

САНКТ-ПЕТЕРБУРГ МЕДИЦИНА

ОТНОШЕНИЯ
НА РАССТОЯНИИ / 16
ВЕЩЕСТВЕННЫЕ
ДОКАЗАТЕЛЬСТВА / 22
БОЛЕВОЙ ШОК / 24
ВИРУСНЫЙ НИГИЛИЗМ / 25



Среда, 12 октября 2016 №189
(№5939 с момента возобновления издания)
Цветные тематические страницы №13–28
являются составной частью газеты «Коммерсантъ»
Зарегистрировано в Роскомнадзоре
ПИ № ФС 77-64424 31 декабря 2015 года
Коммерсантъ
в Санкт-Петербурге

BUSINESS GUIDE

ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ПАРТНЕР ВЫПУСКА



РЕКЛАМА

наши специалисты проконсультируют
Вас о возможных противопоказаниях



ЕЛЕНА БОЛЬШАКОВА,

РЕДАКТОР BUSINESS GUIDE «МЕДИЦИНА»

ИЗМЕНЕННОЕ СО ЗНАНИЕМ

Осенний номер BG посвящен теме отрицания. Будь то отрицание вакцинации как возможности формирования иммунитета маленького ребенка, сомнения в существовании болезни или механизме ее действия, как происходит с ВИЧ, или отказ принятия того факта, что боль, даже являясь симптомом, сама нуждается в адекватном лечении.

По сути, это вопросы жизни и смерти, различно только соотношение рисков при выборе — следовать или не следовать установленным медицинским нормам в перечисленных случаях. Однако если первый пример описывает веяние, хоть и достаточно мощное, в определенном социальном слое, а развитие второй теории происходит скорее посредством привлечения последователей в замкнутую экосистему, читай — добровольно, то проблема доступа к болеутоляющим носит совершенно другой характер. Пациент тут не выбирает, верить или не верить: выбор и ответственность ложатся на его лечащего врача, а ограничения в большинстве случаев исходят от самого регулятора.

Озаботившись этой проблемой, правда, уже после волны самоубийств страдающих невыносимыми болями пациентов, не получивших анальгетик, правительство утвердило комплекс мер по повышению доступности таких препаратов и расширило их список.

Те же действия совершают власти в отношении IT для медицины. В законодательные документы вводится понятие телемедицинских технологий, чтобы иметь возможность юридически регулировать дистанционные отношения врачей и пациентов: пока обмен данными в электронном виде и их использование де-факто остаются нелегальными.

В процесс включились наука и бизнес-сообщество, их версию правок в федеральные законы, по некоторым данным, Госдума должна рассмотреть в октябре.

В идеале легитимизация дистанционных услуг должна максимально автоматизировать и ускорить те процессы в работе медицинских работников, которые возможно улучшить с помощью технологий. Перспективы будущих изменений один из участников иллюстрирует на примере феномена «уберизации», в считанные годы полностью переключившей рынок таксомоторных услуг.



КОЛОНКА РЕДАКТОРА

САМА ВРЕДИНА

В РОССИИ ДЕТЯМ ДО ГОДА СТАВЯТ ПРИВИВКИ ПРОТИВ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА, ТУБЕРКУЛЕЗА, КОКЛЮША, ДИФТЕРИИ, СТОЛЬНЯКА, ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ, ПОЛИОМИЕЛИТА, КОРИ, КРАСНУХИ И ПАРОТИТА. ВПРОЧЕМ, ВАКЦИНАЦИЯ ДЕТЕЙ ОСТАЕТСЯ НА УСМОТРЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ, И МНОГИЕ СЕГОДНЯ ПОЛЬЗУЮТСЯ ПРАВОМ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ ПРИВИВОК. КОРРЕСПОНДЕНТ BG КРИСТИНА НАУМОВА ВЫЯСНЯЛА МОТИВЫ РОДИТЕЛЕЙ И ВРАЧЕЙ.

О том, что сегодня многие мамы в России и Европе отказываются прививать детей, я узнала совершенно случайно. Обсуждая очередной поход к педиатру со своими немецкими приятельницами, молодыми образованными мамами, я выяснила, что они, например, от вакцинации отказались. Исключением скорее казалась я, прививающая ребенка по стандартному календарю вакцинации в Германии.

ГРУДЬЮ НА ЗАЩИТУ Профессиональный интерес подталкивал меня к обсуждению вакцинации при каждом удобном случае. Должна признать, что некоторые женщины не могут объяснить, почему не прививают детей, просто на каком-то интуитивном уровне они боятся негативных последствий этой профилактики. Однако большинство моих собеседниц продемонстрировали глубокое погружение в тему. Многие из них, кстати, не отказываются от прививок вовсе, а выжидают с вакцинацией до года и дольше, а также ставят только некоторые прививки по индивидуальному графику.

Наталья: «Старшего ребенка я начала прививать, но прекратила после шести месяцев. Младшую дочь вообще не прививала. Вакцинацию имеет смысл отложить до года, ведь в этом возрасте иммунная система только формируется, и подобные грубые вмешательства негативно воздействуют на нее. Учитывая, что ВОЗ рекомендует кормить грудью до двух лет, кормление до года становится все более распространенным явлением. А это лучшая защита детского здоровья. Уж по сравнению с прививками точно».

По итогам многочисленных дискуссий с немецкими и русскими мамами я смогла сформулировать, что именно их беспокоит. Во-первых, вопрос эффективности прививок и как таковая их необходимость человеческому организму. По словам противников вакцинации, защитой иммунитета младенца является грудное вскармливание, и этого достаточно. Прививки — это, в свою очередь, искусственное введение вирусов в организм малыша. Кроме того, если многие болезни уже давно в прошлом, так зачем от них прививаться? Во-вторых, есть убеждение, что вакцины снижают иммунитет ребенка. В-третьих, токсичность препаратов и их ядовитая природа. А еще мамы боятся побочных эффектов, в том числе аутизма.

БОЛЕЗНИ ИЗ ПРОШЛОГО Доктор-остеопат, ортодонт, многодетная мама Екатерина Филатова: «Я не против при-



МНОГИЕ ЖЕНЩИНЫ ОТКАЗЫВАЮТСЯ ОТ «ИНЪЕКЦИЙ ЯДА», СЧИТАЯ ЛУЧШЕЙ ЗАЩИТОЙ ИММУНИТЕТА МЛАДЕНЦА ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ

вивок как таковых, но нельзя их делать поголовно и бездумно. У нас на подсознательном уровне заложено, что прививки надо делать, а зачем — никто всерьез не задумывается. Прививка — это маленькая болезнь, зачем вводить ее здоровому организму, когда для этого нет показаний? Когда были эпидемии со смертельными исходами, например черная оспа, все было логично и понятно. А сейчас это отдельное направление бизнеса. Мы же не прививаем всех поголовно от бешенства или столбняка, только если есть прецедент. Мы делаем прививку АКДС, один из компонентов — корь, а она бывает трех видов. Делать прививку от гриппа в принципе странно, так как видов гриппа очень много, а вирус все время мутирует».

Некоторые болезни, к счастью, действительно уже в прошлом, говорит педиатр-неонатолог Марьям Сайфулина. Например, в 2002 году европейский регион, включая Россию, был объявлен свободным от полиомиелита. Но прививки против этого вируса и сегодня входят в календари всех стран мира. Дело в том, что как только снижается охват населения прививками, сразу же происходит вспышка заболевания. Так произошло в 1995 году в Чечне и Ингушетии, а спустя пять лет — в Таджикистане. Таким образом, циркуляция вируса требует продолжения массовой вакцинации.

«В России так было с дифтерией, например, — вспоминает медицинский директор компании «Смарт-технологии» Владислав Мохамед Али. — Нередки примеры, когда в стране переставали делать ту или иную прививку, а через несколько лет вспыхивала эпидемия этого заболевания».

ПРОВЕРКА НА ПРОЧНОСТЬ

Заявление о том, что прививки снижают иммунитет, не подтверждено научными исследованиями, говорят собеседники BG. Аллерголог-иммунолог сети медицинских клиник «Семейная» Станислав Суханов объясняет: «Вакцина — это антиген, на который должно выработаться специфическое антитело. В связи с тем, что антигена в вакцине слишком мало, его дополняют адьювантом — веществом, которое усиливает иммунный ответ на антиген для выработки специфического антитела. Антиген — это, как правило, белок, который может попадать в организм извне или образовываться внутри него. Так что в организм маленького ребенка в течение дня может попасть огромное количество антигенов из окружающей среды: различная пыльца, новая еда, табачный дым, вдыхаемая бытовая химия. И на них точно так же вырабатываются антитела. И если в дополнение к ним в организм попало еще несколько антигенов из прививки, это не понизит иммунитет». Температурная реакция, которую некоторые принимают за показатель пониженного иммунитета или побочного действия, — это ответ иммунитета на введенный антиген, и в принципе это неплохо, хотя каждый случай должен рассматриваться индивидуально, добавляет врач.

Многие мамы сегодня отодвигают начало вакцинации ближе к году и даже позже. Родители хотят подождать, пока организм малыша окрепнет. Опрошенные нами врачи не видят смысла в таких индивидуальных графиках. Наоборот, это может быть опасным: вакцинация на первом году проводится как раз ввиду того, что некоторые звенья иммунной системы ребенка достаточно слабы или незрелы и не способны на сильный, классический иммунный ответ. → 16

Хирургическое отделение

Ул. Ильюшина, 4/1 | Литейный пр., 55а ☎ 600-77-77

**Лечение
без отрыва
от работы!**



1 *Операции
в удобное для вас время*



3 *Комфортные
условия пребывания*

2 *Короткий
восстановительный
период*

Высокотехнологичная медицинская помощь

- | | | |
|------------------|-----------------------------|-------------------------|
| • Общая хирургия | • Оториноларингология | • Флебология |
| • Гинекология | • Травматология и ортопедия | • Офтальмология |
| • Урология | • Проктология | • Эстетическая хирургия |

www.avaclinic.ru

14 → «Взять ту же отечественную прививку АКДС с цельноклеточным коклюшным компонентом. У нее есть возрастные границы, она проводится только до четырехлетнего возраста. Это не значит, что ребенок до четырех лет может заболеть коклюшем, а после четырех — уже нет. Есть определенный иммунный ответ на введение вакцины, и чем старше дитя, тем сильнее и агрессивнее он будет. Важно также, что ребенок не общается с окружающим миром так широко, как начнет на втором году жизни, когда уже активно ходит, встречается с другими детьми, тянет все в рот. Ведь тогда риск бактериальной инфекции намного выше, чем до года, когда он под рукой у мамы», — предупреждает Станислав Суханов.

Научный сотрудник отдела профилактики инфекционных заболеваний ФГБУ «Научно-исследовательский институт детских инфекций ФМБА России» Ирина Фридман подчеркивает, что в грудном возрасте многие инфекции, против которых в первые месяцы проводится вакцинация, переносятся очень тяжело, часто имеют серьезные осложнения, вплоть до летального исхода. Именно поэтому для здоровых детей нет необходимости изменения рекомендованного графика вакцинации.

Некоторые родители настаивают на том, чтобы перед вакцинацией сделать анализ крови на антитела к инфекциям, против которых планируется ставить прививки. Таким образом, если иммунитет к заболеванию уже есть в организме ребенка, то и прививка не нужна. Эксперты не поддерживают и этот аргумент. «Нет необходимости перед началом вакцинации контролировать антитела к вакциноуправляемым инфекциям, так как у ребенка они могут быть только от матери, которая ими болела или была против них привита. Уровень этих антител в любом случае невысок, антитела быстро пропадают, разрушаются, поэтому ребенок остается незащищен. Сформировать защиту может прививка или болезнь», — поясняет госпожа Фридман.

Вакцинолог, анестезиолог-реаниматолог, педиатр сервиса вызова врача на дом DOC+ Елена Чернова подчеркивает, что не вакцинировать ребенка есть смысл в родильном доме и на первом месяце жизни в период ранней неонатальной адаптации до получения результатов скринингов и результатов профилактических осмотров,

которые помогут выявить малышей с противопоказаниями.

Медицинский отвод от прививок показан детям ослабленным, с какими-либо заболеваниями, говорит Марьям Сайфулина. В случае любых проблем со здоровьем целесообразна вакцинация по индивидуальному графику.

Руководитель направления «Педиатрия» системы клиник «Медика» Джамиля Серебренникова рассказывает, что в России случаи отказов от вакцинации нередки. И есть ряд прививок, отказываться от которых специалист настоятельно не рекомендует: это профилактика коклюша, столбняка, полиомиелита, гемофильной палочки, туберкулеза, паротита, энцефалита, менингита, дифтерии. «Единственная прививка, с которой я рекомендовала бы повременить, — это прививка от гепатита В. Согласно календарю, она должна быть сделана в первый месяц жизни ребенка, и в большинстве случаев детей прививают уже в роддоме. Мое личное профессиональное мнение — с вакцинацией следует подождать до тех пор, пока не пройдет минимальный адаптационный период, хотя бы несколько месяцев», — говорит госпожа Серебренникова.

