



В НОМЕРЕ

Пришло время
двигаться дальше
(интервью с главным педиатром
Новосибирской области
Т.Ю. Анохиной)

Стр. 3

Отказ от пациента.
Строго по правилам

Стр. 6

Медицинские новости

Стр. 8

ИНИЦИАТИВЫ ПРАВИТЕЛЬСТВО РЕГИОНА В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ ПОЛУЧИЛИ ВЫСОКУЮ ОЦЕНКУ



Губернатору Новосибирской области Владимиру Городецкому вручено благодарственное письмо «Лиги здоровья нации», возглавляемой директором научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А.Н. Бакулева, академиком РАН Лео Бокерией, за успехи региона в сфере охраны здоровья населения.

19-21 апреля 2017 года в Москве состоялся XI Всероссийский форум «Здоровье нации – основа процветания России». В нем приняли участие около 100 делегатов из 23 регионов.

В этом году главной темой форума «Здоровье нации – основа процветания России» стала «Межведомственная Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний». Программа форума включала в

себя тематические конференции и круглые столы, междисциплинарные дискуссии, мастер-классы, кураторские экспозиции, презентации успешных проектов, выставку технологий, продуктов и услуг. Участники форума обсудили условия формирования инфраструктуры здоровьесберегающего и здоровьесохраняющего пространства, позволяющего вести здоровый образ жизни, реализовать принцип равных возможностей в отношении здоровья, а также комплексные межведомственные и многосторонние решения по формированию данной среды.

На выставке, проходившей в рамках форума, был размещен стенд Новосибирской области. Министр здравоохранения региона Олег Ивановский представил его сопредседателям

оргкомитета форума Министру здравоохранения РФ Веронике Скворцовой и президенту «Лиги здоровья нации» Лео Бокерия.

В рамках форума проводился Всероссийский открытый конкурс «Здоровье нации» по 15 номинациям. В номинации «Здоровье нации и развитие территории» победителем признана экспозиция Новосибирской области, подготовленная Региональным центром медицинской профилактики.

По итогам форума общероссийская общественная организация «Лига здоровья нации» направила Губернатору Новосибирской области Владимиру Городецкому благодарственное письмо за вклад в реализацию программ Лиги и поддержку мероприятий Форума.

ЗАКОНОПРОЕКТ О ТЕЛЕМЕДИЦИНЕ ВНЕСЕН В ГОСДУМУ

Законопроект Минздрава о телемедицине, фактически разрешающий врачам оказывать медуслуги дистанционно, внесен в Госдуму. Об этом сообщила замминистра здравоохранения Татьяна Яковлева.

«Сегодня уже поступил в Государственную

думу закон об информационных технологиях, где будет узаконена телемедицина, ответственность обеих сторон, кто будет подписываться за консультации и так далее. Законодательный акт будет готов и, мы надеемся, в эту сессию будет принят», – заявила она.

По ее словам, тарифы на телемедицинские консультации врачей уже включены в полисы ОМС.

Речь идет о новой версии минздравовского законопроекта, согласованного с Правительством в январе текущего года.

ПРОШЛА ВСТРЕЧА СЕКРЕТАРЕЙ ПЕРВИЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ НОАВ С ЧЛЕНАМИ ПРАВЛЕНИЯ

26 апреля прошла встреча Правления НОАВ с секретарями первичных организаций. Присутствовало около 30 секретарей первичных организаций из медицинских организаций Новосибирска. Кроме того, со всеми центральными районными больницами была организована видеоселекторная связь.

Большой интерес вызвало выступление проректора НГМУ Елены Геннадьевны Кондюриной, которая рассказала об аккредитации врачей и переходе на непрерывное медицинское образование. Елена Геннадьевна отметила, что сегодня еще есть ряд нерешенных вопросов, в частности, не до конца прописана нормативная база в части периодической аккредитации. Не совсем понятно, как и кто будет проводить аккредитацию семинаров и конференций, участие в которых будет засчитываться в портфолио.

Она подробно рассказала о работе образовательного портала министерства здравоохранения РФ и образовательного портала НГМУ, показала, какие образовательные циклы сегодня можно пройти на базе НГМУ.

Второе сообщение касалось реализации проекта Ассоциации врачей по страхованию профессиональной ответственности. Сегодня через НОАВ застраховано 3446 медицинских работников 72 медицинских организаций. Председатель НОАВ Сергей Борисович Дорофеев напомнил, что одна из целей этого проекта – внедрение в практику досудебного регулирования разрешения конфликтов между медицинской организацией и пациентом.

Далее Председатель НОАВ остановился на подготовке к конференции НОАВ, которая состоит-



ся 15 июня. Он напомнил, что в этом году Ассоциация врачей отмечает свое 25-летие и призвал всех принять активное участие в подготовке к юбилею.

ПРАВЛЕНИЕ НОАВ ПРЕДЛАГАЕТ ОБСУДИТЬ ПРАВОВЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, А ТАКЖЕ ВОПРОСЫ АККРЕДИТАЦИИ И НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

11 мая прошло заседание рабочей группы по подготовке 25-летнего юбилея НОАВ. Было решено, в рамках празднования 25-летия Новосибирской областной ассоциации врачей провести 14 июня научно-практическую конференцию «Правовые проблемы здравоохранения» и круглый стол

«Аккредитация и непрерывное медицинское образование. Вопросы, ответы, поиски путей решения».

Мероприятия рассчитаны на широкий круг участников: юристов, руководителей здравоохранения, практических врачей.

Правление НОАВ обращается ко всем, кому интересны заявленные темы мероприятий, высылать вопросы для обсуждения и предложения по их проведению на электронный адрес: noav@ngs.ru

В НГМУ ПРОШЛА ОЧЕРЕДНАЯ ЯРМАРКА ВАКАНСИЙ

11 мая в НГМУ прошло очередная ярмарка вакансий. Университет регулярно проводит подобные мероприятия. С одной стороны, они помогают повысить укомплектованность врачами и средним медицинским персоналом лечебно-профилактические учреждения Новосибирска и области, с другой стороны, дают возможность студентам выпускных курсов лучше познакомиться с условиями работы в конкретной больнице или поликлинике.

По словам ректора НГМУ Игоря Олеговича Маринкина, 80-85% выпускников находят работу в лечебно-профилактических учреждениях Новосибирской области. «А хотелось бы, чтобы эта цифра составляла 90-95%. И ярмарка вакансий проводится, в том числе, и для решения этой задачи», – добавил он.

Участие в ярмарке принимали министр здравоохранения Новосибирской области О.И. Иванинский, замминистра А.В. Лиханов, председатель Правления Новосибирской областной ассоциации врачей С.Б. Дорофеев.

Представители областного министерства здравоохранения напомнили завтрашним врачам, что для молодых специалистов предусмотрены особые социальные и финансовые преференции. В частности, в большинстве районов области, им предоставляется служебное жилье, выплачиваются так называемые «подъемные».

