

# Медицинская

6 сентября 2017 г.  
среда  
№ 66 (7784)

# Газета®

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

Работают мастера

## Ещё шаг — и цель достигнута

Красноярские кардиохирурги побеждают сложные обстоятельства



На карте российской трансплантологии появился ещё один адрес — Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (ФЦССХ) Красноярск. На днях здесь выполнили первую пересадку сердца. И, как говорят в руководстве учреждения, трансплантационные технологии внедрили не для того, чтобы просто поставить очередную «галочку» в списке своих достижений и быть «не хуже других».

— Мы поступательно шли к этой цели. Наша задача — организовать и обеспечить бесперебойный процесс оказания высокотехнологичной медицинской помощи. Мы не зани-

Самый ответственный момент операции

маемся популизмом и не проводим «разовые операции», если понимаем, что по каким-то причинам они не будут востребованы, — говорит заведующий кардиохирургическим отделением красноярского ФЦССХ Дмитрий Буянков.

Первым пациентом, которому в центре провели пересадку сердца, стал 38-летний мужчина, год назад перенёсший обширный инфаркт с некрозом большей части сердечной мышцы. По словам специалистов красноярского кардиоцентра, после острого инфаркта миокарда ему были выполнены все возможные вмешательства — стентирование

артерий, аортокоронарное шунтирование, — однако добиться полного восстановления функции сердца не удалось. На фоне нарастающей сердечной недостаточности было принято решение о замене органа.

— Для первой операции пересадки донорского сердца нам, может, и хотелось бы более «простого» пациента, но по всем параметрам к имеющемуся донору подходил именно он, и мы решились, — продолжает Д.Буянков.

(Окончание на стр. 2.)

Нина ВАНЧАКОВА,  
заведующая кафедрой педагогики  
и психологии факультета  
последипломного образования  
Первого СпГМУ им. И.П.Павлова:

В понятие трудный пациент включают больных, которым трудно поставить диагноз и проблемных с точки зрения общения.



Стр. 6

Алексей МАТЮШИН,  
заместитель руководителя  
департамента фармации  
и трансляционной медицины  
Первого МГМУ им. И.М.Сеченова:

Основная задача провизора или фармацевта не просто продать препарат, а проинформировать потребителя об особенностях приёма и т.д.



Стр. 11

Евгений БРЮН,  
главный психиатр-нарколог  
Министерства здравоохранения РФ:

Мы не допускаем наркотиков в любом виде, никакой легализации их в России нет и быть не может, даже самой мягкой.



Стр. 12

Инициатива

## Доноры — герои!

Необычным образом в Хакасии привлекли внимание людей к деликатной теме «донорство органов». Специалисты красноярского Федерального Сибирского научно-клинического центра ФМБА России при поддержке республиканского Министерства здравоохранения провели в Абакане квест под девизом «Каждый может стать героем!». Как пояснили организаторы, они хотели привлечь внимание общественности к проблемам российской трансплантологии. А главная из них, как известно, — дефицит донорских органов.

Участникам медицинской игры предлагали «оживить» пациента, который нуждается в пересадке органов.

По информации Минздрава Хакасии, акция в поддержку органного донорства привлекла внимание более 500 абаканцев, среди которых было очень много детей.

— Мы уделяем внимание пропаганде донорства органов, потому что важно сформировать у населения правильное отношение к этой теме. Причём начинать формировать положительное отношение нужно с детского возраста, — подчеркнул исполняющий обязанности заместителя министра здра-

воохранения Республики Хакасия Дмитрий Чепрасов.

Роль Федерального Сибирского научно-клинического центра ФМБА России в этом мероприятии не случайна: Министерство здравоохранения республики имеет соглашение о сотрудничестве с центром, согласно которому жителям региона в красноярском учреждении выполняются операции трансплантации почки и печени. За первый год работы в рамках соглашения пересадки почки выполнены 8 жителям Хакасии.

Елена ЮРИНА,  
МИА Сити!

Абакан.

Тенденции

## Лечить желудок в комфортных условиях

В Кемеровской городской клинической больнице № 11, больше известной как областной центр медико-социальной помощи населению, после капитального ремонта открылось отделение гастроэнтерологии.

За четверть века работы интерьер палат и кабинетов отделения изрядно обветшал. И когда наконец-то появились деньги на ремонт (а общая стоимость выполненных работ превысила 700 тыс. руб.), штатные сотрудники

хозяйственной службы больницы провели его в короткие сроки. В результате условия для пребывания пациентов и для работы персонала стали более комфортными.

В течение 8 месяцев строители заменили здесь сантехнику и проводку, установили новое освещение и электророзетки, новые дверные блоки, настелили линолеум, провели покраску и поклейку обоев. Отделение доукомплектовали новыми холодильниками и посудомоечной машиной, приобрели

современную мебель и инвентарь. Яркие жизнерадостные картины воспитанников одной из школ искусств города разбавили больничную атмосферу, что, конечно же, сказалось на настроении пациентов.

Для справки: ежегодно в отделении гастроэнтерологии Кемеровской городской клинической больницы № 11 получают помощь до 1,5 тыс. кузбассовцев.

Валентина АКИМОВА,  
соб. корр. «МГ».

Кемерово.

**Stormoff®**

Аксессуары и запчасти  
для оборудования



- Для электрокардиографов (ЭКГ кабели, электроды)
- Для мониторов пациента (манжеты, датчики, кабели)
- Для электрокоагуляторов (электроды, инструментарий)

+7(495) 956-05-57  
[www.stormoff.com](http://www.stormoff.com)

## Новости

## По высшему разряду

Высокотехнологичную медицинскую помощь в федеральных центрах и столичных клиниках в этом году смогли получить более тысячи омичей.

Это на 30% больше, чем за аналогичный период прошлого года. По результатам проведённого лечения 96,8% пациентов были выписаны из стационаров с улучшением и выздоровлением.

В федеральных центрах оказывают, как правило, наиболее сложные виды медицинской помощи, туда направляются самые тяжёлые пациенты – диагностически сложные, трудно поддающиеся лечению, требующие применения наиболее совершенных, а иногда и уникальных технологий.

В настоящее время в федеральных центрах прошли лечение 1262 человека, из них 314 детей. Наибольшее количество пациентов отмечены по профилям «сердечно-сосудистая хирургия», «травматология и ортопедия», «нейрохирургия», «педиатрия».

Большинство же омичей лечились с применением высоких технологий, не выезжая за пределы области, в региональных медучреждениях, которые также обладают необходимым штатом специалистов, имеют современное медицинское оборудование. Первые высокотехнологичные операции провели даже на базе одной из районных больниц.

Татьяна ВАСИЛЕВСКАЯ.

Омск.

Кардиостимулятор  
установили беременной

В Краснодарской краевой больнице № 2 впервые установили электрокардиостимулятор беременной женщине.

В консультативный центр перинатальной диагностики ККБ № 2 Екатерина Н. обратилась на 32-й неделе беременности с жалобами на головокружение. Электрокардиограмма показала нарушение сердечной проводимости, что несёт угрозу состоянию ребёнка.

Подобные случаи в медицинской практике происходят довольно редко, и, как правило, для лечения патологии приходится прерывать беременность, а затем устанавливать электрокардиостимулятор.

В случае Екатерины врачами больницы было принято решение установить стимулятор без прерывания беременности. Они сделали такой вывод, исходя из того, что срок беременности был уже достаточно поздним, все органы у плода уже сформировались, и риск его повреждения при рентгеновском излучении был минимальным. К тому же устанавливался двухкамерный прибор, который, в отличие от однокамерного, имеет два электрода – в предсердии и в желудочке, обеспечивая правильный ток крови и полноценное заполнение кровеносных сосудов как при здоровом сердце.

Операция прошла успешно. Это позволило доносить беременность и снизить угрозу жизни и Екатерине, и её малышу. Сейчас они оба чувствуют себя хорошо и готовятся к выписке.

Ольга ЛЫЖНИК.

Краснодар.

## Росстат о численности населения

В первом полугодии 2017 г. естественная убыль населения в России составила 119,4 тыс. человек, что почти в 4 раза больше, чем за аналогичный период прошлого года. Так констатирует Российское статистическое агентство.

По его сведениям, за январь – июнь 2016 г. естественная убыль населения составляла 32,2 тыс. человек. За этот же период 2017 г. население России снизилось на 17 тыс. человек и составило 146,8 млн человек. Естественную убыль компенсировал миграционный прирост.

В первом полугодии снизилась рождаемость (821 тыс. человек против 928,4 тыс. за аналогичный период 2016 г.), в то же время упала смертность (940,4 тыс. человек против 960,6 тыс.).

Василий СЕРЕБРЯКОВ.

Москва.

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

## Работают мастера

Ещё шаг –  
и цель достигнута

(Окончание. Начало на стр. 1.)

В свою очередь, главный врач ФЦССХ, доктор медицинских наук, профессор Валерий Сакович поясняет слова коллеги: первая пересадка сердца стала для специалистов красноярского кардиоцентра серьёзным экзаменом. Из-за того, что пациенту ранее уже выполнялись операции на сердце, в том числе в условиях искусственного кровообращения, необходимо было особое внимание к анестезиологическому обеспечению. А кроме того, основное время операции заняло выделение сердца из спячного мешка, образовавшегося в местах предыдущего хирургического вмешательства. В итоге общая продолжительность операции составила больше 9 часов.

Всё завершилось победой настоящих профессионалов над обстоятельствами. По оценке красноярских кардиохирургов, донорский орган после пересадки «запустился» сразу же, без дополнительного вмешательства и идеально вошёл в ритм работы всей сердечно-сосудистой системы реципиента. В настоящее время



Д. Буянков обследует пациента

мужчина готовится к выписке из стационара.

Остаётся добавить, что в настоящее время в Красноярске трансплантологией занимаются три учреждения – Краевая клиническая больница (почки, печень, сердце),

Сибирский клинический центр ФМБА России (почки и печень) и Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (сердце).

Елена БУШ,  
соб. корр. «МГ».

Красноярск.

## Начало

## Пациенты обретают уверенную походку

В отделении рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения Находкинской городской больницы Приморского края успешно освоили новый вид операций.

Один из пациентов – 68-летний мужчина – от боли в ноге, вызванной закупоркой сосудов, едва мог передвигаться, требовалась квалифицированная медицинская помощь. Сосудистый хирург, заведующий отделением рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения Александр Кульков восстановил кровоснабжение, причём не прибегая к открытому вмешательству, – операцией выполнили под местной анестезией внутри сосуда через небольшой прокол. Уже на следующий день пациент, который чуть было не потерял ногу, хромал, обрёл радость движения и буквально бегал по коридорам.

Аортобифеморальное шунтирование в Находкинской городской больнице начали выполнять 3 года назад. Теперь её специалисты успешно освоили внутрисосудистое открытие

подвздошных и бедренных артерий нижних конечностей. Подобные вмешательства, в частности, показаны при синдроме Лериша. Без медицинского вмешательства человек рискует стать инвалидом.

– Сегодня решается вопрос по проведению не только экстренных, но и плановых операций такого рода, в том числе по полису ОМС в 2018 г., – рассказывает А.Кульков. – При манипуляциях внутри сосуда отпадает необходимость в глубокой анестезии, как при обычной операции. Пациент не испытывает неудобств, связанных с первыми днями после наркоза, не требуются перевязки с антисептиками, обработки швов, не нарушается перистальтика кишечника, сокращается риск заболеваний и осложнений со стороны других органов. Важно, что больница закупила для таких пациентов современные гибкие стенты.

Напомним, современный ангиографический комплекс был открыт в Находкинской городской больнице Приморья два года назад по федеральной программе. Его основное назначение – своевременное оказание

помощи пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями. При поступлении больного с острым коронарным синдромом проводится исследование сосудов при помощи рентгеновских снимков (аортокоронарография), в случае выявления непроходимости сосуда протезируются специальным стентом. Параллельно сосудистая служба под руководством А.Кулькова успешно осваивает современные методы помощи профильным пациентам: врачи проводят операции на сонной артерии у больных с острым нарушением мозгового кровообращения.

– Больница в очередной раз доказала, что в силах оказывать помощь фактически на уровне центральных клиник. Всё же главная задача службы сегодня – снизить в округе смертность от острого коронарного синдрома. По острому инфаркту помощь оказывается всем, кто в ней нуждается, – подчёркивает главный врач Находкинской городской больницы Игорь Понитаев.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Приморский край.

## Статистика

## Детская медицина: между хорошей и плохой

Известная исследовательская компания MAR CONSULT выяснила мнение российских врачей о возможном повсеместном внедрении бесплатной детской медицины.

У семей должна быть возможность получить любые виды медицинской помощи с высоким уровнем качества за счёт государства – с этим утверждением согласно абсолютное большинство докторов – 96%, скорее не поддерживают такую инициативу – 3%. Они объясняют свою позицию тем, что в системе оказания медицинских услуг ребёнок – такой же пациент, как и все остальные, платные меди-

цинские услуги – обычная практика цивилизованных стран. Государство должно обеспечивать только получение высокотехнологичной помощи, увеличится количество необоснованных вызовов и обращений по другим причинам.

Половина опрошенных врачей (51%) считает, что сделать бесплатное детское здравоохранение в России вполне реально. При этом, по их мнению, некоторые виды медицинской помощи всё-таки могут оставаться платными: диагностика заболеваний, анализы, УЗИ, МРТ – 10%, дорогостоящая медпомощь – 10%, косметическая, пластическая хирургия – 7%, стоматологические услуги – 7%, физиотерапия, ре-

билитация, массаж – 5% и реже другие, включая аллергопробы, санаторно-курортное лечение, психологическую помощь, ортопедию, протезирование.

Сегодняшнюю ситуацию в России с детским здравоохранением половина докторов оценивает, как далёкую от идеала – 52% (если принять за идеал ситуацию, когда любая медицинская помощь действительно оказывается всем детям за счёт государства в нужном объёме и на хорошем уровне), 36% отмечают, что детская медицина находится где-то посередине между хорошей и плохой.

Существующую систему можно и нужно совершенствовать.

Финансирование любых видов медицинской помощи детям в требуемом объёме звучит как большое преувеличение. Для начала важно обеспечить должный уровень качества оказания тех медицинских услуг, которые уже оплачиваются государством. Остальное – уже следующие этапы. При этом всё, что делается за счёт государства, должно быть строго регламентировано. Регламент – это в известной степени упрощение, поэтому масса частных случаев всё равно останется «за рамками». Также важно учитывать приоритеты. Стоимость лечения некоторых состояний очень высока, и если стоимость лечения одного пациента покрывает

стоимость лечения тысячи других, то эффективнее лечить тысячу.

«Выделение государственного бюджета на лечение всех от всего – экономически нежизнеспособная модель», – прокомментировала Ксения Медведева, руководитель Департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR CONSULT.

В опросе приняли участие 500 докторов (терапевты, педиатры, кардиологи, пульмонологи, аллергологи) в 45 регионах России, включая Москву и Санкт-Петербург. Опрос проведён в августе нынешнего года.

Павел АЛЕКСЕЕВ.

МИА Cito!

Официально

## Государственные гарантии предлагается дополнить

Минздрав России подготовил проект постановления Правительства «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.». С этим документом можно ознакомиться на федеральном портале проектов правовых актов. В нём есть ряд новых положений, если сравнить его с существующей программой на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.

Например, за счёт бюджетных ассигнований бюджетов субъектов федерации и местных бюджетов может осуществляться финансовое обеспечение транспортировки пациентов, страдающих хронической почечной недостаточностью, от места фактического проживания до места получения медпо-

мощи методом заместительной почечной терапии и обратно. Перечень лекарственных препаратов, отпускаемых бесплатно или с 50-процентной скидкой определённым группам пациентов при амбулаторном лечении, формируется в объёме не менее утверждённого Правительством

к соответствующий год Перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях. Кроме того, предельные сроки ожидания оказания специализированной медицинской помощи для пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, не должны превышать 14 календарных дней с момента гистологической верификации опухоли или с момента установления диагноза заболевания.

Андрей ДЫМОВ.

100 строк на размышление

## Читайте Конфуция, коллеги!

Мне уже доводилось на страницах нашей профессиональной газеты приводить цитаты из трудов великого китайского мыслителя Конфуция. Вот самая мною почитаемая: «Если вы хотите перемен, называйте вещи своими именами».

