ребёнок идёт в школу, или развивается на перемене с одноклассниками, он отдыхает. А дома прослушав урок, он погружается в «фейсбук», «тикток» и т.д. Нет периода отдыха, и материал закрепляется хуже.

К плюсам следует отнести лёгкий доступ из любой точки мира, возможность более детального разбора темы, увеличение доступности к различным библиотекам.

При офлайн-образовании организация процесса обучения не зависит от самих детей. Периоды работы и отдыха предусмотрены школьной классно-урочной системой, есть эмоциональная поддержка, живое общение с одноклассниками, социализация и т.д.

Минусами являются ограниченность использования ресурсов, различное качество общеобразовательных услуг в стране, в разных районах.

По словам Н.Улькиной, наиболее эффективна гибридная форма обучения с учётом возраста и особенностей обучающихся, а также социального контекста проживания.

### Инструмент общения

Никто не будет отрицать, что интернет в первую очередь средство коммуникации.

– Надо признать, что у подростков, младших школьников и уже скоро, наверное, у дошкольников общение и социализация происходит в офлайн- и онлайн-среде, и цифровая личность становится частью реальной личности, – считает Н.Улькина.

Под цифровой личностью имеется в виду образ, создаваемый с помощью информации, которую подросток представляет о себе в киберпространстве, описываемых событий, прикрепленных фотографий. Порой она сильно отличается от истинной. И за этим надо усилить наблюдение не только со стороны родителей, но и со стороны педагогов, психологов, полагают специалисты.

Важна просветительская деятельность среди родителей. Часто они просто не в состоянии осуществлять контроль даже за младшими школьниками в силу слабой компьютерной грамотности. Что уж говорить о бабушках и дедушках!

В то же время необходимо понимать, подчёркивает Н.Улькина, что если в детском возрасте количества часов, проведённых с гаджетами, должно быть минимальным, то по мере взросления оно должно увеличиваться. Ведь подростки, не имеющие доступа к интернет-пространству, превращаются в белых ворон и подвергаются буллингу со стороны сверстников. Другой вопрос, что детей следует обучать поведению в онлайн-среде, с ранних лет говорить, что вся информация, которая была транслирована в интернет, остаётся там навсегда, что если не видно за фотографией личности ребёнка, это не значит, что его невозможно увидеть. Поскольку сейчас распространение ряда изображений в интернете является предметом возбуждения судебных дел по определённым статьям Уголовного кодекса РФ (у детей уголовная ответственность появляется с 14 лет), то ребёнок, порой, не понимая изначально, что он делал, может попасть в очень неприятную ситуацию.

Разумным будет знакомить детей и подростков с различными образцами опасного поведения, информировать о том, что за аватаром может находиться взрослый человек, общение с которым чревато серьёзными последствиями.

– Нельзя забывать, что интернет, как раньше улица, таит и опасность, и большие плюсы общения и образования, – напоминает Н.Улькина.

Негативный контент в интернете способен формировать искажённое представление о действительности. В социальных сетях, в новостях размещается много сенсационных видео. И в связи с тем, что у ребёнка ещё не развит контроль и селекция информации, он может принимать это как данность.

– Конечно, каждому родителю выбирать: контролировать или доверять, но специалисты здравоохранения, образования должны доносить до мам и пап информацию об опасностях, – полагает Н.Улькина.

Эксперт рекомендует всё же осуществлять наблюдение за использованием устройств, за контентом, просматриваемым ребёнком в интернете. К сожалению, многие взрослые не осведомлены о встроенных системах контроля, например, есть приложения, которые ограничивают виртуальные товары, отслеживают, куда и когда ходит ребёнок.

### Учиться помогать

Насколько актуальна данная тема говорит огромное количество вопросов, поступивших в ходе вебинара, в том числе о предупреждении зависимости. Ведь медики – тоже родители и сталкиваются с теми же проблемами, что и все остальные. По мнению психологов, с целью профилактики возможного риска зависимости, следует обращать внимание на детей со сложностями коммуникации (они быстрее уходят в зависимость от гаджетов), с психическими отклонениями, пограничными состояниями. Непростые внутрисемейные отношения тоже могут привести к тому, что дети убегают в онлайн-пространство, в другую реальность. К зависимости способна подтолкнуть стрессовая ситуация, отсутствие цифровой гигиены при воспитании, когда родители полностью отдадут на откуп ребёнку пользование гаджетом и считают, что таким образом их чадо больше узнаёт, будет более развитым, забывая о том, что ребёнок не способен себя контролировать. В плену зависимых форм поведения чаще оказываются подростки, у которых нет альтернативных интересов в реальной жизни (например, спорта, занятий музыкой, живого общения и т.д.).

– Цифровизация, виртуальная реальность – это не какое-то отдалённое будущее, а уже ближайшее. Появляются новые профессии, о которых следует рассказывать детям. Например, сейчас очень востребованы 3D-модераторы, художники-аниматоры. И если уж невозможно избежать цифровизации, то нам нужно учиться помогать детям в ней адаптироваться, чтобы они могли получать знания, расти личностно, а не уходили в зависимость и нежелательное поведение, – советует Н.Улькина.

– Игнорировать ситуацию с цифровизацией сегодня мы не имеем права, – уверена Л.Намазова-Баранова. – Глупо делать вид, что этого нет. Наша задача как педиатров – способствовать образованию детей в данной области и, главное, родителей, объясняя им, что закрывать глаза и прятать голову в песок – не выход из сложившейся ситуации. Мамы и папы должны освоить компьютерные технологии на определённом уровне и помогать детям продвигаться в цифровом мире так же, как помогают им жить и продвигаться в реальном мире. А мы, педиатры, давая советы, сами должны хорошо владеть темой, понимать, о чём идёт речь.

Валентина ЕВЛАНОВА,  
корр. «МГ».





Таблица 4  
Основные методы верификации инфекций

Нозологическая форма	Методы исследования		
	Материал для исследования	Экспресс-диагностика	Основные методы
Менингококковая инфекция	Кровь, спинномозговая жидкость, носоглоточная слизь	Микроскопия мазка крови, спинномозговой жидкости – обнаружение диплококков	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя; РНГА, ИФА
Брюшной тиф	Кровь, кал, моча	–	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя; РНГА
Чума	Кровь, мокрота, пунктат бубона	Микроскопия мазка, специфическая люминесценция	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя; РНГА, ИФА, ПЦР
Сыпной тиф болезнь Брилла – Цинссера	Кровь	В конце первой недели: сыпной тиф – специфические IgM; болезнь Брилла – Цинссера – IgM и IgG методом ИФА, РНИФ	ИФА, РНИФ;  нарастание титров специфических антител при исследовании парных сывороток РСК, РНГА
Легионеллез	Плевральный экссудат, мокрота	–	ИФА, РИФ, ПЦР
Лептоспироз	Кровь, моча, спинномозговая жидкость	Бактериоскопия мазка крови, мочи, спинномозговой жидкости в тёмном поле – обнаружение лептоспир	Посев крови, мочи, спинномозговой жидкости с выделением лептоспир; РМА; ПЦР
Грипп	Слизь из носоглотки, мазки-отпечатки, кровь	РИФ, ПЦР, МФА	ПЦР, РСК, РНГА, ИФА
Малярия	Кровь из пальца, кровь из вены	Микроскопия толстой капли и тонкого мазка	Микроскопия толстой капли и тонкого мазка; ИФА
Дифтерия	Мазок из ротоглотки, носа, раны и т.д.	–	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя
	Кровь	–	РНГА, ИФА; выявление токسينа в реакции латекс-агглютинации, ИФА, РН в культуре клеток
ГЛПС	Кровь	–	ИФА, РНИФ, ПЦР
Инфекционный мононуклеоз	Кровь	Клинический анализ крови (атипичные мононуклеары)	ИФА, ПЦР (вирус Эпштейна-Барр)
Клещевой энцефалит	Спинномозговая жидкость, кровь	ИФА (IgM)	ПЦР, РСК, РНГА, ИФА
Желтая лихорадка	–	–	РСК, РНГА, РТГА в парных сыворотках; ИФА – обнаружение специфических IgM
Лихорадка Западного Нила	Кровь, спинномозговая жидкость	ПЦР, прямой метод флуоресцирующих антител	ПЦР ИФА; РТГА, РСК, РА
Сепсис	Кровь, отделяемое из первичного очага, выделения больного (моча, мокрота)	Микроскопия мазка, окрашенного по Граму	Посевы на питательные среды с выделением культуры возбудителя

– хинин (хинина сульфат) 10 мг/кг каждые 8 часов 3 дня и доксициллин 100 мг 1 раз в день 7 дней  
**Для малярии, вызванной *P. vivax* или *P. ovale* добавить:**  
 – примахин 0,25 мг/кг (основания) в сутки 14 дней.  
**При тропической малярии применяют:**  
 – мефлохин – внутрь 15 мг/кг основания в 2 приёма: (1-й приём – 0,75 г, через 6 часов ещё 0,25 – 0,5 г);  
**При тяжёлых и осложнённых формах тропической малярии:**  
 – хинин – первая доза 20 мг/кг в 250 мл 5% раствора декстрозы или 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно капельно в течение 1,5-3 часов; повторные введения в дозе 10 мг/кг с интервалом 8-10 часов.  
 – хинидин (хинидина глюконат) 10 мг/кг (максимум 600 мг) в 250 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно в течение 1-2 часов, далее продолжить со скоростью 0,02 мг/кг/мин.  
**Специфическая терапия:**  
 ✓ Антитоксин дифтерийный (сыворотка противодифтерийная лошадиная очищенная концентрированная) при дифтерии вводят в максимально ранние сроки от начала заболевания, после постановки внутрикожной

пробы, дробно (десенсибилизация по методу Безредки) (А, 1++);  
 ✓ при клещевом энцефалите – иммуноглобулин против клещевого энцефалита (6-9 мл в сутки внутримышечно в течение 3 дней) (А, 2+).  
**Дезинтоксикационная терапия:**  
 ✓ управляемая гемодилюция (А, 1++);  
 ✓ энтеросорбция (D, 3)  
**Интенсивная терапия (А, 1++):**  
 ✓ при развитии ИТШ, отёка-набухания головного мозга – терапия в соответствии с протоколом в условиях ОРИТ.  
**Симптоматическая терапия:**  
 ✓ жаропонижающие средства (А, 1+);  
 ✓ физические методы охлаждения (D, 3).

**Особенности оказания скорой медицинской помощи на стационарном этапе при менингококковой инфекции, чуме и дифтерии**

*При неосложнённой генерализованной форме менингококковой инфекции (кроме менингококкемии):*  
 – бензилпенициллин 200-500 тыс. ЕД/кг (3 млн ЕД 8 раз в сутки внутримышечно; – или цефтриаксон 1-2 г в сутки внутривенно, внутримышечно) (В, 2++);

