



ДЛЯ ЧЛЕНОВ АССОЦИАЦИИ ВРАЧЕЙ НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ ГАЗЕТА БЕСПЛАТНАЯ

В НОМЕРЕ

Коллегия
министерства
здравоохранения
Новосибирской области

Стр. 2-3

Слово главному
специалисту: интервью
с главным врачом ГБУЗ
«Станция скорой
медицинской помощи»
И.А. Большаковой

Стр. 4

Семейные реликвии

Стр. 6

СЕРГЕЙ ДОРОФЕЕВ ПРИНЯЛ УЧАСТИЕ ВО ВСТРЕЧЕ ГУБЕРНАТОРА НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ С АКТИВИСТАМИ ОНФ

Представители регионального отделения Общероссийского народного фронта в Новосибирской области провели рабочую встречу с главой и членами правительства региона, на которой обсудили реализуемые Народным фронтом проекты, а также общественные предложения, подготовленные активистами ОНФ в течение 2016 г.

Сопредседатель регионального штаба ОНФ, председатель НОАВ Сергей Дорофеев акцентировал внимание на проекте создания кабинетов общеврачебной практики в строящихся новых жилых микрорайонах, где отсутствуют лечебные учреждения и поликлиники.

Кроме того, во время встречи обсуждались стартовавшие в этом году проекты ОНФ: «Генеральная уборка» с интерактивной картой свалок, «Дорожная инспекция ОНФ/Карта убитых дорог» и Центр мониторинга благоустройства городской среды. «Каждый из этих проектов позволяет наглядно оценить взаимодействие органов региональных исполнительных власти с населением», – рассказал сопредседатель штаба ОНФ в Новосибирской области Сергей Соколов, отметив, что небезразличные граждане самостоятельно выявляют проблемные участки – ямы на дорогах, свалки и незаконные залежи мусора. «От чиновников мы ждем оперативной реакции на поступаю-

щие на наши карты сигналы», – сказал он.

Глава региона Владимир Городецкий согласился с общественниками по поводу необходимости выстраивать тесные связи с новосибирцами и учитывать мнение людей при реализации крупных социально важных проектов. По словам губернатора, проекты ОНФ в этом плане дают возможность наладить обратную связь и оперативно реагировать на проблемные вопросы на местах.

В ходе встречи активисты Народного фронта и представители исполнительной власти Новосибирской области обсудили ход реализации общественных предложений в сфере ЖКХ, здравоохранения, образования, над которыми ОНФ работал в течение 2016 года. Сопредседатель регионального штаба ОНФ Алексей Манаков в первую очередь обратил внимание на предложения, касающиеся нагрузки на педагогов, статуса детских площадок, обеспечения безопасности детей на пешеходных переходах у образовательных учреждений.

Среди обсуждаемых вопросов были и другие проблемы, которые легли в основу общественных предложений ОНФ, – это капитальный ремонт домов-памятников архитектуры, создание единого регионального оператора, который возьмет на себя разрозненные проекты обеспечения чистой питьевой водой населения Новосибирской облас-



ти, и другие.

Владимир Городецкий заметил, что предложения общественников уже легли в основу ряда поручений. Губернатор предложил активистам ОНФ подключаться к постоянным совещаниям, которые проводятся с участием глав муниципальных образований, на территории которых ОНФ осуществляет контроль за дорожным строительством, ситуацией с утилизацией бытовых отходов, благоустройством территорий. По словам Городецкого, от активистов ОНФ органы исполнительной власти ожидают эффективной обратной связи и активного участия в решении проблем жителей региона.

ПРАВИТЕЛЬСТВО НАМЕРЕНО УВЕЛИЧИТЬ ЧИСЛО ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ

11 апреля премьер-министр Дмитрий Медведев дал ряд поручений по развитию системы здравоохранения до 2025 года.

Минздраву и Минфину России совместно с заинтересованными федеральными органами исполнительной власти и Центром стратегических разработок предстоит до 30 июня 2017 года обеспечить формирование приоритетных проектов по основному направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение», руководствуясь следующими основными целевыми показателями:

- увеличение ожидаемой продолжительности жизни к 2025 году не менее чем до 76 лет;
- увеличение средней продолжительности здоровой жизни к 2025 году до 66 лет;
- снижение младенческой смертности до 4,5 на 1 тыс. родившихся живыми;
- снижение смертности лиц трудоспособного возраста к 2025 году до 380,0 на 100 тыс. населения соответствующего возраста;

- снижение смертности от болезней системы кровообращения до 500,0 случаев на 100 тыс. населения;

- снижение смертности от новообразований (в том числе злокачественных) до 185,0 случаев на 100 тыс. населения;

- сокращение времени ожидания врача в учреждениях первичного звена здравоохранения и увеличение времени приёма врачом пациента;

- увеличение численности врачей, в том числе врачей-специалистов, работающих в первичном звене здравоохранения;

- увеличение численности врачей, прошедших повышение квалификации.

Минздраву и Минфину при формировании проекта федерального бюджета на 2018 год и плановый период 2019 и 2020 годов поручено предусмотреть средства федерального бюджета на реализацию мероприятий приоритетных проектов по направлению стратегического развития Российской Федерации «Здравоохранение». Ведомствам это предстоит сделать до 5 июля и далее – до

30 сентября этого года.

Поручения даны для выполнения решений Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам, заседание которого состоялось 21 марта 2017 года. Тогда на заседании совета Владимир Путин сказал, что за последние годы в здравоохранении удалось добиться существенных изменений к лучшему, и ключевой показатель – это рост продолжительности жизни, который сегодня составляет почти 72 года. «За 12 лет продолжительность жизни выросла в России на 6,5 года – с 65,4 в 2005 году до 71,87 в 2016-м. У мужчин рост составил 7,7 года, у женщин – 4,6 года. За это же время младенческая смертность снизилась с 10,2 до 6 на 1000 родившихся, а в январе была зафиксирована – 5,1. Что касается материнской смертности, то здесь ситуация ещё лучше: смертность снизилась более чем втрое», – отметил глава государства. По его словам, существуют все возможности для того, чтобы к 2025 году увеличить продолжительность жизни в России до 76 лет и значительно снизить смертность в трудоспособном возрасте.

29 марта прошло заседание коллегии Минздрава Новосибирской области.

Участники коллегии – представители Правительства Новосибирской области, руководители федеральных медицинских учреждений, работающих на территории региона, специалисты медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения области, члены Общественного совета при министерстве здравоохранения Новосибирской области.

Положительный демографический баланс



С основным докладом выступил министр здравоохранения Олег Иванинский. Он обозначил основные достижения новосибирской медицины в 2016 г. и отметил главные направления работы в 2017 г.

В своем выступлении министр отметил, что вложение государством дополнительных инвестиций в охрану здоровья и программно-целевые методы показали свою высокую эффективность.

Показателем стабильной работы системы здравоохранения является ежегодно снижающаяся смертность населения. В 2016 году этот показатель лучше среднероссийского на 2,3%. Значительно снизилась смертность трудоспособного населения – за четыре последних года на 8,6%.

По словам Олега Иванинского, в 2016 г. в регионе отмечена положительная демографическая тенденция. Рождаемость в 2016 г. составила 13,9 человек на тысячу населения, смертность – 13,1.

Смертность от туберкулеза за прошедший год снизилась на 23,5%, от цереброваскулярных болезней – 10,5%, от дорожно-транспортных происшествий – на 12,5%, от болезней органов пищеварения – на 7,9%.

Ожидаемая продолжительность жизни в 2016 г. достигла 71,2 года.

«Согласно концепции демографической политики Российской Федерации, в России должны быть созданы условия для роста численности населения к 2025 году до 145 миллионов человек», – заявил министр.

Министр отметил, что происходит увеличение числа лиц старшего возраста. В связи с этим в ближайшем будущем прогнозируется существенное увеличение потребности в геронтологической помощи и лекарственном обеспечении граждан. В Новосибирской области этому направлению уделяется большое внимание – на базе ГБУЗ «Госпиталь № 2 ветеранов войн» открыт геронтологический центр, планируется открытие геронтологических кабинетов в поликлиниках.

Особое внимание, по словам министра, необходимо уделять ветеранам. «Уважаемые главные врачи, я хотел бы обратить ваше особое внимание на стопроцентный охват этого контингента медицинской помощью, обеспечением лекарственными препаратами. Возрастает количество людей старшего возраста, и, безусловно, они требуют не только ухода, но и полноценной, качественной медицинской помощи», – обратился он к аудитории.

В Новосибирской области реализуется областная целевая программа по развитию медицинской помощи. В 2016 году на эти цели было потрачено более 35 млрд. рублей. Достигнуты 91 из 107 индикаторных показателей.

Завершена работа по территориальному планированию первичной медицинской помощи. Впервые на основе комплексной оценки выделены населенные пункты, приоритетно нуждающиеся в модернизации или строительстве новых ФАПов. В 2017 году запланировано строительство 26 ФАПов в 8 районах области.

Завершено создание в Новосибирске ТМО, обслуживающих не менее 100 тыс. человек. Такие объединения

В НОВОСИБИРСКЕ ПРОШЛО ЗАСЕДАНИЕ КОЛЛЕГИИ РЕГИОНАЛЬНОГО МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

располагают всей необходимой базой для оказания диагностической, лечебной и реабилитационной помощи.

План по диспансеризации в 216 году выполнен на 96,3%. Осмотрено более 480 тысяч человек. В ходе диспансеризации было впервые выявлено более 34 тыс. случаев заболеваний. Из числа впервые выявленных заболеваний лидируют болезни эндокринной системы (13 742 случая). Также распространены болезни системы кровообращения, болезни мочеполовой системы и болезни органов пищеварения. Из социально-значимых заболеваний в ходе диспансеризации впервые выявлены злокачественные новообразования (313 случаев), сахарный диабет (565 случаев), болезни, характеризующиеся повышенным артериальным давлением (3 883 случая), туберкулез (32 случая).

Отдельно министр остановился на показателях оказания высокотехнологичной медицинской помощи. С 2013 года объем оказания жителям Новосибирской области высокотехнологичной медицинской помощи возрос в полтора раза – с 15469 случаев (в 2013 году) до 22996 случаев (по итогам 2016 года). Ежегодно количество жителей Новосибирской области, которым оказывается высокотехнологичная медицинская помощь, увеличивается в среднем на 8-10%.

При этом 19% от всего объема высокотехнологичной помощи, оказанной в 2016 году, было зафиксировано в медицинских организациях, подведомственных министерству здравоохранения Новосибирской области; 80% – в федеральных медицинских учреждениях; и 1% – в медицинских организациях негосударственной формы собственности.

