

Медицинская

7 сентября 2022 г.
среда
№ 35 (8053)

Газета®

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ИЗДАНИЕ
Основано в 1893 году. Выходит один раз в неделю
Распространяется в России и других странах СНГ
www.mgz.ru

Железный занавес – плохо, но и зависимость от Запада не лучше.

Стр. 6

Научные исследования и разработки медицинских вузов вносят большой вклад в практическое здравоохранение.

Стр. 10-11

Памяти выдающегося хирурга, генерал-майора медицинской службы Анатолия Курыгина.

Стр. 12

В центре внимания

Через тернии к звёздам!

В эти дни в медицинских вузах прошли посвящения в студенты



Для более 34,5 тыс. будущих врачей это самое счастливое событие года. Именно такое их число пришло на первые курсы российских медицинских вузов.

День знаний для всех обучающихся Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова на этот раз был особым. В 2022 г. МГМСУ празднует свое 100-летие!

– Это не просто дата университета, а 100-летие российской стоматологии, – сказал в своём поздравлении ректор прославленного университета академик РАН Олег Янушевич. – Именно в стенах нашего университета зародилась данная специальность: от зубного врача к стоматологу. Эта заслуга принадлежит Александру Ивановичу Евдокимову – великому специалисту, врачу. Профессорско-преподавательский состав, учёный совет и ректорат сделают всё для того, чтобы вы стали профессионалами и с достоинством могли нести высокое звание российского врача, выпускника МГМСУ им. А.И.Евдокимова!

«Во все времена от врача требовались обширные знания и высокая скорость принятия решений, – заявил в своём поздравлении первокурсникам министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко. – Дорогие студенты, вам помогут стать уникальными врачами, спасающими жизни, владеющими самыми современными методиками диагностики и лечения заболеваний. Вы овладеете цифровыми навыками, телемедицинскими технологиями. Вас познакомят с основами врачебной этики и деонтологии. Помните – врач учится всю свою жизнь! Постоянное обновление научных знаний о здоровье человека не оставляет врачу другого выбора, как постоянно повышать свой профессиональный уровень, расширяя компетенции. Уверен, что, начав постигать удивительную медицинскую науку и приобретать практические навыки оказания медицинской помощи, вы не сможете остановиться! ...Высшим пилотажем ведения пациента является сопровождение его на длительном отрезке времени. Организация медицинской профилактики и диспансерного наблюдения, а значит, предупреждение и ран-

нее выявление заболевания – это важные этапы ведения пациента. В связи с этим большое значение в жизни общества и в медицине сегодня приобретает участковый врач. Ведь именно от него, врача первичного звена, зависит, как будут управляться рисками для здоровья пациента, направлять его по пути сохранения, даже улучшения здоровья. И от этого будет зависеть продолжительность и качество жизни каждого человека.

Будущее нашей страны зависит от того, кто сегодня начинает свой путь в профессии».

Хочется надеяться, что торжественные посвящения станут для всех молодых студентов символом добрых начинаний и свершений. Перед ними открывается новая вселенная – мир новых знаний! А известное изречение «Per aspera ad astra» («Через усилие к победе!») воплотится в реальность в новом учебном году. Учёба будет интересной, а сессии – удачными. Новых побед на пути к освоению самой гуманной профессии на Земле!

Алексей ПИМШИН.

Деньги

Наука в тренде?

Расходы федерального бюджета на прикладные исследования по профилю «здравоохранение» в 2020-2021 гг. были максимальными за последние 10 лет. В 2020 г. в общей структуре ассигнований в гражданскую науку доля исследований медицинской тематики составляла 9,6%. В деньгах это 33,25 млрд руб. В 2021 г. доля расходов составляла 7,2%, или 28,9 млрд руб.

Данные представлены в работе Института статистических исследований и экономики знаний НИУ ВШЭ о фактических расходах федерального бюджета на гражданскую науку в России в сопоставлении с ведущими странами мира. Выдержки из неё опубликованы на сайте института.

Представлены обобщённые данные с 2011 г. Из них следует, что в 2011 г. расходы на прикладные исследования, связанные со здравоохранением, составляли всего 2,4% от общего бюджета. Начиная с этого момента эта доля постоянно росла и в 2017-2018 гг. уже достигала 5 и 5,9% от общего объёма выделяемых средств соответственно.

В 2021 г. ассигнования на гражданскую науку из средств федерального бюджета достигли в России 626,6 млрд руб. За 2010-2021 гг. их абсолютная величина выросла на 19,3% (в постоянных ценах), а доля в расходах федерального бюджета – с 2,35 до 2,53%. Максимального значения этот показатель достигал в 2013 г. – 3,19%. В 2022-2024 гг. на гражданскую науку планируется выделять около 600 млрд руб. ежегодно (в действующих ценах), что составит примерно 2,8% расходов федерального бюджета.

Почти две трети ассигнований на гражданскую науку (64,1% в 2021 г.) направлены на поддержку прикладных научных исследований, остальные 35,9% – на фундаментальные. Основным приоритетом прикладной науки, финансируемой из бюджетных средств, является развитие национальной экономики: на такие исследования приходится 45,6% ассигнований.

По объёму ассигнований на исследования и разработки гражданского назначения из средств государственного (федерального) бюджета Россия замыкает пятерку лидеров среди государств, соответствующие данные по которым представлены в базах данных ОЭСР. На первом месте находится США (87,6 млрд долл.), далее следуют Япония (83,4), Германия (51,2) и Республика Корея (24,5), и только потом Россия (23,8 млрд долл. в расчёте по паритету покупательной способности национальной валюты).

В 2022 г. в новые члены Российской академии наук избрано в 2 раза больше академиков от медицины, чем в предыдущую избирательную кампанию, и на 46% больше членов-корреспондентов. В том числе это было связано с бурным ростом научных исследований по медицинской тематике в разных областях из-за пандемии новой коронавирусной инфекции. Дополнительные места открыты по вакцинологии, вирусологии, клинической фармакологии, медицинской микробиологии и молекулярной медицине. Наибольшее число кандидатов в академики – 10 человек – зарегистрировались по специальности «молекулярная медицина».

Вячеслав ДАШКОВ.

АВТОРИТЕТНОЕ МНЕНИЕ

Георгий КОСТЮК

Главный специалист-психиатр Департамента здравоохранения Москвы, главный врач психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А.Алексеева, профессор:

Точкой первого обращения больных с психическими расстройствами должно стать учреждение первичной медико-санитарной помощи, т.е. поликлиника. По этому пути пошёл весь мир.



Стр. 4-5

Новости

Министр посетил медучреждения
Ярославской области

Министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко принял участие в рабочей поездке премьер-министра России Михаила Мишустина в Ярославскую область. Он посетил поликлинику № 1, Больницу скорой помощи им. Соловьёва, а также строящийся корпус областной онкологической больницы.

М.Мурашко отметил, что Ярославль славится своими инновациями в области медицины и сообщил, что на реализацию программы модернизации первичного звена здравоохранения Ярославской области будет направлено 5,6 млрд руб. Уже сейчас в регионе завершается строительство корпуса онкологического диспансера и начинается возведение новой поликлиники и детской больницы.

– Главное, чтобы пациенты проходили диспансеризацию, не боялись сдавать анализы, консультироваться со специалистами. Многие граждане трудоспособного возраста не обращаются к врачам в течение 2 и более лет. Это неправильно, диспансеризацию необходимо проходить регулярно – чем раньше будет выявлена проблема, тем проще будет с ней справиться, – отметил министр.

Фёдор СЕРГЕЕВ.

Профсоюз: контрольные показатели
зарплаты медиков не достигнуты

Зарплата в здравоохранении растёт, но контрольных показателей не достигает. К такому выводу пришёл отдел экономической работы и оплаты труда Профсоюза работников здравоохранения РФ, анализируя данные Росстата за 6 месяцев 2022 г. по среднемесячной заработной плате работников здравоохранения.

В профсоюзе отметили рост зарплаты в целом по здравоохранению (на 4,6%), по врачам (на 3,1%), по среднему медицинскому персоналу (на 4%), по младшему медицинскому персоналу (на 2,9%) по сравнению с 2021 г. Однако фактическое отношение среднемесячной заработной платы к оценке среднемесячного дохода от трудовой деятельности в целом по РФ составило по врачам – 191,9%, по среднему медперсоналу – 96,4%, при плановых показателях 200 и 100%, предусмотренных майским Указом Президента РФ № 597 от 12.05.2012.

По статистическим данным, средняя заработная плата врачей составила 95 364 руб. при диапазоне её размеров по региону от 47 900 руб. в Республике Ингушетия до 232 320 рублей в Чукотском автономном округе (с учётом выплат в особых климатических условиях).

Среднемесячная заработная плата по среднему медицинскому персоналу в этот период составила 47 902 руб., по младшему – 40 231 руб.

Как прокомментировала начальник отдела экономической работы и оплаты труда Елена Ильяшенко, показатели уровня оплаты труда медицинских работников складываются за счёт объёма работы, далеко выходящего за установленные нормы.

Сергей ФЁДОРОВ.

Диспансеризация
для переболевших COVID-19

Жители Московской области, переболевшие новой коронавирусной инфекцией, могут пройти углублённую диспансеризацию, сообщили в Минздраве региона.

«Коронавирус не проходит бесследно для организма. Даже после выздоровления пациенты отмечают наличие различных осложнений. Поэтому необходимо пройти профилактический осмотр, в ходе которого специалисты смогут выявить нарушения в работе организма и назначить лечение», – рассказала первый заместитель председателя правительства Московской области Светлана Стригункова.

Углублённая диспансеризация проводится в два этапа. Первый этап включает в себя общий и биохимический анализы крови, измерение насыщения крови кислородом, рентгенографию органов грудной клетки и др. При необходимости пациент может быть направлен на второй этап углублённой диспансеризации – КТ лёгких, Эхо-КГ, дуплексное сканирование вен нижних конечностей.

Пройти углублённую диспансеризацию могут пациенты старше 18 лет, перенёвшие новую коронавирусную инфекцию, начиная со второго месяца после выздоровления. Для этого необходимо записаться на портале Госуслуг или обратиться в медицинскую организацию по месту прикрепления.

Алёна СОКОЛОВА.

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

Особые условия

Военная присяга —
строгий праздник

В Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова МО РФ, головном образовательном, научном и исследовательском медицинском учреждении оборонного ведомства, состоялась церемония принятия военной присяги первокурсниками. Свыше полутысячи юношей и девушек, выбравших делом будущей взрослой жизни профессию военного врача, на историческом плацу ВМА, которой в этом году исполняется 223 года, поклялись с честью исполнять свой воинский долг.

На ритуале торжественного обещания молодыми курсантами блюсти основную и первейшую закон жизни всех военнослужащих присутствовали заместитель министра обороны Тимур Иванов, начальник Главного военно-медицинского управления Минобороны России Дмитрий Тришкин, начальник академии Евгений Крюков и прочие руководители ВМА, Герой России полковник внутренней службы в отставке Алексей Махотин, вице-губернатор Санкт-Петербурга Олег Эргашев. В приветствии к участникам праздника они пожелали им обрести современные знания, стать настоящими специалистами и в дальнейшем гордо



нести звание питомцев Военно-медицинской академии, как несли его Иван Павлов, Александр Виноградов, Владимир Бехтерев, Леон Орбели и многие-многие

другие выдающиеся медики прошлых поколений.

Находиться в рядах курсантов «кировки», куда набирают сегодня молодых людей для обучения по ряду специальностей высшего профессионального образования (лечебное дело, медико-профилактическое дело), во все времена почётно и престижно, поэтому сюда, как правило, принимают лучших из лучших. В нынешнем году конкурс среди абитуриентов-девушек составил 24 человека на место. Первоочередное право поступления было предоставлено выпускникам кадетских и суворовских училищ, юнармейцам. Накануне принятия военной присяги ребята и девчата прошли углублённое психологическое обследование, а также курс молодого бойца – штудировали воинские уставы, оттачивали технику строевого шага.

Владимир КЛЫШНИКОВ,
соб. корр. «МГ».

Санкт-Петербург.



Точка зрения

Газета — не «для галочки»

Главный врач Краевой Кумагорской больницы Ставропольского края, кандидат медицинских наук, заслуженный врач РФ Петрос Тумасян в медицине не новичок: белому халату служит уже 46 лет. Хирург по специальности, за эти годы он повидал всякое. В своё время – после землетрясения в Армении в 1988 г. ему довелось лечить пострадавших в этой катастрофе, восстанавливать разрушенную инфраструктуру медицины, в том числе и военные госпитали.

Кандидатскую диссертацию защищал по теме «Консервативное лечение гонартрозов» и продолжает совершенствовать методы лечения, поскольку тема остаётся актуальной.

Кумагорскую больницу, которую обыватели по привычке называют санаторием (имея, кстати, на то все основания – и по уровню медицинского

обслуживания, и по другим параметрам), Петрос Седракович возглавляет уже 27 лет. В этом коллективе «Медицинская газета» выписывается не «для галочки»: её действительно читают.

«В этом издании каждый найдёт для себя что-то новое, интересное – и молодой специалист, и уже состоявшийся врач. Лично мне, например,

интересны новые технологии в медицине, молодым врачам интересны пути становления их коллег-сверстников. Больше печатайте материалов о молодых врачах, вообще о том, как люди приходят в медицину», – говорит главный врач.

К этой рекомендации уважаемого на Северном Кавказе медика коллектив нашей газеты обязательно прислушается: внимательно следите за следующими номерами нашего издания. А пока, берите в руки очередной номер газеты...

Рубен КАЗАРЯН,
соб. корр. «МГ».

Ставропольский край.



Официально

Прощайте, ковидные гарантии!

Правительство России опубликовало постановление о признании утратившими силу некоторых актов, предусматривающих гарантии медицинским работникам за работу в условиях пандемии. В связи со стабилизацией эпидемической ситуации, вызванной распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19), и переводом медицинских работников на плановый режим работы недействительными считаются следующие акты:

– перечень заболеваний или осложнений, вызванных коронавирусом и являющихся страховым случаем для предоставления единовременной выплаты (распоряжение Правительства РФ № 1272-р от 15.05.2020);

– временное положение о расследовании страховых случаев причинения вреда здоровью медработника в связи с развитием заболевания или осложнения, вызванного коронавирусом (постановление Правительства РФ № 239 от 20.02.2021);

– правила осуществления единовременной выплаты отдельным категориям медработников и лицам, осуществляющим транспортировку пациентов (постановление Правительства РФ № 688 от 30.04.2021).

Постановление Правительства РФ вступило в силу 30 августа 2022 г. В нем отдельно отмечается, что если специальная выплата была назначена до вступления постановления в силу, то медицинский работник по-прежнему может её получить вплоть до того

периода, на который она была назначена.

Напомним, что ранее Правительством РФ была изменена оплата труда медицинских работников с больными с подозрением на новую коронавирусную инфекцию. Врачам, среднему и младшему медперсоналу, участковым терапевтам, инфекционистам, фельдшерам и другим категориям сотрудников, которые оказывают первичную медико-санитарную помощь пациентам с коронавирусом амбулаторно, с 1 июля выплачиваются компенсационные выплаты в размере 25% оклада.

Но некоторые регионы выделили средства на эти цели из региональных бюджетов. Так, губернатор Петербурга Александр Беглов подписал постановление о выделении 252 млн руб. на выплаты медикам.

Средства получают сотрудники медучреждений и водители скорой помощи, пострадавшие из-за оказания помощи пациентам с COVID-19. Дополнительное финансирование предусмотрено из средств резервного фонда правительства Петербурга.

«Ранее выделенные на эти цели из резервного фонда бюджетные средства в размере 2 млрд 286 млн руб. в 2022 г. уже обеспечили возможность предоставления выплат 7608 медицинским работникам», – сказано в комментарии на сайте Смольного.

Дополнительные средства позволят обеспечить предоставление единовременных выплат 842 медработникам.

Во второй половине лета заболеваемость COVID-19 в Петербурге и других регионах РФ вернулась к мартовским максимумам.

Отмена «ковидных» гарантий и надбавок не приведёт, конечно, к серьёзному обострению кадрового дефицита в лечебных учреждениях. Но только в том случае, если не появятся более тяжёлые штаммы опасной инфекции.

Андрей ДЫМОВ.

Перемены

Лор-кумуляция

Завершилась реорганизация Российского научно-клинического центра (РНКЦ) аудиологии и слухопротезирования ФМБА в Москве – учреждение было присоединено к НИИЦ оториноларингологии агентства. Все мощности и кадры, а также объёмы высокотехнологичной помощи упразднённого РНКЦ, которым с 1990-х годов руководил его создатель, профессор Георгий Таваркиладзе, перешли к главному учреждению.

О закрытии РНКЦ стало известно в середине 2022 г., соответствующий приказ подписала глава ФМБА Вероника Скворцова. Учреждение на своём сайте уведомило пациентов, что, «к глубокому сожалению», приём пациентов продлится только до июня 2022 г. Федеральный центр оториноларингологии ФМБА, получивший в марте 2020 г. статус НИИЦ, сообщил, что сотрудники РНКЦ аудиологии будут трудоустроены в головной медорганизации, там же будут наблюдаться все бывшие пациенты московской клиники.

Игорь КОРАБЛЁВ.

Решения

Росздравнадзор представил алгоритм, по которому ведомство будет визировать диплом о медицинском или фармацевтическом образовании иностранного специалиста, а также подтверждать его квалификацию как подходящую для работы и обучения по профильным специальностям на территории РФ. Такую проверку надзорный орган будет проводить для медиков из других стран перед прохождением ими аккредитации, однако пока вместо аккредитации зарубежные специалисты временно сдают специальный экзамен.

Сертификат будет выдаваться, если и Росздравнадзор, и Рособнадзор признают, что этот уровень образования медика соответствует российскому.

Заявиться на получение документа смогут иностранные медработники с высшим или средним профессиональным образованием; получившие высшее образование в России, но окончившие ординатуру за рубежом; получившие образование, не

Документ соответствия

соответствующее уровню российского (интернатура, ДПО). Также получить сертификат могут те, чьё образование эквивалентно полученному в соответствии с федеральным госстандартом высшего образования (уровень специалитет) по специальностям «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», «медико-профилактическое дело», «медицинская биохимия», «медицинская физика», «медицинская кибернетика» и «фармация».

Также заявителями могут выступить люди с медицинским или фармацевтическим образованием, полученным в иностранных организациях по специальностям, не соответствующим российским номенклатурам специальностей. Порядок не распространяется на людей, получивших образование в бывшем СССР, и на тех, кто получил послевузовское профессиональное образование (интернату-

ра) или высшее образование (по программе ординатуры) в России.

Для получения сертификата заявителю нужно будет предоставить через портал госуслуг либо лично/почтой диплом об образовании, сведения о признании на территории России документа иностранного государства об уровне образования, сведения о прошлом месте работы по специальности. Решение по заявке Росздравнадзор будет принимать в течение 30 календарных дней.

Разработка порядка выдачи сертификата о соответствии иностранного образования потребовалась из-за грядущего принятия Минздравом России нового Положения об аккредитации, где впервые будет прописан порядок аккредитации иностранных работников, временно сдающих вместо этого специальный экзамен. Кроме самой первичной специализированной аккредитации граждане из других стран будут проходить тестирование из минимум 30 вопросов на знание законов Российской Федерации в области охраны здоровья.

Сейчас перед сдачей специального экзамена Росздравнадзор также проверяет соответствие иностранных документов об образовании отечественным, однако для этого нет специальной и детальной методики.

В июле 2022 г. Росздравнадзор уточнил перечень иностранных граждан, которые могут заявиться на сдачу специального экзамена ведомства для трудоустройства на медицинскую и фармацевтическую должность в России. К заявителям были добавлены специалисты, которые верифицировали в Рособнадзоре соответствие их профильного образования российским госстандартам по ряду специальностей.

Григорий МАТВЕЕВ.

Ситуация

Врачей стало меньше

По данным Федерального фонда ОМС (ФОМС), на конец июня 2022 г. общее число врачей, нанятых сверх численности медработников организации, составило 145 010 человек, по сравнению с началом года это меньше на 1,9%. Количество трудоустраиваемого за счёт софинансирования из нормированного страхового запаса территориальных фондов ОМС среднего медперсонала уменьшилось на 2,3% и составило 371 637 человек.

По состоянию на 1 июля численность вновь нанятых врачей и среднего медицинского персонала по сравнению с началом года уменьшилась в 66 субъектах, только в 13 регионах наблюдался рост. Больше всего – более чем на 600 человек – убыло медработников в Татарстане, Башкортостане и Нижегородской области. В Новосибирской и Ростовской областях, а также в Красноярском и Пермском краях их стало меньше более чем на 400 человек.

В регионах, где количество медработников росло, прибавка составляет в среднем 25 человек. Наибольший прирост в Тюменской области – 115 медицинских сотрудников.

В январе 2022 года министр здравоохранения Михаил Мурашко на заседании правительства заявил, что ведомство ожидает приход около 11 тыс. новых врачей и свыше 13,5 тыс. средних медработников.

Медорганизации практически не используют деньги, выделенные правительством на оплату труда врачам и среднему медперсоналу, нанятым сверх численности медработников организации, указывается в отчёте.

«Указанные факты свидетельствуют о сохранении стойкой тенденции к низкому освоению средств на софинансирование расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, то есть государственная мера поддержки медицинских работников по указанной цели реализуется неэффективно», – говорится в отчёте аудиторов.

Леонид ПОЛЯКОВ.

Подписка-2023

2023
Подписные Издания

ПОЧТА РОССИИ

Газеты
Журналы
Альманахи
Книги

1 полугодие

Официальный каталог Почты России на первое полугодие 2023 года

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

8 800 800 80 80

Уважаемые читатели!

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

Подписные издания

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

Подписные индексы:

ПН016 – на год
ПН014 – на месяц.

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

Юридические лица могут подписаться через отделы подписки региональных почтамтов.

КАТАЛОГ периодических изданий газеты и журналы

1 полугодие 2023 года

30 лет со свободной прессы

Избранные издания для бизнеса

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

Справки по телефонам: 8-495-608-85-44, 8-916-271-08-13.

– Георгий Петрович, каковы результаты многолетней работы по деинституционализации московской психиатрии? Какие, на ваш взгляд, её положительные результаты? С какими трудностями вы столкнулись и что планируется делать в этом направлении дальше?