Председатель НОАВ Сергей Борисович Дорофеев напомнил, что с этого года все выпускники медицинских вузов проходят первичную аккредитацию, получая допуск в профессию. «На практике реализуется формула: вуз учит, врачебное сообщество –



оценивает. Такой принцип действует в большинстве стран мира с развитой системой здравоохранения. И влияние профессионального сообщества год от года будет только возрастать. Поэтому я приглашаю вас вступать в нашу Ассоциацию», – добавил Сергей Борисович.

Главные врачи центральных районных больниц и амбулаторно-поликлинических учреждений Новосибирска рассказали о своих медицинских организациях, условиях работы, мерах социальной поддержки, предусмотренной для молодых специ-

алистов.

Мероприятие посетили более 700 студентов выпускных курсов медуниверситета, клинических интернов и ординаторов, специалистов со средним медицинским и фармацевтическим образованием, врачей и среднего медперсонала, руководителей учреждений здравоохранения города и области.

Задать вопросы потенциальным работодателям желающие трудоустроиться смогли после общего собрания. Некоторые уже сейчас заключили предварительные соглашения о трудоустройстве.



На всероссийском конгрессе педиатров, который прошел в Москве в феврале 2017 года, было отмечено, что в стране достигнуты хорошие показатели по снижению младенческой и детской смертности. Пришло время двигаться дальше – не просто сохранить жизнь ребенка, а максимально адаптировать его к жизни. Сделать это возможно, развивая раннюю реабилитацию. О том, как это будет происходить в Новосибирской области, рассказывает к.м.н., главный педиатр министерства здравоохранения Новосибирской области Татьяна Юрьевна Анохина.

- Если посмотреть структуру детской инвалидности у нас в области, то на первом месте (а это треть) стоят психические заболевания. Конечно, здесь прерогатива в работе остается за психиатрами. На втором месте – дети с болезнями нервной системы. И в этой группе надо максимально рано начинать проводить реабилитационные мероприятия, направленные на развитие двигательной активности, правильное формирование опорно-двигательного аппарата, развитие мелкой моторики, мышления и т.д.

- Но для этого нужна база.

- Конечно. В Новосибирске возможности для реабилитации таких детей были давно. В структуре детской больницы скорой медицинской помощи есть неврологическое отделение с круглосуточными реабилитационными центрами, есть большое амбулаторное отделение, где также занимаются реабилитацией. Хуже с районами области. Буквально четыре года назад было открыто детское реабилитационное отделение на базе Новосибирской районной больницы № 1. Там прекрасные условия, но это всего 15 коек. Для районов этого, конечно,

Слово главному специалисту: ПРИШЛО ВРЕМЯ ДВИГАТЬСЯ ДАЛЬШЕ

недостаточно. У них очередь на несколько месяцев вперед расписана. Но у нас есть великолепная база в Домах ребенка. Они обеспечены всем необходимым для проведения ранней реабилитации. Там различные сенсорные комнаты, тренажеры и т.д. Раньше Дома ребенка были переполнены. И в каждом было по 1-2 группы детей с нервными заболеваниями. Для них, в первую очередь, эта база и создавалась. Кроме того, она использовалась и для остальных ребятшек. Когда на 10-12 детей приходится один воспитатель, то он не в состоянии уделять достаточно внимания для полноценного интеллектуального, психологического развития каждого ребенка.

Сегодня, к счастью, детей очень быстро берут в приемные семьи, усыновляют. Сложилась ситуация, что детей в Домах ребенка стало гораздо меньше того, на что они были рассчитаны. Министерство здравоохранения Новосибирской области приняло решение использовать их базу для ранней реабилитации. У них и специалисты уже есть: логопеды, психологи, врачи-неврологи, педиатры, медицинские сестры. И они были обучены именно по вопросам реабилитации. Сегодня в трех Домах ребенка – двух в Новосибирске и одном в Куйбышеве – открыты круглосуточные реабилитационные койки для совместного пребывания детей с мамами. Еще в одном Доме ребенка – в Черепаново – такую реабилитацию можно проходить амбулаторно. Поэтому доступность для реабилитации детей раннего возраста в районах области повысилась значительно.

- Наша область вошла в пилотный проект «ИВЛ на дому». Расскажите о нем.

- Действительно, наша область одна из пяти вошла в пилотный проект министерства здравоохранения РФ «ИВЛ на дому». Почему мы? Видимо, так в Москве оценили наши усилия по развитию детской паллиативной помощи. Этот пилотный проект тоже относится к этому направлению.

Надо сказать, что такое понятие, как паллиативная помощь, лет десять назад вообще активно не звучало в медицинских кругах, тем более в отношении детей. Хотя актуальность в этом виде помощи на самом деле большая. И сегодня это направление становится одним из приоритетных. К сожалению, при ряде заболеваний мы не можем вылечить пациента. Но показания для паллиативной помощи у взрослых и детей различаются. У взрослых пациентов это, как правило, запущенные онкологические заболевания. У детей это либо грубые органические поражения центральной нервной системы, вызванные разными причинами, либо генетические заболевания. К сожалению, большинство генетических синдромов не лечатся, они только прогрессируют. И все, что мы можем сделать, это поставить правильный диагноз, определить прогноз и рассказать об этом маме. Так было

до недавнего времени. Но чтобы не оставлять родителей один на один с их бедой, когда они смотрят, как их ребенок уходит, а это может длиться и месяцы, и годы, у нас на базе Новосибирской районной больницы № 1 было открыто детское паллиативное отделение. Одно из немногих в России вообще.

И задача этого отделения – не облегчить ребенку уход из жизни, хотя при этих заболеваниях и эта цель есть, а максимально научить маму ухаживать за ребенком, потому что при каждом заболевании есть свои нюансы ухода, кормления и т.д. Еще одна задача – максимально обеспечить психологическую поддержку всем взрослым членам семьи.

Когда ребенок находится дома, это отделение обеспечивает курацию детей на дому. Есть выездная служба. Общеизвестно, что в детской паллиативной помощи выездной службе отводится ведущая роль. Ребенок находится дома, приезжают к ним врач, медсестра, психолог. Смотрят, оценивают, разговаривают с мамой. При необходимости проводят коррекцию лечения, кормления или ухода.

И при органическом поражении центральной нервной системы, и при генетических синдромах бывают такие состояния, когда ребенок не может сам дышать. Такие дети вынуждены были находиться в реанимации. Они были оторваны от семьи, постоянно контаминировали с больничной микрофлорой. Лечебное учреждение тоже, если можно так сказать, страдало, поскольку такой ребенок занимал дорогостоящую реанимационную койку. Хотя такому ребенку нужен только аппарат ИВЛ. В рамках пилотного проекта наша область получит аппараты для проведения ИВЛ на дому. И такие дети будут находиться дома.

В отделениях реанимации стоят большие функциональные аппараты, которые могут обеспечить любой режим дыхания. Дома в них необходимости нет. Эти аппараты более простые, более легкие, там меньше функций. Но есть самая главная функция – помочь ребенку дышать.

Врач реаниматолог переводит ребенка со стационарного аппарата на тот, на котором он будет находиться дома, обучает маму, что надо делать, как следить за этой аппаратурой. Если ребенок живет в Новосибирске или ближайшем районе, то его сразу после этого перевозят домой. Если он из района, то его вначале переводят в ЦРБ, предварительно обучив там реаниматолога. Если в Новосибирске такого ребенка будет курировать выездная бригада паллиативной службы, то в районах области помощь будут оказывать врачи ЦРБ.