На территории Новосибирской области сегодня представлены 19 из 21 профиля высокотехнологической медицинской помощи. Основные объемы оказания подобной помощи проводятся по профилям «Сердечно-сосудистая хирургия», «Травматология и ортопедия», «Офтальмология», «Нейрохирургия» и «Онкология».

За три года произошло увеличение объемов помощи по направлению «Сердечно-сосудистая хирургия» на 20%. И сейчас 30% от общего количества случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи приходятся именно на это направление. По профилю «Травматология и ортопедия» в регионе оказывается 20% от общего объема высокотехнологичной помощи (рост за три года составил 95%). По профилю «Офтальмология» – 14% высокотехнологичной помощи в регионе. Объем помощи по направлению «Нейрохирургия» составляет 14%, увеличение объемов за три года – также 14%. По профилю «Онкология» – 9% от общего количества законченных случаев оказания высокотехнологичной медицинской помощи жителям Новосибирской области, увеличение объемов за три года составило 14%.

«Безусловно, развитие такого важного направления, как высокотехнологичная медицинская помощь, будет продолжаться. Это один из важнейших приоритетов работы здравоохранения», – резюмировал Олег Иванинский.

На развитие материально-технической базы здравоохранения потрачено 454 млн. рублей.

Введен в строй новый корпус детской туберкулезной больницы в поселке Мочище, проведены реконструкция и ремонт Маслянинской, Барабинской, Кочковской ЦРБ, приобретено новое здание для детской поликлиники в г. Обь. Выполнены текущие и капитальные ремонты в 75 лечебных учреждениях, приобретено оборудование для 38 учреждений. В том числе компьютерный рентгеновский томограф для областного противотуберкулезного диспансера и пять передвижных флюорографических установок.

Стационарную помощь оказывали 68 больниц, суммарной мощностью на 22642 койки. Уровень обеспеченности койками составил 85,5 на 10 тыс. населения, что превышает средний показатель по стране (75 коек). Министр с сожалением отметил, что в 2016 году выросла смертность в стационарах. Он предложил возродить опыт проведения патолого-анатомических конференций в лечебных учреждениях.

Новое направление в работе здравоохранения области – оказание паллиативной помощи. На базе Новосибирской районной больницы № 1 развернуто паллиативное отделение для взрослых на 30 коек и детское паллиативное отделение на 5 коек. Начала

работать выездная паллиативная служба. В 2016 году было произведено 2842 выезда к взрослым пациентам и 580 к детям.

Олег Иванинский также обратил внимание на кадровые аспекты новосибирского здравоохранения. По его словам, региональные медучреждения укомплектованы участковыми терапевтами на 88,3%, педиатрами – на 93,4%. По программе «Земский доктор» в 2016 г. было привлечено 125 специалистов.

Средняя зарплата врачей в Новосибирской области составила 44,7 тыс. рублей, среднего медицинского персонала – 26,2 тыс. рублей, младшего медицинского персонала – 17,3 тыс. рублей.

Также министр обозначил основные задачи регионального здравоохранения в 2017-2020 гг. В их числе – увеличение объемов и видов высокотехнологичной медицинской помощи, совершенствование первичной медико-санитарной помощи, укрепление служб санитарной авиации и скорой медицинской помощи, реализация мероприятий кадровой программы и некоторые другие.

Амбициозные задачи для педиатров

Главный педиатр Новосибирской области Татьяна Анохина отметила, что один из важнейших индикаторов работы педиатрической службы – это динамика младенческой смертности. В 2016 году в Новосибирской области она составила 6,1 промилле, что сопоставимо с данными по России – 6,0 промилле.

По ее словам, в региональной программе развития здравоохранения была поставлена цель добиться того, чтобы к 2020 году этот показатель не превышал 7 промилле.

«Однако, Министерство здравоохранения РФ с учётом темпов снижения младенческой смертности на нашей территории считает, что мы должны ставить перед собой более амбициозные задачи. Таким образом, нам поставлена цель достичь показателя младенческой смертности к 2020 году в 5,4 промилле. К 2025 – соответственно, 5,2 промилле», – уточнила Татьяна Анохина.

Среди основных причин младенческой смертности называются болезни перинатального периода – 41,9% случаев, врожденные аномалии – 30,1%, внешние причины – 4,7%, а также болезни органов дыхания – 3,4%. Также Татьяна Анохина коснулась проблем кадрового обеспечения области врачами-педиатрами. По данным на 2015 г., число физических лиц на 10 тыс. детского населения составило 18,8 человек, в том числе в г. Новосибирске – 22,9, в районах области – 12,7. По мнению Татьяны Анохиной, кадровый дефицит обусловлен двумя причинами. «С одной стороны, у нас отмечается и сохраняется рост детского населения. Но, с другой стороны, действительно, отмечается сокращение физических лиц, которые приходят работать в педиатрию», – отметила она.

Основными событиями педиатрической службы 2016 году Татьяна Анохина считает открытие детского паллиативного отделения и включение Новосибирской области в пилотный проект Министерства здравоохранения РФ «ИВЛ на дому». А также расширение возможностей реабилитации детей раннего возраста.

Задачами службы на 2017 год главный педиатр считает: соблюдение маршрутизации новорожденных при оказании медпомощи, улучшение пренатальной диагностики врожденных аномалий и пороков развития, открытие и оснащение дополнительных реанимационных коек в детской больнице № 4. Кроме того, предполагается разработать план по профилактике детской инвалидности и снизить показатель инвалидизации детей, в первую очередь, за счет развития реабилитационных технологий в раннем детском возрасте.

Нужен перинатальный центр

Главный акушер-гинеколог Новосибирской области Рэм Волков отметил, что в последние годы отмечается положительная динамика снижения материнской смертности. Увеличивается рождаемость. В 2016 году коэффициент рождаемости составил 1,8. Это выше, чем в среднем по РФ. Однако, хотя происходит увеличение женского населения, но доля женщин фертильного возраста снижается. В Новосибирской области – ежегодно на 2-4 тысячи.

Рэм Волков отметил еще одну тенденцию. Основной возраст деторождения 10 лет назад приходился на женщин 18-20 лет, сегодня – на женщин 29-30 лет. Как следствие происходит нарастание соматических заболеваний у беременных.

Еще одна проблема – рост числа родов у ВИЧ-инфицированных. За последние 5 лет их число увеличилось практически в два раза.

По словам главного акушера-гинеколога, в области существует определенная диспропорция распределения коечного фонда. Так число акушерских коек в медицинских учреждениях 1 уровня составляет 40%, а рожают там только каждая 10-ая женщина. Коечный фонд учреждений 3 уровня составляет 20%, а количество родов на них достигает 40%. Эта диспропорция свидетельствует о необходимости открытия перинатального центра.

Недостаточные мощность



и транспортная доступность

Главный специалист по РСЦ, руководитель регионального сосудистого центра ГБУЗ «ГКБ №1» Александр Барбарич остановился на проблемах работы сосудистых центров и первичных сосудистых отделений.

Основная проблема – охват пациентов. Формально сеть сосудистых центров покрывает 84,6% населения области. На самом деле в сосудистые центры и первичные сосудистые отделения госпитализируется 50-60% больных с острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения. Остальные проходят лечение в обычных кардиологических или неврологических отделениях. Причина такого положения – в недостаточной мощности для Новосибирска и транспортной доступности для районов области.

По мнению Александра Барбарича, назрел вопрос об организации дополнительного сосудистого отделения, а лучше регионального сосудистого центра № 3 для пациентов Первомайского и Советского районов на базе ЦКБ в Советском районе. Учитывая транспортную доступность, к нему могли бы прикрепить Бердск и Искитим. А сосудистое отделение в Бердске перепрофилировать в реабилитационное отделение.

Для районов области определенным выходом стало бы приобретение 4 реанимобилей для обеспечения транспортировки пациентов в первичные сосудистые отделения.

Александр Барбарич отметил, что за 3 года произошло существенное увеличение количества тромбозов. Однако актуальным остается проведение тромболитической терапии на догоспитальном этапе для пациентов в сельской местности. Он предложил ввести показатель проведения тромболитической терапии на территории области при ОИМ в 75%. Но для этого, по его мнению, необходимо обеспечить фельдшеров скорой помощи и врачей участковых больниц качественными электрокардиографами с возможностью дистанционной передачи ЭКГ.

Александр Барбарич рассказал, что в 2016 году высветились определенные проблемы с работой ангиографических установок. Из-за ремонта в Областной больнице в течение 1,5 месяцев не работал ангиограф. Пришлось переключать поток пациентов в региональный сосудистый центр в городской клинической больнице № 1. Число поломок оборудования будет нарастать. Поэтому, по мнению главного специалиста, необходимо приобретение дополнительных ангиографов для сосудистых центров.

Мнимое благополучие

На заседании коллегии Минздрава Новосибирской

области главный хирург СФО и Новосибирской области Анатолий Юданов остановился на проблемах мотивации молодых хирургов в регионе.

По его словам, на сегодняшний день новосибирские медучреждения в достаточной мере укомплектованы хирургами, причём это касается как медицинских учреждений в целом, так и стационарных отделений.

«Две недели назад в Москве главный хирург Российской Федерации проводил совещание и показал очень точную диаграмму, понижающую, на которой количество хирургов в Российской Федерации каждый год уменьшается и уменьшается», – поделился Анатолий Юданов, уточнив, что Новосибирской области эта тенденция не коснулась.

Новосибирские поликлиники укомплектованы врачами-хирургами на 73%, стационарные отделения – на 62%. Укомплектованность медучреждений районов области составила 69,2%.

Обеспеченность врачами хирургического профиля на 10 тыс. населения в целом по региону составила 5,8, в районах области – 1,69.

Тем не менее, главный хирург добавил, что сложившаяся в регионе ситуацию можно назвать мнимым благополучием. По его словам, молодых хирургов зачастую направляют работать в поликлиники, оставляя в стационарах только взрослых специалистов. Эта тенденция, по мнению эксперта, плохо сказывается на мотивации молодых хирургов.

«Молодой парень, который приехал – это амбициозный человек, это хирург, он должен работать хирургом в стационаре. Как только мы его посадим в поликлинику, он начнёт считать дни, и как только его срок закончится, убежит в тот же день», – отметил Анатолий Юданов.

По его словам, если не учитывать этот фактор, то в последующие годы укомплектованность новосибирских медучреждений специалистами-хирургами может существенно снизиться.