На днях несколько новостных сайтов интернета привели одну и ту же информацию под примерно одинаковыми заголовками: «В Минздраве заявили о сокращении потребления алкоголя на фоне роста акцизов». Увы, как это сейчас модно, с множеством гиперссылок на другие ресурсы, включая и весьма уважаемые печатные. Тотально все, в свою очередь, ссылаются на некое мнение специалистов Минздрава. Без указаний, однако, на то: где, кто, когда, на каком мероприятии и по какому поводу что-либо от лица ведомства произнёс по теме. Как поговаривает в таких случаях один из уважаемых политологов: «Ну, тут уж как есть».

На официальном сайте Минздрава на этот счёт поисковик выдаёт единственный документ: «Информация Минздрава России в связи с инициативой Минпромторга о снятии ограничений на продажу алкоголя в магазинах, расположенных около социальных и спортивных объектов». Правда, не первой, и даже не второй свежести. Аж от 25.02.2016 с обновлением от 01.03.2016.

Так или иначе, в материалах по теме тиражируется одна и та же информация, которая полностью коррелирует с контентом пресрелиза ведомства. Примерно следующего содержания: «В России последовательно увеличиваются налоги на алкогольную продукцию. Так, с 2009 по 2016 г. акциз на водку увеличился с 191 до 500 руб. за литр безводного спирта. В 2017 г. акциз увеличился ещё на 4,6% и составил 523 руб. Одновременно с этим потребление ал-

коголя в нашей стране снизилось с 14,3 до 10,3 л».

Кого заинтересует проблема, может сам порыться в сети. Речь не о достоверности приводимых данных. А о подмене понятий.

Не сомневаюсь, никто не будет спорить о том, что «потреблять» и «покупать» – «две большие разницы». Откуда могут черпать статистику для анализа Минздрав, Минпромторг, Минфин и Минэкономразвития, на которые с упоением ссылаются все, кому не лень? Только из цифр продаж алкоголя в розничной сети, контроль за чем сегодня доведён почти до совершенства. Почти.

Периодически появляющиеся резонансные новости о там и сям случающихся отравлениях сурогатами – тому свидетельства. И хотя официальный минздравский документ обнадёживает: «Смертность от случайных алкогольных отравлений в период 2011-2015 гг. снизилась с 10,1 до 6,5 (ноябрь 2015 г.) на 100 тыс. человек», до искоренения проблемы ещё очень далеко. Полдороги пройдено. И не факт, что процесс вспясть не повернётся.

Последнее важно в связи с тем, что почему-то из поля зрения выпадает число «потребителей», перешедших на домашнее самогонование. В кругу моих близких знакомых и друзей, которые выставляют на стол «самиздат» в праздники, отнюдь не люмпены. Есть и кандидат медицинских наук. Есть даже отставной генерал с большими звёздами. По иронии судьбы – бывший сотрудник наркоконтроля, которого трудно заподозрить в тяжёлом материальном положении, вынуждающем к отказу от «монопольки». А может и гонит потому что «в теме»?

Аргумент у всех один – знаю, что пью. С учётом качества легально продаваемых перегонных аппаратов могу подтвердить (не красит меня, но для науки чего не сделаешь!) – качество продукта на уровне.

Итак, ближе к резюме. Реальное падение продаж «монопольного» алкоголя – ещё не показатель снижения его потребления. Конечно, во все времена официозу больше по душе победные реликвии. Отсюда – любовь к статистике в абсолютных цифрах. И вывод, который лежит на поверхности: акциз подняли – потреблять меньше стали (читай – выносить из магазина) Ура акцизу и Минздраву с Минфином!

А есть ведь ещё и куда более информативные относительные данные. Осмелюсь предложить гипотезу. Не так давно случился в стране крохотный бэби-бум. А сейчас, насколько известно, смертность вновь взяла верх. Если грубо – народу по-прежнему 140 млн с хвостиком. А структура населения поменялась. На время (совпавшее с благодатной статистикой) трезвенников-пионеров стало больше, а выпивохов-пенсионеров в относительном выражении – меньше. Малыши ещё не успели приобщиться в полной мере к «благам цивилизации», число «потребителей» реально упало. Чем не вариант среди возможных причин для статистического благодушия? Но не расстраивайтесь. Подождём лет 10-15, глядишь, всё вернётся на круги своя.

Согласен, с относительной статистикой такая морочка! Проще чеки из алкомаркетов суммировать, на всех скопом по-среднему подбить, отчёт начальству на стол выложить. К нему пояснения попроще и подходчивей подшить. Это уже для обществуности. А дальше! А что дальше? «...Подписано и с плеч долой!». Кто вникать особо-то будет?..

Разве что почитатели Конфуция. Так тех, слава богу, раз-два и обчёлся.

Юрий СУПРУНОВ,  
врач-психотерапевт высшей  
категории.

Московская область.

Накануне

Подготовку омских больниц к новому отопительному сезону планируется закончить к середине сентября. Во всех учреждениях здравоохранения региона ремонтные работы по подготовке к зимним условиям ведутся по утверждённым графикам.

подготовка и аттестация тепло-технического персонала. Повсеместно ведутся работы, направленные на энергосбережение и рациональное использование теплоэнергии, такие как замена деревянных окон на окна из ПВХ-профиля, утепление фасадов, ремонт кровель, работы по модер-

## Медики готовятся к холодам

Как показывает многолетняя практика, с наступлением холодной погоды именно больничные стационары первыми получают тепло по трубам от теплоцентралей и котельных. В настоящее время медучреждения проводят сезонные подготовительные работы (заготовка топлива, техническое обслуживание и ремонт котельного оборудования).

В преддверии сезона холодов проводится проверка приборов,

низации систем теплоснабжения учреждений.

За выполнением этих мероприятий следит специальная комиссия, созданная в областном Минздраве. По данным ведомства, на сегодняшний день замена наружных и внутренних инженерных систем осуществлена на 107,8 и 60,76% соответственно.

Татьяна БЕРЕЗОВСКАЯ,  
соб. корр. «МГ».

Омск.

Криминал

## Моя прекрасная няня!..



Ленинский районный суд Новосибирска приговорил 43-летнего главного врача городской поликлиники № 26 Ярослава Зулина к 3 годам лишения свободы условно. Он потратил почти 1,1 млн руб. бюджетных средств на оплату услуг няни для своего ребёнка.

вверенного виновному, в особо крупном размере).

«С учётом смягчающих вину обстоятельств (признания вины, активного способствования раскрытию и расследованию преступления, наличия малолетнего ребёнка, полного добровольного возмещения ущерба) суд приговорил Зулина к 3 годам лишения свободы условно с испытательным сроком 3 года», – сообщили в прокуратуре.

Фиктивное трудоустройство нередко применяется в медицинских учреждениях как способ хищения бюджетных средств. Например, в мае в Нижегородской области суд арестовал главного врача и бухгалтера одной из больниц по подозрению в присвоении и растрате более 1,1 млн руб., якобы направленных на зарплату подставных лиц.

Борис БЕРКУТ,  
МИА Сити!

Новосибирск.

Врачи Палкинского филиала Псковской межрайонной больницы написали коллективное письмо губернатору области Андрею Турчаку. Они считают, что ему сообщили неверную информацию во время недавнего заседания общественного совета при главе региона.

«Доводим до вашего сведения, что на заседании Общественного совета 21 августа 2017 г. главный врач Псковской межрайонной больницы Е.Уткина озвучила следующую информацию: средний

Ситуация

## Не согласились с главным врачом

медперсонал получает 17 тыс. руб., а врачи – 31 тыс.

Данные не соответствуют действительности, так как цифры завышены на 5-10 тыс. руб. и скорее всего взяты по Псковскому филиалу с учётом зарплаты самой Уткиной. Очевидно, что данные усреднены между зарпла-

тами медработников Палкинского и Псковского филиалов».

Также палкинские медицинские работники считают, что слова Уткиной о плохой работе их филиала взяты «с потолка». По официальной статистике областного Комитета по здравоохранению, Палкинский филиал сработал

на уровне среднеобластных медицинских учреждений и даже лучше Псковского филиала, объясняют врачи. До объединения не было никаких нареканий в отношении работы Палкинской больницы. Это учреждение поддерживало хорошие экономические показатели без нынешних

долгов, возникших в период действующего руководства. Это заявление они просят рассмотреть как обращение в официальные органы: инспекцию по труду и прокуратуру Псковского района.

Алексей КОНДРАТЬЕВ.

**Существующая система охраны здоровья школьников не гарантирует учащимся своевременной и эффективной медицинской помощи, в том числе экстренной. Для исправления ситуации требуется изменить системный подход к школьному здравоохранению, усовершенствовать законодательную базу. К таким выводам пришли эксперты ОНФ, проанализировав отчёт Минздрава России о выполнении поручения Президента РФ по обеспечению охраны здоровья учащихся.**

«Проблемы школьного здравоохранения устойчиво сохраняются в основном из-за того, что их решение ограничено несовершенством действующего законодательства. Необходимо законодательно установить единые правила оказания медицинской помощи в образовательных организациях и их медицинских блоках. Их обязанности, алгоритм взаимодействия и т.д.», — отметила член центрального штаба ОНФ депутат Госдумы РФ Любовь Духанина.

Президент РФ и лидер Общероссийского народного фронта Владимир Путин поручил в декабре 2016 г. проанализировать ситуацию в области охраны здоровья обучающихся в образовательных организациях, реализующих основные общеобразовательные программы, и принять необходимые меры по охране их здоровья, включая оказание первичной медико-санитарной помощи.

В контексте этого поручения эксперты ОНФ провели в мае – июле этого года во всех регионах страны мониторинг, в ходе которого было опрошено более 3 тыс. родителей. Только 53% респондентов сообщили, что их ребёнок регулярно проходит медосмотр или диспансеризацию в школе, и лишь 35% – что учебная нагрузка на детей, по их мнению, соответствует нормам. Наличие в школе медицинского кабинета и горячего питания подтвердили примерно 84% опрошенных.

Лишь 44% сообщили о бесплатном двухразовом питании в школьной столовой для детей из малообеспеченных семей и детей-сирот. На то, что для таких детей, а также для ребят с ограниченными возможностями здоровья в школе нет необходимых условий обучения, указали 19% родителей, ещё 15% не смогли дать ответа.

полставки, а медсёстры приходят в школу лишь в определённые часы, решение этих задач крайне затруднительно», — считает Л.Духанина. По её мнению, крайне остро стоит вопрос оказания работниками школ первой помощи детям в случаях, не требующих вызова бригад «скорой помощи». Учителя не имеют ни необходимых для этого навы-

«Состояние здоровья детей и подростков – важнейший показатель благополучия общества и государства. Особые усилия в этой области необходимо прилагать сегодня, в условиях усиления школьных нагрузок, которым сопутствуют стрессы, психоэмоциональный дискомфорт, низкая двигательная активность. Серьёзную опасность

На контроле

# Кто придёт на помощь школьнику?

Пока ещё медицина на него обращает внимание

Чрезмерные образовательные нагрузки и нерациональное школьное питание в числе других факторов приводят к нарушениям здоровья детей и приобретению различных заболеваний, отмечают эксперты ОНФ. Так, по данным Росстата за 2016 г., на 100 тыс. детей в возрасте до 14 лет приходилось около 177,6 тыс. заболеваний. Данный показатель составлял в 1990 г. 113,5 тыс. заболеваний и с тех пор неуклонно рос вплоть до 2011 г. (191,3 тыс.), после чего наметился некоторый спад.

«Ситуация не улучшится кардинально, если не обеспечить профилактику, раннее выявление заболеваний у школьников и своевременное лечение. Однако в условиях, когда врачевый персонал в образовательных организациях представлен совместителями, работающими на

ков, ни права на медпомощь детям. В результате в отсутствие школьного медработника им приходится звонить в «скорую» по любому поводу. В серьёзном случае ситуация может стать угрожающей, поскольку экстренную первичную помощь до приезда бригады врачей ребёнку оказать бывает некому.

Ключевым элементом в обеспечении здоровья учащихся должен стать школьный врач, прошедший обучение мониторингу состояния здоровья детей и специфике работы в образовательной организации. Важно также законодательно закрепить ответственность родителей за здоровье школьников в случаях отказа от вакцинации детей и отказа предоставлять в образовательную организацию сведения о хронических заболеваниях у ребёнка.

представляет собой нездоровая экологическая обстановка в ряде регионов, распространение вредных привычек. Вопрос контроля здоровья школьников, оказания им своевременной и квалифицированной медицинской помощи остаётся в центре внимания активистов ОНФ. Мы настойчиво добиваемся возвращения в школу врача и медсестры и будем последовательно реализовывать другие законодательные инициативы, нацеленные на гарантированную защиту здоровья учащихся, которая является одной из ключевых задач Десятилетия детства», — заключила Л.Духанина.

Галина ВАСИЛЬЕВА.

МИА Сити!

Москва.

В особых условиях

## «Садык» — по-сирийски друг

Наши медицинские отряды показывают себя достойно вдали от Родины

Врачами госпиталя Министрства обороны РФ за последние 3 месяца оказана медицинская помощь свыше 46 тыс. мирных жителей Сирийской Арабской Республики. Об этом сообщил на «круглом столе» в рамках Международного военно-технического форума «Армия-2017» в Подмосковье командующий группировкой войск вооружённых сил РФ в Сирии генерал-полковник Сергей Сурувикин.

По его словам, проведены также 297 гуманитарных акций, в ходе которых мирному населению передано более 274 т продуктов питания и предметов первой необходимости. Российскими транспортными самолётами населению города Дейр-эз-Зор, окружённого боевиками запрещённой в России группировки ИГ, с начала августа доставлено 376 т продовольствия по линии ООН. Это стало возможным благодаря тому, что действия России по обеспечению режима прекращения огня на территории



Сирийские будни российских военных медиков

Сирии позволили стабилизировать обстановку в центральной и южной частях страны, подчеркнул С.Сурувикин. «За последние 3 месяца подписано 649 соглашений о прекращении боевых действий, общее число

примирившихся населённых пунктов достигает 2207», — уточнил он. В начале августа российские военные доставили около 300 кг онкологических препаратов в единственный действующий в Сирии онкоцентр в Тишринской

университетской больнице в Латакии.

Напомню, что в конце апреля, как уже сообщала «МГ», в Пскове встретили вернувшихся домой из Сирии военных медиков 35-го отдельного медицинского отряда ВДВ. За несколько месяцев, проведённых в командировке, работая в сложных условиях – под миномётными обстрелами, без сна и отдыха, они приняли более 15 тыс. человек, спасли жизни сотен людей.

Мобильный госпиталь разворачивали, где придётся, там же делали перевязки и операции: среди стен разрушенных зданий или прямо на дороге. Оборудование портативное – в рюкзак за спиной помещалось всё, от аппарата УЗИ до рентгена. По 6 выездов в день. Каждый выезд у хирургов, терапевтов, педиатров – до 140 пациентов. Самое главное слово у пациентов – «садык», в переводе с сирийского – друг.

Иван ВЕТЛУТИН.

МИА Сити!

## Сотрудничество Интеллект из Кореи

Вице-губернатор Приморского края Павел Серебряков провёл переговоры с директором по развитию глобальной деятельности в сфере здравоохранения одной из компаний Республики Корея Ким Мин Сонгом. Стороны обсудили перспективы двустороннего сотрудничества в области телемедицины. В частности, в ходе встречи речь шла о внедрении портативного инновационного оборудования, развитии коммуникационных возможностей в здравоохранении, в том числе усовершенствовании систем ведения электронных историй болезни.

Заместитель главы Приморья напомнил, что телемедицина – часть большого проекта в области информатизации здравоохранения края.

– У нас многое делается в этом направлении, — отметил вице-губернатор. — Электронная запись на приём к врачу, телемедицинские консультации, мониторинг беременных – всё это поэтапно внедряется в отрасли в рамках проекта «Развитие информационных технологий в здравоохранении Приморского края на 2017-2021 гг.».

Он также подчеркнул, что в Приморье с большим уважением относятся к открытию на территории представительств зарубежных медцентров.