Наталья: «Я всегда считала прививки очень нужной процедурой, моя старшая дочь привита "от и до". С появлением второго ребенка я тоже начала вакцинацию по графику. Теперь об этом жалею. Дочка родилась абсолютно здоровой и развивалась по возрасту, даже опережала развитие. Без страха я шла на последнюю прививку — корь, краснуха и паротит. Реакция была страшная: температура под 40, рвота, слабость. Потом наступило улучшение, но мы стали замечать изменения в поведении ребенка. Она совсем замолчала, перестала понимать просьбы и обращения, игнорировала родственников, перестала интересоваться игрушками, начались жуткие истерики. Я заподозрила аутизм. Мы начали обследование, и аутизм выявлен не был. Остеопат и три невролога единогласно признали, что ее состояние — реакция на прививку. Сейчас нам три с половиной года, и первые слова дочка сказала полгода

назад. Все еще есть много сложностей, но мы работаем над ними».

ДОЛЯ РИСКА Вполне справедливо говорить, что в прививках в небольшом количестве содержатся яды, отмечает Станислав Суханов. Действительно, в большинстве вакцин присутствуют различные компоненты, такие как консерванты и стабилизаторы, — они необходимы для сохранения структуры и иммуногенности вакцины. Некоторые из них являются токсичными. «Другое дело, что канцерогенное действие токсичных веществ на человека ничтожно мало, поскольку вакцина используется либо разово, либо с редким повторением в два-четыре введения за довольно длительный период времени», — объясняет специалист.

Врачи уверены, что пользы от вакцинации гораздо больше, чем возможного вреда. Говоря о побочных эффектах, ученые подчеркивают следующее. Прививки не вызывают у ребенка аутизм или другие заболевания, но способны запустить уже существующую болезнь. Иными словами, ребенок уже был болен, просто заболевание не было диагностировано. Поэтому так важны мероприятия, предшествующие вакцинации, говорит господин Суханов. Например, проведение лабораторных анализов, дополнительных консультаций узких специалистов, если ребенок страдает хроническим заболеванием или есть отклонения в развитии и здоровье. На первом году особенно актуальны осмотры невролога.

«Вакцинация — самый безопасный способ стимуляции иммунитета, гораздо безопаснее облизывания колес у коляски и обмена слюной при поцелуях с родственниками, но родители почему-то чаще предпочитают искать „волшебную таблетку“, — говорит Елена Чернова. — Однако должна упомянуть, что любая стимуляция иммунной системы (вакцинация, заболевание, переохлаждение, стресс, применение иммуномодуляторов в том числе) способна запустить дебют аутоиммунного заболевания, если таковое генетически детерминировано у ребенка, но пока не проявилось».

Прямая связь между вакцинацией и аутизмом не была доказана, настаивает Марьям Сайфулина. «Было немало информации и о том, что исследование было заказано и финансировалось антипрививочной

организацией. В свою очередь, в Монреале (Канада) в популяционном исследовании было показано, что рост заболеваемости аутизмом увеличился, а охват вакцинацией уменьшился. Тенденция роста заболеваемости аутизмом никак не изменилась после второй волны прививок от кори. В 2010 году выяснилось, что мало того, что работа была методологически неверной, она еще и оказалась однозначной фальсификацией», — рассказывает госпожа Сайфулина.

Педиатр, аллерголог-иммунолог сети медицинских клиник «Семейная» Станислав Суханов: «Благодаря вакцинации я, к счастью, ни разу не встретил за свою практику ни одного случая дифтерии. Но из-за того, что родители сегодня все чаще отказываются прививать своих детей, возможно, мы ее еще встретим. Случится это, может, через несколько лет, когда эти дети пойдут в сады и школы. Я могу ошибаться — время покажет. И все-таки я думаю, что даже самые ярые противники вакцинации не будут против прививки для профилактики бешенства, если их или их ребенка укусит дикое или подозрительное животное, например, бездомная собака или крыса. Ведь всем известно, что от бешенства нет лечения, и эта болезнь летальна в 100% случаев, а предшествует страшному исходу мучительно трудное течение».

По российскому законодательству прививать ребенка или нет — выбор родителей, исключительно добровольный. Опять же по закону ребенка без прививок обязаны взять в детский сад и в школу. На практике же часто родителями приходится отстаивать свое право на место в учебных заведениях для ребенка без паспорта вакцинации.

Непривитые дети всегда в большей опасности по сравнению с привитыми, говорит Станислав Суханов. Простой пример: ребенок получает живую вакцину от полиомиелита. Он начинает выделять эти ослабленные штаммы со слюной и калом и может заразить непривитого ребенка. «Но я лично не встречал такие случаи на практике, — замечает он. — Бывает и наоборот. У непривитых детей всегда выше вероятность заразиться и образовать очаг инфекции, поэтому теоретически они представляют опасность и для привитых детей». ■

РАССТОЯТЕЛЬНАЯ РЕКОМЕНДАЦИЯ СЕГОДНЯ НА РАССМОТРЕНИИ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ВЛАСТЕЙ НАХОДИТСЯ ДВА ЗАКОНОПРОЕКТА ПО ТЕЛЕМЕДИЦИНЕ. НЕ ТОЛЬКО ПРАВИТЕЛЬСТВО, НО И IT-СООБЩЕСТВО ОЗАБОЧЕНО РЕГУЛИРОВАНИЕМ ОБЛАСТИ ИНФОРМАТИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. ПОКА ПРАВОВОЕ ПОЛЕ НЕ ВСПАХАНО, РЕГИОНЫ САМОСТОЯТЕЛЬНО РЕАЛИЗУЮТ ПИЛОТНЫЕ ПРОЕКТЫ ДИСТАНЦИОННОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ВРАЧЕЙ, ВКЛАДЫВАЯ В НИХ СОБСТВЕННЫЕ БЮДЖЕТЫ.

ЕЛЕНА ИСАЕВА

Фонд развития интернет-инициатив (ФРИИ) и информационное агентство РИА АМИ провели исследование, в котором приняло участие более 1 тыс. медиков со всей страны. Согласно результатам, 90% опрошенных поддерживают внедрение дистанционного консультирования. «По официальной статистике, в России не хватает 30 тыс. врачей, а в

некоторых регионах государственные больницы укомплектованы лишь на 40–60%. Телемедицина же позволит решить проблему доступа к профессиональной медицинской помощи в удаленных и сельских районах страны — так считают свыше 70% опрошенных», — говорится в исследовании. Среди проблем — отсутствие технической базы для

работы высокоскоростного интернета в отдаленных районах, объеме и скорости трафика, защищенности каналов связи и безопасности персональных данных пациентов, а кроме того — низкая осведомленность населения о телемедицине и слабая связь федеральных экспертных центров с региональными телемедицинскими сообществами.

ОСОБОЕ МНЕНИЕ По данным другого опроса, который в августе 2016 года провел сервис по контролю здоровья ONDOC в социальной сети «Врачи РФ», при выборке 714 специалистов около 10% не знают или не понимают значения термина «телемедицина». Согласно региональному срезу данных по СЗФО (12% опрошенных), опыт дистанционных консультаций пациен-

тов был у 13% врачей этой части страны. Способы связи по убыванию популярности — видеочат, телефон, электронная почта, мессенджеры или социальные сети. 43% не готовы проводить дистанционные консультации: трудно осмотреть пациента без очной встречи; пациентов на очном приеме достаточно; в клинике нет технической возможности для удаленных консультаций; такие консультации будут занимать больше времени; это незаконно; нужно потратить время на обучение; «коллеги меня не поймут». Около 80% опрошенных считают, что телемедицинские услуги не подходят для первого визита к врачу.

В России ежегодно на информатизацию здравоохранения выделяется более 5 млрд рублей, констатируют эксперты. При этом отрасль находится лишь на начальном этапе развития — пока в регионах принимаются собственные целевые программы по развитию телекоммуникационной инфраструктуры, на федеральном уровне только ведется работа по созданию нормативно-правовой базы. Сейчас телемедицина де-факто запрещена.

ПОПРАВКА НА РАЗДВОЕНИЕ На данный момент существует два законопроекта о телемедицине. Один разработан Минздравом и предполагает поправки в № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», № 3-ФЗ «О наркотических средствах и психотропных веществах» и № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Документ выложен на сайте regulation.gov.ru, по данным системы, его текст прошел публичные обсуждения и антикоррупционную экспертизу, 14 сентября проект получил положительное заключение об оценке регулирующего воздействия. По недавнему заявлению советника президента РФ по вопросам интернета Германа Клименко, он должен быть принят до конца года. Согласно тексту, закон вступит в силу уже в январе 2017-го, однако начало действия некоторых положений (касающихся выдачи рецептов в электронной форме, а также о предоставлении данных в создаваемую правительством «Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения» в отношении частных организаций) отсрочено до января 2018 года. Как цитировали СМИ в сентябре начальника департамента информационных технологий и связи Минздрава России Елену Бойко, подзаконные акты, в которых планируется урегулировать форматы передачи данных, процедуру взаимодействия врача и пациента и прочее, будут разрабатываться уже после принятия законопроекта.

Одновременно на сайте Госдумы выведен законопроект № 1085466-6 о внесении изменений в ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» и статью 10 ФЗ «О персональных данных», подготовленный представителями IT-индустрии — Институтом развития интернета (ИРИ), ФРИИ и «Яндексом». По словам представителей пресс-службы последнего, правки базируются на законопроекте от Минздрава. Согласно хронологии событий, документ направлен в комитет Госдумы по охране здоровья в мае, дата принятия решения о представлении законопроекта в совет Государственной думы не определена.

И тот, и другой документ носят рамочный характер, определяющий понятие «телемедицинские технологии» и вводящий его в законодательное поле. Если быть точным, то это комплекс организационных, технических и иных мер, применяемых в процессе



МЕДООБЩЕСТВО С НЕТЕРПЕНИЕМ ЖДЕТ ЛЕГАЛИЗАЦИИ ОБМЕНА ЦИФРОВЫМИ ДАННЫМИ МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ И ВРАЧОМ. ОДНАКО В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ ЭТУ ВОЗМОЖНОСТЬ ОНО ПОЛУЧИТ ЕЩЕ НЕ СКОРО

оказания медицинских услуг пациенту с использованием процедур, средств и способов передачи данных по каналам (линиям) связи, обеспечивающих достоверную идентификацию участников информационного обмена — медицинского работника и пациента или его законного представителя.

При этом, говорят участники процесса, инициатива Минздрава сосредоточена на информатизации отношений между медицинскими работниками, а представители невластных организаций убеждены в необходимости регулирования дистанционного общения между пациентом и врачом.

СЕВЕРНЫЕ ПИЛОТЫ «Тема медицины и здоровья сложна сама по себе. Во-первых, это очень личное пространство человека, в которое трудно пускать что-то новое. Во-вторых, это довольно консервативный и закрытый рынок, который не любит изменять правила, внутри которых он существует. Однажды выработав систему, рынок принимает ее как данность. Это то, с чем мы столкнемся в первую очередь», — говорит Григорий Бакунов, директор по развитию технологий «Яндекса».

Георгий Лебедев, руководитель комитета «Интернет + медицина» ИРИ, выделяет пять основных направлений телемедицины: консультирование (очное в режиме видеосвязи и заочное — анализ медицинских данных пациента); мониторинг (скрининг) состояния здоровья (применение мобильных медицинских устройств и автоматизированная обработка сигналов с них); телехирургия (применение роботов); телеобразование врачей (трансляция знаний); применение интеллектуальных систем поддержки принятия врачебных решений.

Законодательно до сих пор эти направления не легализованы. Введено только понятие «дистанционного консилиума». Однако очное и заочное консультирование, например, уже достаточно распространено: практически каждый федеральный медицинский центр проводит консультирование пациентов при направлении на высо-

котехнологическую медицинскую помощь, проводится расшифровка КТ, МРТ.

Интересно, что в эту систему по собственному желанию и инициативе включаются региональные власти, самостоятельно реализуя проекты информатизации услуг.

