



Подсудность
гражданских исков
родственников пациентов

Стр. 3

Научиться взаимодействию
(интервью с главным
трансплантологом
Новосибирской области
А.Ю. Быковым)

Стр. 4

Интервью победителем
конкурса
«Врач года – 2016»
А.В. Грамзиным

Стр. 5

СЕРГЕЙ ДОРОФЕЕВ ИЗБРАН СОПРЕДСЕДАТЕЛЕМ НОВОСИБИРСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОНФ

Председатель НОАВ Сергей Дорофеев вошел в состав новосибирского отделения «Общероссийского народного фронта». Это произошло на отчетно-выборной конференции, которая прошла 12 ноября. Кроме того, Сергей Дорофеев был избран сопредседателем новосибирского отделения ОНФ взамен ушедшего по состоянию здоровья Николая Фомичева.

Комментируя свое избрание, Сергей Дорофеев сказал: «Лидером ОНФ является Президент РФ Владимир Владимирович Путин, и главная задача организации – это проведение общественного контроля испол-

нения майских Указов Президента и других поручений, инициатив на местах, направленных на улучшение экономической ситуации, административной реформы и выполнение социальных обязательств государства перед нашими гражданами. ОНФ – общественное движение, в котором могут работать социально активные граждане независимо от их партийных предпочтений. И нам бы хотелось, чтобы таких людей в наших рядах было как можно больше. Только тогда мы все вместе будем работать над этими задачами в каждом

нашем субъекте РФ, можно рассчитывать на то, что позитивные изменения, на которые нацеливает наш Президент, будут происходить быстрее и эффективнее, я в этом убежден!

Безусловно, мне ближе те проблемы, которые имеются в социальной сфере – здравоохранении, образовании и социальной политике, над ними я и буду работать в первую очередь, опираясь на поддержку коллег из штаба и экспертов, которые являются профессионалами в этих направлениях».

В.СКВОРЦОВА: В 2017Г. БЮДЖЕТ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ВЫРАСТЕТ НА 6% И ПРЕВЫСИТ 3 ТРЛН РУБЛЕЙ

Заявление министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Скворцовой:

«Консолидированный бюджет, предусмотренный на здравоохранение в 2017 году, будет увеличен и составит 3,035 трлн рублей (прирост к уровню 2016 года составит 5,9%). При этом расходы бюджета ОМС составят 1,735 трлн рублей, расходы федерального бюджета – 380,6 млрд. рублей, консолидированный бюджет субъектов Российской Федерации – 919,8 млрд. рублей.

Прежде всего, консолидированный бюджет вырастет за счет увеличения бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования: доходная часть бюджета Федерального фонда увеличится более чем на 44 млрд рублей. Это особенно важно, так как бюджет Фонда обязательного медицинского страхования – это около 80% от всего финансирования медицинской помощи в России и 57 % финансирования всего здравоохранения, включая подготовку специалистов, медицинскую науку, строительство новых объектов и др. Доходы бюджета Федерального фонда в 2017 году на 98,4% будут формироваться за счет взносов за работающее и неработающее население на обязательное медицинское страхование.

Прирост размера субвенций территориальным фондам ОМС, по сравнению с предыдущим годом, в 2017 году составит 154,6 млрд рублей, или 10,6%. Запланированный размер субвенции обеспечивает увеличение размера подушевого норматива на 2017 год до 9335,7 рублей (прирост к подушевому нормативу 2016 года – 10,6%), на 2018 год – 10379,3 рублей (прирост – 11,2%),

на 2019 год – 10917,1 рублей (прирост – 5,2%). Указанный размер подушевого норматива учтен в проекте постановления правительства Российской Федерации о Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов.

Важно отметить, что объем субвенции учитывает расходы на реализацию Указа президента Российской Федерации от 7 мая 2012 г. №597 в части достижения целевых показателей уровня соотношения средней заработной платы отдельных категорий медицинских работников к среднемесячному доходу от трудовой деятельности в регионе. В 2017 году указанные соотношения составят: по врачам – 180%, среднему медицинскому персоналу – 90%, младшему медицинскому персоналу – 80%. В 2018 году целевые показатели, установленные указами президента по заработной плате, будут полностью достигнуты.

Отметим, что в 2017 году не только сохранятся все имеющиеся расходные обязательства, но и будут расширены некоторые программы.

Действие программы «Земский доктор» будет продолжено для врачей в возрасте до 50 лет в сельских населенных пунктах, в рабочих поселках и поселках городского типа.

Будет продолжено «погружение» высокотехнологичной медицинской помощи в бюджет ФОМС. При этом высокотехнологичная медицинская помощь, не включенная в базовую программу обязательного медицинского страхования, будет финансироваться непосредственно

из бюджета ФОМС.

Объем оказанной высокотехнологичной помощи еще расширится.

В 2017 году в федеральном бюджете предусмотрены расходы на лекарственные препараты в размере 82,43 млрд рублей, в том числе 70,82 млрд рублей будут направлены на закупки лекарственных препаратов, 11,61 млрд рублей – на межбюджетные трансферты в субъекты Российской Федерации.

Сумму на лекарственное обеспечение отдельных категорий граждан в настоящее время указать невозможно, т.к. она зависит от численности лиц, которые оставляют за собой право в 2017 году получать лекарственные препараты в натуральном виде (будет представлена Пенсионным фондом Российской Федерации после 10 ноября 2016 года). Эта сумма будет включена в бюджет здравоохранения в 2017 году.

В течение 2017 года бюджет здравоохранения будет пополняться дополнительными средствами, предусмотренными на лекарственное обеспечение льготных категорий граждан.

Кроме того, в 2017 году будут предусмотрены дополнительные бюджетные ассигнования в объеме 3,3 млрд рублей на обеспечение своевременного оказания экстренной медицинской помощи гражданам, проживающим в труднодоступных регионах Российской Федерации, путем развития санитарной авиации в рамках приоритетного проекта по основному направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение».

МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ ФЕСТИВАЛЬ ИСКУССТВ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

- 9 декабря 2016 года состоится Межрегиональный фестиваль искусств медицинских работников.

Учредители фестиваля: ГБОУ ВО НГМУ Минздрава России, Министерство Здравоохранения Новосибирской области, Новосибирская областная ассоциация врачей, Ассоциация выпускников НГМИ-НГМА-НГМУ.

Для участия в Фестивале приглашаются медицинские работники, а также творческие коллективы.



Минздрав предлагает поменять принцип, на основе которого предоставляется медпомощь. Сейчас врачи при лечении следуют четким стандартам, ведомство же предлагает поменять их на «клинические рекомендации»

Стандарты отошли

Минздрав хочет изменить порядок оказания медицинской помощи. Критерием ее качества должны стать клинические рекомендации, говорится в поправках к закону «Об основах здоровья граждан», размещенных на сайте раскрытия правовой информации.

Сейчас минимальный объем медицинской помощи гарантируется стандартами медицинской помощи, на их основании рассчитываются тарифы Федерального фонда обязательного медицинского страхования, указывает учредитель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулев. «Нам предлагают заменить стандарты на «клинические рекомендации», подразумевающие под собой некую вариативность. Непонятно, на что нам ориентироваться, чтобы разобраться, какое именно лечение гарантировано пациенту», — рассказывает эксперт.

Рекомендации, следует из документа Минздрава, — это перечень действий медработника и их последовательность, основанная на доказанном клиническом опыте и необходимая для диагностики и лечения каждого заболевания. Разработку рекомендаций ведомство возложит на медицинские профессиональные некоммерческие организации. Готовые документы должен утверждать научный совет Минздрава, после чего они будут приниматься на профильных съездах и конференциях и размещаться на сайте ведомства.

Необязательно к исполнению

Медицинские стандарты разрабатывал и утверждал Минздрав, поэтому они носили обязательный характер, замечает Жулев. Клинические рекомендации не будут иметь силу приказа, обязательность их исполнения под большим вопросом, резюмирует он. Документ, разработанный общественным объединением врачей для самих себя и не зафиксированный соответствующим приказом, при текущем регулировании отрасли будет применяться только на добровольной основе, соглашается президент Лиги защитников пациентов Александр Саверский. Споры об обязательности клинических рекомендаций ведутся на уровне правительства. Совещания на эту тему регулярно проходят у вице-премьера Ольги Голодец. За обязательность рекомендаций выступает сама Голодец и Федеральная антимонопольная служба, Минздрав долгое время придерживался

МИНЗДРАВ ПРЕДЛОЖИЛ ИЗМЕНИТЬ ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

обратного мнения, но недавно позиция ведомства изменилась.

«Для нас очень важно, чтобы они [рекомендации] приобрели обязательный характер на территории всей страны», — подчеркнула министр здравоохранения Вероника Скворцова, выступая на VII всероссийском конгрессе пациентов «Государство и граждане в построении пациент-ориентированного здравоохранения в России».

Минздрав уже не смог обеспечить выполнения в полном объеме и стандартов медпомощи, указывает директор Центра исследований экономики и управления в здравоохранении Московской школы управления «Сколково» Юрий Крестинский. Чтобы рекомендации все же соблюдались, ведомство должно создать систему, позволяющую контролировать деятельность врачей и больниц, полагает эксперт. Скворцова говорила, что такой системой станут электронные карты пациентов, которые ведомство повсеместно введет до 2025 года в рамках нацпроектов по здравоохранению.

Готовые рекомендации

Как будут разрабатываться рекомендации, какой должна быть их структура и как они будут утверждаться, неизвестно, в проекте об этом ничего не говорится. Но сейчас готово 1,2 тыс. рекомендаций, говорила Скворцова. Они касаются заболеваний, формирующих 90% смертности в России.