– Сегодня мы стремимся к тому, чтобы иностранные клиники, которые открываются в крае, не просто занимались диагностикой и направляли больных в свою страну для дальнейшей лечения, а для того, чтобы пациенты имели возможность получить в данной клинике комплексный спектр услуг: диагностику – лечение – реабилитацию, — обозначил П.Серебряков.

Как сообщили в администрации Приморского края, в ходе визита во Владивосток делегация корейской компании побывала в медицинском центре Дальневосточного федерального университета, где российским специалистам была представлена возможность диагностировать оборудование, разработанное корейской компанией.

– Особенность данного оборудования заключается в том, что оно гораздо меньше по габаритам своего стандартного аналога, а значит, и стоимость его меньше, — подчеркнул Ким Мин Сонг. — Кроме того, преимуществом оборудования является возможность использовать в любое время и в любом месте функцию передачи полученной информации посредством сети Интернет.

Специалист также подчеркнул, что корейские разработчики в области IT готовы предложить в ближайшем будущем своим партнёрам интеллектуальные программы, которые смогут прогнозировать возможные заболевания пациента, анализируя данные его электронной медицинской карты.

– Приморское здравоохранение заинтересовано в развитии информационных технологий. Мы намерены и дальше внедрять самые современные медицинские системы и программы, в том числе и на отдалённых территориях, — отметил П.Серебряков.

Стороны намерены продолжить переговоры по развитию двустороннего сотрудничества в области телемедицины и информационных технологий в рамках третьего Восточного экономического форума, который вскоре пройдёт на острове Русском.

Николай РУДКОВСКИЙ,  
соб. корр. «МГ».

Владивосток.

Последние несколько лет Минздравом России интенсивно осуществлялась подготовка единых требований к оказанию медицинской помощи в виде клинических рекомендаций, совершенствовались порядки и правила оказания медицинской помощи по основным профилям.

Так, в рамках совершенствования нормативной правовой базы, регулирующей организацию и порядок проведения контроля качества медицинской помощи, приказом Минздрава России № 422ан утверждены подготовленные совместно с профессиональным сообществом и прошедшие общественное обсуждение критерии качества медицинской помощи. Кроме того, разработана и внедрена во всех регионах страны система мониторинга, включающая ключевые индикаторы качества медицинской помощи по 8 группам заболеваний – основным причинам смерти. Ежемесячно совместно с аппаратом главных специалистов Минздрав России проводит анализ качества медицинской помощи в каждом регионе страны, результаты которого широко обсуждаются на всероссийских совещаниях и видеоселекторах, выявляются и устраняются ошибки.

Аналогичная кропотливая работа ведётся в городской клинической больнице № 13 Департамента здравоохранения Москвы. О качестве оказания врачебной помощи в этом учреждении рассказала корреспонденту «МГ» заместитель главного врача кандидат медицинских наук **Алевтина КАПКАЕВА**, основным направлением деятельности которой вот уже много лет является управление организацией и контролем качества оказания медицинской помощи в многопрофильной скорпомощной больнице.

– **Алевтина Яковлевна, если бы врач и пациент одинаково понимали, что подразумевается под качеством оказания медицинской помощи, то, вероятно, не было бы такого количества жалоб на врачей, как сейчас?**

– Дело не только в этом. К сожалению, в настоящее время даже самая абсурдная жалоба против врачей принимается к рассмотрению. В целом же в здравоохранении обращает на себя внимание опасная тенденция не всегда обоснованного обращения пациентов в прокуратуру с последующим проведением длительных проверок с изъятием медицинской документации. Это во-первых. А во-вторых, врач обязан использовать абсолютно все доступные ему средства для лечения пациента.

Квалификация врача позволяет ему в отличие от пациента предвидеть, что в ходе даже самых простых медицинских манипуляций могут возникнуть осложнения или летальный исход в силу развития индивидуальной, я бы даже сказала, уникальной реакции пациента на медицинское вмешательство. В нашем учреждении, оценивая качество медицинских услуг, мы исходим прежде всего из того, что медицинская помощь должна быть эффективной, безопасной, действенной и,

что очень важно, своевременной. Но как бы то ни было, в любом случае нельзя избежать нежелательных последствий, разве что уменьшить их количество.

– **Например, анализируя медицинские карты?**

– Анализ карт в бумажном или электронном виде – это один из источников оценки качества оказания медицинской помощи. Надо сказать, это требует больших затрат времени и труда. Нужно уметь грамотно вычлнять информацию из об-

чества под началом Кристины Агароновой. Разработанные у нас программы «Внутрибольничный контроль (Врачебная комиссия)» и «Письменные обращения и жалобы» успешно внедрены в лечебный процесс и даже привлекают внимание коллег из других медицинских учреждений, желающих перенять наш опыт. В связи с ростом оказания высокотехнологичной медицинской помощи и одновременным усилением контроля со стороны бухгалтерско-экономического блока

ствующих стандартов оказания медицинской помощи. У нас, например, другая статистика – в этом году в нашей больнице отмечено уменьшение количества дефектов на треть по сравнению с прошлым годом. Это результат организации внутриведомственного контроля!

– **Какого плана дефекты выходят на первый план?**

– На первом месте – ненадлежащее оформление медицинской документации, затем – необоснованное удлинение предоперационного перио-

сской помощи, в 2016 г. были проведены 54 комиссии по внутрибольничному контролю выявленных дефектов, причём 51 комиссия из них проходила непосредственно с участием главного врача. В каждом пятом случае было применено дисциплинарное взыскание.

– **То есть очень важно управление качеством, осуществляемое руководителем медицинского учреждения, а врачу надо просто честно и качественно делать свою работу...**

## Авторитетное мнение

# Что стоит за словом «качество»? Особенности скорпомощной больницы

щей популяции, поскольку затраты на просмотр каждой карты непомерно высоки. Установлен 3-уровневый контроль качества медицинской помощи. На первом уровне оценка качества проводится в объёме 90–95% заведующими отделений, на втором – заместителями главного врача соответствующего профиля, на третьем – врачебной комиссией, председателем которой является главный врач лечебно-профилактического учреждения. В больнице организован кабинет контроля качества и безопасности медицинской деятельности, выполняющий в том числе экспертные функции. Врачи-эксперты обладают опытом и аккуратностью. Систематический ежедневный анализ врачебных ошибок ведёт к их уменьшению. Только в прошедшем году внутри учреждения было проверено почти 20 тыс. медицинских карт стационарных больных и 4,5 тыс. – амбулаторных.

– **Основной задачей «Отраслевой программы управления качеством в здравоохранении» является разработка и внедрение единой стратегии непрерывного повышения качества услуг в здравоохранении страны в соответствии с международными стандартами...**

– Мы идём к этому, понимая, что данная программа подразумевает управление качеством работы учреждения на всех уровнях, включая пациентов, их родственников, менеджеров, медицинский и технический персонал организации. Но у нас есть и свой многолетний опыт. По прошествии определённого времени стала реально ощутима правильность создания в нашей больнице кабинета контроля



да, отсутствие переводных эпикризов в отделение реанимации и интенсивной терапии. В 2016 г. врачебной комиссией больницы был проведён тщательный разбор 68 случаев обращений, в том числе жалоб и повторных обращений. Третья часть обращений была направлена в правительство Москвы, четверть – в Минздрав России, остальные – в Департамент здравоохранения столицы и администрацию Президента РФ.

– **А грубость персонала существует среди перечисленных дефектов?**

– К сожалению, нарушение этики и деонтологии не исключается, в большинстве своём являясь поводом неудовлетворённости качеством оказания медицинской помощи. Всё же большинство врачей стремятся повысить качество предоставляемой ими помощи, руководствуясь именно принципами этики и деонтологии. Удовлетворённость пациентов оцениваем путём проведения их анкетирования.

– **А как сами врачи и средний медицинский персонал относятся к системе управления и контроля качества медицинской помощи? Не сопротивляются?**

– Уровень сопротивления персонала зависит на 100% от уровня управленческих компетенций руководителя. Главный врач заслуженный врач РФ Леонид Аронов руководит больницей с 1995 г. и досконально знает все тонкости организации лечебного процесса наряду с потребностями трудового коллектива. Учитывая большие объёмы оказания медицин-

– Да, это самое главное! Тогда и повышается удовлетворённость пациентов, что обязательно сказывается на показателях результатов лечения по их собственной оценке. Как следствие, со стороны пациентов снижается число жалоб. Мы видим реальные результаты использования управленческих ресурсов. Это улучшение доступности записи к врачам, разгрузка терапевтической службы и приёма специалистов, увеличение времени работы врачей с хроническими пациентами диспансерной группы и другие показатели деятельности поликлинических отделений за 3 года.

В отделениях стационара, например реанимации и интенсивной терапии, для больных с острым нарушением мозгового кровообращения, возглавляемого доктором Сергеем Очкиным, только по результатам 2016 г. в сравнении с 2015 г., увеличилось число пролеченных больных на 562 человека, уменьшился средний койко-день на 0,8 и значительно снизилась летальность в отделении – с 13,9 до 8,3%. Такие результаты действительно радуют. И конечно же, не надо забывать о благодарности сотрудников, чей профессионализм даёт возможность говорить о качестве и безопасности медицинской деятельности в нашем учреждении, ведь качество оказания врачебной помощи напрямую связано с квалификацией специалистов. А для повышения квалификации у нас есть все условия. Наша больница является клинической базой для ведущих медицинских вузов страны – Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова, Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И.Евдокимова, Российского университета дружбы народов.

Беседу вела  
Наиля САФИНА,  
корр. «МГ».

Москва.

**Психолого-педагогический подход к лечебно-реабилитационной практике был в центре внимания специального симпозиума, состоявшегося в Москве в рамках последнего конгресса «Человек и лекарство». Общим положениям и деталям такого подхода были посвящены выступления сотрудников кафедры педагогики и психологии факультета последипломного образования Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П.Павлова.**

### Раскрываем термин

Открыла симпозиум заведующая вышеозначенной кафедрой, доктор медицинских наук, профессор Нина Ванчакова. Она отметила, что одним из основных объектов приложения усилий профильных специалистов – клинических психологов, психотерапевтов, педагогов – является трудный пациент. Всем известное словосочетание. Ему, наверное, столько же лет, сколько и самой науке врачевания, но лишь сравнительно недавно, в последней четверти прошлого века, в трудах румынского клинициста А.Паунеску-Подяну оно обрело более или менее чёткий смысл и с тех пор фигурирует как медицинский термин. Тому способствовало появление большого количества пациентов, которые активно обращались за медицинской помощью, предъявляли серьёзные жалобы, их долго и тщательно обследовали, ставились грозные диагнозы, нередко дело доходило до оперативных вмешательств. И... диагнозы не подтверждались. Страдали больные, неоправданные расходы несло здравоохранение, били тревогу страховые компании. Довольно быстро стало понятно, что причина – в ошибочном понимании симптомов и клиники заболевания в каждом конкретном случае и (что нужно подчеркнуть особо) невнимании к нарушению поведения у больных, наличию у них когнитивного дефицита, алекситимии, то есть неспособности выразить своё состояние с помощью речи, а также психических расстройств, которые маскируются под телесные недуги.

На сегодняшний день в понятие трудный пациент включают больных, которым трудно поставить диагноз и проблемных с точки зрения общения, медицинского ведения и решения медико-социальных проблем.

В группе трудных пациентов выделяют ряд подгрупп. К первой Н.Ванчакова отнесла больных с низкой мотивацией лечения. Зачастую она связана с необходимостью резко изменить привычный уклад жизни вследствие поставленного диагноза и назначенной терапии. Например, процедуры гемодиализа требуют не только значительных временных затрат, но и ограничения свободы. Больной на гемодиализе не может свободно поехать в любой город, в какой захочется. Он должен быть уверен, что в этом городе имеется гемодиализный центр и его готовы в нём принять. Изменение семейного, профессионального, финансового статуса из-за болезни также способно снизить мотивацию лечения. Предположим, у мужчины диагностирована ИБС и ему рекомендовано сменить работу, а следовательно, изменить своё социальное положение, перестать быть основным добытчиком средств в семье. Увы, поговорка «здоровье превыше всего» актуальна далеко не всегда. Нередко такой мужчина предпочитает «не замечать» болезни, игнорирует рекомендации врачей: потеря статуса для него страшнее полной инвалидизации и даже смерти. Свой вклад в снижение мотивации вносит и необходимость соблюдать ограничения в питании, водно-питьевой режим.

Так, больные с метаболическим синдромом в большом проценте случаев не способны изменить свои привычки и удерживаться на предписанной им диете, в связи с чем охотнее соглашаются на хирургические методы лечения, чем на терапевтические. Наконец зависимость от медицинского персонала, социальных служб, родственников для многих превращается в невыносимое бремя.

Другая группа в ряду трудных пациентов – это больные с поведенческими расстройствами, за которыми скрываются нару-

ки депрессии? – сформулировала вопрос Н.Ванчакова. И сама же дала на него ответ. Сперва-наперво это пациенты с толстой амбулаторной картой, которые в течение года обследуются и не имеют диагноза. Это пациенты с большим количеством полиморфных жалоб, с хроническими болями, нарушениями сна. Это больные, которым поставили диагноз, но не получается подобрать терапию. Для диагностики депрессии достаточно выявить две вещи: во-первых, испытывает ли человек снижение настроения,

неспецифической психотерапевтической поддержкой и психотерапией как методом лечения.

### Учат в школе

О психолого-педагогической работе с трудными пациентами в рамках специализированных школ рассказала ассистент кафедры Вероника Денищенко. Такая форма взаимодействия, подчеркнула Вероника Александровна, имеет своей целью создание условий для принятия больным оптимальных решений в отношении своего

никак трудности в привлечении пациентов к активному участию и предоставлении каждому равного внимания. Существует риск авторитарного (вертикального) инструктирования. Наконец самовыражаться в коллективе, особенно трудным пациентам, намного сложнее, чем во время общения один на один.

### По законам психодрамы

Современный врач должен обладать не только лечебными навыками, но и навыками, обеспечивающими эффективный контакт с пациентом и его окружением. Студенты, ординаторы, аспиранты медицинских вузов сегодня получают психолого-педагогическую подготовку, согласно новым требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО 3+). Этой справкой предварила своё выступление кандидат педагогических наук доцент кафедры Наталья Красильникова. Она рассказала, как приёмы психодраматического метода используются в качестве инструмента повышения эффективности лечебно-реабилитационной практики, в частности при работе с трудными пациентами.

Психодрама, пояснила Наталья Валерьевна, – это метод групповой психотерапии, предполагающий использование театрализованной (драматической) импровизации для исследования своего внутреннего мира, развития творческого потенциала и на этой основе продуктивного изменения отношения к бытию в различных его аспектах, а также расширения возможностей адекватного взаимодействия. В качестве субъекта терапевтических изменений может выступать не только индивид, но и группа. На психодраму оказали влияние философия прагматизма, психоанализ, экзистенциалистская традиция в психологии. Психодраматический метод активно применяется при формировании у пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих. При образовательной работе с врачами с помощью данного метода обучающиеся получают новый опыт посредством драматизированного изображения профессиональных проблемных ситуаций. Вхождение в предлагаемую ситуацию и её эмоциональное переживание направлены на формирование ценностных ориентиров, развитие коммуникативных навыков, опыта саморегуляции.

Для оценки знаний, полученных в ходе обучения с помощью психодраматического метода, используются индивидуальные собеседование и письменные ответы на вопросы. Для оценки же навыков используются практические контрольные задания с простым ответом или коротким действием. В качестве практического задания может быть предложено принять решение в нестандартной ситуации (например, в ситуации выбора, при многоальтернативности решений и т.п.).

Метод уже хорошо зарекомендовал себя в работе с учащимися Первого СПбГУ им. И.П.Павлова. 96% респондентов положительно оценили опыт, полученный в ходе ролевых игр, и лишь 4% затруднились дать однозначную оценку.

\* \* \*

Педагогический процесс, ориентированный на больного, а вместе с тем на формирование у врача новых компетенций, – настоящая потребность современной медицины, в том числе для адекватного лечения трудных пациентов. Такой вывод был сделан в заключение симпозиума.

Тимофей КОЗЛОВ,  
корр. «МГ».