- Сколько таких аппаратов поступит?

- Девять. Но один из них резервный на случай поломки.

Марина Есикова

УЧАСТКОВЫМ ВРАЧАМ-ПЕДИАТРАМ УТВЕРДИЛИ НОВЫЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ

Приказом Минтруда России от 27.03.2017 г. №306н утвержден новый профессиональный стандарт «Врач-педиатр участковый». Ранее действовавший профстандарт для данной профессии признан утратившим силу.

Согласно новому стандарту, основной функцией данных специалистов является врачебная практика в области педиатрии, сохранение и укрепление

здоровья детей.

Стандартом предусмотрено выполнение участковыми педиатрами функций по оказанию медицинской помощи детям в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника.

Стандартом установлены требования к образова-

нию и опыту работы, необходимые специалисту для выполнения каждой из функций.

Профессиональный стандарт разрабатывался под руководством Союза педиатров России.

Ранее был утвержден аналогичный профстандарт для участковых врачей-терапевтов.

История медицины ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ НОВОСИБИРСКОГО КАРДИОДИСПАНСЕРА ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Юрий Олегович Абрамов, к.м.н, доцент, новосибирский хирург высшей категории, автор более 70-ти научных трудов, вспоминает о том, как в Новосибирске создавался кардиодиспансер и какие события этому предшествовали, а также уникальных операциях, выполняемых профессором Мышем.

18 мая 1957 года правительством СССР было принято решение о создании Сибирского отделения Академии наук СССР. Его председателем стал М. А. Лаврентьев. Так появился в Новосибирске Академгородок, где процветала наука различных направлений, в том числе и медицинская наука, в частности, возник кардиологический институт, возглавляемый Е. Н. Мешалкиным.

Непрерывный поток больных с патологией сердца не прекращается по сей день, поэтому имя Мешалкина можно услышать из уст любого новосибирца. Эта веха хирургии не забыта и не будет забыта в будущем.

В 1953 году в Новосибирском медицинском институте был избран на должность заведующего кафедрой госпитальной хирургии Иосиф Лаврентьевич Брегадзе. Это был крупный учёный и хирург широкого профиля. Его интересы затрагивали многие аспекты хирургии, в том числе, и заболевания сердца.

Изучая историю кардиохирургии, он обнаружил, что в 1901 году Бек опубликовал свои наблюдения, заключающиеся в том, что люди, перенесшие гнойный перикардит, никогда не болеют инфарктом миокарда. Он присутствовал на вскрытиях больных, перенесших перикардит, но умерших от другой патологии, и проживших много лет после перенесённого перикардита. При вскрытии обнаружилось, что в перикарде остались признаки воспалительного процесса. Бек решил, что воспалительный процесс в перикарде и создавал дополнительный кровоток в сердечной мышце, и поэтому не возникал инфаркт миокарда. Тогда зародилась мысль о создании искусственного воспаления в перикарде для дополнительного питания сердечной мышцы.

В 1935 году Бек осуществил скарификацию перикарда и эпикарда для создания искусственного перикардита и развития экстракардиальных анастомозов, а Томпсон предложил распылять тальк в полость перикарда.

В том же году Бек, Хадсон и Томпсон использовали насечки на перикарде, его скарификацию и введение талька в полость перикарда для создания искусственного перикардита и опосредованного улучшения кровообращения в сердечной мышце.

Однако, дело заканчивалось образованием слипчивого перикардита, и применение талька было оставлено. Позднее обнаружилось, что

тальк не создаёт воспалительной реакции, но может поддерживать уже имеющееся воспаление до 22 лет.

У И. Л. Брегадзе зародилась мысль о продлении попыток в создании воспаления в перикарде, и он поручил заняться этим вопросом своего доцента Георгия Дмитриевича Мыша. Для начала нужно было решить, какими средствами можно создать асептическое воспаление, и после длительных поисков Мыш остановился на 10% растворе трихлоруксусной кислоты.

Этот раствор не обладает большой агрессивностью, способен создать слабый ожог тканей и получить желаемое асептическое воспаление. Для поддержания этого воспаления решили применять тальк. Но это не тот тальк, которым гимнасты обрабатывают руки перед выступлением для предотвращения скольжения, а применялся «благородный кристаллический тальк», как его называли геологи. Он представлял собой плотный комок и его разбивали слабыми ударами молотка на мелкие кристаллики, размером 3 – 5 миллиметров. На вид эти кристаллики напоминали слюду. Вот этот тальк и применяли для поддержания воспалительного процесса.

Затем начались экспериментальные исследования. Они проводились на собаках. Вскрывалась грудная полость собаки, вскрывался перикард, перевязывалась коронарная артерия, грудная клетка зашивалась. Через некоторое время собака погибала от инфаркта миокарда, а затем производилось наполнение сосудов сердца контрастным веществом, а на рентгеновском снимке было видно, как контраст подошёл к перевязанному участку сосуда и большой участок сердечной мышцы полностью лишён питания. То есть, создавалась модель инфаркта миокарда.

Следующий этап эксперимента заключался в том, что после перевязки венечной артерии перикард ушивался наглухо, а его поверхность обрабатывалась 10% раствором трихлоруксусной кислоты и присыпался кристаллическим тальком. Грудная клетка зашивалась, и за собакой устанавливалось наблюдение. Наблюдения показали, что собака оставалась живой долгое время.

Но на различных этапах времени собак усыпляли и производили наливку сердечных сосудов контрастным веществом. На рентгенограммах было видно, как контрастное вещество подошло к месту перевязки сосуда, а ранее полностью ишемизированный участок сердечной мышцы насыщен кровеносными сосудами.

Был сделан вывод, что создание асептического экзоперикардита осуществляет питание сердечной мышцы, и это может стать профилактикой инфаркта миокарда.

Однако, возник вопрос, что это за сосуды?

Откуда они появились? Проросли новые или открылись старые облитерированные сосуды миокарда? Ответить на это вопрос было поручено хирургу В. Н. Воробьёву, который, после длительных исследований, пришёл к выводу, что это открылись старые облитерированные сосуды миокарда.

Рассуждали так: раз результат возникает сразу после операции, то на прорастание новых сосудов просто не было времени, а сразу могли открыться только имеющиеся, но ранее облитерированные сосуды, т.е. происходила реваскуляризация.

На этом был закончен экспериментальный раздел, и пришла пора переходить в клинику. Однако, прежде, чем перенести это на человека, необходимо было разработать доступ к перикарду. Это Мыш разрабатывал на кадаверах в морге, и вскоре доступ был разработан. Операция технически проста: делается разрез кожи по ходу 5 ребра слева длиной 5 – 6 см, производится резекция хрящевого отдела ребра у края грудины, рассекается оставленная часть заднего отдела надкостницы и пальцем производится отслойка перикарда от грудины на расстояние пальца.