Аккредитация и общие врачебные практики

Председатель Новосибирской областной ассоциации врачей, сопредседатель Новосибирского отделения ОНФ Сергей Дорофеев в своем выступлении остановился на двух вопросах. Первый – участие Новосибирской областной ассоциации врачей в процедуре аккредитации. По его словам, наконец-то случилось то, чего добивались врачебные объединения. Допуск в профессию, а процедуру аккредитации надо рассматривать именно таким образом, дают не учебные заведения и чиновники, а само врачебное сообщество. Внесенные в законодательные и нормативные документы поправки и изменения четко регламентируют участие в этой процедуре всех сторон. В прошлом году достаточно успешно прошла аккредитация выпускников стоматологических и фармацевтических факультетов. Это было своеобразной репетицией. В этом году аккредитацию пройдут все выпускники медицинских вузов. С учетом предложений НОАВ создана аккредитационная комиссия. В нее вошли более 100 практических врачей. Необходимо сделать все, чтобы работа комиссия прошла без сбоев.

Второй вопрос, на котором остановился Сергей Дорофеев, касается обеспечения доступности первичной медицинской помощи в новых микрорайонах многоэтажной застройки в Новосибирске. Сегодня, по его словам, жителям таких районов «нет никакой возможности получить первую помощь, потому что ближайшая поликлиника иногда находится за десятки километров». «Мы, НОАВ и ОНФ, предлагаем провести работу по решению этой задачи с помощью офисов общей врачебной практики. В городе в свое время

построили 10 врачебных практик. После этой масштабной работы я не помню, чтобы в тех районах была какая-то проблема с первичной медицинской помощью».

Теперь это же надо сделать с комплексами плотной многоэтажной застройки. На первых этажах уже существующих домов выделить помещения для врачебной практики и две двухкомнатные квартиры для врача и медсестры. Сергей Дорофеев предложил к середине мая выйти на правительство с конкретными предложениями по организации этой работы в Новосибирске.

Правительство области ждет



конкретные предложения

Заслуги новосибирских медиков, их высокий профессионализм и верность своему делу отметил, обращаясь к участникам коллегии, губернатор Владимир Городецкий. Глава области подчеркнул, что система здравоохранения Новосибирской области, несмотря на все трудности, продолжает совершенствоваться. Продолжается ремонт, реконструкция, оснащение новой медицинской техникой лечебных учреждений. «В 2016 году мы выполнили все социальные обязательства перед гражданами. И впредь наши усилия будут направлены на улучшение демографии, увеличение продолжительности и улучшение качества жизни людей, поддержку семьи, здорового образа жизни», – подчеркнул губернатор.

Владимир Городецкий высоко оценил развитие высокотехнологичной медицинской помощи в регионе. «Факт, что около 97% жителей региона получили высокотехнологичную медицинскую помощь на территории Новосибирской области, говорит о высоком уровне квалификации медицинских специалистов, технической оснащенности медицинских организаций нашего региона, а также их конкурентоспособности», – подчеркнул Владимир Городецкий.

Но при этом, по словам губернатора, особого внимания требует ситуация в первичном звене здравоохранения. Сегодня квалифицированного медицинского персонала не хватает не только в районах области, дефицит ощущается и в поликлиниках города Новосибирска. Владимир Городецкий отметил, что сегодня необходимо решать эту проблему точно для каждого района. Он сказал, что Правительство ждет от врачебного сообщества, министерства здравоохранения конкретных предложений.

Губернатор отметил, что существует вопрос соблюдения медицинской этики. В органы власти поступает немало жалоб, связанных с грубым обращением с пациентами. «Этот комплекс проблем нам предстоит решать в обязательном порядке. В том числе, на государственном уровне», – подчеркнул губернатор.

Марина Есикова



28 апреля в России отмечается День скорой медицинской помощи. Это стало поводом для разговора с главным врачом ГБУЗ «Новосибирская городская станция скорой медицинской помощи» Ириной Анатольевной Большаковой о достижениях службы и особенностях работы на «скорой».

ИЗ ИСТОРИИ

28 апреля 1898 года – организация скорой помощи при полицейском участке в Москве

1927 год – Указ Наркомздрава об организации станций скорой медицинской помощи в городах с населением свыше 50 тысяч человек

1931 год – организация специализированных психиатрических бригад в Ленинграде

1957 год – появление шоковых, а затем специализированных кардиологических бригад

- Какие задачи приходится решать бригадам скорой медицинской помощи?

- Условно их можно разделить на два вида. Это собственно медицинская помощь в виде скорой и неотложной помощи пациентам при травмах и заболеваниях и задачи организационного или социального характера. С медицинской помощью все понятно. Но, порой, приходится решать вопрос, как проникнуть в жилище, где закрыт беспомощный, обездвиженный пациент или что делать с детьми, если надо срочно госпитализировать их маму, или как уговорить пожилого пациента поехать в больницу, а в квартире остаются животные и куда пристроить их? Как организовать транспортировку пациента весом более 150 кг? Как добраться до пациента, если на машине уже не проехать, а пешком еще километр по чистому снежному полю и как с пациентом на носилках добраться обратно? Как подойти к пациенту, если не подпускает собака, а счет на секунды... Всего не перечислить. Такое сложно

представить в каких-то других медицинских службах, скорая помощь с этим сталкивается, и нередко.

- Какими качествами должен обладать врач скорой помощи?

Во-первых, хорошими знаниями во всех разделах медицины. Если полистать карты вызова одного врача за смену, то из 15-18 вызовов можно и не найти двух похожих. Утром «больной без сознания», потом «острая боль в ухе», «травма», «давление», «болит живот у ребенка» и под занавес «боль в животе», которая оказывается домашними родами (около 80-ти родов в год мы принимаем дома или в машине).

Во-вторых, уметь все делать быстро и в одиночку. За спиной нет лаборатории, диагностической аппаратуры, узких специалистов, консилиумов...

В-третьих, необходимо быть философом и уметь быстро переключаться с одной ситуации на другую. Если пришлось столкнуться со смертью пациента, то, подавленное настроение не должно отражаться на работе.

В-четвертых, надо быть выносливым и уметь терпеть дискомфорт чисто физически. Много времени приходится проводить в машине на загазованной автомагистрали, приходится работать в совершенно неподходящих для оказания медицинской помощи местах: в

подъездах, на улице, на жаре и на холоде, в жилищах, где сорок кошек и миллион тараканов и просто нечем дышать...

В-пятых, уметь найти подход к любому пациенту, даже если он не пациент, а просто пьяный и предстоит ему путь не в медвытрезвитель, которые несколько лет назад упразднили, а почему-то в больницу...

- В последнее время участились случаи агрессии в отношении медицинских работников. В том числе, в отношении врачей и фельдшеров скорой помощи. На Ваш взгляд, надо ли ужесточать наказание за подобные случаи?

- Когда сравниваешь защищенность полицейских и врачей, то непонятно, почему полицейские, которые готовы к агрессии, прошли специальное обучение, имеют оружие, еще и в большей степени защищены государством. Врач же не готов к агрессии. Он беззащи-

Слово главному специалисту: ОСОБАЯ МЕДИЦИНСКАЯ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ

тен. Более 60% сотрудников – женщины. Отсутствие серьезной ответственности за нападение на врачей порождает безнаказанность, а у врача – желание уволиться и найти более спокойное место. И это одна из причин дефицита медицинских кадров. Мы, сотрудники скорой помощи, считаем, что государство должно решить вопрос защиты медиков при исполнении ими служебного долга.

- Какими достижениями новосибирская служба скорой помощи встречает свой профессиональный праздник?

- Всего в области работает 280 бригад скорой медицинской помощи. В 2016 году выполнено 1 млн. 870 тысяч вызовов. Госзадание перевыполнено на 8,6%. Выполнено 1666 реанимаций. Из них 12,3% были успешными. Это очень высокий показатель. Этому помогает и то, что мы одни из немногих в стране внедрили «дистанционную реанимацию». Когда диспетчер понимает, что пациент без сознания, то предлагает окружающим выполнить реанимационные мероприятия. Если есть готовность, то диспетчер просит включить телефон на громкую связь, положить рядом и руководит действиями. Есть случаи, когда еще до приезда скорой помощи удавалось восстановить дыхание и сердечную деятельность. За разработку «дистанционной реанимации» мы получили золотую медаль на выставке МЕДСИБ в 2014 году.

Еще одно достижение – это наша уникальная информационная программа НАИС, которая целиком является нашей разработкой. Она удобна для пользователя, насыщена всем необходимым функционалом и постоянно дорабатывается собственными силами в зависимости от изменяющихся нормативных требований или распоряжений Минздрава. Программа позволяет оперативно управлять бригадами, проводить контроль качества оказания медицинской помощи, получать исчерпывающую статистику, взаимодействовать с поликлиниками по вопросам передачи неотложных вызовов или активных посещений, предоставлять поликлиникам информацию по количеству и результатам выездов в разрезе участков. В одинаковой мере это касается и отделений скорой помощи районов области, которые так же работают в нашей программе с 2016 года. В 2017 году нами выполнена интеграция с системой 112. Кроме нас интеграция осуществлена только в Москве и Санкт-Петербурге.

- Что необходимо для более успешной работы службы скорой помощи?

- Учиться постоянно и учить коллектив, совершенствоваться, взаимодействовать с другими лечебными организациями, работать над ошибками, понимать тенденции и стараться следовать им. Сохранять лучшее из прошлого опыта и любить дело, которым занимаешься.

Марина Есикова

В НОВОСИБИРСКЕ ПРОШЕЛ ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ АССОЦИАЦИИ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНЫХ ХИРУРГОВ СТРАН СНГ

20 и 21 апреля в Новосибирске проходил Пленум Правления Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Площадкой для мероприятия впервые выбран наш город, что вызвано значительными достижениями хирургов ГНОКБ в области лечения заболеваний печени.

В этом году тема Пленума сформулирована как «Альвеококкоз: диагностика и хирургическое лечение». Специалисты обсудили современные методы диагностики этого заболевания, поделились опытом ведения пациентов с этим диагнозом.

Как рассказал зав. отделением хирургии печени и поджелудочной железы Института хирургии Вишневского (Москва), президент Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, профессор Владимир Александрович Вишневский, альвеококкоз поражает, в основном, сибирские и северные регионы.

В группе риска по заражению альвеококкозом – люди, которые занимаются обработкой шкурок различных животных, охотники и т.п. Поэтому в целях профилактики, по словам эксперта, такие лица должны ежегодно проходить профилактическое обследование на

альвеококкоз.

Коварность заболевания состоит в том, что оно имеет длительный латентный период, до 5 – 8 лет, по аналогии с онкологическим заболеванием. Пациенты обращаются к врачу при появлении выраженных симптомов, когда лечить заболевание уже сложно и требуется высококвалифицированная специализированная медицинская помощь.