– Не могу сказать, что у нас произошла деинституционализация. У нас неверно понимают этот термин, вкладывают в него какой-то особый смысл. Институционализация – это от слова «институт». В данном случае – институт амбулаторной службы. В 1919 г. наша страна первой в мире создала систему внебольничной психиатрической помощи. Это случилось в Москве. Наши западные коллеги пришли к этому на 30-40 лет позже. Психиатрическая помощь зародилась в XVIII веке, XIX был веком больничной психиатрии, а XX стал веком внебольничной психиатрии. В 1924 г. в Москве был открыт первый психоневрологический диспансер в здании, где ныне располагается ректорат Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования. С тех пор эта система работает – на мой взгляд, вполне успешно, но это вовсе не означает, что у нас нет проблем. Проблемы есть.

В Западной Европе и Северной Америке душевнобольные годами были изолированы в крупных загородных больницах. Медикаментозной терапии в первой половине прошлого века не было. В какой-то момент там тоже пришли к выводу, что это тупиковый путь и больные должны переводиться на амбулаторное лечение. Но куда их выпускать? Просто закрывали больницы, обозначив это красивым термином «деинституционализация». В результате сформировалось две популяции больных. В тёплых краях появились бездомные, которые проживали в каких-то палатках или картонных коробках. Вторая часть перекочевала в тюрьмы. У нас не было никакой деинституционализации, у нас социальное государство, и мы не могли бросить больных на произвол судьбы. Создавались диспансеры, а для больных, которые были не в состоянии жить в сообществе, – психоневрологические интернаты и сельскохозяйственные колонии, где они могли выполнять простые работы под присмотром и таким образом интегрироваться в народное хозяйство и социум.

Но на каком-то этапе понимание социальной функции государства сыграло с нами злую шутку. Основное внимание стало всё больше быть направлено на бесплатную помощь, а функция диспансера стала больше регистрационно-учётной, нежели лечебной. Лечебная же помощь оказывалась в основном в больницах. Тем более что методы лечения были таковы, что их сложно было применять в амбулаторных условиях: коматозная и электросудорожная терапия, введение препаратов серы и т.д. Но шло время, появлялись новые лекарства, например пролонги, когда одна инъекция препарата действует недели и даже месяцы. Это создавало предпосылки превращения психиатрии в амбулаторную специальность. Когда к нам приходят в больницу, то обычно просят показать отделение «для буйных». У нас такого отделения нет. Если вы посетите отделение для острых больных, то вы будете сомневаться, действительно ли они нуждаются в серьёзной стационарной психиатрической помощи.

– Как пел Высоцкий, «настоящих буйных мало»...

– Благодаря успехам фармакотерапии проявления психических заболеваний и методы их лечения

Авторитетное мнение

Точкой первого обращения больных с психическими расстройствами должна стать поликлиника

Профессор Георгий Костюк о реформах московской психиатрической службы

На втором этаже административного корпуса Психиатрической клинической больницы № 1 им. Н.А.Алексеева (Алексеевской) расположен домовый храм иконы Божией Матери «Всех скорбящих Радость». Напротив него находятся приёмная и кабинет главного врача больницы, полковника в запасе, члена комиссии по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения Общественной палаты Российской Федерации, профессора Георгия КОСТЮКА. Демобилизовавшись из армии в 2011 г., он переехал из Санкт-Петербурга (где продолжительное время работал на кафедре психиатрии ВМА им. С.М.Кирова Минобороны России) в Москву, где стал главным врачом Психиатрической клинической больницы № 4 им. П.Б.Ганнушкина, затем – главным врачом



Психиатрической клинической больницы № 3 им. В.А.Гиляровского и, наконец, в 2016 г. возглавил Психиатрическую клиническую больницу № 1 им. Н.А.Алексеева и стал главным специалистом-психиатром Департамента здравоохранения Москвы. Просторный кабинет украшен портретами Президента РФ и мэра Москвы. На противоположной стене – две большие фотографии коллектива Алексеевской больницы: одна, чёрно-белая, датирована 1907 г., вторая, цветная, сделана 112 лет спустя. На столе – миниатюрный бронзовый бюст основателя больницы, городского головы Н.Алексеева. Рядом конторка и книжный шкаф.

Корреспондент «МГ» начал беседу с вопроса об итогах 10-летнего реформирования психиатрической службы в Москве.

значительно изменились. Кроме того, появились методы психосоциальной терапии, которая проводится даже острым больным. За 6 занятий больной должен принять то, что с ним произошло, понять природу своего заболевания и способы борьбы с ним, как профилировать ухудшение, как получать помощь, как работают диспансер и дневной стационар. Таким образом, пациент становится квалифицированным получателем психиатрической помощи.

В 2012 г. начался первый этап реформирования московской психиатрии. Эти изменения носили политический и принципиальный характер. Во-первых, изменилась форма государственного задания для психиатрических больниц в Москве. Мы живем по госзаданию, и по нему происходит финансирование нашей деятельности. Раньше единицей измерения был койко-день. Что это значит? Например, в 1000-коечной больнице койка должна быть занята, предположим, 340 дней в году. Получается, что госзадание составляет 340 тыс. койко-дней. Если я как главный врач решаю госпитализировать 1000 человек и продержу их 345 дней, то я план даже перевыполнил. Теперь госзадание не в койко-днях, а в пролеченных больных. То есть показатель из экстенсивного стал интенсивным. Во-вторых, Московская психиатрическая служба была представлена 40 медицинскими организациями – 16 больниц и 24 диспансера. Сорок главных врачей со своими подходами и точками зрения. Служба не входила в фонд ОМС, была плохо информатизирована и плохо алгоритмизирована (отсутствовали стандарты и протоколы оказания помощи). Так что поле для творчества было чрезвычайно широким. Больной выписывался из больницы в диспансер, а дошёл ли он до него, это никого не волновало. Даже если больной туда приходил, врач мог не согласиться с рекомендациями стационара и не назначить те или иные препараты. Это было психиатрическое Гуляйполе. Чтобы появилась клиническая преем-

ственность, в 2012 г. больницы и диспансеры были объединены по территориальному принципу. Получилось в Москве 6 территориальных психиатрических объединений. И тогда возникло предложение обкатать на этой площадке новые идеи в области организации психиатрической помощи. Мы на четверть уменьшили коечный фонд, который был нам просто не нужен. Это оказалось непросто, поскольку менталитет всех участников процесса был выстроен под госпитализацию. Все, включая родственников больного и участкового врача, были заинтересованы, чтобы больной оседал в стационаре. Там его кормили и лечили, пенсию родственники получали по доверенности, тариф ЖКХ для инвалидов был снижен. А статус и вес главного врача больницы определялся количеством коек, которые должны быть заняты. Так формировалась госпитальная модель психиатрической помощи. Потребовались колоссальные усилия, чтобы этот процесс развернуть в обратную сторону. Для начала нужно было создать дневные стационары, которые бы реально оказывали медицинскую помощь, а не просто оправдывали своё существование. Надо было создать такую ситуацию, чтобы и участковые врачи направляли больных в дневной стационар для купирования ухудшений и чтобы больница направляла туда больных на долечивание. Мы сначала пошли по пути выписки больных через дневной стационар. На втором этапе стали спрашивать участковых врачей, почему они направляют больных на госпитализацию в больницу, а не в дневной стационар. Возник предмет для обсуждения: какие лекарства получал больной, почему он годами принимал таблетки, а не инъекции пролонгированного действия, почему пропустили обострение и потребовалась госпитализация?

– Была ли тут экономическая подоплёка?

– Никакой экономики не было. В психиатрии 87% расходов связано с зарплатой медперсонала. В нашей специальности очень

много ручного труда и небольшая потребность в техническом обеспечении. Так вот, за прошедшие годы число врачей выросло за счёт усиления амбулаторного звена. Все разговоры о сокращении ставок – от лукавого. Мы стремились к тому, чтобы наша психиатрическая служба лечила не койками, а медицинскими технологиями.

– Некоторые психиатры жалуются, что порой невозможно госпитализировать острого больного из-за отсутствия свободных коек...

– Кто вам это сказал? Вы слышали, чтобы кому-то отказали в госпитализации по скорой помощи? Если человек хочет уехать в отпуск, и ему надо куда-то пристроить своего больного «на передержку», то это, простите, другая история. Мы – лечебное учреждение, а не богадельня.

– Но ведь коек стало существенно меньше?

– Да, в 2012 г. в Москве было 16 тыс. психиатрических коек, а сейчас их осталось 7 тыс. Вот я открываю сегодняшнюю сводку. У нас в Алексеевской больнице на площадке Загородного шоссе сейчас развернуто 880 коек, а находится всего 516 больных, то есть более 300 коек свободно. Система налажена, мы будем и дальше развивать нашу амбулаторную сеть.

– Как изменилось психическое здоровье москвичей за прошедшие годы? Увеличилось ли число суицидов и пограничных расстройств?

– Суицидов стало меньше. Большая часть суицидов совершается людьми, никогда не попадавшими в поле зрения психиатра. К концу «святых» 90-х, переполненных плюрализмом, либерализмом и демократией, мы достигли в этом вопросе «колоссальных» результатов, выйдя на уровень более 50 завершённых суицидов на 100 тыс. населения в год. С 2000 г. число суицидов в нашей странекратно уменьшилось.

– Повлияла ли как-то на душевное здоровье москвичей эпидемия ковида и общемировая ситуация?

– И ковид, и другие психотравмирующие факторы не приводят к росту числа больных шизофренией. Пограничные расстройства – это отдельная тема. В психиатрические стационары такие больные не поступают. Чтобы получить какие-то косвенные представления о масштабах проблемы, лучше обратиться в налоговую службу. Они точно знают, сколько продано в аптеках упаковок антидепрессантов и противотревожных средств. Такие больные в нашей стране не получают своевременную и адекватную помощь, так как не обращаются за профессиональной помощью, а сами покупают лекарственные препараты. Мы не знаем, кто выписывает рецепты на эти препараты, а просто так их в аптеке не приобрести.

– Наверное, терапевты?

– Но они не имеют ни права на это, ни необходимой подготовки. Я считаю, что терапевты должны выписывать такие рецепты, но, повторюсь, у них нет на это права. Согласно принятому в 1992 г. Закону о психиатрической помощи, только врач-психиатр может ставить в нашей стране диагноз любого, в том числе тревожно-депрессивного расстройства. Следствием является, во-первых, высокая распространённость таких расстройств. Во-вторых, неоказание таким больным правильной квалифицированной помощи. А расстройства эти – та почва, на которой формируются разнообразные формы аддиктивного поведения (не только приём алкоголя и наркотиков, но и разные другие зависимости, включая компьютерную и игровую). Психиатры не могут напрямую снизить смертность от болезней системы кровообращения (БСК). Одним из важных независимых факторов риска смертности от БСК являются тревожно-депрессивные расстройства. Тем не менее такие больные могут остаться без должной психиатрической помощи, потому что кардиолог формально не имеет права назначать психотропные препараты, а к психиатрам они не идут. Однако в этом вопросе есть положительные сдвиги

– в Общественной палате РФ идут экспертные обсуждения о внесении изменений в Закон о психиатрической помощи. Необходимость разработки нового документа связана, в том числе, с устареванием существующего документа, которому в этом году исполняется 30 лет.

– И что вы предлагаете?

– Поступить так, как это сделали во всём мире и как рекомендует ВОЗ: точкой первого обращения больных с психическими расстройствами является учреждение первичной медико-санитарной помощи, то есть поликлиника. Если есть очевидный бред или суицидальные мысли, врач должен сразу направлять такого больного к психиатру, а если речь идёт о соматоформных психических расстройствах, то надо исключить соматическую патологию и назначить те или иные препараты. По этому пути пошёл весь мир. Из последних известных мне стран такую систему приняли в Казахстане. В Москве это реализовано путём интеграции психиатрической службы в общемедицинскую сеть. За последние годы на базе городских поликлиник в разных районах Москвы в целях увеличения доступности психиатрической помощи населению стали функционировать амбулаторные модули психоневрологических диспансеров, а также появились совершенно новые подразделения по оказанию психолого-психотерапевтической помощи при расстройствах пограничного спектра – консультативные центры психического здоровья.

И ещё о том, почему участие врачей поликлиник необходимо легализовать. Дело в том, что наши психиатры заточены под модель тяжёлых психических расстройств. Эта модель, уверяю вас, в Москве очень хорошо выстроена. Поэтому начиная с 2012 г. поток поступающих в психиатрические стационары в доковидный период снизился почти вдвое: если раньше ежегодно госпитализировалось около 50 тыс. человек, то сейчас стало 27 тыс., а количество коек снизилось втрое, потому что наряду со снижением потока больных снизился средний койко-день. Мы стремимся как можно быстрее вернуть пациента в привычную среду, домой. Вспомним слова П.Ганнушкина, который почти 100 лет назад писал о вреде длительной госпитализации. И тем не менее сегодня находятся люди, недовольные реформами.

– В пациентских сетях жалуются на возвращение карательной психиатрии. Пишут, что невозможно получить разрешение на управление автотранспортом, работу по определённым специальностям и т.д. даже тем, кто раньше легко получал такие разрешения. Как вы это прокомментируете?

– Не понимаю, что такое «карательная психиатрия»?

– В советские времена практиковалась принудительная госпитализация диссидентов...

– Но вы же только что заявляли, что теперь наоборот – невозможно госпитализировать больных из-за нехватки коек (смеется. – Б.Л.). А может, и тогда всё было иначе, и это были действительно больные люди?

– Карать можно по-разному, в том числе не давая разрешения на определённые виды деятельности.

– Например, на оружие? Не знаю, откуда вы берете информацию. Сегодня вы говорите о карательной психиатрии, а завтра обвините психиатра, что он по недосмотру выдал разрешение. Смотря какую позицию занимать. Каждый случай индивидуален и окончательное решение принимает врач.

– Но вот резонансный случай с недобровольной госпитализацией якутского шамана. Разве представлял он общественную опасность?

– Вы ведь согласны, что речь идёт о больном человеке. Разве можно оставлять больного без медицинской помощи?

– Я лишь процитировал пациентские сети...

– Вот именно. А пациенты не всегда считают себя больными, хотя таковыми являются. Недобровольная госпитализация в России всегда санкционируется судом с участием адвоката и прокурора. В Мосгорсуде ежедневно рассматриваются 10-15 случаев апелляции на решения о недобровольной госпитализации. Скоро мы напишем туда письмо, чтобы нам выделили помещение для постоянного представителя. За всё время был один случай, когда суд второй инстанции не поддержал решения суда первой инстанции. Это, конечно, казуистика. Но всегда есть эксцессы исполнителя. Недавно в одном из городов нашей страны родные дочери представили свою маму душевнобольной, и скорая помощь доставила её в приёмный покой. Врач-психиатр разговаривала по телефону по личным вопросам и, не осмотрев больную, санкционировала госпитализацию. Потом оказалось, что дочери оговорили свою маму, а доктора лишили права заниматься врачебной деятельностью. Справедливо? Да. Не надо болтать по телефону по личным вопросам в рабочее время. Но мы же говорим не про эксцессы исполнителя, а про систему защиты права людей при оказании им медицинской помощи, которое охраняется как государственная граница и даже лучше.

– Вас обвиняют в создании конвейера по переводу людей с психическими расстройствами в психоневрологические интернаты. Что вы могли бы ответить на подобные обвинения?

– Понимаете, желающих бросать обвинения сколько угодно. Никто же не несёт ответственности за свои слова, и можно говорить что угодно. По поводу интернатов. Есть пациенты, которые неспособны жить самостоятельно. Для них есть два варианта. Либо за ними кто-то присматривает (опекунство), либо, если таких людей нет, они поступают в интернаты. С чем мы сталкиваемся? Раньше, когда было много психиатрических больниц, каждая больница занималась этим вопросом по своему плану и обращалась в свой суд. В 2017 г. было принято решение сосредоточить таких больных в нашем филиале – больнице № 14 в Царицыно. Там пациентов готовят к переводу в интернат. Это очень длительный процесс: сначала оформление инвалидности, потом обращение в суд, который назначает судебно-психиатрическую экспертизу для определения недееспособности, затем суд рассматривает полученное заключение и соглашается или не соглашается с ним. Соответственно, все случаи рассматривает Нагатинский районный суд, который является территориальным для 14-й больницы. Раньше в этом суде ежегодно рассматривалось, условно говоря, 30 таких дел, а сейчас их стало 500. Правозащитники заявляют: «Костюк организовал конвейер». Просто теперь именно в этом суде стали концентрироваться больные со всего города. Теперь по вопросу, кто может проводить экспертизу: нам говорят, что мы и инициируем этот процесс, и сами проводим экспертизу. Так вот ни в одном правовом акте нет в этом отношении никаких ограничений. У нас есть субъекты Федерации, где всего одно психиатрическое

учреждение. Эксперт абсолютно независим и несёт полную личную ответственность за своё решение. Поэтому не может быть никаких ограничений по месту проведения экспертизы, и только суд решает, кому её поручить. Но был сделан шаг навстречу правозащитникам, и два или три года назад было принято решение нашим экспертам в этом не участвовать. То есть все пациенты 14-й больницы проходят экспертизу в других экспертных учреждениях. Во-вторых, посмотрите наши отчёты: в среднем из всех поданных в суд заявок о признании граждан недееспособными бывает обжаловано не более 2%. И подавляющее большинство решений остаётся в силе. Бывают единичные случаи отмены решения. И они находят своё разрешение в правовой плоскости.

– Психиатрия – область повышенного общественного внимания, поскольку затрагивает не только медицинские, но и социальные вопросы...

– Хорошо, что вы это понимаете. А почему, как вы думаете, у нас в стране за последние годы на треть снизилась психическая заболеваемость?

– Говорят, что это связано со стигматизацией. Больные боятся обращаться к психиатру, чтобы не быть поставленными на учёт.

– Так ведь речь идёт не об учёте, а о медицинской помощи. Такого явления как «учёт» сейчас не существует. Этот термин устарел. А если всё время журналисты говорят о «карательной психиатрии», то мы снижаем уровень стигматизации, или, наоборот, его повышаем? Информация о факте обращения гражданина к нам составляет врачебную тайну. Она может быть предоставлена по запросу компетентных органов или же с письменного согласия самого гражданина.

– Есть ли сейчас в психиатрии кадровый дефицит? Стала ли психиатрия более привлекательной для выпускников медицинских вузов?

– По моему ощущению, стала. Когда я работал в 3-й больнице, каждое лето ждал прихода новых врачей, но никто не появлялся.

А в последнее время ситуация изменилась. Думаю, это связано с теми позитивными изменениями, которые произошли в московской психиатрии. Она стала лечебной, нацеленной на оказание медицинской помощи. У нас, в Алексеевской больнице, обучается 50 ординаторов (в 2-летнюю ординатуру ежегодно поступает 25 человек).

– Есть ли в Москве свободные психиатрические ставки?

– Свободные ставки всегда есть, потому что когда речь идёт о 1,5 тыс. психиатров, кто-то из них уходит на пенсию, кто-то переезжает и т.д.

– Рассматриваете ли вы свой московский опыт в качестве рекомендаций для использования по всей стране?

– Это не я должен решать. Мы делаем так, как хорошо для Москвы и москвичей. Мы ни в чём не выходим за рамки «Порядка оказания медицинской помощи при психических заболеваниях». Каждый регион выбирает то, что ему удобно для решения поставленных задач. Где-то большая плотность населения, как в Москве, где постоянно проживает около 13 млн. Это одна модель. А к нам устраивался доктор из Якутии, который на вертолёте вылетел на консультацию, и 3 месяца ждал обратного рейса. Это совсем другая ситуация. В Санкт-Петербурге больницы относятся к городскому Комитету здравоохранения, а диспансеры – к районным управлениям. Там другие формы взаимодействия. Такой организационный плюрализм, как вы совершенно спра-

ведливо заметили. «Порядок» так распisan, чтобы каждый регион выбрал то, что ему больше подходит.

– Вы обращали внимание на необходимость изменений в принятом 30 лет назад Законе о психиатрической помощи. На каком этапе находится принятие новой версии этого закона?

– На этапе экспертной дискуссии. В законе накопилось очень много как внутренних противоречий, так и расхождений, связанных с появлением других законодательных актов. Есть противоречия, напрямую касающиеся вопросов недобровольной госпитализации, лишения дееспособности и т.д. Этот закон – настольная книга психиатра. Он должен быть в каждом помещении, где оказывается психиатрическая помощь. В существующем законе есть устаревшие положения и есть положения, которые так и не были реализованы.

Во-первых, я предлагаю гармонизировать существующий закон с другими законодательными актами. Во-вторых, гармонизировать его в рамках рекомендаций ВОЗ по оказанию психиатрической помощи. Сейчас мы над этим работаем.

– Почему прописанное в законе создание омбудсмена для лиц с психическими расстройствами стало проблемой?

– Вопрос, наверное, не ко мне. Есть общий омбудсмен. Есть также общественные наблюдательные комиссии, которые занимаются вопросами прав заключённых в СИЗО, колониях и тюрьмах. Психиатрия тоже находится в этом списке. Члены этих комиссий пользуются неограниченной свободой контроля и надзора за тем, что происходит в психиатрических учреждениях. И они этот контроль осуществляют.

– Вы являетесь членом Комиссии по охране здоровья граждан и развитию здравоохранения Общественной палаты РФ...

– На этой площадке создана рабочая группа по совершенствованию правового регулирования защиты прав граждан с психическими расстройствами в РФ. Там мы готовим свои предложения.

– На прошлогоднем съезде Российского общества психиатров раздавали красную книжку, где под вашей редакцией опубликован перевод шестой главы МКБ-11, посвящённой статистической классификации психических расстройств. Как вы относитесь к созданию, наряду с МКБ-11, отечественной клинической классификации психических расстройств? Возможно ли использовать для международной статистики упрощённую клиническую классификацию, а не упрощать клиническую классификацию, исходя из задач статистики?

– МКБ-11 – это логическое и последовательное развитие идей, заложенных в МКБ-10. Очень много произошло в новой версии позитивных изменений, но есть вещи, которые нас расстраивают. Закон суров, но он закон. Это международная классификация, и мы либо можем её отвергнуть, либо мы ею пользуемся. Это выбор политический, а не врачебный. А врачебный выбор в том, что в нашей стране существует этиопатогенетическая классификация, которую мы используем в учебных целях, чтобы у врача-психиатра формировалась цельная картина о природе психических расстройств, система координат, а не просто перечень отдельных признаков. Чтобы он понимал, какова природа заболевания, каков его возможный прогноз и т.д. По поручению Рос-

сийского общества психиатров мы сделали русский перевод 6-й главы МКБ-11 и ознакомили с ним участников съезда. Это не официальный перевод. Официальный перевод будет сделан в НИИ организации и информатизации здравоохранения.

– МКБ-11 – это статистическая классификация?