Получается, что обнажается около одного квадратного дециметра передней стенки перикарда. Затем смоченным в 10% растворе трихлоруксусной кислоты марлевым шариком на зажиме обрабатывается обнажённая часть перикарда, который тут же меняет свой цвет (признак ожога), туда же помещается кристаллический тальк (рассыпается по всей площади перикарда), и рана зашивается наглухо. Во время операции наблюдались два осложнения – повреждение внутренней грудной артерии (производилась ее перевязка и это было дополнением операцией ФИЕСКИ) и редко случайное вскрытие плевральной полости. Но каких-либо последствий в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Первые операции проводились на базе 2-ой клинической больницы (Чкаловской), где в то время работал доцент Мыш. Прооперировав 10 человек с диагнозом «Прединфарктное состояние» и получив положительные результаты, Г.Д.Мыш закончил работу над докторской диссертацией под заголовком – «Операция создание асептического экзоперикардита, как профилактика инфаркта миокарда».

Итак, работа была закончена, и предстояла её защита. Защищаться было решено в Воронежском медицинском институте, где заведующим кафедрой госпитальной хирургии был профессор В. П. Радушкевич, кардиохирург. Ранее он работал в Новосибирском медицинском институте под руководством академика В.М. Мыша и получал от него множество нареканий, что и послужило поводом ухода В. П. Радушкевича с кафедры.

Он был кровно обижен В. М. Мышом и считал все его нарекания необоснованными. Когда же он узнал, что в Воронежский медицинский

институт приезжает внук академика В. М. Мыша, то решил «отомстить» за своё прошлое.

И вот идёт защита диссертации. На трибуне Г. Д. Мыш излагает сущность своей диссертации, положительно выступают оба оппонента, и слово берёт профессор В. П. Радужкевич, который заканчивает своё выступление словами: «... боже меня упаси, чтобы я делал подобную операцию у себя в клинике...». И учёный совет Воронежского медицинского института проголосовал против Г. Д. Мыша защищал свою диссертацию через год в ВАКе в Москве и вернулся в Новосибирск доктором медицинских наук. Это было в 1967 году.

После нескольких удачно проведённых операций появились статьи в газетах и большая публикация в одном из крупных журналов («Советский Союз»), где на фотографии профессор Мыш стоит в обнимку с двумя оперированными пациентами.

Эти публикации дали толчок к тому, что появилась масса желающих попасть на операцию к профессору Мышу. Его просто забросали письмами с просьбой госпитализировать и провести операцию.

Он сидел в своём кабинете, а перед ним была целая гора писем. В это время профессор Мыш уже был заведующим кафедрой факультетской хирургии лечебного факультета Новосибирского медицинского института, которая базировалась в хирургическом отделении городской клинической больницы № 1 (корпус № 2, клиника именовалась «имени академика В. М. Мыша»), но возможности госпитализации были очень ограничены.

Тогда, после переговоров с главным врачом И. Е. Брайловским, было решено использовать две четырехместные палаты для больных с сердечной патологией, которые госпитализировались для операции.

Разбором писем и составлением очереди уже занималась старший лаборант кафедры Л. Молчанова. Организация было хорошо отработана – как только выписывался больной после операции, тут же госпитализировался следующий очередной больной.

Больные приезжали почти из всех крупных городов СССР (Киев, Минск, Фрунзе, Краснодар, Владивосток и т.д.). Были несколько больных из Болгарии и Чехословакии. В общем, шёл непрерывный поток больных, и почти ежедневно Мыш оперировал одного-двух больных. Вскоре в операционном журнале накопилось более 200 оперированных больных с различными результатами. Хорошим считался результат, когда у больного исчезали загрудинные боли, уменьшалась одышка, больной переставал принимать нитроглицерин и общее самочувствие изменялось в сторону улучшения.

Удовлетворительным – когда у больного иногда появлялись загрудинные боли, снижалось число принимаемых таблеток нитроглицерина, но оставалась одышка при легкой физической нагрузке и даже в покое. Неудовлетвори-

тельным – когда операция просто не приносила никакого улучшения.

По данным известного в Новосибирске кардиохирурга доктора медицинских наук, профессора И. Ю. Бравве, хорошие и удовлетворительные результаты после операции «создание асептического перикардита» составляли только 30%.

Дело в том, что Мыш брал на операцию не только больных с прединфарктным состоянием, но и больных, перенесших инфаркт миокарда. Один из больных перенес четыре инфаркта и после операции скончался на третий день, а на вскрытии обнаружилось, что как такового миокарда у него уже не было, были сплошные рубцы.

Сотрудники кафедры (Ю. О. Абрамов, В. И. Лядыгин, К. В. Вардосанидзе) рекомендовали тщательно подбирать больных для операции, но Мыш игнорировал эти рекомендации и считал, что ишемизированные участки сердечной мышцы должны были васкуляризоваться после операции, хотя ему доказывали, что «рубцы не васкуляризируются».

Вскоре «слухи» об операции Мыша докатились до Москвы, и его вызвали для собеседования в министерство здравоохранения, куда были приглашены главный кардиохирург и главный кардиолог СССР.

Вернулся Мыш из Москвы в плохом настроении, так как московские коллеги никак не могли понять, «в чем тут суть, и почему помогает эта операция» и вопрос стоял о запрете операции. Главные специалисты (главный кардиохирург и кардиолог страны) приезжали в Новосибирск, и с утра до позднего вечера в кабинете профессора шли долгие дебаты.

Через пару дней они уехали, но в результате их посещения из Москвы пришло разрешение на операцию с условием, что больные будут проходить до- и послеоперационное обследование в кардиоцентре Новосибирска.

Уже с результатами лечения четырехсот больных профессора Мыша вновь вызвали в Москву.

Вернувшись, он рассказывал: «Иду по министерству, вдруг меня останавливает какой-то мужчина и представляется начальником Госплана СССР, и начинает рассказывать о своем плохом самочувствии, что он проживает на пятом этаже, при подъеме по лестнице возникает одышка и заставляет его останавливаться на каждой площадке этажа, что он не может ходить пешком на работу и делать пробежки, которые делал раньше, что у него появляются загрудинные боли, которые он снимает нитроглицерином и т.д. А в Москве ничем помочь ему не могут. Так нельзя ли приехать в Новосибирск на операцию, о которой он уже слышал не раз от подобного рода больных... Уж от кого и где он это услышал – я не знаю, но я дал согласие на его приезд и операцию».

И вот в отделении появился высокий, стройный, симпатичный мужчина. Его уложили в подготовленном для него кабинете заведующе-

го отделением и, спустя пару дней, профессор Мыш взял его на операцию. Операция прошла успешно, послеоперационный период прошёл без осложнений, и больной, распрощавшись с коллективом отделения, уехал в Москву.

И вот Г. Д. Мыша вновь вызывают в Москву для отчёта о результатах оперативного лечения уже шестисот больных.

Впоследствии Мыш рассказывал: «Только я выхожу из самолёта, как подкатывает «Волга», из неё выходит наш известный московский больной с букетом цветов и бутылкой коньяка, кидается мне в объятия, и рассказывает, что после операции он почти бегом забегает по лестнице на пятый этаж, не чувствует никакой одышки, полностью исчезли загрудинные боли, перестал принимать нитроглицерин, ходит на работу пешком и делает утренние пробежки, и начал меня благодарить, спросив напоследок: «Что вам нужно для счастья?» и сам же ответил: «Я выделил вам семь миллионов рублей и думаю, что этого должно хватить на постройку здания, приобретение соответствующей аппаратуры и инструментария, подбора персонала и т.д.».