Часть из рекомендаций была сделана еще в середине 1990-х годов, говорит председатель Московского городского научного общества терапевтов Павел Воробьев. «Нельзя серьезно относиться к этим документам. И не только из-за их актуальности двадцатилетней давности, но и из-за содержания. Среди них есть, например, рекомендации по гинекологической помощи мужчинам».

Разработку рекомендаций нельзя доверять некоммерческим организациям, уверен Воробьев. По его словам, такие организации легко могут попасть в зависимость от фармацевтических компаний. Подготовкой рекомендаций должны заниматься специальные учреждения на государственные деньги и исключительно в интересах пациентов и государства, считает эксперт.

Финансы по-старому

Медицинские стандарты из законодательства тоже не уйдут, пообещала Скворцова, поскольку они

нужны для формирования бюджета на лечение. В пояснительной записке к опубликованному проекту указано, что теперь стандарты будут разрабатываться на основе клинических рекомендаций. Но в самом законопроекте правила разработки стандартов не прописаны, указывает руководитель фармацевтического направления юридической фирмы Vegas Lex Мария Борзова. В действующем законодательстве стандарты и рекомендации напрямую не связаны.

Раньше Минздрав готовил стандарты самостоятельно и за несколько лет разработал их около тысячи, после чего работа была остановлена. В то же время заболеваний, согласно Международной классификации болезней, более 10 тыс., замечает замгендиректора фармкомпаний STADA CIS Иван Глушков. По его словам, теперь, когда в основе стандартов будут лежать рекомендации, разрабатываемые профсообществом, эта работа начнется заново и будет идти быстрее.

Если врачей обяжут лечить пациентов в соответствии с новыми рекомендациями, а деньги на это же лечение государство будет выделять по старым стандартам, то это может развалить всю систему здравоохранения, полагает Глушков.

Изменения могут коснуться не только гражданской медицины. Министр финансов Антон Силуанов 10 ноября заявил в Госдуме, что его ведомство выступает за включение военных и силовиков во всеобщую систему медицинского страхования. Существующая сейчас в армии и органах медицинская система обходится гораздо дороже обычной — в три-четыре раза, хотя лечат в военных больницах хуже, утверждает министр.

Минздрав поддерживает идею Минфина, сообщила министр здравоохранения Вероника Скворцова. Системе медстрахования это будет выгодно, так как военные — молодые мощные мужчины и не требуют таких затрат на медпомощь, как старики и дети, пояснила глава ведомства.

В Минобороны, напротив, надеются, что военная медицина будет развиваться в составе ВС, говорится в сообщении пресс-службы министерства. «Военная медицина — неотъемлемая часть военной организации, всегда была и сегодня является самой эффективной и передовой частью отечественного здравоохранения. Нужно думать не о том, как привести военную медицину к среднему знаменателю, а наоборот — как поднять общедоступную медицину до уровня военной», — приводятся в документе слова министра обороны Сергея Шойгу.

СТРОИТЕЛЬСТВО ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ЦЕНТРОВ И ПРОГРАММА «ЗЕМСКИЙ ДОКТОР» БУДУТ ПРОДОЛЖЕНЫ

16 ноября Государственная дума в первом чтении внесла изменения в федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Законопроект «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» разработан для реализации ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов».

«Проект закона предусматривает продление на 2017 год сроков реализации программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в части строительства и ввода в эксплуатацию перинатальных центров. А также продление на 2017 год единовременных компенсационных выплат медицинским работникам, переехавшим на работу в сельские населен-

ные пункты, рабочие поселки или поселки городского типа, — сообщила председатель Фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко. — Кроме того, законопроект предлагает признать утратившей силу временную норму Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (часть 22 статьи 51), предусматривающую предоставление в 2016 году из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования дотации на сбалансированность федерального бюджета».

Во время обсуждения законопроекта глава ФОМС отметила необходимость продолжения реализации программы «Земский доктор». Она также напомнила, что в 2016 году программа была расширена на поселки городского типа, а возраст ее участников повышен до 50 лет. Также была уменьшена доля субъектов в финанси-

ровании программы — в пропорции 60 на 40. «В связи с этими действиями на сегодняшний день исполнение программы "Земский доктор" составляет 63%. Но по анализу предыдущих лет заявки на предоставление средств приходят в ноябре-декабре. Субъекты сейчас подтверждают еще 800 заявок, которые у них находятся в работе. Мы предполагаем 100%-ное исполнение программы», — отметила глава ФОМС. Наталья Стадченко сообщила, что считает необходимым проработать в Комитете Госдумы по охране здоровья вопрос о включении в программу «Земский доктор» еще и малых городов.

Она рассказала также, что девять перинатальных центров уже введены в эксплуатацию, еще пять, два из которых строит корпорация «Ростех», будут сданы в декабре 2016 года.

ПОДСУДНОСТЬ ГРАЖДАНСКИХ ИСКОВ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ, СКОНЧАВШИХСЯ ВСЛЕДСТВИЕ НЕКАЧЕСТВЕННОГО ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Достаточно частым явлением судебной практики по рассмотрению т.н. «медицинских» гражданских дел стали иски родственников пациентов, скончавшихся вследствие некачественного оказания медицинской помощи, к медицинской организации о взыскании компенсации морального вреда. Данные иски не могут не требовать внимательного изучения юристами, осуществляющими защиту интересов медицинской организации (например, состав лиц, являющихся надлежащими истцами по таким искам, основания требования и т.д.). Одним из таких вопросов является вопрос о подсудности соответствующего иска соответствующему суду.

Сложившимся обычаем судебной практики определять подсудность исков по гражданским делам о взыскании компенсации морального вреда, причиненного смертью близкого родственника, вызванной некачественным оказанием медицинских услуг, по правилам ч. 5 ст. 29 ГПК РФ, предоставляющей, по мнению судов, истцу по соответствующему иску, возможность обратиться по своему выбору в суд по месту его жительства или месту причинения вреда.

По существу данная практика уже закрепилась и в разъяснениях высших судебных инстанций. Так, в абз. 1 п. 2 своего Постановления от 26.01.2010 № 1 «О применении судами гражданского законодательства, регулирующего отношения по обязательствам вследствие причинения вреда жизни или здоровью гражданина» Верховный суд РФ указал: «Иски о возмещении вреда, причиненного увечьем, иным повреждением здоровья или в результате смерти кормильца, в том числе иски о компенсации морального вреда, могут быть предъявлены гражданином как по общему правилу территориальной подсудности - по месту жительства ответчика (по месту нахождения организации), так и в суд по месту своего жительства или месту причинения вреда (статьи 28 и 29 ГПК РФ).».

В частности, ссылкой именно на эти положения данного Постановления Судебная коллегия по гражданским делам Новосибирского областного суда обосновала оставление без удовлетворения

частной жалобы ответчика на определение одного из районных судов Новосибирска об отказе в удовлетворении ходатайства ответчика о передаче по подсудности гражданского дела по иску группы лиц к медицинской организации о взыскании морального вреда в связи со смертью близкого, вызванной некачественным лечением.

Сославшись, кроме указанных положений Пленума Верховного суда РФ, на положения ч. 5, ч. 10 ст. 29 ГПК РФ, суд апелляционной инстанции указал, что, его мнению, иски о возмещении любого вреда, причиненного повреждением здоровья, в том числе и морального, предъявляются в суд по правилам альтернативной подсудности, оставив по данному основанию определение суда первой инстанции об отказе в удовлетворении ходатайства ответчика о передаче дела по подсудности без изменения, а его частную жалобу – без удовлетворения.

Обратимся непосредственно к тексту закона, а именно - ч. 5 ст. 29 ГПК РФ гласящему, что: «Иски о возмещении вреда, причиненного увечьем, иным повреждением здоровья или в результате смерти кормильца, могут предъявляться истцом также в суд по месту его жительства или месту причинения вреда.».

Нетрудно заметить, что эта норма процессуального права устанавливает альтернативную подсудность для исков о возмещении вреда, предусмотренного § 2 Главы 59 ГК РФ «Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина» и не предусматривает такой подсудности для иска о взыскании компенсации морального вреда. Изменение установленной процессуальным законом подсудности соответствующего дела Пленумом Верховного суда, не являющегося, как известно, источником ни материального, ни процессуального права, произведено быть не может.

Исходя из изложенных выше положений как материального, так и процессуального закона, указание п. 2 Пленума в соответствии с которым иски о возмещении вреда, причиненного увечьем, иным повреждением здоровья или в результате смерти кормильца, в том числе иски о компенсации морального вреда, могут

быть предъявлены гражданином как по общему правилу территориальной подсудности - по месту жительства ответчика (по месту нахождения организации), так и в суд по месту своего жительства или месту причинения вреда (ст. ст. 28, 29 ГПК РФ), может быть истолковано, по нашему мнению, только в том смысле, что истец, обращающийся в суд с иском о взыскании возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью, одновременно с основными исковыми требованиями, вытекающими из правоотношений, урегулированных § 2 Главы 59 ГК РФ «Возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина», вправе предъявить в тот же суд дополнительные исковые требования, вытекающие из § 4 Главы 59 ГК РФ «Компенсация морального вреда», на что указывает словосочетание «в том числе». Такое толкование полностью соответствует положениям ч. 10 ст. 29 ГПК РФ, согласно которой выбор между несколькими судами, которым согласно настоящей статье подсудно дело, принадлежит истцу.

Истолкование данных разъяснений Пленума в том, смысле, что правила об альтернативной подсудности, установленной для исков о взыскании возмещения вреда, причиненного жизни или здоровью, распространяются и на иски о взыскании компенсации морального вреда, в случае предъявления соответствующих исков по отдельности, означало бы изменение установленной законом подсудности не путем внесения соответствующих изменений в закон, а актом судебной практики, что недопустимо.