### Деловые встречи

# Знакомьтесь: трудный пациент

Такому больному требуется помощь далеко не только врача соматического профиля



Доверительный разговор

шения настроения и когнитивный дефицит. Кроме расстройств настроения негативное влияние на лечение и реабилитацию оказывают и многие другие психические нарушения и психологические особенности пациентов. Здесь следует выделить синдромы хронической боли и хронического зуда, нарушения сна, наличие тревоги и депрессии как коморбидного расстройства при соматической патологии. Отнюдь не редкость изменение личности под влиянием болезни, когда больной становится раздражительным, конфликтным, всегда на чём-то настаивает и стремится руководить действиями доктора сообразно своим представлениям о болезни. Нежелание изменить своё положение в социально-личностной среде, о котором говорилось выше, способно вызывать внутренние психосоматические и невротические конфликты, которые также не способствуют успеху терапии и реабилитации.

Важнейший феномен, определяющий мотивацию к лечению, – это катастрофизация. Её трактуют как отсутствие ощущения управления ситуацией, чрезмерное беспокойство о будущем, как тенденцию считать жизнь невыносимой. Установлено, что женщины, страдающие соматическими заболеваниями, в клинике которых присутствует хроническая боль, чаще обнаруживают катастрофизацию, чем мужчины с тем же синдромом.

### Карта пухлая – насторожись!

Для каких пациентов общей соматической сети необходимо обсудить возможность диагности-

чувство подавленности, тоски или безнадежности; во-вторых, утратил ли он прежние интересы или способность испытывать удовольствие от того, что было приятно раньше. Если в первом случае ответ положительный, то у пациента пониженное настроение. Если во втором – у него ангедония, являющаяся одним из стержневых симптомов депрессии.

Психолого-педагогическое взаимодействие с пациентом с целью его обучения, коррекции психологического состояния и т.д. осуществляется как непосредственно в ходе лечебно-реабилитационной работы, так и в рамках формализованных школ пациента (очных, дистанционных, очно-дистанционных). При этом среди прочего у пациента формируются установки на сохранение собственного здоровья, толерантность к сеансу лечения, навыки саморегуляции и релаксации.

Внедрение комплексных программ психосоматического сопровождения идёт не без трудностей. Среди них профессор Н.Ванчакова назвала непрописанность психотерапевтической помощи и занятий в школах пациентов в ряде клинических стандартов, а также незащищённость соответствующих статей расходов. Очень мешает делу разобщённость учреждений разного медицинского профиля. Кроме того, многие клиницисты переоценивают свои возможности психотерапевтического и психолого-педагогического воздействия. Иной раз приходится слышать от кардиолога или онколога: «А зачем нам психотерапевты? Я своих больных знаю лучше, я для них лучший психотерапевт». К глубокому сожалению, такие специалисты плохо понимают различие между

здоровья в частности и жизни в целом. Перед организаторами школ в первую очередь стоит задача сформировать у трудного пациента приверженность к лечению и повысить его мотивацию к овладению определёнными знаниями и специальными навыками. У больного должны быть сформированы правильные представления о болезни, её осложнениях, вариантах течения и факторах, на них влияющих. Крайне важно чётко проинформировать пациента о социальных структурах и формах социальной помощи, доступных ему. И, разумеется, у посетителя школы должны быть сформированы навыки использования приборов, необходимых им для осуществления контроля за своим состоянием.

В.Денищенко сформулировала перечень рекомендаций, которые помогут организаторам школ пациента избежать некоторых наиболее распространённых ошибок при их проведении. В первую очередь следует избегать большого объёма информации и не перегружать участников обучающимися материалами. Важно в полной мере использовать возможности убеждения больного, но ни в коем случае нельзя прибегать к психологическому давлению, а тем более запугиванию. Следует помнить, что мелочи имеют большое значение.

Организация обучения пациентов может иметь как индивидуальную, так и групповую формы. Каждая из них имеет свои преимущества и недостатки. Так, при индивидуальном обучении процесс носит персонализированный характер и пациент чувствует себя как бы в привилегированном положении. У ведущего школы в этом случае есть возможность определить специфические нужды своего подопечного, наладить с ним лучший контакт, почувствовать индивидуальный «ритм» пациента, который в итоге получает более высокий уровень знаний и навыков. В то же время индивидуальное занятие не предполагает сравнения с другими обучающимися и групповой динамики. И, как бы это ни казалось странным, существует риск несовместимости ведущего с трудным пациентом. К преимуществам групп можно отнести обмен опытом между пациентами, соревновательность, сопоставление мнений, стимулирование учебного процесса, активное использование «проблемных ситуаций». Но и недостатков хватает. Могут воз-

# КОНСПЕКТ ВРАЧА

ВЫПУСК № 63 (2093)

**Вагинит (кольпит) – это инфекционно-воспалительное заболевание слизистой влагалища различной этиологии.**

## Коды по МКБ-10

N76 Другие воспалительные заболевания влагалища и вульвы  
Исключено: старческий (атрофический) вагинит (N95.2)

N76.2 Острый вагинит

N76.1 Подострый и хронический вагинит

N77.1\* Вагинит, вульвит и вульвовагинит при инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках.

\*номера, помеченные звездочкой (\*) не могут использоваться как самостоятельные номера, а только в совокупности с первичным номером, помеченным плюсом (+).

A59 Трихомониаз

A59.0 Урогенитальный трихомониаз

A63.8 Другие уточнённые заболевания, передающиеся преимущественно половым путём.

## Эпидемиология

По данным различных авторов, частота вагинитов (кольпитов) составляет 60-65%, они являются одной из наиболее частых причин обращения к врачу. Наличие воспаления слизистой наружных половых органов и влагалища свидетельствует о нарушении микробиотоза.

Нормальная микрофлора очень чувствительна к местным условиям и гормональным влияниям. Эстрогены способствуют депозиту гликогена, гликоген – оптимальный субстрат для роста лактобактерий. В процессе ферментации гликогена лактобактериями создаётся кислая среда, это способствует размножению кислотоустойчивых бактерий, определяющих нормальную микрофлору, и ограничивает или подавляет рост патогенных бактерий. Нормальная вагинальная экосистема у женщин включает аэробные и анаэробные виды бактерий. К неспецифическим защитным факторам, кроме того, относится слизь, в которой содержатся лизоцим, лактоферрин, дефенсин, цинк, обладающие бактериостатическим и бактерицидным действием. Специфические механизмы защиты определяются макрофагальной реакцией и продукцией противовоспалительных цитокинов.

## Факторы и группы риска

Факторами, способствующими развитию вагинитов (кольпитов), являются общие заболевания – тонзиллогенная инфекция, диабет, ожирение, гипофункция яичников, механические воздействия, гелиминтоз (острицы), заболевания мочевой системы (цистит, уретрит, пиелонефрит), раздражение половых органов химическими веществами на производстве, нерациональное применение антибиотиков, нарушение гигиены, беспорядочные половые контакты без использования барьерных методов защиты.

Таким образом, к группе риска по развитию вагинитов (кольпитов) относятся женщины различных возрастных групп с наличием заболеваний внутренних органов, преимущественно желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной и эндокринной систем; женщины, длительно принимающие антибиотики или проходящие химиотерапию и лучевую терапию по поводу рака; женщины, ведущие асоциальный образ жизни.

## Скрининг

Основным в диагностическом скрининге вульвовагинитов и вагинитов (кольпитов) является клиника заболе-

вания. Больные жалуются на жжение и боли в области наружных половых органов и влагалища, усиливающиеся при ходьбе и мочеиспускании, обильные выделения, зуд, диспареунию. При хроническом течении заболевания указанные признаки выражены меньше. Острая стадия может характеризоваться гипертермией, субфебрилитетом и отёчностью тканей вульвы, гиперемией, наличием серозно-гнойных и гнойных выделений, возможны изъязвления. Тщательный сбор анамнеза, оценка факторов риска не являются

преимущественно из лактобактерий, замещается анаэробными бактериями, такими как *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium*, *Mobiluncus* и анаэробными кокками. Бактериальный вагиноз характеризуется резким или полным снижением лактобактерий. Изменения вагинального микробиотоза может происходить под влиянием большого числа факторов, среди которых на первом месте гормональные. Имеет значение наличие некомпенсированных заболеваний желудочно-кишечного тракта, мочевыделительной системы, диабета, проведение лучевой терапии, приём антибиотиков, однако достаточно частое заболевание невозможно связать ни с одним из провоцирующих факторов.

В большинстве случаев женщины предъявляют жалобы на обильные жидкие гомогенные серовато-белые выделения, имеющие неприятный

– отсутствие в мазке лейкоцитов или незначительное их количество;  
– отсутствие лактобацилл или незначительное их количество;  
– обильное количество бактерий, покрывающих всё поле зрения: мелкие кокки, коккобактерии, вибрионы;  
– наличие ключевых клеток *clue cells* – клеток плоского влагалищного эпителия, покрытых большим количеством бактерий, вследствие «суперадгезии» на поверхности клеток.

Дополнительно необходимо измерить индикаторной бумажкой pH влагалищных выделений (как правило, на гинекологическом зеркале), обычно он не превышает 4,7. При добавлении капли 10%-ного раствора КОН к влагалищным выделениям ощущается неприятный запах «гниющей рыбы», обусловленный выделением летучих аминов – продуктов метаболизма анаэробных микроорганизмов. Необходимо

# Диагностика, лечение и профилактика вагинитов в общей врачебной практике

## Федеральные клинические рекомендации

диагностическими, но позволяют предположительно определить этиологию заболевания и до получения результата микробиологического исследования отделяемого назначить лечение *ex juvantibus*.

## Классификация

Воспалительные заболевания классифицируются по этиологии, клиническому течению – острые, подострые, хронические, а также обострения хронического процесса. К хроническим относят заболевания с длительностью процесса более 2 месяцев или случаи, когда установлена давность заболевания не представляется возможным.

В репродуктивном возрасте воспалительные процессы могут быть обусловлены как возбудителями неспецифической, так и специфической этиологии. Неспецифические вульвовагиниты и вагиниты (кольпиты) – это инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные действием условно-патогенных микроорганизмов (кишечная палочка, стрептококки, стафилококки, *Gardnerella vaginalis* и др.). Специфические вульвовагиниты и вагиниты (кольпиты) могут быть обусловлены инфекционными заболеваниями, передаваемыми половым путём (хламидиоз, микоплазмоз, трихомониаз, вирусные заболевания и др.). А также причиной вульвовагинитов и вагинитов (кольпитов) могут быть дрожжеподобные грибы рода *Candida*.

## Бактериальный вагиноз

Бактериальный вагиноз не является инфекцией и оценивается как дисбактериоз влагалища, при котором нормальная вагинальная флора, состоящая

«рыбный» запах. При осмотре в зеркалах не отмечается воспалительной реакции со стороны влагалища, но имеются обильные выделения. Заболевание протекает без осложнений, однако при отсутствии терапии возможны эндометрит, сальпингофорит, особенно после инвазивных гинекологических манипуляций. При бактериальном вагинозе у беременных женщин вследствие восходящей инфекции возможно инфицирование плодных оболочек и околоплодных вод, что может привести к прерыванию беременности на различных сроках беременности и преждевременным родам. Диагностика бактериального вагиноза основана на критериях Amsel:

1. Обильные выделения из влагалища с неприятным запахом (запах аммиака или «рыбный» запах).
2. Наличие «ключевых» клеток при микроскопии мазков из влагалища.
3. pH влагалищного содержимого более чем 4,5.
4. Положительный аминный тест (капля выделений смешивается с каплей 10% КОН, появляется запах аммиака).

Наличие 3 из 4 перечисленных признаков свидетельствует о бактериальном вагинозе. Лабораторная диагностика основывается на микроскопических методах. Микроскопии подвергаются влажные (нативные) мазки с передней стенки влагалища и из заднего свода, что позволяет врачу самому поставить диагноз (*bed sed*), а так же окрашенные метиленовым синим.

Показатели, характерные для влагалищного мазка при бактериальном вагинозе:

отметить бесполезность выделения чистой культуры *Gardnerella vaginalis* при определении её ДНК методом ПЦР. Поскольку этот микроорганизм самостоятельного этиологического значения при бактериальном вагинозе не имеет.

## Кандидозный вагинит

Кандидозный вагинит – это заболевание слизистых оболочек гениталий, вызванное дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Кандидоз встречается часто, около 75% всех женщин перенесли хотя бы один эпизод этого заболевания в своей жизни. Кандидоз не является ИППП, но может свидетельствовать об изменениях гормонального и/или иммунного статуса. Следует отметить, что около 20% здоровых женщин являются носителями дрожжеподобных грибов во влагалище, что не требует лечения.

Дрожжеподобные грибы рода *Candida* относятся к классу *Cryptococcaceae* несовершенных грибов *Deuteromycetes*, так как не имеют половых форм размножения и половых спор. Морфологически они являются одноклеточными организмами, клетки имеют округлую или овальную форму, при линейном расположении почкующихся элементов образуют нитевидные формы – гифы и псевдогифы (мицелий). При исследовании вагинального отделяемого наиболее часто выделяют вид *Candida albicans* (около 90%), а также другие виды этого рода – *C.tropicalis*, *C.krusei*, *C.parapsilosis*, *C.Torulopsis glabrata*. Дрожжеподобные грибы рода *Candida* – условно-патогенные беспло-

(Продолжение на стр. 8-9.)

(Продолжение. Начало на стр. 7.)

ровые диморфные грибы, являющиеся факультативными анаэробами. Они хорошо переносят высушивание и замораживание, размножаются многополярным почкованием.

Грибы рода *Candida* обнаруживаются в воздухе, почве, на овощах и фруктах, кондитерских изделиях, являются представителем нормальной микрофлоры кишечника, слизистой оболочки рта, наружных гениталий и прямой кишки.

Колонизация дрожжеподобными грибами рода *Candida* слизистых оболочек гениталий, как и манифестный кандидоз, являются проявлением ослабления иммунитета. Это заболевание называют «болезнью больных». К эндогенным факторам развития кандидоза относятся эндокринные заболевания (гиперкортицизм, сахарный диабет и гипотиреоз), тяжёлые общие заболевания (лейкемия, лимфома, ВИЧ-инфекция и др.), патологически протекающая беременность. В настоящее время наиболее часто способствуют развитию кандидоза применение антибиотиков с широким спектром антибактериального действия, глюкокортикостероидов, цитостатиков, гормональная контрацепция. К экзогенным факторам относятся повышенная температура и избыточная влажность, приводящие к мацерации и повреждению кожи и слизистых оболочек, микротравмы и др. Сочетание нескольких predisposing факторов повышают риск развития кандидозного вагинита (кольпита).

Кандидозный вагинит характеризуется образованием на гиперемизированной слизистой оболочке влагалища беловатого налёта. Появляются характерные «творожистые» белые выделения. Больные жалуются на мучительный зуд и жжение. Возможны жжение вульвы при мочеиспускании и болезненность при половом контакте. Кандидозный вагинит отличается упорным течением и склонностью к рецидивированию. При хроническом рецидивирующем заболевании обострение отмечается перед началом менструации. Возможна передача заболевания половому партнёру, ребёнку во время родов.

Клинически заболевание проявляется характерными признаками (сильный зуд во влагалище, выделения «творожистого» характера без запаха). При исследовании вагинального отделяемого выделяют вид *Candida albicans* (около 90%), а также другие виды этого рода. Материалом для исследования служит выделяемое из влагалища, уретры и моча. Для микроскопии используют неокрашенные препараты, а также препараты, обработанные КОН, окрашенные по Грамму, Романовскому – Гимзе и метиленовым синим. В основе диагноза лежит обнаружение элементов гриба: единичных почкующихся клеток, псевдомицелия, других морфологических форм (бластоконидии, псевдогрифы).

### Трихомоноз

Возбудителем, вызывающим трихомоноз, является простейшее из класса жгутиковых *Trichomonas vaginalis* – это одноклеточный паразит, ограниченный клеточной мембраной, овальной или грушевидной формы. При обычных диагностических исследованиях ориентируются на величину, форму клетки и подвижность.

Половой путь передачи является доминирующим. У мужчин в 50-70% случаев трихомоноз протекает бессимптомно, у женщин заболевание более выражено, редко встречаются бессимптомные формы. К факторам, способствующим трихомонадной инвазии, относятся изменения pH влагалища и гормональные нарушения.