«У меня в зобу дыхание спёрло от такого предложения, я не знал, что ответить и только благодарил нашего благодетеля», – рассказывал позднее Г. Д. Мыш.

Так появился в Новосибирске известный всем жителям кардиодиспансер, расположенный на территории городской клинической больницы № 1, а его фасад украшает барельеф Георгия Дмитриевича Мыша.

Все вышеизложенное происходило в конце восьмидесятых и начале девяностых годов. С тех пор прошло много времени, и эта веха хирургии уже давно забыта. Операцию создания асептического экзоперикардита впоследствии ещё проводили только на базах больницы № 34 (Г. Каньшин) и Дорожной клинической больницы (Ю. Абрамов).

В настоящее время эта операция ушла в архив, хотя и оставила значительную веху в хирургии Сибири. Новые открытия, новые технологии, новые возможности пришли на смену старым методикам, и теперь операция по созданию асептического экзоперикардита далеко в прошлом, но когда врачи старого поколения вспоминают о ней, то на первом месте стоит слово «тальк».

Роль и значение «благородного кристаллического талька» так до конца и не выявлена. Многие специалисты так и не поняли сущности этой операции до конца, да и надобности в этой операции уже, вероятно, нет. Потому и забыта эта крупная веха отечественной сибирской хирургии.

P.S. Редакция «Новосибирской врачебной газеты» выражает благодарность portalу «Сибмеда» за предоставленный материал.

ОТКАЗ ОТ ПАЦИЕНТА: СТРОГО ПО ПРАВИЛАМ

Может ли медицинский работник отказаться от пациента? Ведь случаи, когда больные не соблюдают лечебно-охранительный режим, игнорируют рекомендации врача и ведут себя агрессивно – не редкость. Найти ответ на этот непростой вопрос помогает советник специализированной юридической компании «Росмедконсалтинг», практикующий адвокат по медицинским делам, магистр медицинского права Алексей Горянов.

- Так все-таки: может врач отказаться от пациента или нет?

- Может. Другое дело, что тут много нюансов, в которых далеко не каждый способен разобраться. Хотя законодательством РФ и правоприменительной практикой этот вопрос уже давно разрешен. В соответствии с 7 статьей Конституции Российская Федерация – социальное государство, охраняющее здоровье людей. Статья 41 Конституции РФ указывает, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Очень важно, что в нашей стране с точки зрения закона здоровье человека признается высшим неотчуждаемым благом, без которого утрачивают значение многие другие блага и ценности. Такое понимание здоровья является официальной позицией высшей судебной инстанции – Конституционного суда РФ. Который указывает, что, провозглашая право на охрану здоровья и медицинскую помощь одним из основных конституционных прав, государство обязано осуществлять комплекс мер по сохранению и укреплению здоровья населения, в том числе посредством развития государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, установления правовых гарантий получения каждым необходимой медико-социальной помощи.

Эта позиция нашли отражение в ставшем уже хрестоматийным определении Конституционного суда от 6 июня 2002 года №115-0 «Об отказе в принятии к рассмотрению жалобы гражданки Мартыновой Е.З.». Женщина жаловалась, что ей необоснованно было отказано медицинской организацией в продолжении лечения и требовала возмещения причиненных убытков. В определении по жалобе Мартыновой КС указал на недопустимость отказа в медицинской помощи и возможность компенсации убытков. При этом важно, что при полном возмещении убытков учитываются расходы, которые лицо, чье право нарушено, произвело или должно будет произвести для восстановления нарушенного права. В указанном определении Конституционный суд разъясняет, что отказ в медицинской помощи не согласуется также с существом медицинской профессиональной деятельности, врачебным долгом, морально-этическими и юридическими нормами, определяющими обязанности врача во взаимоотношениях с больными и права пациентов.

- То есть получается, что «государственный» врач не имеет права отказаться от пациента?

- Спустя почти 9 лет после появления данного определения КС был принят Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Согласно п. 7 ст. 4 этого закона одним из основных принципов охраны здоровья является «недопустимость отказа в оказании медицинской помощи». Недопустимости отказа в оказании помощи посвящена статья 11, в соответствии с которой:

1. Отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и взимание платы за ее оказание медицинской организацией, участвующей в реализации этой программы, и медицинскими работниками такой медицинской организации не допускаются.

2. Медицинская помощь в экстренной форме оказывается медицинской организацией и медицинским работником гражданину безотлагательно и бесплатно. Отказ в ее оказании не допускается.

3. За нарушение предусмотренных частями 1 и 2 настоящей статьи требований медицинские организации и медицинские работники несут ответственность в соответствии с законодательством РФ».

Таким образом, медицинская организация, которая участвует в системе ОМС, не имеет права отказать пациенту в медицинской помощи. И это так называемое императивное (не подлежащее изменению) требова-

ние закона. Причина данного обязательного требования заключается в том, что программа госгарантий является механизмом реализации заложенной в Конституции РФ гарантии охраны здоровья и бесплатной медицинской помощи. Допущение возможности отказа пациенту в оказании медицинской помощи по программе государственных гарантий противоречило бы конституционным правам граждан на охрану здоровья и бесплатную медицинскую помощь.

-Участников в этом смысле свободы больше?

- Медицинские организации, которые предоставляют платные медицинские услуги, также не могут отказать в помощи пациенту, поскольку они заключают публичный договор (п. п. 1, 3 ст. 426 ГК РФ). И эта позиция также нашла отражение в вышеупомянутом определении КС по жалобе Мартыновой Е.З. Как указал Конституционный суд, возмездное оказание медицинских услуг представляет собой реализацию гарантируемой в РФ свободы экономической деятельности, права каждого на свободное использование своих способностей и имущества для предпринимательской и иной не запрещенной законом экономической деятельности (ст. 8, ч. 1; ст. 34, ч. 1, Конституции РФ) и производится медицинскими учреждениями в рамках соответствующих договоров. К таким договорам, как следует из п. 2 ст. 779 ГК РФ, применяются правила главы 39 «Возмездное оказание услуг» Гражданского кодекса РФ. В свою очередь деятельность по оказанию платной медицинской помощи российское законодательство относит к предпринимательской деятельности, осуществляемой под публичным контролем. Договор о предоставлении платных медицинских услуг (медицинского обслуживания) согласно п. 1 ст. 426 ГК РФ признается публичным, то есть соглашением, заключаемым коммерческой организацией и устанавливающим ее обязанности по оказанию услуг, которые такая организация по характеру своей деятельности должна осуществлять в отношении каждого, кто к ней обратится. При этом коммерческая организация не вправе оказывать предпочтение одному лицу перед другим в отношении заключения публичного договора, кроме случаев, предусмотренных законом и иными правовыми актами. Отказ организации от заключения публичного договора при наличии возможности предоставить потребителю соответствующие услуги не допускается, и при уклонении от заключения публичного договора другая сторона вправе обратиться в суд с требованием о понуждении заключить договор и о возмещении убытков, причиненных необоснованным отказом от его заключения (п. 3 ст. 426 и п. 4 ст. 445 ГК РФ). Обязательность заключения публичного договора, каковым является договор о предоставлении платных медицинских услуг, при наличии возможности предоставить соответствующие услуги означает и недопустимость одностороннего отказа исполнителя от исполнения обязательств по договору, если у него имеется возможность исполнить свои обязательства (предоставить лицу соответствующие услуги), поскольку в противном случае требование закона об обязательном заключении договора лишалось бы какого бы то ни было смысла и правового значения.