В случае предъявления истцу исков о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью, а также - компенсации морального вреда не в рамках одного иска, а по отдельности, они станут подсудны различным судам: требования о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью – суду по месту жительства или нахождения ответчика (ст. 28 ГПК РФ), суду по месту жительства истца или по месту причинения вреда (ч. 5 ст. 29 ГПК РФ). Иск о взыскании компенсации морального вреда в этом случае станет подсудным суду по месту жительства или месту нахождения ответчика (ст. 28 ГПК

РФ), что также не противоречит положениям ч. 10 ст. 29 ГПК РФ.

Таким образом, если исковые требования истцов по делу исчерпываются требованием о компенсации морального вреда, причиненного смертью пациента, скончавшегося вследствие некачественного оказания медицинской помощи, его подсудность должна была определяться по общим правилам подсудности, установленным ст. 28 ГПК РФ т.е. – по месту нахождения ответчика, в связи с чем определение суда первой инстанции об отказе в удовлетворении ходатайства Ответчика о передаче дела по подсудности, а также апелляционное определение суда апелляционной инстанции об оставлении определения суда первой инстанции без изменения, а частной жалобы ответчика на данное определение без удовлетворения не были основаны на процессуальном законе.

Указание же суда апелляционной инстанции о том что «иски о возмещении любого вреда, причиненного повреждением здоровья, в том числе и морального, предъявляются в суд по правилам альтернативной подсудности», которым он обосновал свое определение, свидетельствует об отождествлении судом вреда, причиненного жизни или здоровью и компенсации морального вреда, хотя речь идет о различных правовых институтах, регулируемых различными нормами материального права: так, ст. ст. 1084-1094 ГК РФ регулируют возмещение вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина и имеют имущественный характер, ст. ст. 1099-1101 ГК РФ регулируют компенсацию морального вреда и имеют неимущественный характер.

Между тем, в своем определении суд апелляционной инстанции, по сути, включает неимущественную компенсацию морального вреда в состав имущественного вреда причиненного жизни или здоровью гражданина, т.е. рассматривает ее не как отдельный вид вреда, как это следует из смысла законодательства, а как составную часть вреда, причиненного жизни или здоровью, что, конечно, не соответствует правовой природе данного института права.

Хлудов Е.Ю., юрист

БОЛЬНИЦАМ ПРОПИСАЛИ ПОРЯДОК ОЗНАКОМЛЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МЕДДОКУМЕНТАЦИЕЙ

Минздрав опубликовал на Федеральном портале проектов нормативных правовых актов скорректированный Порядок ознакомления пациента с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья. Сроки предоставления оригиналов этих документов лечебными учреждениями существенно сокращены.

Принятый в ноябре 2011 года Федеральный закон № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» дает пациенту (либо его законному представителю) право на ознакомление со своими меддокументами. Однако процедура реализации этой возможности гражданином до сих пор не регламентирована. Лишь в июне 2016 года Минздрав России издал приказ № 425н «Об утверждении Порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с меддокументацией, отражающей состояние здоровья».

Опубликованный 17 ноября на Федеральном портале проектов нормативных

правовых актов Порядок подвергся существенной, с точки зрения пациента, корректировке. Если в июньском приказе Минздрава предполагалось, что срок предоставления медицинской документации больницами и поликлиниками должен определяться Федеральным законом № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации» и составлять 30 дней с даты регистрации письменного запроса, то теперь максимальный срок ожидания предложено сократить до трех рабочих дней.

Адвокат Лиги защиты прав пациентов Дмитрий Айвазян считает это решение правильным: «30 дней, конечно, много. Человек, который подозревает, что его неверно лечат или просто хочет проверить качество лечения, в большинстве случаев вряд ли столько выдержит».

В остальном документ не претерпел изменений. Предполагается, что для удовлетворения несправедного любопы-

ства пациентов медучреждение должно выделить отдельное помещение, оборудованное системой видеонаблюдения. А сотрудники больницы будут вести журналы предварительной записи на посещение этого кабинета и учета его работы, в которых будет отражена информация о том, кому и какие документы были предоставлены.

Дмитрий Айвазян сомневается, что такие отдельные помещения появятся в медучреждениях. «Откуда им взяться в бедных поликлиниках, где четыре врача работают попеременно в одном кабинете? На мой взгляд, это чистая декларация», – считает он.

Главный врач перинатального центра Воронежа Сергей Хоц, напротив, уверен, что с помещениями проблем не возникнет. По его словам, пациентов, как правило, интересует информация, касающаяся их лечения, лишь в тех случаях, когда его результатом становится какой-то печальный исход. «Но такое происходит нечасто,

поэтому вряд ли большое количество людей будет интересоваться оригиналами своей истории болезни, тем более что каждому пациенту врачи, во всяком случае, у нас, всегда все подробно рассказывают и разъясняют о его заболевании», – рассказал он.

Дмитрий Айвазян выразил сожаление, что в Порядке ничего не сказано о праве пациента на фотосъемку документов. Это критичное условие, потому что неспециалист, пролистав медицинскую документацию, может просто ничего не понять и не запомнить. Ее копирование позволит изучить представленные врачами факты в более спокойной обстановке, показать независимому эксперту. Если право на использование технических средств не будет внесено в Порядок ознакомления пациента с медицинской документацией, то этому регламенту грош цена. Он не защитит пациента и никак ему не поможет», – уверен адвокат.



Новосибирская область входит в число 23 регионов РФ, где проводятся операции по трансплантации. А по некоторым позициям, в частности числу трансплантаций печени, мы идем вслед за Москвой и Санкт-Петербургом. Однако есть целый комплекс проблем, требующих решения. Об этом рассказывает главный трансплантолог Новосибирской области, заведующий отделением по пересадке органов Государственной Новосибирской областной клинической больницы Александр Юрьевич Быков.

- Не так давно в министерстве здравоохранения

СЛОВО ГЛАВНОМУ СПЕЦИАЛИСТУ: НАУЧИТЬСЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ

ранения Новосибирской области вышел приказ, который регламентирует создание нас «центра трансплантологии». О чем идет речь?

- Речь не идет о создании какого-то отдельного учреждения или структуры. Речь идет о системе, которая уже существует – отделение пересадки органов в Областной больнице, а также ряд больниц скорой помощи в Новосибирске и некоторые центральные районные больницы, которые могут быть донорскими базами. И все мероприятия, которые предусмотрены приказом, носят организационный характер, направлены на улучшение взаимодействия всех этих

структур.

- Новосибирск – крупный город. Люди здесь, к сожалению, умирают и от инсультов, и от травм. Часть могли бы стать донорами. И при этом есть острая нехватка посмертных доноров. Почему?

- Потому что как раз не хватает взаимодействия. И ответственности, если хотите. Чтобы все начало работать как надо, необходимо заинтересованность участников этого процесса. Чтобы больница скорой помощи начала работать как донорская

база, надо, чтобы этого захотел главный врач. Новый приказ как раз и возлагает на главных врачей определенную ответственность. Они должны будут отчитываться за эту работу. А значит, будут спрашивать со своих сотрудников.

- Есть такое мнение, что больницы не берутся за эту работу, потому что она очень затратна. А возмещения нет или оно недостаточно. Это так?

- Так было до этого года. Действительно, все мероприятия, предшествующие изъятию посмертных донорских органов, требуют определенного финансирования. В 2016 году Министерство здравоохранения РФ впервые выделило целевое финансирование для проведения этой работы. Наша область вошла в число регионов, которые эти средства получили.

То есть мы признаны эффективно работающими и перспективными в плане дальнейшего развития. Финансирование целевое и направлено оно именно на работы по обеспечению органного донорства. То есть если на сохранение, сбережение этих органов и на всех мероприятия, связанные с этим процессом. Речь идет прежде всего о посмертном донорстве, хотя часть финансирования направлена на улучшение условий обеспечения операций у родственных доноров. Хотя я убежден, что надо развивать именно посмертное донорство.

- Почему?

- Это, с одной стороны, дешевле, чем родственное донорство. И значительно

дешевле. А с другой стороны, перспективнее. Может быть, помните случай, когда во время последней летней Олимпиады погиб один из тренеров. Он стал посмертным донором для шести человек. Да, смерть человека – это трагедия. Но он уже после смерти может спасти несколько жизней. Буквально. Ведь трансплантация делается только тогда, когда других путей спасти человека просто нет.

- Готовы ли врачи-реаниматологи на местах к этой работе?

- Любой врач-реаниматолог имеет сертификат, который дает ему право работать. Мероприятия по сбережению функции органов у погибших людей – кондиционирование – входят в перечень необходимых профессиональных навыков. Как и знание инструкции по констатации смерти мозга и всех связанных с этим мероприятий. В квалификационные требования анестезиологов-реаниматологов заложены эти позиции – они должны выявлять такие состояния. Этот стандарт действует уже пять лет. Поэтому кадровый вопрос не будет являться препятствием для реализации приказа.

Кроме того, в прошлом году мы на базе Областной больницы провели достаточно серьезную школу, ориентированную на реаниматологов и неврологов, связанную с донорством. Были специалисты из больниц, которые определены как донорские стационары. Была очень хорошая насыщенная лекция московского центра. Люди с этой стороны подготовлены.

Марина Есикова

ГОТОВЫ ЛИ РОССИЯНЕ БЫТЬ ДОНОРАМИ ОРГАНОВ?

Проект «Дарю жизнь» при поддержке ФГБУ ФНЦТИО имени академика В.И.Шумакова провел всероссийское социологическое исследование, основной задачей которого было изучить отношение наших граждан к проблеме донорства органов через призму их социокультурных установок. Понять, разделяют ли россияне мнение, что донорство – это акт милосердия, а также выяснить, в какой мере сохраняются в России традиции милосердия и взаимопомощи.

Вполне ожидаемо оказалось, что, несмотря на готовность проявлять милосердие в духовных и душевных аспектах, мы не всегда готовы поделить телесным – даже после своей смерти. А любых разговоров про трансплантологию многие вообще боятся и сторонятся.