Так, в Архангельской областной клинической больнице (АОКБ) в рамках проекта «Телемедицина на Северо-Западе России» на совместные средства региона и норвежского Директората по социальным вопросам и здравоохранению создан специальный отдел (начало проекту было положено на связях с Национальным телемедицинским исследовательским центром в региональной больнице города Тромсе еще в 1995 году, с января 2016 года телемедицинские консультации в АОКБ оплачиваются из средств фонда ОМС). «Сегодня консультативно-диагностический отдел телемедицины, входящий в состав Территориального центра медицины катастроф, оказывает консультативную помощь 33 медицинским организациям Архангельской области, — рассказывает главный врач АОКБ Игорь Петчин. — Консультацию получает не пациент, а специалист, осуществляющий его лечение. Существует два вида телемедицинских консультаций: экстренная (безотлагательная) и плановая. При необходимости проведения срочной консультации врач из областного ЛПУ совершает телефонный звонок дежурному врачу-консультанту соответствующего профиля. После проведения телефонной консультации пациент принимается под дистанционное наблюдение до момента стабилизации состояния или решения вопроса о проведении медицинской эвакуации воздушным или автомобильным транспортом. При срочных, экстренных и угрожающих жизни пациента состояниях врачи-консультанты принимают решение о необходимости эвакуации пациента в областной центр, минуя межрайонные центры, силами и средствами бригад постоянной готовности отделения экстренной консультативной скорой медицинской помощи. Плановые консультации проводят-

ся путем отправки заявки на консультацию по защищенной сети VipNet и получении ответа в течение трех рабочих дней».

На сегодняшний день отдел консультирует по 33 врачебным специальностям, и если в 2010 году количество таких обращений равнялось 1295, то в 2015 году их было уже 3484. Помимо консультирования, отдел осуществляет проведение лекций, семинаров и конференций с использованием видеоконференционного оборудования; трансляцию хирургических операций; дистанционную расшифровку данных суточного мониторинга сердечного ритма, исследований лучевой диагностики (УЗИ, МРТ, КТ, рентгена).

В Ленинградской областной клинической больнице (ЛОКБ) в течение последних недель апробирована система удаленного формирования заключений при компьютерной томографии и рентгенографии, начата работа по совершенствованию передачи данных электрокардиографических исследований (в том числе — холтеровского мониторинга). Все эти исследования приводятся удаленно — в Киришской клинической межрайонной больнице (КМБ «Кириши»), затем при необходимости получения консультации они пересылаются областным специалистам, которые и формируют по ним свои заключения.

«Диагноз во многих случаях может быть поставлен дистанционно. Так, например, диагностируется острый инфаркт миокарда при передаче электрокардиограммы (ЭКГ). Точно так же диагноз может быть поставлен по данным рентгеновского изображения или компьютерной томографии», — рассказывает Татьяна Тюрина, главный врач ЛОКБ. Проект сегодня является невысокотратным. Средства были потрачены только на усиление серверного оборудования в КМБ «Кириши». Установка программного обеспечения и налаживание его работы были осуществлены силами сотрудников Медицинского информационно-аналитического центра Ленинградской области и ЛОКБ в рамках текущего финансирования примерно за месяц. ■



АЛЕКСАНДР КОРЖОВ

«СЕЙЧАС БОЛЬШЕ ДЕНЕГ В ГОСЗАКАЗЕ»

ОСНАЩЕНИЕ КЛИНИК СОВРЕМЕННЫМ МЕДИЦИНСКИМ ОБОРУДОВАНИЕМ СТАЛО СРОДНИ СТРОИТЕЛЬСТВУ КОСМИЧЕСКОГО КОРАБЛЯ, УТВЕРЖДАЕТ ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР КОМПАНИИ «КЕЛЕАНЗ МЕДИКАЛ» ЕЛЕНА КИРИЛЕНКО. В ДАННЫЙ МОМЕНТ ВЫСОКИЕ ТЕХНОЛОГИИ БОЛЕЕ ДОСТУПНЫ ГОСУДАРСТВЕННЫМ, ЧЕМ ЧАСТНЫМ КЛИНИКАМ. ВЕРОНИКА ЗУБАНОВА

BUSINESS GUIDE: Елена Александровна, как вы оцениваете ситуацию на рынке поставок медицинского оборудования?

ЕЛЕНА КИРИЛЕНКО: Рынок сложный. Денег меньше стало. Но есть и положительные тенденции. Например, заказчики стали более вдумчиво относиться к вопросу приобретения оборудования. Во времена модернизации финансирование было огромным, и клиники часто получали по две-три единицы однотипного оборудования. Сейчас решения стали более взвешенными: четко продумывается, что приобретать, в какой комплектации, под какие задачи, есть ли аналоги. Кроме того, заказчики стали уделять больше внимания комфорту пациентов, тщательно подбирать не только высокотехнологичное оборудование, но и то, что непосредственно обеспечивает комфорт. Например, недавно мы подбирали специальную мебель для оснащения детского учреждения: столы и шкафы, которые детки не смогут уронить на себя, пуфики, которые не переворачиваются, если сесть на край.

BG: Как реализуется политика импортозамещения, растет ли доля отечественных товаров?

Е. К.: Растет, и на это влияют как объективные, так и субъективные факторы. Иногда есть негласная директива в первую очередь приобретать отечественное оборудование, особенно по госзаказу. А часть заказчиков видит, что на рынке есть качественное российское оборудование, и выбирает его.

Мы активно работаем с компанией «Фармстандарт Медтехника» — это российский производитель оборудования для мойки и стерилизации. Есть опыт работы с компанией «Дженерал Электрик» — у них есть производство, локализованное в России, они производят ультразвуковые сканеры и компьютерные томографы. Есть опыт успешной реализации совместных проектов с петербургским заводом «Электрон».

Кстати, импортозамещение коснулось не только высокотехнологичного оборудования. Пять лет назад, реализуя крупный проект, мы использовали медицинскую мебель итальянского производства, а в этом году два объекта полностью оснастили мебелью российского производства.

BG: Цена имеет значение?

Е. К.: Наш бизнес нельзя рассматривать просто как бизнес, на первом месте —

интересы специалистов и пациентов. Наша задача — чтобы доктор мог качественно работать на оборудовании (получать диагностику, проводить необходимые процедуры), а пациент получал качественную медицинскую помощь.

Сейчас такие технологии в медицине, такое оборудование — космические корабли! Новая аппаратура позволяет решать медицинские задачи на качественно более высоком уровне. От нашей работы зависят здоровье и жизнь людей. Здесь экспериментов быть не должно: что-то купить, а потом понять, что это не то или не того качества, — категорически недопустимо.

BG: И все-таки, есть ли разница в цене на оборудование отечественных и зарубежных производителей?

Е. К.: По-разному. Мы сталкиваемся с тем, что оборудование российского производителя сопоставимо по цене с импортными аналогами, поскольку собирается из импортных комплектующих. И это большой вопрос — можно ли его назвать оборудованием российского производства. Но есть оборудование на 25–30% дешевле иностранных аналогов.

BG: А по качеству они сопоставимы?

Е. К.: Далеко не все импортное оборудование можно заменить российскими аналогами. Есть направления, в которых вообще практически нет оборудования российского производства: например, пока не так много предложений для оснащения отделений восстановительного лечения, оборудования для реабилитации, анестезиологии и реанимации. Заказчик чаще предпочитает импортное, поскольку есть определенные требования к качеству, которые российские производители не всегда соблюдают.

BG: А есть направления, в которых российское — значит лучшее?

Е. К.: Откровенно лучшее — вряд ли, все-таки зарубежные производители прошли долгий путь оттачивания технологий. Но на уровне мировых стандартов есть. Хорошее качественное оборудование, за которое не стыдно. Стерилизационное оборудование, оборудование для лучевой диагностики. Мы работаем напрямую с производителями, выбираем лучшее, хорошего качества и по адекватной цене.

BG: Насколько высока конкуренция на рынке?

Е. К.: К сожалению, сегодня много компаний, которые просто декларируют, что они что-то могут. Профессиональных компаний полного цикла, реально что-то сделавших, маловато — на всю Россию около десяти. Я очень надеюсь, что законодательство о госзаказе будет дорабатываться, и в нем будут прописаны нормы квалификации исполнителя. Это особенно важно, когда реализуются комплексные проекты, используются высокие технологии, строятся объекты «под ключ». Если речь идет о единичных поставках, можно жестко прописать технические условия и требовать их исполнения с любого. Но строителям космических кораблей нужна квалификация.

BG: Объекты «под ключ» — тоже одна из тенденций рынка?

Е. К.: Если еще лет десять назад заказчик предпочитал какие-то отдельные позиции, теперь гораздо чаще востребованы проекты «под ключ», в которых все подчинено медицинской технологии. В первую очередь формируется медицинская технология по лечению тех или иных заболеваний, по той или иной диагностике, по тем или иным вопросам медицинского учреждения. Эта технология согласовывается с заказчиком, под нее в соответствии с финансированием проектируется объект и подбирается оснащение. А затем четко прописываются этапы реализации проекта и вопросы дальнейшего сопровождения: гарантийное и постгарантийное обслуживание, дооснащение, повышение квалификации специалистов.

BG: Даже повышение квалификации специалистов?

Е. К.: Конечно. Мы вообще себя считаем не просто поставщиком медицинского оборудования. Мы — компания-интегратор. Несем еще и образовательную, информационную функцию, знакомим медицинских работников с достижениями современной науки. Например, сейчас мы начинаем реализацию нового масштабного проекта городской больницы в Ялте, где будут использованы самые современные медицинские технологии. О некоторых из них заказчик не знал — не всегда у докторов (тем более, крымских) есть возможность ездить на международные конгрессы и отслеживать все новинки. Мы рассказываем заказчику,

как можно реализовать то, что он хочет, показываем современные технологии, которые можно внедрить для повышения эффективности. Когда мы завершили работы в больнице имени Семашко в Пушкине, мы организовали большую конференцию для специалистов всего Северо-Запада, чтобы они увидели, как работают новые технологии, насколько они эффективны.

BG: Состояние медицины в регионах меняется в лучшую сторону?

Е. К.: Если раньше все ехали лечиться в Москву или Санкт-Петербург, потому что дома была какая-то завалящая районная больничка, то сейчас в регионах тоже стали строить очень достойные медицинские учреждения. Уровень обеспеченности хороший, но, конечно, всем хочется большего.

У них зачастую меньше каких-то технических возможностей, хуже оснащенность, меньше возможностей повышать квалификацию. А специалисты есть везде. Хорошая тенденция, которую я вижу как помощник депутата Законодательного собрания Ленобласти: регионы инвестируют в поддержку молодых специалистов. Я знаю, например, что комитет здравоохранения выделяет квартиры, чтобы молодые специалисты не уходили в бизнес, а оставались в медицине.

BG: Ваша компания работает и с госзаказами, и с частными партнерами, велика ли разница?

Е. К.: Считается, что больше денег в частной медицине. На самом деле, мы столкнулись с тем, что при нынешних ценах на оборудование частным учреждениям сложнее, они пытаются экономить. Мы, конечно, стараемся предложить максимально выгодные цены (поскольку оборудование из первых рук), предоставляем длительные рассрочки, гибкие условия, чтобы было выгодно частным клиникам. Но процентов восемьдесят нашего оборота — это государственные контракты. Сейчас больше денег в госзаказе.

BG: Каковы перспективы развития рынка поставок медицинского оборудования в России?

Е. К.: Рынок растет, но становится более избирательным. И эта тенденция роста в ближайшем будущем сохранится. Оказание медицинской помощи будет востребовано всегда — это без вариантов. ■

ВОЗМОЖНЫ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Реклама. Не является публичной офертой.

CLINIC
KIVACH
Saint Petersburg

ПРОГРАММА ВОССТАНОВЛЕНИЯ
ОРГАНИЗМА



с применением уникальной
методики ксенонотерапии

ПЕРЕЗАГРУЗКА

- нормализует сон
- заряжает энергией
- повышает активность
- улучшает самочувствие
- избавляет от стресса

**Найдите в себе силы
двигаться дальше**

Клиника «Кивач» Санкт-Петербург
Васильевский остров, 26 линия, 15Б
8 (812) 318-59-99 | spb.kivach.ru

Клиника «Кивач» Карелия
8 (800) 100-80-30
www.kivach.ru



/kivachclinic



ВЕСЕЛЯЩИЙ ГАЗ

КСЕНОН ДАВНО ИСПОЛЬЗОВАЛСЯ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ КАК ГАЗ ДЛЯ НАРКОЗА ПРИ ОПЕРАЦИЯХ. НО ЛИШЬ НЕДАВНО ЕГО СТАЛИ ПРИМЕНЯТЬ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ДЛЯ СНЯТИЯ СТРАХА, ТРЕВОЖНОСТИ, НАПРЯЖЕНИЯ, УЛУЧШЕНИЯ СНА И РАБОТОСПОСОБНОСТИ. ОСНОВНОЙ МИНУС ТАКОЙ ТЕРАПИИ — ЦЕНА. СВЯЗАНО ЭТО С ВЫСОКОЙ СТОИМОСТЬЮ ПРОИЗВОДСТВА САМОГО ПРЕПАРАТА.