– Мы перевели статистическую (краткую) версию. Её обложка красного цвета. Есть также клинические описания и диагностические требования (КОДТ). По существу, это руководство, где подробно описано, какие клинические признаки должны быть присущи тому или иному заболеванию, как отличить одно состояние от другого. Она будет синего цвета. Третья версия МКБ-11 предназначена для врачей общей практики, которую мы обязательно сделаем. Она будет белого цвета, потому что для нас это *tabula rasa* – чистая доска. В цветах обложек есть символизм – это как три цвета российского флага.

– Вы начали издавать ежеквартальный англоязычный журнал Consortium Psychiatricum. Он, с моей точки зрения, необычный. Печатается только на английском, на меллановой бумаге. Там интересные статьи ведущих психиатров мира...

– Мы издаём его для того, чтобы зарубежные психиатры могли ознакомиться с работами отечественных авторов, продвигать их и сохранять научные связи с мировым психиатрическим сообществом. Несмотря на сложные условия, мы пока не почувствовали каких-то рестрикций. Собираемся представить наш журнал на предстоящем конгрессе Всемирной психиатрической ассоциации в Бангкоке. Сейчас наша задача в том, чтобы журнал вошёл в международные базы данных.

– Последний вопрос: какие задачи вы считаете для отечественной психиатрии первоочередными?

– Первоочередная задача – решить вопрос об усилении медицинской помощи при невротических и стрессовых расстройствах, и сейчас работа над этим ведётся.

– Насколько мне известно, в психических болезнях большую роль играет генетика...

– Это, знаете ли, во многом устаревшие представления (смеётся. – Б.Л.). На популяционном уровне роль генетики очевидна, а на молекулярном и эпигенетическом ничего определённого в качестве подтверждения учёным получить не удалось. Но поиск, похоже, только в начале пути. И продолжая ответ на ваш вопрос о первоочередных задачах, хочу добавить, что наша задача – выйти из профессиональной изоляции. Я снова процитирую Ганнушкина: «Вся беда психиатрической клиники заключается в том, что она, как и вообще практическая психиатрия, оторвана целиком от остальной медицины. Считается совершенно возможным и законным врачу не знать психиатрию. Эта отрасль медицинских знаний становится не предметом серьёзного изучения, а предметом легкомысленного любопытства, случайного интереса, интереса к курьёзам». Это написано в 1924 г. Прошло почти 100 лет, а изменилось не так уж много. Но всё же необходимо отметить, что в Москве, к счастью, ситуация меняется к лучшему.

Болеслав ЛИХТЕРМАН,
доктор
медицинских
наук.

Москва.

Фото
Екатерины
КОЗЛОВОЙ.



Научные исследования в области медицины призваны стать флагманом импортоопережения. Заметим – не замещения того, чего нас лишили одни бывшие зарубежные «партнёры», за счёт организации закупок у других таких же «партнёров», а именно опережения, то есть создания всего – медицинских технологий, медоборудования, лекарств и расходных материалов – собственного и при этом конкурентоспособного на мировом рынке.

Вот задача так задача, звучит как лозунг. Посмотрим, каким будет исполнение, учитывая, что даже среди идеологов и ведущих экспертов медико-научной госполитики нет абсолютного единства мнений насчёт того, с какого конца подходить к её реализации, какие акценты делать.

Обмен мнениями на эту тему состоялся в рамках Петербургского международного экономического форума – 2022. Спрашивается, почему мы решили вернуться к нему спустя три месяца? Потому что есть повод.

Дары природы – это не шутка

Группа учёных, объединившая сотрудников Новосибирского института органической химии им. Н.Н.Ворожцова СО РАН, Государственного научного центра вирусологии и биотехнологий «Вектор» Роспотребнадзора, Уфимского федерального исследовательского центра РАН, Первого Московского ГМУ им. И.М.Сеченова и Университета науки и технологий «Сириус» в настоящее время занимаются разработкой первого стопроцентно отечественного лекарственного препарата против новой коронавирусной инфекции. Речь идёт не об упаковке готовых импортных субстанций под российским брендом и даже не о творческой доработке давно известных зарубежных препаратов, а о принципиально новом, не имеющем аналогов лекарстве. Более того, в его основе исключительно оригинальные вещества, противовирусные свойства которых в отношении SARS-CoV-2 обнаружили российские химики и биотехнологи.

Необходимо отметить, что результаты исследований наших учёных были очень быстро опубликованы в специализированном научном журнале, который издаётся в Швейцарии. Данный факт подтверждает, что российская разработка имеет большой потенциал, она конкурентоспособна уже на стадии замысла. И если российское государство поддержит свою науку на этапе разработки препарата, проведения доклинических и клинических испытаний, а отечественный фармбизнес возьмётся за производство, то мы увидим первый пример истинного импортоопережения. И облегчения от импорта, точнее, от зависимости, которую наша медицина по отношению к нему испытывает.

В ходе научного поиска было выявлено и доказано наличие противовирусных свойств у производных сложных эфиров борнеола. Есть серьёзные основания полагать, что эти соединения могут стать действующими веществами препаратов для терапии COVID-19. По словам ведущего научного сотрудника лаборатории физиологически активных веществ НИОХ СО РАН доктора химических наук Ольги Яровой, здесь давно работают в направлении поиска новых биологически активных веществ, в том числе агентов, обладающих противовирусными свойствами.

– Ранее совместно с коллегами Центра «Вектор» мы показали, что производные сложных эфиров борнеола способны проявлять активность в отношении вирусов гриппа, Эбола, Марбург и других. Когда началась пандемия, было принято решение изучить их влияние на SARS-CoV-2, – говорит Ольга Яровая.

Проблемы и решения

Импортооблегчение

Железный занавес – плохо, но и зависимость от Запада не лучше

Борнеол – природный спирт, его производство не требует больших финансовых расходов, и это не может не радовать. Российские химики предложили эффективные методы его модификации, чтобы получать вещества с заранее заданными характеристиками, пригодные для использования в фармакологии. Что касается способа воздействия на вирус – подавлять его репликацию внутри клетки человеческого организма или ингибировать на входе, авторы проекта выбрали второй. Новый препарат, по их замыслу, должен блокировать функционирование поверхностного S-белка коронавируса, который обеспечивает связывание с клеткой.

Как рассказали разработчики, они синтезировали около 100 различных химических соединений и каждое из них проверили на способность проявлять противовирусную активность. Что касается биологической модели «вирус – клетка» для лабораторных исследований, это предмет особой гордости авторов проекта. В роли вируса использовался, разумеется, не живой возбудитель коронавирусной инфекции, а суррогатная система – конструкция из другого, не столь опасного патогена и S-белка коронавируса SARS-CoV-2. Чтобы наблюдать взаимодействие «вируса» с потенциальными противовирусными веществами, подобрали подходящую клеточную культуру, которая, как и настоящая клетка организма, обогащена ангиотензинпревращающим ферментом 2-го типа (ACE-2), являющимся мишенью для связывающих частиц SARS-CoV-2.

– В итоге было обнаружено, что сложнэфирные производные борнеола препятствуют проникновению вирусных частиц в клетку, а значит, каким-то образом они взаимодействуют именно с чужеродным поверхностным белком. Затем мы проанализировали библиотеку веществ и выявили наиболее активные структуры, эффективность которых была исследована уже на настоящем коронавирусе. Оказалось, что эти соединения способны противостоять трём штаммам SARS-CoV-2: Уханьскому, Дельта и Омикрон, – подытожила руководитель лаборатории НИОХ СО РАН.

Сам механизм проявления особых свойств модификаций сложных эфиров борнеола в отношении коронавируса уже изучен: вероятно, он заключается в подавлении фузогенной активности S-белка вируса, которая как раз и определяет его соединения с клетками организма человека. Впереди не менее сложный этап рождения первого российского препарата против COVID-19 – доклинические исследования на животных моделях.

Таланты и начальники

Итак, вернёмся к лозунгу про медицинскую науку как флагман импортоопережения или импортооблегчения. Как видно из приведённого примера, потенциал российской науки огромен. При этом совершенно очевидно, что он нуждается в условиях, которые позволят ему реализоваться полностью. Такими необходимыми условиями являются лояльность Минздрава, Минобрнауки, Минэкономразвития, Минфина и, соответственно, адекватное финансирование. Без этого амбиции учёных, исследовательский энтузиазм, смелые научные решения значения не имеют.

В ходе дискуссии на ПМЭФ министр здравоохранения России Михаил Мурашко на вопрос, есть ли у нашей страны план первоочередных действий по медико-научному импортоопережению, ответил прямо: «Объявить приоритеты – ещё не значит достичь финального результата». Потребуется время и решимость».

Глава Минздрава заметил, что полная технологическая независимость невозможна по определению ни для одной страны, кооперация всё равно сохранится, глобальная экономика никуда не денется. Даже сегодня, когда мир так серьёзно изменился: в нём стало больше хрупкости, нелинейности и непредвиденности, добавилась тревожность.

– При этом мы чётко понимаем, что растерянность у нас быть не может, так как потенциал России огромен. Пандемия показала те зоны, в которых у нас нет производственных мощностей. И она же показала, насколько быстро мы можем мобилизовать свои ресурсы. В частности, когда была поставлена задача наладить производство средств индивидуальной защиты – масок, костюмов и т.д. – губернаторы «включились», и в очень короткое время такое производство в разных регионах появилось, спрос был обеспечен, – проиллюстрировал свои слова министр.

Яркое подтверждение, как воля к победе позволяет быстро делать то, до чего годами не доходили руки, потому что закупать китайские маски, наверное, кому-то было интереснее. Как и импортные сосудистые протезы, стенты, навигационные системы, томографы, роботизированные хирургические платформы, секвенаторы и т.д. Между тем о существовании отечественных научных разработок по всем этим позициям известно давным-давно, но в практическом здравоохранении их почему-то не видно.

Руководитель ФМБА России Вероника Скворцова перечислила, какие научные исследования, выполняемые институтами ведомства, совершенно точно могут считаться импортоопережающими. К их числу относятся омиксонные, клеточные и нейроиммуноэндокринные биотехнологии.

– В частности, на площадке Центра мозга и нейротехнологий ФМБА создано производство по системе GMP со стандартизованными платформами, где можно выпускать любые моноклональные антитела. Покажите учёным целевую молекулу, и они синтезируют моноклональное тело, проверят его качество. Также активно развивается клеточное направление: 4 центра располагают методами получения плюрипотентных стволовых клеток, – перечислила В.Скворцова.

Секрет научно-исследовательской эффективности, которую в последние пару лет демонстрирует Федеральное медико-биологическое агентство, заключается не только в том, что его деятельность очень хорошо поддерживается государством, но и в том, что, по признанию Вероники Скворцовой, руководство агентства даёт своим научным сотрудникам возможность экспериментировать. Действительно, если бить учёных по рукам, сложно дожидаться появления оригинальных научных решений, которые способны обеспечить импортонезависимость отечественной медицины.

Заместитель председателя Госдумы РФ Ирина Яровая справедливо политизировала обсуждаемую тему. Она напомнила: всё, что делают США под грифом высокой секретности в сети биологических лабораторий, созданных по всему миру, отнюдь не направлено на решение задачи сбережения населения других стран. Напротив, эти работы направлены на регулирование численности населения в мире.

– Поэтому для России вопрос импортоопережения силами медицинской науки – это вопрос и успеха, и выживания одновременно. Мы в трудном положении, поскольку западные санкции обращены, в том числе, на медицину и фармакологию. В этой связи очень важно, чтобы Министерство здравоохранения выбрало приоритеты для практической реализации задачи импортоопережения. Наверное, есть смысл сейчас приостановить внедрение системы цифрового учёта пациентов, а обеспечить инвестиции в науку, в подготовку учёных и в создание оригинальных медицинских технологий, – предложила И.Яровая.

Представитель законодательной власти высказала надежду на то, что предложения, которые дадут Минздрав России и ФМБА в план реализации Десятилетия науки и технологий в России, будут представлять собой конкретные позиции действительно первостепенной важности. А Дума постарается сделать так, чтобы финансовые вложения государства в медицину и науку были максимальными.

Импортозависимость – в головах

– Я хочу обратить внимание на постановку задачи – импортоопережение. Чтобы нам устремиться в будущее и оказаться на передовых позициях, недостаточно идти экстенсивным путём, создавая то, что уже есть на Западе, копируя существующие технологии и производство. Если стоит цель оказаться впереди, мы должны внедрять в практику подходы, опирающиеся на те знания, которые сегодня ещё не широко используются и несут принципиально новый характер. Например, в нашем университете сейчас идут клинические испытания медицинских технологий, которые на десятилетия опережают западные, – обозначил своё отношение к обсуждаемому вопросу ректор РНИМУ им. Н.И.Пирогова академик РАН Сергей Лукьянов.

Но что нас сдерживает? Отсутствие понимания того, что для внедрения инноваций недостаточно иметь продуктивную научную идею. Университеты, академические институты должны взаимодействовать с реальным сектором экономики. Равно как и наоборот: сам реальный сектор экономики, даже самые крупные компании не могут сами создавать новые знания, у них нет для этого инструмента и возможностей, они не имеют внутренней системы оценки перспективности научных проектов. И только на стыке этих возможностей – научных центров, бизнеса и производства – возникают принципиально новые технологии. Но и регуляторике, само собой, нужно дорабатывать под современные условия, напомнил академик Лукьянов.

Заместитель директора Медицинского научно-образовательного центра МГУ им. М.В.Ломоносова

член-корреспондент РАН Симон Мацкеплишвили согласен с тезисом, что, как раньше, уже не будет. Во многом, но не во всём. А именно, допустить полной изоляции российской науки от мировой нельзя ни при каких условиях. Даже ставя целью научно-технологическую импортонезависимость, закрываться от внешнего мира опасно.

– Медицина – наука максимально междисциплинарная и международная. Даже в самые тяжёлые периоды холодной войны работали вместе. Международное сотрудничество надо не только не останавливать, но и развивать, несмотря на все возникшие сложности. В частности, мы должны вместе с нашими коллегами из Европы и США проводить клинические исследования новых лекарственных средств. Потому что если медицинское оборудование будет одинаково работать на любом континенте в отношении любых этнических групп больных, то в отношении лекарств иное правило. Мы не можем утверждать, что препарат, который был произведён в какой-то стране и не протестирован на российской популяции, настолько же эффективен для нас, как для американцев, японцев, африканцев и т.д., – предупреждает С.Мацкеплишвили.

Учёный-кардиолог с мировым именем, он напомнил, что США владеет 60% разработок в области биомедицинских технологий. В этой связи следует понимать, возвращаясь к термину «импортоопережение»: чтобы кого-то опередить, надо сначала кого-то догнать. А для этого государство должно стимулировать науку и учёных. По меткому выражению С.Мацкеплишвили, «наука делается не министром образования, не министром здравоохранения, а исследователями», которым нужна максимальная поддержка, юридическая, финансовая, техническая, организационная.

И наконец, подводя итог разговору, неплохо бы поинтересоваться, а что думают о необходимости импортозамещения медицинских технологий сами врачи, привыкшие к зарубежным аппаратам, расходникам, лекарствам? Главный врач Центральной клинической больницы Святого Алексея Алексей Заров считает, что импортозависимость – в головах. Беспокойство в отношении чего-то незнакомого отечественного, которое может прийти на смену привычному западному или американскому, конечно есть, но оно исчезнет тогда, когда медицинское сообщество и пациенты поверят в отечественный продукт.

– Как травматолог-ортопед могу сказать, что мне не известны современные отечественные производители эндопротезов суставов, которые были бы конкурентны на рынке. Меня «с пелёнок» учили оперировать, используя импортные эндопротезы. Соответственно, и я рассказывал пациентам о свойствах и достоинствах протезов, упоминая их происхождение, а как иначе? Поэтому импортозамещение должно произойти прежде всего в сознании врачей и пациентов. Нужно подумать о большой информационной кампании по защите отечественного производителя, по формированию доверия к нему.

* * *

С учётом всего, что сказали об условиях успешного импортозамещения в медицине эксперты, попытка научного коллектива создать полностью оригинальный российский препарат от COVID-19 выглядит почти авантюрой. Есть опасение, что эти смелые люди на своём пути столкнутся со множеством острых углов, углованных им «системой». И всё-таки хочется верить, что инициатива сибирских химиков и биотехнологов найдёт поддержку у тех, кто...

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».



Ростов-на-Дону в сентябре готовится к значимой встрече – юбилейной международной конференции Диагностической медицинской ассоциации («ДиАМА»). Об ассоциации нам рассказал президент «ДиАМА», главный врач Областного консультативно-диагностического центра, заведующий кафедрой персонализированной и трансляционной медицины Ростовского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук Дмитрий БУРЦЕВ.



Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр обеспечивает высококвалифицированной диагностической, консультативной и лечебной помощью жителей Ставропольского края, включая пять филиалов в Ставрополе, Невинномысске, Элисте, Черкесске и Михайловске. В состав СККДЦ входит Центр охраны здоровья семьи и репродукции и отделение вспомогательных репродуктивных технологий. Среди множества уникальных для региона методик, выполняемых в центре – МРТ сердца с контрастированием. Его востребованность продиктована растущими требованиями в диагностике и лечении кардиальной патологии, и особенно актуально в последние два года в связи с пандемией COVID-19, с целью верификации воспалительного поражения миокарда.



Диагностический клинический центр № 1 (Москва) уделяет внимание раннему выявлению злокачественных новообразований, в частности, колоректального рака и рака лёгкого, оказывает медицинскую помощь женщинам с подозрением на заболевания молочных желёз. Неоценим вклад ДКЦ № 1 в общую борьбу с COVID-19. В периоды пикового подъёма заболеваемости медики центра выезжали на дом к пациентам более 800 раз в сутки. В круглосуточном амбулаторном КТ-центре за два года пандемии проведены около 10 тыс.



МРТ лёгких, выявлены более 7 тыс. пневмоний. Централизованная лаборатория ДКЦ № 1, только за прошлый год выполнившая более 25 млн исследований, по итогам 2020-2021 гг. награждена «Золотым микроскопом».

Тенденции

30 лет в диагностике

– Дмитрий Владимирович, в этом году «ДиАМА» отмечает 30-летие. Организация объединяет 35 диагностических центров, насколько сильно они влияют на общий объём практического оказания медпомощи в России и за рубежом?

– Не совсем корректный вопрос. Здесь дело не в объёме, а в уникальности. Каждый наш диагностический центр – это и идеолог в своём регионе, и практик, внедряющий новейшие медицинские технологии «с колёс», то есть сразу, как они только доказали свою эффективность. Не зря специалистами «ДиАМА» получено более сотни патентов на изобретения, большая часть из которых имеют международное признание. В среднем в каждом диагностическом центре ежегодно внедряется до тридцати новых методов диагностики и лечения.

Прежде всего, объединение «ДиАМА» – источник научных ресурсов для практической медицины. Неслучайно главные врачи диагностических центров выступают заведующими кафедр мединерситетов. Более того, есть центры, которые стали базами кафедр менеджмента немедицинских вузов, потому что во всех центрах применяются современные технологии менеджмента. На базе всех диагностических центров работают узкоспециализированные центры по различным проблемным направлениям медицины (в ОКДЦ их восемнадцать). В ряде центров, как и в нашем, в своё время впервые были созданы медицинские информационные системы... Например, Иркутский диагностический центр входит в состав группы компаний под руководством холдинга «Сириус» ГК «Росстехнологии», разрабатывающих по решению Правительства РФ национальную программную платформу на свободном программном обеспечении.

Ежегодно «ДиАМА» публикует сборник научных работ, издаёт ежеквартальный журнал по медицинской диагностике. Теперь мы встречаемся в очном формате на научно-практической конференции в Ростове-на-Дону. К нам приедут представители со всей России и Белоруссии.

В своё время возглавить ассоциацию для меня стало определённым вызовом. Это безусловная ответственность, и мне эта работа интересна. В перспективе я вижу продолжение тесной работы с Министерством здравоохранения РФ по Ростовской области



Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр – единственный в Центральном Черноземье. Здесь ведут приём врачи 50 специальностей, в том числе – в Центре диагностики сердца и сосудов, Центре краткосрочной хирургии, Областном диабетологическом центре, отделе семейной медицины. Воронежский областной клинический консультативно-диагностический центр является базой трех кафедр ИДПО ВГМУ им. Н.Н.Бурденко – инструментальных методов диагностики, лучевой диагностики и общей врачебной практики (семейной медицины). ВОКДЦ 15 раз признан одним из лучших учреждений здравоохранения Воронежской области и становился лауреатом различных всероссийских и международных конкурсов.



и федеральным министерством. Интерес со стороны государства к «ДиАМА» всегда был, и надеюсь, в будущем он продолжит расти.

– А как изменилась жизнь диагностических центров в стране за время пандемии?

– Когда наша страна, как и весь мир, начала бороться с COVID-19, 12 диагностических центров (а это 12 регионов!) первыми мобилизовали свои лаборатории, что стало ощутимой поддержкой для России в целом. Объём ПЦР-тестирования в диагностических центрах только в первый год пандемии составил по стране 5%, а это очень большая цифра. В уходящем году количество тестирований увеличилось в разы. На примере ГАУ РО «ОКДЦ» – мы уже сделали как минимум полтора миллиона исследований. В пандемию, по сути, мы реализовали концепцию современной лаборатории как бизнес-структуры, о чём ещё говорил первый президент «ДиАМА», её основатель Михаил Свещинский. Этот подход позволил нам экономически выжить в сложный период, но главное – обеспечить пациентов исследованиями, которые жизненно необходимы.

Диагностические центры занялись исследованиями по второму классу опасности. Наравне с лабораториями специализированных учреждений, такими как, например, наш ФКУЗ Ростовского-на-Дону противочумного института Роспотребнадзора, который располагает особыми условиями. Диагностическим центрам же пришлось создать эти условия самим, причём в самые краткие сроки. Выделить красные зоны, обучить медперсонал, наладить логистику, а ведь это строго определённая последовательность действий и ограничения на работу специалистов. Для этого хорошо поработали клинические эпидемиологи, которые обеспечили безопасность работы для пациентов, медперсонала и собственно достоверность результатов исследований. Мы стандартизировали сложный процесс, начиная от входа биоматериала и до выхода результата. Результаты качественные! И что самое главное – с увеличением потока это качество не упало. А объёмы стали несопоставимые. В нашем ОКДЦ, например, они увеличились в двадцать раз. В доковидное время мы проводили около 400 исследований в

Омский клинический диагностический центр – один из первых в стране и первый за Уралом. Созданный ещё в конце 80-х годов, с организованной трёхуровневой системой диагностики, центр уже тогда изменил облик медицины своего региона. Сейчас Омский КДЦ выполняет большую часть диагностических исследований третьего и второго экспертных уровней (90%). В центре применяются более 1400 лечебно-диагностических методик, в том числе оказывается ВМП по профилю «ревматология» на базе круглосуточного стационара. Пациенты с тяжёлыми ревматологическими заболеваниями получают терапию генно-инженерными биологическими препаратами, что позволяет значительно улучшить результаты лечения и качество жизни.