Очень важный тезис Конституционного суда в определении от 6 июня 2002 года – указание на то, что такое ограничение свободы договора для одной стороны – исполнителя (в данном случае – медучреждения, оказывающего платную медицинскую помощь), учитывающее существенное фактическое неравенство сторон в договоре о предоставлении медицинских услуг и особый характер предмета договора (в том числе уникальность многих видов медицинских услуг, зависимость их качества от квалификации врача), направлено на защиту интересов гражданина (пациента) как экономически более слабой стороны в этих правоотношениях, обеспечение реализации им права на медицинскую помощь. КС также указал, что рассматривая дела, суды должны исходить из того, что законными причинами прекращения договора платных медицинских услуг не могут признаваться такие, которые обусловлены исключительно волей лица, оказывающего данные услуги.

- Где тогда право врача на отказ от лечения и как оно

соотносится с конституционными правами и принципами охраны здоровья?

- Ч. 3 ст. 70 Федерального закона «Об охране здоровья граждан» указывает, что лечащий врач по согласованию с соответствующим должностным лицом (руководителем) медицинской организации (подразделения медицинской организации) может отказаться от наблюдения за пациентом и его лечения, а также уведомить в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности, если отказ непосредственно не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих. Таким образом, правовая возможность отказаться от лечения и наблюдения за пациентом есть. Но, как мы с вами выяснили, она не должна противоречить конституционным правам и общим принципам.

В правовой взаимосвязи с конституционными нормами о праве на охрану здоровья и медицинскую помощь, общим принципом недопустимости отказа в медицинской помощи реализация права врача на отказ от лечения имеет важные условия: «В случае отказа лечащего врача от наблюдения и лечения пациента, а также в случае уведомления в письменной форме об отказе от проведения искусственного прерывания беременности должностное лицо (руководитель) медицинской организации (подразделения медицинской организации) должно организовать замену лечащего врача». Таким образом, лечащий врач имеет право отказаться от пациента, но при трех условиях: 1) отказ должен быть согласован с должностным лицом медицинской организации; 2) отказ не должен создавать угрозу жизни пациента и здоровью окружающих; 3) медицинская организация должна немедленно организовать замену лечащего врача.

- Выходит, что врач «как бы» отказывается от пациента, но на практике отказ «не настоящий». Все равно пациент в приоритете...

- Конечно, не всем медицинским работникам это может понравиться. Особенно в системе частного здравоохранения. Но надо напомнить, что каждый медицинский работник дает клятву врача в соответствии со ст. 71 закона №323-ФЗ. Кроме того, первым национальным съездом врачей РФ 5 октября 2012 года был принят Кодекс профессиональной этики врача. Данный документ не содержит указания на безусловную возможность отказа врача от пациента. Наоборот, в нем прописаны обязанности врача добросовестно исполнять профессиональный долг.

Ранее в соответствии с Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года лечащий врач мог отказаться по согласованию с соответствующим должностным лицом от наблюдения и лечения, если это не угрожает жизни пациента и здоровью окружающих, в случаях несоблюдения больным предписаний или правил внутреннего распорядка ЛПУ (ст. 58 и 59). Однако, как понятно из изложенного выше, данная норма не в полной мере соответствовала конституционным основам и общим принципам охраны здоровья. Сейчас отказаться от ведения пациента можно только строго в соответствии с ч. 3 ст. 70 закона №323-ФЗ, соблюдая условия для отказа, указанные выше. Пренебрежение данными положениями приводит к гражданским искам и административным штрафам. Например, за отказ в оказании медицинской помощи Роспотребнадзор привлекает медорганизации к ответственности по ч. 3 ст. 14.1 КоАП.

Всем, кто работал с пациентами, известно, что лечить человека, который не доверяет врачу, очень сложно. Порой просто невозможно. Поэтому при таких обстоятельствах целесообразно – в своих же собственных интересах – произвести замену. Найти врача, который сумеет выстроить коммуникацию с пациентом. Недавно министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова, комментируя обсуждавшуюся возможность вывода из системы ОМС безработных граждан, указала, что это противоречит конституционным нормам об охране здоровья. Это очень позитивное утверждение не только по сути, оно наглядно демонстрирует, что принимающиеся решения в системе здравоохранения должны соотноситься с конституционными основами и общими принципами законодательства. В том числе и в отношении отказа врача от оказания медицинской помощи пациенту.

В СИБИРИ СОЗДАЛИ АППАРАТ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕОПЕРАБЕЛЬНОГО РАКА

Специалисты новосибирского Института ядерной физики (ИЯФ) СО РАН разработали компактный ускорительный источник ионов, которому по силам справиться с раком, в том числе опухолью мозга, которые на сегодняшний день не поддаются хирургическому лечению.

Ученые представили аппарат первому зампреду председателя Госдумы Александру Жукову. Пока что технология проходит испытания, их будет еще много, но опыты, проведенные на глиоме головного мозга, показали результативность метода. По мнению Александра Жукова, эта установка будет востребована даже в таких странах, как США и Япония.

Как пояснили в пресс-службе ИЯФ СО РАН, сама по

себе бор-нейтронозахватная терапия - это способ избирательного поражения клеток злокачественных опухолей. Для того, чтобы реализовать возможности ускорителя, в кровь человека вводится борсодержащий раствор, и этот химический элемент активно накапливается в раковых клетках. Затем на опухоль воздействуют потоком эпитепловых нейтронов. После того, как ядра бора поглощают эти частицы, происходят ядерные реакции с большим энерговыделением, и больные клетки погибают. При этом терапия не затрагивает здоровые клетки, бьет точно в цель.

Сегодня в мире четыре установки, способных генерировать нейтроны необходимых параметров, но лишь

компактный ускоритель "Тандем-БНЗТ" прошел первые испытания в терапевтическом направлении. Исследованиями в этой области специалисты новосибирского НИИ занимаются уже более двадцати лет, однако сейчас речь идет лишь о научных испытаниях.

Для использования прибора в онкологических центрах требуется проведение доклинических и клинических испытаний и, что немаловажно, создание в России необходимой инфраструктуры. Специальную клинику, где будут изучать возможности данной терапии, предполагается разместить в одном из строящихся корпусов Новосибирского государственного университета.

В КЛИНИКЕ МЕШАЛКИНА ОСВОИЛИ ВСЕ ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Впервые специалисты отделения онкологии и радиотерапии Сибирского федерального биомедицинского исследовательского центра имени академика Е.Н. Мешалкина (СФБМИЦ им. ак. Е.Н. Мешалкина) провели операцию по удалению опухоли мочевого пузыря без проколов и разрезов.