– профилактика развития отёка-набухания головного мозга (А, 1++):  
 – преднизолон 5-20 мг/кг в сутки внутримышечно;  
 – фуросемид 40-80 мг внутримышечно.  
*При менингококкемии (менингококковом сепсисе):*  
 – хлорамфеникол 50-100 мг/кг в сутки внутривенно или внутримышечно 4 раза в день (для предотвращения реакции Яриша – Герксгеймера), затем бензилпенициллин 500 тыс. ЕД/кг в сутки (внутримышечно 8 раз в сутки) (В, 1++).  
*При позднем поступлении (более суток), гнойном менингоэнцефалите, эпендиматите:*  
 – бензилпенициллин калиевая соль 800-1200 тыс. ЕД/кг в сутки внутривенно или внутримышечно 8 раз в сутки (В, 1++);  
 – при ИТШ – противошоковая терапия в необходимом объёме в условиях ОРИТ (А, 1++).  
*При острой недостаточности надпочечников противошоковые мероприятия дополняют введением гормонов с заместительной целью (А, 1++):*  
 – гидрокортизона гемисукцинат 100-150 мг внутривенно струйно;  
 – гидрокортизона гемисукцинат 100-150 мг в 500 мл в равных количествах натрия хлорида 0,9%-ного и 5%-ного раствора декстрозы внутривенно капельно в течение 3-4 часов со скоростью 40-100 капель в минуту;  
 – гидрокортизона ацетат (суспензия) 50-75 мг внутримышечно 4-6 раз в сутки, постепенно уменьшая дозу и увеличивая интервал введения в течение 5-7 дней;  
 – дезоксикортон (5 мг) 1 мл внутримышечно 2-3 раза в первые сутки, 1-2 раза на второй день, постепенно снижая дозу в последующие дни.  
 Гидрокортизон вводят внутривенно до купирования коллапса и повышения артериального давления выше 100 мм рт.ст., затем продолжают внутримышечное его введение. В дальнейшем больного переводят на пероральное лечение преднизолоном и кортизоном.  
*При дифтерии:* антиоксин дифтерийный (противодифтерийная сыворотка) (А, 1++):  
 – при локализованной форме вводят только при отрицательных результатах кожной пробы;  
 – при среднетяжёлой и тяжёлой формах дифтерии ротоглотки, при дифтерии дыхательных путей вводят обязательно:  
 ✓ при положительной кожной пробе сыворотку вводят в условиях ОРИТ после предварительного введения глюкокортикостероидов и антигистаминных средств.  
 Доза сыворотки и способ введения (внутримышечно или внутривенно) зависит от клинической формы и тяжести течения заболевания.  
**Антибиотики широкого спектра действия:**  
 – бензилпенициллин – 100 тыс. ЕД/кг в сутки (1-2 млн ЕД 6 раз в сутки внутримышечно) (А, 1+);  
 – амоксициллин/клавулат 50 мг/кг в сутки за 3 приёма внутрь;  
 или внутривенно 1 г (по амоксициллину) 3-4 раза в сутки (А, 1+).  
 ● при ИТШ – противошоковая терапия в необходимом объёме в условиях ОРИТ (А, 1++);  
 ● при острой дыхательной недостаточности (В, 2+):  
 – лечение в условиях ОРИТ;  
 – ингаляция увлажнённого кислорода через носовые катетеры;  
 – при стенозе гортани и признаках ОДН II-III степени – интубация трахеи, трахеостомия (предпочтительна при нисходящем крупе), по показаниям – перевод на ИВЛ;  
 – при тяжёлых полирадикулоневритах – ИВЛ.  
*При чуме*  
 Лечение начинают немедленно, не ожидая лабораторного подтверждения диагноза (антибактериальная терапия после забора материала для бактериологического исследования):  
 бубонная форма (В, 2+)  
 – стрептомицин 30 мг/кг в сутки, (2 раза в день внутримышечно)  
 или  
 – гентамицин 5 мг/кг в сутки (3 раза в день внутримышечно);  
 – цефтриаксон 2 г 1 раз внутримышечно;  
 – доксициклин 0,2 г 2 раза в 1-й день, затем 0,1 г 2 раза в день внутрь или внутривенно.  
 генерализованная форма (лёгочная и септическая) (В, 2+)  
 – цефтриаксон 1 г и гентамицин 0,08 г 2 раза в день внутримышечно или внутривенно;  
 или ципрофлоксацин 0,2 г и цефтриаксон 1 г 2 раза в день внутривенно.  
 При ИТШ – противошоковая терапия (А, 1++).  
 При острой дыхательной недостаточности (В, 2+):  
 – ингаляция кислородно-воздушной смеси;  
 – при ОДН II-III степени – назо- или оротрахеальная интубация, трахеостомия, по показаниям – ИВЛ.  
**Что нельзя делать**  
 Вводить бактерицидные средства при менингококковом сепсисе (опасность развития/прогрессирования инфекционно-токсического шока).

Транспортировать больного брюшным тифом пешком, расширять двигательный режим (опасность прободения кишечной стенки).  
 Проводить глубокую пальпацию живота больному брюшным тифом (опасность прободения кишечной стенки).  
 Применять аналгин и аспирин при тяжёлом течении гриппа (усугубление геморрагического синдрома).  
 Назначать подросткам аспирин при подозрении на ОРВИ (риск развития синдрома Рейе).  
 Требуется осторожности назначение жаропонижающих средств при гриппе (риск развития коллапса при высокой фебрильной лихорадке и гиперпирексии).  
 Применять при дифтерии сердечные гликозиды.  
 Назначать глюкокортикостероиды больному чумой без признаков ИТШ (угнетение фагоцитоза и замедление санации организма).  
**Дальнейшее ведение пациента**  
 При выявлении инфекционного заболевания на госпитальном этапе необходимо временно поместить больного в инфекционный изолятор, осуществить забор материала от больного для специфической диагностики, начать терапию в соответствии с нозологией и, при наличии показаний для лечения в условиях стационара, направить больного в инфекционную больницу или инфекционное отделение многопрофильного стационара.  
 Показания к переводу больного в инфекционную больницу или инфекционное отделение многопрофильной больницы  
 Клинические:  
 – подозрение на лептоспироз, ГЛПС, малярию, дифтерию, менингококковую инфекцию, брюшной тиф, клещевой энцефалит, сыпной тиф или болезнь Брилла – Цинссера;  
 – среднетяжёлые и тяжёлые формы инфекционного заболевания;  
 – осложнённые формы инфекционного заболевания;  
 – инфекционные заболевания у лиц с тяжёлой сопутствующей патологией;  
 – инфекционные заболевания у лиц пожилого и старческого возраста.  
 Эпидемиологические:  
 – инфекции, на которые распространяются Международные медико-санитарные правила (с соблюдением всех необходимых мероприятий для ограничения распространения этих инфекций с момента их выявления) – чума, жёлтая лихорадка, контактные геморрагические вирусные лихорадки;  
 – антропонозы с риском распространения инфекции (менингококковая инфекция, брюшной тиф, сыпной тиф);  
 – невозможность соблюдения противозидемического режима по месту жительства (грипп).  
 При выявлении инфекций, подпадающих под действие Международных медико-санитарных правил, тактика оказания помощи больному строится согласно соответствующим федеральным и региональным инструкциям и рекомендациям.  
 При чуме (выявление или подозрение) стационар, принимающий больного (или больных) прерывает свою работу на строгий противозидемический режим. Медицинские работники переводятся на казарменное положение, вакцинируются, получают химио-профилактику (доксициклин), работают в противочумных костюмах.  
 Больному дифтерией в период пребывания в стационарном отделении скорой медицинской помощи необходимо провести внутрикожную пробу с разведённой противодифтерийной сывороткой (документально зафиксировать время постановки пробы, серию сыворотки). В случае промедления с переводом больного в инфекционное отделение/стационар – оценить результат внутрикожной пробы, ввести первые дозы противодифтерийной сыворотки (в/в, в/м) в условиях СтОСМП.  
 Больные лептоспирозом, геморрагической лихорадкой с почечным синдромом при развитии острой почечной недостаточности могут получать лечение в неинфекционном стационаре, имеющем возможность проводить гемодиализ.  
 Больных тяжёлыми формами клещевого энцефалита при наличии показаний допустимо госпитализировать в отделение реанимации и интенсивной терапии многопрофильного стационара.  
**Прогноз**  
 Развитие инфекционно-токсического шока и других осложнений при лихорадках инфекционного генеза значительно ухудшает прогноз, а несвоевременная и/или проводимая не в полном объёме терапия делает прогноз неблагоприятным.  
**Тамара АНТОНОВА,**  
 профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии, доктор медицинских наук.  
**Дмитрий ЛЮЗНОВ,**  
 заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии, доктор медицинских наук.  
**Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П.Павлова.**

**В конце минувшего года учёный совет МНТК «Микрохирургия глаза» им. С.Н.Фёдорова подвёл итоги работы по направлению «диагностика и лечение онкологических заболеваний органа зрения». Прозвучавшая информация даёт пищу для серьёзных размышлений как учёным и врачам, так и организаторам здравоохранения.**

### Не много не значит не важно

Офтальмоонкология – вообще раздел медицины, малоизвестный не только специалистам за пределами собственно офтальмологической службы, но даже общим онкологам. Конечно, если сравнивать показатели заболеваемости злокачественными новообразованиями (ЗНО) глаза и его придатков с заболеваемостью раком иных локализаций, масштабы бедствия могут показаться незначительными. Однако это неверное и весьма опасное по своим последствиям толкование, поскольку впечатляющая динамика роста количества новых случаев ЗНО органа зрения на фоне остающихся «белых пятен» в понимании природы этих опухолей и разработки эффективной противоопухолевой терапии заставляет поставить офтальмоонкологию в один ряд со всеми иными подразделами онкологии.

Так же, как другие варианты рака, опухоли глаза и его придатков способны к рецидивированию, образованию метастазов, и точно так же приводят к гибели человека.

По оценке заведующего отделом офтальмоонкологии и радиологии доктора медицинских наук Андрея Ярового, в целом система оказания офтальмоонкологической помощи в Российской Федерации хорошо организована и показывает эффективность на уровне лучших мировых центров. Насколько такая помощь доступна пациентам? Скажем так: постепенно становится всё более доступной. К примеру, в одном только головном учреждении МНТК «Микрохирургия глаза» в Москве количество операций офтальмоонкологического профиля за 10 лет выросло экспоненциально: в 2011 г. таких вмешательств было выполнено 964, в 2019 г. – уже 3795.

По мнению эксперта, столь стремительное наращивание объёмов оказанной онкопомощи можно объяснить, в частности, тем, что на местах офтальмологи стали лучше диагностировать злокачественные заболевания органа зрения и направлять больных в федеральную клинику, которая имеет опыт лечения таких больных.

– Благодаря этому среди пациентов, которые приезжают к нам, мы видим всё больше людей с начальными стадиями опухолей, что позволяет добиваться лучших результатов. К лучшим результатам я отношу не только шансы пациента на жизнь, но и возможность сохранить ему глаз и даже зрение после удаления опухоли или проведения лучевой терапии, – подчёркивает А.Яровой.

### Спишем на пандемию?

При этом следует отметить, что в 2020 г. по причинам, предположительно связанным с пандемией коронавирусной инфекции, поток онкологических больных, которых направили к онкоофтальмологам, сократился. В частности, в МНТК «Микрохирургия глаза» было проведено заметно – на 19% – меньше офтальмоонкологических опе-

раций. Снижение, конечно, не критическое, тем не менее, за ним кроется судьба нескольких сотен пациентов с ЗНО, для которых отсрочка лечения может оказаться фатальной. Вот почему данное обстоятельство заслуживает «разбора полётов» в регионах.

К слову, есть территории, которые направляют в федеральные офтальмологические клиники много онкобольных, а есть такие, откуда приезжают единицы в буквальном смысле этого слова. Так, за последние три года

запущенности глазной онкопатологии в этих субъектах? Ответить на этот вопрос сложно как раз потому, что вывести показатель запущенности по одному-двум больным, доехавшим до столицы, в принципе невозможно. А вот главные офтальмологи регионов вполне могут проанализировать ситуацию со своевременной диагностикой опухоли глаза и придаточного аппарата, зная полную картину офтальмологической заболеваемости и структуру онкологической смертности в своих субъектах РФ.

офтальмологов и детских онкологов, иначе всё теряет смысл: первые используют специальные методы локального лечения, вторые – химиотерапию. Успехи отечественных специалистов впечатляют: при ранних формах ретинобластомы и использовании комплексного подхода к лечению удаётся сохранить жизнь и глаза почти 100% пациентов, а многим и зрение тоже. Ключевые слова – ранние формы болезни, выявленные своевременно!

И всё-таки настораживает сам факт, что дети составляют уже

– Связь увеальной меланомы с генетическими изменениями очевидна, она доказана и нашими, и зарубежными данными. В настоящее время клиническая важность вывода о наличии молекулярно-генетических особенностей у разных пациентов с увеальной меланомой заключается в том, что мы можем определять в общей когорте больных группы риска с неблагоприятным прогнозом и выбирать оптимальные для конкретного пациента режимы наблюдения. Далее, используя знания о молекулярно-гене-

### В клиниках и лабораториях

# Большие угрозы маленькой опухолью

## Недооценивать значение офтальмоонкологии ошибочно

наибольшее число пациентов со злокачественными опухолями органа зрения приехали в московский МНТК на хирургическое и радиотерапевтическое лечение из Московской, Ростовской, Самарской, Волгоградской, Иркутской, Воронежской областей – десятки и даже сотни человек. Менее всего направили Мурманская область, Ингушетия, Калмыкия, и всего по одному-два человека (!) – Республика Тыва, Еврейская автономная область,

### Особая категория пациентов

По мере нарастания опыта у онкоофтальмологов к ним направляют на лечение всё больше не только взрослых, но и детей. Сам факт увеличения числа офтальмоонкологических больных в этой возрастной категории населения не может не вызывать тревогу.

– Объём нашей работы увеличивается в значительной степени

значительную часть от пациентов с опухолевыми заболеваниями органа зрения. Рост заболеваемости ретинобластомой и в мире, и в России – явление последнего времени. Связано ли это с генетическими мутациями, с какими-либо изменениями образа жизни человека или с чем-то иным?

– Неблагоприятный эпидемиологический процесс по ретинобластоме начался около трёх десятилетий назад. Что известно науке к сегодняшнему дню? Установлена генетическая природа ретинобластомы: развитие этой патологии ассоциировано, в частности, с мутацией в гене RB1. Этот ген кодирует онко-супрессорный белок (Rb), который в свою очередь предотвращает чрезмерный рост клеток путём ингибирования клеточного цикла. В результате мутации в гене RB1 белок Rb инак-

тивируется и возникает ретинобластома. Таким образом, генетический механизм понятен, теперь задача фундаментальной науки – понять, какие именно внешние факторы могут провоцировать появление подобных мутаций у человека: климатические, химико-токсические, техногенные или иные? Без ответа на этот вопрос нельзя двигаться по пути разработки методов профилактики данной опухоли, – обозначает проблему офтальмоонколог.