день (на разные инфекции методом ПЦР), то сейчас количество доходит до 8 тыс. исследований.

– О значимости диагностических центров для практического здравоохранения легче всего рассказать на примере ОКДЦ...

– Да, наглядная иллюстрация ресурсной базы – соответственно, и вклада центра в медицину региона. Как в лабораторной диагностике, так и в лучевой, эндоскопической, ультразвуковой, функциональной, в постановке диагноза и в назначении адекватной терапии. Каждый год у нас количество пациентов увеличивается, в прошлом году мы оказали консультативно-диагностическую помощь более чем миллиону пациентов. И никогда не устану повторять, что большая часть из них – жители Ростовской области, медпомощь которым оказывается в рамках ОМС. В целом же у нас только в прошлом году прошли обследование и лечение гости из 85 субъектов России и из многих зарубежных государств. Для проведения малоинвазивных операций в отделении рентгенохирургических методов диагностики и лечения приезжали даже из Северной Америки. Люди летят по 13 часов, чтобы пройти полное

обследование и хирургическое лечение у наших хирургов. Поскольку у нас качество высокое, компетенция врачей и оборудование не уступают, а стоимость просто несопоставима с зарубежной.

На кафедре персонализированной и трансляционной медицины РостГМУ, действующей на базе центра, более 30 программ дополнительного профессионального образования повышения квалификации, аккредитованных в системе НМО. По специальностям – неврология, клиническая лабораторная диагностика, лабораторная генетика, ультразвуковая диагностика и рентгенология.

В диагностические центры всегда приходили пациенты, которые представляли клинический диагностический интерес, поэтому центры опережали своё время, они всегда работали с позиций персонализированного подхода к пациенту. Казалось бы, в этом нет ничего нового. Ещё Чехов, который по профессии был врачом, сто лет назад писал о необходимости «индивидуализировать каждый отдельный случай». Очень рад, что теперь это стало трендом.

Светлана ЧЕРНОВОЛ.

Ростов-на-Дону.

КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 33 (2345)

(Продолжение.)

Начало в № 34 от 31.08.2022.)

Для диагностики экзокринной панкреатической недостаточности в клинической практике у пациентов с ХП рекомендуется определение активности панкреатической эластазы-1 в кале.

Прямые методы

Классические зондовые методы определения объема панкреатического сока, определения концентрации в нём ферментов и бикарбонатов имеют крайне ограниченное применение для диагностики ХП вследствие инвазивности, высокой стоимости, низкой доступности стимуляторов (до настоящего времени препараты не зарегистрированы для медицинского применения в РФ), трудоёмкости и плохой переносимости пациентами. По данным этих методов невозможно отличить ХП от недостаточности функции ПЖ без ХП. Прямые методы могут применяться только в рамках клинических исследований в высокоспециализированных клиниках. В отдельных сложных случаях методика применима для дифференциальной диагностики стеатореи.

Совершенствование методики ЭСПБЗ со стимуляцией секретинном позволяет помимо осмотра протоков ПЖ осуществлять повременную эвакуацию дуоденального содержимого после введения секретина, воспроизводя, таким образом, классический секретинный тест с помощью эндоскопии. Проблемой метода является небольшая накопленный опыт и отсутствие валидации, что отражается отсутствием этого метода во всех национальных зарубежных рекомендациях по диагностике панкреатической недостаточности на сегодняшний день. В России главным ограничением к его использованию является отсутствие зарегистрированного секретина.

Непрямые методы

Непрямые ФПЖ косвенно оценивают нарушение внешнесекреторной функции, они более доступны по сравнению с прямыми методами, однако имеют меньшую чувствительность и главным образом обнаруживают поздние стадии внешнесекреторной недостаточности.

Определение содержания жира в кале. Стандартное копрологическое исследование с микроскопией капелек нейтрального жира отличается низкой чувствительностью, поэтому, применяя его для верификации стеатореи и оценки эффективности лечения, необходимо проводить анализ троекратно и учитывать рацион питания больного.

Метод количественного определения содержания жира в кале разработан ещё в 1949 г., он чувствителен для диагностики недостаточности функции ПЖ на поздних стадиях. Тест проводится на фоне соблюдения в течение 5 дней диеты с высоким содержанием жира в отсутствие заместительной ферментной терапии, сбор кала осуществляется в течение 72 часов. В норме коэффициент абсорбции жира составляет не менее 92%. Метод количественного определения содержания жира в кале используется преимущественно в рамках клинических исследований, в рутинной клинической практике его применять довольно сложно.

Определение активности эластазы-1 в кале. Эластаза-1 сохраняет относительно высокую стабильность по сравнению с другими ферментами ПЖ при прохождении по желудочно-кишечному тракту. Наибольшие преимущества имеет определение эластазы в кале иммуноферментным методом (с помощью моноклональных антител): данным способом определяется лишь эластаза человека, поэтому результаты теста не зависят от проведения заместительной терапии. Исследование неинвазивное и относительно недорогое, но имеет низкую чувствительность при лёгкой и умеренной внешнесекреторной недостаточности ПЖ и низкую специфичность при определённой патологии желудочно-кишечного тракта, не связанной с ПЖ. При лёгкой степени недостаточности внешнесекреторной функции чувствительность метода составляет 63%.

Диагностическая точность определения эластазы в кале резко снижается при ускорении пассажа, диарее, полифекалии, приводя к ложноположительным результатам (низким значениям эластазы) за счёт разведения фермента; аналогичная ситуация может отмечаться при избыточном

бактериальном росте в тонкой кишке за счёт бактериального гидролиза эластазы. Степень экзокринной панкреатической недостаточности возможно оценивать после купирования/минимизации основных проявлений экзокринной панкреатической недостаточности (диарея, стеаторея) на фоне начальной терапии современными ферментными препаратами.

Снижение содержания эластазы в кале свидетельствует о первичной экзокринной недостаточности ПЖ (0-100 мкг/г – тяжёлая; 101-200 – средняя или лёгкая), что является показанием для пожизненной, чаще всего для так называемой высокодозной заместительной ферментной терапии. Определять

нала и степени инвазивности конкретного исследования.

Всем пациентам с клиническими симптомами, характерными для ХП, при первичном обращении к врачам любого профиля рекомендуется дальнейшее целенаправленное обследование с использованием методов лучевой диагностики для подтверждения или исключения ХП.

Характерная клиническая картина, аномальные результаты функциональных тестов ПЖ позволяют клиницисту рассматривать диагноз ХП как возможный или неопределённый (т.е. клиническое подозрение на ХП), что требует использования более точных лучевых методов исследования для подтверждения диагноза.

Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет выявить только выраженную кальцификацию в проекции ПЖ. Данный метод является устаревшим. Согласно результатам проведённых исследований, обзорная рентгенография в 30-40% случаев позволяла выявить кальцификацию ПЖ или внутрипротоковые конкременты, особенно при исследовании в косой про-

фиброза, наличие кальцинатов паренхимы и конкрементов в протоках ПЖ, диаметр ПП более 2 мм, постнекротические кисты. Диффузные изменения паренхимы ПЖ и увеличение её размеров без перечисленных выше изменений не позволяют утверждать о наличии ХП. Трансабдоминальное УЗИ способно подтвердить диагноз ХП на поздней стадии, выявить кальцификацию ПЖ и внутрипротоковые кальциевые конкременты (в случае, если их размер превышает 5 мм), псевдокисты, дилатацию ГПП и его боковых ветвей, атрофию паренхимы ПЖ.

Пациентам с ХП, с установленным диагнозом бессимптомной псевдокисты ПЖ рекомендуется проведение трансабдоминального УЗИ в динамике в рамках наблюдательной тактики ведения этих пациентов с целью своевременной диагностики возможных осложнений.

Благодаря высокой чувствительности к жидкостным образованиям УЗИ является методом выбора для наблюдения за пациентами с псевдокистами ПЖ.

В случае отсутствия признаков ХП при трансабдоминальном УЗИ рекомендовано

Хронический панкреатит

Таблица 2
Изменения ПЖ при ХП по данным лучевых методов диагностики

Показатель	Изменения
Размер органа	Обычно – увеличение части или всего органа, редко – уменьшение размеров ПЖ
Плотность ткани	Как правило, повышена, носит неомогенный характер, обычно с кистами или кальцификацией
Контур	Неровный
Проток железы	Расширенный (диагностика с помощью КТ возможна, если диаметр протока > 5 мм)
Желчные протоки	Расширены при увеличении головки ПЖ
Двенадцатиперстная кишка	Сдавлена при увеличении головки ПЖ
Селезёночная вена	Иногда тромбирована, в ряде случаев с увеличением селезёнки
Другие признаки	Утолщение брюшины и почечной фасции вблизи ПЖ. Атрофия ретроперитонеальной жировой клетчатки

уровень эластазы в динамике практически не имеет смысла, так как количество оставшихся, функционально готовых клеток ПЖ к секреции не может увеличиться. Определённые активности эластазы-1 в кале рекомендуется использовать для диагностики ХП при неопределённых результатах методов визуализации, когда экзокринная панкреатическая недостаточность будет служить косвенным признаком ХП.

Дыхательный тест. Дыхательный тест заключается в пероральном приёме ¹³C-меченного субстрата (смесь триглицеридов), который гидролизует в просвете кишки в степени, пропорциональной активности панкреатической липазы. Выдыхаемый ¹³CO₂ определяется путём масс-спектрометрии или методом инфракрасной спектроскопии, но, как и при других непрямых тестах, этот анализ имеет переменную чувствительность и специфичность, зависящую от большого числа факторов, в связи с чем мы можем наблюдать противоречивые результаты исследований последних лет. Следует признать, что совершенствование и унификация данной методики, использование стандартной валидированной аппаратуры, строгое соблюдение методологии теста в совокупности открывают широкие перспективы к его повсеместному использованию. Отсутствие разрешённого к применению на территории России субстрата (¹³C-смешанные триглицериды) делает его проведение в настоящее время невозможным.

Всем пациентам с ХП с целью оценки экзокринной недостаточности ПЖ рекомендуется регулярное (не реже 1 раза в год) исследование уровня гликозилированного гемоглобина в крови, уровня глюкозы крови натощак или проведение глюкозотолерантного теста. Диагностика экзокринной недостаточности должна быть своевременной и тщательной. Оптимальная форма скрининга остаётся спорной. Международный экспертный комитет рекомендовал использовать Hb_{A1c} (при уровне ≥ 6,5%), а не концентрацию глюкозы в крови для диагностики диабета.

Инструментальные диагностические исследования. Выбор методики визуализации должен быть основан на её доступности, наличии соответствующих навыков у персо-

нелю. Формально такая находка ранее исключала необходимость дальнейшего обследования для подтверждения диагноза хронического панкреатита. При этом следует помнить, что кальциоз ПЖ чаще всего встречается при алкогольном, наследственном ХП и редко – при идиопатическом. Более того, кальцификация характерна и для рака ПЖ, что в сочетании с низкой чувствительностью не позволяет рекомендовать данную методику как конкурентоспособную и имеющую диагностическую ценность.

Для первичного скрининга пациентов с клиническими симптомами, характерными для ХП, для исключения других причин боли в животе рекомендуется трансабдоминальное УЗИ в связи с неинвазивным характером метода, простотой выполнения, достаточной специфичностью в определении основных проявлений ХП – увеличения размеров ПЖ, наличия расширения протока ПЖ, вирусного гепатита и кальциноза паренхимы, постнекротических кист.

Трансабдоминальное УЗИ выступает в качестве метода первичного скрининга по поводу необъяснимой боли в животе. Этот метод позволяет выявить свободную жидкость в брюшной полости, оценить состояние печени, билиарного тракта, почек, патологии которых может имитировать ХП или сопутствовать ему, в некоторых случаях – исключить хирургическую и гинекологическую патологию.

УЗИ имеет невысокую чувствительность и специфичность при диагностике ХП. Даже в специально спланированных исследованиях с высоким уровнем специалистов и используемого оборудования, отсутствием ограничений в длительности процедуры, стандартизированным подходом к исследованию и высокой межисследовательской согласованностью чувствительность и специфичность трансабдоминального УЗИ не превышают 70-80%, что является определённо недостаточным для диагностики ХП.

Исследование должно включать осмотр всех органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. Характерными ультразвуковыми признаками ХП, выявляемыми в В-режиме, являются повышение эхогенности паренхимы, неоднородность структуры за счёт множественных гиперэхогенных тяжей – участков

продолжение диагностического поиска – выполнение других инструментальных исследований: эндосонографии панкреатобилиарной зоны (ЭСПБЗ) и КТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием.

На сегодняшний день можно утверждать, что трансабдоминальное УЗИ не способно выявить ХП на ранних стадиях, существенно уступая КТ и ЭСПБЗ в качестве изображения, пространственном и контрастном разрешении. Таким образом, отрицательный результат УЗИ не исключает даже наличие конкрементов ПЖ. Признаки «диффузных изменений ПЖ» по данным УЗИ не являются основанием для постановки диагноза хронического панкреатита.

Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием (с обязательным выполнением нативной, артериальной, венозной, отсроченной фаз исследования) является методом выбора в диагностике ХП и рекомендуется всем пациентам с целью выявления специфических изменений ПЖ, в том числе панкреонекроза. Выполнение КТ рекомендовано всем пациентам, страдающим ХП, не позднее чем через 2 недели от момента первичного обращения.

КТ органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием является методикой выбора для первичной диагностики ХП, значимо превосходит по диагностической ценности трансабдоминальное УЗИ и более доступна в России сегодня относительно других методов – ЭСПБЗ и магнитно-резонансной холангио-панкреатографии (МРХПГ) с секретинном. Для эффективного использования всех возможностей КТ, надёжной диагностики отёка, некроза, опухолей ПЖ большое значение имеет выполнение исследования с внутривенным болюсным усилением и сканированием всех фаз контрастного исследования. Нативная фаза компьютерной томограммы необходима для выявления конкрементов ПЖ, артериальная – с целью визуализации ложных аневризм бассейна селезёночной, гастродуоденальной артерии, венозная – с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями ПЖ (IPMNII типа), отсроченная – для определения степени фиброзных изменений паренхимы ПЖ.

КТ с внутривенным контрастированием позволяет обнаружить зоны некроза ПЖ (отсутствие накопления контрастного вещества). Чувствительность метода при диагностике ХП составляет 75-90%, специфичность – 85-90%. При обострении ХП КТ с внутривенным контрастированием способно подтвердить диагноз, оценить тяжесть обострения и выявить наличие осложнений.

Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием рекомендуется как наиболее эффективный метод определения локализации конкрементов и внутрипротоковых камней ПЖ, а также для дифференциальной диагностики ХП и опухолей ПЖ при их размере более 5 мм у пациентов с ХП. Отсутствие изменений ПЖ при КТ не означает отсутствие ХП на ранней стадии, однако подобная вероятность существенно ниже относительно применения трансабдоминального УЗИ.

Данными КТ, указывающими на ХП, являются атрофия железы, наличие конкрементов

тов в протоках, дилатация ГПП, интра- или перипанкреатические кисты, утолщение перипанкреатической фасции и тромбоз селезеночной вены. КТ может выявить признаки, указывающие на вероятный ХП: неоднородность структуры, нечеткость контуров и увеличение размеров ПЖ.

У пациентов с рецидивирующей абдоминальной болью при отрицательных результатах КТ рекомендуется проведение эндоскопической ультрасонографии (ЭСПБЗ) для дифференциальной диагностики ХП и других воспалительных и опухолевых заболеваний ПЖ, а также с целью получения информации о состоянии двенадцатиперстной кишки при наличии ее кистозно-воспалительной трансформации.

Эндоскопическая ультрасонография является наиболее чувствительным методом для выявления ХП на ранней стадии. ЭСПБЗ – минимально инвазивный метод визуализации, использующийся и с лечебной целью. Степень выраженности ХП оценивается по классификации, принятой в 2007 году (Rosemont classification). Критерии Rosemont включают в себя: 6 паренхиматозных признаков, отражающих состояние паренхимы органа, которые делятся на большие (А, Б) и малые: гиперэхогенные очаги с тенью, дольчатость по типу «пчелиных сот», дольчатость без признака «пчелиных сот», гиперэхогенные очаги без тени, гиперэхогенные тяжи, кисты и 5 протоковых критериев, которые также делятся на большой А признак и малые признаки: наличие конкрементов, дилатация ГПП, расширение боковых ветвей, неравномерность главного протока, гиперэхогенность стенок протока. Выделяют 4 группы признаков по достоверности диагноза ХП: определённый, предположительный, неопределённый и норма. Использование эластографии и/или контрастирования в ходе ЭСПБЗ может повышать чувствительность метода в выявлении ХП и дифференциальной диагностике с опухолями.

Дифференциальная диагностика между воспалительным и злокачественным образованием, а также раннее выявление злокачественного образования у пациентов с диагностированным ХП остаётся трудной задачей для всех методов визуализации, однако методом, дающим наиболее точную характеристику тканей, является ЭСПБЗ с тонкоигльной пункционной биопсией.

Под эндоскопическим контролем может быть произведена диагностическая пункционная биопсия для цитологической и гистологической верификации сомнительных зон с целью дифференциальной диагностики ХП, аутоиммунного панкреатита и опухолевого поражения.

ЭСПБЗ рекомендуется пациентам с подозрением на ХП или с установленным диагнозом как наиболее информативный метод в диагностике раннего ХП (ХП минимальных изменений), особенно при стимуляции секреторной, контрастировании и эластографии ПЖ, однако этот метод требует высокой квалификации специалиста и строго стандартизированного подхода.

ЭСПБЗ, а также МРХПГ с секретинным тестом являются наиболее надёжными методами визуализации изменений паренхимы и протоков ПЖ на ранних стадиях ХП, а также протоковых аномалий.

Выполнение эндоскопической ультрасонографии панкреатобилиарной зоны рекомендуется пациентам при подозрении на obstructивную этиологию панкреатита (клинические или лучевые признаки панкреатической или билиарной гипертензии, эндоскопические признаки изменений со стороны большого дуоденального сосочка).

Пациентам с непереносимостью йодсодержащих контрастных препаратов рекомендуется выполнение МРТ с целью выявления ХП и дифференциальной диагностики причин билиарной и панкреатической гипертензии. Данными МРТ, указывающими на ХП, являются локальные или диффузные изменения интенсивности сигнала на T1ВИ и T2ВИ, в том числе при подавлении сигнала от жировой ткани, снижение контрастности в артериальную и венозную фазы при динамической МРТ и повышение контрастности в отсроченную фазу за счёт контрастирования фиброзной ткани.

МРХПГ является наиболее информативной в дифференциальной диагностике причин билиарной и панкреатической гипертензии и рекомендуется пациентам с ХП с целью уточнения изменений в протоковой системе.

Поскольку боковые ветви визуализируются только в 10–25% случаев, данный вид исследования имеет ограниченное диагностическое значение на ранних стадиях ХП. Недостатком МРТ является то, что при наличии кальцинатов (что характерно

для ХП) этот метод не может иметь такой высокой специфичности, как КТ. Вместе с тем присутствие участков очень низкой интенсивности сигнала предполагает наличие кальцинированных зон, симптоматичных для воспалительного процесса, и может быть ценным для небольшой группы пациентов, у которых другие диагностические методы не позволяют подтвердить предполагаемый диагноз ХП.

МРХПГ и ЭСПБЗ со стимуляцией секреторином рекомендуются как лучшие методы визуализации с целью диагностики изменения паренхимы и протоков у пациентов с ХП на ранних стадиях. Динамическая МРХПГ с секретинным тестом рекомендуется как основной неинвазивный метод идентификации начальных морфологических изменений системы протоков ПЖ, жидкостных структур, а также для оценки внешнесекреторного резерва ПЖ.

Комбинация МРТ и МРХПГ со стимуляцией секреторином является наиболее точным методом верификации панкреатита минимальных изменений. Использование контрастирования существенно повышает чувствительность метода при дифференциальной диагностике ХП и опухоли ПЖ. При выполнении МРХПГ можно определить с высокой точностью заполненные жидкостью структуры: ГПП и псевдокисты.

МРХПГ и ЭСПБЗ рекомендуются как наиболее точные методы диагностики аномалий развития ПЖ у пациентов с ХП.

Ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) не рекомендована в качестве метода диагностики ХП из-за опасности развития серьезных осложнений (острый панкреатит, холангит, сепсис, ретродуоденальная перфорация). РХПГ у пациентов с ХП рекомендовано рассматривать как компонент лечебного эндоскопического вмешательства (например, стентирования ГПП при обструкции или наружном свище), а не только диагностики.

Иные диагностические исследования. Исследование уровня IgG4 сыворотки крови рекомендуется пациентам с подозрением на аутоиммунный панкреатит и при дифференциальном диагнозе с раком ПЖ. Указанная рекомендация предназначена для медицинских организаций 3-го уровня.

Оценку нутритивного статуса с использованием клинических и биохимических методов рекомендуется проводить всем пациентам с ХП при поступлении в стационар, а также при амбулаторном обращении для оценки тяжести течения ХП и прогнозирования риска развития осложнений и неблагоприятных исходов.

Оценка базируется на расчёте индекса массы тела (ИМТ), констатации факта потери веса и её выраженности, наличии косвенных признаков трофологической недостаточности при общем осмотре больного – признаки анемии, трофические расстройства кожи, признаки квашиоркора и т.п.

Лабораторная оценка нутритивного статуса является для большинства российских клиник общедоступной и показательной даже при использовании сочетания простых тестов – определение общего белка, альбумина, абсолютного числа лимфоцитов периферической крови, уровня гемоглобина. Расширение спектра биохимических маркеров трофологической недостаточности до определения концентраций ретинолсвязывающего белка, витамина В₁₂, фолиевой кислоты, трансферрина, магния, цинка позволяет детально оценить пищевой статус у больного ХП.

Поскольку у 90% и более пациентов с ХП с наличием различных маркеров трофологической недостаточности имеется редукция массы тела, то практикующему врачу необходимо знать, что даже у пациентов с ХП с нормальным или повышенным ИМТ часто развивается трофологическая недостаточность, а редукция массы тела является наиболее значимым потенциальным маркером риска развития трофологической недостаточности.

Пациентам с ХП рекомендуется выполнение однократной оценки минеральной плотности костной ткани (методом рентгеновской денситометрии) с целью ранней диагностики остеопороза, развивающегося на фоне экзокринной панкреатической недостаточности и мальабсорбции витамина D.