### Кандидозный вульвовагинит:

#### Лечение вне беременности

Лечение вне беременности		
Лечение острого кандидоза	Метамидин* Эконазол* Изоконазол* Альтернативные схемы Препараты флуконазола*	Интравагинально 1 свеча 100 мг в течение 6-9 дней Интравагинально 1 свеча 150 мг перед сном 3 дня Интравагинально 1 свеча 600 мг однократно перед сном Внутри 150 мг однократно
Лечение хронического кандидоза	Наряду с местным лечением, указанным выше, применяются препараты системного действия	
	Препараты флуконазола* или итраконазола*	Внутри 150 мг однократно (в случае рецидива повторный приём препарата через 10 дней) Внутри 200 мг 2 раза в течение 24 часов
	Альтернативные схемы Итраконазол* или натамицин**	Внутри 200 мг 1 раз в сутки в течение 3 дней Сочетанное применение вагинальных свечей и пероральных таблеток. По 1 свече интравагинально 6-9 дней и по 100 мг 4 раза в день 5-10 дней

(\*) – Классификация FDA, США – категория В

Уровень достоверности – 2а

(\*\*) – Классификация FDA, США – категория А

Уровень достоверности – 1а

#### Лечение беременных

Лечение острого кандидоза	Натамицин* – в I, II, III триместрах Альтернативные схемы Этроконазол*	Интравагинально по 1 свече (100 мг) в течение 6 дней Интравагинально по 1 свече (150 мг) перед сном в течение 3 дней
Лечение хронического кандидоза	Натамицин** – в I, II, III триместрах	Интравагинально по 1 свече (100 мг) в течение 9 дней в сочетании с пероральными таблетками по 100 мг 4 раза в сутки 7-10 дней
Контроль излеченности	Не требуется. Инфекция считается излеченной, если у пациентки нет клинических признаков заболевания	
Лечение полового партнёра	Только в том случае, если у партнёра имеется кандидозный баланит/баланопостит	
Выявление контактов Регистрация	Не требуется	

(\*) – Классификация FDA, США – категория В

Уровень достоверности – 2а

(\*\*) – Классификация FDA, США – категория А

Уровень достоверности – 1а

### Бактериальный вагиноз:

#### Лечение вне беременности

Лечение вне беременности	
<b>Орнидазол*</b>	<b>500 мг 2 раза в сутки в течение 5 дней</b>
Альтернативные схемы Метронидазол*	Внутри 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней
Повидон-йод** вагинальные суппозитории	Интравагинально по 1 свече в день перед сном в течение 7 дней (острое течение) и по 1 свече 2 раза в день в течение 7 дней (хроническое течение)
Клиндамицин** – вагинальный крем	Интравагинально 5 г (разовая доза) 2%-ного вагинального крема вводится с помощью прилагаемого аппликатора 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней
Тержинан*	Интравагинально 1 таблетка перед сном в течение 10 дней

(\*) – Классификация FDA, США – категория В

Уровень достоверности – 2а

(\*\*) – Классификация FDA, США – категория А

Уровень достоверности – 1а

#### Лечение беременных (исключительно местная терапия)

В первом триместре беременности В первой половине беременности	Повидон-йод** – вагинальные суппозитории Клиндамицин** – вагинальный крем	По 1 свече перед сном в течение 7 дней Интравагинально 5 г (разовая доза) 2%-ного вагинального крема вводится с помощью прилагаемого аппликатора 1 раз в сутки перед сном в течение 3 дней местно
Во второй половине беременности	Тержинан*	Интравагинально 1 таблетка перед сном в течение 10 дней
Контроль излеченности	Не требуется Бактериальный вагиноз считается излеченным, когда исчезают клинические проявления	
Выявление контактов	Не требуется	
Лечение партнёра	Не требуется	
Регистрация	Не требуется	

(\*) – Классификация FDA, США – категория В

Уровень достоверности – 2а

(\*\*) – Классификация FDA, США – категория А

Уровень достоверности – 1а

Инкубационный период варьирует от 3 до 1 месяца и в среднем составляет 1-12 дней. Без лечения процесс может продолжаться неопределённо долго.

Острый вагинит (кольпит) протекает с обильными жидкими, пенящимися выделениями беловатого или желтоватого цвета с неприятным запахом, зудом наружных половых органов, болезненностью при половом акте. При восходящем процессе возможно развитие ВЗОМТ с характерной симптоматикой: боли внизу живота, нарушение менструального цикла, гипертермия и др.

Основным методом диагностики до настоящего времени остаётся микроскопическое исследование. В патологическом материале выявляют живые подвижные трихомонады в нативном материале, методом «раздавленной капли» или в мазке, окрашенной метиленовым синим (1%-ный раствор по Леффлеру), по Грамму и по Романовскому – Гимзе. Для культурального исследования используют тест-системы Vagicult (Финляндия) или любую жидкую питательную среду, обогащённую эмбриональной сывороткой крупного рогатого скота. Использование ПЦР-диагностики не является достоверным, метод нередко даёт ложноположительные результаты.

### Бактериальный вагинит

Это чаще всего хронический клинически выраженный вагинит, который часто принимается за трихомонадный кольпит в связи со схожестью симптоматики и обильными выделениями жёлтого цвета. Возбудителями этого заболевания являются стрептококки группы А, золотистый стафилококк или просто условно-патогенная флора. Как правило, у пациентки имеются жалобы на хронические выделения жёлтого цвета в течение нескольких лет и неоднократные попытки терапии с использованием антибиотиков и противомикробных препаратов. При осмотре влагалища обнаруживается диффузная или пятнистая гиперемия с плоскими узелками, которые имеют незначительную пигментацию. Выделения обильные, вязкие, жёлтого цвета, pH варьирует между 4,5 и 6,0.

При микроскопическом исследовании мазков обнаруживается выраженный лейкоцитоз, неопределённая смешанная флора и незрелые эпителиальные клетки. Важным диагностическим критерием постановки диагноза является культуральное исследование.

### Осложнения заболевания

Вагиниты любой этиологии могут привести к развитию восходящей инфекции и ВЗОМТ, эктопической беременности, болезни Рейтера, синдрому хронических тазовых болей. Особенно серьёзными могут быть осложнения во время беременности: угроза прерывания бе-

Таблица 4

Трихомоноз:

Лечение вне беременности и беременных

Таблица 5

Неосложнённая инфекция	Орнидазол* или Тинидазол*	Внутрь 1,5 г однократно перед сном Внутрь 2,0 г однократно перед сном
	Альтернативные схемы Орнидазол* или Метронидазол*	Внутрь по 500 мг каждые 12 часов 5 дней Внутрь по 500 мг каждые 12 часов 7 дней
Осложнённая инфекция	Орнидазол*	Внутрь по 500 мг каждые 12 часов 10 дней
	Альтернативные схемы Метронидазол* или Тинидазол*	Внутрь по 500 мг каждые 6 часов 7 дней Внутрь 2,0 г 1 раз в сутки в течение 3 дней
	Возможно одновременное применение местнодействующих противопротозойных и противовоспалительных препаратов	
Лечение беременных (со II триместра)	Орнидазол*	Внутрь 1,5 г однократно перед сном
	Альтернативные схемы Тинидазол*	Внутрь 2,0 г однократно перед сном
Лечение партнёра	Партнёр обследуется на трихомонады и другие ИППП и лечится, даже если Trichomonas vaginalis у него не обнаружены	
Выявление контактов	Необходимо	
Регистрация	Направляется экстренное извещение в КВД по форме 089/у-кв	

(\*) – Классификация FDA, США – категория B  
Уровень достоверности – 2a

ременности, плацентит, хориоамнионит, внутриутробное инфицирование плода.

Лечение вагинитов в условиях общей врачебной практики

Для подтверждения диагноза и определения тактики лечения вагинитов врач общей практики должен сделать следующие исследования:

- осмотр влагалища в зеркалах и определение pH влагалища;
- общий мазок на флору;
- ПЦР на инфекции передающиеся половым путём.

Это позволит ему определить тактику лечения пациента и выбрать оптимальную терапию. При выборе терапии необходимо учитывать наличие у женщины беременности.

Кроме того, в качестве лечения рецидивирующего бактериального вагиноза (вне беременности) одновременно с химиотерапией может использоваться вакцина Солкотриховак (внутримышечно 3 инъекции по 0,5 мл с интервалом 2 недели). (Классификация FDA, США – категория C; уровень достоверности – 2b).

Показания к консультации специалистов

В случае, если для врача общей практики клиническая картина неясна и отсутствует эффект от проводимой терапии, он обязан направить пациента на консультацию к специалисту, при этом круг специалистов может быть расширен по усмотрению врача – гинеколога, дерматовенеролога, инфекциониста.

Показания к госпитализации больного

Показаний к госпитализации пациентов нет.

Профилактика. Обучение пациентов

Профилактика воспалительных и инфекционно-воспалительных процессов во влагалище включает рекомендации по соблюдению гигиенических мероприятий, использование барьерных методов контрацепции во время спонтанных половых актов.

Прогноз

Прогноз для пациентов благоприятный. Неудовлетворительным прогноз может быть для беременных женщин в случае, если течение заболевания принимает рецидивирующий характер: самопроизвольное прерывание беременности, отслойка нормально расположенной плаценты, хориоамнионит, внутриутробное инфицирование плода. В этом случае врач общей практики определяет необходимость дополнительной консультации гинеколога.

Порядок оказания лечебно-диагностической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях

Для оказания диагностической и лечебной помощи пациентам с вагинитами используются возможности врача общей практики. Госпитализация не требуется. Диагноз выставляется синдромальный и этиологический.

Примерная формулировка диагноза для врача общей практики:

- кандидозный вагинит (кольпит);
- трихомонадный вагинит (кольпит);
- бактериальный вагиноз;
- бактериальный вагинит (в скобках указать этиологию).

Под редакцией  
главного специалиста  
Минздрава России  
по семейной медицине  
(общей врачебной практике)  
академика РАН  
Игоря ДЕНИСОВА.

Список сокращений

- ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза
- КОН – калиевая щелочь
- мл – миллилитр
- ПЦР – полимеразная цепная реакция
- pH – кислотность среды влагалища
- FDA – Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных препаратов (США)

Бактериальный вагинит

Таблица 6

Этиология	Лечебные, реабилитационные мероприятия	
Гнойный вагинит (плазмодитно-клеточный)	Клиндамицин**	Интравагинально 5 г (разовая доза) 2%-ного вагинального крема вводится с помощью прилагаемого аппликатора 1 раз в сутки перед сном в течение 7 дней (острый процесс)
	Клиндамицин**	Интравагинально 5 г (разовая доза) 2%-ного вагинального крема вводится с помощью прилагаемого аппликатора 1 раз в сутки перед сном в течение 2-3 недель
	Реабилитация: суппозитории с эстрогенами для укрепления эпителия Влагалищные таблетки с витамином С (клиндамицин подавляет рост лактобацилл) Гигиена кожи промежности с использованием средств, содержащих лаванду, растительное масло и витамина Е	
Вагинит, вызываемый стрептококками группы А	В связи с тем, что стрептококки группы А могут быть причиной наиболее тяжёлых инфекций, во всех случаях обнаружения во влагалище показана терапия антибиотиками: пенициллин*, амоксициллин* или один из цефалоспоринов* в стандартных дозировках в течение 10 дней	
	Контроль – бактериологическое подтверждение элиминации возбудителя	
	При рецидиве – найти возможный источник инфекции, например среди членов семьи, которые должны получить терапию	
Вагинит, вызываемый золотистым стафилококком	Лечение рекомендуется только при остром процессе или если на фоне неясной клинической симптоматики во влагалище обнаруживается золотистый стафилококк. Принимая во внимание ограниченную патогенность, терапия проводится местными дезинфицирующими препаратами Этот возбудитель подлежит элиминации из влагалища перед операцией или во время беременности	
	Контроль – бактериологическое подтверждение элиминации возбудителя	
Регистрация	Не требуется	

(\*) – Классификация FDA, США – категория B  
Уровень достоверности – 2a

(\*\*) – Классификация FDA, США – категория A  
Уровень достоверности – 1a

Алгоритм ведения пациентов с вагинитами различной этиологии в условиях общей врачебной практики



# Ведение больных с псориатическим артритом

## Федеральные клинические рекомендации

(Окончание. Начало в № 65 от 01.09.2017.)

A	Ингибиторы ФНО- $\alpha$ рекомендуются больным с острыми множественными дактилитами (вовлечение 3 пальцев и более) с функциональными нарушениями и недостаточным ответом на лечение НПВП, в/с ГК, БПВП
C	Ингибиторы ФНО- $\alpha$ назначают больным ПсА с активным спондилитом (BASDAI > 4) с функциональными нарушениями при отсутствии эффекта от НПВП в течение более 4 недель
D	Ингибиторы ФНО- $\alpha$ назначают больным с активным ПсА при наличии факторов неблагоприятного прогноза (полиартрит, эрозии, повышение уровня С-реактивного белка, предшествующий приём ГК), клинически значимом псориазе (по согласованию с дерматологом) даже без предшествующего назначения БПВП
A	Устекинумаб уменьшает активность артрита, дактилита, энтезита и псориаза, задерживает рентгенологическое прогрессирование эрозий суставов, улучшает качество жизни больных. Устекинумаб применяется как в режиме монотерапии, так и в сочетании с метотрексатом
C	Данных о применении ГИБП в сочетании с другими БПВП, кроме метотрексата, в РКИ нет. В единичных открытых наблюдательных исследованиях реальной клинической практики имеются данные о сочетанном применении адалимумаба с сульфасалазином, лефлуномидом или циклоспорином (в дозе до 2,5 мг/кг). У больных с активным ПсА продемонстрировано преимущество комбинированной терапии адалимумабом и циклоспорином по сравнению с монотерапией этими препаратами в отношении артрита и псориаза
A	Устекинумаб назначают больным ПсА с активным периферическим артритом с предшествующей неэффективностью НПВП, в/с ГК, БПВП
A	Устекинумаб рекомендуется больным ПсА с острыми множественными дактилитами (вовлечение 3 пальцев и более) с функциональными нарушениями и недостаточным ответом на лечение НПВП, в/с ГК, БПВП
A	Устекинумаб рекомендуется больным ПсА с множественными энтезитами с функциональными нарушениями и недостаточным ответом на лечение НПВП, в/с ГК
B	Ожирение, курение, жировой гепатоз, наличие атеросклеротических бляшек в сонных артериях (проявление атеросклероза) – предикторы для недостижения минимальной активности заболевания или ремиссии на фоне лечения ГИБП у больных ПсА
C	В любые сроки лечения ГИБП может возникнуть первичная или вторичная неэффективность. Первичная неэффективность – это отсутствие эффекта через 3 месяца терапии, связана с генетическими факторами, активностью ПсА, повышением веса пациента, курением, отсутствием сопутствующего приема БПВП, предпочтительно МТ в подкожной форме. Вторичная неэффективность появляется у больных с предшествующим ответом на терапию и связана с образованием нейтрализующих антител (НА). На фоне применения всех ГИБП, кроме этанерцепта, в большей или меньшей степени существует риск образования НА. Показано, что применение МТ в дозе не менее 15 мг/неделю снижает риск образования НА, улучшает результаты лечения и повышает возможность длительного применения ГИБП
B	При ПсА ингибиторы ФНО- $\alpha$ , особенно в комбинации с метотрексатом, могут снижать риск развития кардиоваскулярных заболеваний. На фоне лечения устекинумабом частота сердечно-сосудистых осложнений не увеличивается

### Рекомендуемые дозы применения ГИБП

Инфликсимаб 5 мг/кг внутривенно капельно на 0-2-6 неделе, далее каждые 6-8 недель, при отсутствии эффекта в течение 6 недель продолжать лечение нецелесообразно.

Адалимумаб 40 мг 1 раз в 2 недели подкожно.

Этанерцепт 50 мг 1 раз в неделю подкожно.

Голimumаб 50 мг 1 раз в 28 дней подкожно. У пациентов весом более 100 кг голimumаб применяют в дозе 100 мг подкожно с той же частотой.

Цертолизумаб пэгол используют сначала в индукционной дозе по 400 мг подкожно на 0-2-4-й неделе, далее по 200 мг подкожно 1 раз в 2 недели или 400 мг подкожно 1 раз в 4 недели.