Были опрошены россияне в 30 регионах РФ, а еще и экспертное сообщество – врачи, пациенты, представители общественных и благотворительных организаций, религиозные деятели.

По мнению авторов исследования (с ними согласно и профессиональное сообщество, врачи-трансплантологи), донорство – это одно из проявлений милосердия.

Что касается самых важных человеческих ценностей, то выяснилось, что на первом месте для респондентов стоит здоровье (51,0%) и семья (45,1%). Безопасность, дружба и любовь вошли также в пятерку наиболее актуальных ценностей для россиян (32,7%, 31,8% и 31,1% соответственно). Актуальными оказались такие жизненные ценности, как отзывчивость, доброта (18,6%), достаток (17,9%), ответственность (16,4%), мир (16,3%), честность, порядочность (15,6%), свобода (14,3%), внимание к людям (14,2%), человеческое взаимопонимание, взаимопомощь (10,7%) и достоинство (13,8%). Религию и духовность выбрали 12,6% и 11,5% респондентов соответственно. Заметим, что 68,4% респондентов назвали себя верующими людьми, принадлежащими к той или иной конфессии.

При этом 43 процента считают, что надо быть осторожными в отношении к другим людям. Доверять окружающим готовы только 32,4 процента россиян. Но при этом, как ни странно, почти 60 процентов респондентов признались, что заботятся или помогают не

только членам семьи, друзьям, соседям, но другим знакомым и незнакомым людям. Почти 65 процентов опрошенных готовы участвовать в благотворительных акциях, совершать акты милосердия, оказывать помощь по отношению к незнакомым людям, жертвовать деньги в благотворительные фонды.

А те, кто помогать и участвовать в благотворительной деятельности не готов, объясняют свой выбор недоверием к благотворительным организациям, в частности, не верят в прозрачность распределения средств, предназначенных на благотворительные нужды (57,1%).

15,2% из ответивших не хотят участвовать в благотворительных акциях вообще. Основной причиной отказа называют неготовность помогать незнакомым людям в целом. При этом 12,5% считают, что каждый должен заботиться о себе сам, а 11,6% – что о нуждающихся должно заботиться государство. Благотворительным фондам и общественным организациям граждане готовы доверять только в случае совершенной прозрачности их деятельности.

Интересно, что толкает людей совершать благотворительные акты чаще всего жалость, хотя фонды сейчас стараются отходить от такого принципа мотивации своих доноров. Жалость испытывают 38,4% респондентов. Ощущают свой добрый поступок важной социальной миссией 30,3% опрошенных. Подвержены эмоциональным порывам 29,9%. Личное удовлетворение от вовлечения в социальную жизнь испытывают 25,0%.

А вот участие россиян в благотворительности имеет по-прежнему самые разные формы. Чаще всего, как ни странно, это по-прежнему подача милостыни (45,3%), кроме того пожертвования в благотворительный фонд или на нужды определенной некоммерческой организации (34,7%). В пользу детских учреждений, малоимущих, бездомных 33 процента граждан жертвуют одежду, вещи, игрушки. В субботниках готовы участвовать 23,6% опрошенных. Животным помогают 23,2%. Среди респондентов 11,6% доноров крови.

Но вариантов донорства органов среди милосердных поступков не оказалось.

Причина нежелания становиться донором как раз в основном кроется в низкой информированности населения о проблемах донорства

органов. Добавляют масла в огонь еще и всяческие мифы и преубеждения россиян относительно возможных злоупотреблений врачей и распространенности «черных рынков» органов, а также неверные представления о последствиях пересадки органов как для донора, так и для реципиента. А культуры донорства в России нет – не формируются позитивные установки в этой сфере. В итоге у трансплантологии – негативный образ как среди населения, так и самого медицинского сообщества.

Подавляющее большинство (78,6%) опрошенных рассказали нам, что они не имеют достаточной информации о том, каким образом в нашей стране можно официально выразить свое согласие или несогласие на завещание органов. Среди опрошенных 23,5 процентов убеждены, что торговля органами на «черном рынке» широко распространена, еще 37,5 процентов говорят, что эти факты «имеют некоторое распространение».

Большинство россиян – почти 70 процентов – не обсуждают и никогда не обсуждали со своей семьей проблему донорства и трансплантологии органов. Люди, столкнувшиеся с вопросом на данную тему, часто оказываются обескураженными, поставленными в тупик, они никогда ни с кем не обсуждали поднятые проблемы.

При этом 74% респондентов отмечают, что в нашей стране органов для пересадки практически нет или их хватает только для малой части нуждающихся больных. 55,1% граждан считает, что можно использовать органы и от живых, и от умерших доноров. 14,0% считают, что допустимо использовать органы только от умерших доноров. 10,1% – допустимо использовать органы только от живых доноров (без нанесения непоправимого вреда здоровью донора). А 2,3 процента опрошенных вообще против использования органов для пересадки от одного человека к другому.

Что касается собственного тела, то свои органы завещать после смерти для пересадки готовы больше четверти россиян. Еще 31 процент – «скорее готовы». Но 12,3 процента – совсем не готовы. Еще 13,4 процента – не совсем готовы.

Почему же россияне боятся жертвовать свои

органы после смерти?

22,5 процента испытывают страх перед будущими манипуляциями над их телом. Почти 21 процент просто не доверяет системе. Еще 23 процента убеждены, что если ты завещал свои органы, то врачи не будут стараться спасти твою жизнь и будут воспринимать тебя как потенциального донора.

12,8 процентов отмечают, что трансплантация органов, на их взгляд, противоречит их религиозным убеждениям.

Часть респондентов признаются, что финансовая стимуляция помогла бы им стать донором после смерти. К примеру, это может быть пожизненная медицинская страховка, гарантия на оплату похорон. «Да, в большой степени», ответили 12,8% опрошенных, в некоторой степени – 26,3%.

Врачи, участвовавшие в исследовании, замечают, что отрасль трансплантологии важно развивать не только с технологической стороны, но и с точки зрения именно общественного приятия и морально-этических аспектов.

Относительно эволюции трансплантологии, как области медицины, в современной России мнения экспертов разделились. Одни считают, что отрасль движется вперед. Особенно успешно, помимо Москвы, например, трансплантология развивается в Краснодаре, Новосибирске, Самаре.

Другая часть считает, что развитию ранее был дан толчок. Но за последние 8-10 лет происходит остановка и регресс. Причиной называют недостаток финансирования, неправильное перераспределение финансирования (в частности, между трансплантационными центрами и отделениями и органами больницами), что механизмы финансирования застыли и не совершенствуются.

Врачи сами отмечают глубокое недоверие общества к трансплантологам и трансплантологии и к системе здравоохранения в целом. В этом, по мнению отдельных экспертов, профессиональное сообщество виновато само. Необходимо развернуться «лицом к обществу», создать открытую, доступную для всех базу, где бы содержались данные статистики относительно количества и характера проведенных операций, количества посмертных и прижизненных доноров.

ПОБЕДИТЕЛЬ ОБЛАСТНОГО КОНКУРСА «ВРАЧ ГОДА – 2016» МЕЧТАЕТ ПРЫГНУТЬ С ПАРАШЮТОМ



Победителем областного конкурса профессионального мастерства «Врач года – 2016» стал Алексей Владимирович Грамзин, кандидат медицинских наук, заведующий детским хирургическим отделением Государственной Новосибирской областной клинической больницы. О профессии и жизни наш с ним разговор.

- Вы в детстве мечтали стать летчиком, а выбрали медицину. Почему?

- В летное училище я не прошел из-за медкомиссии. Мой брат, а он старше меня на 12 лет, тогда уже работал хирургом. Он-то и сказал, что если не получилось с авиацией, то надо идти в медицину и поступать на педиатрический факультет. Уж если посвятить свою жизнь помощи людям, то пусть это будут дети. Поступать мы поехали с моим одноклассником, только он поступил на лечебный факультет. Сегодня это известный пластический хирург – профессор Вадим Александрович Зотов. Я сразу знал, что буду хирургом. В то время это была медицинская элита. Попасть в группу хирургов было сложно. Набирали всего 10-11 человек. Поэтому я учиться старался хорошо, в научный кружок по хирургии ходил с 4 курса, выступал на студенческих научных конференциях с докладами. Практиковать начал еще со студенчества. Первую операцию – удаление аппендицита – сделал на 5 курсе. Понятно, что меня страховали, но все равно ощущение было,

как будто в космос слетал. Меня месяца два от гордости распирало. А работать в больнице – это была первая детская – я начал медбратом после окончания 3 курса. Так принято тогда было. После окончания института я уехал в Иркутскую область, где пять лет работал хирургом, вначале детским, потом общим. Потом вернулся в Новосибирск в детскую больницу № 1, где проработал 20 лет. Потом по приглашению Анатолия Васильевича Юданова ушел в Областную больницу.

- Работа в Областной больнице чем-то отличается?

- Конечно. Здесь хирургическая служба состоит из 16 хирургических отделений. И, конечно, в работе очень помогают взрослые хирурги. То, что у взрослых встречается каждый день, у нас может быть раз с год или раз в два года. К примеру, серьезные операции на печени или на поджелудочной железе. У них колоссальный опыт. Областная больница – это больница 3 категории. Все тяжелые пациенты из районов области, города находятся здесь. В больнице работают такие крупные специалисты как Семен Дмитриевич Добров, Геннадий Николаевич Толстых, Юрий Владимирович Чикинев. Они всегда подскажут, а при необходимости и сами помогут на операции. Здесь уровень детской хирургии иной, чем в городских больни-

цах. Материально-техническая база тоже значительно сильнее. Теперь уж городские больницы стараются перевести к нам пациентов, которым требуются большие операции.

- То есть в профессиональном плане Вам работать здесь интересней?