Остеопороз является доказанным осложнением ХП, возникающим в результате панкреатогенной мальабсорбции, в том числе при отсутствии явных признаков экзокринной панкреатической недостаточности.

Лечение

Диетотерапия. Всем пациентам с ХП рекомендуется полный отказ от употребления алкоголя с целью снижения частоты тяжёлых осложнений и смертности.

Всем пациентам с ХП рекомендуется отказ от курения с целью редукции/купирования боли и профилактики развития осложнений ХП.

Пациентам с ХП рекомендуется дробный приём пищи с высоким содержанием белков и углеводов с целью улучшения процессов всасывания питательных веществ и восполнения дефицита нутриентов. Степень ограничения жиров зависит от тяжести мальабсорбции и эффективности заместительной ферментной терапии.

Пациентам с выраженной экзокринной недостаточностью ПЖ, у которых на фоне адекватной заместительной терапии сохраняется тяжёлая стеаторея, вызывающая сильный дискомфорт, ведущая к социальной дезадаптации, рекомендуется диета, содержащая менее 40-60 г жира в сутки.

Сложные углеводы и пищевые волокна могут быть полезными для замедления развития СД, профилактики синдрома избыточного бактериального роста в тонкой кишке. Приём пищевых волокон часто ограничен у пациентов с ХП на основании убеждения в том, что в эксперименте волокна адсорбируют пищеварительные ферменты, тем самым влияя на их действие. Однако подобное представление основывается на косвенных данных (например, триолеиновые дыхательные пробы, на результаты которых может влиять замедленная эвакуация желудочного содержимого под действием волокон).

Пациентам с декомпенсированной внешнесекреторной недостаточностью ПЖ и/или длительным анамнезом ХП (более 5 лет) рекомендуется скрининг на предмет выявления дефицита витаминов (А, D, Е и К), а при необходимости показано их парентеральное введение.

Консервативное лечение пациентов с ХП направлено на купирование симптомов и предотвращение развития осложнений. При этом выделяются 6 главных задач консервативной терапии ХП:

- прекращение употребления алкоголя и отказ от курения вне зависимости от предполагаемой этиологии заболевания, суточных доз алкоголя и количества выкуриваемых сигарет в сутки, стажа употребления алкоголя и табакокурения;
- определение причины боли в животе и попытка снижения ее интенсивности;
- лечение недостаточности внешнесекреторной функции ПЖ;
- выявление и лечение эндокринной недостаточности на ранних стадиях до развития осложнений;
- нутритивная поддержка;
- скрининг аденокарциномы ПЖ, особенно при наследственном (семейном) панкреатите, отягощённом наследственном анамнезе по раку ПЖ, длительном анамнезе доказанного ХП, возрасте старше 60 лет.

Купирование боли в животе

Пациентам с интенсивным болевым синдромом при ХП рекомендуется периодическое или курсовое назначение анальгетиков (например, парацетамол 1000 мг 3 раза в день) или нестероидных противовоспалительных препаратов. При неэффективности следует отдавать предпочтение трамадолу (не более 400 мг/сут). Длительность постоянной терапии парацетамолом – не более 3 месяцев с контролем состояния больного, биохимических показателей крови.

Для уменьшения проявлений сопутствующей депрессии, уменьшения выраженности боли и потенцирования эффекта анальгетиков рекомендуется назначение антидепрессантов – неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов.

Для купирования упорной панкреатической боли пациентам с ХП рекомендуется прегабалин, применяемый и при лечении нейропатической боли.

Пациентам с ХП при доминирующей боли в животе, отсутствии дилатации протоков или при минимальных изменениях в паренхиме ПЖ рекомендуется назначение пищеварительных ферментных препаратов с целью уменьшения боли.

В случае назначения пищеварительных ферментных препаратов без защитной оболочки с целью купирования боли у пациентов с ХП рекомендуется одновременное назначение препаратов, подавляющих кислотную продукцию (ИПН), вероятно, способных влиять на выраженность панкреатической боли и повышать эффективность панкреатина.

При неэффективности консервативной терапии боли в животе в течение 3 месяцев или необходимости приёма опиоидных анальгетиков в течение 2 недель (ввиду высокого риска зависимости) показана консультация врача-хирурга и врача-эндоскописта для оценки вероятности купирования боли с использованием методик эндоскопического или хирургического лечения.

Лечение экзокринной и эндокринной недостаточности ПЖ

Клинически значимое нарушение усвоения жиров и белков возникает только при снижении функциональной активности ПЖ более чем на 90%. Хирургическое вмешательство (резекция) на ПЖ также может вызывать развитие и/или усугубление внешнесекреторной недостаточности ПЖ и проведения пожизненной заместительной ферментной терапии. Адекватное и своевременное лечение позволяет избежать развития серьёзных осложнений и снизить смертность на фоне нарушения питания.

Заместительная ферментная терапия

Целью заместительной терапии является обеспечение возможности пациенту принимать, переваривать и усваивать нормальное количество основных пищевых веществ и микроэлементов. Клинические показания для проведения заместительной ферментной терапии при ХП:

- верифицированная стеаторея;
- хроническая диарея, полифекалия;
- нутритивная недостаточность;
- перенесённый панкреонекроз, тяжёлый ХП (кальцификация паренхимы ПЖ или внутрипротоковые кальцинаты в сочетании с расширением ГПП);
- перенесённые оперативные вмешательства на ПЖ с нарушением нормального пассажа пищи (классическая панкреатодуоденальная резекция, латеральная панкреатикоеюностомия с петлёй, выключенной по Ру);
- состояние после любых хирургических вмешательств на ПЖ с признаками внешнесекреторной недостаточности.

Всем пациентам с ХП и клиническими или биохимическими признаками трофологической недостаточности, в том числе без явной стеатореи, рекомендуется назначение заместительной терапии ферментными препаратами для нормализации нутритивного статуса (уровня витаминов (А, D, Е и К), преальбумина и ферритина), а также для предотвращения остеопороза, обусловленного мальабсорбцией витамина D.

Заместительная терапия ферментными препаратами рекомендуется для повышения качества жизни пациентов с ХП.

Всем пациентам с ХП при проведении заместительной ферментной терапии рекомендуется принимать панкреатин во время или сразу после еды.

Пациентам с ХП для лечения мальабсорбции при экзокринной панкреатической недостаточности рекомендуется использовать капсулированный панкреатин в форме микрокапсул (микротаблетки, минимикросферы и пр.), покрытых кишечнорастворимой оболочкой.

У пациентов с признаками экзокринной недостаточности ПЖ рекомендуемая минимальная доза для начального лечения составляет 25-40 тыс. МЕ единиц липазы на основной приём пищи и 10-25 тыс. МЕ липазы – на промежуточный приём пищи, суммарно – не менее 5 раз в день.

Всем пациентам с ХП, получающим заместительную ферментную терапию, рекомендуется оценивать начальную эффективность лечения по прибавке массы тела и снижению выраженности симптомов через 6 месяцев после начала терапии; однако любые сомнения в эффективности заместительной терапии следует расценивать как показания к лабораторному и инструментальному контролю заместительной ферментной терапии.

В случае, если у пациентов, получающих максимальные дозы пищеварительных ферментных препаратов, покрытых кишечнорастворимой оболочкой, сохраняются симптомы мальдигестии, рекомендуется назначать препараты, подавляющие желудочную секрецию – ИПН в стандартных дозах.

При персистирующей, на фоне адекватной заместительной ферментной терапии, стеаторее у пациентов с ХП рекомендовано исключить другие причины диареи, в частности, связанные с избыточным бактериальным ростом в тонкой кишке, часто имеющим место при ХП, инвазии простейших, целиакии.

У пациентов с тяжёлой панкреатической недостаточностью после перенесённого панкреонекроза, либо при наличии кальцифицирующего панкреатита, либо у пациентов со значительно сниженной эластазой-1 кала (менее 200 мкг/г) рекомендуется пожизненная заместительная терапия в подобранной дозе.

При лечении пациентов с СД на фоне ХП рекомендуется контролировать уровень глюкозы в крови для предотвращения осложнений, избегая развития гипогликемии и кетоацидоза.

(Окончание следует.)

Консорциум «Арктическая медицина» и не только...

В рамках своего визита в Архангельскую область министр Российской Федерации по развитию Дальнего Востока и Арктики Алексей Чекунков, а также глава региона Александр Цыбульский посетили Северный государственный медицинский университет.

В ходе проведённого в вузе совещания ректор СГМУ профессор Любовь Горбатова рассказала о развитии университета, его высоком научно-образовательном потенциале. В сообщении ректора было подчёркнуто, что сегодня вуз является основной базой подготовки медицинских кадров и центром научных исследований Арктической зоны России. Образовательная деятельность университета ориентирована на потребности практического здравоохранения арктических и приарктических территорий. Подготовка кадров проводится для 30 северных регионов. СГМУ признан кандидатом на участие в программе «Приоритет-2030». По инициативе вуза создан консорциум «Арктическая медицина», в который вошли 12 образовательных и 12 научных организаций, а также 7 организаций реального сектора экономики.

Научные исследования и разработки учёных вуза вносят большой вклад в практическое здравоохранение региона. За 10 лет в СГМУ разработано более 150 проектов, направленных на изучение заболеваний, влияющих на качество жизни населения региона. Л.Горбатова рассказала об основных научных проектах. Учёные университета впервые разработали персонализированный подход к медицине критических состояний, что позволило уменьшить летальность на 28%, а продолжительность госпитализации – на 20%. Исследована доказательная база о профилактике и лечении сердечно-сосудистых заболеваний. Масштабные по объёму и глубине исследования проведены учёными университета по профилактике и лечению туберкулёза.

Большой опыт вуз имеет в разработке и производстве инновационных биотехнологических продуктов. В университете создана научно-производственная лаборатория фармацевтической биотехнологии и ресурсосведения.

Заместитель председателя правительства Архангельской области Олеся Старжинская рассказала собравшимся о концепции создания в Архангельске Федерального центра арктической медицины.

Участники совещания познакомилась с экспозицией научных разработок и выпускаемой продукции из арктических биоресурсов. Были представлены новые инновационные биотехнологические продукты, разрабатываемые учёными СГМУ, продукция агрохолдинга «Белозорье», Архангельского водорослевого комбината, а также ООО «НПП «Натуральные продукты Арктики».

Чтобы достичь технологического суверенитета

Врио губернатора Томской области Владимир Мазур с рабочим визитом посетил СибГМУ.

В.Мазур познакомился с работой приёмного отделения, детской клиники, нового кабинета ОФЭТ/КТ, созданного на базе отделения радионуклидной диагностики клиник СибГМУ, а также центральной научно-исследовательской лаборатории и центра внедрения технологий.

«Президент России ставит перед страной задачу достичь технологического суверенитета. Считаю, что Томская область с нашей сильнейшей университетской и академической наукой должна сыграть одну из ключевых ролей в решении этой задачи. И сейчас время не разбрасывать, а собирать камни – развивать кадровый потенциал, укреплять лабораторные базы, усиливать взаимодействие науки с реальным сектором, создавать людям условия для работы, да и вообще для жизни. СибГМУ как

В медицинских вузах страны

Векторам развития — нацеленность на результат



Врио губернатора Томской области В.Мазур в СибГМУ

один из ведущих университетов страны должен учитывать все эти векторы развития в своей стратегической программе, чтобы закрепить лидерские позиции», – подчеркнул В.Мазур.

О деятельности многопрофильных клиник университета рассказал ректор СибГМУ профессор Евгений Куликов.

«У нас пациенты получают все виды медицинской помощи, включая высокотехнологичную, амбулаторную, экстренную. Ежегодно в университетские клиники приезжают более 100 тысяч пациентов из России и стран зарубежья. Здесь созданы единственные в Томской области отделения, например, эндокринологическое, ревматологическое, работают врачи с большим опытом, широко известные по всей стране. А это уникальный опыт и огромный круг возможностей для обучающихся», – сообщил Е.Куликов.

С деятельностью коллектива СибГМУ в сфере собственно науки врио губернатора Владимира Мазура познакомил проректор по научной работе и последипломной подготовке Ольга Фёдорова.

«СибГМУ располагает уникальной инфраструктурой, позволяющей реализовать полный цикл трансляционной медицины, начиная с этапа научно-исследовательской работы и заканчивая опытным производством. Прикладные исследования проводятся по трём ключевым направлениям: разработка лекарственных средств, цифровые технологии в сфере здравоохранения, биомедицинские технологии. Данный подход технологической повестки позволяет сократить сроки вывода медицинских разработок на рынок для обеспечения конкурентоспособности Томской области как региона», – отметила О.Фёдорова.

Учёные СибГМУ представили свои научные идеи и рассказали о федеральных проектах. В 2021 г. СибГМУ вошёл в перечень 100 университетов страны – победителей программы «Приоритет-2030». В рамках программы в университете запущены 7 научно-образовательных лабораторий, 3 из которых – мирового уровня.

В центральной научно-исследовательской лаборатории университета В.Мазур посетил Центр внедрения технологий, где организовано современное фармпроизводство, включающее стерильные производственные помещения. СибГМУ стал первым медицинским университетом России, который имеет лицензию Минпромторга

на производство лекарственных средств, а в этом году получил и международный сертификат GMP. Сейчас сотрудники центра работают над созданием и производством нескольких жизненно важных лекарственных препаратов. В их числе препараты, снижающие побочные эффекты химиотерапии при лечении онкологических заболеваний, понижающие уровень холестерина и предназначенные для лечения тромбозов.

Для проведения исследований в лабораториях СибГМУ учёные и их помощники используют уникальное оборудование. Один из таких аппаратов – прибор Nano String GeoMx, которых в России всего два. Учёные медуниверситета используют этот прибор при разработке подходов и методик для обнаружения злокачественных раковых клеток и иммунных клеток с наиболее выраженными функциями поддержки опухолевого роста.

Тюменский медицинский университет присоединился к федеральному проекту «Центры компетенций»

Тюменский ГМУ стал третьим медицинским вузом России, который вошёл в федеральный проект «Центры компетенций». Летом 2022 г. сотрудники университета прошли профессиональную подготовку и защитили концепцию на президентской платформе «Россия – страна возможностей».

«Являясь участником программы «Приоритет 2030», Тюменский ГМУ реализует стратегический проект «Компетентностная модель образования». Он предполагает, что подготовка специалиста базируется на оценке и развитии профессиональных и надпрофессиональных знаний и навыков. При этом умение работать в команде, лидерские навыки приобретают всё большее значение для построения успешной карьеры. Благодаря участию в федеральном проекте вуз получит методологическую помощь для объективной оценки таких компетенций у студентов. Кроме того, перед молодыми людьми откроются новые возможности для участия в мероприятиях федерального уровня, – пояснила кандидат медицинских наук, начальник Управления инновационных образовательных форматов и программ Дилара Исакова.

В новом учебном году возможность оценить уровень своих навыков получат все студенты Тюменского ГМУ. Они узнают о своих лидерских качествах, эмоциональном интеллекте, стрессоустойчивости, навыках планирования, сотрудничества, анализа информации. На основании отчёта молодым людям предоставят рекомендации для развития компетенций и доступ к соответствующим образовательным программам, а также поддержку и сопровождение по возможному трудоустройству.

– Мы также получим доступ к отчётам и сможем выделить группы студентов с повышенным образовательным потенциалом, которые

порой не всегда проявляют себя в общественной деятельности. Таким образом, вуз эффективнее будет вовлекать молодёжь в образовательные, научные, социальные проекты, – сообщила кандидат медицинских наук, доцент, руководитель Центра компетентностных технологий Тюменского ГМУ Мария Ляпина.

Оценку компетенций в Тюменском ГМУ смогут пройти также студенты других медицинских университетов. В ближайшее время вуз намерен заключить соответствующие соглашения с образовательными учреждениями Ханты-Мансийского автономного округа.

Ведущие специалисты России и стран ближнего зарубежья обсудили проблемы постковидной оториноларингологии

5 августа в конференц-зале Научно-образовательного инновационного центра Дагестанского государственного медицинского университета состоялась межрегиональная научно-практическая конференция оториноларингологов с международным участием «Проблемы постковидной оториноларингологии», посвящённая 90-летию университета.

Открыл конференцию и поприветствовал гостей и участников и.о. ректора ДГМУ Висампаша Ханалиев: «Дорогие друзья, уважаемые коллеги, организаторы и участники межрегиональной научно-практической конференции с международным участием, сердечно рад приветствовать вас в стенах Дагестанского государственного медицинского университета. Конференция приурочена к 90-летию университета. Сегодня в этом зале собрались ведущие специалисты в области оториноларингологии, чтобы обсудить актуальные проблемы, связанные с изучением постковидных проблем в этой области. И без сомнения, это знаковое явление не только для нашего университета, но и для Республики Дагестан и России в целом. Прежде всего, разрешите мне поблагодарить вас за большой вклад в развитие научной деятельности и подготовку высококвалифицированных специалистов в области медицины. Вы не прекращали и не прекращаете работать даже в самые тяжёлые времена. Сохраняя верность традициям, активно внедряете передовые информационные технологии и инновационные научные направления в области медицины. Сегодня с уверенностью можно сказать, что научный вектор, заданный конференцией, достиг желаемого результата, дискуссионная площадка конференции расширила свои географические границы. Поэтому наука, в широком смысле, – это «начало начал», от которого зависит развитие всего научно-кадрового потенциала страны, а наша задача сберечь всё лучшее и не допустить снижения качества подготовки специалистов. Уважаемые участники и организаторы конференции, молодые учёные и специалисты позвольте выразить вам глубокую благодарность за участие в нашей конференции, за её поддержку и развитие. Выражаю уверенность в сохранении и преумножении сложившихся отношений и надеюсь на наше дальнейшее сотрудничество. Желаю вам здоровья, интересной работы и полезных деловых контактов!» – сказал В.Ханалиев.

Отметили высокий уровень конференции доктор медицинских наук, директор ФГБУ «СПб НИИЛОП» Минздрава России

Владимир Дворянчиков и доктор медицинских наук, заведующий кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ, главный внештатный специалист-оториноларинголог МЗ Свердловской области и Уральского федерального округа Хийир Абдулкеримов. Они выразили слова уважения достойным выпускникам школы оториноларингологии и пожелали участникам успешной работы.

Далее доктор медицинских наук, руководитель лор-клиники ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского, президент Национальной ассоциации заслуженных врачей Российской Федерации Виктор Егоров в честь 90-летнего юбилея университета вручил заведующему кафедрой болезней уха, горла и носа ДГМУ Юнускади Джамалудинову символический подарок и книгу о заболеваниях головы и шеи. Сувенир представляет собой фигуру врача-оториноларинголога, ведущего приём пациента.

Затем состоялось награждение за выдающиеся заслуги в области здравоохранения, воспитания и подготовки научно-педагогических кадров высшей специализации и специалистов по перспективным направлениям медицины. Наград за заслуги перед Дагестанским государственным медицинским университетом удостоились доктор медицинских наук Владимир Дворянчиков; кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой оториноларингологии ВГМУ, доцент Марина Криштопова; доктор медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России, врач высшей категории Александр Кривопапов; доктор медицинских наук, руководитель лор-клиники ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского Виктор Егоров; кандидат медицинских наук, заведующий курсом оториноларингологии, доцент кафедры хирургических болезней МИ СГУ, заведующий дневным стационаром Сургутской городской клинической поликлиники № 3 Иманкарим Алибеков.

После официальной части началась пленарная часть конференции. С докладом «Исторический вклад академика Н.П.Симановского в развитие оториноларингологии в России» выступил профессор Владимир Дворянчиков. В офлайн-формате с докладом «Полипозный риносинусит: актуальные вопросы лечения» выступил заместитель директора по научно-координационной работе Санкт-Петербургского научно-исследовательского института уха, горла, носа и речи, профессор кафедры оториноларингологии Северо-Западного медицинского университета им. И.И. Мечникова, главный внештатный оториноларинголог Сергей Рязанцев. Об опыте в генно-инженерной биологической терапии полипозного риносинусита рассказал заведующий кафедрой оториноларингологии Уральского государственного медицинского университета, заведующий оториноларингологическим отделением ГКБ № 40 Хийир Абдулкеримов. Новыми возможностями в лечении полипозного риносинусита поделился заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа с усовершенствованием врачей ДГМУ Юнускади Джамалудинов.

На конференции была представлена обширная программа с 43 докладами, 6 из них продемонстрированы в офлайн-формате. Темы докладов разделились на четыре секции: «Особенности воспалительных заболеваний лор-органов», «Последствия COVID-19 в лор-практике», «Аллергология и

иммунология в лор-практике» и «Хирургия лор-органов. Особенности и практика».

В конференции приняли участие более 300 человек из числа сотрудников органов здравоохранения субъектов Российской Федерации, руководителей и преподавателей высших учебных заведений и учреждений науки, главных лор-специалистов СКФО, врачей-оториноларингологов лечебно-профилактических учреждений, больниц, поликлиник, а также молодых специалистов. Каждый имел возможность узнать полезную информацию о новых технологиях, достижениях отечественной и зарубежной оториноларингологии, расширить круг профессиональных знакомств, а также принять участие в мастер-классах ведущих специалистов в оториноларингологии.

Также в рамках работы прошла выставка медицинского оборудования и фармацевтики, которая познакомила участников с новейшими разработками, российскими и мировыми достижениями в области оториноларингологии, хирургии головы и шеи.

Завершилась конференция «круглым столом», в ходе которого каждый желающий участник мог задать интересующий вопрос.

Обучающий семинар в Альметьевске

В Альметьевском филиале Республиканского клинического онкодиспансера Минздрава Республики Татарстан им. М.З.Сигала прошёл обучающий семинар для участников всероссийского студенческого медицинского отряда «АльМедик». Мероприятие состоялось в рамках гранта «Цифровая платформа «Партнёрство во имя здоровья», реализуемого совместно учёными Казанского ГМУ и врачами-специалистами онкодиспансера при финансовой поддержке ОАО «Татнефть».



Аплодисменты победителям от Т.Иванова (слева) и Е.Крюкова

Основная задача семинара – ознакомить участников с особенностями оказания паллиативной помощи, проинформировать о медико-организационных, правовых, психологических аспектах работы с паллиативными пациентами, представить уникальную модель работы паллиативной службы в Альметьевском районе и в Республике Татарстан в целом; поделиться перспективами применения цифровых технологий в сфере онкологии и возможностями мультидисциплинарного подхода к лечению паллиативных больных.

Ребята из отряда «АльМедик», работающие в качестве среднего медперсонала в государственных медицинских организациях Альметьевска, имели возможность задать вопросы и обсудить со спикерами практические вопросы работы с пациентами, ознакомиться с медицинскими изделиями, применяемыми в стационаре и на дому.