Устекинумаб 45 мг подкожно, второе введение проводят через 4 недели, далее каждые 12 недель. У пациентов с весом более 100 кг устекинумаб применяют в дозе 90 мг подкожно с той же частотой.

**Лечение остеопороза при ПсА** проводится по общим принципам для данного заболевания и должно быть направлено на предупреждение снижения минеральной плотности костной ткани и риска возникновения переломов костей скелета.

Под редакцией  
главного ревматолога  
Минздрава России  
академика РАН Евгения НАСОНОВА.

### Немедикаментозное лечение ПсА

D	В небольших исследованиях «случай-контроль» показано умеренное и кратковременное анальгезирующее действие иглоукалывания, магнито- и лазеротерапии, гомеопатии, бальнеолечения; влияние на прогноз заболевания не доказано
---	--

### Общие рекомендации по лечению периферического артрита при ПсА

Активность периферического артрита	Лечение	Уровень доказательности
Низкая, без факторов неблагоприятного прогноза	НПВП в/с ГК	A D
Умеренная или высокая и при наличии факторов неблагоприятного прогноза	БПВП: Метотрексат Сульфасалазин Лефлуномид Циклоспорин	A A A B
Умеренная или высокая и при наличии факторов неблагоприятного прогноза	Ингибиторы ФНО- $\alpha$ Устекинумаб	A A

### Общие рекомендации по лечению спондилита при ПсА

Активность спондилита	Лечение	Уровень доказательности
Низкая, без выраженных функциональных нарушений	НПВП Физиотерапия Образование пациентов, обезболивание, ЛФК	A D D
Умеренная или высокая в сочетании с функциональными нарушениями	Ингибиторы ФНО- $\alpha$ Устекинумаб	A (экстраполировано из РКИ по АС) A (данные РКИ, наблюдательные исследования)

### Общие рекомендации по лечению энтезита при ПсА

Активность энтезита	Лечение	Уровень доказательности
Низкая, без выраженных функциональных нарушений	НПВП в/с ГК физиотерапия	D D D
Умеренная или высокая в сочетании с функциональными нарушениями	НПВП БПВП Ингибиторы ФНО- $\alpha$ Устекинумаб	D D A (данные РКИ)

### Общие рекомендации по лечению дактилита при ПсА

Активность дактилита	Лечение	Уровень доказательности
Поражение ограниченного числа пальцев без эрозий суставов и выраженных функциональных нарушений	НПВП в/с ГК	D D
Поражение многих пальцев, появление эрозий суставов и выраженных функциональных нарушений	НПВП в/с ГК БПВП Ингибиторы ФНО- $\alpha$  Устекинумаб	D D D A (экстраполировано для всех ингибиторов ФНО- $\alpha$ из РКИ по оценке эффективности Голimumаба) A (данные соответствующих РКИ)

**Остро дефицита кадров в фармацевтической отрасли, включая аптеки, в ближайшее время не предвидится. Ежегодно только Институт фармации и трансляционной медицины Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М.Сеченова выпускает порядка 250 специалистов, при этом по итогам 2017 г. 35% выпускников намерены работать или уже работают в аптечных организациях. Об этом на днях заявил Алексей МАТЮШИН, заместитель руководителя Образовательного департамента Института фармации и трансляционной медицины Сеченовского университета.**

Тема кадрового дефицита в аптеках стала актуальна для профессионального сообщества в связи с внесением поправок в Положение № 1081 о лицензировании фармацевтической деятельности (постановление Правительства РФ № 791 от 04.07.2017 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства РФ»). Согласно документу, аптеки России могут лишиться лицензии в случае, если продажей лекарств занимается специалист без фармацевтического образования. При этом нехватка профессиональных фармакологов может затруднить выполнение требований закона. В частности, эту проблему эксперты обсудили на «круглом столе» «Будущее российских аптек: лишение лицензии за отсутствие фармообразования продавцов?».

«Сегодня ситуация такова, что розничная продажа лекарств в аптеках воспринимается исключительно как торговля. Мы забыли о том, что основная задача провизора или фармацевта не просто продать препарат, а про-

информировать потребителя об особенностях приёма, возможных противопоказаниях и пр. У нас получается, что пациент должен самостоятельно ознакомиться с инструкцией по применению, но где гарантия, что он будет это делать?» – сообщил А.Матюшин.

По его мнению, внесённые поправки положительно скажутся на

всей фарминдустрии, но главное – у покупателей будет возможность получить квалифицированную помощь в аптеках. Тем более в соответствии с действующими Федеральными государственными образовательными стандартами по специальности 33.05.01 «фармация» оказание консультативной помощи медицинским работникам

и потребителям лекарственных средств в соответствии с инструкцией является одной из профессиональных квалификаций. Ей должен овладеть будущий провизор в процессе своего обучения. В Сеченовском университете дисциплина «Фармацевтическая информация» направлена именно на формирование компетенций

отметил Вадим Тарасов, директор Института фармации и трансляционной медицины.

Помимо этого, у будущих фармацевтов и провизоров в Первом МГМУ им. И.М.Сеченова есть возможность теоретические знания подкрепить практикой. С 2015 г. в Институте фармации и трансляционной медицины получила новый

Перспективы

# В аптеках будет порядок

## Сеченовский университет поддерживает перемены в фармацевтике



Важно не растеряться среди обилия лекарств

в области информирования населения, фармацевтических и медицинских работников о лекарственных препаратах, их аналогах и заменителях.

«Внесение поправок в Положение № 1081 позволит улучшить качество оказания фармацевтической помощи населению. Мы, в свою очередь, готовы проводить подготовку большого количества специалистов с высшим и средним фармацевтическим образованием, чтобы обеспечить рынок труда достаточным количеством высококвалифицированных специалистов. При этом уровень подготовки будущих провизоров и фармацевтов отвечает современным стандартам. Сотрудничество Сеченовского университета с глобальными зарубежными и ведущими российскими фармацевтическими компаниями позволит постоянно актуализировать соответствующие образовательные программы», –

этап развития учебно-производственной аптеки, предназначенная в том числе для отработки навыков фармацевтического информирования населения о лекарственных препаратах, особенностях их приёма и хранения, их аналогах и заменителях. Учебный класс имитирует работу настоящей аптеки, в ней представлены рецептурная и безрецептурная формы отпуска готовых лекарственных средств, внутриаптечное производство, БАДы и парафармацевтическая продукция. Студенты в режиме реального времени изучают работу аналитического и производственного отделов, фармакологию, алгоритмы аптечного консультирования, осваивают продажу продукции.

Алексей ПИМШИН.

МИА Сито!

Проекты

# Паспорт спортсмена становится нормой

## Но этот документ следует совершенствовать

С 1 января 2007 г. для российских спортсменов, то есть лиц, систематически занимающихся избранным видом спорта, выступающих на спортивных соревнованиях, введён спортивный паспорт. Он является документом единого образца, удостоверяющим спортивную принадлежность и спортивную квалификацию человека. В данном паспорте указываются: фамилия, имя, отчество; дата рождения; принадлежность к спортивной организации; избранный вид спорта; сообщения о присвоении спортивных разрядов и званий и подтверждение выполнения разрядных нормативов; антропометрические данные и физиологические показатели; показатели медицинских обследований; спортивные результаты; сведения о дисквалификации; сведения о государственных наградах и иных формах поощрения.

Сведения, содержащиеся в спортивном паспорте, за исключением касающихся физиологических показателей и медицинских обследований, могут свободно использоваться и распространяться в целях, связанных со своей спортивной деятельностью. Физиологические показатели спортсмена и данные его медицинских обследований относятся к информации, доступ к которой ограничен.

Правила ведения паспорта, основания его оформления и выдачи спортсмену, порядок замены документа при его утрате и в иных необходимых случаях, формы бланков устанавливаются Положением Правительством РФ.

Гражданин Российской Федерации, который систематически занимается избранным видом спорта, выступает на соревнованиях и на которого не оформлен спортивный паспорт (за исключением случаев, если указанный паспорт не оформлен по не зависящим от него причинам), не допускается к

участию во Всероссийских спортивных соревнованиях.

Предложенный паспорт используется не всегда и не везде.

Нами же недавно разработан и модернизирован более конкретный индивидуальный документ с обязательной единой статистической базой спортсмена, предназначенный для индивидуализации тренировочных нагрузок, выявления резервных возможностей организма, учёта спортивных достижений, патологических изменений, связанных со спортивной деятельностью, возможностью реабилитационных мероприятий.

Его постоянное использование позволит тщательнее и объективнее контролировать уровень здоровья атлета и его спортивные возможности, что на раннем этапе подскажет тренеру и врачу о скрытой или явной патологии, а также о резервных возможностях организма.

В паспорте спортсмена будут отражаться все основополагающие данные, начиная с элементарных сведений о них.

Но, конечно, особой графой предлагается отразить медицинское освидетельствование (консультации врачей и диагностические исследования): общий анализ крови, мочи, биохимия крови, пульс, артериальное давление (в покое и после нагрузки), электрокардиограмма, флюорографическое исследование, эхо-кардиограмма, холтер-ЭКГ и холтер-АД (по показаниям), ультразвуковая диагностика сосудов нижних конечностей, компьютерная томография области заболевания или повреждения, нейрмиография, оценка шкалы САН. Пристальное внимание следует уделить регистрации заболеваний и обращений.

Использование индивидуального паспорта спортсмена позволит не только своевременно выявлять заболевания, приводящие их к хронизации или инвалидизации, но и проводить своевременную коррекцию учебно-тренировочного процесса и реабилитационных мероприятий. Более того, единая статистическая электронная база даёт возможность персонализировать спортсменов как по видам спорта и достижениям в них, так и своевременно изменить тренировочную нагрузку.

Сергей МАТВЕЕВ,  
доктор медицинских наук,

Эдуард НАУМЕНКО,  
кандидат медицинских наук,  
хирург,  
спортивный врач.

Москва.

Перемены

Как сообщили в Волгоградском областном комитете по здравоохранению, в медучреждения города и области сейчас поступает самое новое медицинское оборудование.

проводим у себя, – говорит он. – Есть надежда, что до конца этого года будет поставлено эндоскопическое оборудование. Нам обещают через полгода установить компьютерный томо-

# Активное обновление оборудования

Так, аппарат искусственного кровообращения поступил в кардиоцентр, а в городскую больницу № 1 города Волжского доставили долгожданный диагностический комплекс для ультразвуковых исследований высокого класса и оборудование для анестезиологии и реанимации – наркозно-дыхательную аппаратуру и аппараты искусственной вентиляции лёгких.

По словам главного врача городской больницы № 1 Александра Филиппова, в реанимационном отделении установлена аппаратура, позволяющая спасать пациентов в тех ситуациях, когда кроме этих приборов больному никто помочь не может.

– Было время, когда пациентов мы направляли на обследование в областной центр, а теперь диагностику

граф. Областной комитет по здравоохранению планирует приобрести для нас и новую рентгеновскую аппаратуру.

Новое оборудование поступило и в районные ЦРБ. Так, современную рентгенодиагностическую цифровую систему с томографической приставкой установили в Котельниковской ЦРБ, а Еланская и Ленинская ЦРБ получили аппаратуру для отделения анестезиологии и реанимации. По сообщению регионального облздора, планируется приобретение современного лабораторного комплекса для диагностических исследований, который будет установлен в онкодиспансере.

Александр КУЗНЕЦОВ,  
соб. корр. «МГ».

Волжский.

**Недавно в Москве состоялась пресс-конференция главного психиатра-нарколога Министерства здравоохранения РФ Евгения БРЮНА, посвящённая проблемам наркотической угрозы в России.**

Повод для этой встречи возник, когда президент США Дональд Трамп созвал расширенное совещание по национальной опиоидной наркотической угрозе в Америке. Ещё в декабре прошлого года на научной конференции ООН (она прошла в офисе по наркотикам и преступности в Вене) был представлен доклад Национального института по наркотикам США, который показал резкое возрастание смертей от передозировок опиоидными препаратами, причём как героином, так и лекарственными средствами.

Одна из главных проблем сегодня – отношение правительства и гражданского общества к постулату, который спикер сформулировал как «имеет ли право человек свободно употреблять наркотики или не имеет?». Должна ли возникнуть легализация наркотиков, или же нужен жёсткий контроль за наркотическими средствами? Западный мир в основном идёт по пути «ползучей» легализации наркотических средств. Началось всё это ещё в 60-х годах прошлого века, когда большим героиновой наркоманией стали раздавать метадон (синтетический препарат из группы опиоидов, также применяемый как анальгетик) – так называемый препарат заместительной терапии. Преследовалась вполне благая цель – вывести этих людей из криминальной активности, попытаться поддержать их в материальном плане и социализировать.

В России же считают, что метадонотерапия никогда не приводит к излечению наркоманов. Да и лечить сопутствующие болезни, возникающие у таких пациентов при подобном замещении достаточно дорого. Есть конкретные факты того, что больные наркоманией после употребления метадона всё равно возвращаются к «уличным» наркотикам и преступности, а их социализация остаётся достаточно низкой.

Вторая тема затрагивала вопрос о праве получения наркотических лекарственных средств в связи с обезболиванием. Конечно, онкологическим больным с тяжёлыми неврологическими расстройствами, имеющим интенсивную хроническую боль, выписывают содержащие наркотики препараты во всех странах, в том числе и в России, где за ними осуществляется жёсткий контроль. В США сейчас расширили понятие боли и

свободно раздают опиоидные наркотические лекарства, в результате чего резко возросло количество потребителей «аптечных наркотиков» – до 27 млн человек.

Есть проблема и так называемых зелёных рецептов и зелёных аптек – любой человек, который в США жалуется врачу на плохое настроение, конфликты с окружающими, получает «зелёный» рецепт в «зелёную» аптеку, где ему выдают... порцию марихуаны, которую он потребляет без всякого контроля. В результате у таких пациентов возросла смертность от передозировок.

Как американский опиоидный кризис касается России? Понятно, что нам это хороший урок на тему,



Е. Брюн

РФ Вероника Скворцова прицельно ориентирует врачей на различные профилактические программы. Сейчас по инициативе заместителя министра Татьяны Яковлевой вводится профилактика наркологических заболеваний в рамках первичного медицинского звена. Открываются специальные кабинеты профилактики этих заболеваний в поликлиниках и центральных районных больницах. С октября прошлого года выявляются также лица, злоупотребляющие алкоголем и табаком, если они госпитализируются в стационар. Проблемы с алкоголем выявлены у 2% россиян и около 1% с наркотиками. При этом 15% из этого числа имеют соматические заболе-

руемые вспышки употребления подростками и молодёжью спайсов – синтетических наркотиков, на которые, к сожалению, в мире пока нет тестов. На нелегальный рынок ежегодно выпускается до 50 новых наркотиков, тесты на них тоже не успевают делать, поскольку это часто очень мощные стимуляторы, вызывающие перевозбуждение нервной системы, психоз и остановку сердечной деятельности.

Зарегистрированных больных алкоголизмом и наркоманией в Москве около 80 тыс., но обращающихся больше, часть пациентов идёт на хозрасчётной анонимной основе.

Назрел вопрос и о возобновлении системы вытрезвителей – для

## Острая тема

# Право на наркотики: как не переступить грань?

Этот вопрос всё ещё возникает в нашем обществе



вания, приобретённые вследствие наркомании и алкоголизма. Эти больные – колоссальная нагрузка на наше здравоохранение, и одна из основных наших задач – выявить их и мотивировать отказаться от употребления наркотиков, алкоголя и табака.

В нашей стране создана последовательная многоэтапная система профилактики, лечения и реабилитации от наркозависимости, она показывает свою эффективность. Много лет шла работа над тестированием детей, чтобы выявлять факторы риска по наркологическим заболеваниям. Сейчас в Москве введена в строй генетическая лаборатория, где все жители столицы могут пройти тест по генетическим факторам риска зависимости от наркотиков. На основании выявленных данных родителям, в том числе и будущим, даются рекомендации по индивидуальному воспитанию детей, чтобы эти риски минимизировать. Это своего рода мостик от персонифицированной медицины к персонифицированной педагогике.