Лидером по альвеококкозу является Якутия, где таких больных 2 – 3 человека на 1000 населения. В других регионах статистика может быть в разы меньше – 0,5 человека на 100 тыс. населения. Однако, проблема состоит в том, что эти больные не получают должную медицинскую помощь в полном объеме. Пациенты могут жить с заболеванием долгие годы, получая малоэффективное медикаментозное лечение.

«Люди живут, страдают – это не рак, поэтому можно долго жить. Кормят лекарством, считают, что всё хорошо будет. Не направляют туда, куда надо», – обозначил проблему профессор Вишневский.

В настоящее время такие больные лечатся недостаточно эффективно, за небольшим исключением,

включая Новосибирск.

«Но в вашем городе нашлись специалисты, которые дают возможность сделать больных здоровыми и трудоспособными. Что же мы имеем по остальным регионам? Это инвалиды, они плохо оперируются, несвоевременно, операции некачественные ... Здесь делают практически в 85% радикальные операции. То есть человек перестаёт болеть, что очень важно, и становится трудоспособным. Вот поэтому мы пригласили по линии ассоциации хирургов, которые занимаются этим вопросом. Для того, чтобы обсудить ещё раз все эти вопросы в аспекте того, что делается здесь и где-то ещё, чтобы куда-то направлять больных, а их не так много, направлять, чтобы они получили качественное лечение и были здоровыми. Надеюсь, что у нас это получится», – рассказал Владимир Вишневский о цели Пленума.

По словам Ивана Поршенникова, хирурга ГНОКБ, в Областной больнице количество больных с альвеококкозом составило 360 человек с 1990 года, в год проводится 20 операций по этому заболеванию. Эти цифры были прокомментированы профессором Вишневским, как очень высокие.

Координационный совет Минздрава по непрерывному медицинскому образованию (НМО) взялся пересматривать перечень и сам принцип отбора отраслевых мероприятий, имеющих учебный статус. За год, прошедший с момента запуска новой модели НМО, право раздавать в своей аудитории так называемые образовательные кредиты получили более 3 тысяч медицинских и фармацевтических эвентов. Много это или мало, регуляторы пока не поняли, но однозначно убедились, что в обновленную систему постдипломной подготовки специалистов проникли коммерсанты, подмешивающие в учебные программы лобовую рекламу лекарств и медизделий. Кураторы НМО намерены серьезно ужесточить критерии оценки площадок, декларирующих свои образовательные компетенции.

БАЛЛЬНЫЙ НАРЯД

Реформа медицинского образования, предполагающая переход от сертификации к аккредитации врачей и далее к непрерывному медобразованию, описанная в ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан» еще в 2011 году, фактически стартовала с 1 января 2016 года – сначала только для специальностей «стоматология» и «фармация», а затем и для других. Параллельно стала формироваться система набора образовательных кредитов, которые нужны для успешной периодической аккредитации врачей. Получить достаточное количество баллов можно только на специально аккредитованных учебных мероприятиях – конгрессах, конференциях, семинарах и мастер-классах.

Порядок получения постдипломного образования в целом описан в проекте приказа №66н. Этот документ Минздрав до сих пор не утвердил, но ориентироваться врачам и операторам системы НМО больше не на что. Согласно этому регламенту, кредитная система устроена следующим образом: ежегодно врач должен будет набирать 50 часов подготовки (зачетных единиц, одна зачетная единица равняется одному академическому часу или одному кредиту), из них 36 – в образовательных организациях, 14 – практических, например, на конгрессах и семинарах. За пять лет нужно собрать 250 часов и практическое портфолио, чтобы пройти аккредитацию. На время переходного периода до 2021 года практикующие врачи могут выбрать – получить сертификат по прежней схеме повышения квалификации либо включиться в систему НМО. А тем, кто начинает практиковать в нынешнем году, уже пора начинать собирать зачетные единицы.

В перспективную нишу хлынули провайдеры мероприятий – образовательные организации разных форм собственности и масштабов. В прошлом году они атаковали КС Минздрава заявками на получение аккредитации для своих мероприятий. Изучив тематический реестр КС, Аналитический центр Vademecum подсчитал, что в 2016 году в общей сложности состоялось более 3 тысяч мероприятий, за участие в которых врачи получили баллы. А в январе – марте 2017 года – уже почти 1,4 тысячи мероприятий. Для сравнения: в 2014 году было аккредитовано лишь 229 мероприятий, в 2015-м – 451.

Такого ажиотажа ни система, ни Минздрав, ни его Координационный совет не ожидали. Первой подвела хлипкая нормативная база. Требования к организации учебных мероприятий были разработаны еще на заре внедрения НМО – в 2013 году – и с тех пор оставались неконкретизированными, хотя и в распылчатой форме обязывали организаторов раскрывать взаимоотношения со спонсорами и не допускать рекламы препаратов и медизделий. Но эти требования оказались слишком мягкими, признает член координационного совета по НМО Минздрава Залим Балкизов. «Мы видим большое количество нарушений на начальном этапе подачи документов на проведение учебных мероприятий – это порядка 30% всех заявок. Бывает, даже в контактах заявителя указана электронная почта с доменом фармпроизводителя», – сетует он.

С «проплаченными» учебными мероприятиями сталкиваются врачи из всех отраслей, но показать пальцем на нарушителей никто из опрошенных Vademecum участников отрасли не решился. «Многие врачи в регионах еще даже не знают о системе аккредитованных обучающих мероприятий. А ведь нередко конференции проводятся организациями, занимающимися продвижением своего оборудования на рынке медицинских услуг. 80% учебного времени они посвящают рекламе своего оборудования, инструментов или препаратов», – говорит заведующая учебной частью кафедры травматологии и ортопедии МГМУ им. И.М. Сеченова Татьяна Жарова.

Российская практика, хоть и основана на западной системе НМО, пока далека от своего прототипа, говорит национальный секретарь Международного общества эстетической пластической хирургии (ISAPS) в России Кирилл Пшениснов. «За рубежом – в США, Бразилии, Японии и других странах – подход к организации конгрессов находится на совершенно другом уровне. Во-первых, есть контроль полученных знаний – после обучающих мероприятий обязательно проводится тестирование, всем слушателям баллы просто так не начисляют. Во-вторых, абсолютно прозрачен механизм взаимодействия с коммерческими компаниями – поставщиками лекарств и медизделий, – делится наблюдениями эксперт. – На выставках запрещена продажа продукции, презентации лекторов предшествует дисклеймер с пояснением, насколько ангажирован выступающий. Никаких логотипов спонсоров даже на ручках, бейджах и блокнотах».

Опираясь на западный опыт, в КС Минздрава разработали новые, ужесточенные требования к мероприятиям и их организаторам. Согласно документу (копия есть в распоряже-

МИНЗДРАВ УРЕЖЕТ СПИСОК АККРЕДИТОВАННЫХ УЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

нии Vademecum), программа и содержание мероприятия должны быть «очевидно свободными от проявления ангажированности». Теперь организаторам предстоит не только пресекать любые формы рекламы препаратов или медизделий, но и полностью раскрывать информацию обо всех источниках финансирования на сайте мероприятия и/или в его программе. Это могут быть регистрационные взносы участников, неограниченный образовательный грант, спонсорские пакеты. При этом спонсоры и благотворители смогут участвовать только в выставочных мероприятиях и спутеллитных симпозиумах, а не вмешиваться в научную программу и влиять на выбор лекторов. И уж тем более им нельзя инициировать мероприятия.

Не успели в КС выпустить обновленные требования, как в отрасли неожиданно наметилась обратная тенденция – часть спонсоров решили вовсе не участвовать в аккредитации и НМО. «В конце 2016 года и в первом полугодии 2017-го многие крупные компании-спонсоры приняли решение не участвовать в аккредитованных мероприятиях, – говорит Марина Белова, директор компании – организатора медицинских мероприятий «Медкон». – Факт аккредитации влияет на решение компании. При этом даже небольшие семинары, неаккредитованные, они поддерживают». На практике «Медкона» уже бывали случаи, когда мероприятие поддерживала только одна компания и денег хватило только на печать научной программы. «Приходится минимизировать расходы, благо нередко площадки бывают бесплатными – на территории вузов и медучреждений. Без финансирования, я думаю, мы не останемся, но бюджет таких мероприятий из-за ухода спонсоров заметно ограничивается. Повлиять на ситуацию мы никак не можем», – поясняет она.

В фармкомпаниях убеждены, что без каналов продвижения не останутся, даже если не смогут работать напрямую через аккредитованные мероприятия. «Мы найдем, как донести информацию до клиентов. Но для практикующих врачей это может стать проблемой – во-первых, из-за ограничения финансовой поддержки мероприятий, во-вторых, из-за ограничения возможностей получения информации. Наши врачи ничего не читают. Конечно, они подвержены воздействию недобросовестного промо, но для них это все равно один из немногих каналов получения сведений», – сказал Vademecum топ-менеджер российской фармкомпании, специализирующейся на производстве онкологических препаратов, признав, впрочем, что конгрессы, конференции и семинары – единственный легитимный способ встречи компании и врача. В компании – организаторе мероприятий «Биоконцепт», которая аффилирована с поставщиком медизделий для пластической хирургии «Кloverмед», Vademecum ответили, что пока не планируют подключаться к аккредитованным мероприятиям и особой необходимости в них не видят.

РЕЦЕНЗИЯ НА ПОСТАНОВКУ

Но даже если новые требования будут приняты, селекцией мероприятий будут заниматься все те же рецензенты-волонтеры, которые уже успели себя дискредитировать. По данным КС Минздрава, рецензенты дают отрицательные отзывы только в 15% случаев за год. Кто-то по невнимательности или каким-то иным причинам пропускает неоднозначные мероприятия, включая организованные компаниями без образовательной лицензии, а кто-то вовсе не работает. В КС, ощутив последствия низкой мотивации рецензентов, вовсе решили отказаться от работы с теми, кто не дал ни одной рецензии за последние годы. Но выход надо искать все же в другом, считают в ассоциациях. «В прошлом году был шквал заявок – работа трудоемкая и рутинная. Конечно, наши рецензенты старались не пропускать откровенно ангажированные мероприятия, но уследить за всем очень трудно. Нужна система мотивации рецензентов и, насколько мне известно, в КС уже прорабатывают этот вопрос», – говорит член правления Российского кардиологического общества Анна Концевая. Ее поддерживает член оргкомитета Российского общества психиатров Иван Мартынихин, но подчеркивает, что помимо проверки мероприятия на этапе заявки должна быть четкая система проверок самих мероприятий. По действующему регламенту, за это отвечает руководство программного комитета мероприятия, а не внешние независимые эксперты.