- В общем-то, да. Приведу один пример. С 2013 года начали выхаживать детей с низкой и экстремально низкой массой тела. Это дети меньше килограмма со сроком гестации до 24 недель. Понятно, что у них есть пороки развития. Очень часто у них открытый аортальный проток. Раньше таких детей оперировали в НИИПК. Но это целая история увезти их туда на реанимобиле в сопровождении специалистов, потом через 1-2 дня привезти обратно. Нам была поставлена задача освоить операции легирования открытого аортального протока у таких детей. Мы за три года провели уже около 90 таких операций.

Еще одно направление, которое мы развиваем, – лапароскопические операции у детей. Может быть, они не занимают первое место, потому что у нас все таки отделение общего хирургического профиля. Но мы определили для себя некие направления, которые можно и нужно делать лапароскопически. Три года назад мы стали выполнять лапароскопические операции при аноректальных пороках. Аноректальные пороки я считаю самыми сложными пороками и-за их variability. Раньше мы делали на животе и со стороны промежности большие разрезы. Когда мы освоили эту операцию, брюшной этап мы стали делать лапароскопически. Я всегда говорю, что в детской хирургии тоже должно быть место эстетической хирургии. Или у ребенка разрез на весь живот, или три дырочки по 5 мм. Разница есть. Это помимо того, что с этой методикой ребятишки быстрее выздоравливают.

- Вы административной работой еще занимаетесь. Сподчиненными строги?

- Думаю, что нет. Я все стараюсь делать на уровне взаимопонимания. Все же люди взрослые. Если возникает проблема, то ее надо обсудить и найти компромисс. Это лучше, чем ставить на вид и наказывать.

- Чего бы Вы не простили?

- Предательство. У нас работа коллективная. Успех – заслуга не одного человека. Это успех клиники. Это коллективный труд. Все мы друг от друга зависим. И месту предательству, обману в нашей среде не должно быть. К счастью, мне с этим не приходилось сталкиваться.

- Что Вы считаете нужным донести до своих студентов?

- Я уже лет пять являюсь ассистентом кафедры госпитальной детской хирургии. Поэтому первое, что я хочу показать студентам, которые ко мне приходят, что такое детская хирургия. Особенно, когда приходят студенты с лечебного факультета. Они вообще понятия не имеют о том, что такое детская хирургия. И когда начинаешь показывать маленьких детей, новорожденных с врожденными порока-

ми, то у них открываются глаза. Некоторые даже спрашивают, можно ли с лечфака перейти на педфак. С детьми сложнее работать. Здесь знание, интуиция очень важны. И личный контакт. Я открываю глаза на свою профессию, рассказываю, какие есть сложности, и всегда объясняю, что на первом месте должны быть знания. Не только в области хирургии, а медицины вообще.

- Какие качества нужны детскому хирургу?

- Любой хирург должен уметь брать ответственность на себя. Человек, выбрав профессию врач, и особенно хирурга, должен уметь принимать решения. Живот – это же не хозяйственная сумка с молнией, где можно открыть и посмотреть. Когда ты идешь на операцию, ты должен принять единственно правильное решение. А еще надо уметь признавать, что чего-то не знаешь. Тогда надо советоваться с коллегами, принимать коллегиальное решение. Это тоже принцип медицины.

- У Вас есть мечта?

- Много, о чем я мечтал, уже исполнилось. Сейчас есть мечта прыгнуть с парашютом. Вполне достижимая. Есть уже единомышленники. Надо просто выбрать несколько дней и посвятить этому.

- Как Вы отдыхаете?

- У меня есть дача. Огород там отведено минимум места и времени. В этом году летом я для детей построил домик на дереве. Есть лестница, есть место, где посидеть, где постоять. И оказалось, что это интересно взрослым. Друзья приезжают и просят показать домик на дереве. Обязательно туда залезают. Наверное, это возвращает в детство. Раньше я был заядлым охотником. Но с годами это нивелировалось в просто поездку с ружьем в лес. Мне уже не важны трофеи. Мне достаточно побродить по лесу, пострелять просто по мишеням. Я люблю море, люблю плавать, нырять. Поэтому мы с женой каждый год ездим на море. Зимой катаюсь на горных лыжах. Поставил на лыжи всю семью.

- Чем для Вас является победа на конкурсе?

- В первую очередь, это признание моей работы. Конечно, это приятно. Насколько я знаю, педиатры, детские хирурги ни разу не становились победителями. Поэтому радовался моей победе не только мой коллектив, но и все педиатры. Но заслуга это не моя, это заслуга всего коллектива больницы. Я только проводник идей и новаций, которые существуют в клинике. Я просто их выношу на всеобщее обозрение и применяю в работе.

- Что бы Вы пожелали своим коллегам?

- Я бы пожелал, чтобы никогда не пропадал интерес к медицине, чтобы оставалась любовь к пациентам, чтобы всегда было стремление идти дальше, постоянно развиваться.

Марина Есикова

Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна отмечает 70-летний юбилей. Сегодня НИИТО является одним из ведущих научно-исследовательских учреждений России. Институт оказывает высококвалифицированную помощь пациентам с патологией опорно-двигательного аппарата, центральной и периферической нервной системы, выполняет фундаментальные научные исследования и прикладные разработки. О многом в работе Института можно смело сказать – «первые».

От госпиталя до Центра патологии позвоночника

История Новосибирского НИИТО является зеркальным отражением всей истории нашей страны. В 1942 г. в Новосибирске для оказания помощи раненым и больным воинам, эвакуируемым с Западного фронта, был открыт эвакуогоспиталь № 1239. Госпиталь был размещен в здании книготоргового техникума, по адресу Фрунзе, 17. В 1946 году он был преобразован в один из институтов восстановительной хирургии, травматологии и ортопедии (ВОСХИТО). Первым директором Новосибирского ВОСХИТО назначен профессор С.Л. Шнейдер – ученик выдающегося российского академика В.М. Мыша. Здесь занимались лечением раненых с последствиями огнестрельных повреждений, основными из которых были порочные культы, раневая инфекция, остеомиелиты.

Спустя два десятилетия, в Институте отмечается тенденция к специализации и выбору основных направлений научных исследований, формированию научных школ. Две из них



определили дальнейший путь развития Новосибирского НИИТО. Первая – научная школа нейрохирургов по праву принадлежит директору института профессору Ксении Ивановне Харитоновой, которая возглавляла Новосибирский НИИТО на протяжении 16 лет (1970–1986). Основатель второй научной школы сибирских вертебрологов – профессор Яков Леонтьевич Цивьян, заместитель директора по научной работе. Основными направлениями научных исследований этих лет были патология позвоночника, детская и подростковая ортопедия, нейрофизиология, нейрохирургия, хирургия сколиоза детей и подростков, лабораторно-экспериментальные и иммунологические исследования, консервация тканей.

В конце 80-х годов XX века с началом экономических реформ в стране потребовалась коренная перестройка всей деятельности Новосибирского НИИТО. Сложности переходного периода пришлось на период руководства профессора Николая Гавриловича Фомичева, который возглавлял институт в течение 20 лет (1986–2006). Несомненно, его достижениями в этот период явилась тотальная реконструкция и создание инфраструктуры клиник института, позволившая вывести лечебный процесс на уровень международных стандартов; организация на базе института Центра патологии позвоночника Минздрава России, Регионального центра эндопротезирования крупных суставов; обоснование новой клинической дисциплины – «вертебрологии» и разработка системы специализированной вертебрологической помощи населению России; внедрение новых высоких технологий в хирургию позвоночника; основание российского научного журнала «Хирургия позвоночника» (2003); организация устойчивого научного сотрудничества с ведущими зарубежными клиниками; организация в институте собственного производства металлоимплантатов и конструкций. В 2004 г. Новосибирский НИИТО получил сертификат соответствия системы менеджмента качества

НОВОСИБИРСКОМУ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОМУ ИНСТИТУТУ ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ ИМ. Я.Л. ЦИВЬЯНА – 70 ЛЕТ

НИИТО международному стандарту ISO 9001:2000 на оказание лечебно-профилактической помощи взрослым и детям в области травматологии, ортопедии и нейрохирургии.

Конец XX столетия характеризуется бурным развитием в различных отраслях медицины. Появление новых методов лучевой диагностики, эндоскопической техники и лабораторного оборудования высокого уровня позволило по-другому определить задачи исследований, которые выходили за рамки прикладных. Новосибирский НИИТО активно сотрудничает с медицинским университетом, с научно-исследовательскими институтами Сибирского отделения РАН.

В 2006 г. институт возглавил профессор Михаил Анатольевич Садовой. За эти годы разработана система превентивной детской вертебрологии; разработана и успешно внедрена устойчивая инновационная деятельность в области медицинских и управленческих технологий; впервые в стране внедрена система менеджмента качества в деятельность медицинского учреждения, получен международный сертификат (ИСО 9001:2001); созданы филиалы института в Кемеровской, Читинской областях, Красноярском и Алтайском краях; основана научная школа «Организационные и клинические аспекты вертебрологии». Под его руководством в настоящее время институт продолжает успешно развиваться и двигаться вперед.



Новосибирский НИИТО им. Я.Л. Цивьяна, занимается вопросами разработки и внедрения инноваций в сфере здравоохранения, прежде всего, организационных. В настоящее время институт перешел от системы менеджмента качества к более совершенной системе – к системе устойчивого развития медицинского учреждения.

Развивая собственное производство, институт во многом перестал зависеть от зарубежных фирм-производителей хирургического инструментария и конструкций для имплантации, что также приносит ощутимый социально-экономический эффект.

С июня 2015 года впервые в Российской Федерации на базе Новосибирского НИИТО им. Я.Л. Цивьяна начата установка протезов тазобедренных суставов из нанокерамики – «Бисер», произведенном на Новосибирском заводе «НЭВЗ-Керамикс». Над его созданием в течение четырех лет работала целая команда специалистов Новосибирского НИИТО им. Я.Л. Цивьяна, ИМТЦ (Медицинского технопарка), «НЭВЗ-Керамикс», Новосибирского государственного технического университета, Института химии твердого тела и механохимии СО РАН.