Между тем количество передозировок за последние годы снизилось в нашей стране на 30%. Чаще всего россияне умирают от героиновой передозировки. Иногда происходят неконтроли-

руемые вспышки употребления подростками и молодёжью спайсов – синтетических наркотиков, на которые, к сожалению, в мире пока нет тестов. На нелегальный рынок ежегодно выпускается до 50 новых наркотиков, тесты на них тоже не успевают делать, поскольку это часто очень мощные стимуляторы, вызывающие перевозбуждение нервной системы, психоз и остановку сердечной деятельности.

Зарегистрированных больных алкоголизмом и наркоманией в Москве около 80 тыс., но обращающихся больше, часть пациентов идёт на хозрасчётной анонимной основе.

Назрел вопрос и о возобновлении системы вытрезвителей – для

Вячеслав СВАЛЬНОВ,  
корр. «МГ».

Москва.

## Санитарная зона

**Осенью в России ожидается появление четырёх видов гриппа, предупреждает Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Вакцинация против этой инфекции охватит, по оценке главы Роспотребнадзора Анны Поповой, не менее 45% населения страны.**

«Грипп приходит к нам каждый год с разной интенсивностью, с разным набором новых штаммов. В этом году мы ждём новый штамм вируса А(Н1N1), так называемого свиного гриппа, и два прежних варианта вируса гриппа А(Н3N2), циркулировавших в былом сезоне. Будет также и прошлогодний, так скажем, вариант вируса гриппа В», – сказала журналистам А.Попова. По её словам, задача этого сезона – успеть привиться до октября. Роспотребнадзор рассчитывает, что кампания по вакцинации против гриппа охватит в общей сложности свыше 45% населения России.

Средства на иммунизацию пойдут как из федерального –

# Придёт грипп нового штамма

## Значит, надо обязательно прививаться

финансирование предусмотрено более чем на 40% населения, – так и из региональных и муниципальных бюджетов. Кроме того, часть граждан по опыту прошлых лет будет привита на коммерческой основе, в том числе за счёт работодателей.

Поскольку один из ожидаемых вирусов имеет новый штамм, прививка прошлого года может быть неэффективной. Напомним, почти половина россиян сделала прививки против гриппа перед сезоном 2015-2016 гг., что вдвое снизило уровень заболеваемости. Эксперты ВОЗ, ежегодно выпускающие рекомендации по составу вакцины против гриппа, попали в точку, спрогнозировав, против каких разновидностей вирусов надо прививаться. Так что те, кто прививку сделал, получили защиту именно от при-



Если надо, уколюсь!

шедших к нам штаммов гриппа, в том числе и наиболее опасного «Гонконга».

«Надо обязательно прививаться», – убеждена глава Роспотребнадзора. Она напомнила, что

благодаря активному вовлечению СМИ ведомство смогло в тяжёлый сезон 2015-2016 гг. добиться того, что 40% людей на улице и в общественных местах носили маски. «Это был прорыв, и хотелось бы, чтобы и зимой текущего года это также было нормальным явлением», – отметила А.Попова.

За последнее десятилетие доля вакцинированных за счёт средств граждан федерального бюджета выросла вдвое и достигла, по данным Минздрава России, 56 млн человек, это 38% населения. Из всех лабораторно подтверждённых случаев гриппа в прошлом сезоне только 4% были привиты, 96% – это люди, которые не были привиты против гриппа своевременно.

Иван ВЕТЛУГИН.

МИА Сити!

Выводы

## Обходная генетика

**Приём витамина В3 может предотвратить выкидыши и врождённые пороки развития. К такому выводу пришли учёные, проведя испытания на мышах.**

Исследователи из Института Виктора Чанга в Сиднее назвали это открытие «двойным прорывом», поскольку они нашли и причину, и превентивное решение.

Каждый год в мире появляется на свет 7,9 млн детей с врождёнными пороками развития, и учёные надеются, что результаты исследования будут использованы повсеместно.

Однако, по мнению некоторых экспертов, эти выводы не должны ложиться в основу рекомендаций для беременных.

Исследователи проанализировали ДНК 4 семей, в которых у матери были множественные выкидыши или дети родились с множественными врождёнными пороками развития, такими как проблемы с сердцем, почками, позвонками или расщелина неба.

Они обнаружили мутации в двух генах, из-за которых ребёнок испытывал недостаток жизненно важной молекулы, известной как никотинамидадениндинуклеотид-фосфат (НАДФ), которая позволяет клеткам вырабатывать энергию, а органам — нормально развиваться.

Руководитель группы исследователей профессор Салли Данвуди реплицировала эти мутации у мышей и обнаружила, что их можно исправить, если беременная мать принимает ниацин (витамин В<sub>3</sub>).

«Вы можете повысить уровень НАДФ и полностью предотвратить выкидыши и врождённые пороки развития, и это позволит обойти генетическую проблему, — утверждает исследователь. — Очень редко удаётся определить причину и способы предотвращения проблемы за одно исследование. И профилактика настолько проста — это всего лишь витамин».

«Это очень интересно, но данное открытие не может лечь в основу рекомендаций для беременных, которые могут испытывать недостаток витамина В<sub>3</sub>, — считает доктор Кэти Моррис, эксперт в области медицины материнских эмбрионов из Бирмингемского университета. — Дозы, использовавшиеся в этом исследовании, в 10 раз больше рекомендуемых суточных доз».

Побочные эффекты высокой дозы неизвестны, отмечает Моррис, а осложнения во время беременности часто возникают из-за сложного комплекса разных факторов.

Профессор Жан Голдинг из Бристольского университета назвал исследование «серьёзной работой», но предостерег от чрезмерной экстраполяции результатов, так как учёные исследовали генетику только 4 семей и мышей.

Сейчас профессор Данвуди рекомендует беременным принимать поливитамины для беременных, которые включают рекомендуемые 18 мг ниацина.

«Но у разных людей разные способности поглощения питательных веществ», — добавила она, уточнив, что индекс массы тела и диабет могут влиять на то, как женский организм производит НАДФ.

Она также отметила, что пока учёные не знают достаточно много о женщинах с недостаточным уровнем ниацина в организме, и это должно стать предметом другого исследования.

Юлия ИНИНА.  
По материалам BBC.

### Крупнейший медицинский центр Сибири создаёт рабочие места для врачей и медицинских сестёр



**Иркутский диагностический центр — ведущее медицинское учреждение в регионе, оказывающее специализированную медицинскую помощь в амбулаторных условиях. По концентрации современного медицинского оборудования в одном учреждении Центр не имеет аналогов не только в регионе, но и в стране.**

Иркутский диагностический центр обеспечивает самые высокие стандарты качества обслуживания пациентов (ИСО 9001), международные стандарты охраны труда и соблюдает высокие социально ориентированные стандарты в отношении своих сотрудников.

В Центре многое делается для того, чтобы сотрудники могли реализовывать себя: передовая система оценки и развития персонала учитывает достижения и результаты каждого, развитая система корпоративного образования позволяет предложить специалистам разного уровня дополнительное профессиональное обучение. Сотрудники Центра получают уникальный опыт работы и передовые знания из лучших мировых практик.

Своим сотрудникам Иркутский диагностический центр обеспечивает:

- обучение за счёт Центра;
- официальный доход («белая» зарплата);
- премиальные выплаты;
- участие в корпоративных мероприятиях;
- полный социальный пакет (питание, спецодежда, оплата больничного, ежегодного отпуска, соблюдение всех требований трудового законодательства).

**ИНФОРМАЦИЯ О ВАКАНСИЯХ НА САЙТЕ [www.dc.baikal.ru](http://www.dc.baikal.ru) И ПО ТЕЛЕФОНАМ: 8 (3952) 211-256, 211-244**

За годы работы Диагностический центр не раз становился победителем в различных конкурсах федерального и регионального масштабов:

- трижды победитель Всероссийского конкурса «100 лучших товаров России»;
- обладатель диплома «Лучшая организация Иркутска по проведению работы по охране труда»;
- победитель городского конкурса «Лучшая организация Иркутска по развитию социального партнёрства»;
- победитель регионального конкурса «За высокую социальную эффективность и развитие социального партнёрства — 2014»;
- главный врач ИДЦ И.Ушаков — «Лучший главный врач России 2015»;
- многие сотрудники Центра являются победителями регионального конкурса «Лучший по профессии» и лауреатами премии губернатора Иркутской области.

В январе 2018 г. в Братске откроется филиал Иркутского диагностического центра, в котором медицинская помощь будет оказываться населению северных территорий Иркутской области.

Иркутский диагностический центр объявляет конкурс на замещение вакантных должностей сотрудников филиала в Братске.

Работа в Иркутском диагностическом центре — это престижно, интересно, комфортно, достойно!

Самое современное медицинское оборудование, современные технологии управления, полная компьютеризация, телемедицина, корпоративная культура, социальная ответственность — гаранты успеха деятельности филиала.



Угроза

## Страсти по тучности

**Абдоминальное ожирение, или «спортивный пивной живот», стало глобальной пандемией. Таковы выводы заокеанских учёных.**

По данным экспертов, в развитых странах, включая Исландию, Новую Зеландию и США, до 90% взрослых мужчин и 80% женщин имеют проблемы с лишним весом. В Новой Зеландии и США это наблюдается ещё и у более 50% детей.

«Перекормленный», как считают учёные, человек, когда окружность его талии превышает половину роста. Это не просто избыточный вес, это гораздо хуже. Избыточный брюшной жир связан с повышенным риском хронических заболеваний и смертностью. Абдоминальный жир считается нездоровой формой избыточного жира. При этом термин «пивной живот» — неправильный, поскольку алкоголь не имеет никакого отношения.

Самым большим фактором для большого живота является возраст — когда мы стареем, то снижаются потребности в энергии, люди становятся менее активными, легче набирают вес. Кроме того, снижение уровня гормонов приводит к образованию жира в середине нашего тела.

Ранее американские учёные Филипп Маффетон, Иван Ривера-Домингес и Пол Лаурсен сообщили, что до 76% населения мира перекормлены. В последнем докладе они сосредоточили внимание на самых богатых странах мира и обнаружили, что переедание в 30 ведущих развитых странах мира значительно выше, чем количество взрослых и детей с избыточным весом и ожирением во всём мире.

По мнению доктора Лаурсена, людям необходимо ограничивать потребление сахара и обработанных пищевых продуктов. Он призвал правительства развитых стран принять участие в решении этой проблемы. Учёные считают, что традиционные способы измерения избыточного веса неэффективны при оценке переедания. Они рекомендуют измерять талию на уровне пупка и сравнивать с ростом. Длина талии должна быть менее половины роста.

Алина КРАУЗЕ.  
Frontiers in Public Health.

### Автономное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа — Югры «Советская районная больница»

приглашает для постоянного трудоустройства на следующие специальности:

**Эндокринолог. Требования:** высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «эндокринология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения либо компенсация стоимости его аренды.

**Гинеколог, акушер-гинеколог. Требования:** высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «гинекология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения либо компенсация стоимости его аренды.

**Уролог. Требования:** высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «урология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения либо компенсация стоимости его аренды.

**Кардиолог. Требования:** высшее медицинское образование, действующий сертификат по специальности «кардиология». Наличие квалификационной категории приветствуется. **Условия работы:** компенсация стоимости переезда, предоставление служебного жилого помещения либо компенсация стоимости его аренды, предоставление единовременной компенсационной выплаты — 1 млн руб.

**Контактные телефоны:**

8 (34675) 3-20-41 — отдел управления персоналом, 8 (34675) 3-15-73 — факс.

Резюме направлять по адресу:

[sovhospital@sovbolnica.pf](mailto:sovhospital@sovbolnica.pf)

Более подробную информацию о нашем учреждении можно получить на официальном сайте:

[www.sovbolnica.pf](http://www.sovbolnica.pf)

Редкие патологии

**34-летний мужчина обратился за медицинской помощью по поводу лихорадки в течение 5 дней, а также кашля и одышки. В возрасте 2 лет у него выявили situs inversus, когда была произведена рентгенография грудной клетки для того, чтобы установить причину кашля.**

При физикальном исследовании было установлено, что сердечные тоны выслушиваются справа. Слева же в проекции средней доли лёгкого выслушивались хрипы. На рентгенограмме грудной клетки (см. фото) сердце определялось справа, там же была расположена дуга аорты и газовый пузырь желудка, а также лобарный инфильтрат в левом лёгком. Был поставлен диагноз «пневмония средней доли левого лёгкого». У пациента с детства был хронический кашель и рецидивы синусита. Кроме того, больной сообщил о наличии у него бесплодия. Все эти признаки соответствовали диагнозу «синдрома Картагенера», а именно: situs inversus, рецидивирующий синусит и бронхоэктазы (которые не были видны на обычной рентгенограмме). Этот синдром сопровождается пер-



## Синдром Картагенера

вичной цилиарной дискинезией, представляет собой аутосомно-рецессивное заболевание, которое вызывается аномальными мутациями в генах, кодирующих цилиарные компоненты, что приводит к аномальной подвижности флагеллярных клеток

спермы и ворсинок, выстилающих респираторный тракт и фаллопиевы трубы. Первичная цилиарная дискинезия поражает также латерализацию в процессе эмбриогенеза, что приводит к situs inversus приблизительно в половине всех случаев. Больной получал лечение тохилоксацином, и пневмония у него полностью разрешилась. Ему провели противогриппозную вакцинацию, и в дальнейшем он должен был обратиться к пульмонологу. Спустя 7 месяцев при обследовании в анамнезе больной был практически здоров, как сообщили в Университете Макгилл и Еврейском Генеральном университете (Канада).

Рудольф АРТАМОНОВ.  
По материалам The New England Journal of Medicine.

А как у них?

# Смертельный удар по медтуризму

**Закон о медицинском туризме, который инициирует израильский Минздрав, призван полностью разрушить эту отрасль. Так считают в Ассоциации торговых палат Израиля. Прогнозируемые убытки – более 250 млн долл. в год.**

Данный законопроект призван, как заявляют в Минздраве, упорядочить деятельность структур, занимающихся предоставлением подобных услуг. Однако представители этих структур считают, что главная цель законопроекта – «нанести смертельный удар по медицинскому туризму». И это неизбежно произойдёт, если в документ не будут внесены важные поправки.

Напомним, что медицинский туризм позволяет гостям Израиля за свои деньги (или на деньги своей страховой компании) воспользоваться достижениями местной медицины. Медтуристы проходят обследования в израильских клиниках или прибывают на операции. Чаще всего речь идёт об онкологических больных.

Как правило, связь между медтуристом и медицинским учреждением осуществляется посредниками, в роли которых выступают как частные лица и компании, так и страховые агентства. Они заботятся, кроме прочего, о прибытии и размещении клиента, согласовывают перечень процедур, держат связь с врачами и пр.

По оценке Министерства туризма, медицинские туристы составляют до 2% от общего турпотока в Израиль. Большая часть медтуристов прибывает из России, Украины, Казахстана и некоторых других постсоветских республик. После них – жители африканских стран. Из Европы поток медтуристов незначительный.

В 2014 г. Израиль принял около 60 тыс. медтуристов, однако в последующие два года их число уменьшилось самым драматическим образом – прежде всего из-за экономического кризиса в России и Украине, а также девальвации курсов рубля и гривны. В итоге в 2016 г. в Израиле побывали только 30 тыс. туристов. По прогнозу, в нынешнем году их будет ещё меньше.

В 2013 г. в одной из израильских телепрограмм была показана запись, сделанная скрытой камерой, которая зафиксировала, как трое известных хирургов из больницы «Ихилов» просят тысячи долларов за операции медтуристам. При этом деньги требовалось заплатить по-чёрному.

То есть деньги, которые должны были поступить в больничную кассу, прямым ходом уходили в карманы врачей. Вероятно, по этой причине 75% операций, проводимых для медицинских туристов, осуществлялись в утренние часы – то есть в то время, когда существует наибольшая нагрузка на операционные, где проходят плановые и экстренные хирургические вмешательства для израильтян. Иными словами, как свидетельствует отчёт Министерства финансов, получающие большие деньги от медтуристов хирурги предпочитают оперировать частных клиентов в ущерб «обычным» (то есть израильским).

Сформированная для расследования этой практики комиссия под руководством депутата кнессета Яэль Герман пришла к выводу, что виноваты (пусть и не во всём) медтуристы. И если не будет таковых, то станет лучше израильским больным. А около года назад Минздрав в сотрудничестве с Министерством туризма взялся за разработку законопроекта по упорядочению медицинского туризма.