Технология трансуретральной резекции опухоли мочевого пузыря помогла пациенту, страдавшему сопутствующей патологией сердечно-сосудистой системы. Он уже выписан и наблюдается у врачей по месту жительства.

«Когда открылся центр онкологии и радиотерапии,

мы начали внедрять в практику самые сложные и высокотехнологичные методы по лечению злокачественных новообразований. Мы пошли от сложного к простому. Технология трансуретральной резекции мочевого пузыря не новая, но ее внедрение позволило сделать доступным для пациентов полный спектр методов лечения рака мочевого пузыря», — говорит заведующий отделением Сергей Ярмошук.

Категория больных, страдающих одновременно заболеваниями сердечно-сосудистой системы и онкологией, оказывается в сложном положении, так как их относят к пациентам высокого риска и часто отказы-

вают в лечении. Для того чтобы подобрать индивидуальную стратегию лечения, в центре онкологии и радиотерапии внедрили все технологии: от открытых операций, вмешательств при помощи робота da Vinci, малоинвазивных процедур до широкой диагностической базы. Последним шагом стало внедрение трансуретральной резекции.

«Преимущество данного метода заключается в быстрой реабилитации и социальной адаптации. Пациент может вернуться к обычной жизни через несколько дней», — утверждает Сергей Ярмошук.

В НОВОСИБИРСКЕ НЕЙРОХИРУРГИ ИСПРАВИЛИ ПАТОЛОГИЮ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА У МЛАДЕНЦА

Нейрохирурги Биомедицинского центра имени Е.Н. Мешалкина из Новосибирска спасли трехмесячного ребенка с тяжелой врожденной патологией – деформированные кости черепа пришлось складывать заново, сообщает пресс-служба клиники.

В Центре пояснили, что новорожденному мальчику в две недели был поставлен диагноз «сагиттальный краниосиноз с правосторонней лобной плагиоцефалией». Другими словами это асимметрия черепа, связанная с преждевременным зарастанием одного или нескольких черепных швов, приводящее к деформации черепа, которая препятствует нормальному развитию головного мозга. У мальчика также выявили ряд сопутствующих заболеваний, среди которых внутренняя гидроцефалия – заболевание головного мозга, характеризующееся избыточным накоплением спинномозговой

жидкости.

«Первым этапом... выполнили реконструктивную операцию: после выпиливания разделили обширные костные лоскуты на фрагменты, из которых заново сложили новую правильную форму черепа, создав достаточное резервное пространство для растущего мозга. Костные фрагменты закрепили специальными биodeградируемыми материалами, которые примерно через два года после установки рассасываются», — приводятся в сообщении слова врача-нейрохирурга Вячеслава Кобозева.

Вторым этапом, с промежутком в пять дней, хирурги провели шунтирование сосудов головного мозга, направленное на лечение внутренней гидроцефалии. Сейчас малыш чувствует себя хорошо. Хирурги совершили серьезную коррекцию формы головы, благодаря чему

созданы комфортные условия для развития головного мозга, и компенсировали гидроцефалию. Мальчика с мамой выписали домой, сообщили в клинике.

В Биомедицинском центре отметили, что краниосиноз, который бывает примерно у одного новорожденного на тысячу, важно диагностировать как можно раньше, это дает больше шансов на успешный исход операции. Оптимальным для операции считается возраст пять-десять месяцев, когда у ребенка полнее и быстрее заживают остаточные костные дефекты. Новосибирские нейрохирурги из-за прогрессирования внутренней гидроцефалии выполнили операцию в три месяца. «Это первая в практике нейрохирургического отделения Биомедицинского центра операция по поводу краниосиностаза, проведенная ребенку столь небольшого возраста», — отметили в пресс-службе.

РОССИЙСКИЕ УЧЕНЫЕ «ЗАСТАВИЛИ» ФУЛЛЕРЕНА УНИЧТОЖАТЬ ВИЧ

Российские химики и биологи нашли новые соединения фуллеренов в воде, которые активно уничтожают ВИЧ в организме человека. Результаты своих исследований ученые опубликовали в журнале *Organic and Biomolecular Chemistry*.

Фуллерены – это молекула, похожая на выпуклый многогранник, состоящая из четкого числа атомов углерода. Наиболее распространенным является C60 фуллерен, молекулы которого состоят из 60 атомов углерода и напоминают по форме футбольный мяч с 12 пятиугольными и 20 шестиугольными гранями.

Молекулы фуллерена гидрофобны, и для того чтобы растворить их в воде, необходимо присоединить

несколько ионных функциональных групп. Этот процесс крайне сложно осуществить стандартными методами. «Однако эту задачу можно сравнительно легко решить, если в качестве предшественника использовать не фуллерен, а его галогениды, например хлорфуллерен C60Cl6», — рассказал заведующий лабораторией Института проблем химической физики РАН в Черноголовке Павел Трошин. Исследуя взаимодействие хлорфуллерена C60Cl6 со спиртами, химики обнаружили несколько новых реакций, позволяющих получать различные классы соединений с присоединенными фрагментами спиртов и гидроксикислот, отметил ученый.

«Мы получили водорастворимое производное фуллерена с пятью остатками 3-гидроксипропановой кислоты, которое показало высокую ингибирующую активность по отношению к вирусу иммунодефицита человека. Полученные результаты открывают новые возможности для создания на основе фуллеренов противовирусных препаратов», — отметил Трошин.

Исследования проводились совместно с учеными из Института элементоорганических соединений РАН им. А.Н. Несмеянова, сообщает пресс-служба Российского научного фонда.

В РОССИИ ВПЕРВЫЕ ПРОВЕДУТ ОПЕРАЦИИ ПО УСТАНОВКЕ БИОНИЧЕСКОГО ГЛАЗА

В мае 2017 года в России впервые будут сделаны две операции по установке бионического глаза – имплантата, частично возвращающего зрение пациентам с пигментным ретинитом. Вмешательства проведут на базе Научно-клинического центра оториноларингологии ФМБА России, а профинансирует проект фонд поддержки слепоглухих «Соединение».

По словам члена правления фонда «Соединение» и генерального директора Центра развития социальных инноваций «Технологии возможностей» Ивана Бирюкова, в обеих операциях будут использованы имплантаты Argus II американской компании Second Sight. Пациентами станут двое слепоглухих подопечных фонда «Соединение».

«Было принято решение выбрать именно слепоглухих, потому что у этих людей одновременно присутствует два сенсорных нарушения, и помощь им необходима больше, чем остальным», – объясняет Бирюков.

Предполагается, что операции профинансирует фонд «Соединение», но идеологи проекта рассчитывают получить и дополнительную финансовую поддержку. «У меня есть ощущение, что в дальнейшем проект

получит поддержку Минпромторга, Фонда перспективных исследований и Агентства стратегических инициатив (АСИ). В рабочем порядке мы это обсуждали с коллегами, им это интересно, но официальные заявления делать пока рано», – сообщает Бирюков.

В Минпромторге, Фонде перспективных исследований и АСИ не смогли прокомментировать информацию о проекте.