Научно-образовательная деятельность. Новосибирский НИИТО – это аккредитованный учебный центр высшего и дополнительного профессионального образования, в котором на основании лицензии и аккредитации на образовательную деятельность в рамках федерального государственного стандарта III поколения с использованием симуляционных технологий ежегодно обучаются до 50 ординаторов и аспирантов по специальностям «травматология и ортопедия», «нейрохирургия» и «анестезиология и реанимация», проходят обучение до 100 слушателей – врачей из всех регионов России и ближнего зарубежья в рамках дополнительного профессионального образования. Новосибирский НИИТО является единственной в России референтной клиникой Всемирной ассоциации вертебрологов AOSpine, на базе института ежегодно обучаются врачи из других стран.

Научно-образовательный потенциал института в настоящее время представлен 16 профессорами, 31 доктором наук и 77 кандидатами медицинских наук. В научных подразделениях института проводятся научные исследования по всем важнейшим направлениям в области травматологии, ортопедии и нейрохирургии. На базе института работает ученый совет, проблемные комиссии по травматологии-ортопедии и нейрохирургии, совет молодых ученых, ассоциация травматологов-ортопедов, ассоциация нейрохирургов.

Новосибирский НИИТО им. Я.Л. Цивьяна является научной и клинической базой ряда кафедр НГМУ, в том числе травматологии и ортопедии (лечебного факультета), госпитальной терапии и медицинской реабилитации (педиатрического факультета), организации здравоохранения и общественного здоровья (ФПК и ППВ).

Одним из важнейших вопросов, которые решает институт, является вопрос подготовки кадров для оказания высокотехнологичной медицинской помощи, соответствующей международным стандартам, что позволяет сотрудничать с ведущими специалистами мира из Швейцарии, Франции, Германии, Италии, США, а также проводить научно-практические мероприятия различного масштаба (преимущественно всероссийские и международные форумы, съезды, конференции, а также семинары и мастер-классы).

Разработки сотрудников Новосибирского НИИТО им. Я.Л. Цивьяна по проблемам патологии позвоночника и центральной нервной системы отражены более чем в 50 монографиях, 165 кандидатских и докторских диссертациях, в целом ряде монотематических сборников научных трудов и пособий для врачей, защищены 230 авторскими свидетельствами и патентами и удостоены золотых, серебряных и бронзовых медалей. За последние 5 лет разработаны и утверждены 75 новых медицинских технологий, 33 стандарта медицинской помощи по вертебрологии, 13 федеральных клинических рекомендаций.

В настоящее время в институте выполняется 11 тем НИР государственного задания, проводится подготовка 15 квалификационных исследований на соискание ученой степени кандидатов и докторов медицинских наук, при институте много лет действует специализированный совет по защите диссертаций по специальностям 14.01.15 – травматология и ортопедия, 14.01.18 – нейрохирургия.

Многие специалисты в области травматологии, ортопедии и нейрохирургии, которые когда-то соприкоснулись на различных ступенках своего образования с представителями научных школ института, с теплотой отзываются о том времени и с гордостью считают себя учениками Новосибирского НИИТО.

На базе института размещается штаб-квартира Межрегиональной общественной организации «Ассоциация хирургов-вертебрологов», сформирована международная исследовательская группа Жана Дюбюссе (Jean Duboussset, Франция).

Научные достижения и разработки института являются основополагающими формулярами в школах отечественной и зарубежной травматологии и ортопедии. В рамках государственно-частного партнерства в 2012 году НИИТО стал основным инициатором открытия в г. Новосибирске первого в России Медицинского технопарка - Инновационного медико-технологического центра, а в 2016 году - открытия первой очереди Промышленно-медицинского парка, реализуемого по модели Федеральной концессии с МЗ РФ. Это способствует созданию новых организационных форм для использования научных достижений института в практике и более активного внедрения результатов его научной деятельности в практическое здравоохранение, включая диагностику, лечение, реабилитацию и собственное производство.

Институт занял свое очень важное место в инновационном цикле разработки и внедрения новых медицинских продуктов и технологий. Участие в исследованиях по самым передовым направлениям – современные материалы, тканеинженерные конструкции, клеточные технологии и многие другие направления позволяют уже сейчас работать над перспективами внедрения продуктов 5 и 6 технологических укладов. Это обеспечивает перспективы развития института на ближайшие 10 лет.

Процесс импортозамещения получил в институте конкретное применение. Новосибирский НИИТО стал проводником самых современных медицинских изделий, производимых в Российской Федерации. Клинические испытания, исследования и апробации, в которых институт принимает активное участие, позволяют выводить на рынок медицинские изделия, максимально соответствующие требованиям современной медицины.

10 тысяч операций в год

Приоритетное место в научных и клинических разработках НИИТО им. Я.Л. Цивьяна всегда занимали повреждения и заболевания позвоночника.

Сегодня в структуре учреждения 9 клинических отделений на 260 коек, в штате – 950 сотрудников.

В клинике травматологии применяют малоинвазивные методы вмешательства, комбинируют технологии и разрабатывают свои имплантаты с применением нового материала. В клинике нейрохирургии основные направления – нейроонкология, дегенеративные заболевания позвоночника и сосудистая патология центральной нервной системы. Одним из перспективных и быстроразвивающихся направлений в институте является эндопротезирование, применяемое практически на всех суставах. Постоянные контакты сотрудников этой клиники с хирургами-вертебрологами способствуют достижению оптимального результата лечения больных с сочетанной патологией позвоночника и суставов.

Новосибирский НИИТО является лидером по оказанию высокотехнологичной медицинской помощи населению не только Новосибирской области, но других регионов России. Ежегодно здесь оперируется более 10 тыс. пациентов из 59 субъектов Российской Федерации.

В институте создана современная научно-экспериментальная и опытно-производственная база, что в настоящее время позволяет доводить разработанные экспериментальные образцы до уровня изделий медицинского назначения. В институте организован банк биотканей, пользующийся широким спросом у специалистов в области медицины не только в нашей стране, но и за рубежом.

С 1999 года институт является Центром патологии позвоночника Минздрава России.

«ЦИВЬЯНОВСКИЕ ЧТЕНИЯ» ПРОЙДУТ 25-26 НОЯБРЯ

25-26 ноября 2016 года в Новосибирске пройдет IX Всероссийская научно-практическая конференция молодых ученых с международным участием «Цивьяновские чтения». Конференция проводится в 9 раз. В этом году она посвящена 70-летию ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» МЗ РФ.

Организаторы конференции – ФГБУ «ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна» МЗ РФ, Межрегиональная общественная организация «Ассоциация хирургов-вертебрологов», Инновационный медико-технологический центр (Медицинский Технопарк), ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Инжиниринговый медико-технологический центр (ООО «ИМТЦ МТ»).

Выбор тематик научных симпозиумов этого года не случаен, он основан на результатах анкетирования участников предыдущих конференций. Планируется более 170 докладов ведущих травматологов-ортопедов и молодых ученых.

На 10 площадках конференции пройдут научные симпозиумы, посвященные современной вертебрологии, хирургии суставов, детской травматологии-ортопедии, новым направлениям реабилитации заболеваний позвоночника и суставов, фундаментальным исследованиям в травматологии и ортопедии.

Формат конференции предполагает проведение пленарных заседаний, круглых столов, семинаров, мастер-классов с трансляцией из операционных, по рассматриваемым вопросам. В рамках конференции будет развернута выставка медицинского оборудования, расходных материалов и лекарственных препаратов.

В этом году в конференции примут участие более 400 человек, ведущие ученые в области травматологии и ортопедии, врачи, молодые ученые, представители ВУЗов медицинского профиля из России (Барнаул, Екатеринбург, Иркутск, Краснодар, Красноярск, Курган, Ленинск-Кузнецкий, Москва, Новокузнецк, Новосибирск, Санкт-Петербург, Саратов, Северск, Томск, Тюмень,

Чита, Ярославль), ближнего зарубежья – Армения (Ереван), Беларусь (Минск), Киргизия (Бишкек), Молдавия (Кишинев), Россия, Узбекистан (Ташкент, Андижан), Украина (Донецк, Луганск) и дальнего зарубежья - Германия, Финляндия, Франция, Индия. В рамках проводимых мероприятий планируется подписание четырех стороннего договора о научно-практическом сотрудничестве между ведущими научно-практическими организациями Узбекистана, Киргизии, Казахстана и Новосибирским научно-исследовательским институтом травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна.

25 ноября 2016 года в ФГБУ «Новосибирский ННИИТО им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России состоится торжественное открытие IX Всероссийской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием «Цивьяновские чтения». В открытии примут участие ведущие специалисты России, Европы и Азии – профессора Садовой М.А., Виссарионов С.В., Гуца А.О., Дулаев А.К., Коновалов Н.А., Крутько А.В., Михайловский М.В., Прохоренко В.М., Рерих В.В.; профессор Жан

Дюбуссе (Jean Felix Dubousset)- один из ведущих вертебрологов мира, член французской медицинской академии, основоположник современной трехплоскостной концепции сколиотической деформации и принципов хирургического лечения сколиоза оригинальным инструментарием; профессор А. В. Белецкий; профессора Азизов М.Ж., Батпенюв Н.Д., Джумабеков С.А.

Площадками для проведения конференции будут являться ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Я.Л. Цивьяна» Минздрава России - ул.Фрунзе 17, АО «Инновационный медико-технологический центр (Медицинский технопарк); – ул.Фрунзе 19А.

Конференция зарегистрирована в качестве учебного мероприятия в рамках Модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования. Сертификаты конференции обеспечиваются образовательными кредитами.