Десять победных дней

В Санкт-Петербурге завершились соревнования по военно-медицинскому многоборью – Международная военно-медицинская эстафета. В течение 10 дней команды из 15 стран мира демонстрировали своё

профессиональное мастерство на полосе препятствий, в тире, в симуляционном центре, в командных и индивидуальных конкурсах. Соревнования проходили на базе Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова.

В номинации «Индивидуальное мастерство. Средний и младший медицинский персонал. Мужчины» все три места заняли представители команды России: золотая медаль у Каншумаса Карашаева, серебряная – у Аслана Биджиева, бронзовая – у Рахима Сенжапова.

В номинации «Индивидуальное мастерство. Средний и младший медицинский персонал. Женщины» весь пьедестал также заняли россиянки: Виктория Басаркина стала первой, Елизавета Пушкина – второй, Валерия Чмир – третьей.

По результатам судейства в номинации «Индивидуальное мастерство. Врачи-мужчины» первое и второе места у Сергея Помощникова и Андрея Малахова (Россия), на третьем месте – Нодирбек Тохиров (Узбекистан).

В категории «Индивидуальное мастерство. Врачи-женщины» золото и серебро поделили между собой россиянки Юлия Благодир и Надежда Малахова, бронза у представительницы Белоруссии и Венесуэлы – Надежды Франчук и Марии Фернанды Моралес Арейяну.

В командном первенстве среди мужчин победителями также стали россияне, на втором месте – представители Узбекистана, на третьем – команда из Вьетнама.

В командном первенстве среди женщин первую ступеньку пьедестала заняла команда России, вторую – Узбекистана и третью – Белоруссии.

В общекомандном зачёте по результатам всех конкурсов безоговорочную победу одержала команда российских военных медиков, второе место – у прошлогодних лидеров – узбекской команды, на

третьем месте – представители Вьетнама.

Медали и ценные призы победителям Военно-медицинской эстафеты вручали высокие гости: заместитель министра обороны РФ Тимур Иванов, начальник Главного военно-медицинского управления Министерства обороны РФ Дмитрий Тришкин, начальник Военно-медицинской академии Евгений Крюков, вице-губернатор Санкт-Петербурга Олег Эргашев.

На торжественном концерте закрытия эстафеты перед зрителями выступили коллектив шоу-барбаншиц «Малая Охта», народный артист России Василий Герелло и ансамбль песни и пляски Западного военного округа. Наиболее запоминающимся моментом закрытия стало приземление на стадион парашютистов с флагами Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, города-героя Санкт-Петербурга и Военно-медицинской эстафеты. А вместо прощания все команды, взявшись за руки в знак единения представителей самой гуманной профессии со всех концов света, исполнили «Хоровод дружбы».

Подготовил Владимир КОРОЛЁВ, соб. корр. «МГ».

Акценты

Как мы уже информировали наших читателей (см. «МГ» № 33 от 24.08.2022), на недавно прошедшем представительном Международном военно-техническом форуме «Армия-2022» особое внимание уделялось современным инновационным медицинским и научным технологиям. Следует подчеркнуть, что среди представленных на выставке экспонатов достойное место занимали образцы Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) России, большинство из которых

демонстрировались широкой публике впервые. Отметим, что агентство стало признанным флагманом множества направлений, которые важны как для своей структуры, так и для всей системы отечественного здравоохранения, многих сфер российской экономики и государства в целом.

Ведущие медицинские центры и научные институты ФМБА России продемонстрировали военному сообществу и общественности последние достижения в области науки и технологий.

Наука во главе угла

Специалисты ФМБА России приняли активное участие в научно-деловой программе форума «Армия-2022»



Н.Одинцов (слева) на конгрессе, посвящённом технологиям искусственного интеллекта

«На стенде ФМБА России представлены новые достижения и разработки, созданные агентством за год. В первую очередь это сигнализатор аэрозольной биологических поражающих агентов с возможностью автоматического оповещения о биологическом нападении и ведении биологической разведки; иммунохроматографические тесты повышенной чувствительности, предназначенные для идентификации наиболее вероятных в применении биологических патогенов; медицинские индивидуальные противорадиационные комплекты гражданской защиты, которые уже активно используются на предприятиях «Росатома». Федеральным центром мозга и нейротехнологий ФМБА России разработаны и представлены технологии трёхэтапной реабилитации пациентов с политравмой. Многофункциональные системы позволяют расширить спектр возможных терапевтических воздействий и создаёт уникальную комплексную программу реабилитации. Также широко представлены иммунобиологические лекарственные препараты, разработки в области радиофармацевтики и многое другое», – отметила руководитель ФМБА России Вероника Скворцова.

Объединённый стенд агентства посетил большое число представителей военного, медицинского и научного сообщества, среди которых руководители и сотрудники не только отечественных предприятий и организаций оборонно-промышленного комплекса, но и зарубежные участники. 20 августа с достижениями ФМБА ознакомился министр обороны РФ Сергей Шойгу. Особое внимание он уделил установке удалённого ультразвука, который предназначен для диагностики и остановки внутренних кровотечений у пациентов в мобильных госпиталях, а также медицинским средствам профилактики и лечения, перевязочным медицинским изделиям, в частности это уникальный гемостоп порошок, предназначенный для остановки наружного кровотечения различной интенсивности, в том числе при повреждении крупных венозных и артериальных сосудов, преимущественно на догоспитальном этапе.

Подводя итоги, необходимо отметить, что специалисты агентства активно участвовали в научно-деловой программе форума по самым разным направлениям работы ведомства.

Следует подчеркнуть, что ФМБА сегодня – это сообщество организаций: исследовательских, клинических, организационно-методических и т.д. с огромными возможностями для научных изысканий, которые, безусловно, в приоритете. Под началом опытного учёного с мировым именем В.Скворцовой открываются новые перспективы для продолжения серьёзных научных, фундаментальных, прикладных, иных исследований, имеющих общегосударственное значение.

Участники форума «Армия-2022» проявили пристальный интерес к прогрессивным медицинским технологиям, которые вышли или в самое ближайшее время выйдут из стен ФМБА в практическое здравоохранение.

На «круглом столе», посвящённом направлениям развития тренажёрной подготовки специалистов

«Стратегическое лидерство и технологии искусственного интеллекта».

«ФМБА России обладает обширными компетенциями и возможностями в области исследований, разработок и внедрения различных решений в отрасли медицины: в состав агентства входят более 150 специализированных лечебных учреждений с более чем 33 тыс. коек. В рамках профессиональной деятельности агентство уже ведёт ряд информационных регистров, представляющих собой централизованные базы данных сотрудников подведомственных организаций и жителей территорий», – отметил Н.Одинцов.

Также в своём выступлении директор центра обратил внимание на то, что в настоящее время ведётся активная работа по цифровой трансформации агентства. Она затрагивает все направления деятельности: государственное управление и услуги, оказание медицинской помощи, медико-биологическое сопровождение спортсменов спорта высших достижений, службы крови, санитарно-эпидемиологического надзора, медико-социальной экспертизы, науку и образование, а также промышленное производство фармакологических препаратов, в том числе вакцин, иммунобиологических субстанций и медицинских изделий.

Начальник отдела инновационных цифровых технологий ФМБА Артём Именов принял участие в расширенном заседании Межведомственной рабочей группы по созданию и координации деятельности региональных центров управления.



С.Шойгу во время осмотра стенда агентства

аварийно-спасательного дела в Вооружённых Силах РФ, дипломом за лучший доклад был отмечен заведующий лабораторией судовой и водолазной медицины НИИ промышленной и морской медицины ФМБА России Олег Бумай. В основу доклада «Особенности медицинского обеспечения аварийно-спасательных и водолазных работ в акватории Северного морского пути» положены материалы научно-исследовательских работ в области медицинского обеспечения морской деятельности в акватории Северного морского пути, проведённых специалистами института по заказу Федерального медико-биологического агентства.

Директор Центра стратегических инициатив ФМБА Никита Одинцов выступил с докладом на конгрессе

«В системе агентства особое внимание уделяется приоритетным направлениям в сфере искусственного интеллекта и инновационных цифровых технологий. В настоящее время ФМБА ведёт работу по созданию и функционированию единой ведомственной медицинской информационно-аналитической системы агентства, её внедрению и повышению эффективности функционирования системы информатизации подведомственных медицинских организаций», – подчеркнул А.Именов.

За активное участие в форуме «Армия-2022» и в знак признания достижений организаторы наградили ФМБА России памятным знаком.

Александр МЕЩЕРСКИЙ.

10 сентября исполнилось бы 90 лет со дня рождения Анатолия Алексеевича Курыгина – советского и российского хирурга, доктора медицинских наук (1978), профессора, генерал-майора медицинской службы.

Сегодня мы расскажем о его жизненном пути, о его заслугах перед Отечеством и гражданами нашей страны.

Скромное обаяние генерала

Родился он в 1932 г. в селе Заборье Солотчинского района Рязанской области. Будучи с детства очень любознательным, начитанным, закалённым сельским трудом человеком, А.Курыгин, несмотря на гигантский конкурс, поступил и успешно окончил Куйбышевский военно-медицинский факультет.

Стоит отметить, что без таланта, настойчивой учёбы, целеустремлённости, неуёмного желания стать врачом, а в последующем хирургом заслужить звание профессора, добиться руководства кафедрой, к тому же получить и генеральские погоны выходцу из деревни было чрезвычайно трудно.

По воспоминаниям доктора медицинских наук, профессора Михаила Дмитриевича Ханевича, А.Курыгин с первых шагов в медицине всецело отдал себя хирургии.

– Я несколько раз бывал в квартире Курыгиных. Она не имела профессорского и тем более генеральского вида. Поражала весьма скромной обстановкой. Однако гостеприимство хозяев всегда было радушным и хлебосольным. Домой приходилось возвращаться уже на такси, – рассказывает М.Ханевич.

– Анатолий Алексеевич запомнился своим трудолюбием и очень большой трудоспособностью. В его приоритете всегда была науч-



Студент Рязанского медицинститута

Имена и судьбы

Сняв пальто и шляпу, прооперировал больного...

Памяти выдающегося врача, профессора Анатолия Алексеевича Курыгина

заведующий кафедрой хирургии (усовершенствования врачей с курсом неотложной хирургии) Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова (1985-1998), лауреат Государственной премии СССР (за разработку и внедрение в клиническую практику новых методов

занимается. Рано утром он уже на работе. Только об оперном певце Борисе Штоколове и его романсах высказывался с восхищением. С удовольствием посещал его концерты.

А что касается стихов, Анатолий Алексеевич очень любил стихи своего земляка Сергея Есенина, знал их наизусть и читал на кафедральных посиделках. Он и сам «сочинял вирши», результатом чего стал сборник под названием «Лирические прогулки хирурга».

Анатолий Алексеевич очень ценил великий и могучий русский язык и трепетно относился к правильности речи. Правилами родного языка он интересовался давно и углублённо. В молодости даже выписывал журнал, целиком посвящённый особенностям филологии и теории русского языка.

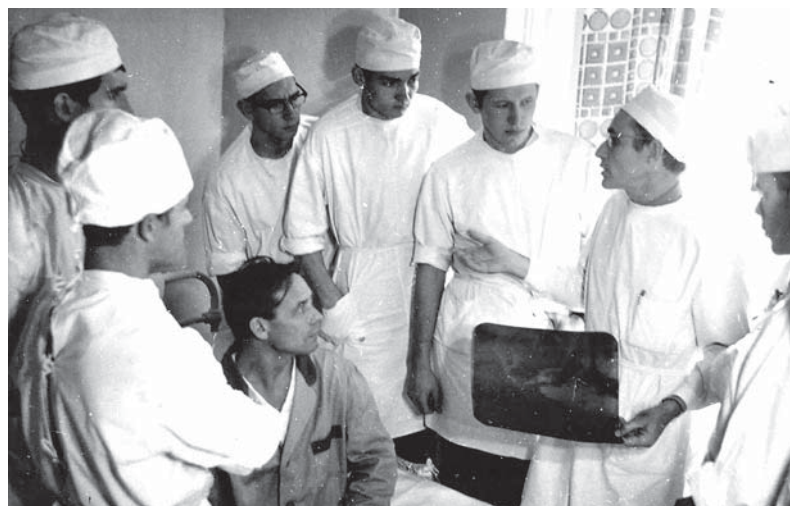
– Все вышедшие из-под пера Анатолия Алексеевича научные

– Приходя на работу до 7 часов утра, здоровался, как бы извиняясь, что очень рано побеспокоил персонал, – рассказывает Андрей Евгеньевич Демко, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный врач РФ. – И ещё один штрих... Это было в 1993 г. Уходя поздно вечером домой, он был остановлен дежурным хирургом, который сообщил о том, что не может уговорить пациента с тяжёлым желудочно-кишечным кровотечением на операцию. Сняв пальто и шляпу, Анатолий Алексеевич не только уговорил, но и прооперировал этого больного.

«Не откладывай дело на завтра, а любовь на старость»

Хочу отметить, что профессор А.Курыгин был очень целеустремлённым, харизматичным человеком и всегда стремился довести нача-

водя эксперименты на животных, выполнял диссертационное исследование. В это время родился сын, и от частых стирок пелёнок в мыльно-щелочной воде, частой обработки рук в предоперационной развилась выраженная экзема на кистях моих рук. Плюс к этому присоединился стресс, связанный со смертью отца. Всё соединилось вместе, и я был в отчаянии... Пришёл к Учителю за советом, хотел написать рапорт о смене специализации. Я помню до сих пор, как он меня принял: по-отечески, тепло и внимательно. Рассказал, что в молодости тоже пережил контактную аллергию на кистях после рождения первого ребёнка. Он тогда лейтенантом служил в Белоруссии. Посоветовал мне прописи мазей из своего «старенького» блокнота, которые ему когда-то помогли. И освободил от дежурств и плановых операций на два месяца. При



Младший преподаватель кафедры факультетской хирургии А.А.Курыгин со слушателями

ная работа, написано много научных трудов: монографии, статьи, учебные пособия по хирургической тематике, – вспоминает доктор медицинских наук Лариса Сергеевна Серова. – Он привлекал к научной работе своих сотрудников и слушателей факультета. Под его руководством выходили кандидатские и докторские диссертации, и он сам принимал активное участие в их написании.

Лекции, которые читал наш профессор, утренние врачебные конференции и обходы были значимыми для слушателей факультета и сотрудников, так как это было частью учебного процесса, где мы получали дополнительные знания.

Анатолий Алексеевич обладал большим хирургическим опытом, много оперировал, и слушатели факультета всегда принимали участие в операциях или присутствовали на них и, безусловно, учились хирургической технике и тактике.

По воспоминаниям других его коллег и учеников, профессор А.Курыгин до самой смерти в 2011 г. оставался очень скромным, доброжелательным и коммуникабельным начальником и человеком. Учителем с большой буквы. Был генералом, но никогда этим не козырял. Как и другими чинами и званиями. Вот только некоторые: главный хирург Группы советских войск в Германии (1982-1985),

лечения язвы двенадцатиперстной кишки), заслуженный деятель науки Российской Федерации, почётный член Хирургического общества Пирогова, почётный доктор Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова, кавалер ордена «Знак почёта» и некоторых других наград.

На всех постах он всегда интересовался жизнью сотрудников, а также их семей. К нему обращались или за помощью, или за советом и всегда получали поддержку.

За 13 лет руководства кафедрой хирургии усовершенствования врачей Военно-медицинской академии им. С.М.Кирова Анатолий Алексеевич подготовил 13 докторов и 37 кандидатов медицинских наук. Неоднократно на заседаниях диссертационного совета академии по хирургии бывали «курыгинские дни», когда защищались только ученики Курыгина. Из-под его крыла вышло более 500 высококвалифицированных военных хирургов, которые стали надёжной основой хирургической службы Вооружённых Сил СССР, впоследствии Российской Федерации.

Стихи Есенина знал наизусть и... не ругался матом

Кроме хирургии и поэзии его мало что интересовало. Он неоднократно повторял, что в театры и кино не ходит, домашним хозяйством не

труды написаны блестящим слогом, всегда тщательно выверены на предмет грамматических ошибок, – рассказывает доктор медицинских наук, профессор Сергей Иванович Перегудов. – Так же крайне внимательно относился он к редактированию печатных работ своих сотрудников и многочисленных учеников. Особо чувствителен Учитель был к неверному ударению в словах собеседника. На видном месте у него всегда лежал орфографический словарь русского языка. Регулярно на конференциях мы выслушивали его комментарии о неправильных ударениях в использованных докладчиком так всем знакомых словах. Рентгенография, умЕрший, фенОмен – одни из чаще всего вспоминаемых им слов.

Была у Анатолия Алексеевича и ещё одна черта характера, не типичная для человека, полвека прослужившего в армии. Да и многие известные хирурги этим не отличались! Учитель никогда не ругался матом. В том случае, когда собеседник явно напрашивался и его давно следовало послать куда подальше, он неизменно говорил: «Всего вам доброго!», и провожал до двери.

Всё окружение профессора А.Курыгина единогласно отмечает его скромность, надёжность, уважение и терпение к близким и окружающим, порядочность и понимание.



С женой Людмилой Никифоровной



Н.Г.Иванов, А.А.Курыгин, Р.С.Абдрашитов, Группа советских войск в Германии, 1985 г.

тое дело до конца. Его крылатые фразы: «Не откладывай дело на завтра, а любовь на старость» и «Я никогда не вру! За исключением...» стали среди его коллег и учеников афоризмами или, если говорить современным языком, мемами.

Мне запомнилась невероятная доброта к людям, которую Анатолий Алексеевич сразу демонстрировал собеседнику. Эта доброта не мешала ему быть строгим, требовательным к окружающим. Когда смотрел на человека в первый раз, всегда внимательно изучал,

оценивал комплексно способности коллеги, пациента, человека. При этом эмоции не показывал. Но в уголках глаз часто можно было увидеть способность его всегда пойти навстречу в решении любого вопроса. На протяжении многих десятков лет помню его поступок по отношению ко мне, который повлиял на дальнейшее развитие моего потенциала в хирургии и организаторской деятельности. Это было в 1992 г., когда я, участвуя в адъюнктуре на кафедре ХУВ-2, дежурил по неотложной хирургии до 9 раз в месяц и, про-

этом, чтобы я был занят делом, поставил конкретные сроки по написанию научных статей в специализированные журналы по научной работе. Прошло время, всё прошло, всё помогло рекомендованное Анатолием Алексеевичем!

Конечно, это забыть невозможно никогда!

В своей работе всегда руководствуюсь этими примерами, сохраняю готовность прийти людям на помощь.

Запомнился мне Анатолий Алексеевич своим системным трудолюбием и широким кругозором. С первых лет работы в вузе он впитал в себя потрясающую «тонкую дипломатию» поведения в различных кафедральных коллективах. Старался следить за карьерным ростом каждого сотрудника, с учётом стажа и времени прихода на кафедру.

* * *

Анатолий Алексеевич Курыгин ушёл из жизни в ноябре 2011 г., но память живёт не только в моём сердце, но и в сердцах всех, кто знал, был коллегой или учеником этого замечательного человека, всех людей, вылеченных Мастером. А его наработки до сих пор спасают жизнь тысячам пациентов.

Николай ЛЕБЕДЕВ,
главный врач
Отраслевого
клинико-
диагностического
центра
ПАО «Газпром»,
профессор,
заслуженный
врач РФ.



В клиниках и лабораториях

В последнее время много говорили и писали о спинальной мышечной атрофии (СМА). О ней также вспомнили в связи с сообщением компании-производителя лекарств о гибели в России и Казахстане двух детей с этим нейродегенеративным заболеванием (НДЗ). НДЗ включают рассеянный склероз, болезнь Альцгеймера и Паркинсона, а также боковой амиотрофический склероз (БАС). СМА и АЛС развиваются вследствие токсического воздействия мутантных протеинов, поражающих моторные нейроны (МН) переднего рога спинного мозга (нервные клетки его задних рогов отвечают за «сенсорику» и, в частности, проведение болевых импульсов в головной мозг). Для лечения СМА используется чрезвычайно дорогой (до 2 млн долл. для одного ребенка) Zolgesma, производимый компанией, на сообщение которой ссылался 12 августа Рейтер. За океаном капельница одобрена в 2019 г., а в Европе – в начале 2020-го.

наше понимание их природы. В Монреальском университете МакГилла подчеркнули участие в процессе микроглии, или мелких клеток «клея» белого вещества. Известно, что микроглия выполняет в нервной системе функцию менингоцитов макрофагов, участвующих в аутоиммунных реакциях. Канадцы показали, что клетки микроглии могут разрушать сахарно-протеиновые сети (перинеурональные – PNN), защищающие тела нейронов (их аксональные отростки защищают глиальные клетки, гибель которых

мозга грызунов. Нервные импульсы, поступающие из сетчатки, способствуют – через мозговые нейросети – подъёму в спинномозговой жидкости (омывающей и головной мозг) концентрации окситоцина, или нейропептида (цепочки аминокислот). Окситоцин синтезируется клетками задней доли гипофиза и крайне необходим для созревания мозга. При этом меланопсин делает сетчатку светочувствительной намного раньше, чем опсины палочек и колбочек. От ганглионарных клеток импульсы поступают

Исследования

Олоки вылечит

Московский институт ревматологии совместно с венским Медуниверситетом и Северо-Западным в техасском Далласе успешно провели третью фазу клинических испытаний, результаты которых представили в престижном журнале NEJM.

Испытания моноклональных антител Olokizumab проводились на фоне применения плацебо и других антител Adalimumab ревматоидным артритом, развившимся под действием одного из интерлейкинов (IL-6). Последние представляют собой иммунопротеины, способствующие связи лейкоцитов, т.е. клеток белой крови, а также подстёгивающие кинетику деления лимфоцитов. Цитокины стали печально знамениты в пандемию в связи с вызываемыми ими шоками, или «штормами».