– Борьба с первичным очагом – внутриглазной меланомой – офтальмологи научились весьма успешно с сохранением глаза и в значительном числе случаев с сохранением зрения, а вот диссеминированную форму этой опухоли эффективно лечить ещё не научились нигде в мире. Отдельные попытки использовать иммунотерапию, локальное хирургическое и химиотерапевтическое лечение предпринимаются, но в целом ситуация далека от того, чтобы говорить о значительных успехах: при появлении метастазов увеальной меланомы прогноз в отношении выживаемости пациента неблагоприятный, – говорит А.Яровой.

Решение данной задачи междисциплинарное, подчёркивает эксперт: оно может быть найдено только в тесном взаимодействии офтальмологов, онкологов и молекулярных генетиков. Так, в российских исследованиях по увеальной меланоме кооперируются специалисты МНТК «Микрохирургия глаза», онколог НИИЦ им. Н.Н.Блохина и генетики РНИМУ им. Н.И.Пирогова.



Псковская и Амурская области, Чукотский автономный округ.

В чём причина таких расхождений, неужели только в расстоянии до столицы и пандемийных ограничениях? Или эта картина как раз показывает разницу в онконастороженности офтальмологов на местах и в их диагностических ресурсах?

– Главная причина всё-таки – в объективных различиях эпидемиологии злокачественных новообразований органа зрения по субъектам РФ. Они имеют разную численность населения, и поскольку сами онкологические заболевания органа зрения – редкие, то и в территориях с меньшей численностью населения таких случаев достоверно статистически меньше, – объясняет заведующий отделом.

Существует ли прямая корреляция между активностью направления пациентов из тех или иных субъектов РФ и степенью

именно за счёт детей, они составляют уже до 25-30% пациентов МНТК с онкологическими заболеваниями органа зрения. В основном – на 90% – это малыши с ретинобластомой. Что касается запущенности, то число пациентов, которые поступают к нам на ранних стадиях болезни и с поздними её формами, примерно одинаковое. При этом в отношении всех без исключения детей ведётся борьба за сохранение глаза и зрения. К счастью, таких запущенных случаев ретинобластомы, когда нам приходится разводить руками и выполнять энуклеацию глаз, сегодня немного, – продолжает А.Яровой.

Лечением пациентов с ретинобластомой онкоофтальмологи занимаются во взаимодействии со специалистами НИИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина. Главный принцип оказания помощи при этом диагнозе – сотрудничество

будущее начинается сегодня

Что касается перспективных научных исследований в области офтальмоонкологии, А.Яровой называет, прежде всего, большой проект по изучению молекулярно-генетических особенностей увеальной меланомы, который реализуют он и его коллеги.

Большой прорыв в понимании природы высоких разведений был совершен российскими учёными. На международной конференции, посвящённой физике высокоразбавленных растворов, недавно прошедшей в Институте общей физики им. А.М.Прохорова, были сделаны доклады, полностью меняющие представления о них.

В высоких разведениях сохраняется крайне малое количество молекул исходного вещества, хотя полностью они из-за так называемого процесса флотации из разведений не исчезают. Однако современные аналитические методы исследований, такие как терагерцовая спектроскопия, позволяют по-новому взглянуть на проблему высокоразбавленных препаратов.

Главной тайной высоких разведений оказался сам процесс их приготовления. Оказалось, что при сочетании последовательного разведения исходного вещества и его физической обработки в виде внешнего ритмичного воздействия (механического, электромагнитного, ультразвукового) в структуре раствора происходит очень глубокая макрохимическая перестройка, вследствие чего он приобретает новые длительно сохраняющиеся свойства, для объяснения которых необходимо применять представления как

Тенденции

# Новые технологии позволили создать препарат от астении

классической, так и квантовой физики. Таким образом, главное преимущество технологически обработанных высокоразбавленных растворов и в первую очередь созданных на их основе лекарственных препаратов – не только безопасность, а новые позитивные свойства, которые появляются в высоких разведениях в ходе их технологической обработки. Для медицины самым важным из вновь приобретённых свойств является способность высоких разведений оказывать воздействие, прицельно направленное на молекулу исходной биологической субстанции, выполняющую роль мишени в организме, лежащее в основе специфической фармакологической активности препаратов такого типа. Сравнительно недавно было установлено, что разведения антигена к нейроспецифическому белку S-100B приводят к нормализации функций, которые этот белок контролирует в головном мозге, и вызывают анксиолитическое

действие без привыкания и сонливости, что позволяет принимать препарат в дневное время. Так на базе антител к мозгоспецифическому белку S-100B десять лет назад были созданы в качестве дневного анксиолитика препараты Тенотен и Тенотен детский.

Последние сведения о роли технологического процесса в приготовлении препаратов на основе высоких разведений позволили специалистам НПФ «Матери Медика Холдинг» провести большую исследовательскую работу по улучшению технологической обработки исходной субстанции – антител к мозгоспецифическому белку S-100B. В результате удалось получить новый нейротропный препарат Проспекта с дополнительными позитивными свойствами, отсутствующими у Тенотена, при сохранении высокого уровня безопасности.

Вследствие изменения технологии приготовления, Проспекта оказывает более выраженное модифицирующее (нормализующее)

воздействие на все регулируемые белком S-100 функции в мозге, и прежде всего на ионные (электрические) процессы: перераспределение ионов Ca<sup>2+</sup> в мозге, активацию Ca-зависимых ионных каналов, усиление процессов генерации и проведения нервного импульса. В результате упорядочиваются процессы активации и торможения, улучшается коммуникация между нейронами, включаются функциональные резервы нервной системы (за счёт перераспределения пострадавших функций между здоровыми нейронами).

В итоге на нейрофизиологическом уровне действие Проспекта приводит к восстановлению целостной (интегративной) функции мозга. В клинических исследованиях доказано выраженное ноотропное действие, проявляющееся улучшением когнитивных функций и эмоционального состояния. Отличительной чертой препарата является выраженное антиастеническое действие.

Клинические испытания Проспекта продолжаются: исследуется эффективность препарата при лечении деменции у пожилых пациентов, синдроме дефицита внимания у детей от 7 до 12 лет.

В настоящее время заканчиваются плацебо-контролируемые клинические исследования 3-й фазы препарата Проспекта у больных с выраженной астенией после перенесённой новой коронавирусной инфекции. Результаты промежуточного анализа позволяют с оптимизмом предполагать, что Проспекта является эффективным препаратом для реабилитации после перенесённого COVID-19.

**Александр СКОРОМЕЦ,**  
заведующий кафедрой  
неврологии и нейрохирургии  
Первого Санкт-Петербургского  
государственного медицинского  
университета им. И.П.Павлова  
Минздрава России,  
академик РАН.

Акценты

# Завершится ли пандемия омикроном?

## Это зависит от каждого из нас

В условиях «разбушевавшегося» омикрона важно не только анализировать происходящие на наших глазах изменения, но и сравнивать отечественную ситуацию с опытом других стран. Как показал видеомост Москва – Бишкек – Ереван – Минск – Нур-Султан – Тбилиси, во время которого на связи с академиком РАН Геннадием Онищенко были представители СМИ этих стран, именно в подобном обмене информацией и рождается истина.

На повестке дня были вопросы: чем опасен штамм омикрон? Почему статистика заражений бьёт рекорды? Насколько эффективно «Спутник V» защищает от нового штамма? Станет ли омикрон завершающим штаммом пандемии коронавируса? И отступит ли пандемия в ближайшее время?

Не удивительно, что обсуждение омикрона собрало такую большую международную аудиторию. В самом начале беседы Г.Онищенко привёл имевшиеся на тот день данные о числе заболевших, как от коронавируса в целом, так и от нового штамма, и числе умерших. На первый взгляд кажется, что всё не так плохо, процент летальности, то есть, количества умерших на фоне всей массы заболевших, не столь значителен. «Но я бы не упрощал эту ситуацию, потому что в абсолютных числах людей умирает больше», – отметил он, выразив озабоченность быстрым распространением вируса среди детей (сегодня это уже 15%, а совсем недавно – примерно 11%).

Да и то, что при росте числа больных не увеличивается за-



грузки госпитальных коек и отделений реанимации, это, скорее, «отговорка для успокоения». Как известно, при омикроне стало меньше пневмоний, потому что вирус эксплицируется в верхних дыхательных путях, и его лечение далеко не всегда требует нахождения в стационаре. Однако тяжесть последствий остаётся прежней! По словам академика, это следует помнить тем, кто уповает на появление естественного иммунитета, отвергая возможности вакцинации.

То, что вакцинация является единственной возможностью победить инфекцию, очевидно. Даже если прививки не защищают стопроцентно от нового заболевания, они ослабляют течение болезни и, соответственно, уменьшают риск развития постковидного синдрома. При этом Г.Онищенко подчёркивает, что «Спутник V» защищает от омикрона на 70%, что не так уж и мало.

Однако в стране процесс идёт «из ряда вон плохо»: если

не будет о пандемии забыть». Но то, что сам коронавирус никуда не уйдёт, совершенно очевидно.

«В принципе, он становится всё более похожим на грипп», – отмечает академик. – Есть основания считать, что ковид со временем уйдёт в сезонность. Хотя ещё 34 кандидата от коронавируса лежат в наших коллекциях: они существуют в природных очагах этого заболевания, заражая мелких млекопитающих. Но когда он перейдёт через межвидовой барьер, покажет время».

Перед такой же проблемой выбора: привиться или ждать, когда серьёзно заболеешь и попадёшь в реанимацию, стоят практически жители всех стран, чьи представители участвовали на встрече. И причины этого не всегда объективны: если в Кыргызстане и Грузии нет своего производства вакцин, то ещё более высокий, чем у нас, процент непривитых жителей в Беларуси объяснить трудно. Там с нашей помощью построен завод, налажен выпуск вакцин. Возможно, дело в том, что отсутствие локдаунов и других ограничений не способствовали серьёзному восприятию ситуации?

А журналисты из Армении, напротив, озабочены ужесточением правил, в частности, введением QR-кодов, без которых не пускают в рестораны и музеи.

«QR-коды – это не локдаун. Это хорошая технологическая вещь, опция, которая помогает облегчить ситуацию», – объясняет Г.Онищенко. Он считает неоправданной приостановку рассмотрения Госдумой закона о QR-кодах и надуманной причину такого решения: дескать, с их помощью за нами будут следить, узнавать какую-то личную информацию. По его словам, «следить», при

желании, можно и через камеры распознавания лиц, установленные по всей Москве, и даже с помощью обычных смартфонов.

Серьёзно отнёсся Геннадий Григорьевич к обеспокоенности журналиста из Бишкека, сообщившего, что в стране людям с симптомами ковида перестали делать ПЦР-тесты, а также отказались закрывать школы на карантин, даже если там обнаружится несколько случаев заражения омикроном.

«Одним из показателей состоятельности государства по биологической защите граждан той или иной страны является количество диагностических тестирований на миллион населения, – ответил Г.Онищенко. – У американцев – это 2,5 млн, у нас – 1 млн, причём на каждый штамм мы создаём отдельные тест-системы».

Такой подход был изначально применён и к коронавирусу, как только Китай объявил в декабре 2019 г. о появлении на его территории данной инфекции. Россия тогда одна из первых начала проводить диагностику.

Что же касается карантина в школах, то тут допустима градация: следует закрывать учебные заведения в зависимости от количества заболевших детей.

Беседа за «круглым столом» подтвердила: страны по-прежнему едины в необходимости бороться с коронавирусом, а признание-непризнание различных государств вакцин друг друга лежит исключительно в сфере бизнеса. И медики этих стран едины в понимании, что вакцинация как таковая – главный фактор биологической безопасности.

«Показатель процента привитых граждан (как и вообще отношения к здоровьесбережению) для меня лично является показателем культуры той или иной популяции», – отметил Г.Онищенко. – Это базовая часть многогранного понятия «культура».

Поэтому, по его словам, главным выбором государств должен быть не локдаун, а расширение охвата вакцинацией. И уж где-где, а в России для этого есть все возможности.

**Алёна ЖУКОВА,**  
корр. «МГ».

Москва.

Председатель Приморской краевой организации профсоюза работников здравоохранения РФ Ирина ЛИЗЕНКО – человек, обладающий редким, но таким важным для её работы талантом переговорщика. Не случайно в сентябре 2021 г. после визита в этот регион председатель Профсоюза работников здравоохранения Российской Федерации Анатолий Домников подчеркнул, что здесь работает одна из самых сильных территориальных профсоюзных организаций, а И.Лизенко удалось выстроить отличные деловые отношения с администрацией края и профильными министерствами.



– Ирина Ильинична, в представлении ряда так называемых независимых профсоюзов, появившихся в последние годы, именно протест – единственная возможная форма о себе заявить и вообще существование профессиональных союзов. Вы же практикуете иную линию поведения – эффективно решаете трудовые, социальные и экономические вопросы медиков, не раздражая власть, а сотрудничая с ней. При этом приморский Профсоюз работников здравоохранения абсолютно точно не играет в «поддавки» с краевыми властями, но и не идёт на открытое противостояние. Вы обучались науке дипломатии?