В НОВОСИБИРСКЕ НАЧАЛИ ЛЕЧИТЬ ПОСТФЛЕБОТРОМБОТИЧЕСКУЮ БОЛЕЗНЬ НОГ

Специалисты новосибирского НИИ патологии кровообращения им. Мешалкина (ННИИПК) первыми в России внедряют уникальную для России технологию лечения сложной сосудистой патологии – постфлеботромботическую болезнь ног.

До сих пор люди с подобным диагнозом нуждаются в пожизненной консервативной терапии, вынуждены принимать необходимые препараты, носить специальный компрессионный трикотаж. Все дело в остаточных проявлениях флеботромбоза, и прежде всего, в серьезных отеках.

«Отек зависит от положения тела больного: за ночь он уменьшается, а днем увеличивается,

набирая максимальный объем к концу рабочего дня, – объяснил Андрей Карпенко, доктор медицинских наук, руководитель центра сосудистой и гибридной хирургии ННИИПК. – Безусловно, это сказывается на трудоспособности пациентов. Фактически это приводит к пожизненной тяжести в ногах, ограничению в ходьбе. В последние годы появилось понятие «венозная перемежающаяся хромота», возникающая в результате ортостатических нагрузок».

В этом году хирурги института с помощью уникальной методики смогут прооперировать полтора десятка больных в рамках клинических

апробаций, то есть операции будут бесплатными для пациентов.

Технология заключается в восстановлении проходимости закупоренных магистральных подвздошных и бедренных вен после флеботромбоза. Используя специальный проводник, хирург через прокол проходит окклюзию вены, а затем при помощи баллона формирует новый канал. В него помещается каркасное устройство – металлический стент, позволяющий восстановить просвет травмированного сегмента магистральной вены.

«Данную технологию внедряют последние пять лет. В мире выполнили не более десяти тысяч

операций. В России ННИИПК является пионером в использовании новой методики лечения. У технологии большое будущее. Безусловно, после клинических апробаций мы будем обращаться в Минздрав России, чтобы получить государственное финансирование для проведения этой процедуры. В ННИИПК планируют оперировать более 50 больных с данной патологией в год. С помощью нового метода лечения данная категория больных по всей стране смогла бы получить необходимую помощь», – подчеркивает Андрей Карпенко.

В РОССИИ ВЫЖИВАЕТ 85% НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ВЕСОМ ДО 1 КГ

17 ноября во всем мире отмечался Международный день недоношенных детей. Впервые его праздновали в Вене в 2009 году – тогда в небо взлетели одновременно 500 белых шаров, столько же, сколько детей преждевременно родилось в этом городе в течение года. Уже в следующем году этот день отметили в 12 странах Европы, и с тех пор мероприятия, посвященные проблеме недоношенности, проводят 17 ноября все больше и больше

государств. Каждый год в мире 15 миллионов детей появляются на свет раньше положенного срока в 40 недель.

В России за последние 2 года более 200 тысяч детей родились преждевременно – 111 тысяч в 2014 и 110 тысяч в 2015 году. Министр здравоохранения Вероника Скворцова дополнила эту статистику, сообщив, что выживаемость таких детей в среднем по России составляет около 85%, а в

специализированных центрах – около 90%. С 2012 года у нас в стране можно получить на ребенка документы, если его вес при рождении составлял не менее 500 граммов, однако нередки случаи, когда врачи спасали детей и с меньшей массой, а также с тяжелыми патологиями.

Причинами того, что роды начинаются задолго до ожидаемого срока, могут быть такие факторы, как многоплодная беременность или беременность,

наступившая в подростковом возрасте, заболевания, носящие хронический характер (в группе риска, например, диабетики, гипертоники) и пациенты с инфекционной патологией. Если будущая мать постоянно находится в состоянии стресса или употребляет алкоголь – у ее ребенка также высоки шансы появиться на свет раньше времени.

СИБИРСКИЕ ЯДЕРЩИКИ РАЗРАБАТЫВАЮТ УСТАНОВКУ ДЛЯ ТЕРАПИИ РАКА

Ученые Института ядерной физики Сибирского отделения РАН имени Будкера (ИЯФ) разрабатывают установку для бор-нейтронзахватной терапии рака, применимой в лечении опухолей головного мозга, сообщил в рамках международного форума «Технопром» в Новосибирске замдиректора ИЯФ Геннадий Кулипанов.

В методе нейтронзахватной терапии используются реакции, возникающие между нейтронами и

радиочувствительными препаратами. Такие препараты, чаще всего бор, накапливаются в клетках опухоли, а затем опухоль облучают пучками нейтронов. В результате поглощения нейтрона атомом бора происходит реакция с выделением большого количества энергии, что приводит к гибели раковых клеток.

Демонстрируя слайд с прототипом установки, замдиректора ИЯФ отметил, что этот метод

применим к опухолям в области головы. «Бор-нейтронзахватная терапия очень перспективна, на больших реакторах эксперименты первые пробные были проведены, но для того, чтобы установка могла быть в каждом большом госпитале <...>, и проводятся тестовые испытания», – сказал Кулипанов.

Кроме того, замдиректора ИЯФ сообщил, что в институте также разработан «проект терапии рака на протонах и охлажденных пучках (ионов – ред.)

углерода». По словам Кулипанова, большого контракта для реализации проекта пока заключить не удалось.

«Но, тем не менее, мы разрабатываем отдельные системы для этих устройств для проектов, которые реализуются в Японии и в Европе», – заключил замдиректора ИЯФ.

БОЛЕЕ 17 ТЫСЯЧ ЖИТЕЛЕЙ ПРОШЛИ ЛЕЧЕНИЕ В СОСУДИСТЫХ ЦЕНТРАХ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ С НАЧАЛА ГОДА

Снижение смертности от болезней системы кровообращения в Новосибирской области составило за девять месяцев 2016 года 4,6 %. С января по октябрь 2016 года в сосудистых центрах региона приняли 17286 пациентов с острым коронарным синдромом (в том числе инфарктом миокарда) и острым нарушением мозгового кровообращения (инсультом). По информации министерства здравоохранения Новосибирской области, в сосудистых центрах Новосибирской области прошли лечение 8456 пациентов, перенесших острый коронарный синдром (ОКС), из них 3845 случаев инфаркта миокарда. Кроме того, 8830 человек госпитализировали с острым

нарушением мозгового кровообращения (ОНМК).

«Оказание медицинской помощи в самые короткие сроки при сосудистых катастрофах – это путь к снижению смертности и сокращению инвалидизации. Благодаря комплексу мер, в том числе эффективной работе сосудистых центров, за девять месяцев 2016 года снижение смертности от болезней системы кровообращения составило 4,6%, то есть в сравнении с аналогичным периодом прошлого года удалось сохранить 550 жизней», – отметил министр здравоохранения Новосибирской области Олег Ивановичский.

Специфика работы сосудистых центров региона

состоит в неразрывной связи со службой скорой медицинской помощи. При прибытии к пациенту с подозрением на ОКС или ОНМК сотрудник скорой медицинской помощи созванивается с дежурным врачом сосудистого центра, информирует о необходимости госпитализации пациента. В случае диагностики инфаркта миокарда врач или фельдшер проводит тромболитическую (тромбо-растворяющую) терапию при транспортировке пациента в стационар. По прибытии в медицинское учреждение пациент, минуя приемный покой, сразу попадает в палату интенсивной терапии, незамедлительно проходит диагностические и лечебные процедуры.

Всего за время работы в регионе сосудистых центров в них получили медицинскую помощь около 100 тысяч пациентов.

Для справки.

С 2012 года в Новосибирской области развивается сеть сосудистых центров, сейчас они действуют на базе Городской клинической больницы № 1, Городской клинической больницы № 2, Городской клинической больницы № 34, Областной клинической больницы, Бердской ЦГБ, Куйбышевской, Карасукской, Тоугинской и Татарской центральных районных больниц.

ВПЕРВЫЕ В РОССИИ РЕБЕНКУ УСТАНОВИЛИ СЕРДЕЧНЫЙ КЛАПАН БЕЗ ВСКРЫТИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Хирурги из томского НИИ кардиологии первыми в России применили на практике метод эндоваскулярной имплантации трикуспидального сердечного клапана. Пятилетнему ребенку не стали вскрывать грудную клетку, а доставили имплантат в сердце через вену.

5-летний ребенок уже дважды перенес имплантацию клапана во время операции с

остановкой кровообращения, сообщает «Доктор Питер» со ссылкой на НИИ кардиологии. Операции на открытом сердце не давали ожидаемого результата из-за раннего развития дисфункции биологических протезов. Перед врачами стояла непростая задача – имплантировать протез на место ранее имплантированного клапана через одну из периферических вен. Иными словами, клапан

должен был быть доставлен в сердце через вену диаметром менее 7 мм, введен в предсердие и установлен в необходимую позицию – между правыми желудочком и предсердием на место имеющегося протеза.

Операция продолжалась чуть более часа с участием сердечно-сосудистых хирургов специалистов ультразвуковой диагностики, реаниматоло-

гов анестезиологов. На следующий день после операции маленький пациент переведен в общее отделение детской кардиологии. Через несколько дней он сможет вернуться домой.

Это первая подобная операция в России. Всего в разных странах мира выполнено около тридцати эндоваскулярных имплантаций трикуспидального клапана.

ПОЧЕМУ СТОИТ БРОСИТЬ КУРИТЬ?

Ежегодно в третий четверг ноября во всем мире отмечается День отказа от курения. Специалисты из многих стран, призывая людей отказаться от этой вредной привычки, говорят о негативных последствиях курения как для самих курильщиков, так и для их окружающих.