Недовольны рецензентами и организаторы учебных мероприятий. По словам заместителя директора Института повышения квалификации медицинских кадров Натальи Федяиновой, получить аккредитацию в настоящее время просто: рецензенты могут нарушать сроки, тем самым скрывая занятие, а также оценивают заявки по непрозрачным критериям и ничем не аргументируют свои отказы: «Примеров масса – отказ в аккредитации мог прийти уже после того, как мероприятие состоялось. Отказы сопровождалось обвинениями в ангажированности, но ничем не подкреплялись. Два одинаковых мероприятия могли быть оценены в разное количество кредитов. И плюс ко всему рецензенты часто демонстрировали непонимание структуры учебного мероприятия, использовали некорректные термины и так далее».

Рецензированием мероприятий Института повышения квалификации медицинских кадров по рентгенологии

занимались рецензенты Российского общества рентгенологов и радиологов (РОРР), «ангажированность» ему могли вменить за связь с сетью частных клиник и МРТ-центров «Эксперт». Основателем и генеральным директором института, по данным СПАРК-Интерфакс, выступает член правления «Эксперта» Андрей Коробов. Но в требованиях к учебным мероприятиям нет запрета на проведение семинаров при участии частных клиник. Президент РОРР Валентин Сеницын отказался говорить о конкретных заявках, но подтвердил, что были «единичные случаи», когда рецензенты отклонили заявки от частных организаций или такие, в которых указаны неизвестные лекторы. «В данном случае многое зависит от рецензента. Я считаю, что любое мероприятие нужно оценивать в первую очередь с точки зрения его учебной и научной ценности по критериям НМО. По большому счету не столь важно, кто его проводит. Правда, у такого мероприятия есть определенные ограничения в видах и формы поддержки фармкомпаниями или поставщиками медизделий (они указаны на сайте НМО). Лекторы учебного мероприятия могут не иметь большого количества научных публикаций и при этом быть хорошими специалистами и преподавателями. Мнение рецензента важно, но окончательное решение по заявке принимает все-таки Координационный совет», – сказал он.

СМОТРЕТЬ НОРМАТИВНО

Блок проблем венчает отсутствие главного документа – утвержденного приказа №66н – и другой внятной нормативной базы. Например, в положении об аккредитации специалистов, утвержденном Минздравом, указано, что для успешной сдачи экзамена врачу необходимо представить «портфолио» за последние пять лет. Однако никакой расшифровки этого понятия ни в одном нормативном документе нет. В проекте приказа №66н тоже хватает противоречий. Так, в нем как виды образовательной деятельности указаны «участие врачей в конференциях и самостоятельное изучение материалов с финальным тестированием». В тоже время законы «Об образовании» и «Об основах охраны здоровья граждан» напрямую указывают на то, что повышение квалификации специалистов может быть только в формате обучения по вузовским программам повышения квалификации. Соответственно, для полноценного запуска системы НМО необходимо сначала внести изменения в эти два закона – и такие поправки Минздрав сейчас готовит совместно с Национальной медицинской палатой. По информации Vademecum, процесс согласования изменений с Минобрнауки, Минфином и другими ведомствами планируется завершить до конца 2017 года.

Кроме этих, в сущности, формальных деталей, в системе есть ряд других концептуальных недоработок. Одна из таких сложностей – узкие специальности, по которым учебные мероприятия нередко разрабатывают и рецензируют одни и те же люди. «В психиатрии есть пять «подспециальностей», для каждой нужно проводить учебные мероприятия. Например, судебно-психиатрическая экспертиза – по этому направлению существует всего один институт, и отреценировать профильные мероприятия – это уже проблема. Минздрав планировал укрупнение специальностей, нужно сделать это как можно скорее, иначе система НМО недалеко уйдет от старой системы сертификации», – полагает Иван Мартынихин из Российского общества психиатров (РОП). Другой «боле-вой» момент – учет зарубежных кредитов в российской системе НМО. Пока никакой системы взаимозачета отечественная система не предполагает. «В Европейском конгрессе радиологов в Вене участвовали более 400 врачей из России, все получили европейские кредиты, но они сейчас никому не нужны. Плюс многие получают международные кредиты за другие виды деятельности, например, за рецензирование статей в международных журналах. Создание системы НМО – большая работа, и эту проблему тоже нельзя оставить без внимания», – добавляет Валентин Сеницын.

Интеграция, впрочем, дело наживное, тем более пока даже об отечественной системе электронного учета баллов для НМО известно не всем. По словам Марины Беловой из «Медкона», она регулярно сталкивается с тем, что врачи просто не знают, что нужно завести на каком-то портале личный кабинет и регулярно фиксировать там полученные баллы: «В регионах многие врачи в принципе не понимают, зачем им это нужно. В лучшем случае они складывают сертификаты в стопочку и хранят. Мы сейчас делаем подробные памятки о том, как зарегистрироваться на портале НМО, как вести личный кабинет и так далее». Анна Концевая из Российского кардиологического общества (РКО) высказывает беспокойство по другому поводу: в Москве и других крупных городах мероприятий достаточно, но многие врачи работают в удаленных районах, да и мероприятия инициируются не везде. Мы надеемся, эту проблему удастся решить с помощью онлайн-обучения. А для более равномерной организации мероприятий с точки зрения территорий мы ввели систему квот – по два мероприятия в год на каждое региональное общество».

Источник: Vademecum



Дед не очень любил рассказывать о войне. Поэтому школьная тетрадь, в которую он в конце 1992 записал свои воспоминания о тех годах, стала для нас семейной реликвией. Мы ее бережно храним. Надеюсь, что ее будет листать мой сын, а потом и внуки, вчитываясь в написанные каллиграфическим почерком слова, просто и буднично повествующие о невероятных лишениях, надеждах и мужестве.

Мой дед, Маслаков Иван Антонович, мечтал стать военным лётчиком, но война внесла свои коррективы. «Великую Отечественную войну я встретил в Белореченском военном училище и в скором времени был свидетелем, когда курсант Голиков Николай с инструктором полетов Свиридовым Виктором Семеновичем поднялись в воздух на учебном самолете «У-2» и их сбил фашистский истребитель «Мессершмитт-109». Похоронили мы своих товарищей, и полеты учебные были запрещены, училище эвакуировано, а курсанты направлены в распоряжение райвоенкоматов по месту жительства».

Дед попал на фронт в 1942 году после окончания военного пехотного училища. Ему было 19 лет. Их батальон из Ростова-на-Дону отправили в сторону Сталинграда, где начала разворачиваться многомесячная битва, переломившая ход войны. Погибнуть первый раз дед мог уже тогда. В его воспоминаниях есть эпизод, где он описывает, как фашистские самолеты на бреющем полете проносились над землей, охотясь даже за одним человеком. Направляясь с заданием из одного взвода в другой, дед услышал гул мотора, появился мессершмит и начал стрелять по деду из пулемета. Спасло то, что дед запутался в борозде и упал. Трава была высокая – «охотник» потерял его из виду.

Пишет он и том, как в одном из оврагов, по пути в место назначения, они наткнулись на замученных раненых красноармейцев. «В овраге было 7 трупов бойцов с выколотыми глазами и распоротыми животами. В отдалении лежали санитарные сумки, а рядом три обезображенных трупа девушек-санитарок. Мы вырыли могилу, похоронили их всех вместе и поклялись беспощадно мстить фашистским гадам».

Основные бои в июле-августе 1942 года шли под Калачом. Но и под станицей Клетская, где занял оборону дедов стрелковый полк, ежедневно приходилось отбивать по 3-5 вражеских атак. Да еще немецкая авиация бомбила. Во время одного из таких налетов 15 августа деда ранило в ногу и контузило. Он потерял сознание.

Очнулся уже в плену. И начались его круги ада, которые длились два года. Я иногда думаю, как можно было все это вынести? Где он, мальчишка, брал силы? Читать его воспоминания о времени, проведенном в плену, нелегко. Вот он пишет о том, как оказавшийся среди пленных военврач вытаскивал ему из раненой ноги осколок с помощью куска стекла, а на рану наложил не то подорожник, не то лопух. Нога зажила.

Вспоминает дед и том, как они съели в лагере всю траву, потому что еды немцы практически не давали, только иногда привозили тележку свеклы и вываливали ее. Люди бросались, а немцы начинали по ним стрелять.

Их отправляли в другие лагеря, но везде было одно и то же – голод, холод, издевательства и побои. «Раз в день стали давать баланду. Это брюква, свекла, иногда добавляли горелую пшеницу. От такой еды многие заболели и умирали». Мучил холод. Дед очнулся в плену в одном исподнем белье. Как-то помогли ему потом с одеждой товарищи по плену, дали старый бушлат. А вот гимнастерки не было. Их гоняли на работу на вокзал, там он нашел бумажный мешок и сделал из него что-то вроде рубахи. «И так мне стало тепло», – пишет он.

Зимой 1943 года в лагере разнесся слух, что приедут представители РАО (Русской освободительной армии) агитировать пленных вступать в ее ряды. «В нашем бараке пошли разговоры. Некоторые предлагали записаться добровольцами, получить оружие, а потом повернуть его против немцев. Я же говорил, что немец не дурак. Он даст тебе оружие, а рядом поставит наблюдателей с автоматами. Поэтому, по мне, лучше голодная смерть и унижения в лагере, чем идти добровольно в РОА. Я говорил о том, что если немцы решили формировать части из числа военнопленных, то у них фронттрешит по швам, и нам никак нельзя сдаваться», – пишет дед. И вспоминает, что в их бараке не нашлось ни одного предателя.

Не оставляла надежда бежать. В лагере под Миллерово деду это удалось. Но продлилась свобода всего три дня – затем его схватили полиция. Сильно избили, и он снова оказался в лагере. А могли бы и расстрелять сразу.

Потом дед попал в лагерь в Польше, в Славуту. Везли больше недели. За это время в вагон два раза бросали свеклу

СЕМЕЙНЫЕ РЕЛИКВИИ

и брюкву, два раза давали эрзац-хлеб – четыре буханки на вагон. В вагоне – 100 человек. Умерших не убирали. Так и ехали живые рядом с мертвецами. В лагере из их вагона вышло 68 человек.

«В Славутском лагере порядки были, как и во всех пройденных мною лагерях. Кормили два раза в день: утром эрзац-хлеб, в обед баланда. Били за все: не так встал, встал не там, быстро пошел, медленно идешь, били просто за то, что ты русский. Но мы не считали себя побежденными, хотя и были истощены до предела. Мы знали одно – чем больше мы сможем задержать фашистов вокруг лагеря, охраняя нас, тем меньше их будет на фронте», – писал дед.