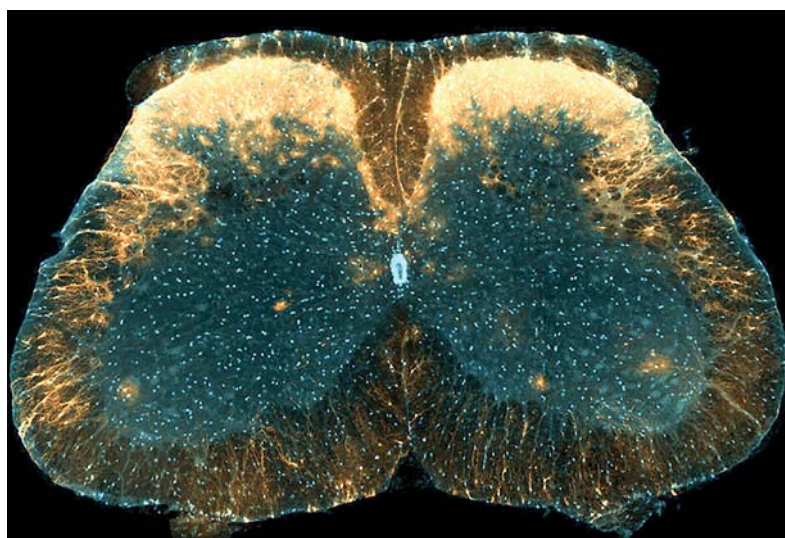
Испытания, в которых приняли участие более 1000 человек, проводились в течение 24 недель. Первая группа волонтеров в составе 464 человек получали по 40 мг/кг каждые 2 и 4 недели, в то время как другим 462 давали другие антитела, а 243 – плацебо. Результаты приёма оценивали по уменьшению отёчности суставов на 20 и более процентов к концу 12-й недели. Оно наблюдалось у 44% в группе плацебо, у 70% получавших олокизумаб каждые 2 недели и у 71% – каждые 4. Эффективными оказались и другие антитела, давшие уменьшение почти на 67%. Среди побочных явлений авторы отметили инфекционные, которые случались у 70% принимавших олокизумаб, а также появление у пациентов собственных антител против терапевтических моноклональных. Антитела отмечались у 3,8% принимавших новое средство каждые 2 недели и у 5,1% – каждые 4. У принявших участие в испытаниях олокизумаба и принимавших до этого метотрексат (Methotrexat) эффект приёма моноклональных антител был выше, чем в двух других группах. Учёные признают, что для окончательного вынесения решения нужны более обширные испытания с привлечением большего числа участников.

В связи с публикацией СМИ заодно вспомнили о статье в не менее престижном журнале Lancet, который в 2019 г. писал об успешных испытаниях упадацинитоба (Upadacitinib), который представляет собой ингибитор одной из киназы-иммунных клеток. Киназы представляют собой ферменты, которые необходимы для поддержания кинетики клеточного деления за счёт переноса на белки энергоёмких фосфатных групп, подстёгивающих активность протеинов, в том числе и иммунного воспалительного ответа. Средство, описанное в Lancet, подавляет активность киназы, способствующей транслокации ядерного фактора κВ (NF-κB) из цитоплазмы в ядро, где этот белковый фактор активирует иммунные гены. Вполне возможно, что моноклональные антитела будут более эффективны в подавлении аутоиммунного артрита, поскольку они действуют более нацеленно против IL-6, что предпочтительнее по сравнению с подавлением энзима в цитоплазме иммунных лимфоцитов, атакующих собственные суставы, вызывая в них воспаление, сопровождающееся отёками и болью.

Подготовил Игорь ЛАЛЯНЦ, кандидат биологических наук.
По материалам New England J Medicine, Cell, Nature Cancer, Oncolytics, Science Signaling, Brain, Current Biology, Cell Reports, eLife, NeurImage, Nature Neuroscience, Scientist.

Слезка ребёнка

Продвижение метода замены мутантного гена, расположенного в длинном плече 5-й хромосомы (5q) и кодирующего синтез в моторных нейронах белка SMN (Survival of Motor Neuron), основано на удовлетворительных результатах лечения более 2300 пациентов по всему миру. Конкурентную Zolgesma составляет Spinrasa (Nusinersen), которая одобрена в 2016 г., но имеет риски применения. Дети, указанные в сообщении производителя первого из «лекарств», пострадали от чрезмерной активности гена кортикостероида, что привело к печёночной недостаточности. Компания признала оба случая «фатальным и острым примером печёночного отказа». В отличие от указанных подходов, направленных на замену гена SMN, третий препарат ридидиплан (Evrysdi) исправляет нарушенный сплайсинг информационной РНК, представляющей собой копию гена. Сплайсингом называется «расщепление» РНК, которое необходимо для ее выхода из ядра и начала синтеза протеина.



Жёлтые клетки глии задних (чувствительных) рогов спинного мозга, по которым поступают болевые импульсы

Мутантные гены, дающие НДЗ, могут передаваться детям от их родителей, но также и возникать в нейронах растущего организма. Примером может служить БАС, природу которого показали в нью-йоркской клинике Маунт Синай в Бруклине. Её сотрудники провели иммунотипирование клеток у пациентов с ранним началом БАС. При этом выяснилось, что, как и при болезни Альцгеймера и паркин-

сонизме, патология определяется цитотоксическими лимфоцитами, отвечающими за отторжение. Мутации подвергается один из иммунных регуляторов, который известен как «сен-атаксин», его мутации были выявлены при старческой-сенильной атаксии.

Нечто подобное, но на молекулярно-клеточном уровне, было сделано и в Нью-Йорке, где заменили больные клетки стволовыми из костного мозга, избавив мышей от БАС-модели. Описанная вкратце работа подчёркивает участие иммунной системы в развитии НДЗ, что ещё больше осложняет

в результате аутоиммунной атаки приводит к рассеянному склерозу). Разрушение PNN ведёт к возникновению хронических болей.

В Исследовательском центре китайского Хефея обратили внимание на меланопсин, светоулавливающий белок ганглионарных клеток сетчатки глаза (в палочках и колбочках «работают» родопсин и опсины, улавливающие волны разных цветов). Учёные оттачивались от хорошо известного факта, что мышата рождаются голыми, поэтому они предположили, что свет, улавливаемый кожей и сетчаткой, необходим для развития

к «ядру» – группе нервных клеток – над перекрестом зрительных нервов (хиазмой), а затем к ещё одному ядру (паравентрикулярному) гипоталамуса и дальше к гипофизу. Кстати, в гипоталамусе расположено ядро, нейроны которого, как установили в Йеле, осуществляют контроль за структурой и функцией предлобной, или префронтальной коры, отвечающей за наши мысли и принятие решений.

Повышение уровня окситоцина (ответственного за материнскую любовь и заботу о потомстве) необходимо для созревания синапсов, посредством которых нейроны «общаются» друг с другом. Можно напомнить, что в развитии паркинсонизма большую роль играет мутантный синуклеин, который в норме отвечает за формирование синапсов – нечто похожее наблюдается и при болезни Альцгеймера. Эти два НДЗ изучены гораздо тщательнее, чем мышечные патологии, которые поражают значительно меньшее число людей. Недаром БАС называют еще орфанным заболеванием, поскольку многое относительно его неизвестно. Например, лишь недавно стала ясна роль мутантного фермента супероксид-дисмутазы (SOD) в развитии БАС. Статью опубликовали нейробиологи Сиднейского университета, а через некоторое время их данные, но касающиеся белка, связывающегося с ДНК, подтвердили в Университетском колледже Лондона.

Выводы

Геномная датировка утверждает, что предки нынешних мышей и человека «разошлись» около 100 миллионов лет назад, поэтому гены и их протеины у представителей двух отрядов млекопитающих совпадают на 75, а то и 90%. По этой причине биологи довольно часто воспроизводят модели заболеваний человека на мышах.

Для клеток организма характерна высокая степень гетерогенности состава и функций, а также «хронологии», поскольку одни клетки пребывают в стволовом состоянии, другие созревают, а третьи уже готовятся к апоптозу. К этому следует добавить наличие клеточных «ниш», в которые клетки удаляются, чтобы пережить неблагоприятные воздействия и стрессы. Управляют всеми этими процессами различные цитокины, регулирующие кинетику клеточного деления и регенерации, а также пребывающие до поры до времени в покоящемся состоянии гены эмбрионального развития. К первым относится белковый фактор трансформирующего роста (TGF – Transforming Growth

Клетки переменчивы

Factor), а ко вторым – BMP (Bone Morphogenetic Protein), который у развивающегося плода делает из хрящей кости. Клеточными лигандами, т.е. белками, которые образуют связь – «лигу» с TGF, являются активины, название которых говорит само за себя. Минимальный набор этих протеинов необходим, например, для регенерации клеток печени, «заболевших» после воздействия на них ацетаминофена (Acetaminophen). Известно, что печень с её высокой регенеративной способностью является «благодарным» объектом изучения фундаментальных клеточных процессов.

Пять лет назад в Институте биомедицинских исследований Барселоны был открыт «регенеративный» ген мышц, получивший название Mex (Muscle excess), протеин которого, как оказалось, необходим для поддержания стволового состояния клеток. Тогда же выяснилось, что Mex необходим

и для поддержания резервуара стволовых клеток, активность которых способствует регенерации всех типов клеток кишечника, обеспечивая тем самым резистентность клеточных образований к химиотерапии. Спустя время их коллеги из барселонского Института науки и технологии уточнили, что Mex, вернее его белковый продукт, «маркирует» раковые стволовые клетки, позволяя которым обеспечивать возвращение новообразования после химиотерапии опухолей толстого кишечника. Своё стимулирующее клеточное деление действие Mex оказывает, связываясь с белковым рецептором LGR (Leucine-rich G-coupled Receptor protein), передающим стимулирующий сигнал непосредственно в цитоплазму клетки. Каталонские онкобиологи полагают, что Mex может стать очередной мишенью более эффективного противоракового воздействия.

Юлия Пепеляева из Мичиганского университета в г. Ист-Лэнсинг принимала участие в «приспособлении» аденовируса (который вызывает простуду и используется в ковидных вакцинах) к трансферу гена белка, модулирующего и контролирующего микроокружение опухоли (ME – MicroEnvironment). Использование вируса основано на том, что он доставляет ген неспецифического ответа, позволяя обойти необходимость использования дорогих и «капризных» антител. Ген, переносимый аденовирусным вектором, кодирует внутриклеточный адапторный протеин EAT, обеспечивающий «самопоедание» опухолевых клеток. Контроль процесса учёные осуществляли с помощью ИИ (AI – Artificial Intellect). Последний учитывал специфические ответы гетерогенных клеточных типов и при этом способствовал достижению мультимодального опухолевого контроля.

Приближается сезон сбора грибов. В этом году он запаздывает из-за жаркого лета. «МГ» решила обсудить модный сегодня тренд – увлечение любителей здорового образа жизни микродозингом мухоморов. И опубликует статьи с разными точками зрения. Первая о том, что не все так просто.

В настоящее время нет доказательной базы у микродозинга мухомора. Систематические клинические испытания и научные исследования в отношении пользы длительного употребления микродоз мухоморов не проводились, вероятно, из-за возможных ожидаемых рисков и побочных эффектов для человека. Но многочисленные «грибные бизнесмены» и любители грибов активно предлагают людям употреблять мухоморы, ссылаясь на свой собственный опыт. Нельзя предугадать, насколько может быть полезно или опасно длительное употребление микродоз мухоморов, других грибов и растений, которые действительно способны синтезировать большое количество разнообразных соединений, обладающих биологической активностью, уподобляясь химикам-синтетикам. Но когда химик в лаборатории синтезирует биологически активные соединения, в том числе стимул (малат цитруллина), иботеновую кислоту, которые синтезируются мухоморами, он строго контролирует температуру синтеза (как правило, такие синтезы проводят в термостатах при фиксированной температуре реакции), использует очищенную от примесей дистиллированную воду, а не жесткую водопроводную, другие соединения, которые характеризуются определенной степенью химической чистоты. Полученные химиком биологически активные соединения идентифицируют, устанавливают, какой именно изомер получен, каков выход основного продукта, проводят очистку полученного соединения от полупродуктов химических реакций, а они, в ряде случаев, могут быть определенно ядовитыми или, по крайней мере, просто обладать неизвестной токсичностью. Растения, в том числе и мухоморы, тоже занимаются синтезом, только этот синтез проходит, можно сказать, в экстремальных условиях, когда температура не является постоянной, а достаточно сильно варьируется в зависимости от времени суток и метеорологических данных. На продукты синтеза могут влиять освещенность и количество ультрафиолета, укусы насекомых, вторжение вирусов и прочие патогены, те соединения, которые присутствуют в окружающей среде или отсутствуют, осадки, которые могут содержать не только дистиллированную воду, но и различные примеси, выбросы от транспорта и всевозможных предприятий, даже расположенных на очень больших расстояниях от этого конкретного мухомора. Кроме того, все грибы обладают высокой абсорбирующей способностью и даже самые благо-

Ракурс

Мухомор. Полезный вредитель

Насколько может быть опасно его длительное употребление (микродозинг)?

родные грибы рядом с человеком могут стать ядовитыми, содержащими различные канцерогены антропогенного происхождения. Во многих странах мира, в том числе в США, Великобритании, Италии, практически отсутствует культура сбора грибов в лесах и полях, люди используют исключительно культивируемые шампиньоны и те грибы, которые выросли на грибных экологических фермах.

Кроме того, при лечебном использовании грибов или других растений очень сложно добиться верной дозировки действующего биологически активного вещества, а его избыток или недостаток могут привести к непредсказуемым последствиям.

● **Может ли иботеновая кислота применяться в лечебных целях?**

Иботеновая кислота впервые была синтезирована в лаборатории в 1964 г., но фактически была известна человеку задолго до этого, так как её синтезом успешно занимались мухоморы. Хорошо известно, что иботеновая кислота – природный инсектицид, активно отпугивающий вредных насекомых и также активно привлекающий человека на протяжении многовековой истории. Именно с присутствием в мухоморах иботеновой кислоты и её метаболита мусцимола связывают тесно переплетённые между собой токсические, наркотические и лечебные свойства мухоморов. Иботеновая кислота имеет достаточно простое строение и существует в двух таутомерных формах: гидрокситаутомер – аминокислота (3-гидроксиизоксазол-5-ил)-уксусная кислота и оксо-таутомер – аминокислота (3-оксо-2,3-дигидроизоксазол-5-ил)-уксусная кислота.

Механизм действия иботеновой кислоты основан на изменении нейронной активности головного мозга. Считается, что она способствует повышению концентрации основных моноаминов ЦНС – серотонина, дофамина, норадреналина. Считается, что эти вещества могут оказывать стимулирующее и лечебное действие.

Предполагается, что отвар из мухоморов стал одним из первых «боевых коктейлей-стимуляторов», который перед боем для вхождения в боевой транс пили древнегерманские и древнескандинавские воины, которых называли «берсерки». Они



могли идти в бой без доспехов, кусали щиты, их было не взять ни огнём, ни железом.

Доказательная медицина отрицательно относится к лечению мухоморами, иботеновой кислотой, её метаболитом мусцимолем. Утверждается, что иботеновая кислота и мусцимол – это нейротоксины, которые вызывают разрушение клеток головного мозга. Но исследователи мухоморов заявляют, что единственная мишень мухомора – это мозг; они считают, что мухомор не влияет ни на печень, ни на почки, ни на кровь, ни на что, кроме нервной системы. Человек испытывает симптомы отравления, не будучи при этом отравленным. А далее приводятся отдельные случаи положительного лечения онкологических и психических заболеваний экстрактами из мухоморов, описанные различными людьми, добившимися собственного исцеления и исцеления отдельных людей. Но описанные случаи вызывают массу вопросов и не могут быть оценены как однозначно положительные.

● **Может ли стимул применяться в лечебных целях? Каков механизм психотропного действия стимула?**

Стимул (малат цитруллина) относят к БАДам, хотя в инструкциях часто пишут, что средство применяется в лечебных целях как общетонизирующее; что это лечебный препарат при астенических состояниях, способствующий детоксикации печени.

Стимул представляет собой смесь цитруллина и малата, но точнее всё-таки это соль аминокислоты цитруллина и яблочной кислоты.

Цитруллин – с химической точки зрения – это альфа-аминокислота, участвующая в протекающем в печени цикле нейтрализации аммиака, образуя его в результате распада азотсодержащих соединений. В печени из аммиака образуется мочевины. Цитруллин встраивается в цикл мочевины, повышает выведение ионов аммония. Цитруллин способствует образованию организмом незаменимой аминокислоты аргинина, которая стимулирует образование ряда гормонов, например инсулина, пролактина, глюкагона, гормона роста, восстанавливает запасы АТФ и фосфоркреатина после физических нагрузок. Стимул можно рассматривать как адаптоген широкого спектра действия, повышающий адаптационно-компенсаторный потенциал организма в условиях патологического процесса или стрессовой нагрузки на организм.

Малат – соль гидроксипропановой кислоты (традиционные названия: яблочная или оксиянтарная кислота). Малат вовлекается в цикл Кребса и глюконеогенез, снижает концентрацию лактата в крови, способствует нормализации обмена веществ, дыханию клеток, использующих кислород, активизирует неспецифические защитные

факторы организма, опосредованно участвует в синтезе универсального источника энергии – АТФ.

Стимул является эффективным, безопасным лекарственным средством для терапии астенических расстройств различного генеза как в педиатрии, так и среди взрослого и пожилого контингента пациентов. Лечение данным препаратом патогенетически обосновано. Учитывая отсутствие у стимула психотропного и анаболического действия, он с успехом используется с целью коррекции астении на почве физического переутомления у спортсменов, поскольку не является допингом. Получать химически чистые стимул, цитруллин, малат из мухоморов чрезвычайно сложно, он всегда будет содержать значительное количество примесей. Обычно цитруллин получают из аргинина, или из орнитина, или из асимметричного диметиларгинина. Малаты и яблочную кислоту получают как естественным способом, выделяя из фруктов, так и химическим путём, например, гидратацией малеиновой кислоты.

● **Есть ли преимущества приёма мухомора по сравнению с современными транквилизаторами (особенно в ситуации импортозамещения)?**

Систематические научные исследования лекарственных свойств мухоморов в России не проводились. Но нельзя отрицать большой объём положительного опыта использования мухоморов: «грибные бизнесмены» утверждают, что мухоморный микродозинг безопасен, не имеет синдрома отмены, хотя при знакомстве с этим опытом возникает масса вопросов. Безусловно, личный опыт применения отдельных людей или группы людей не является доказательством эффективности данного продукта. Сегодня особенно актуально звучит проблема импортозамещения, но, думаю, что в настоящее время рано говорить о замене используемых доказанных современных транквилизаторов на препараты из мухоморов. Это не тот случай, когда пришло время сказать: «Ешь мухоморы и точка».

Дмитрий МУСТАФИН,
доктор химических наук,
профессор,
член-корреспондент Российской
академии естественных наук.

Опыт

Вытрезвление под наблюдением медиков

Более 400 человек принял за 2 месяца работы омский вытрезвитель, созданный на базе Центра социальной адаптации.

Специализированное отделение по вытрезвлению в столице Прииртышья было организовано по решению правительства Омской области. Его главное отличие от аналогичных учреждений советского периода в том, что человека в состоянии алкогольного опьянения привозят туда с его согласия. Разумеется, если он ведёт себя спокойно, не нарушает общественный порядок, но при этом дезориентирован или не может самостоятельно передвигаться. Платить за вытрезвление ничего не нужно.

В вытрезвителе за ним наблюдает медицинский персонал. Для постояльцев оборудованы комнаты с индивидуальными спальными местами: 2 – мужские (рассчитаны на 12 мест), 1 – женская (на 3 места), есть санитарные помещения, сейф для хранения ценных вещей, комната первичного приёма и медицинский кабинет. В кабинете имеется запас необходимых медикаментов (анальгетики, препараты при отравлении и боли в желудке, антисептики, перевязочный материал и т.д.). Здесь могут измерить давление и оказать доврачебную помощь, если кто-то ушиблся, поступил с ссадинами. Если при оформлении «клиента» выясняется что-то более серьёзное, то пер-

сонал вызывают скорую помощь. К примеру, у одного изрядно выпившего омича случился приступ эпилепсии.

Отделение работает круглосуточно, в тесном взаимодействии с полицией (в других отделениях центра временно живут лица без определённого места жительства, инвалиды, проходят реабилитацию бывшие заключённые). По просьбе временных подопечных, принявших горячительное, сотрудники могут проинформировать родственников об их месте нахождения. Покинуть отделение можно после естественного вытрезвления. В среднем этот период составляет от 8 до 10 часов.

Как сообщили в региональном Министерстве труда и социального развития, необходимость в таком отделении давно назрела. Достаточно сказать, что последний вытрезвитель был закрыт в городе 12 лет назад. При этом ежегодно стражи порядка по всей области забирают с улиц около 6 тыс. человек, не способных самостоятельно передвигаться и ориентироваться из-за алкогольного, наркотического или токсического опьянения. К примеру, после празднования Дня ВДВ, 3 августа, в вытрезвителе был «аншлаг» – сюда привезли 23 омича «под градусом», в День города, 6 августа, – 7 человек...

Однако в ведомстве подчеркнули, что сотрудники вытрезвителя

не выводят омичей из запоя и не оказывают медицинских услуг. Здесь дают возможность отоспаться, принять душ, выпить воды и трезвым вернуться домой. Пребывание в отделении центра адаптации на Семиреченской, 132а, и «естественное вытрезвление» оплачивает бюджет. К слову, на ремонт помещения и оснащение «вытрезвителя на новый лад» из областной казны ушло 10,7 млн руб.

Напомним, что вытрезвители в нашей стране были полностью закрыты к октябрю 2011 г., но в марте 2019-го вновь заговорили об их воссоздании на принципах добровольности.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,
соб. корр. «МГ».

Омск.

С лёгкой руки Вольтера, назвавшего Блеза Паскаля «полупомешанным на протяжении последних 5-6 лет жизни», в XVIII веке молва о безумии французского философа-математика обрела почти легитимные очертания. Этот взгляд, подкреплённый авторитетом Вольтера и энциклопедистов, возобладали и сохранился до нынешних времён. В самом деле: романы Вольтера тогда читали все, его авторитет и влияние в Европе определялись обилием корреспонденции (он написал более 20 тыс. писем) и сиятельными адресатами, среди которых были вельможи и монархи. А философа-математика читало гораздо меньшее число людей – слишком специальные знания требовались для этого. Однако «фернейский злой крикун» всё-таки назвал французского философа «полупомешанным», а не безумцем.

Гений и безумие

Тем не менее после Вольтера формулировки, подтверждающие сумасшествие Паскаля, множались, обрастая терминами, суть которых подчас не уточнялась: достаточно было простого упоминания о «галлюцинациях», «брёде», «эпилепсии»... Возможно, молва о «помешательстве» учёного слишком удобно вписывалась в сакральную проблему «гений и безумие»: оба явления были необъяснимы и даже аномальны с обыденной точки зрения, поэтому объединение их в общую проблему позволяло уклоняться от поиска ответов сразу на два вопроса.