ЛИДИЯ ГОРБОРУКОВА

Ксенон был открыт в 1898 году английскими учеными Уильямом Рамзаем и Морисом Траверсом. Этот газ состоит из одноатомных молекул, не имеет ни запаха, ни цвета, не горит и не поддерживает горение, не взрывоопасен, слабо растворяется в воде. Помимо промышленности, ксенон активное применение получил и в медицине — долгое время он использовался в качестве наиболее эффективного и безопасного наркоза при операциях. И лишь в 2010 году после долгих исследований было получено разрешение на применение ксенонотерапии как метода снятия стрессовых и тревожных расстройств, рассказывает Николай Базий, руководитель Медицинского центра ксенонотерапии. «Это российское ноу-хау. Медицинский ксенон и специальное оборудование для ингаляций также производят в нашей стране. Концентрация ксенона в контуре аппарата при терапии стрессовых и тревожных расстройств составляет от 15 до 35%. При наркозе концентрация ксенона намного выше», — пояснил он.

У ксенона много преимуществ: он не вызывает привыкания и аллергических реакций, не накапливается в организме, совместим со всеми известными препаратами. Это, подчеркивает господин Базий, безопасный инертный газ, который ни с чем не соединяется в организме и выводится в неизменном виде. «Сегодня это один из самых модных, популярных и безопасных методов лечения стрессовых и тревожных расстройств. Более того, это редкий случай, когда лечение может быть приятным, так как процедура ксенонотерапии вызывает ощущения позитива, легкости, комфортного расслабления», — перечисляет положительные качества эксперт.

Иван Пчелин, главный врач клиники «Кивач Санкт-Петербург», отмечает, что ксенон с точки зрения механизма действия является альтернативным взглядом на проблему расстройств настроения. «В комплексной терапии депрессий ксенон обладает высокой нейропротекторной активностью, купирует тревожные переживания и хронические болевые ощущения, улучшает кровоснабжение органов и тканей, способствует нормализации сна, повышает активность и снимает усталость. Ингаляции ксенона позволяют достичь клинически значимого эффекта — улучшения состояния пациента — при меньших дозировках антидепрессантов и транквилизаторов и за более короткое

время», — уточняет он. При этом специалист добавил, что способность ксенона оказывать прямое антидепрессивное действие до сих пор остается под вопросом: ингаляции ксенона как бы «настраивают» организм пациента на преодоление депрессии, улучшая физиологическое состояние, снимая проявления хронического стресса.

МОМЕНТАЛЬНОЕ РАССЛАБЛЕНИЕ По мнению специалистов, одно из самых важных качеств ксенона — его незамедлительное воздействие, так как эффект при ингаляции наступает уже во время процедуры. «Сразу после сеанса пациенты испытывают чувство бодрости, прилива сил, настроение улучшается, увеличивается трудоспособность. При этом ксенон быстро выводится из организма в неизмененном виде, но лечебная детоксикация, запущенная им, будет продолжаться еще от 6 до 72 часов», — пояснил Иван Пчелин.

Количество процедур ингаляции зависит от заболевания. Например, газ помогает адаптировать человека к состоянию постоянного стресса, снять так называемую тревогу возможной неудачи. «Часто для снятия стресса, тревожности требуется разовая процедура. Например, у нас есть пациент, который приезжает на ингаляцию ксеноном перед советом директоров и собранием акционеров. Есть пациенты, приходящие на ксенонотерапию перед важными переговорами. После процедуры возникает спокойствие, уверенность в себе, нет заторможенности и тяжести в голове. Также ксенон эффективен при панических атаках — на второй минуте ингаляции приступ паники уходит», — рассказал Николай Базий. По его словам, применение медицинского ксенона эффективно и при болевых синдромах различного происхождения: при мигренях, остеохондрозах, невралгиях. В таком случае обычно необходимо 5–10 ингаляций. В клинику приходят люди, которые боятся публичных выступлений, перелетов на самолете, открытых пространств, метро, вождения автомобиля.

По мнению Ивана Пчелина, о наступлении стойкого положительного эффекта можно говорить после 7–10 процедур ксенонотерапии, хотя улучшение самочувствия наступает уже после первой процедуры. Длительность ингаляций в комплексном лечении депрессии зависит от многих факторов, в частно-



ИНГАЛЯЦИИ КСЕНОНА ПОЗВОЛЯЮТ БЫСТРО КУПИРОВАТЬ ТРЕВОГУ, ЗАЧАСТУЮ ОНИ ПРИМЕНЯЮТСЯ И ДЛЯ СНЯТИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

сти, от тяжести соматической и вегетативной симптоматики, наличия сопутствующих тревожных расстройств, нарушений сна и определяется лечащим врачом в каждом случае индивидуально, отметил доктор.

При этом несмотря на то, что ксенон не вызывает аллергических реакций и физической зависимости, не имеет абсолютных противопоказаний, не токсичен, у него есть относительные противопоказания, например, острые инфекционные заболевания, некоторые заболевания дыхательной системы в активном периоде, острые психические расстройства и опухоли головного мозга. По словам Ивана Пчелина, не рекомендуются ингаляции ксенона при уровне артериального давления выше 170/100 мм рт. ст. Также недостаточно изучено воздействие газа на организм беременной женщины и при кормлении грудью.

ЧЕЛЮСТИ РАЗЖАВ Активное применение ксенон нашел и в стоматологии. Как рассказала Яна Кузуб, стоматолог-терапевт отделения эстетической стоматологии Atribeaute Clinique, показания к применению этого газа в зуболечебной практике довольно широки — это и снятие стресса перед стоматологическим приемом, и профилактика нежелательных состояний, и миорелаксация (снятие спазма жевательных мышц). Также ксенон применяется при лечении бруксизма, устранении лицевых болей.

По словам госпожи Кузуб, особенно эффективна ксенонотерапия при дентофобии — паническом страхе перед лечением зубов. «До недавнего времени единственным способом лечения дентофобии был общий наркоз, но его применение имеет ряд недостатков: его нельзя использовать часто и в течение продолжительного времени, а это важно при выполнении эстетических работ. Поэтому в стоматологической практике нашел альтернативный метод устранения тревоги — ксеноновые ингаляции. После них пациенты легко и комфортно переносят не только терапевтические процедуры, но и имплантацию», — пояснила она. Специалист отметила, что при применении ксенона пациент остается в сознании и сохраняет контакт с медицинским персоналом, в отличие от общего наркоза. Используется как в детской, так и во взрослой стоматологии, при этом проводить ксеноновые ингаляции можно перед каждым посещением зубного врача.

Единичной ингаляции (вдыхания ксеноновой смеси в течение двух-трех минут) достаточно для проведения стоматологического лечения во время одного визита. Лечебное действие наступает в период от одной до трех минут, при этом уже через десять минут 90% препарата выводится через легкие, а остальные 10% — в течение 72 часов.

ЦЕНА СПОКОЙСТВИЯ В настоящее время число клиник, предлагающих услугу ксенонотерапии, сравнительно невелико: около 150 по всей России. «Я вижу здесь несколько причин. Во-первых, методика довольно молодая, пока что она не получила широкого распространения. Во-вторых, высокая стоимость процедур: в среднем одна ингаляция ксеноном стоит 6–6,5 тыс. рублей. Причина кроется в необычайной редкости этого благородного газа. Чтобы получить литр медицинского ксенона, нужно переработать 11 млн литров воздуха. Это возможно только на металлургических комбинатах, где при сверхнизких температурах (–150°C) от жидкого кислорода становится возможным отделение инертных газов, а затем отдельно вычленение и технического ксенона, который впоследствии должен пройти специализированную медицинскую очистку», — пояснил Николай Базий. По его оценкам, в Москве сегодня насчитывается 30–40 частных клиник, которые предоставляют услуги ксенонотерапии. Кроме этого, она применяется в государственных больницах, например, в Москве это Главный военный клинический госпиталь им. Бурденко и ФГБУ «Клиническая больница № 1» Управления делами президента РФ, Институт онкологии им. Герцена, Клинико-диагностический комплекс № 1 Национального медико-хирургического центра им. Пирогова и другие. В Петербурге ксенон для ингаляций используют в Федеральном центре сердца, крови и эндокринологии им. Алмазова, в РНИИ «Нейрохирургический институт им. Поленова» и Военно-медицинской академии им. Кирова. Крупнейшими частными клиниками, предоставляющими услуги ксенонотерапии в Петербурге, являются «Кивач» и центр «Бехтерев».

Поставки медицинского ксенона строго регулируются Министерством здравоохранения РФ. Одним из крупнейших предприятий по производству этого препарата в нашей стране является московский завод «Акела-Н». ■

«ПОКА К НЕЙ НИКТО НЕ ПОДОШЕЛ» КОМПАНИЯ «АВА-ПЕТЕР» РАЗМОРОЗИЛА ПРОЕКТ ВТОРОЙ ОЧЕРЕДИ «СЕВЕРНОЙ КЛИНИКИ» И НАМЕРЕНА ЗАПУСТИТЬ ЕЕ В 2018 ГОДУ. ИНВЕСТИЦИИ СОСТАВЯТ 1,3 МЛРД РУБЛЕЙ, В ТАКУЮ ЖЕ СУММУ ОЦЕНИВАЕТСЯ ДОЛГОВАЯ НАГРУЗКА КОМПАНИИ. В ЭТОМ ПРОЕКТЕ «АВА-ПЕТЕР» СМОЖЕТ ОБОЙТИСЬ БЕЗ ВНЕШНЕГО ИНВЕСТОРА, ГОВОРIT ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР ГЛЕБ МИХАЙЛИК. ГЛОБАЛЬНО ЖЕ ПОИСК ИНВЕСТОРА ПРОДОЛЖАЕТСЯ, ОДНАКО ПОКА СТОРОНЫ НЕ СХОДЯТСЯ В ОЦЕНКЕ СТОИМОСТИ КОМПАНИИ.

БЕСЕДОВАЛА ЕЛЕНА ИСАЕВА

BUSINESS GUIDE: Мы общались с вами год назад. Тогда «Северная клиника» работала всего несколько месяцев и использовалась всего на 40%. Какова сейчас ее загрузка?

ГЛЕБ МИХАЙЛИК: Процентов 60–65. Лето для госпитальных услуг — не самое лучшее время. Особенно для педиатрических: дети не в городе. Цыплят по осени считают, тогда мы надеемся получить 75% от полной загрузки. А полную — к концу 2017-го.

BG: Вы распределили сюда поток пациентов из других клиник сети. Сейчас он выравнился?

Г. М.: Да, ситуация очень неплохая. Если посмотреть на операционный результат за полгода, то по сравнению с шестью месяцами 2015-го, мы увеличили операционную прибыль по группе на 80% в евро, а в рублях — в два с лишним раза. Общая выручка по группе достигла 2,1 млрд рублей (+27% год к году). При этом первое полугодие традиционно менее производительно, чем второе. По итогам 2016-го, думаю, сделаем 4,3 млрд.

BG: Как развивается филиальная сеть?

Г. М.: Последний филиал, который мы открыли — большое отделение на Московском проспекте, куда перевели поликлинику с проспекта Гагарина, 24. Она увеличила обороты и никаких опасений не вызывает. А в клинике на Гагарина расширили отделение репродуктивной медицины «Ава-Петер». Там в основном ведется прием пациентов по ОМС. Это отделение также показывает хорошую динамику относительно прошлого года. Сейчас заканчиваем проектирование филиала на пересечении Московского проспекта и Обводного канала, ждем согласования экспертизы.

Пока это все. Нам нужно сконцентрироваться на второй очереди «Северной клиники»: 1,3 млрд инвестиций, которые мы планируем сделать в ближайшее время — это немало. Надеемся выйти на стройплощадку весной следующего года.

BG: В прошлый раз вы говорили о €30 млн (см. BG от 07.10.2015). Вы поменяли проект? И когда клиника будет введена в коммерческую эксплуатацию?

Г. М.: Через полтора года, в 2018-м. Концептуально проект был, но сейчас мы будем доводить его до ума, потому что все-таки планируем сделать родильный дом на 35 коек и отделение ЭКО. Здание не такое уж большое — 6,5 тыс. кв. м, сложного оборудования не предвидится: несколько родильных залов и отделение реанимации для новорожденных.

BG: Кто инвестирует в этот проект?

Г. М.: Мы сами — около 25–30%, а дальше — заемные средства. Есть предложения от банков «Санкт-Петербург», «ЮниКредит». Выбираем, кто даст лучшие условия.

BG: Это будут только банковские займы или вы пускаете инвесторов?



Г. М.: Пока мы говорим только о банковских продуктах. В принципе, у нас достаточно ликвидности, мы помещаемся в коэффициенты, которые позволяют нам их привлекать.

BG: Какая сейчас долговая нагрузка у компании?

Г. М.: 1,3 млрд рублей. Из них совладельцам — примерно 400 млн.

BG: Вы стали все считать в рублях.

Г. М.: Пока евро держится стабильно между 70–75. Мы потихонечку цены подтягиваем.

BG: Операционка в основном за счет цен так выросла?