В конце марта 1944 года дед был вывезен в Верхнюю Силезию под город Рыбник. И здесь ему повезло. Его и несколько других пленных отправили не в лагерный барак, а в лесничество на лесоразработки. Даже дали одежду – старые солдатские фуфайки, брюки, гимнастерки. Деревянные колодки заменили ношенными ботинками. Кормили тоже гораздо лучше. Утром давали картофельное пюре и эрзац-кофе. В обед – 200 грамм хлеба и кофе, вечером – картофельный суп.

«От поляков мы знали, что немцев крепко бьют. Снова появилась мысль о победе. Время от времени высоко в небе пролетали американские самолеты. Однажды мы услышали свист падающей бомбы. Она упала среди молодых посадок елей, образовалась воронка. Я сразу понял, что ее можно использовать как укрытие. Вскоре я приболел и не пошел на работу. Служанка лесничего принесла мне обед и сказала, что случайно услышала разговор о том, что военнопленных скоро отправят в лагерь. И я решил. Сказал, что пошел на работу, а сам спрятался в укрытии. Прятался там несколько дней, потом ночами стал пробираться на восток. Через полтора месяца встретил в лесу нашу разведгруппу и с ними вышел в расположение 1-го Украинского фронта. Потом, конечно, была проверка. Но все, что я рассказал, подтвердилось. Месяц я был в запасном полку, а потом пошел на передовую», – так заканчивается рассказ деда.

Мой дед, Иван Антонович Маслаков, умер в 2006 году. Мы храним тетрадь с его воспоминаниями и его награды – орден Отечественной войны I степени, медаль «За оборону Сталинграда», медаль «За отвагу», медаль «За победу над Германией», юбилейные медали. Он прожил долгую жизнь. И за каждый прожитый день ему не было стыдно. Я в этом уверен.

9 мая я и мой сын Иван, названный в честь своего прадеда, обязательно примем участие в акции «Бессмертный полк». Это то малое, что мы можем сделать в память о солдате Иване Антоновиче Маслакове.

Антон Маслаков, зам. гл. врача по ОМР ГБУЗ НСО «Городская клиническая поликлиника №22», член Правления НОАВ

К 130-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА ГАБРИЭЛЯ ФРАНЦЕВИЧА ВОГРАЛИКА

7 апреля исполнилось 130 лет со дня рождения Габриэля Францевича Вогралика (1887-1937), выдающегося советского эпидемиолога и инфекциониста, доктора медицинских наук, профессора, директора Западно-Сибирского краевого института эпидемиологии и микробиологии (г. Томск), заведующего кафедрой инфекционных болезней с эпидемиологией Томского медицинского института.

Габриэль Францевич Вогралик родился 27 марта / 7 апреля 1887 года в Киеве, где прошли его детство и юность. В 1906 г. Г.Ф. Вогралик окончил Киевскую частную классическую гимназию Г.А. Валькера, по окончании которой был призван на военную службу и служил в Красноярском резервном полку, расквартированном в Томске. В 1911 г. подпоручик запаса Г.Ф. Вогралик поступил на медицинский факультет Томского университета, где был отличником учёбы, стипендиатом Главного управления землеустройства и земледелия, активно занимался учебно-исследовательской работой студентов, начиная со 2 курса осваивал методику бактериологических исследований в Бактериологическом институте в Томске. Среди его преподавателей были такие известные врачи и учёные, как М.Г. Курлов, В.Н. Саввин, М.Ф. Попов, И.Н. Грамматикати, П.В. Бутягин и др. В 1914 г. началась Первая Мировая война, и Г.Ф. Вогралик был снова мобилизован в действующую армию, служил в санитарно-эвакуационной части армии Северо-Западного фронта. После демобилизации из армии в октябре 1917 г. Г.Ф. Вогралик вернулся на учёбу в Томский университет, который окончил с отличием в 1919 г.

По окончании Томского университета Г.Ф. Вогралик продолжил военную службу в качестве заведующего сыпнотифозным отделением 171-го сводного эвакуационного госпиталя в Томске, одновременно являясь сверхштатным ординатором клиники детских болезней Томского университета. Принимал участие в ликвидации эпидемии сыпного и возвратного тифа в Томске в 1920 г., участвовал в работе противоэпидемических бригад в Кемерово, Барнауле, Прокопьевске, Белове, Кузнецкстрое, Мариинске и других городах Сибири.

С 1920 г. работал младшим ассистентом-лаборантом кафедры детских болезней Томского университета, совмещая работу на кафедре с военной службой, заведовал сыпнотифозным отделением для рабочих и служащих Томского университета, работал амбулаторным врачом диспансера для детей, больных сифилисом. В 1921-1922 гг. служил

ординатором 25-го Томского окружного военного госпиталя и одновременно заведовал наблюдательной палатой-распределителем, возвратнотифозным отделением и бактериологическим отделением лаборатории того же госпиталя под руководством профессора П.В. Бутягина. В 1922-1923 гг. заведовал химико-бактериологической лабораторией Томского военного госпиталя. В те годы Г.Ф. Вогралик также активно занимался преподавательской деятельностью, читал лекции по бактериологии, инфекционным болезням, общей гигиене на курсах сестёр милосердия, по совместительству читал курсы «Охрана материнства и младенчества» и «Детские болезни» в Томском акушерском техникуме.

В 1920-х Г.Ф. Вогралик одним из первых в СССР занимался проблемой лечения возвратного тифа неосальварсаном. Исследования Г.Ф. Вогралик проводил в Бактериологическом институте в Томске под руководством профессора П.В. Бутягина. В 1925 г. вышла монография Г.Ф. Вогралика «О жел. пищеварении у детей грудного возраста», которая явилась одной из первых работ, посвящённых особенностям физиологии пищеварения у детей грудного возраста. В ней автор особенно подчеркнул, что при всех формах расстройства пищеварения и питания у детей грудного возраста нарушается функция пищеварительных желез, и на основании своих наблюдений предложил ряд практических рекомендаций. Широкую известность получили монография Г.Ф. Вогралика: «Заболевания тифо-паратифозной группы» (Томск, 1931), «Учение об эпидемических заболеваниях: История эпидемий и общая эпидемиология» (Томск, 1935) (последняя работа не была завершена). Также Г.Ф. Вогралик интересовался проблемой внутрибольничных инфекций.

С 1924 г. Г.Ф. Вогралик работал старшим ассистентом детской клиники. В 1925-1928 гг. – заведующий кафедрой инфекционных болезней медицинского факультета Томского государственного университета. С 1928 г. – доцент по курсу «Инфекционные болезни». В 1928-1930 гг. вёл курс инфекционных болезней в Томском институте усовершенствования врачей, с 1930 г. – заведующий кафедрой инфекционных болезней Томского института усовершенствования врачей. С 1930 г. – исполняющий обязанности заведующего санитарно-профилактического факультета Томского государственного университета. В 1931-1937 гг. – профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней с эпидемиологией, заведующий инфекционной клиникой санитарно-профилактического факультета

Томского медицинского института. В 1931-1932 гг. – заведующий учебной частью Томского медицинского института. С 1932 г. Г.Ф. Вогралик являлся директором Томского НИИ эпидемиологии и микробиологии (с 1932 г. Бактериологический институт, с 1937 г. Западно-Сибирский краевой институт эпидемиологии и микробиологии). В 1936 г. Г.Ф. Вогралик был утверждён ВКК при Наркомздраве РСФСР в степени доктора медицинских наук без защиты диссертации по совокупности работ и в звании профессора. В Томском медицинском институте Г.Ф. Вогралик читал курс инфекционных болезней и курс «Клиническая и лабораторная диагностика инфекционных болезней, их иммунопрофилактика и специфическая терапия». Г.Ф. Вогралик входил в состав редакционной коллегии «Труды ТМИ» (с 1935). Г.Ф. Вогралик неоднократно ездил в научные командировки в Ленинград и Москву, принимал участие в работе II Всероссийского съезда по охране материнства и младенчества (Москва, 1920), III Всесоюзного съезда педиатров (Ленинград, 1925), VIII Всесоюзного съезда терапевтов (Ленинград, 1925), XVII Всероссийского съезда хирургов (Ленинград, 1925), IV Всесоюзного съезда педиатров (Москва, 1927), XI Всесоюзного съезда бактериологов, гигиенистов, инфекционистов, эпидемиологов и санитарных врачей (Ленинград, 1928), VI сессии краевого санитарного совета (Новосибирск, 1931), Всеукраинского съезда эпидемиологов и бактериологов (Харьков, 1934) и др. Г.Ф. Вогралик регулярно выступал с докладами на заседаниях Общества естествоиспытателей и врачей при Томском университете, а также Общества практических врачей Томска. Г.Ф. Вогралик имел огромный опыт научно-педагогической, лечебной, административной, научно-методической и общественной работы, пользовался заслуженным авторитетом как среди врачей, так и учителей Томска. Г.Ф. Вогралик был очень разносторонней личностью, обладал разносторонними знаниями и интересами, эрудицией, был чрезвычайно работоспособным и энергичным. Он был прекрасным врачом и педагогом, талантливым учёным и руководителем. Габриэль Францевич Вогралик скоропостижно скончался 28 февраля 1937 г. в Томске.

Павел Михайлович Вогралик, кандидат биологических наук член Новосибирской областной ассоциации врачей

*При подготовке текста были использованы материалы Электронной энциклопедии Томского государственного университета.

НОВОСИБИРСКИЕ КАРДИОЛОГИ СПАСЛИ ПАЦИЕНТКУ С РАЗРЫВОМ АОРТЫ

Специалисты Сибирского федерального биомедицинского исследовательского центра имени академика Е.Н. Мешалкина провели телемедицинскую консультацию совместно с врачами якутской Республиканской больницы № 2 по поводу пациентки, серьезно пострадавшей в ДТП. Из-за тяжелого состояния пациентки врачи приняли решение провести малотравматичное протезирование аневризмы аорты в клинике Мешалкина.

32-летняя жительница Якутии попала в ДТП, когда возвращалась с работы на такси. Водитель автомобиля не справился с управлением и врезался в столб. От сильного удара женщина потеряла сознание. Пострадавшая очнулась, когда проходившие мимо молодые люди попытались вытащить женщину из машины.

«Когда я пришла в сознание, увидела, что лобовое стекло разбито. С трудом повернула голову – водителя не было на месте; сбежал, оставив открытые двери. Ничего не чувствовала кроме ужасной жгучей боли в груди», – вспоминает пациентка Вилена Готовцева.