– Можно сказать, да. Только не в МГИМО, а в тех организациях и на тех должностях, где мне довелось работать до краевой организации профсоюза. После окончания медицинского института я 5 лет отработала врачом в санитарно-гигиенической службе края. Опыт взаимодействия с руководителями предприятий и организаций Приморья начал складываться уже тогда, поскольку санитарная служба имеет контрольно-надзорные функции и проверяет условия охраны труда, в том числе. Затем были восемь лет работы в отделе здравоохранения одного из районов Владивостока, где также выстраивались взаимоотношения с руководителями лечебных учреждений, с администрацией города и губернатором. Поэтому когда меня избрали заместителем, а затем и председателем краевой организации Профсоюза работников здравоохранения РФ, мне было намного проще вести переговоры и достигать согласия и с главными врачами, и с органами власти, поскольку такой навык у меня уже был сформирован.

– Избранная вами стратегия решать даже самые сложные проблемы, касающиеся защиты профессиональных интересов врачей и медсестёр, не прибегая к крайним мерам – неповиновению и устраниению власти, – сформировалась опытным путём или вы изначально были убеждены, что конструктивное взаимодействие даёт больше шансов на успех, чем флеш-мобы, пикеты и митинги?

– При желании всегда можно мирно получить положительный результат на любой вопрос или устранить противоречие, но при одном условии: надо заниматься этим не путём длительных формальных переписок, а личных встреч и переговоров. Вот как раз тогда, когда стороны начинают уходить от живого переговорного процесса в эпистолярный жанр, рано или поздно терпение у одной из них – а именно у общественной организации – заканчивается. И вот тогда лидеры общественники предлагают всех «поднять в атаку», организовать публичную акцию, чтобы привлечь к себе внимание органов власти. Задача профсоюзов как раз и состоит в том, чтобы не инициировать подобные события, а работать на их опережение, а для этого надо встречаться с органами власти и находить решения за столом переговоров сразу же, как только какая-то проблема в отрасли начала обозначаться. Если не будет личного диалога, письма ничего не дадут. Знаю это по своему опыту работы: когда обозначаешь свои тревоги и предложения о ситуации в здравоохранении в личной беседе с губернатором, мэром,

вынуждены доказывать, что их близкие заразились именно при исполнении профессиональных обязанностей. Люди чувствуют несправедливость и испытывают унижение. Это очень сложные ситуации, в которых вам, наверняка, тоже приходится разбираться.

– Конечно, приходится. В каждой из подобных деликатных историй мы очень тесно работаем с Министерством здравоохранения, Фондом социального страхования, Роспотребнадзором. Каждые три года, начиная с 2009 г., заключаем Соглашение о взаимодействии с Государственной инспекцией труда.

так получается далеко не всегда, очень многие врачи и медсестры уже не возвращаются: они говорят, что, испытав все радости «мирной жизни» дома, больше не желают снова входить в этот профессиональный «ад».

– Страшно, когда любимая работа начинается казаться как торговля... А какую именно роль вы отводите государству в сохранении медицинских кадров?

– Главную. В конце 2021 г. в Приморье по инициативе правительства региона была организована стратегическая сессия по кадровой политике в здравоохранении. Министр здравоохранения Анастасия Худченко объяснила важность это-

у неработающих индексируется ежегодно, а у тех, кто продолжает служить стране и людям, индексация пенсии не производится.

Неуправляемой причиной увольнений можно считать переезд в другой регион: такое решение приняли 9% из числа врачей, которые уволились за эти годы.

– Осмелюсь предположить, что это врачи, которые откликнулись на призывы властей Москвы и Подмосквы работать в инфекционных госпиталях за очень большие доплаты. Туда потекли реки специалистов из всех регионов страны.

– Не исключено, что именно так и обстоит дело. Есть ли решение

## Наши интервью

# Искусство договариваться

Как отстаивать интересы работников здравоохранения, не призывая их на баррикады?

депутатами, то решения находятся всегда и сразу.

Был ли у нас опыт протестов, организованных краевым Профсоюзом работников здравоохранения? К сожалению, был. В середине 1990-х годов, когда происходили задержки выплаты заработной платы работникам здравоохранения, мы постоянно, в любую погоду проводили пикеты, митинги, даже перекрывали дороги. Вот тогда, я думаю, власти впервые поняли, что такое сила профсоюза, и пришли к выводу, что с нами лучше жить мирно. В очередной раз протестная акция была подготовлена в 2011 г., когда в нашем регионе не была проведена индексация заработной платы работникам здравоохранения и подписан документ о снижении социальных гарантий. Краевой организацией профсоюза работников здравоохранения был проведён пленум и назначена дата пикета, о чём оповестили краевую власть, правоохранительные органы, прокуратуру. Однако власти быстро оценили информационный риск такого события в год выборов в Госдуму, и вопрос был решён путём переговоров с губернатором. С того времени прибегать к «устрашающим методам» нам больше не приходилось и, надеюсь, не придёт, так как мы находим взаимопонимание с администрацией края и региональным Минздравом по любым аспектам работы и социальной защиты работников отрасли.

Например, в конце 2020 г. по инициативе краевой организации профсоюза был решён вопрос оздоровления медработников, которые переболели COVID-19. Тема крайне острая, поскольку за весь период пандемии более 30% врачей и среднего медицинского персонала системы здравоохранения Приморского края болели коронавирусной инфекцией, причём большинство – в тяжёлой форме. Глава региона полностью поддержал наши предложения, и по поручению губернатора Приморского края О.Кожемяко были внесены изменения в региональный закон. В течение 3 лет после заболевания медицинские работники могут проходить 18-дневный курс реабилитации в санатории.

А на федеральном уровне ещё только планируется такое решение принять, и когда это произойдёт, неизвестно.

– Пандемия вообще актуализировала роль профсоюзов и подбросила вам для решения немало сложных ребусов. В частности, по доплатам медработникам за работу с инфицированными пациентами: кому-то доплачивают, кому-то нет, хотя врачи «скорой» и поликлиники тоже имеют дело с инфекционными больными, как и специалисты, работающие в «красных» зонах. То же самое касается компенсаций семьям медиков, которые были инфицированы на работе, заболели COVID-19 и погибли: немало случаев, когда родственники

Кстати, благодаря сложившимся – пользуясь вашей терминологией, дипломатическим – отношениям, у нас не бывает такого, чтобы инспекторы Профсоюза работников здравоохранения по результатам проверки соблюдения требований трудового законодательства, рассмотрения поступающих обращений от работников сделали предписание, а главный врач лечебного учреждения его не выполнил, и пришлось бы добиваться устранения нарушений через суд. Кому-то это покажется странным, но у нас действительно нет судебной практики, потому что предписание профсоюза исполняются беспрекословно.

Думаю, помогает ещё и то обстоятельство, что у меня второе высшее образование – юридическое. И об этом знают все главные врачи, министры, трудовые инспекторы. Со мной разговаривают как с серьёзным партнёром, а не просто «общественником», которому можно что-то пообещать и не сделать этого.

– В разгар второго года пандемии COVID-19 вы обратились к жителям Приморского края через СМИ с предупреждением: медики региона на пределе своих возможностей, они физически устали и эмоционально выгорели, продолжать нападки на них по любому поводу – значит вынудить уйти из профессии последних энтузиастов. Но ведь общество начало демонстрировать негативное отношение к врачам не сегодня и даже не вчера. Как вы думаете, у этой проблемы есть решение?

– Вы правы, атмосфера неуважения по отношению к отрасли здравоохранения и работающим в ней специалистам складывалась в обществе на протяжении всех лет, в течение которых в российском законодательстве фигурирует фраза «медицинская услуга». Моральный авторитет системы здравоохранения в глазах населения упал, и поднять его будет очень сложно. Первый шаг в этом направлении, я уверена, должно сделать не общество, а само государство, изменив отношение к отрасли и медработникам и тем самым показав пример. В противном случае в ближайшие годы кадровая проблема в здравоохранении приобретёт масштаб катастрофы.

В качестве подтверждения этого опасения приведу результаты опроса, который мы проводили в октябре 2021 г.: 37% медиков готовы уйти из профессии, потому что не могут продолжать работу из-за тяжёлой психоэмоциональной нагрузки, стрессовой ситуации, агрессии со стороны населения. Реально уходят сотрудники пенсионного возраста, их удержать сложнее всего. Знаете почему? Потому что в отличие от неработающих пенсионеров работающим не индексируют пенсии. Люди увольняются в надежде, что через три месяца должную индексацию пенсии им проведут, и они вернуться на рабочее место. Однако

го форума тем, что, несмотря на предпринимаемые властями края с 2018 г. меры и серьёзные финансовые вложения, удалось добиться только стабилизации ситуации, но существенного прироста численности врачебного и среднего медицинского персонала не произошло. Участники стратегической сессии должны были высказать свои точки зрения, чтобы власть могла на их основе комплексно оценить проблему и выработать новые подходы к устранению дефицита кадров в медицинской отрасли. К дискуссии пригласили всех, чьи мнения действительно являются экспертными: организаторов здравоохранения, главных врачей лечебных учреждений, студентов медицинского вуза и колледжей, представителей Профсоюза работников здравоохранения, руководителей врачебных ассоциаций.

В ходе сессии обозначили все причины оттока кадров из отрасли, затем обсудили возможность новых форм организации труда медработников в условиях дефицита специалистов, в частности, вахтовый метод, а также предложили, как совершенствовать систему мер социальной поддержки медиков, улучшить взаимодействие между междисциплинарными и образовательными учреждениями, внедрить практику современного наставничества.

– Что со своей стороны предложила Приморская организация профсоюза работников здравоохранения?

– Мы участвовали в работе секции «Отток специалистов из государственных медицинских организаций». Что может сделать главный врач для изменения данной тенденции? И внесли ряд предложений. Но сначала представили результаты анализа причин, по которым увольнялись врачи в 2018, 2019, 2020 и 2021 гг. Число уволившихся врачей в крае в 2018 г. составило 626 человек, а в 2020 – уже 1154! Какие бы причины ни указывали сотрудники при оформлении заявлений об уходе, разумеется, главным источником зла явилась пандемия COVID-19: проработав уже почти два года в условиях невероятных перегрузок, люди не выдерживают. За 2021 г. число уволившихся врачей не уменьшилось.

И всё-таки хочу показать, какие причины для ухода с работы обозначают медики официально. Это весьма красноречивая информация, она тоже позволяет органам власти сделать правильные выводы и принять верные решения. Итак, в структуре причин увольнения на первом месте инициатива работника: уход за ребёнком, семейные обстоятельства, перерасчёт пенсии. 38% врачей и 41% среднего медперсонала указали на них. Здесь обращает на себя внимание последний пункт, он, как уже сказано выше, оказался решающим для людей пенсионного возраста, которые вполне могли бы ещё несколько лет эффективно трудиться, если бы не оказалось, что пенсия

в данном случае? Думаю, есть. В то же время собственно материальный фактор, как повод для увольнения, открыто обозначали всего 4% врачей. Возможно, как интеллигентные люди, многие врачи просто стесняются говорить о низкой зарплате и предпочитают озвучивать иные причины для смены места работы.

Итак, что может сделать главный врач на своём уровне для изменения данной тенденции? Прежде всего, проводить внутреннее исследование причин увольнения специалистов, разговаривая с ними. Обеспечить качественный подбор нового персонала: анкетировать претендентов и максимально информировать их об условиях предстоящей работы.

Для снижения высокой нагрузки и эмоционального выгорания необходимо передать часть работы медицинских работников немедицинскому персоналу, уменьшить бумажную отчётность, а также дублирующую отчётность в электронной форме. Про создание комфортных условий труда на рабочем месте, контроль соблюдения техники безопасности и внедрение здоровьесберегающих технологий тоже приходится главным врачам напоминать.

В настоящее время краевой организацией профсоюза подготовлены предложения о включении в коллективный договор учреждений здравоохранения Приморского края раздела «Гарантии для работников пенсионного возраста».

– Что касается финансовой составляющей и мер социальной поддержки медиков – здесь же от главного врача мало что зависит...

– Да, и поэтому в резолюции краевой стратегической сессии есть предложения к федеральным органам законодательной и исполнительной власти. Первое – обратиться в Государственную Думу РФ с предложением решить вопрос индексации пенсии работающим пенсионерам и внести изменения в Федеральный закон № 400-ФЗ от 28.12.2013 «О страховых пенсиях». Второе – утвердить особый порядок прохождения аккредитации для медработников предпенсионного и пенсионного возрастов. Третье – предусмотреть ежемесячную доплату в размере 10% к окладу за стаж работы в здравоохранении более 20 лет с надбавкой каждые 3 года. Четвёртое – предоставлять беспроцентную ссуду на приобретение жилья или погашение ипотеки при трудоустройстве в государственные медицинские организации.