Данные, которые приводит Всемирная организация здравоохранения, действительно впечатляют: табак убивает до половины употребляющих его людей. Из-за действия табака ежегодно умирают более 5 миллионов курильщиков и около 600 тысяч некурящих людей, пострадавших от последствий «пассивного» курения. ВОЗ опасается, что к 2030 году количество ежегодных смертей, связанных с табаком, может достигнуть 8 миллионов.

Американское онкологическое общество (American Cancer Society) публикует другие, не менее страшные цифры. Так, от последствий курения в США умирают больше людей, чем гибнут в автомобильных авариях, умирают от ВИЧ, использования огнестрельного оружия, употребления алкоголя и наркотиков вместе взятых.

Курение является одной из основных причин возникновения рака – это не только рак легких (хотя именно он чаще всего развивается у курильщиков), но и другие формы заболевания, среди которых рак гортани, рак языка, рак почки, печени, кишечника, пищевода. Кроме того, у курильщиков возрастает риск развития хронической обструктивной болезни легких.

Курильщики умирают в более молодом возрасте, чем те, кто не курит: в среднем эта вредная привычка сокращает жизнь мужчин на 12 лет, а женщин – на 11.

Бросить курить, впрочем, никогда не поздно. Отказ от вредной привычки снижает риск развития различных заболеваний и преждевременной смерти. Положительный эффект отказа от курения становится заметен уже через несколько минут.

Через 20 минут после прекращения

курения снижается кровяное давление и частота сердечных сокращений, через 12 часов уровень угарного газа в крови приходит в норму – образовавшийся карбоксигемоглобин превращается в гемоглобин.

Спустя 1-9 месяцев после отказа от сигарет курильщики начинают меньше кашлять. Легкие начинают работать лучше – покрывающие их ворсинки начинают лучше задерживать пыль и микробы, а специальные клетки продуцируют больше слизи, смазывающие эти ворсинки. Риск развития легочной инфекции снижается.

У тех, кто продержался год без сигарет, вдвое снижается риск развития коронарной болезни сердца (по сравнению с теми, кто продолжает курить). Вероятность возникновения инфаркта также уменьшается.

Спустя пять лет после избавления от вредной привычки в два раза уменьшается вероятность развития рака ротовой полости, горла, пищевода и мочевого пузыря. Риск развития рака шейки матки достигает рисков, наблюдающихся у тех, кто не курил. Существенно снижается риск развития инсульта.

Через десять лет после отказа от сигарет риск развития рака легкого становится в два раза ниже, чем у тех, кто продолжает курить. Снижается вероятность возникновения рака гортани и поджелудочной железы.

Кроме того, отказ от курения снижает риск развития диабета, улучшает работу сосудов, легких, сердца. Конечно, состояние здоровья будет лучше у тех, кто бросил курить в более раннем возрасте, но улучшения могут наблюдаться даже у курильщиков со стажем, если они откажутся от вредной привычки.

Многие из тех, кто бросил курить, утверждают, что жизнь буквально заиграла новыми красками: они стали лучше различать запахи и ощущать вкусы, им стало легче бегать, подниматься по лестнице и выполнять дела по дому.

УЧЕНЫЕ НАЗВАЛИ ПЕРВЫЙ СИМПТОМ РАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Научные сотрудники Массачусетской больницы заявили, что первым признаком развивающейся болезни Альцгеймера считается ухудшение чувства обоняния, сообщает The Daily Mail.

Прежде чем сделать такие выводы, ученые провели исследования, в котором приняли участие 183 пациента. Оказывалось, у всех этих пациентов была ослаблена способность распознавать или быстро вспоминать запахи.

К слову, доктор Марк Альберс подчеркнул, что нарушение обоняния, связанные с развитием нейродегенеративного заболевания, можно распознать еще за 10 лет до того, как пациенты становятся забывчивыми.

Специалисты уже не в первый раз рассматривают проблемы с обонянием как симптом развития болезни Альцгеймера. Ранее даже разрабатывались различные методики диагностики обоняния, однако все они имели ряд ограничений, так как не принимали в расчет различие в обонятельных способностях здоровых людей. Теперь же учеными был разработан новый четырехступенчатый неинвазивный метод, способный оценивать способность пожилых пациентов распознавать, запоминать и различать запахи. Его эффективность исследователи уже проверили на пожилых людях с повышенным риском развития болезни Альцгеймера.

МАЛЬЧИКУ, ПОТЕРЯВШЕМУ ПОЧТИ ПОЛОВИНУ ЧЕРЕПА, НАПЕЧАТАЛИ НОВЫЙ НА 3D-ПРИНТЕРЕ

В 2014 году пятилетний Тедди Вард (Teddy Ward) во время прогулки поскользнулся и упал с высокой скалы, получив серьезные травмы – кости левой половины его черепа были раздроблены. Ребенок остался жив, но операция по замене черепа не удалась – и Тедди выписали домой в защитном шлеме, который он вынужден был носить с тех пор 24 часа в сутки. Мама мальчика, Лиза Вард (Lisa Ward), рассказала, что раньше ее сын был неугомонным ребенком, но из-за травмы он потерял возможность ходить к друзьям в гости, беситься вместе с ними и играть, так как она боялась, что он может нечаянно стукнуться. Родители друзей Тедди тоже опасались приглашать его в гости, так как не хотели нести ответственность за ребенка без черепа.

Однако сейчас все это в прошлом. Врачи

из Детской больницы в Лос-Анджелесе (Children's Hospital of Los Angeles) нашли решение проблемы мальчика. Они создали для ребенка имплантат из промышленного пластика – полиэфирэфиркетона (ПЕЕК). Лечащий врач Тедди Марк Урата (Mark Urata) рассказал, что этот материал отличается физическими свойствами, сходными со свойствами настоящей костной ткани, а сам имплантат, по словам специалиста, идеально подошел мальчику.

Операция прошла в прошлом месяце и закончилась успехом. Теперь Тедди Вард может играть с друзьями, не боясь за свою голову, и он снова стал таким же активным ребенком, каким был до падения. Единственное ограничение, которое для него сейчас действует, касается футбола – в эту игру Тедди играть нельзя.

УЧЕНЫЕ НАШЛИ В МОЗГЕ ПЕРЕКЛЮЧАТЕЛЬ, ВЫЗЫВАЮЩИЙ ОЖИРЕНИЕ

Если человек никак не может избавиться от лишнего веса, а после жестких диет жир возвращается снова, то это далеко не всегда следствие слабости характера. Возможно, это плохая работа особого фермента Альфа-6/бета-гидролазы (ABHD6), локализованного в гипоталамусе – отделе мозга, ответственного за выработку гормонов.

Такое заявление сделала исследовательская группа университета Монреаля, которая выявила зависимость ожирения от работы этого фермента в нейронах мозга. Как выяснилось, блокирование фермента приводит к неизлечимому ожирению, которое невозможно убрать ни упражнениями, ни лекарствами, ни диетами. По словам автора исследования, профессора Александра Физетте, генетически модифицированные мыши, лишённые фермента ABHD6, при нормальных условиях жизни и питания ничем не отличаются от нормальных животных.

Однако, в стрессовой ситуации такие мыши не в состоянии адаптироваться к изменяющимся условиям, они не могут

правильно усваивать пищу, поддерживать температуру своего тела на холоде, и при высоком содержании жира в пище быстро набирают массу. Более того, уже страдая ожирением, они не могут терять вес, несмотря на все старания ученых.

Как заявил профессор университета Монреаля Тьерри Алкьер, исследования на людях пока не начались, однако уже понятно, что человек, который никак не может скинуть вес, скорее всего страдает нарушением работы белка ABHD6. Самое удивительное в том, что блокирование белка ABHD6 не в гипоталамусе, а в периферических органах и жировой ткани, защищает и от ожирения, и от диабета 2 типа.

Для разработки эффективной терапии ожирения требуются многолетние исследования. «Разработки эффективного лечения ожирения требуют нескольких лет, – отметил соавтор исследования Стефани Фултон, – но мы уже сейчас знаем, что ожирение действительно начинается внутри головы, и это может быть никак не связано с силой воли».

МНОГОПРОФИЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ ЦЕНТРУ «БЛЕСК», УЛ.ФРУНЗЕ, 232 ТРЕБУЮТСЯ:

1. Врач акушер-гинеколог (трудоустройство на постоянной основе, з/плата от 40000);
2. Врач оториноларинголог (трудоустройство на постоянной основе, з/плата от 40000);
3. Врач дерматовенеролог (внешнее совместительство, оплата труда по договоренности);
4. Врач дерматовенеролог, косметолог(трудоустройство на постоянной основе,оплата труда по договоренности);
5. Врач-стоматолог терапевт, (трудоустройство на постоянной основе,оплата труда по договоренности);
6. Ассистент стоматолога (трудоустройство на постоянной основе, оплата труда по договоренности);

Контактное лицо: главный врач Нетесов Евгений Валентинович, тел.284-01-48, 284-00-48.

Резюме направлять на e-mail: blesk_fr@mail.ru

Газета зарегистрирована в Сибирском окружном межрегиональном территориальном управлении МПТР РФ. Регистрационный номер ПИ 12 – 1147 от 2 апреля 2001 г. Распространяется бесплатно среди членов НОАВ.

ТИРАЖ 5000

Отпечатано в ОАО типография «Советская Сибирь», г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 104. Время подписания в печать – 18.00, фактически – 18.00.

Учредитель: Новосибирская областная ассоциация врачей

Главный редактор: **А.В. Обухов**; Шеф-редактор: **М. Есикова**

Редакционный совет: **С.Б. Дорофеев, Г.Ф. Демиденко, Л.В. Канунникова**

Дизайн и верстка: Ю. Иванова

Адреса издателя и редакции: г. Новосибирск, ул. Серебренниковская, 42. Тел./факс (383) 223-97-00, e-mail: noav@ngs.ru; сайт: www.noav.ru



**НОВОСИБИРСКАЯ
ВРАЧЕБНАЯ
ТАБЕТА**