Пострадавшая провела несколько недель в реанима-

ции: множественные переломы бедер, сломанные кости таза, внутренние разрывы органов и разрыв аорты с формированием аневризмы. Специалисты якутской Республиканской больницы № 2 выявили высокий риск кровоизлияния аневризмы аорты. Совместно с врачами Клиники Мешалкина по телемедицинской связи определили дальнейшее лечение: стабилизировать состояние пациентки и подготовить ее к транспортировке в СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина.

«Самое тяжелое время было в реанимации после комы, когда начала осознавать, что случилось. Будет все со мной хорошо или нет, буду ли я вообще жить. Врачи говорили, что аорта у меня непредсказуемая: в любой момент может разорваться. В новосибирской клинике почувствовала себя лучше, сразу появилась какая-то уверенность и надежда».

В СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина хирурги отделения интервенционной кардиологии провели малотравматичное протезирование поврежденного участка аорты. Процедура длилась полтора часа, протез изолировал

поврежденный участок аорты из кровотока. Пациентке предстоит долгое физическое и моральное восстановление после перенесенных травм, но риска для жизни больше нет.

«Аневризма аорты, возникшая после травмы, как мина замедленного действия внутри организма человека. Невозможно вычислить, когда она разорвется: через двадцать лет или два часа. Любой скачок давления может привести к разрыву, поэтому принято оперировать такие патологии незамедлительно», – прокомментировал заведующий кардиохирургическим отделением эндоваскулярной диагностики и лечения СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина Олег Викторович Крестьянинов..

Лечение сердечно-сосудистой патологии закончено, в дальнейшем пациентке необходим ежегодный МСКТ-контроль. Пациентка отправилась домой для реабилитации. В Якутске ее ждут пятилетняя дочь, родители и коллеги.

УЧЁНЫЕ НОВОСИБИРСКА ПРЕДЛОЖИЛИ АСКОРБИНОВУЮ КИСЛОТУ ПРОТИВ СЛЕПОТЫ ОТ КАТАРАКТЫ

Офтальмологи Международного томографического центра СО РАН выяснили основную причину возникновения катаракты. Новосибирские учёные выдвинули гипотезу, что полуденное солнце гораздо опаснее для глаза, чем излучение ультрафиолетовой лампы.

Ранее предполагали, что только достаточно жёсткое излучение в диапазоне длин волн 280-320 нм (УФ-Б диапазон) вызывает окислительный стресс в хрусталике глаза, однако исследователи не обнаружили прямой связи между дозой УФ-Б излучения и появлением катаракты.

Согласно новой гипотезе гораздо больший вред от излучения ближнего УФ диапазона, 320-400 нм (УФ-А диапазон), это около 95 % света в излучении Солнца. УФ-А свет в хрусталике поглощается малыми молекулами, которые одновременно защищают от этого излучения,

но могут быть реакционными частицами, вызывающими необратимые изменения белков – катаракту.

«Хрусталик глаза является уникальной тканью, где отсутствует система обновления белков, их набор даётся на стадии эмбриона и сохраняется до самой смерти. Поэтому хрусталик рассматривается в качестве идеальной модели старения, поскольку его белки на протяжении всей жизни аккумулируют различные модификации», – отметил научный сотрудник МТЦ СО РАН Пётр Шерин.

Исследователи уже провели цикл экспериментов на мышах и выяснили, что возможно предотвратить катаракту с помощью природных антиоксидантов хрусталика. «Оказалось, что аскорбиновая кислота эффективно перехватывает реакционные состояния молекул хрусталика, образующиеся под действием

света. Но просто увеличить количество аскорбиновой кислоты в хрусталике не будет панацеей от катаракты», – подчеркнул учёный Петр Шерин.

Сотрудники Международного томографического центра СО РАН получили грант Президента РФ на два года. За это время исследователи намерены разобраться в поведении белков глаза во время фотохимических реакций и найти критическую точку для начала возникновения катаракты – узнать, сколько человеческий глаз может безболезненно выносить излучение солнечного света.

Исследователям предстоит выработать рекомендации для новых методов диагностики и лечения катаракты. По данным Всемирной организации здравоохранения, в большинстве стран катаракта является главной причиной слепоты.

О РАЗРАБОТАННОМ ИНСТИТУТОМ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК ЧЕЛОВЕКА МЕТОДЕ ЛЕЧЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ПУПОВИННОЙ КРОВИ СТАЛО ИЗВЕСТНО ВСЕМУ МИРУ

В журнале издательства Nature (Bone Marrow Transplantation) опубликована статья российских ученых о первом в мире пациенте, успешно прошедшем все этапы лечения генетического заболевания новым высокотехнологичным методом с использованием пуповинной крови.

Девочке с синдромом Швахмана-Даймонда были пересажены стволовые клетки от ее брата, ребенка-спасителя, рожденного с помощью ЭКО и преимплантационной генетической диагностики (ПГД). Благодаря ПГД, брат не унаследовал генетического заболевания и был рожден генетически идентичным сестре по тканевой совместимости.

Организатор уникального проекта и разработчик метода лечения – Институт стволовых клеток человека (ИСКЧ). Для внедрения нового метода ИСКЧ объединил вокруг себя несколько научных коллективов и клинических групп: Гемабанк – банк пуповинной крови, Центр Genetico, Институт репродуктивной генетики (Чикаго), НИИ им. Р.М. Горбачевой, клинику Генезис, Роддом №17 Санкт-Петербурга.

Проведенная трансплантация – это первый в мире случай использования преимплантационной генетической диагностики для лечения синдрома Швахмана-Даймонда. Всего известно о нескольких десятках успешных трансплантаций пуповинной крови, от генетически-совместимых братьев и сестер, рожденных с помощью ПГД, для лечения других заболеваний. Впервые в мире подобный метод был внедрен в США, группой ученых под руководством нашего соотечественника Юрия Верлинского. Метод использовался в США, Европе для лечения таких заболеваний, как анемия Фанкони, талассемия, лейкоз, болезнь Краббе, синдром Оумена, синдром Даймонда-Блекфана. А теперь и для лечения синдрома Швахмана-Даймонда.

Артур Исаев, директор ИСКЧ, сказал: «Результаты нашей многолетней работы опубликованы в авторитетном журнале, что лишний раз подтверждает значимость нового метода лечения, разработанного российскими специалистами. Работа прошла рецензирование в одном из ведущих научных издательств, и мы надеемся, что новый метод лечения смогут использовать и применять в других клиниках мира, и он будет внедрен в широкую практику».

Синдром Швахмана-Даймонда – тяжелое генетическое

заболевание. Проявляется скелетными нарушениями, предрасположенностью к лейкозам, нарушением кроветворения, иммунной системы и функции поджелудочной железы. Единственный эффективный метод лечения – трансплантация стволовых клеток костного мозга или пуповинной крови от совместимого донора. Однако для большей части больных найти совместимого донора не представляется возможным.

Девочка с синдромом Швахмана-Даймонда родилась в 2009 году. Первый ребенок в семье умер от симптомов, схожих с этим же наследственным заболеванием, однако врачи не проводили генетической диагностики, не установили диагноз, и семья не получила рекомендаций по профилактике заболевания. Девочка стала вторым ребенком, и в возрасте 6 месяцев в тяжелом состоянии была госпитализирована в больницу, где специалисты поставили ей диагноз и приняли решение о проведении трансплантации костного мозга. Ввиду отсутствия совместимого донора, в 2010 году девочке провели трансплантацию с использованием клеток отца, совместимого с дочерью только на 50%. Операция прошла неудачно и закончилась отторжением трансплантата, но девочка выжила.

Родители девочки планировали рождение еще одного ребенка, но опасались, что он также может унаследовать тяжелое заболевание.

В 2011 году банк стволовых клеток Гемабанк, объявил о спонсировании внедрения в российское здравоохранение нового метода лечения и профилактики редких наследственных заболеваний с использованием технологий ЭКО, ПГД и трансплантации клеток пуповинной крови (Программа Адама Нэша). С этой целью ИСКЧ открыл в Москве Центр Genetico с уникальной генетической лабораторией с задачей комплексного внедрения новых технологий для профилактики и лечения наследственных заболеваний. В рамках программы для семьи было организовано проведение процедуры преимплантационной генетической диагностики. Специалисты Центра Генетико и Института Репродуктивной Генетики (Чикаго) разработали персонализированную тест-систему для исследования генетических мутаций по одной единственной клетке. Во время проведения ЭКО в клинике Генезис, эмбриологи провели биопсию единичных клеток каждого из полученных эмбрионов (на 3-5 день развития на стадии 8-50 клеток).

Далее, в лаборатории, генетики исследовали и выявили «больные» эмбрионы и эмбрионы, свободные от тяжелого заболевания, а также тканесовместимые с больной девочкой. Маме был имплантирован эмбрион, не имеющий тяжелого заболевания и тканесовместимый с девочкой. В 2014 году в семье родился здоровый мальчик. Его полностью совместимая пуповинная кровь была собрана при родах и сохранена в Гемабанке.

В мае 2016 года специалисты НИИ им. Горбачевой провели девочке трансплантацию с использованием пуповинной крови и кроветворных клеток костного мозга младшего брата. Трансплантация прошла успешно, клетки брата полностью прижились, и сегодня девочка чувствует себя хорошо.

По словам лечащих врачей, трансплантация кроветворных клеток позволяет скорректировать одно из проявлений синдрома Швахмана-Даймонда – недостаточность работы костного мозга, и предотвратить трансформацию в миелодиспластический синдром и острый лейкоз. У девочки с первого месяца жизни отмечалось развитие анемии (снижение гемоглобина), нейтропении (снижение количества нейтрофилов), примерно с 10 месяцев присоединилась тромбоцитопения (снижение тромбоцитов). Все это время ребенок нуждался в трансфузиях компонентов крови, в специальной противомикробной профилактике. Несмотря на антибактериальную и противогрибковую терапию, у девочки отмечалось развитие жизнеугрожающих инфекционных осложнений. В возрасте 3 месяцев была выявлена трансформация в миелодиспластический синдром. После трансплантации кроветворных клеток от брата было достигнуто приживание донорских клеток, в организме девочки начали продуцироваться клетки крови в достаточном количестве. Она не нуждается в трансфузиях крови, риск жизнеугрожающих инфекционных осложнений и трансформации в лейкоз значительно снизился. Однако трансплантация костного мозга не влияет на работу поджелудочной железы, поэтому маленькой пациентке по-прежнему необходима заместительная терапия панкреатическими ферментами. А также определенная нутритивная поддержка, например, дополнительный прием жирорастворимых витаминов.