Согласитесь, ничего сверхсложного в этих предложениях не предусмотрено, при этом реализация каждого из них позволит сначала затормозить процесс оттока кадров из системы здравоохранения, а затем и вовсе остановить его.

Беседу вел  
Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Взгляд

# Старость в радость

**Естественный процесс старения может нарушаться, что приводит к крайне нежелательной трансформации клеток. Остановить её, как считают в лондонском Институте раковых исследований, можно будет, воздействуя на протеин массой 9700 (p97).**

Он представляет собой фермент АТФ-азу, который за счёт энергии расщепления АТФ (главного клеточного энергоносителя) удаляет энзим полимеразу из хроматина. Полимеразы стали известны в связи с ПЦР, или полимеразной цепной реакцией, и они осуществляют синтез нуклеиновых кислот. Хроматин же представляет соединение ДНК с белками, и он становится видным под микроскопом после конденсации хромосом после окончания подготовки к делению. Ингибиторы p97, к которым относится лекарство дисульфирам активируют полимеразу и тем самым повышают токсичность для опухолевых клеток. В Лондоне считают, что им удалось выявить ещё один компонент регуляции клеточного самовоспроизведения, «противящегося» нормальному старению.

Процесс старения – естественен как жизнь. В начале 80-х годов прошлого века началась бурная эпоха выделения и клонирования генов, многие из них регулируют клеточное деление, нарушение которого приводит к онкологии, откуда такие участки ДНК получили название онкогены. Одним из первых был охарактеризован протеин с массой 53000 (p53), который после различных воздействий включает процессы чекинга состояния генома, например, после больших доз ультрафиолета, рвущего цепи ДНК. При слишком частых порывах и неспособности молекулярной починки ДНК p53 включает механизм апоптоза клеток, или запрограммированной их смерти (после чего

обгоревшая кожа «слезает»). «Следит» – осуществляет мониторинг – p53 и за клеточным делением, резко снижая его уровень в ходе старения, что уменьшает риск клеточной трансформации. Мутации в гене p53 приводят к разного рода опухолям и в частности возникновению В-лимфоцитарной лейкемии. Вследствие этого p53 относили одно время к онкогенам.

В барселонском Институте науки и технологии выделили новый онкоген CSDE (Cold Shock Domain E), из клеток после действия на них холода. Его нормальная версия регулирует клеточное старение и следовательно является супрессором опухолевого развития. Его белок блокирует в ядре действие гена Ybx, стимулирующего деление и тем самым прототирующий OIS, или старение, индуцируемое онкогеном (CSDE). Оно регулируется двумя молекулярными механизмами, первым из которых является протеиновый фактор секреции, связанный со старением. Его информационная РНК (иРНК) подавляет транскрипцию гена Ybx. Каталонцы показали также, что выключение последнего в «бессмертных» кератиноцитах, трансформированных с целью поддержания бесконечных митозов, спасает процесс старения и естественно апоптоза. Этим они разорвали «арест» делений и «старческой секреции» (Senescence-Associated Secretory Phenotype). Авторы считают, что выключение CSDE-гена позволяет клеткам «обойти» нормальное старение кератиноцитов, что ведёт на первом этапе к иммортализации клеток, которая ведёт к их озлокачествлению. Тем самым барселонцы предъявили коллегам важность и значение контроля, регулирующего процесс развития клеток уже после считывания как отдельных генов, так и всего генома.

А сотрудники Массачусетского технологического института, решили опробовать действие белков известных в эпоху ковида, при непосредственном введении в опухоль. Известно, что один из них IL-12 (интерлейкин, осуществляющий связь между лейкоцитами крови) индуцирует «выброс» в кровь интерферона-гамма, который в свою очередь отвечает за повышение активности противоопухолевых цитотоксических лимфоцитов (ЦТЛ) и натуральных киллеров (НК). Проблема однако в том, что опухоли своей «секрецией» останавливают ЦТЛ и НК на отдалении от себя, вызывая локальный иммунодефицит и несрабатывание иммунного надзора. Бостонцы подсоединили IL-12 к известному усилителю (бустеру) иммунного ответа «Алюому» – Alum (Al hydroxide – Al(OH)<sub>3</sub>). Выяснилось, что IL-12 активирует фермент киназу, который переносит энергоёмкие фосфатные группы на другие протеины. Сдвоенный белок разделили «поводком» в виде АРР, или Alum-Binding Peptide, то есть цепочки из 36 аминокислот, позволивший соединить IL-12 с иммунным бустером. Новый препарат опробовали на мышиной модели меланомы, что дало выраженный эффект. Воздействия на неё было двойким: с одной стороны, резко увеличилась аккумуляция опухолевых антигенов в периферических лимфоузлах, а с другой, в опухолевом микроокружении (TME – Tumor MicroEnvironment) было привлечено повышенное число ЦТЛ и НК. Если верить авторам, то был получен также эффект применения IL-12 с алюмом на инвазивный рост опухоли и даже отдалённые метастазы, что доказывает получение более безопасной стратегии локальной и системной борьбы иммунной системы против клеточных разрастаний.

Выводы

Пресинаптическое окончание нервного отростка получило название «бутона»-bouton, а постсинаптическое – сопе, который переводят и как «шишечка», и как «шипик». Разделяет пре- и постсинаптическую мембранную щель, в полость которой идёт «выброс» из везикул того же адреналина, молекулы которого соединяются с белковыми рецепторами, интегрированными в мембрану постсинаптического окончания. Соединение способствует передаче сигнала в цитоплазме пост-нейрона, который уходит в тело клетки. Столь сложные молекулярные события требуют повышенной «прочности» синапса, целостность его поддерживается системой двух структурных белков с характерными названиями: «связывающий» нейрوليцин пресинапса и нейрексин в постсинаптической мембране. Они образуют вертикально – по отношению к щели – стоящие протеиновые колонны, прочно соединяющиеся своими концами.

## Бутоны и шипики

Нейрوليцин и его связь с нейрексином привлекли внимание учёных, занимающихся аутизмом и сходными состояниями вплоть до шизофрении, переводимой с греческого как «разделённый мозг-«френос». В Севильском университете (Испания) недавно был получен вариант нейрексина, который по своей функции связан также с пресенилином, или «старческим» белком, накопления которого отмечаются у пожилых людей. Суть работы заключалась в получении укороченного варианта нейрексина (его функционального С-конца длиной всего 85 аминокислот, белки как известно имеют С- и N-концы своей цепи). Известно, что пресенилин подготавливает нейрексин к действию гамма-секретазы, или фермента молекулярного клиренса неработающих молекул, груз которых губителен для синапсов. Мутанты пресенилина или воздействие его блокаторов нарушают работу синапсов, то есть их пластичность. Испанцы подчёркивают, что у ген-модифицированных мышшей отмечались нарушения памяти и отсутствие страха вследствие поражения миндалины (Amygdala) и предлобной – префронтальной – коры. Клетки первой отвечают за страх как за эмоцию, а второй – за вынесение тех или иных решений.

По другую сторону моря в университете итальянской Пизы было показано, что дело не только в синапсах, но также и в... кишке. Кишечная флора вырабатывает молекулы жирных кислот с короткой цепью (SCFA – Short Chain Fat Acid), которые с кровью попадают в мозг, где «подпитывают» мелкие клетки микроглии. Микроглия интересна тем, что она выполняет в нервной системе (НС) роль менинговых макрофагов, защищая НС от воспаления. В Пизе было показано на мышах, что эти жирные кислоты стимулируют развитие микроглии, реагирующей на появление в мозгу чужеродных продуктов. Мышей, «участвующих» в опытах, в университете разделили на две группы, кишечник одной из которых «обогатили» микробиотой от других особей. Для доказательства идеи мышам с неразвитой микроглией делали фекальную трансплантацию, после чего микроглиальные клетки «оживали».

Можно задаться вопросом, почему, если так много известно, нет действенных лекарств от нейродегенеративных заболеваний? Ответ довольно прост – мы ещё очень мало знаем об истинных молекулярных нарушениях, ведущих к развитию этих болезней...

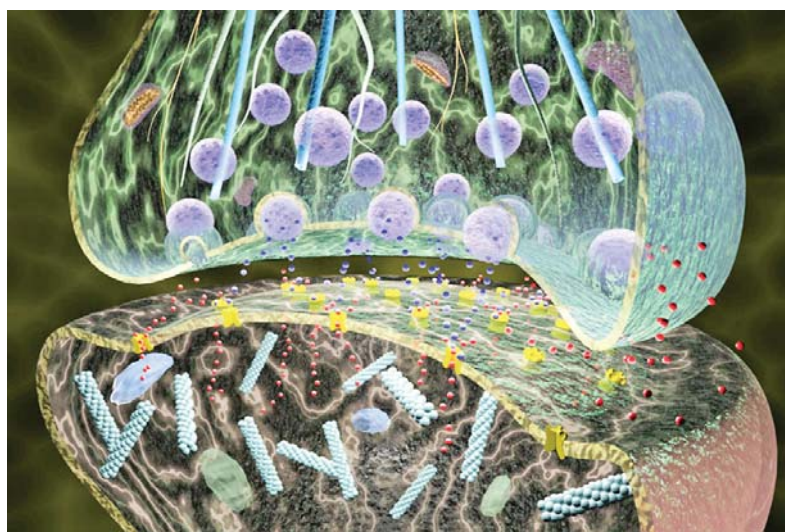
Ракурс

**В 1922 г. молодой ботаник А.Опарин (1894-1980) на заседании Московского ботанического общества сделал доклад, посвящённый его видению проблемы происхождения жизни на Земле, в начале которого было образование коацерватных капель. Их долгие десятилетия затем превозносили как лежащие в основе материалистической теории генезиса, или биосферного бытия.**

Фарос – это островок в александрийской бухте, где пришедшие в страну коптов македонцы во главе с Птолемеем построили большой светильник-ФАР (сравни: фара), служивший маяком для подходящих судов. Легенда гласит, что будто бы на островке, получившем своё название от маяка, собрались в конце существования птолемеевского Египта 70 «толковников» иудейского Писания-Scripture, которые представили миру свой перевод. По числу толмачей он получил латинское название Септуагинта (от латинского «70»), по другому варианту будто бы переводчики потратили всего 72 дня, чтобы перевести книги на острове. И первая книга, рассказывающая о сотворении мира и называемая у нас «Бытие», во всём мире зовется ГЕНЕСИС – от греч. GEN – колено, поколение, рождение.

Понимание науки ограничено для широких масс её искусственным языком с «применением» множества греко-латинских слов, которые были более понятны выпускникам гимназий с их преподаванием классических языков. То, что ботаник попытался «вторгнуться» в чуждую ему проблему зарождения жизни, нет ничего удивительного,

# Везикулы коацерваты



**Везикулы (фиолетовые), приходящие к синапсу сверху**

поскольку в его время мало что о ней знали, а потому полёт фантазии был неограничен. В качестве примера можно привести ботаника Ж.-Б.Ламарка, который после триумфа с его «Флорой Франции» отважился в 1809 г. выпустить «Философию зоологии», в которой провозгласил происхождение человека от шимпанзе как наиболее близкой по анатомии и поведению обезьяны.

Опарин как ботаник был знаком с накоплением масляных капель в клетках масличных растений, друз-отложений избытка минеральных веществ и зёрен фотосинтезированного крахмала в зелёных

листьях растений. Поэтому нет ничего удивительного в том, что он «опрокинул» вспять во времени накопительно-капельный процесс, назвав капли коацерватными, то есть что-то накапливающими, или сорбирующими (сравни: сорбенты-поглощители). Много позже астрофизики использовали тот же корень для обозначения аккреционных дисков, растущих за счёт «сорбции» звёзд-компаньонов вокруг чёрных дыр. К тому времени, когда на арену вышли физики, о коацерватных каплях потихоньку забыли, тем более, что до их появления происходили различные процессы в первичной атмосфере

Земли. Выяснилось также, что, возможно, были, согласно гипотезе панспермии, микроорганизмы с того же Марса и Венеры, а также из глубин Вселенной. Нейробиологи вовсю заговорили о пузырьках-везикулах, которые переносят по нервным отросткам нейромедиаторы (или трансмиттеры, например, тот же адреналин к мышцам). Образуются везикулы и в результате поглощения чего-то, например, вируса, клеткой с образованием эндосом, а также путём отщуривания с поверхности клеток (ВКВ – внеклеточных везикул), которые служат межклеточной «коммуникации» с помощью протеинов и нуклеиновых кислот. Эндосомальный механизм играет большую роль и при оплодотворении. Известно, что мембрана яйцеклетки к низу от её экватора усеяна белковыми рецепторами, с которыми соединяются поверхностные протеины головки спермия, после чего «втягивается» в её цитоплазму. Были также открыты белки, способствующие сливанию везикулярных мембран-оболочек и клеточных. Всё это во многом усложнило и в то же время обогатило понимание основ везикулярно-капельной биологии.