Г. М.: Цены мы подняли с начала года не более чем на 10–12%. Нет смысла это делать, если никто не придет и не заплатит. Так вырос бизнес «Северной клиники».

BG: Какой поток пациентов по группе сейчас?

Г. М.: Если в прошлом году было около 124 тыс., в этом мы ожидаем где-то 150 тыс. человек. И каждый из них в среднем пять-шесть раз посещает клиники сети.

BG: А как меняется количество иностранных пациентов?

Г. М.: В прошлом году было 400 семей. В этом их число сохраняется на том же уровне. Правда, приходится прикладывать серьезные усилия — рекламные, маркетинговые. Меня больше радует, что внутренний туризм развивается, и он растет благодаря средствам ОМС. В итоге сегмент увеличивается не за счет государственного задания Петербурга, а потому что нас выбирают люди из других регионов. По ЭКО, например, в прошлом году за шесть месяцев было 530 пар, а в этом уже 725.

BG: Какую долю межрегиональный сегмент ОМС занимает в бизнесе?

Г. М.: Если говорить отдельно по ЭКО, то 40–45%.

BG: Вы как-то диверсифицируете сегмент?

Г. М.: ЭКО и оказание услуг по МРТ и КТ — это основные направления, по которым мы получаем деньги из фонда ОМС. В прошлом году они составили 12% от выручки, в этом — процентов 15. Мы бы с удовольствием взяли больше квот по катаракте, но не дают: сейчас это 15–20 пациентов на квартал, работы на два операционных дня. ОМС — это не бездонная бочка, а вполне конечный инструмент.

BG: В последней беседе вы говорили о планах переезда клиники «Ава-Петер» с Невского проспекта и о переводе ее на Литейный проспект.

Г. М.: Стратегически план такой: мы строим вторую очередь «Северной клиники», где расположится отделение акушерства и гинекологии из центральной клиники на Литейном. В клинику на Литейном переедет «Ава-Петер» из здания на Невском. Последнее — в собственности группы, и будет необходимо решить, что с ним делать дальше. Но об этом, как говорила Скарлетт О'Хара, я подумаю позже.

BG: И, конечно же, параллельно вы ни в какие инфраструктурные проекты входить не будете. С государством, например, договорившись?

Г. М.: Нельзя объять необъятное. Самый главный риск — переоценить свои возможности и лопнуть. Инвестиционные ресурсы не безграничны, человеческие — тоже. Слишком быстрое инвестиционное развитие приводит к снижению качества, это мы уже проходили. Тем более что сейчас на политическом уровне все не совсем понятно.

BG: Меня все же интересует, насколько вы определились с поиском инвестора. Решено ли приостановить этот процесс?

Г. М.: Компания не отказывается от поиска инвестора, но вопрос краеугольный — оценка бизнеса. Наша достаточно высока,

мы не собираемся продавать компанию по низкой стоимости принципиально.

BG: Аналитики называли сумму в \$150 млн. Вы с этим согласны?

Г. М.: Это оценка, с нашей точки зрения, хорошая. Но пока к ней никто не подошел. Мы спокойно ведем переговоры, вариантов развития много: пока я не знаю, будет ли это миноритарный акционер или покупка всей компании. С точки зрения менеджмента мы работаем достаточно успешно. Вторую очередь реализуем без привлечения внешнего инвестора и в общем рассматриваем такой вариант, что нам не удастся никого найти и мы будем двигаться вперед за счет банковского финансирования.

BG: Вторая очередь была заморожена. Вам надо продлевать разрешительные документы?

Г. М.: Любая стройка — это получение разрешения на строительство, договоренности с городом, потому что здесь мы немного выезжаем за окончание инвестиционного договора. Если бы не Университет, с которым мы начали играть в азартные игры, успели бы больше.

BG: Что это за история?

Г. М.: Мы планировали с СПбГУ на территории второй очереди сделать научно-практический центр развития медицинских технологий. Сначала договорились, но потом неформально получили ответ, что ничего не будет. Наверное, это к лучшему: Университет — очень непростой партнер, было бы очень сложно с ними договариваться и вести совместную деятельность.

BG: Я бы хотела услышать вашу собственную оценку положения компании на рынке частных медуслуг Петербурга.

Г. М.: В ЭКО мы занимаем 26% — мы самая большая компания. В МРТ доля поменьше, но постоянно растет. У нас три МРТ и один КТ в Санкт-Петербурге, буквально недавно открыли отделение в госпитале для ветеранов войн. Это так называемый проект ГЧП-«лайт»: взаимных обязательств не так много, но при этом мы удовлетворяем потребности госпиталя и всего Невского района. Оборот около 150–160 тыс. рублей в день, надеемся довести до 250 тыс. EBITDA 25–30% — это вполне неплохо.

Если говорить о динамике ЭКО, в Петербурге это высоконкурентный сегмент рынка — здесь двадцать с лишним лабораторий. Но мы собираемся вместе со второй очередью «Северной клиники» построить самую современную лабораторию — в ней будет и хирургия, и диагностика, и ЭКО, и генетика.

BG: В плане выхода новых игроков вам что-то известно?

Г. М.: Не знаю, придет ли «Мать и дитя», они уже давно про это говорили. Это, пожалуй, самый серьезный конкурент, который может появиться. С остальным мы как-нибудь справимся. ■



АЛЕКСАНДР ЗЮШНЕР

В 2009 году в пробах нескольких российских биатлонистов был обнаружен гормон, улучшающий работу мышц и выносливость (на фото Альбина Ахатова)

ВЕЩЕСТВЕННЫЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА

В КОНЦЕ СЕНТЯБРЯ В МОСКВЕ СОСТОЯЛОСЬ ЗАСЕДАНИЕ ИСПОЛКОМА ОЛИМПИЙСКОГО КОМИТЕТА РОССИИ (ОКР), НА КОТОРОМ БЫЛИ ПОДВЕДЕНЫ ИТОГИ ВЫСТУПЛЕНИЯ СБОРНОЙ РОССИИ НА ИГРАХ-2016 В РИО-ДЕ-ЖАНЕЙРО. ПРЕЗИДЕНТ ОКР АЛЕКСАНДР ЖУКОВ ЗАЯВИЛ, ЧТО «НЕСМОТРЯ НА ВСЕ ПРОБЛЕМЫ С ДОПИНГОМ И МОРАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ, БОЛЬШИНСТВО НАШИХ СПОРТСМЕНОВ В РИО ВЫСТУПИЛИ УСПЕШНО». ОДНАКО ОТВЕСТИ ГЛАЗА ОТ СКАНДАЛА, КОТОРЫЙ В ЭТОМ ГОДУ ЗАТРОНУЛ РОССИЙСКИХ СПОРТСМЕНОВ, НЕ ВЫХОДИТ. БОРЬБА С ДОПИНГОМ В НАШЕЙ СТРАНЕ ДОСТИГЛА КУЛЬМИНАЦИИ — И ОДНОВРЕМЕННО ЗАШЛА В ТУПИК. АНАСТАСИЯ ДАЛМАТОВА

Главный в России допинговый скандал десятилетия разразился 9 ноября 2015 года после публикации отчета комиссии Всемирного антидопингового агентства (WADA) по расследованию деятельности РУСАДА — российской национальной антидопинговой организации. Отчет представлял собой обвинения в систематическом сокрытии положительных допинг-проб российских спортсменов. В нем агентство рассказывает о неоднократных случаях принятия допинга, а также попытках манипулирования результатами допинг-тестов со стороны тренеров. Такие выводы были сделаны экспертами WADA на основании аудио- и видеоматериалов, научных экспертиз и свидетельских показаний. Также в отчете говорится о целенаправленном уничтожении сотрудниками российской лаборатории более чем 1,4 тыс. проб спортсменов и о том, что сокрытием положительных результатов на допинг РУСАДА могла заниматься более пяти лет. В результате в период с 2012 по 2015 год, по мнению экспертов, были подтасованы результаты тестов 643 спортсменов. В громком скандале оказались замешаны представители около 30 видов спорта.

ПОЕХАТЬ НЕЛЬЗЯ ОСТАТЬСЯ Первыми жертвами отчета стали Всероссийская федерация легкой атлетики и Федерация тяжелой атлетики. 18 июля 2016 года был опубликован доклад канадского юриста, профессора Ричарда Макларена, который сообщил, что антидопинговая лаборатория в России якобы пользовалась уникальным методом подмены образцов. Именно она, как уверяет эксперт, позволяла российским спортсменам с положительной допинг-пробой выступать на Олимпиаде.

В докладе подобно описана схема, благодаря которой спортсмены, употреблявшие запрещенные вещества, по документам оказывались абсолютно «чистыми». По мнению господина Макларена, спортсмены предоставляли анализы в Российское антидопинговое агентство до приема препаратов, затем принимали допинг, а в ходе соревнований сдавали анализ как обычно. После этого в игру вступали спецслужбы, покрывающие подмену, и якобы вывозили из лаборатории пробу. Затем образцы подменялись на чистые, то есть сданные до употребления веществ. Согласно докладу, такая схема

применялась чаще всего по отношению к спортсменам в легкой и тяжелой атлетике.

В результате этого в конце июля Международная ассоциация легкой атлетики отстранила российских легкоатлетов от участия в международных соревнованиях, том числе и от Олимпиады в Рио. В то же время Международная федерация тяжелой атлетики объявила, что российским тяжелоатлетам грозит дисквалификация, если больше двух проб с олимпиад в Пекине и Лондоне окажутся положительными после перепроверки. Повторные пробы выявили допинг в крови Надежды Евстюхиной, Марины Шаиновой и Апты Аухадова. А позже, 25 июля, от участия в Олимпиаде были отстранены Татьяна Каширина и Анастасия Романова. Российским сборным по легкой и тяжелой атлетике так и не удалось поехать в Рио.

Однако 24 июля Международный олимпийский комитет разрешил спортсменам других дисциплин выступать на Олимпиаде, но при соблюдении ряда условий: атлет из России не должен иметь в биографии ни одного допинг-скандала. Кроме того, спортсмены сдали дополнительные пробы, чтобы сомнений в их «чистоте» не оставалось. Затем кандидатуру выступающего должна была одобрить международная федерация его вида спорта, а также Спортивный арбитражный суд.

ВСЕ НЕ ОСИЛИШЬ Ежегодно WADA расширяет список запрещенных к употреблению средств. Организация рассылает новый документ спортсменам за несколько месяцев до его вступления в силу, однако способ не оказывается действенным. Так, модулятор, запрещенный WADA к употреблению с 1 января 2016 года, обнаружили в апреле в пробах 50 российских спортсменов. Атлеты оправдывают это тем, что в списке от комитета много препаратов, и изучить каждый из них невозможно. Именно поэтому при разговоре о допинге спортивные врачи требуют максимально конкретных формулировок. Член Центральной аттестационной комиссии Минздрава по клинической лабораторной диагностике Владимир Дорофейков говорит, что «нужно четко понимать — допинг не однороден. Согласно списку запрещенных веществ и методов, допинг делится на классы: запрещенные субстанции и запрещенные методы».

К первым Владимир Дорофейков относит анаболические средства, гормоны и гормоноподобные вещества, адrenomиметики, антиэстрогены, мочегонные препараты, маскирующие допинг вещества. «В качестве примера применения допинга можно привести наиболее распространенные гормоны — препараты тестостерона. При курсовом использовании они способствуют повышению силы, ускоряют рост мышц», — уточняет эксперт.

Запрещенные методы — это, например, кровяной допинг, то есть повышение выносливости организма спортсмена за счет переливания его собственной крови, взятой за несколько недель до процедуры. Как пояснил ВГ Сергей Ашкинази, проректор по научно-исследовательской работе Национального государственного университета физической культуры им. Лесгафта, кровяной допинг используют непосредственно перед соревнованиями, чтобы улучшить кислород-транспортную систему крови и, таким образом, выносливость и скоростные качества атлета.

Спортивные врачи обращают особое внимание на тот факт, что допинг первоначально был запрещен, потому что стало известно о его небезопасности для здоровья спортсменов. «Такие случаи не единичны. Например, на Олимпиаде 1960 года в Риме использование стимуляторов привело к гибели известного датского велогонщика Курта Йенсена. В крови спортсмена были обнаружены сильнодействующие возбуждающие препараты», — вспоминает господин Ашкинази.

ЦЕНА ДИСКВАЛИФИКАЦИИ Допинговые препараты — это не наркотики, их можно приобрести и в обычной аптеке. Например, «Вазомаг», в состав которого входит мелдоний, продается без рецепта и стоит около 150 рублей. Именно из-за подобного препарата теннисистка Мария Шарапова весной 2016 года была вынуждена сенсационно покинуть корт.

Спрей от насморка «Ринофлуимуцил», ценой около 220 рублей, чуть не стоил карьеры хоккеистке Светлане Терентьевой. Перед Олимпиадой в Ванкувере в ее крови нашли следы туаминогептана, который входит в состав этого средства. Светлана смогла доказать, что использовала спрей

по прямому назначению, и история закончилась выговором, хотя WADA относит туаминогептан к классу стимуляторов.