Министры Яков Лицман и Ярив Левин также заявили, что медицинские услуги, предоставляемые медтуристам, не должны идти во вред израильтянам.

Напомним, что законопроект уже прошёл первое чтение в кнессете и готовится к окончательному утверждению.

«Израильская медицина считается одной из лучших в мире. У нас работают врачи мирового уровня. Всё это и способствует развитию медтуризма», – считает Ронен Соломон, глава отдела медтуризма в Ассоциации торговых палат. Помимо этого, он напоминает, что большинство людей прибывает из стран со слабой медициной, так что израильские врачи, можно сказать, спасают жизни граждан этих государств. И тем самым дают повод для уважения Израиля в мире.

Р.Соломон считает преувеличенной проблему «дискриминации израильтян за счёт медтуристов». По его мнению, попытка регуляции рынка на самом деле направлена на его полное устранение.

В свою очередь, Марк Каценельсон, глава Ассоциации медицинского туризма, полагает, что все специалисты в системе отечественного здравоохранения не усматривают никакой связи между ситуацией в этой системе и медтуризмом. При этом, подчёркивает он, кому-то хочется именно так объяснить, почему койку для израильской бабушки ставят в коридоре больницы, тогда как медтурист «жирует» в отдельной палате.

«Медтуризм сократился вдвое, а лучше в израильских больницах от этого не стало», – добавляет М.Каценельсон.

В ассоциации также недовольны предложением о праве любого человека в возрасте свыше 21 года (вне криминального прошлого) заниматься медтуризмом. Здесь считают, что подобной практикой могут заниматься лишь опытные люди, которые «знают, в какую дверь войти».

Глава ассоциации считает, что агенты должны проходить специальные курсы перед получением лицензии. Кроме того, он полагает, что предварительный отбор поможет исключить жуликов, которые тоже встречаются в этой отрасли.

Также агент обязан соблюдать этический кодекс, разработанный профсоюзом медиков. «Мы не можем допустить ситуации, что человек, проснувшись однажды утром, скажет: а почему бы мне не заняться медтуризмом? Потому что так не бывает», – добавляет Р.Соломон.

Законопроект требует, чтобы медучреждение готовило индивидуальные программы для каждого туриста, причём ещё до его прибытия в Израиль. В ассоциации считают, что это несбыточное условие. Особенно в том случае, если туристу требуется экстренная помощь.

Софья РУШАНСКАЯ.

По информации vesty.co.il.

Ну и ну!

## Сакральное достоинство мужского тела

**Операции по увеличению полового органа у мужчин уже перестали быть чем-то диковинным. Многие мужчины, желающие стать лучше в сексуальном плане, решаются на такой вид пластической хирургии. Однако не все операции заканчиваются успешно. Например, одно из недавних хирургических вмешательств обернулось трагедией.**

Пациентом стал 30-летний житель Швеции. Он умер в процессе операции по увеличению пениса. Отмечается, что подобный инцидент произошёл в хирургической практике впервые. Известно, что мужчина был абсолютно здоров. У него не наблюдалось никаких хронических заболеваний. К тому же врачи не выявили противопоказаний к проведению операции.

Медики собирались увеличить половой орган при помощи жировой ткани с живота. До определённого

момента операция шла абсолютно нормально, без эксцессов. Однако сердце мужчины стало сильно биться, после чего упало давление. Оказалось, что у пациента произошёл сердечный приступ. Его экстренно перевели в реанимацию, но не прошло и 2 часов, как швед скончался.

Если верить медицинскому заключению, сердечный приступ спровоцирован попаданием жировых тканей в кровь. При этом хирурги полагают, что сильный пол переоценивает эту ситуацию, полагая, что это принесёт им счастье.

«Многие мужчины не понимают, что это может сделать секс совершенно некомфортным и даже принесёт неудобства», – рассказал пластический хирург Кевин Уайли.

Между тем разговоры об идеальном размере члена не умолкают среди мужчин и женщин. Стереотип о том, что пенис должен быть большим, уже давно развеян и утратил свою правдивость. Недавно учёные

выяснили, какой половой член привлекает женщин больше всего.

Исследованиями в этой области занималась группа учёных, представляющих разные государства. Они постарались выяснить, какой размер пениса привлекает представительниц прекрасного пола сильнее всего. Для этого несколько десятков женщин добровольно согласились принять участие в необычном эксперименте, который в дальнейшем помог установить, какой тип и размер идеального полового члена. В рамках исследования участникам предложили голосовать за наиболее подходящий, по их мнению, половой член мужчин. Для этого они использовали специальные 3D-модели.

В результате данного исследования, которое включало каждый ответ испытуемых, оказалось, что наиболее оптимальная длина члена – 16,3 см. Эксперты подчеркнули, что охват задействованной в исследовании аудитории является достаточным для того, чтобы считать испытания состоявшимися.

Ян РИЦКИЙ.

По материалам who.int.

Мнения

**Девочка из ЮАР смогла победить ВИЧ. Ребёнок уже несколько лет не принимает лекарства, при этом вирус находится в подвешенном состоянии.**

Примечательно, что на борьбу со страшным вирусом иммунодефицита человека направлены все силы медиков и учёных с разных стран мира. Если верить послед-

## ВИЧ: до победы недалеко?

Врачи сообщили, что девочке удалось победить ВИЧ. Она родилась от инфицированной матери, но терапия была начата в раннем возрасте. Девочка и её мать участвовали в особой программе, в рамках которой учёные проверяли возможность полностью победить вирус в организме ребёнка. Детям давали большие дозы лекарств уже на первом месяце жизни. Терапия продолжалась 40 недель, после чего её прекращали.

Наблюдая за детьми, учёные обнаружили, что такая терапия в среднем подарила каждому ребёнку по два года жизни без постоянного приёма лекарств. У нескольких детей и сейчас уровень активности вируса остаётся очень низким.

Она заключается в том, что приём антиретровирусных лекарств на первых стадиях развития инфекции может дать организму ребёнка время для того, чтобы приспособиться к ВИЧ и начать с ним бороться до того, как он истощит иммунную систему. Но у одной девочки спустя 8 лет после эксперимента нет полноценных частиц ВИЧ, хотя в клетках всё же присутствуют фрагменты. Как считают учёные, это говорит о том, что иммунитет ребёнка благодаря ранней терапии научился самостоятельно бороться с вирусом и просто не даёт ему размножаться.

В последние годы учёные в ходе исследований неоднократно сталкивались со случаями, когда вирус по несколько лет не мог размножиться, а в некоторых случаях период затишья был очень долгим. Но пока это лишь единичные факты, которые не могут говорить о том, что науке удалось найти средство от ВИЧ.

Марк ВИНТЕР.

По материалам Reuters.

Однако

## Предвестник катастроф



**Согласно исследованию израильских учёных, складка на мочке уха может свидетельствовать о повышенном риске инсульта. К такому выводу учёные пришли при наблюдении за 241 добровольцем.**

складкой на мочке уха перенесли микроинсульт.

Объяснение может быть в том, что закупоривание артерий приводит к нарушениям в сердечно-сосудистой системе, а складка появляется как следствие этих проблем.

Герман АКОДИС.

По сообщению Daily Mail.

В чём секрет уважения и любви окружающих, успеха и востребованности? В умении правильно выбрать в жизни свой путь и идти по нему достойно. Именно так живёт и трудится наш отец – человек, который бескорыстно и без остатка предан медицине и науке, стремящийся каждый день по максимуму отдавать свой большой опыт и знания коллегам, ученикам и пациентам.

Откуда в нём эти качества? От родителей, которые были яркими представителями русской медицинской интеллигенции, хотя жили не в столицах, а в Сибири. Глава знаменитой томской династии Карповых – Сергей Петрович – в 1930-х годах был сотрудником, а затем заведующим кафедрой микробиологии в мединституте, заместителем директора Бактериологического института (позже он стал называться НИИ вакцин и сывороток). Академик АМН СССР Сергей Петрович Карпов известен как выдающийся советский эпидемиолог, также он занимался разработкой препаратов против клещевого энцефалита. Его именем названа улица в Томске.

Мать – Мария Ивановна Федорович – преподавала на кафедрах микробиологии и эпидемиологии в Томском медицинском институте. В 30-е годы в Томской области свирепствовали инфекционные заболевания, а врачей не хватало. Мария Ивановна и Сергей Петрович, как опытные бактериологи, выезжали на ликвидацию эпидемий. Они и в годы Великой Отечественной войны успевали совмещать работу в своих научных лабораториях с преподаванием в мединституте и лечением раненых в госпитале.

Ростислав Сергеевич похож на своего отца и внешностью, и характером, отношением к людям, к жизни. А ещё трудолюбием. Только самые близкие знают, что в своём послевоенном детстве «профессорский сын» помогал родителям по хозяйству так же, как крестьянские дети. Семья держала корову, поросёнка и кур, за которыми нужно было ухаживать. Глава семьи, Сергей Петрович, был не только блестящим учёным, но и человеком, не чурающимся физического труда, он сам рубил дрова, косил траву, мог починить утюг и плитку.

Сын унаследовал эту невероятную работоспособность и нежелание делить работу на «белую» и «чёрную». Мы никогда не видим Ростислава Сергеевича празднующим, он постоянно чем-то занят. Как ни удивительно это кому-то покажется, чтение научной литературы и написание статей по кардиологии академик Карпов чередует с... работой в мастерской, которую сам построил и оснастил инструментом. Кроме того, вопреки возрасту он в отличной физической форме: велосипед и лыжи – его хобби на протяжении многих десятилетий.

Несмотря на занятость отца, семья всегда занимала и занимает большое место в его жизни. Трудно привести пример более заботливого сына, чем Ростислав Сергеевич. Пока были живы его родители, отец звонил им каждый день, много занимался их здоровьем, вечерами часто возил их погулять по лесу. Когда у Сергея Петровича случился инфаркт, сын спас ему жизнь. Он приехал очень быстро, оказал необходимую помощь, а затем вместе с друзьями, которые установили круглосуточное дежурство у постели Сергея Петровича, постепенно совершал невозможное. Шансов выжить с таким обширным инфарктом в те годы практически не было. Именно тогда наш отец вместе с его другом и коллегой по институту кардиологии Викентием Викентьевичем Пекарским выполнили один из первых тромблизисов в

Династия – явление. Есть известные театрално-кинематографические династии, музыкальные, цирковые. Не счесть примеров, когда дети продолжают дело отцов и дедов на ниве бизнеса или политики. Увы, ко всем этим «кланам» общество относится с известной долей скептицизма.

Но совсем другое мы испытываем к научным и врачебным династиям. Семьи, где из поколения в поколение наследуются талант доктора, интеллект учёного и врождённая интеллигентность, составляют золотой фонд отечественной медицины и медицинской науки. Одна из таких семей – династия томских врачей Карповых, известная на всю страну. Сегодня во главе неё стоит кардиолог с мировым именем, научный руководитель НИИ кардиологии Томского национального исследовательского медицинского центра, заведующий кафедрой факультетской терапии с курсом клинической фармакологии Сибирского государственного медицинского университета, академик РАН Ростислав Карпов.

О своём удивительном отце рассказали дочери – микробиолог-вирусолог, доктор медицинских наук, профессор СибГМУ Мария Карпова и специалист функциональной диагностики, старший научный сотрудник НИИ кардиологии, кандидат медицинских наук Тамара Рябова. Им – слово.



шо понимая инструментальные методы, чутко относиться к больному. То есть нужно сочетание старого и нового – гиппократизма и техницизма».

Во время своих университетских лекций Ростислав Сергеевич старается не просто разобрать историю болезни, но и научить студентов внимательно, уважительному отношению к больному, логике постановки диагноза, необходимости подробного сбора анамнеза и внимательного осмотра. Именно этим правилам он учил и нас, своих дочерей, когда мы только постигали азы будущей врачебной профессии.

Наш отец, академик Р.Карпов, известен не только как учёный и клиницист, но и как организатор науки и здравоохранения. При его непосредственном участии были созданы НИИ кардиологии в

## Имена и судьбы

### Академик Ростислав КАРПОВ:

# Врачевание

# я не прекращал никогда...

## Кардиолог с мировым именем глазами самых близких ему людей



С академиком Чазовым в весеннем саду

Томске, что, возможно, и спасло Сергея Петровича.

Выбор профессии врача для Ростислава Сергеевича был закономерным, ведь он вырос в семье медицинских работников, и практически все друзья его родителей были связаны с медициной. Дом, где прошло его детство, находился во дворе Бактериологического института. По словам самого отца, с раннего возраста его окружали сплошные «белые халаты».

Сначала по примеру своего отца, Сергея Петровича, он на первом курсе мединститута пришёл в кружок микробиологии и даже сделал там некоторые успехи. Но... Микробиология не стала делом его жизни. Ростислав Сергеевич под руководством знаменитого томского профессора Дмитрия Дмитриевича Яблокова начинает серьёзно заниматься иммунологической и биохимической диагностикой ревматического процесса. Так основными научными интересами отца стали ревматизм и ревматические пороки сердца – тема на стыке двух медицинских специальностей: ревматологии и кардиологии. Этому были посвящены и его кандидатская, и докторская диссертации. Ему всегда казались тесными границы одной дисциплины, он считает, что в медицине «важен клинический опыт

и кругозор знаний за рамками узкой специальности».

Как-то в разговоре с нами Ростислав Сергеевич признался: «Невозможно даже приблизи-



На прогулке

тельно подсчитать, какое количество больных я пролечил или проконсультировал за прошедшие годы работы врачом, ассистентом, доцентом, профессором, заведующим кафедрой и, наконец, директором института кардиологии. Мне многим приходилось заниматься, но врачевание я не прекращал никогда...». И прежде, и сегодня к отцу часто обращаются за помощью в особо сложных случаях. У него есть то, что особенно ценится в нашей профессии, – интуиция врача.

Отец чит и продолжает традиции своего учителя – профессора Яблокова, который был известен не только тем, что являлся первоклассным диагностом, но и особым отношением к пациентам. Он часто приводит слова Д.Яблокова: «В нашу эпоху в клинику всё больше и больше вливаются небывалые достижения техники, дающие богатейшую информацию о состоянии и функции организма, а также достиже-

ния физики, химии и т.д. Но следует помнить и об опасности, которую это таит: врач, увлекаясь инструментальной информацией, может недооценить, потерять личность больного с его богатым миром переживаний, эмоций, часто неповторимых индивидуальных оттенков. Поэтому со студенческой скамьи врач должен всегда помнить завет основоположников отечественной медицины: быть ближе к постели больного и, хоро-

Томске, Тюменский кардиоцентр, Томский научный центр СО РАМН, сеть аритмологических центров в регионах Сибири и Дальнего Востока. Это по его инициативе в НИИ кардиологии открыто единственное за Уралом отделение детской кардиологии. Под его руководством защищено 42 докторских и 81 кандидатская диссертация. Он является автором более 900 печатных научных работ, имеет 43 патента и авторских свидетельства на изобретения.

Несмотря на высокие научные звания, государственное и общественное признание, наш отец в жизни очень скромный, доброжелательный и порядочный человек с полным отсутствием в характере признаков высокомерия. Академик Карпов одинаково уважительно и внимательно относится к студентам, коллегам-учёным, сотрудникам, своим пациентам, независимо от их общественного положения. Он обладает удивительной способностью видеть в каждом человеке в основном хорошее, доброе, не замечая недостатков.

...Всё лучшее, что есть в нас, мы тоже унаследовали от своих родителей. Они воспитывали нас своим примером. Прямоу критику или осуждение родители избегают, назойливого принуждения никогда не бывает. Есть только любовь.

Известно высказывание, что настоящий мужчина за свою жизнь должен обязательно вырастить сына, построить дом и посадить дерево. Вмести одного сына у нашего отца сразу две дочери, дом он тоже построил. Что касается последнего «правила», в нашей семье есть традиция – в честь родившегося ребёнка посадить дерево. Уже большими выросли деревья, посаженные в честь нас с сестрой, теперь подрастают деревца в честь внуков. Как говорят в нашей семье, внуки Ростислава Сергеевича – это и есть его генетический шаг в бесконечность...

Подготовила  
Елена БУШ,  
обозреватель «МГ».

Томск.

Фото из семейного архива Карповых.