РАЗРАБОТАН ПЕРВЫЙ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ РОБОТ-ХИРУРГ

Директор Института конструкторско-технологической информатики РАН (ИКИ РАН) Сергей Шептунов представил первого отечественного ассистирующего робота-хирурга, который является аналогом американского «Да Винчи». Его стоимость составит около 600 тысяч рублей, что примерно в пять раз дешевле импортной установки.

Как сообщил Шептунов, кроме сотрудников ИКИ РАН, в разработке участвовали кафедра урологии МГМСУ и ФАНО. На создание робота ушло около четырех лет. По словам Шептунова, от зарубежного аналога его отличают меньшие размеры и вес и большая точность при выполнении операций. На российский рынок прибор должен выйти примерно через два года, после испытаний и регистрации аппарата.

Финансированием проекта занимаются ФАНО и правительство Москвы. Шептунов отметил также, что в проект были вложены его личные средства, а также средства других разработчиков. Директор Департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Министерства промышленности и торговли РФ Ольга Колотилова сообщила о готовности Минпромторга поддержать этот проект в рамках государственной программы развития фармацевтической и медицинской промышленности, выделив субсидии на организацию произво-

дства роботов, но объем предполагаемого финансирования не раскрыла. Фонд развития промышленности также может предоставить проекту заем под 5% годовых. Институт конструкторско-технологической информатики РАН планирует привлечь зарубежных инвесторов.

Сергей Шептунов добавил, что рассчитывает на поддержку государства и в дальнейшем планирует получить госзаказ на устройство. «Многие пациенты приходят во внебюджетное отделение больницы, платят за себя сами. Где то оперируют по квотам, вопрос по разному решается в регионах. Размер квоты усреднен и составляет около 240 тысяч рублей. Но как в дальнейшем будет покрываться робот ассистированная хирургия тарифами ОМС – вопрос сложный», – говорил ранее о перспективах финансирования таких операций из средств ОМС заведующий кафедрой урологии МГМСУ Дмитрий Пушкар.

В 2016 году Российско-китайский инвестиционный фонд и фонд «Сколково» заявляли о намерении инвестировать до \$10 млн в разработку и промышленное производство роботов, но пока этого не сделали. Представитель фонда «Сколково» заявил, что из 400 биомедицинских проектов, которые фонд поддерживает, этот – самый перспективный. «Рыночные перспективы этого проекта – гигантские. Сейчас продается около 500 роботов «Да

Винчи» в год, и если учесть, что ряд патентов на «Да Винчи» истекли в 2015-2016 годах, у многих игроков появится возможность выйти на рынок. И я думаю, через пару лет продажи будут измеряться тысячами, а не сотнями», – сообщил представитель «Сколкова».

Появление более дешевого отечественного робота-хирурга позволит расширить практику использования этой технологии в больницах. Поскольку «Да Винчи» – дорогостоящий аппарат, позволить его себе пока могут далеко не многие российские учреждения. Даже в Москве ежегодно проводится только порядка 400 робот-ассистированных операций.

Робот-хирург «Да Винчи» появился в 80-х годах, когда американское государственное Агентство передовых оборонных исследовательских проектов (DARPA) начало разрабатывать для военных нужд робота, способного оказывать помощь раненым непосредственно на поле боя. По замыслу, врач должен был управлять аппаратом дистанционно, из безопасного укрытия. Военная версия робота не получила применения, однако эти разработки были приобретены и развиты частной компанией Intuitive Surgical.

Разработанный комплекс «Да Винчи» (da Vinci) был одобрен Управлением по продуктам и лекарствам США (FDA) в 2000 году.

РАЗРАБОТАН ПРОЕКТ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ПО БОРЬБЕ С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В РОНЦ им. Блохина представлен проект Национальной стратегии по борьбе с онкологическими заболеваниями на 2018–2030 годы. Этот документ призван определить направления развития онкологической службы в стране. Помимо традиционных деклараций о «повышении доступности и качества оказания медпомощи», в проекте стратегии намечены конкретные шаги к этой цели.

Национальная программа предлагает сфокусироваться в первую очередь на снижении показателей смертности и запущенности при злокачественных новообразованиях у трудоспособного населения по шести локализациям: молочная железа, шейка матки, предстательная железа, ободочная и прямая кишка, кожа, рот и глотка. На эти локализации приходится 54% всех выявляемых случаев злокачественных новообразований.

В проекте программы выделено шесть основных направлений работы: раннее выявление, модернизация материально-технической базы, лекарственное обеспечение, кадровое обеспечение, информатизация и нормативная база. По каждому из этих пунктов разрабатываются свои мероприятия, индикаторы и финансирование.

Для примера: раздел «лекарственное обеспечение» предусматривает создание реестра фармацевтических препаратов, проведение оценки потребности в препаратах и обеспечение противоопухолевыми препаратами (адъюван-

тная и 1-я линия химиотерапии). В частности, в качестве индикатора для последнего мероприятия предлагается «обеспеченность препаратами пациентов, подлежащих/получивших противоопухолевую терапию (адъювантная и 1-я линия химиотерапии), – не менее 90%».

В разделе «модернизация материально-технической базы» помимо покупки и ремонта оборудования, строительства и капремонта также обозначены и более конкретные предложения. Например, обеспечение межрайонных центров оборудованием с учетом табеля оснащения. В обязательном списке оборудования – маммограф с биопсийной приставкой, мобильный маммограф, УЗИ-аппарат (датчики – линейный, конвексный, ректальный), приставка для биопсии простаты, видеокOLONOSКОП с биопсийными щипцами (одна стойка, два колоноскопа), микроскоп для цитологических исследований, дерматоскоп. Второй индикатор – появление линейных ускорителей из расчета один аппарат на 300 тысяч населения. Программа также предусматривает обеспечение/создание лабораторий молекулярно-генетической диагностики опухолей.

Национальная стратегия призвана повысить ответственность региональных органов исполнительной власти за достижение целевых показателей раннего выявления злокачественных новообразований; обеспечить выполнение стандартов и порядков оказания медпомощи по шести

нозологиям в региональных диспансерах и обеспечить единый информационный стандарт по сбору и анализу данных о работе онкослужбы по всей стране.

Как следует из проекта программы, ее финансирование предусмотрено из федерального и региональных бюджетов, однако конкретные суммы пока не определены.

«К сожалению, в нашей стране нет консолидированной и единой позиции по оказанию онкологической помощи больным, которая позволяла бы решить глобальную проблему – запущенность онкологических больных», – отметил главный внештатный онколог Минздрава и директор РОНЦ им. Блохина Михаил Давыдов, выступая на заседании профильной комиссии. – Самый главный и единственный показатель эффективности работы онкологической службы в каждом регионе – это снижение смертности онкологических больных на первом году выявления заболевания». По его словам, национальная стратегия призвана «создать противораковую службу, способную анализировать статистику, контролировать регистр и работу учреждений, проводить анализ, совершенствовать образовательные стандарты для подготовки кадров, модернизировать материально-техническое обеспечение».

Доработанную Национальную стратегию по борьбе с онкологическими заболеваниями специалисты обсудят июне на IX Всероссийском съезде онкологов России.

НОВЫЙ ТЕСТ ПОМОЖЕТ УЗНАТЬ, ПРИЖИВАЕТСЯ ЛИ ТРАНСПЛАНТАТ

В США каждый год проходит около 30 тысяч операций по пересадке органов. 20-50% таких операций в течение пяти лет «проваливаются» – и во многих случаях это происходит потому, что иммунная система человека не идентифицирует донорский орган как свой. В результате происходит отторжение трансплантата. Исследователи из Школы медицины Перельмана Университета Пенсильвании (Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania) открыли способ, который поможет увидеть, идет ли в организме процесс отторжения или нет. У новой методики есть два основных преимущества – во-первых, с ее помощью можно обнаружить, что процесс уже идет, на более ранних сроках, во-вторых – она не так болезненна, как биопсия, для анализа достаточно образца крови.

Если дальнейшие исследования подтвердят эффективность нового метода, то люди, перенесшие операцию по пересадке органа, будут чувствовать себя лучше, а их новые органы будут работать дольше. Новый биомаркер даст врачам возможность лучше контролировать состояние пациентов и вовремя реагировать на начавшееся отторжение. Ведущий автор исследования Прашант Валлабайосюла (Prashanth Vallabhajosyula) пояснил, что такой биомаркер, который будет

активен все время, начиная от пересадки органа и далее, сейчас критически необходим. Кроме того, если биомаркер будет корректно отражать состояние пациента, то, возможно, в некоторых случаях, когда нет активного отторжения, потребуется назначать меньшие дозы иммуносупрессивных препаратов. В свою очередь, это поможет избежать побочных эффектов таких лекарств, среди которых в том числе называют рак, повышение кровяного давления, повреждение почек.

Новый метод заключается в анализе концентрации и состава экзосом. Многие клетки выделяют небольшие капсулы, которые содержат протеины и другие молекулы материнских клеток. Такие капсулы называют экзосомами. Ученые не имеют точной информации, зачем они нужны, но известно, что они могут влиять на клетки, находящиеся вокруг. На поверхности экзосом есть протеиновые маркеры – антигены МНС (главного комплекса гистосовместимости). По этим антигенам иммунная система отличает «свои» клетки от «чужих». Антигены МНС донора и реципиента отличаются, и именно на этом основана методика – чем меньше донорских экзосом содержится в крови реципиента, тем больше вероятность, что процесс отторжения находится в активной фазе.

Ученые в лабораторных условиях пересадили мышам группы клеток человеческой поджелудочной железы. Специалисты смогли определить и подсчитать человеческие экзосомы в крови животных, и когда в ходе опыта они спровоцировали отторжение донорских клеток, количество соответствующих экзосом резко упало. Исследования на людях также прошли успешно – научные сотрудники провели анализ образцов плазмы крови пяти людей, перенесших трансплантацию, и нашли в этих образцах донорские экзосомы. Мало того, обнаружив резкое уменьшение количества экзосом в крови одного из пациентов, ученые заявили о том, что организм не принимает новый орган, за шесть с половиной месяцев до отказа последнего.

Дальнейшая работа показала, что экзосомы содержат инсулин и другие гормоны, и этот «груз» менялся во время отторжения пересаженного органа. Исследователи заявили, что, возможно, эти изменения могут быть показателем того, какой именно ущерб был нанесен организму. Кроме пересаженных клеток поджелудочной железы, ученые также протестировали новый тест при пересадке почки, и экзосомы при этом были обнаружены не только в крови, но и в моче.