Эритропоэтин, который больные анемией вынуждены покупать в среднем за 4 тыс. рублей, также интересен спортсменам. Так как в естественной среде этот гормон выделяется почками человека при недостатке кислорода, его дополнительный прием насыщает им организм. Кроме того, он улучшает работу мышц, повышает выносливость. Чаще всего эритропоэтин употребляют биатлонисты, велосипедисты и бегуны. В 2009 году в пробах российских биатлонистов Альбины Ахатовой, Екатерины Юрьевой и Дмитрия Ярошенко был обнаружен этот препарат. До недавнего времени в России это было одно из самых громких допинговых разбирательств.

С ПЕНОЙ У РТА Некоторые медики убеждены, что использование допинга провоцируют сами зрители. Завкафедрой спортивной медицины Первого Санкт-Петербургского медицинского университета, профессор Михаил Дидур уверен, что современный болельщик не готов смотреть, как бегун пробегает стометровку за 12 секунд, атлет должен уложиться в девять, иначе аудитории станет скучно.

«Если внимательно посмотреть, как на соревнованиях финишируют лыжники, то можно заметить белую или розовую пену на их губах. Дело в том, что большинство, например, норвежских лыжников, согласно медицинским справкам, астматики, а значит, совершенно легально применяют препараты для гипервентиляции легких, — утверждает Михаил Дидур. — Соревнования последних пятидесяти лет в видах спорта, где на первый план выходит выносливость, — это борьба не столько спортсменов, сколько фармакологических и медико-биологических бригад».

Спортивные медики признают, что проблема с допингом в стране есть: только за последние годы РУСАДА дисквалифицировала внутри страны более 250 спортсменов. Однако во многих видах спорта эта проблема не так актуальна. «Фехтование, бокс, футбол, хоккей — репутация наших ребят в них не была запятнана. Давайте стремиться к тому, чтобы и другие атлеты когда-нибудь могли похвастаться этим же», — призывают эксперты. ■

Коммерсантъ. В лучших местах Петербурга.

Рестораны	
MACARONI	Рубинштейна ул., 23
MARKET PLACE	Конституции пл., 3, лит. А Малоохтинский пр., 64 Выборгская наб., 61
ШАЛЯПИН	Тверская ул., 12/15
ТАВЕРНА ГРОЛЛЕ	Большой пр., В.О., 20
GINZA	Аптекарский пр., 16
ЧИН-ЧИН	Мытнинская наб., 3
ГАСТРОНОМ	Марсово Поле, 7
ПЛЮШКИН	ТК «Променад», Комендантский пр., 2
FIT FASHION	Казанская ул., 3
САДКО	Глинки ул., 2
МАРСЕЛЬЕЗА	Мартынова наб., 16
СТРОГАНОФФ	
СТЕЙК ХАУС	Конногвардейский б-р, 4
FRANCESCO	Суворовский пр., 47
РУССКАЯ	
РЮМОЧНАЯ №1	Конногвардейский б-р, 4
KONTORA	Орловская ул., 1
МОЯ ФЛОРЕНЦИЯ	Чернышевского пр., 9
TOSCANA GRILL	наб. кан. Грибоедова, 64 / Садовая ул., 47
КАВКАЗ	Стахановцев ул., 5
БРАТЬЯ ГРИЛЬ	Малая Садовая ул., 8
KRISTOFF/TWINPIX	Загородный пр., 9
SARULETTI	Большой пр., П.С., 74
НА РЕЧКЕ (ЯХТ-КЛУБ)	Ольгина ул., 8
ВЕСЕЛИДЗЕ	Восстания ул., 20
PICCOLO	Малый пр., П.С., 16
TONY'S KITCHEN	Малый пр., В.О., 88
ЭТАЖ 41	Конституции пл., 3/2, БЦ Leader Tower, 41-й этаж
Пироговые	
ЛИНДФОРС	Московский пр., 128 Декабристов ул., 19 Декабристов ул., 33 Полтавская ул., 3 Ленинский пр., 151
ШТОЛЛЕ	1-я линия, В.О., 50 Энгельса пр., 37 Восстания ул., 32 Невский пр., 11 Владимирский пр., 15 Савушкина ул., 3 Просвещения пр., 34 Каменноостровский пр., 31 Стачек пр., 74 1-я Красноармейская ул., 4 Московский пр., 105 Садовая ул., 8 Комсомола ул., 35 Гражданский пр., 114, корп. 1
Кафе	
МАГАЗИН У СМОЛЬНОГО	Бонч-Бруевича ул., 2/3
ЯКИТОРИЯ	Петровская наб., 4
XREN	Загородный пр., 13
ДРАГО	Приморский пр., 15
ЖАН-ЖАК	Гатчинская ул., 2/54
KROO CAFE	Суворовский пр., 27 / 9-я Советская ул., 11
Кондитерская	
МАРЦИПАН	Гражданский пр., 113, корп. 3
Пабы	
ПАБ № 1	Чкаловский пр., 15
Пекарни	
ЛАСТОЧКА	Макарова наб., 28
пекарня	Ломоносова ул., 14

Гостиницы	
РЕНЕССАНС	Почтамтская ул., 4
АРБАТ-НОРД	Артиллерийская ул., 4
НашОТЕЛЬ	11-я линия, В.О., 50
ОТЕЛЬ КЕМПИНСКИ	наб. р. Мойки, 22
NEVSKY FORUM HOTEL	Невский пр., 69
ЗОЛОТОЙ ТРЕУГОЛЬНИК	Б. Конюшенная ул., 12
АСТОН	Владимирский пр.,5
М-HOTEL	Садовая ул., 22
БРИСТОЛЬ	Расстанная ул., 2
АМБАССАДОР	Римского-Корсакова пр., 5-7
FOUR SEASONS	Вознесенский пр., 1А
ЭРМИТАЖ	Правды ул., 10
ИНДИГО	Чайковского ул., 17
ТУРИСТ	Севастьянова ул., 3
ГРАНД ОТЕЛЬ ЭМЕРАЛЬД	Суворовский пр., 18
APART-HOTEL SOVA	Фурштатская ул., 28
AKYAN HOTEL	Восстания ул., 19
MAJESTIC BOUTIQUE	Садовая ул., 22/2
HOTEL DELUXE	
АПАРТ-ОТЕЛЬ КРОНВЕРК	Блохина ул., 9
APART-HOTEL	Московский пр., 73,
VERTICAL	корп. 3, лит. А
CROWNE PLAZA	Стартовая ул., 6А
ST.PETERSBURG AIRPORT	

Автосалоны	
НЕВА-АВТОКОМ	Московский пр., 154
ДИЛЕР VOLKSWAGEN	
GREGORY'S CARS	Выборгская наб., 55
АВТО-ПУЛКОВО	Пулковское ш., 14, лит. А

Авиакомпании (на борту рейсов)	
ГТК РОССИЯ	
ЦБА ПУЛКОВО-3	
ТАЙМЫР (NORDSTAR AIRLINES)	
КРАКОС-МП, VIP-ЗАЛ	АВК «Пулково-1»

Бизнес-центры	
ОСКАР	наб. р. Фонтанки, 13, лит. А
МАГНУС	9-я линия, В.О., 34
ГУСТАВ	Средний пр., В.О., 36/40
GREGORY'S PALACE	Выборгская набережная, 55
БЦ МАРКС	Измайловский пр., 29 (вход с Обводного кан., 167А)

Разное	
САПСАН	Бизнес-класс
ЕДИНЫЙ ЦЕНТР ДОКУМЕНТОВ	Красного Текстильщика ул.,10/12
ИНТЕРЬЕРНЫЙ САЛОН «СЕНТЯБРЕВЪ»	Каменноостровский пр., 19



Газета «Коммерсантъ» издательством бесплатно не распространяется.

Узнайте подробную информацию
о корпоративной подписке
по телефону (812) 271-3635
www.spb.kommersant.ru

ИНФОРМАЦИОННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ В последнее время мы слышим о случаях самоубийств онкологических пациентов, не получивших болеутоляющие, достаточно часто. Наверняка случаев намного больше, просто не все доходят до прессы.

Господин Шутов в меньшей степени связывает это с болевым синдромом, в большей — с общим депрессивным состоянием, которое возникает из-за нарушения психологической адаптации в социуме при изменившихся жизненных обстоятельствах, что зачастую вызвано отсутствием или недостатком поддержки семьи, близких и окружающих.

Однако Анна Торопова, специалист по противоболевой терапии в клинике лечения боли «Медика», рассказывает, что нередко наблюдает в клинике пациентов, нуждающихся в обезболивании, но не получающих даже минимума из того, что должны. В этом случае речь даже не идет о запрещенных лекарствах или сложных интервенционных процедурах. «Проблема в том, что лечение хронической боли — достаточно молодое направление в нашей медицине, и боль при онкологии — не исключение. Не только пациентам — многим врачам катастрофически не хватает достоверной информации. До недавнего времени хроническую боль у нас было не принято рассматривать как отдельное направление, она воспринималась исключительно как симптом и потому спецификой ее лечения практически не занимались. В первую очередь, конечно, из-за этого страдали пациенты. Мы с этой проблемой столкнулись несколько лет назад, она-то и подвигла нас создать специализированную клинику боли и запустить на ее базе образовательные курсы и программы для врачей. Но, конечно, в масштабах страны этого явно недостаточно», — уверена она.

По словам госпожи Тороповой, дефицит информации — главный камень преткновения. Врачи не всегда знают о своих правах и обязанностях, о последних изменениях в действующем законодательстве. «На сегодняшний день выписать сильнодействующий препарат имеет право врач любой специальности, если состояние пациента действительно этого требует, однако, опасаясь проблем со стороны надзорных органов, многие предпочитают на всякий случай не рисковать и не берут на себя ответственность выписывать то или иное средство», — констатирует врач.

«Объективно знаний по правильному подбору обезболивания у врачей пока недостаточно. Но есть и другая проблема, не медицинская — недостаточное знание и понимание норм закона, — добавляет Дмитрий Ефимов. — К решению этой задачи наша компания подключилась полтора года назад, организовав в 25 субъектах РФ учебно-методические семинары для врачей. На одной площадке нам удалось объединить ключевые региональные ведомства — ФСКН, Министерство здравоохранения, Росздравнадзор. Со стороны медицинского сообщества в мероприятии принимали участия главврачи, провизоры и административный персонал лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ), чья профессиональная деятельность связана с оборотом препаратов предметно-количественного учета, в том числе наркотических и психотропных. По итогам этой работы были разработаны и изданы информационные материалы. В рамках этой комплексной работы нам удалось охватить более 10 тыс. специалистов. Сейчас мы продолжаем ра-

боту в этом направлении, объединившись с Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи и другими фармкомпаниями».

ТУГИЕ ГАЙКИ Надзорные структуры, по всей видимости, недостаточно осведомлены о реальном механизме действия обезболивающих и о том, во что превращается жизнь онкологических пациентов из-за боли. Процесс получения препаратов чрезмерно бюрократизирован, отнимает огромное количество времени у врачей, родственников и самих пациентов, не говоря уже о моральных и физических страданиях, на которые обрекают последних.

«Обычные обезболивающие на таких пациентов не всегда действуют, более того, бывают неэффективны и сильные обезболивающие, все зависит от индивидуального болевого синдрома», — рассказывает Елена Маклакова, медицинский директор сети клиник «Рэмси Диагностика», проводящей диагностику МРТ и КТ для онкобольных. При этом, говорит она, далеко не любое медицинское учреждение имеет право на хранение, транспортировку и использование сильных обезболивающих препаратов — это лицензионные требования. «Должно быть специальное помещение, в котором регламентировано все — вплоть до величины отверстий в металлической решетке. Допуск персонала в такие помещения ограничен, и существует постоянный контроль служб Наркоконтроля за этим видом медицинской деятельности. В обычной клинике, а не в специализированной по онкологии или вне стационара в составе многопрофильного ЛПУ, создать такое помещение сложно, дорого и нецелесообразно», — утверждает госпожа Маклакова.

УПЕЧЬ ЗА ПОМОЩЬ Несколько лет назад красноярские наркополицейские возбудили уголовное дело против 70-летнего терапевта Алевтины Хориняк, обвинив ее в подделке документов и незаконном обороте сильнодействующих препаратов. Как писали СМИ, госпожа Хориняк выписала рецепт на «Трамадол» знакомому мужчине, находящемуся на терминальной стадии рака, который не смог получить таблетки в поликлинике — бесплатные закончились, а платные не стал выписывать врач. Обвинение требовало восьми лет заключения. В 2014 году суд ее оправдал. В 2015 году стало известно, что доктор отсудила у государства 400 тыс. рублей за моральный вред.