В святилище Аполлона в Дельфах (Греция) имелись омфал или «Пуп земли», и треножник-трискелион, на котором восседала прорица Пифия. Форму трискелиона имеет и белок клатрин (Clathrin), название которого означает нечто кружевное или сеть, и также паутину. Протеин необходим для

образования наружной оболочки везикул. Известно, что клеточная фосфолипидная мембрана, состоящая из парных «хвостов» жирных кислот, объединённых головкой остатка фосфорной кислоты (H<sub>3</sub>PO<sub>4</sub>), довольно жёсткая и не склонная прогибаться. Клатрин как раз и делает участки оболочки гибкими, способствуя эндоцитозу с образованием пузырьков-капель. Помогает клатрину кальмодулин, адаптирующий свойства мембраны благодаря «привлечению» ионов кальция, откуда название этого белка. Изменение её напряжения tension у эпителиальных клеток способствует, как показали в Калифорнийском университете Лос-Анджелеса, впячиванию-инвагинации их оболочек под действием стимуляторов клеточного деления. В Лос-Анджелесе показали, что это необходимо для пролиферации ворсинчатого эпителия воздухоносных путей, клетки которого сменяются каждые 3-4 дня.

Можно только восхищаться прогрессу науки в целом и её методов, который через век после выступления А.Опарина на достопамятном заседании Ботанического общества изложил свои взгляды на роль загадочных коацерватных капель в «возбуждении» жизни на нашей планете. Недаром учёному дали под его начало организованный им Институт биохимии...

Подготовил Игорь ЛАЛЯНЦ,  
кандидат биологических наук.

По материалам Cell Stem Cell,  
Developmental Cell, Nature  
Biomedical Engineering, Nature Cell  
Biology, Cell Reports, Experimental  
Neurology.

Бывает и такое

## Скажи мне, кто твой клон, — и я скажу, кто ты

Немецкие учёные рассматривают возможность выращивания свиней для пересадки их сердец людям. Специалисты планируют использовать для научных целей породу свиней с острова Окленд — сначала особой клонируют, а потом на основе этой породы выведут специальный вид генетически модифицированных животных. Первое поколение таких свиней родится уже в этом году — их сердца будут проверены на бабуинах, прежде чем исследователи получат разрешение на клинические испытания на людях. Это произойдёт через два или три года.



сократить этот список, тогда как противники говорят, что технология грубо нарушает права животных, фактически низводя свиней до статуса «фабрик» по производству органов, в то время как обезьяны, используемые в экспериментах по транс-

в Германии — стране с одним из самых низких показателей донорства органов в Европе и сильным движением за права животных.

Вольф, который занимается трансплантацией животных человеку в течение последних 20 лет, объяснил, что его команда будет использовать пока ещё не до конца эффективную технологию клонирования, чтобы создать только «животных-основателей», из которых будут выведены будущие генетически идентичные поколения.

Трансплантация необходима людям с диагнозом органной недостаточности, у которых нет других вариантов лечения. В списке ожидающих донорского сердца только в Германии в конце прошлого года насчитывалось около 8,5 тыс. человек.

Сторонники Вольфа считают, что доноры животных могли бы помочь

плантации, умирают в агонии.

В феврале 2019 г. немецкая общественная организация «Врачи против экспериментов на животных» опубликовала петицию с требованием запретить исследования в области ксенотрансплантации. Она собрала более 57 тыс. подписей.

Кристина Берхтольд, представитель мюнхенского отделения Немецкой ассоциации защиты животных, назвала эту практику «очень сомнительной с этической точки зрения».

«Животные не должны служить запасными частями для людей. Домашнее животное, будь то клон или естественно рождённое, имеет одинаковые потребности, страхи и права», — заявила зоозащитник.

Юлия ИНИНА.

По материалам The Guardian.

Кстати

## Ода клетчатке

Новое исследование, опубликованное в Британском журнале нутрициологии, показало, что добавление клетчатки в выпечку, молочные продукты, супы и смузи позволяет 50% взрослых получать суточную норму этого вещества.

Потребление большего количества клетчатки с повседневными продуктами приведёт к тому, что 6% жителей Великобритании сбросят вес, дети в два раза чаще будут соответствовать нормам, а риск развития заболеваний снизится.

Низкое потребление клетчатки связано с повышенным уровнем рака прямой кишки и молочной

железы, сердечно-сосудистыми заболеваниями, диабетом и проблемами с микробиомом кишечника.

«Большинство людей понимает, что потребление клетчатки позволяет поддерживать нормальное функционирование кишечника, но при этом мало кто знает, что получение суточной нормы этого вещества чрезвычайно полезно для здоровья в целом, в том числе для сердечно-сосудистой и иммунной систем, кожи, мозга и кишечника», — говорит доктор Кавита Карник, глобальный руководитель отдела питания одной из компаний в Великобритании, а также соавтор исследования по моделированию данных в сфере здравоохранения

и питания. — Однако большинству сложно получить правильное количество клетчатки из ежедневного рациона без превышения нормы потребления калорий», — признаёт эксперт.

Вот почему обогащение продуктов клетчаткой может стать настолько важным для здравоохранения. Это позволит потребителям есть любимые продукты и при этом потенциально снизит уровень сердечно-сосудистых заболеваний и диабета 2-го типа, а также позволит поддерживать нормальный вес в популяции».

Леонид БЕНЦКИЙ.

По материалам Daily Express.

Перспективы

Французская биотехнологическая компания Sensorion сообщает, что её низкомолекулярный препарат-кандидат SENS-401 (arazasetron) для лечения пациентов с внезапной нейросенсорной тугоухостью (ВНСТ) не достиг основной конечной точки II фазы клинического исследования AUDIBLE-S.

Разработчик намерен продолжить оценку результатов и предоставить информацию о планах по дальнейшей разработке препарата после публикации данных о достижении вторичных конечных точек исследования в середине марта 2022 г.

В исследовании приняли участие 115 взрослых пациентов. Все участники были набраны в течение 4 дней после развития у них односторонней идиопатической ВНСТ или односторонней либо

двусторонней острой акустической травмы, приведшей к ВНСТ. Они рандомизированно получали одну из двух доз SENS-401 (29 мг или 43,5 мг) перорально дважды в день или плацебо. Первичной конечной точкой являлось изменение показателя аудиометрии чистого тона в поражённом ухе по сравнению с исходным уровнем до конца четырёхнедельного периода терапии.

При этом в подгруппе участников исследования с порогом слы-

шимости > 80 дБ, что считается тяжёлой потерей слуха, SENS-401 показал большую эффективность по сравнению с плацебо при терапии обеими дозами. «Эта подгруппа составила 30% от общего числа участников исследования», — отметили в компании, добавив, что результаты исследования подтверждают данные, полученные в доклинической модели тяжёлой потери слуха, вызванной шумом.

В Sensorion заявили, что препарат не достиг первичной конечной

Исследования

Первое в мире исследование, в котором добровольцы были преднамеренно заражены COVID-19, показало, что симптомы начинают появляться всего через два дня, намного быстрее, чем ожидалось. При этом они становятся источниками инфекции и заражают окружающих.

они закрывали не только рот, но и нос. Исследование также показало высокую эффективность экспресс-тестов на коронавирус, которые, по словам профессора Чиу, хорошо коррелируют с наличием вируса.

«Несмотря на то, что в первые день или два они могут быть менее точными, но если ис-

## В приоритете оперативность или тактика?

Больные ковидом заражают окружающих быстрее, чем предполагалось

Ранее инкубационный период коронавируса учёные оценивали в 5 дней. Исследование, финансируемое Правительством Великобритании, показало, что уровни вируса Sars-Cov-2 в носу и горле достигают пика через 5 дней, хотя в среднем участники оставались заразными в течение 9 и максимум 12 дней после заражения. Также специалисты заявили, что их результаты подтверждают рекомендацию о том, что люди должны находиться в карантине в течение 10 дней после появления первых симптомов или положительного теста на ковид.

Исследование проходило в специальном отделении больницы Royal Free Hospital в Лондоне. Восемнадцать из 34 добровольцев в возрасте от 18 до 29 лет заразились после введения низкой дозы исходного штамма Sars-Cov-2 через капли в нос. Ни у кого не было серьёзных симптомов, хотя 13 человек временно потеряли обоняние. Только у одного участника эксперимента потеря обоняния наблюдалась и через шесть месяцев.

«Наше исследование раскрывает некоторые очень интересные клинические данные, особенно в отношении короткого инкубационного периода вируса и чрезвычайно высокого выделения вируса из носа», — сказал Кристофер Чиу, руководитель исследовательской группы, профессор инфекционных заболеваний в Имперском колледже Лондона. Высокие уровни вирусной инфекции появлялись сначала в горле и почти сразу же в носу, достигая пика через 5 дней. К этому моменту основным источником заражения становилась слизистая носоглотки.

Учёные заявили, что результаты подчёркивают важность правильного ношения масок — так, чтобы

пользовать их правильно и часто, а также немедленно принимать меры в случае положительного результата, это очень поможет в борьбе с распространением вируса», — сказал он.

Профессор Венди Барклай, его коллега из Имперского колледжа, считает, что, хотя в отсутствие массового тестирования самоизоляция на 10 дней была правильной тактикой, результаты исследования позволяют сократить срок карантина до 5 дней — если в течение двух последующих дней тесты на ковид окажутся отрицательными.

Первоначально исследование было начато, чтобы помочь протестировать экспериментальные вакцины, ещё до того, как Pfizer и BioNTech в конце прошлого года объявили о разработке эффективной вакцины.

Джонатан Ван-Там, заместитель главного санитарного врача Англии, считает, что исследование предоставило врачам больше ключевых данных о вирусе. По его мнению, дальнейшие эксперименты с участием людей могут использоваться для ускорения разработки других вакцин против коронавируса и противовирусных препаратов.

Эндрю Кэтчпол, главный научный сотрудник компании hVivo, принимавшей участие в исследовании, заявил, что, хотя учёные сосредоточились на исходном штамме Sars-Cov-2, и между ним и другими вариантами существуют различия в трансмиссивности, за защиту от вируса отвечают одни и те же факторы. Иначе говоря, результаты остаются ценными и для других вариантов — штаммов дельта и омикрон.

Инга КАТАРИНА.

По материалам BBC.

## Придётся подождать

Препарат для лечения нарушений слуха не прошёл клиническое исследование II фазы

ности, сравнения показателей аудиометрии чистого тона на 84-й день терапии и других вторичных конечных точек компания определится со стратегией по дальнейшей разработке SENS-401.

Кроме того, компания запланировала клиническое исследование II фазы NOTOXIS с целью определения эффективности SENS-401 для предотвращения ототоксичности вследствие терапии цисплатином, а также отдельное исследование с участием пациентов, которым показана кохлеарная имплантация.

Помимо этого, компания разрабатывает три программы генной терапии моногенных форм тугоухости, в том числе дефицита отоферлина, потерю слуха на фоне мутаций гена GJB2 и синдрома Ушера 1-го типа.

Илья ДУГИН.

**Бедная семья сельского дьячка. Двенадцать душ, перебивающихся из кулька, да в рожекку. Самый низ социальной лестницы. Жизнь почти впроголодь («краюшка хлеба», «ложись спать, есть всё равно нечего») Куры, гуси. Залатанная одежда. Тесная каморка. Низкий потолок. Полати. Зимний холод. Заледевнее окошко. Луна плывёт в облаках. Сквозняки. Мальчик с каким-нибудь простецким именем: Герасим. Нет, Герасим уже был. Акакий... Нет, Акакий тоже был... Пусть будет Митрофан...**

**«Пение – не ремесло»**

Мечтатель. Романтик. Читает при свече. Любит музыку и пение. Часами готов простаивать около забредшего в деревню бандуриста или слушать песнопения в сельском храме. Его отец – один из лучших певчих епархии. Мальчик тоже хочет петь. Но его отдают в Воронежское духовное училище.

Оно не похоже на «Очерки бурсы» Н.Помяловского: тут учатся не простонародье. Есть и дети дворян-помещиков, чиновников, купцов. Но – общая спальня, отсутствие возможности побыть одному, казенная еда. Нестерпимое желание оказаться дома, с мамой, братьями и сёстрами. С печалью горькой утраты вспоминаются даже куры и гуси. Над мечтательным 12-летним мальчиком потешаются соученики. Из радостей только и остаётся, что украдкой послушать шарманчика (что запрещено руководством училища), да потратить жалкие родительские гроши не на сайки-калачи, а на сборники песен.

Смотритель училища отец Иоанн обнаруживает у мальчика такой сборник. Называет песни «кабацкими». Он не наказывает семинариста, но даёт ему письмо к отцу, в котором просит усовестить сына, лучше всего – выпороть. Что делать? Если письмо отдать – мама расстроится, станет плакать. Если не отдавать – как вернуться в училище без ответа... Каникулы становятся пыткой. Постоянная тревога и чувство вины приводят к нервному срыву, сопровождающемуся лихорадкой (тогда её называли «мозговой горячкой»). Но постепенно душевное здоровье мальчика восстанавливается. Он просит не отправлять его больше в училище, и отец, махнув рукой, говорит: «Что ж, иди пасти гусей...»