Паскаль стал классическим примером отроческой гениальности, став, возможно, самым феноменальным образцом ранней одарённости. Его отец Этьен Паскаль был хорошим математиком (он открыл и исследовал алгебраическую кривую, получившую название «улитка Паскаля»), но сына от чрезмерного интеллектуального напряжения оберегал – в силу выраженной болезненности и лёгкой возбудимости ребёнка. По отцовскому плану древние языки мальчик должен был изучать с 12 лет, математику – с 15. План отца не осуществился. Языкам и математике обучали сестёр Паскаля, и живя с ними в одном доме, слушающая их разговоры, он так интенсивно впитывал знания, что к 4 годам уже читал, писал и с лёгкостью производил в уме сложные вычисления. У ребёнка была феноменальная память: «Я никогда ничего не забываю», – говорил Паскаль. Как-то на вопрос сына о том, что такое геометрия, отец ответил, что это способ чертить правильные фигуры и находить между ними пропорции. Мальчик начал заниматься украдкой, самостоятельно заново открыв основные законы геометрии (называя окружность «колёсочком», а прямую линию – «палочкой»). Не зная даже названий фигур, он доказал 32-ю теорему Евклида о сумме углов треугольника. Когда отец понял, что его сын, по сути, переоткрыл геометрию, то подарил ему книгу Евклида, которую мальчик прочитал за ночь, внося в текст уточнения и дополнения, ни разу не попросив объяснений. Ему было 12 лет.

Здоровье Паскаля оставалось слабым. Мальчик боялся воды: с ним случались судороги; он не мог видеть своих родителей одновременно – и они приходили к нему по очереди. С детства он мучился сильнейшими головными болями и страдал от постоянной усталости.

Когда ему было 24 года, у него начались сильнейшие желудочные боли. На фоне переутомления у него случались переходящие параличи нижней половины туловища – в течение некоторого времени он был вынужден ходить на костылях. «Паралич распространялся от пояса вниз... руки и ноги стали холодны подобно мрамору; приходилось надевать ему носки, смоченные водкой, чтобы хоть немного согреть ноги». «В числе прочих его болезненных припадков был и такой, что он не мог проглотить никакой жидкости, пока она не была достаточно нагрета, и глотать он не мог иначе, как по каплям, но так как при этом он страдал невыносимыми головными болями, чрезмерным жаром во внутренностях и многими другими болезнями, то врачи приказывали ему принимать через день в течение 3 месяцев слабительное», – писал биограф Паскаля. Но оно не помогало, как не улучшали положение дел бульоны и ослиное молоко.

Болезни великих

Конверсии Паскаля

Знаменитый французский математик, механик, физик, литератор, философ и теолог умер 360 лет назад

В ноябре 1654 г. карета, в которой ехал учёный, чудом удержалась на краю моста. С той поры «...в обществе или за столом Паскалю всегда была необходима загородка из стульев или сосед слева, чтобы не видеть «страшной пропасти», в которую он боялся упасть, хотя знал цену подобным иллюзиям». Словарь Брокгауза называет это состояние галлюцинациями, что, конечно, неверно. После 1654 г. Паскаль неожиданно оставил свет и удалился в янсенистский монастырь Пор-Рояль. Несмотря на суровый режим обители, здесь он почувствовал себя лучше. Паскаль стал апологетом янсенизма, оставил занятия математикой, написав П.Ферма, что разочаровался в этой науке, так как считает её «любопытным, но бесполезным занятием», «почти не покидал храма» и не расставался с Евангелием.

Ускользающие мысли

У Паскаля изменился характер: вспыльчивый нрав сменили смирение и покорность. При этом его донимали депрессия и неуверенность. Учёный записывал идеи метафизического содержания, зашивая листки в подкладку одежды (они были обнаружены случайно – уже после его смерти). «...в начале 1655 г. был уже в полном смысле слов мистиком». «Он дошёл до того, что стал считать преступными самые естественные человеческие чувства... изгнал всякую роскошь и удобства в своей собственной обстановке... сознательно причинял себе новые физические страдания». Паскаль обзавёлся поясом, утыканным гвоздями и когда ему казалось, что «...дух гордыни или гневливости просыпается в нём... он крепко сжимал локтями пояс... и сильной болью напоминал себе о долге».

С 1658 г. и без того плохое здоровье Паскаля ухудшается ещё фатальнее. Резкая слабость, достигающая уровня изнеможения; обмороки; похудение; колики желудочно-кишечного тракта и «судороги горла»; любое занятие, требующее внимания, причиняло сильную головную боль, сопровождающуюся тошнотой, бессонницей, зубными болями. Мучаясь ими, Паскаль однажды непреднамеренно размышлял о свойствах циклоиды, вычисляя почти бессознательно. Это была последняя работа учёного, в которой он по существу открыл дифференциальное исчисление. При этом у него ухудшилась память: «Мысль ускользнула от меня. Я хотел её записать, а вместо того пишу, что она от меня ускользнула...»

Х.Гюйгенс, посетивший Паскаля в 1660 г., нашёл его глубоким стариком, несмотря на то, что ему было всего 37 лет. Понимая, что скоро умрёт, Паскаль не испытывал страха, говоря сестре, что смерть отнимает у человека «несчастную способность грешить» (кредо ян-



припадки, которые и явились причиной его смерти».

Современный подход к прошлому

Современная медицина считает, что учёный страдал от злокачественной опухоли головного мозга, кишечного туберкулёза и ревматизма. «Вскрытие тела Паскаля показало поражение оболочек мозга и органов пищеварения... Череп оказался почти без всяких швов, кроме стрелочного шва... На темени был род костного нароста, от венечного шва не осталось и следа. Мозг был чрезвычайно велик, весьма тяжёл и плотен. На внутренней стороне черепа, против мозговых желудочков были два углубления, как бы отпечатки пальцев, наполненные створоженной кровью и гнойной материей. В твёрдой оболочке мозга началось гангренозное воспаление».

Гипертензионный синдром, подтверждённый *impressions digitales* (пальцевыми вдавлениями), мучивший Паскаля на протяжении всей жизни, объясняет значительную часть его симптомов: головные боли, головокружение, тошноту, бессонницу, обмороки, которые иногда называют «эпилептическими припадками», вероятно, опираясь на слово припадок, которое современная медицина устойчиво связывает с эпилепсией. Между тем раньше это слово означало смысл слова (См. Н.Заболоцкий: «...Безумной нежности припадок...» или Б.Пастернак: «Амалия Карловна была полная блондинка лет тридцати пяти, у которой сердечные припадки сменялись припадками глупости»).

Колики желудочно-кишечного тракта были обусловлены туберкулёзом кишечника. Улучшение состояния учёного после того, как он отказался от своих привычных занятий, отдав приоритет религии и молитве, тоже объясняется довольно просто: снижение интеллектуальной активности уменьшило нагрузку на мозг, а психотерапия молитвы оказалась дополнительным терапевтическим средством. Атеисту

Вольтеру, который умер на 84-м году жизни, что в XVIII веке выглядело почти бессмертием, видимо, трудно было представить себе, что человек, всю жизнь маявшийся болями и прочими тяжкими хворями, внезапно почувствовавший себя лучше после ухода в монастырь, становится религиозен.

Ухудшение памяти – тоже следствие органического заболевания головного мозга (возможно, опухоли).

говоря об их непостижимости, всё же, пытался вводить математические аналогии, дабы доказать возможность Вездесущего Бога: «Представьте себе точку, движущуюся с бесконечной скоростью...» и пр.) В этой смене курса есть логика учёного, понимающего бессилие современной ему науки в разрешении вопросов, ставших для него главными, но продолжающего стремиться к постижению единого замысла, ибо только в

этом случае бытие человечества обрело смысл. Уже до И.Канта Паскаль понял бесперспективность доказательств существования Бога с помощью физики или метафизики. Кант искал эти доказательства в области этики, Паскаль полагал, что единственное возможное доказательство дают религия и вера. Конверсия жизни учёного оказалась сходной с механизмом формирования его симптомов, где психика сформировала соматку; и душевная патология детерминировала телесный (материальный) признак, бывший по отношению к ней – вторичным, производным, побочным... Суть была не в самом симптоме, невзирая на его очевидность и яркость, а в подоплёке – завуалированной, сокрытой, герметической, неочевидной. Перемена участи Паскаля шла таким же путём: учёный отверг материалистические соображения, не дававшие нужных ему объяснений. Теперь философу было достаточно веры, не подтверждённой ничем, кроме его внутреннего ощущения правоты и осмысленности. Душа возоблада над телом, видимо, потому учёный и уточнил формулировку Р.Декарта, сказавшего: «Я мыслю, следовательно, существую». Паскаль сформулировал иначе: «Я сочувствую ближним, стало быть, я существую, и не только материально, но и духовно». У Декарта Бог – лишь внешняя сила, для Паскаля Бог – начало любви, одновременно и внешнее (объективное), и имманентно присутствующее в человеке (субъективное). «Декарт призывает Божество лишь для того, чтобы дать толчок мировому порядку, и затем прячет его неизвестно куда», – раздражённо писал Паскаль, полемизируя с коллегой. В мировоззрении мыслителя материальное обрело характер производной (если опять воспользоваться языком математики), т.е., произведённой от чего-то – более важного, более фундаментального, каковым Паскаль считал Бога-Творца. Поэтому учёный, ставший философом, и не боялся смерти, считая её вторичным признаком, производной от главного атрибута человеческого бытия, который предполагал не только телесное воплощение и подразумевал не только земное существование.

Истероформное конверсионное расстройство – всё же не безумие в полном смысле слова, а невротическое состояние, относящееся к сфере пограничной психиатрии. Поэтому изначально формулировка Вольтера была вполне корректной, однако «испорченный телефон», непорочное отношение со стороны коллег и их двусмысленные формулировки создали миф о безумии Паскаля, живущий и сегодня.

Суть не в симптоме, а в подоплёке

Конверсия произошла и в биографии Паскаля, обернувшись внезапной переменной участи учёного, трансформацией его жизненных принципов и приоритетов: уходом в религию и разочарованием в математике, которая, по его мнению, не может доказать существование Бога. Зато на это, как считал философ, была способна вера. (Хотя при описании атрибутов Бога Паскаль,

этом случае бытие человечества обрело смысл. Уже до И.Канта Паскаль понял бесперспективность доказательств существования Бога с помощью физики или метафизики. Кант искал эти доказательства в области этики, Паскаль полагал, что единственное возможное доказательство дают религия и вера.

Конверсия жизни учёного оказалась сходной с механизмом формирования его симптомов, где психика сформировала соматку; и душевная патология детерминировала телесный (материальный) признак, бывший по отношению к ней – вторичным, производным, побочным... Суть была не в самом симптоме, невзирая на его очевидность и яркость, а в подоплёке – завуалированной, сокрытой, герметической, неочевидной. Перемена участи Паскаля шла таким же путём: учёный отверг материалистические соображения, не дававшие нужных ему объяснений. Теперь философу было достаточно веры, не подтверждённой ничем, кроме его внутреннего ощущения правоты и осмысленности. Душа возоблада над телом, видимо, потому учёный и уточнил формулировку Р.Декарта, сказавшего: «Я мыслю, следовательно, существую». Паскаль сформулировал иначе: «Я сочувствую ближним, стало быть, я существую, и не только материально, но и духовно». У Декарта Бог – лишь внешняя сила, для Паскаля Бог – начало любви, одновременно и внешнее (объективное), и имманентно присутствующее в человеке (субъективное). «Декарт призывает Божество лишь для того, чтобы дать толчок мировому порядку, и затем прячет его неизвестно куда», – раздражённо писал Паскаль, полемизируя с коллегой. В мировоззрении мыслителя материальное обрело характер производной (если опять воспользоваться языком математики), т.е., произведённой от чего-то – более важного, более фундаментального, каковым Паскаль считал Бога-Творца. Поэтому учёный, ставший философом, и не боялся смерти, считая её вторичным признаком, производной от главного атрибута человеческого бытия, который предполагал не только телесное воплощение и подразумевал не только земное существование.

Истероформное конверсионное расстройство – всё же не безумие в полном смысле слова, а невротическое состояние, относящееся к сфере пограничной психиатрии. Поэтому изначально формулировка Вольтера была вполне корректной, однако «испорченный телефон», непорочное отношение со стороны коллег и их двусмысленные формулировки создали миф о безумии Паскаля, живущий и сегодня.

Игорь ЯКУШЕВ,
психиатр,

доцент Северного государственного
медицинского университета.
Архангельск.

За Италией и Грецией давно и прочно закрепилась слава европейских музеев под открытым небом. Справедливая слава. Кто уже побывал – подтвердит, кому это приятно и познавательное знакомство лишь предстоит, обязательно потом согласится.

Мой интерес к Италии пробудился задолго до возможности утолить любопытство воочию. Началось всё с книги Марка Твена «Простаки за границей». Предыстория бестселлера такова. Будучи молодым журналистом, Твен заручается поддержкой спонсоров, заключает договор с некоторыми изданиями на публикацию путевых заметок и в 1862 г. отправляется в морской круиз с заходом в Северную Африку, Европу, Причерноморье. Впечатления о вояже легли в основу книги, цель которой, как считал автор, «показать читателю, какими он увидел бы Европу и Восток, если бы глядел на них своими собственными глазами, а не глазами тех, кто побывал там до него».

И вот первое, в чём сразу же соглашаешься с талантливым остроумным американцем: «Давно я не ходил в церковь так часто, как за последние недели. Жители этих древних стран, по-видимому, специализировались на церквях. По-моему, церкви в ней стоят через каждые триста-четыреста ярдов». Действительно так. Причины великому множеству культовых зданий в Италии наверняка есть, о чём на уровне догадок можно будет позже порассуждать.

Нетрудно согласиться с Твеном и в оценке «меню» храмовых экскурсий: «Часа два мы бродили по величественным приделам, глазели на многоцветные витражи, украшенные синими, жёлтыми, малиновыми святыми и мучениками, и пытались восхищаться бесчисленными огромными картинами в капеллах; потом нас допустили в ризницу, где показали великолепное облачение, в котором папа короновал Наполеона I; целую грудку золотой и серебряной утвари для больших церковных праздников и процессий; несколько гвоздей из креста Господня, обломок самого креста и кусок тернового венца. Мы уже видели большой обломок креста Господня в церкви на Азорских островах, но гвоздей там не было».

За вычетом неповторимого своеобразия нескольких грандиозных церквей, к примеру, Ватиканского собора, или Дуомо в Милане, или Кафедрального собора в Палермо, вслед за Твеном иной раз и посетуешь: «Но всё-таки – не слишком ли много этих реликвий? Нам показывают кусок истинного креста в любой старой церкви, в которую мы заходим, а также гвозди из него. Я не берусь утверждать точно, но полагаю, что мы видели не меньше бочонка этих гвоздей. А терновый венец? Часть одного хранится в Париже в Сент-Шапель, часть другого – в Соборе Парижской Богоматери. А из костей святого Дионисия, которые мы видели, в случае необходимости можно было бы, по-моему, собрать его скелет в двух экземплярах».

А ещё был случай

Вслед за Марком Твеном

Из цикла «По городам и весям»



Но не только конфессиональным духом «сильна» Италия. Города-жертвы Везувия не менее привлекательны для умов пытливых. «В одном из домов (единственном здании Помпеи, куда теперь не допускаются женщины), – пишет Твен, – много маленьких комнат и коротких каменных кроватей, которые время совсем не изменило, а картины на стенах сохранились так хорошо, что кажется, будто художник создал их только вчера; но ни у какого пера не хватит дерзости описать их; там и сям видны латинские надписи – непристойные блестящие остроумия, начертанные руками, которые, возможно, ещё до истечения ночи были среди огненной бури воздвигнуты к небу с мольбой о спасении». Догадались? Речь о лупанарии, сиречь, публичном доме. Санитарные врачи наверняка поразятся, кроме вышеописанного, каменному унитазу (по совместительству – биде), одному на всё заведение, отделённому от ближайшей каменной лежанки дерюжной занавеской. Что ещё? Женщин теперь туда допускают. Ну и вишенка на торте – к экспонату самая большая очередь туристов. Лично отстоял.

Простота и, допустим, избыточная естественность нравов Древнего Рима жестоко компенсировались в последующем религиозным фанатизмом инквизиции Средневековья. Под флагом чистоты католицизма творились немислимо грязные вещи. Кто не в курсе, почитайте, только не на ночь (!) «Молот ведьмы» – догмат палачей в сутанах. В Падуе, где не раз приходилось останавливаться, тоже много церквей. По городскому преданию, одна крохотная церковка XVI или XVII века

была со временем «поглощена» более поздними постройками. Возведена же была на средства горожан в память 18-летней девушки, дочери мелкого лавочника, – первой красавицы местечка, сожжённой на костре за колдовские чары. «Следствие» велось 4 месяца, надо полагать, до тех пор, пока слишком зримо не округлился животик. Уверения родителей, что дочь была девственницей в момент ареста, сочли попыткой ввести дознавателей в заблуждение, хотя и понятной по-человечески. Даже присяга перед трибуналом о суровой каре за ложное свидетельство их не испугала. На распятии божились! Быдло наивное. Из судилища на волю можно выйти только дымом. Вердикт был предрешён и неоспорим – от дьявола понесла. Крики жертвы о невинности под треск разгорающегося хвороста, согласно краеугольному постулату «Молота ведьмы», по сути, означали лишь ещё одно неопровержимое доказательство греховности. Наутро подмели пепел с площади. Концы в воду. Тэ-экс, кто там у нас вторая красавица в городе?..

Сегодня в Европе вспоминают о тех кострах, кисло морщась. Но время от времени вспыхивающие то тут, то там по миру скандалы об отнюдь не божеской любви католического клира к мальчикам-послушникам (без предательских животиков, хвала создателю!) наталкивают на единственно трезвую мысль. Если перефразировать Михаила Жванецкого, может, с целью что-то подправить? Пусть Папа подумает.

Кстати, о современной Падуе. Первый раз остановились там из меркантильного интереса.

Хотелось взглянуть на Венецию, да цены на постой там кусачие. Здесь же в разы доступнее, пусть и «на отшибе». Всего и хлопот – двадцать минут утречком на электричке и перед вами звезда Адриатики.

Недалеко от ж/д вокзала выбрали бюджетный отель. Напротив, через большую зелёную лужайку, костёл-новодел. Никаких значных мест в округе. Ничто не предвещало. После шести вдруг визги, пiski, музыка, ароматы барбекю, толпа народа от малолеток до пенсионеров – ярмарка безделушек под окном. Ну, думаем, попали. К одиннадцати, правда, всё стихло. И на том спасибо. Но заснули озабоченными.

Оказалось, тот самый костёл в первую декаду сентября устраивает для жителей района и гостей города ежегодный фестиваль. Каждый день, целую неделю. С бесплатными эстрадными и фольклорными концертами, конкурсами и играми для детей, перекусом в шатрах-едальнях. Вечером отважились на вылазку. «Пришли, увидели, пали побеждёнными». Почти по Цезарю, Гаю Юлию.

С тех пор, по мере возможности, стали бывать наездами, путешествовать на фестивале, вкусно недорого поесть по-домашнему. Как-то раз стоим в очереди в кассу, чтобы оплатить заказ для ужины, прикидываем, сколько взять домашнего игристого, холодненького, в запотевшем кувшинчике... Кто-то трогает жену за коленку. Черный юный ангелочек в нарядном белом платьице смотрит снизу глазками Софи Лорен: «Мамми...»

Глупо, будучи не в Лондоне, спрашивать пятилетку, говорит ли она по-английски, коль и без

наводящих вопросов ясно – леди потерялась. Находим двух охранников, объясняем ситуацию и что неплохо бы дать объявление по динамике. Те соглашаются, неплохо бы. Вручаем им девочку, снова занимаем очередь в кассу, свою-то прозевали. Проходит четверть часа, никакого объявления, фестиваль бурлит, охранники стоят истуканами, держа дитё за руки промеж себя. Пора перехватывать инициативу, сумерки-то сгущаются. Влезаю на скамью, кручу головой, расфокусировав зрение на широкий угол. В броуновском движении праздника взор замечает фигуру, панически мечущуюся в толпе. Настигаем женщину уже за оградой. Да, потерялась девочка. На минутку всего отвлеклась, с подружкой парой слов перекинуться, и вот!.. Ведём её в «бюро находок». Завидев маму, малышка бросается навстречу, виснет обезьянкой, обняв за шею. Хэппи энд!

Тайком посматриваю на легкомысленную мамашу. Ничем не похожа на супругу. Ни ростом, ни статью, ни причёской. Почему ребёнок среди сотен соплеменников выбрал именно нас на роль спасителей – загадка providения.

Гульбище продолжается. Не скрою, бродили мелкие мыслишки, что вот сейчас... сейчас кто-то взойдёт на эстраду, возьмёт микрофон, попросит внимания. И скажет: «Друзья! Вот они – эти двое скромных русских среди нас. Именно они, а не наши два расслабленных лопуха при исполнении, помогли потерявшейся малышке и её маме вновь обрести друг друга. Премьеру доложено, мэр уже мчится сюда с грамотами о почётном гражданстве на предьявителя. С пожизненными шенгенскими визами! Фамилии впишите сами. Скажем же «спасибо» благодарным гостям Падуи нашими аплодисментами»...

Наверняка они так и хотели сделать, но что-то не срослось... Ангелочек же был просто небесно-прекрасен, южных кровей пасхальная картинка. Неподдельная Челеста. Не будь мы в Италии, да будь мы разбойники без стыда и совести – украли бы. Но тоже не срослось...

Ах, Padova, Padova! Замаливай свои древние грехи, Рим, замаливай...

Ну что, дорогие читатели, заинтриговали мы вас с Марком Твеном? Мечты взыграли? Да пусть они сбудутся – вернутся добрые времена. И тогда полистайте на дорожку «Простаков за границей». Лучшего путеводителя не сыскать. Отвечаю.

Юрий КУБАНИН.

Новосибирск.

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

Редакция имеет право публиковать присланные в свой адрес материалы. Факт пересылки означает согласие автора на передачу редакции прав на публикацию и получение соответствующего гонорара.

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

Главный редактор А.ПАПЫРИН.

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

Дежурный член редколлегии – Т.КОЗЛОВ.

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

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

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

E-mail: mggazeta@mgzt.ru (редакция); rekmedic@mgzt.ru (рекламная служба); inform@mgzt.ru (отдел информации); mg.podpiska@mail.ru (отдел изданий и распространения); medgazeta72@mail.ru (электронная подписка); www.mgzt.ru

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

Отпечатано в ОАО «Московская

газетная типография».

Адрес: 123022, Москва,

ул. 1905 года, д. 7, стр. 1

Заказ № 1814

Тираж 13 940 экз.

Распространяется

по подписке

в Российской Федерации

и зарубежных странах.