Эксперты говорят, что от всего оборота наркотических средств на медицинскую сферу приходится около 0,3%. При этом подчеркивают, что наркотрафик и легальный оборот медицинских опиоидов — это очень разные истории.

«Согласно официальной статистике, количество случаев немедицинского использования сильнодействующих обезболивающих исчезающе маленькое — несколько случаев в год. Пристальное внимание регулятора к такого рода препаратам понятно и оправданно, но в России меры, ограничивающие немедицинское использование препаратов, де-факто сделали препараты практически недоступными для больных», — заключает Дмитрий Ефимов.

Одной из самых очевидных причин низкой доступности сильнодействующих обезболивающих, помимо недостатка знаний у медицинского персонала и жесткого государственного регулирования, является дефицит бюджетных средств, подводит черту эксперт. ■

ВИРУСНЫЙ НИГИЛИЗМ

РАЗВИТИЕ СРЕДСТВ КОММУНИКАЦИИ, СОЦИАЛЬНЫХ СЕТЕЙ СРЕДИ ПРОЧЕГО ВЫСТУПИЛО КАТАЛИЗАТОРОМ ВСПЛЕСКА АНТИНАУЧНЫХ ДВИЖЕНИЙ. ОДНО ИЗ НИХ — ТАК НАЗЫВАЕМЫЕ ВИЧ-ДИССИДЕНТЫ, ЛЮДИ, КОТОРЫЕ ОТРИЦАЮТ СУЩЕСТВОВАНИЕ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА ИЛИ СВЯЗЬ МЕЖДУ НИМ И СПИДОМ. КОРРЕСПОНДЕНТ ВГ ЮЛИЯ ЧАЮН ВЫЯСНЯЛА, НА ЧЕМ ОСНОВАНА ЭТА ТЕОРИЯ И КАК ЕЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛИ В РОССИИ ВЗАИМОДЕЙСТВУЮТ С ОБЩЕСТВОМ.

По оценке независимых экспертов, число ВИЧ-инфицированных в России составляет около 1,3 млн человек. Зачастую люди, узнавшие о своем статусе, не знают куда обратиться и как поступить, памятуя о том, что для нашего общества характерна высокая степень стигматизации и, что уж там скрывать, низкий уровень знаний об этом заболевании.

Многие ищут ответы в интернете, не минуемо натываясь на сообщества людей, отрицающих существование ВИЧ и предлагающих отказаться от роли жертвы мирового заговора фармкомпаний и врачей.

Сотрудники петербургской Высшей школы экономики (НИУ ВШЭ) Петр Мейлахс, Юрий Рыков и Ядвига Синявская провели инициированное благотворительным фондом «Свеча» исследование сообщества ВИЧ-диссидентов в России на основе анализа самой многочисленной группы в соцсети «В контакте» «ВИЧ — величайшая мистификация XX века». Подобных работ в мире практически не существует, утверждают исследователи, данная призвана восполнить пробелы в понимании ситуации и выявить пути решения.

Петр Мейлахс, старший научный сотрудник Международной лаборатории экономики, управления и политики в области здоровья НИУ ВШЭ, говорит, что точное число отрицателей теории ВИЧ и сочувствующих им в России неизвестно, поскольку не все из них признают себя таковыми. Основным аргументом ВИЧ-диссидентов является утверждение, что мировое научное сообщество не обладает доказательствами существования вируса, а приводимые учеными доказательства либо неубедительны, либо сфальсифицированы.

По словам основателя группы «ВИЧ — величайшая мистификация XX века» в соцсети «В контакте» (с аудиторией в 15,6 тыс. участников) Дмитрия Скирты, к выводу о том, что ВИЧ не существует, пришли сотни врачей и исследователей по всему миру.

«ВИЧ не выделен однозначно и бесспорно. Не существует электронной фотографии вируса в чистом виде. Все, что удалось выделить в крови больных СПИДом, — это набор белков. Но не существует доказательств, что все они и только они принадлежат одному вирусу ВИЧ. Положитель-

ные тесты на антитела к ВИЧ и тесты на их количество не являются ни качественными, ни количественными показателями наличия ВИЧ или обязательного развития болезни СПИД. Они показывают наличие антител, которые могут быть вызваны широким спектром болезней и состояний», — сообщил господин Скирта. Он добавляет, что все настоящие ученые адекватно относятся к критике и научным дискуссиям, в которых у разных сторон разные мнения: такие дискуссии возникают о причинах и методах лечения многих болезней — от рака до кариеса. «Однако касательно ВИЧ ученые, которые заинтересованы в правильности этой теории, боятся или по иным причинам отказываются дискутировать и бойкотируют публичные научные семинары, конференции, встречи, если речь заходит об обсуждении нестыковок в ней. Чего они боятся? Кроме того, ВИЧ — это единственная болезнь, которая постоянно рекламируется в СМИ, на это тратятся миллионы долларов. Такой рекламе позавидовали бы политики. Но мы нигде не увидим рекламу „Туберкулез существует, защитим детей от туберкулеза“. Как мудро сказал один исследователь, если выделить миллиард долларов на изучение альтернативных теорий возникновения СПИДа, вы не представляете, что бы началось: многие исследователи ВИЧ на следующий же день перекинулись бы на изучение Co-Factors ВИЧ. Через год они отбросят приставку Co, а еще через год и ВИЧ», — высказался Дмитрий Скирта.

Согласно данным ВШЭ, в числе аргументов исследуемой группы также утверждение, что вирус иммунодефицита человека появился в результате заговора мирового правительства, которое хочет уничтожить население и свести его к «золотому миллиарду», заговор фармацевтических компаний и научного сообщества, финансовая заинтересованность СПИД-индустрии, токсичность и бессмысленность антиретровирусной терапии (БААРТ).

Когда ВИЧ только открыли, замечает главный врач Центра по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями Денис Гусев, почва для «диссидентства» была благодатной: были скудные знания о молекулярно-биологических свойствах вируса, не было эффективной терапии. → 26

25 → «С чем связан ренессанс этого движения сейчас — однозначного ответа нет. Отчасти это происходит из-за отсутствия нормального взаимодействия врача с пациентом — когда пациент не находит ответы на вопросы от лечащего врача, он начинает искать их сам. Безусловно, проблема еще и в том, что зачастую у ряда больных низкий общий образовательный уровень», — уверен господин Гусев.

МЕТОДЫ ЛЖИ Дмитрий Домарев, генеральный директор медицинского туристического портала DocLand.ru, рассказывает, что компания регулярно подвергается атаке представителей сообщества ВИЧ-диссидентов, которые утверждают, что предлагаемые методы лечения (сервис рекомендует клиники Таиланда для инфицированных пациентов. — **BG**) лженаучны, наносят вред здоровью.

По его словам, люди, придерживающиеся таких убеждений, в России очень активны. Они пишут письма в правительство с требованием закрыть СПИД-центры, перестать проводить лечение ВИЧ-положительных, так как, по их мнению, те умирают от токсичности препаратов. Кроме того, они стали все явственнее занимать информационное поле интернета и телевидения, добавляет господин Домарев.

«Первые представители этого движения появились на Западе — Питер Дюсберг, Кэри Муллис. Они имели отношение к медицине, но не принимали участия в исследованиях, посвященных ВИЧ, СПИДу. Правда, это им не помешало пропагандировать свои лженаучные идеи. Кроме того, у них появились последователи и в России, — рассказывает Дмитрий Домарев. — Одна из известных их представительниц — Ирина Сазонова. Имеет высшее медицинское образование, работала терапевтом, главным врачом врачебно-физкультурного диспансера. Об участии Ирины Сазоновой в исследованиях в области вирусологии, иммунологии неизвестно. Она является только автором-переводчиком книги Дюсберга. На ее сайте

люди пишут о том, что узнали о своем диагнозе, но лечиться не собираются. Ирина Сазонова активно их убеждает, что ВИЧ-инфекции у них нет».

Любопытно, что наличие в социальных сетях «диссидентских» сообществ породило и сообщества, с этим феноменом борющихся. Например, в группе «ВИЧ/СПИД диссиденты и их дети» рассказывается о последствиях отрицания вируса — в частности, здесь размещены данные о фактах смерти 55 последователей этой теории и их детей, истории которых, как указано в группе, удалось отследить.

ОСТОРОЖНО — ДЕТИ По словам экспертов, именно своим собственным детям отрицатели ВИЧ несут наибольшую опасность — зависимые от родителей, малыши с положительным ВИЧ-статусом не получают необходимую терапию.

Семейное законодательство РФ исходит из основополагающих принципов о том, что правовое положение ребенка в семье определяется с точки зрения интересов ребенка. Родители, в свою очередь, наделяются преимущественным правом на воспитание своих детей, при этом основная их обязанность — обеспечение охраны здоровья ребенка.

Юрист фирмы Legal Studio Иван Солдатов подчеркивает, что уклонение или отказ родителей или опекунов от лечения детей, больных ВИЧ-инфекцией, рассматривается как неисполнение или ненадлежащее исполнение ими своих обязанностей. «ФЗ „Об основах охраны здоровья граждан в РФ“ предусматривает возможность медицинских учреждений в случае отказа одного из родителей или иного законного представителя от медицинского вмешательства, необходимого для спасения жизни несовершеннолетнего, обратиться в суд для защиты его интересов. С исковым заявлением о принудительном обследовании в суд также могут обратиться органы опеки и попечительства, социальные центры по борьбе с ВИЧ и СПИД, уполномоченные по правам ребенка. Результатом судебных рассмотрений может стать

ограничение родительских прав сроком на шесть месяцев или лишение родительских прав. Единственным условием отобрания детей в данном случае является опасность для ребенка, связанная с виной родителей или без нее», — констатирует господин Солдатов.

Однако на данный момент в отечественной судебной практике нет случаев, когда таких родителей привлекли бы к ответственности за невыполнение родительских обязанностей, отмечает Дмитрий Домарев. «Правда, раньше и иеговистов, которые отказывались от переливания крови своим детям по религиозным причинам, тоже не наказывали. А вот Ханты-Мансийский суд признал виновной мать ребенка, поступившую таким образом. Ей вынесли приговор по ст. 125 УК РФ (оставление в опасности). Пока это единственный случай в российской судебной практике. Может, и по деятельности ВИЧ-диссидентов появится хоть одно дело, создав тем самым предпосылки для формирования правоприменительной практики в отношении тех, кто настаивает на отказе от лечения, кто не лечит своих детей. Но пока таких случаев нет, каких-либо разъяснений по данному вопросу от пленума Верховного суда тоже нет, общественные сообщества не активны в данном вопросе, следовательно, на государственном уровне эта проблема активно не обсуждается. А профилактика СПИДа остается на этапе „развлекательно-познавательных“ мероприятий», — подводит черту господин Домарев.

ПРОФИЛАКТИКА СОМНЕНИЙ Среди выводов, сделанных исследователями ВШЭ, можно выделить, что СПИД-диссиденты представляют собой неоднородную группу. Выяснилось, что не все информанты являются последователями этой теории в прямом смысле: некоторые из них верят в ВИЧ, но считают, что лично у них его нет, а диагноз либо ошибка, либо злой умысел «спидологов»; другие считают, что ВИЧ есть, но его нужно лечить не ВААРТ, а другими средствами альтернативной медицины. Другой вывод: многие стали отрицать существова-

ние ВИЧ от недостатка адекватной информации, другие — столкнувшись с побочными эффектами от терапии.

Исследователи подготовили список рекомендаций, позволяющих вести профилактику сомневающихся.

«В первую очередь они заключаются в адекватном консультировании и партнерских отношениях врача и пациента. Люди, которые становились ВИЧ-диссидентами, говорили, что это происходило большей частью потому, что они не получали адекватных ответов на свои вопросы. А вопросы бывали зачастую легитимные. Так, допустим, у заболевших иммунитет мог улучшиться, а вирусная нагрузка уменьшаться без терапии. Они обращались с этими вопросами к врачам, не получали никакого ответа. Это приводило к определенному скепсису, люди шли на диссидентские сайты, где им сообщалось: „Вот видите, мы же говорили, что все это туфта“, — полагает Петр Мейлахс. — На мой взгляд, врачи должны более пациентоцентрированно подходить к коммуникациям с заболевшими, в том числе признавая долю научной неопределенности, свойственной и другим болезням. В той же онкологии неопределенности тоже много: человеку отводят срок жизни три месяца, а он живет три года, и наоборот — такое тоже бывает. Хотя находятся люди, которые существование рака тоже отрицают».

Исследователи предложили выдавать пациентам памятку, где были бы перечислены ресурсы с достоверной информацией о болезни (так или иначе все будут ее искать), а также об организациях, оказывающих помощь людям, живущим с вирусом иммунодефицита человека.