Митрофан обучается слесарному делу; потом устраивается в контрольную палату Воронежа писарем. Освоив навыки бухгалтерского дела, становится экономом в духовном училище. Его смотрителем служит всё тот же отец Иоанн. Они становятся почти друзьями. Митрофан вечерами беседует со священником, который по-прежнему осуждает увлечение юноши народными песнями. Тот продолжает собирать их сборники и записывать песни. На последние деньги изредка умудряется сходить в оперу. Услышав выступление итальянских певцов из плохонькой труппы, гастролировавшей по ярмаркам, Митрофан всё больше проникается желанием петь. Отец Иоанн отговаривает его, «синица в руках», «верный кусок хлеба», «пение – не ремесло», но когда понимает, что юноша просто одержим оперой, помогает ему найти недорогого учителя с хорошей репутацией и выручает деньгами.

**В психбольнице**

Дальше – поворот совсем уж мелодраматический, совершенно неправдоподобный. Проходя берегом реки, Митрофан видит, как какая-то девушка пытается утопиться. Он спасает её, отвозит домой и... влюбляется до беспамятства, впервые в жизни (в 32 года). Снимает для барышни квартиру и сватается. Намечается свадьба.

В это время он ненадолго едет в Москву: поездка была намечена уже давно. Ему удаётся встретиться с консерваторским мэтром. «Голос у вас есть, но музыкальная грамота – никакая». Митрофан добивается невозможного: его соглашаются принять, невзирая на возраст и от-

сутствие подготовки, с условием – он станет экономом хозяйства нового корпуса консерватории. Условия оплаты и проживания не слишком выгодны, но Митрофан соглашается. Занятия должны начаться осенью, тогда же следует приступить к работе.

Окрылённый успехом, он возвращается в Воронеж и узнаёт, что за неделю до его приезда невеста уехала с соблазнителем, из-за которого и пыталась утопиться. Хрупкая психика романтика ломается. Митрофан сходит с ума. Несколько месяцев прячется от родственников и односельчан в амбаре, отказыва-

я подлинно народная остаётся в сёлах – невыездной. Вчерашние крестьяне, уехавшие на заработки и ставшие люмпен-пролетариатом, стесняются и чужаются её, торопясь сделаться «городскими». Народная музыка мало-помалу утекает, не оставляя по себе ни партитур, ни записей. О её существовании многие уже даже не догадываются, считая те самые городские романсы-баллады про княжну и Стеньку Разина настоящей народной музыкой... «Народная песня, – говорил Митрофан, – эта художественная летопись народной жизни, к глубокому сожалению, вымирает с каждым днём... Деревня

он оплачивает сам, сборы от концертов идут в пользу дамского благотворительного комитета «для устройства детской сельскохозяйственной колонии».

Удача приходит через год. На этот раз Митрофан решает выступить перед богемой. Газета «Русское слово» пишет: «Очень крупный успех выпал на долю вечера крестьянских песен, состоявшегося в литературно-художественном кружке. Перед публикой на фоне соответственных декораций прошла заправская русская деревня с её старинными, ещё не ополшёнными песнями, вымирающими

**Вечная индульгенция**

После революции популярные русские хоры едут за состоятельными слушателями на юг, к белым, за границу. Митрофану ехать некуда. К московской клинике его привязывает и страх возможного обострения болезни. Коллектив распадается, хористы разбредаются. Но он снова формирует хор, объединив умеющих петь крестьян.

В 1918 г. в Москву перебирается советское правительство, Митрофан с хором внезапно оказываются востребованными. Хормейстер ползует этим, чтобы выбить

**Имена и судьбы**

**Пламенная страсть**

95 лет назад умер основатель русского народного хора Митрофан Пятницкий

ясь выходить. Его удаётся вывести насильно, когда он совсем слабеет от голода. В смиренной рубашке его доставляют в Воронеж. На помощь снова приходит отец Иоанн. Он с кем-то списался, с кем-то договорился и раздобыл место в лучшей московской лечебнице (ныне клиника психиатрии им. С.С.Корсакова Первого МГМУ им. И.М.Сеченова).

Года через два с половиной Митрофан выздоравливает, но до конца жизни опасается общаться с людьми. После выздоровления в 1899 г. его берут на работу в ту же больницу письмоводителем.

**По совету Шалыпина**

Тем временем он снова пытается поступить в консерваторию. Но прослушавший его несколько лет назад профессор умер, вакансия управляющего корпусом занята. Остаются самоучители, походы в оперу, да уроки у консерваторских педагогов. Профессор К.Эверарди берёт 5 руб. за занятие. Больше чем на два урока в месяц денег не хватает. Митрофан изучает пение итальянцев по грампластинкам – грамофон был роскошью, пластинки стоили дорого. Пытается петь в концертах, но его приглашают лишь на бесплатные выступления. В конце концов, набравшись смелости, Митрофан обращается за помощью к Шалыпину. Тот направляет его к влиятельному приятелю, на вечер которого планируется презентация певца московской элиты. План проваливается: перед выступлением дебютант, смутившись, теряет голос, потом его настигает обострение болезни... Он вновь оказывается в клинике.

Здесь его навещает Шалыпин. Они гуляют по парку, беседуют. Певец, проникшись сочувствием к невезучему любителю музыки, даёт совет: заняться тем, к чему лежит его душа – сборником русских песен. Шалыпин приводит его на заседание музыкально-этнографической комиссии при университете Обществе естествознания, антропологии и этнографии. В 1903 г. Митрофан становится её действительным членом.

Теперь он задумывается о русском хоре. Цыганские хоры в России давно уже есть, но они поют другие песни – по кабакам и в номерах. Есть и русские хоры, но и они поют в псевдонародном стиле, одеты в какие-то несусветные неправдоподобные кокошники и дикие сарафаны. А подлинные русские песни исчезают. Вокальный народный эпос передаётся из поколения в поколение лишь в деревнях и только изустно, как, впрочем, и положено эпосу. В городах уже предпочитают мещанские романсы. Нерусский инструмент гармоника уже давно считается национальным (хотя и слово «тальянка» – не что иное, как «итальянка»). В разных регионах страны мастертятся разные гармошки, сочиняются местные наигрыши – тульские, саратовские, смоленские... Но музыка



начинает забывать свои прекрасные песни... Народная песня исчезает и её надо спасать». Он затевает создание русского хора. Но не для кабаков и для пьяных купчиков. Ради спасения русской культуры.

**Первые успехи**

Митрофан получает больше, чем рядовой сотрудник клиники, но в 20 раз меньше врача. Он одевается «как барин», но в экспедиции за песнями вынужден ездить в 3-м классе. Записывает песни в своём селе, группирует их по разделам и публикует в 1904 г. сборник «12 русских народных песен (Воронежской губернии Бобровского уезда)». Средств не хватило, пришлось взлезть в долги. Издание приносит известность, за ней приходят небольшие доходы: Митрофан даёт уроки вокала. Фольклориста приглашают на благотворительные вечера. Он покупает фонограф для записи народных песен и обрядов. Только на фонографе он записывает около 400 песен, собирает коллекцию народных инструментов и костюмов. Записывает он и свой мягкий баритон.

В одной из экспедиций Митрофан встречает 70-летнюю крестьянку Арину Колобаеву – она пела с двумя дочерьми и внучкой Матрёной, которая становится второй и последней любовью музыканта. Его не ждёт взаимность, но эта любовь остаётся светлым чувством в жизни фольклориста. Постепенно подбираются другие певцы, и в феврале 1911 г. на Малой сцене Дворянского собрания проходит два концерта крестьянского хора. Реакция публики и прессы неоднозначна. В одних газетах Митрофана называют «пропагандистом архаики», в других отмечают: «Концерт оказался в высокой степени интересным и этнографически поучительным». Приезд крестьян

ныне костюмами, обрядами и присказками. Участвовало около 30 человек обоего пола, привезённых г. Пятницким из Воронежской, Рязанской и Смоленской губерний. Избалованная кружковская публика отнеслась к крестьянам с исключительной для неё экспансивностью и много аплодировала».

Популярность хора растёт. Переиздание «12 песен» и новый сборник «Жемчужины старинной песни великой Руси» хорошо раскупаются. С концертами – сложнее. На рынке фольклорной музыки – избыток исполнителей: по стране гастролируют «Лапотная капелла», «Бабы малявинские», однообразные «Матрёшки», поющие в народно-кабацком стиле и профессиональный хор Д.Агренева-Славянского, в котором полторы сотни профессиональных певцов (певцы Митрофана нотной грамоты не знают), одетых в боярские кафтаны и ферязи. Выступают они, преимущественно, по кабакам. Митрофан ресторанами брезгует, хотя именно эти выступления принесли бы ощутимую выгоду. Он довольствуется антрепризой: крестьяне разных губерний поначалу даже выступают порознь. Хористы называют себя певческой артелью: съехались, спели, получили деньги – и по домам. С 1911 по 1917 г. проходит лишь 10 концертов.

В годы Первой мировой войны Митрофан служит в московской больнице, куда поступают и раненые. Из них он создаёт «хор инвалидов». В эти годы он постепенно перетягивает хористов в Москву, устраивает их на работу, а вечерами репетирует. Переехать, впрочем, соглашаются немногие. И хормейстер слоняется по рабочим кварталам, прислушиваясь к пению, несмотря на свои трудности в общении с незнакомцами, подходит к людям с понравившимся ему голосами, приглашает их на репетиции.

бронь от армии для хористов и мужей хористов. Он получает мандат, согласно которому его хор назван подразделением политотдела московского военкомата. За 1918 г. хор выступает 80 раз. 22 сентября коллектив выступает перед кремлёвскими курсантами, на концерт приходит Ленин. На следующий день руководитель хора приглашают в Кремль. Ленин расспрашивает о методике собиранья фольклора, о хоре, сказав в конце беседы: «Это хорошо! И продолжайте это делать. Если что-нибудь нужно будет вам, черкните на клочке бумаги, и я вам помогу». Это становится вечной индульгенцией для хора. Тем не менее, поначалу помощи никто не оказывает. Хор остаётся полупрофессиональным, его руководитель подрабатывает занятиями по постановке голоса в 3-й студии МХАТ (позже Театр им. Е.Б.Вахтангова). Лишь в 1923 г. власть оказывает хору финансовую помощь. Через два года хормейстеру присваивают звание заслуженного артиста республики. Но он уже тяжело болен.

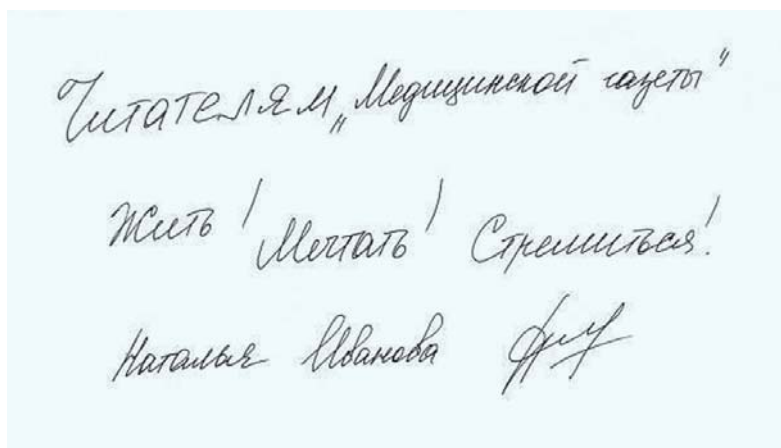
За год до смерти прикованный к постели Митрофан пишет письмо наркому просвещения А.Луначарскому с просьбой найти средства для поддержки хора. Вечером 21 января 1927 г. приходит ответное письмо, в котором Луначарский заверяет хормейстера в том, что дело его жизни будет продолжено. В этот же день Митрофан умирает во сне, улыбаясь. Перед смертью он передаёт хор племяннику, фольклористу П.Казмину, завещая: «Не пойте в ресторанах; крепко держите знамя подлинной народной песни. А если хор перейдёт работать в ресторан, то не связывайте с этим хором моё имя».

Хор получил имя Митрофана Пятницкого. Выполняя его волю, в ресторанах не поёт. У него иная судьба. Постепенно оказывается забытым всё, за что ратовал Пятницкий, выступавший за незыблемость традиций. Стилизованными под народные сначала становятся костюмы (всех одевают одинаково, уничтожив этническую составляющую сначала визуальную), а затем и танцы с песнями. С 1931 г. хор начинает исполнять авторские песни, сделанные в духе «а-ля рус» – в том оптимистическом ключе, который угоден начальству. Хору придаётся эпитет «государственный». Потом он становится ещё и «академическим». По существу хор уничтожает для нескольких поколений представление о русской народной песне. Есть хор его имени, но все забыли о духовном завещании основателя коллектива.