Стоимость операции не разглашается, но Иван Бирюков отмечает, что аналогичная установка одного имплантата Argus II в США обходится в \$145 тысяч.

Техническую поддержку проекта осуществляет ООО «Сенсортех», учрежденное фондом «Соединение», – на базе лаборатории этой компании сейчас проходит подготовка к операции.

«Впоследствии мы либо заключим договор с одной из зарубежных компаний, занимающейся разработкой бионического глаза, и будем самостоятельно совершенствовать технологию, либо будем создавать собственную», – заявил Бирюков.

По словам директора компании «Сенсортех» Дениса Кулешова, к 2020 году его компания планирует провести доклинические исследования технологии на

животных, а к 2022 году – клинические исследования на людях. «Шанс, что этот проект будет реализован в России, довольно высок», – уверен Кулешов.

Операции по установке бионического глаза показаны людям с тяжелой формой наследственного заболевания «пигментный ретинит», которое вызывает сильное ухудшение зрения и часто слепоту. Такое заболевание встречается у одного из 4 тысяч пациентов. Бионический глаз Argus II был разработан в середине 2000-х в США, первая операция по установке этого имплантата была проведена в 2014 году. Всего в США было проведено около 300 таких операций.

Имплантат получает изображение с видеокамеры, закрепленной на очках пациента, после этого информация обрабатывается на микрокомпьютере, который пациент носит с собой, и по беспроводной связи передается в глаз на 60 электродов, стимулирующих сетчатку. Таким образом, пациент видит вспышки окружающих его объектов в виде «пиксельной» черно-белой картинки из 60 точек уже после обработки информации компьютерной системой. Имплантат устанавливается только на один глаз: этого достаточно для восприятия информации.

НАЙДЕН СПОСОБ ВОССТАНАВЛИВАТЬ СЕРДЕЧНУЮ МЫШЦУ ПОСЛЕ ИНФАРКТА ПРИ ПОМОЩИ ЕДИНСТВЕННОГО УКОЛА

Единоразовая инъекция небольшой дозы инсулиноподобного фактора роста (IGF1) способна восстановить повреждения, вызванные обширным инфарктом, и укрепить сердечную мышцу после приступа, об этом сообщили исследователи из университетского колледжа в Корке (Ирландия).

47 участникам эксперимента, пережившим недавно инфаркт, ввели белок IGF1 прямо в сердечную мышцу. Пациенты были разделены на две группы, каждая из которых получала свой уровень препарата, а третья, контрольная группа, получала плацебо. Через два месяца у пациентов, которым ввели более высокую дозу белка, было зафиксировано активное ремоделирование

сердечной мышцы.

После инфаркта миокарда возникает рубец, следствием которого становится расширение камеры сердца, а мышца становится вялой. В момент низкого давления камера может схлопнуться, что чревато серьезными последствиями для пациента. При терапии белком IGF1 сердечные камеры сохраняют свою форму и мышечный тонус.

Напомним, сердечно-сосудистые заболевания уносят жизнь одного человека каждые три минуты, а мировой экономический ущерб составляет 11 млрд долларов в год. Пациенты, выжившие после инфаркта, на всю жизнь остаются инвалидами, так как при нынешних методах

лечения последствия повреждения сердечной мышцы сохраняются на всю жизнь, впрочем, по данным национального института здравоохранения Великобритании, от 30 до 40% пациентов умирают в течение первого года.

Ученые надеются, что результаты экспериментов станут отправной точкой в разработке новой системы реабилитации сердечных больных, которая позволит полностью восстанавливать сердечную мышцу и возвращать пациентов к прежнему уровню физической активности.

В РОССИИ ОБНАРУЖИЛИ НОВЫЙ ВИД КЛЕЩЕВОГО БОРРЕЛИОЗА

Российские ученые обнаружили новый вид клещевого боррелиоза, который составляет до половины случаев этого заболевания в РФ и который легко перепутать по симптомам с клещевым энцефалитом.

Заведующий лабораторией природно-очаговых инфекций ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора Александр Платонов сообщил, что возбудитель *Borrelia Miyamotoi* был открыт в Японии в 1995 году. «Это природно-очаговая инфекция. Это не тот случай, когда с новой территории заносится микроорганизм или когда непатогенный мутирует и превращается в патогенный. Этот, я думаю, был у нас на территории России и равным образом на территории Европы и Северной Америки, всегда», – сказал он.

Заболевание, вызываемое возбудителем *Borrelia Miyamotoi*, по симптоматике похоже на лихорадочную форму клещевого энцефалита, но требует другого лечения, как правило, теми же препаратами, что и от болезни Лайма, классического клещевого боррелиоза. «Одним из характерных признаков болезни Лайма является мигрирующая эритема. Когда мы начали заниматься в начале нового тысячелетия болезнью Лайма, неожиданно обнаружилось, что в учебниках написано неправильно. На территории России до 50% иксодовых клещевых боррелиозов никакой мигрирующей эритемы не имеют», – сообщил ученый.

Определить тип возбудителя можно специфическими ПЦР-тестами. «Мы сейчас делаем и серологические

тесты на этот новый микроб. Скоро можно будет применять антитела к этому возбудителю. Разработаем мы его за полгода – год, но потом еще процедура регистрации», – объяснил он.

По данным Роспотребнадзора, с 16 марта 2017 года в медицинские организации на территории РФ обратились 6900 человек по поводу укусов клещей. В ведомстве сообщили, что этот показатель соответствует среднему уровню. Специалисты ведут наблюдение за клещевым вирусным энцефалитом и другими заболеваниями, которые передаются через укусы клещей (иксодовый клещевой боррелиоз, моноцитарный эрлихиоз человека, гранулоцитарный анаплазмоз человека).

ГОСДУМА ПРИНЯЛА ЗАКОН ОБ ЭЛЕКТРОННОМ БОЛЬНИЧНОМ

Госдума приняла в третьем чтении законопроект, позволяющий использовать электронный больничный наравне с бумажным листком нетрудоспособности. Планируется, что документ вступит в силу 1 июля 2017 года.

Как следует из текста документа, электронный больничный лист формируется в автоматизированной информационной системе и подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью медицинского работника и медицинской организации. По словам председателя Комитета по труду, социальной политике и делам ветеранов Госдумы Ярослава Нилова, россияне

смогут сами выбрать, какой больничный им необходим – бумажный или электронный.

Электронный больничный уже используется в нескольких регионах: Астраханской, Белгородской областях, Москве, Республике Крым и Севастополе, участвующих в соответствующем пилотном проекте. По данным Минтруда, к апрелю 2017 года электронный больничный могут выписывать 167 медицинских организаций, а за все время проведения пилотного проекта организации приняли около 800 тысяч электронных листков нетрудоспособности.

Как говорится в материалах на сайте Минтруда,

введение электронного больничного повысит прозрачность обмена информацией о страховых случаях и снизит трудозатраты на оформление и контроль, связанные с оформлением бумажной формы листка нетрудоспособности.

Проект закона об электронном больничном был разработан Министерством труда и социальной защиты в декабре 2015 года. Инициатива Минтруда предполагает внесение изменений в законы «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» и «Об основах охраны здоровья граждан».