Кроме того, в число рекомендаций входит необходимость реформирования системы помощи ВИЧ-инфицированным в Центрах СПИД в сторону ее прозрачности и понятности для пациентов. Ведь они имеют право своими глазами видеть результаты анализов, иметь доступ к медицинским картам и любой другой информации, касающейся их здоровья, уверены ученые. ■

ПРОКЛЯТИЕ СИДЯЧЕЙ РАБОТЫ САМЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ, КОТОРОЕ ЛЕЧАТ В РОССИИ ПРОКТОЛОГИ, ЯВЛЯЕТСЯ ГЕМОРРОЙ. ТАКЖЕ ЭКСПЕРТЫ ГОВОРЯТ О РОСТЕ ОНКОЛОГИИ КАК ОБ ОБЩЕМИРОВОМ ТРЕНДЕ. В РОССИИ СРЕДИ ЛЮДЕЙ, ИСПЫТЫВАЮЩИХ ПРОКТОЛОГИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ, ВЕЛИК ПРОЦЕНТ ТЕХ, КТО ТЯНЕТ С ПОСЕЩЕНИЕМ ВРАЧА ДО ПОСЛЕДНЕГО, КОГДА ЗАБОЛЕВАНИЕ НАНОСИТ НЕПОПРАВИМЫЙ ВРЕД, ИЛИ ЗАНИМАЕТСЯ САМОЛЕЧЕНИЕМ.

ЮЛИЯ ЧАЮН

Колопроктология как раздел медицины о толстой кишке изучает профилактику, диагностику и лечение заболеваний ободочной и прямой кишки, анального канала и параректальной области. Любая патология, говорят врачи, закладывается генетически и начинает развиваться под воздействием внешней среды, социума и образа жизни. С изменением образа жизни населения, особенно в крупных городах, изменением рациона питания, наличием достаточно большого количества вредных привычек у населения проктология стала очень востребованной врачебной специальностью.

Самым распространенным заболеванием прямой кишки является геморрой.

В год с этой проблемой к врачам государственной системы здравоохранения обращаются от 400 до 450 тыс. пациентов. Из них около 10% нуждаются в хирургическом лечении.

По словам Григория Чуйко, хирурга, флеболога, проктолога, эндоскописта сервиса DocDoc.ru и клиники «Трастмед», распространенность геморроя в России достигает 140–160 случаев на 1 тыс. взрослого населения. «В структуре колопроктологических заболеваний частота

геморроя составляет 35–40%. Помимо перечисленных выше факторов, к развитию заболевания может вести беременность. Треть пациенток с беременностью переносят острые тромбозы геморроидальных узлов, некоторые из которых приходится оперировать. После перенесенного тромбоза растянутая слизистая кишки не уменьшается, в дальнейшем надо делать операцию по иссечению слизистой или дезартеризацию с подтяжкой наружных узлов внутрь кишки, — рассказывает господин Чуйко. — Повышение социального статуса, как ни странно, способствует

прогрессированию болезни. Многочасовые деловые переговоры, автопробки, авиаперелеты, банкеты провоцируют нарушения кровообращения в органах малого таза, что приводит к застою крови в геморроидальных артериях».

При этом в России, как и в большинстве развитых стран, последние годы отмечается неуклонный рост числа онкологических заболеваний. Рак толстой кишки, согласно статистическим данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), стабильно входит в тройку наиболее часто встречающейся онкопатологии.

По данным Алексея Веселова, руководителя отдела по организационной работе и развитию колопроктологической службы ФГБУ «ГНЦК им. Рыжих» Минздрава России, всего за год пациентов с раком толстой кишки выявляется более 60 тыс., из них около 50% умирают в первый год после постановки диагноза. «Отмечается значительный рост числа воспалительных заболеваний кишечника — язвенного колита и болезни Крона. Ежегодно стационарное лечение проходят свыше 25 тыс. человек. Также высока доля пациентов с осложненной формой дивертикулярной болезни ободочной кишки: в год экстренно госпитализируются свыше 15 тыс. человек, а летальность составляет около 5%», — рассказывает он.

Менее распространенными заболеваниями, но также приносящими страдания человеку, являются анальная трещина, параректальные свищи. Также в компетенцию проктолога входит лечение недостаточности анального сфинктера, врожденных аномалий прямой кишки, воспалительных заболеваний слизистой кишечника.

ПОГРЕШНОСТЬ НА САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ Елена Смирнова, онколог отделения онкопроктологии СПбГБУЗ «Городская больница № 9» (на базе которой располагается Санкт-Петербургский научно-практический центр колопроктологии) отмечает, что самой частой жалобой является выделение крови из прямой кишки.

«Конечно, первый диагноз, который ставит уже себе сам человек, — это геморрой. Поэтому многие люди самостоятельно идут в аптеку покупать себе множество различных лекарственных препаратов и начинают лечиться. Как правило, какой-то эффект от проводимого лечения наступает, и человек забывает о ранее беспокоившей его проблеме. И это неправильно. Ведь причины выделения крови из кишки могут быть различными — начиная от небольших трещин слизистой анального канала до таких серьезных заболеваний прямой кишки, как злокачественные новообразования. Даже самые незначительные изменения слизистой прямой кишки требуют взгляда профессионала, назначения правильного лечения и при необходимости дополнительного дообследования всего кишечника. Лучше обстоит дело, когда человек предъявляет жалобы на боль, он быстрее находит возможность обратиться к врачу и получить правильное лечение», — подчеркивает госпожа Смирнова.

Эксперты говорят, что, к сожалению, ежегодно за геморроем скрывается до 500–600 случаев колоректального рака, а также многие молодые пациенты страдают язвенным колитом и болезнью Крона.

БЕЗ ЗАДНЕЙ МЫСЛИ В советский период осмотр врача-колопроктолога входил в стандарт обязательной диспансеризации. В настоящее время в соответствии с приказом Министерства здравоохранения № 36ан, осмотр врача-колопроктолога и колоноскопия включены во второй этап диспансеризации взрослых групп населения, что предусматривает осмотр один раз в три года с возраста 45 лет.

Медицинские эксперты подчеркивают, что намного эффективнее результат лечения будет у людей, обратившихся с профилактической целью. Профилактическое терапевтическое лечение начальных изменений анального канала поможет



РОСТ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА ПОВЫШАЕТ ВЕРОЯТНОСТЬ КОЛОПРОКТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ. ЗАТЯГИВАНИЕ ВИЗИТА К ВРАЧУ, ОДНАКО, ОДИНАКОВО ПЛАЧЕВНО ОБЕРНЕТСЯ ДЛЯ ЛЮБОГО ПАЦИЕНТА

избежать неприятных последствий развития заболеваний, особенно это касается ранней диагностики предраковых и злокачественных новообразований на ранних стадиях.

Впрочем, что касается рака, то как не существует одной причины для развития рака толстой кишки, так нет и верного способа предотвращения этой патологии.

Сергей Кравец, заведующий хирургическим отделением клиники «Скандинавия», указывает, что различают несколько теорий канцерогенеза, такие как наследственная, алиментарная, вирусная и другие. «Часто злокачественная опухоль развивается на фоне длительно протекающих воспалительных заболеваний кишечника, полипоза. А потому основным методом профилактики является своевременное обращение к колопроктологу при появлении жалоб на неустойчивый стул, появление слизи или крови в стуле, снижение веса, появление болезненных ощущений в животе. Также необходимо проходить регулярные профилактические осмотры и наблюдаться у колопроктолога», — подчеркивает он.

Алексей Веселов рекомендует выполнять ежегодно УЗИ на аппаратах экспертного класса, где возможна визуализация полых органов через кожу брюшной стенки, в том числе и толстой кишки. «Поскольку причиной многих колопроктологических заболеваний является нерациональное питание и малоподвижный образ жизни, употребление в пищу сбалансированного количества клетчатки и белка, а также занятия физическими упражнениями, подвижный образ жизни являются элементами профилактики колопроктологических заболеваний», — подчеркивает господин Веселов.

ОПАСНОСТЬ С ТЫЛА Несвоевременное обращение к колопроктологу приводит к весьма плачевным результатам, когда

помочь уже нельзя, либо остается выполнить паллиативную операцию. Допустим, если пациент при язвенном колите и болезни Крона не идет вовремя к врачу, в запущенной стадии появляется необходимость удалить всю толстую кишку и вывести тонкую кишку, так называемую стому, на переднюю брюшную стенку пожизненно, что, конечно, резко снижает качество жизни. Частота выздоровления напрямую зависит от стадии процесса — чем раньше начато лечение, тем больше шансов на успех.

Господин Чуйко подтверждает, что при несвоевременном обращении к врачу после острых основных симптомов (боли при дефекации, примеси крови) проявления геморроя и при невыполнении медикаментозных назначений, рекомендаций лечащего врача заболевание может мгновенно перейти из начальной стадии в стадию, при которой необходимо оперативное лечение. «При начальной стадии можно использовать консервативное лечение (таблетки, свечи, мази), при ухудшении заболевания используются малоинвазивное и хирургическое лечение. Самое главное — профилактика опухолеобразования. Первичная задача врача — исключить опухоль прямой кишки», — подчеркивает он.

Медицинский директор компании «Смарт-технологии» Владислав Мохамед Али рассказывает, что бывают случаи, когда человек месяцами вынашивает ту или иную проблему. «Банальный геморрой может стать таковым еще и в переносном смысле, периодические кровотечения могут привести к анемии, а она уже будет сказываться на работоспособности. Вот простой пример позднего обращения, когда лечить нужно не одно заболевание, а целый ворох осложнений. Опять вернемся к онкологии, к примеру, есть в кишке полип, который можно убрать при колоноскопии, но пациент не делал никогда ко-

лоноскопии, и маленький полип превращается в большую опухоль, которую уже нужно оперировать, удалять участок кишки. А все потому, что „в кузнице не было гвоздя“, — сетует врач.

«ЗОЛОТЫХ РУК» МАСТЕРА ВГ попросил экспертов рассказать, как правильно подойти к выбору врача-колопроктолога.

«Внимательно выслушать больного, быть вежливым, провести осмотр — да, это важно. Быть врачом-„диспетчером“, кто правильно подскажет методы обследования, посоветует необходимых врачей смежных специальностей — также имеет большое значение. Или врач — хирург с «золотыми руками», способный выполнить любую операцию блестяще — сложно поспорить и о необходимости таких качеств. Но, к сожалению, очень редко можно встретить доктора, совмещающего в себе все эти характеристики. Я думаю, учитывая современные реалии в медицине, сегодня необходим командный подход коллектива специалистов высокого уровня, дополняющих друг друга во благо наших пациентов», — полагает Сергей Кравец.

Андрей Лавриненко, врач-проктолог Центра репродуктивного здоровья «СМ-Клиника», описывает идеальный сценарий: «На первом приеме хороший врач задаст много вопросов по делу, тщательно объяснит диагноз и схему лечения. Хороший врач, как правило, предлагает несколько вариантов медикаментозного лечения, объясняя их плюсы и минусы. Важно, чтобы ценообразование лечения было для пациента максимально прозрачным. Врач должен аргументировать необходимость тех или иных анализов и лекарств, объяснить показания и сроки проведения оперативного лечения, особенности послеоперационной реабилитации в этой деликатной области, при этом не запугивая пациента и не уклоняясь от ответа. Хороший врач оставляет пациенту контактный телефон для экстренной связи».

Алексей Веселов добавляет, что важным является наличие ученой степени и активное участие в научной жизни. «Даже если врач больше теоретик, чем практик, в любом случае наличие степени свидетельствует о его упорстве и дисциплинированности, а эти профессиональные качества способствуют правильному выбору тактики лечения», — уверен он.

По мнению Владислава Мохамеда Али, для начала пациент может проверить кандидатуру в интернете, здесь о некоторых специалистах можно хоть что-то узнать. «Но чаще всего это выбор на удачу. Как можно оценить врача? Во-первых, его коммуникативные качества: все ли он вам объяснил, доступно ли это было сделано. Во-вторых, вам нужно выяснить, как часто делают ту или иную операцию в данной клинике — чем чаще, тем лучше. Это значит, есть большой опыт и тут умеют справляться с осложнениями. Осложнения — это нормально. Нет такого врача, у которого за всю практику не случилось осложнений. Человеческий организм непредсказуем. Просто у хороших врачей осложнения происходят реже. В-третьих, спросите у друзей и знакомых: чужой опыт — бесценен», — заключает он. ■

ТЕМАТИЧЕСКИЕ
СТРАНИЦЫ

Коммерсантъ

ЭКОНОМИКА РЕГИОНА

ПРОЕКТ ИЗ СЕРИИ ЦВЕТНЫХ
ТЕМАТИЧЕСКИХ ПРИЛОЖЕНИЙ
BUSINESS GUIDE



10 НОЯБРЯ
2016

ФОРМАТ — А3.
РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ С ГАЗЕТОЙ «КОММЕРСАНТЪ»

РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ В ВЫПУСКЕ
(812) 325 85 96, e-mail: reklama@spb.kommersant.ru