**Игорь ЯКУШЕВ,**  
психиатр,

доцент Северного государственного медицинского университета. Архангельск.

Всякий раз, когда журналистская судьба дарит встречи с интересными людьми, в предвкушении её пытаешься «смоделировать» собеседника – определить, насколько точно он будет соответствовать ранее сложившемуся образу, как точно желаемое совпадёт с действительностью и не разрушит ли предстоящая встреча заранее сложившийся стереотип. Когда шёл на встречу с Натальей Ивановой, лидером общественного движения больных диабетом, самым известным в России человеком с сахарным диабетом, мото- и велопутешественником, я не пытался ничего моделировать, а просто хотел понять – правда ли всё то, что о ней говорят, пишут, показывают?



Наталья ИВАНОВА:

# Подарить надежду

– Наталья, давайте начнём с самого начала, когда и как вы «познакомились» с диабетом?

– В 17 лет переболела гриппом, который и дал осложнение на поджелудочную железу. В результате чего и развился сахарный диабет 1-го типа, сразу же начали проводить инсулинотерапию, с тех пор всё и покатило.

– Именно тогда для вас стало понятно, что путь, если уж и не к оздоровлению, то к более нормальной, комфортной жизни надо искать в активном её образе?

– Знаете, все мы рождаемся с каким-то набором качеств, у меня это всегда ассоциировалось с позитивным отношением к жизни, активным занятием спортом ещё с детства, наверное, поэтому заблуждение в целом несильно изменило мою жизнь. Безусловно, жить с диабетом – это не просто, приходится во многом себя ограничивать, но мне, с уже сложившимися позитивным взглядом на жизнь, было гораздо легче адаптироваться и не воспринимать диабет как трагедию: да, так случилось, но жизнь ведь продолжается, и она прекрасна...

Двадцать пять лет назад мне довелось побывать в московской Школе диабета, которой руководил Александр Пархоменко, эндокринолог, сам больной диабетом. Именно он вложил в моё сознание мысль, что с этим жить можно и нужно, научил, как справляться с ограничениями, проще говоря – показал, как жить в другом измерении. Для меня он стал примером и в каком-то смысле опорой в этом заболевании.

Всякий раз, когда я встречаюсь с диабетиками, такими же, как я, именно эту мысль – что жизнь продолжается, несмотря ни на что, я и стараюсь донести до них.

– Можно ли считать, что сейчас вы – общественный рупор борьбы с диабетом в Ставропольском крае и даже за его пределами?

– Давайте скажем по-другому – человек, который имеет определённый статус как руководитель общественной организации, соответственно, ко мне прислушиваются. Ну, и плюс к тому – я болею диабетом уже почти 30 лет и могу разговаривать с людьми также и с высоты этого «диабетического опыта».

– А как и в какой момент вам стало понятно, что вы готовы в некотором смысле быть голосом народа, был какой-то внутренний звоночек?

– Впервые это произошло в 2014 г., когда я стала организо-

вывать небольшие встречи по вопросам диабета. В те времена было мало информации на эту тему. Вот я и решила расширить информирование. На тот момент заработало и «сарафанное радио», и то, что я обычно рассказывала одному человеку, стало доступно большему количеству людей. Потом меня стали приглашать в Ростов-на-Дону, в Южную межрегиональную диабетическую ассоциацию, как человека, который представляет Ставропольский край, сейчас уже я возглавляю эту общественную организацию. В 2016 г. провела в Ставрополе «круглый стол» с участием Минздрава края, представитель социальщиков, ВТЭКа, эндокринологов, где ставились достаточно острые, актуальные на тот момент вопросы, и представители государственных органов вынуждены были на них отвечать.

Вот тогда я по-настоящему ощутила силу общественного движения. В этот же год начался мой глобальный проект «Восхождение Диа».

– Это восхождение к диабету или же наоборот – от него?

– Ни то, и ни другое. Это – просто восхождение. Восхождение туда, куда тебя тянет сейчас в эту минуту, день, год. И к нему нет ограничений, тебя не останавливает ни диабет, ни что-либо ещё. Только ты решаешь, где ты будешь в эту минуту, день, год. Диабет – часть тебя, но он не является твоим тормозом, а в большей степени иногда является стимулом к достижению, стремлению и жизни.

– Такого рода общественные организации и объединения не являются альтернативой традиционной медицине, и как медицина к ним относится?

– Нет, конечно. Скажу больше – мы делаем одно общее дело. Это можно сравнить с тем, что проходчики при строительстве метро идут навстречу друг другу, выполняя одну общую задачу. Ведь, как ни крути, начинается всё в кабинете врача...

– На вас надета очень специфичная мотоциклетная куртка со всякими вставками, карманами, молниями – элемент одежды байкера. Ещё есть надпись на куртке – «Диабет», это – своего рода эпатаж?

– Нет, это своего рода трансляция вопроса, которым я занимаюсь, в самой простой и доступной форме. А в таких куртках действительно ходят байкеры. Это как опознавательный знак.

– То есть, путешествия по стране вы совершаете на мотоцикле?

– Самый длительный вояж – Ставрополь – Владивосток – проходил на мотоцикле, но был ещё велосипед, сейчас готовлюсь к поездке Ставрополь – Тюмень на... тракторе.

– Расскажите подробнее о поездке во Владивосток. Не каждому здоровому человеку это под силу, а с диабетом – уже из области фантастики.

– Возможно, вы и правы. В путешествие я отправилась на Honda, такой малокубатурный мотоцикл – 125 кубиков, далеко не новый. В Москве он сломался, притом критично: отремонтировать было сложно. В интернете нашла объявление, что во Владивостоке продаётся другой модели Honda, немного мощнее, чем первый, легендарная «чесотка» – SB 400. На поезде с вещами доехала до Владимира, приобрела мотоцикл, байкеры помогли его подготовить, и оттуда продолжила путешествие к Тихому океану. Кстати, байкеры очень здорово помогли мне на всём пути следования: будь то где-то переночевать, сделать какой-то мелкий ремонт мотоцикла – всё это решалось без вопросов. Хорошо, что есть такое сообщество, вообще хорошо, когда люди объединяются по интересам: сразу появляются знакомые, друзья, единомышленники. А когда я была на Алтае, в Бийске, Марина Ермилова – руководитель «Диа-Виктория», организовала встречу с детьми, больными диабетом и их родителями. Байкеры устроили целое шоу – катили детей на мотоциклах, устроили фотосессию. Это было незабываемое – у детей просто горели глаза, все были в восторге.

– Какие ещё ЧП случались в пути?

– Да, когда проезжала Хабаровск, получила травму – перелом пальца на левой руке. Поэтому последние 700 км до Владивостока дались мне не просто.

– Кто спонсировал ваше путешествие, особенно, если учесть,

что мотоцикл порой стоит не меньше автомобиля?

– Своё путешествие я организовывала сама, но мне помогли многие друзья и знакомые, в том числе и финансово. В связи с тем, что в путешествии мне пришлось сменить мотоцикл, в целом поездка (ремонт, покупка) обошлась примерно в 450 тыс. руб.

– Ваша общественная деятельность не оплачивается...

– Нет, я занимаюсь частной юридической практикой, которая позволяет мне вести в том числе и общественную деятельность.

– Вернёмся к диабету. Насколько известно, сахарный диабет 1-го типа – это необходимость постоянных инъекций инсулина.

– Конечно, в таком путешествии приходилось приспосабливаться к обстоятельствам и минимизировать «побочный эффект» путешествия. При моём типе диабета – инсулинозависимом, необходимо, чтобы инсулин был в крови постоянно. Во время путешествия на мотоцикле мне удавалась комфортно организовать инсулинотерапию, потому что я использовала инсулиновую помпу. Очень удобно в пользовании, достаточно нажать несколько кнопок.

Здесь надо сказать не только о самом путешествии, но и о выходе организма из этого режима, и возвращении в нормальное русло. Как правило, такие путешествия, связанные с чрезмерными нагрузками, сопровождаются потерей веса, накапливается усталость и возникают прочие негативные моменты.

Помимо путешествий на мотоцикле и велосипеде в моём «багаже» есть и восхождения на Эльбрус, на Белуху (Республика Алтай), «Ледовый шторм» на Байкале (велопробег по льду Байкала) и некоторые другие экстремальные мероприятия.

– Говоря о встречах на пути пробага, понимаю, как это не просто – за тысячи километров организовать встречу, собрать людей и т.п.

– Сейчас, в условиях интернет-пространства, некоторые организационные вопросы решаются быстрее, чем это можно представить. Конечно, с руководителями региональных диабетических со-

обществ на пути следования мы согласовываем предварительный график встреч: в дороге всё может случиться. А уже за 12 часов до приезда окончательно уточняем детали и формат встречи. В каждом регионе есть вопросы, и в каждом они решаются по-разному. Например, с Мариной Ермиловой мы работаем над проблемой обеспечения больных детей в Алтайском крае НМГ (система непрерывного мониторинга уровня глюкозы в крови). Она готовит встречу с участием их регионального Минздрава, прорабатываем вопросы, с которыми она выйдет на эту встречу. Ещё один пример – в Хабаровске я познакомилась с женщиной-диабетиком, она ждёт ребёнка и просит помочь ей в обеспечении тест-полосками, инсулинами и т.д.

Она говорит, что у них всё очень не просто. Но это проблема не только Хабаровска, но и всей страны. Те же самые 150 полосок человеку, который в день измеряет уровень глюкозы 6-8 раз – этого, конечно, недостаточно. Совместно со многими руководителями диабетических общественных организаций пытаемся решить проблему.

– Чем больше вы рассказываете о лишениях, которые претерпевали в путешествиях и походах, а это: пневмония в Новосибирске; падение с пятиметровой высоты при восхождении на Белуху, когда вы несколько дней провели практически без еды; восхождение на Эльбрус с участием незрячего восходителя и человека ограниченного зрения..., когда пытаешься осмыслить и переварить в голове все эти факты, поневоле хочется задать главный вопрос – зачем вам всё это надо?

– Для меня никогда не возникало такого вопроса, потому что это просто моя жизнь. Помните, я рассказывала про мальчишек, которых байкеры катали на мотоциклах, как у них горели глаза. А ведь это – простые дети, все они больны диабетом. Потом, после этих встреч и в других городах, когда они видят «тётю на мотоцикле», подходят и делятся своими мечтами: «Я буду ездить на велосипеде!», «Я буду заниматься боксом!», «А я пойду в секцию лёгкой атлетики!» и т.п. Вот это и есть мой стимул. Как-то позвонила знакомая учительница моих детей, у которой тоже диабет и сказала: «Конечно, ездить на велосипеде я не смогу, но пешком попробую ходить». И теперь каждый день совершает длительные прогулки. Разве это не здорово, что человек преодолел себя, и наперекор болезни начал устраивать свою жизнь по-другому?

– Это замечательно – победить себя, и таким образом объявить войну своему заболеванию. Скажу больше – это момент истины, и ваш лично, и каждого из тех, кому вы подарили надежду.

Беседу вел  
Рубен КАЗАРЯН,  
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.

Полное или частичное воспроизведение или размножение каким-либо способом материалов, опубликованных в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции газеты.

Материалы, помеченные значком , публикуются на правах рекламы. За достоверность рекламы ответственность несёт рекламодатель.

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

Редакционная коллегия: И.БАБАЯН (ответственный секретарь), Е.БУШ, В.ЕВЛАНОВА, В.ЗАЙЦЕВА, В.ЗИНОВЬЕВ (зам. ответственного секретаря), А.ИВАНОВ, В.КЛЫШНИКОВ, Т.КОЗЛОВ, В.КОРОЛЁВ, Г.ПАПЫРИНА.

Дежурный член редколлегии – В.ЕВЛАНОВА.

Справки по тел.: 8 (495) 608-86-95. Рекламная служба: 8 (495) 608-85-44.

Отдел изданий и распространения: 8-916-271-08-13.

Адрес редакции, издателя: 129110, Москва, ул. Гиляровского, 68, стр. 1.

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения).  
www.mgzt.ru

ИНН 7702394528, КПП 770201001, р/с 40702810338000085671, к/с 30101810400000000225, БИК 044525225 ПАО Сбербанк г. Москва

Отпечатано в ОАО «Московская  
газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,  
ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 0069

Тираж 13 940 экз.

Распространяется  
по подписке  
в Российской Федерации  
и зарубежных странах.



Корреспондентская сеть «МГ»: Брянск (4832) 646673; Кемерово (3842) 354140; Новосибирск 89856322525; Омск (3812) 763392; Самара (8469) 517581; Санкт-Петербург 89062293845; Смоленск (4812) 677286; Ставрополь 89383585309; Реховот, Хайфа (Израиль) (10972) 89492675.

Газета зарегистрирована Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).  
Свидетельство о регистрации: ПИ № ФС77-65711 от 13.05.2016 г. Учредитель: ООО «Медицинская газета».