



ЧЕЛОВЕК и лекарства



Медицинская научно-популярная газета

№ 5 (31) сентябрь 2007

В номере:

Приветственное слово

почётного президента Всероссийского научного общества кардиологов РАМН, президента Ассоциации кардиологов стран СНГ академика РАН и РАМН
Р.Г. Оганова

с. 2

Пересадка лёгкого: год спустя

Открыта новая страница в истории российской медицины: впервые в нашей стране пациент с пересаженными лёгкими не только выжил, но и социально адаптирован.

с. 4

Я абсолютно всё могу!

Это утверждает первый в России человек, переживший трансплантацию лёгких, – Наталья Борисовна Смирнова.

с. 5

Чего мы ждём от Общества православных врачей России?

О причинах и целях создания объединённого Общества православных врачей России рассказывает председатель Московского общества православных врачей профессор А.В. Недоступ.

с. 6

Национальный проект «Здоровье» в Тюменской области. Первые итоги

Департамент здравоохранения Тюменской области подводит некоторые результаты реализации национального проекта.

с. 7

Областной кардиологический диспансер Тюменской областной клинической больницы

Организованный в 2005 г. Кардиоцентр сегодня является наиболее мощной структурой кардиологической службы области.

с. 8

Внимание: болезнь легионеров!

До сих пор во всём мире отмечено всего несколько случаев возникновения этого заболевания. Летом 2007 г. на Урале впервые была отмечена эпидемия.

с. 9

Трансплантация и право: философско-правовые аспекты телесности

К настоящему времени общество всё более глубоко осознаёт всю важность трансплантации как медицинской процедуры, как метода спасения человеческой жизни...

с. 10

Объективная непредотвратимость, или Как доказать невиновность врача

Является ли врачебная ошибка непреднамеренным нанесением вреда здоровью человека в связи с проведением оправданных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий?

с. 11

Почему вымерли динозавры, или Глобальная малая модель Палеоцена сегодня

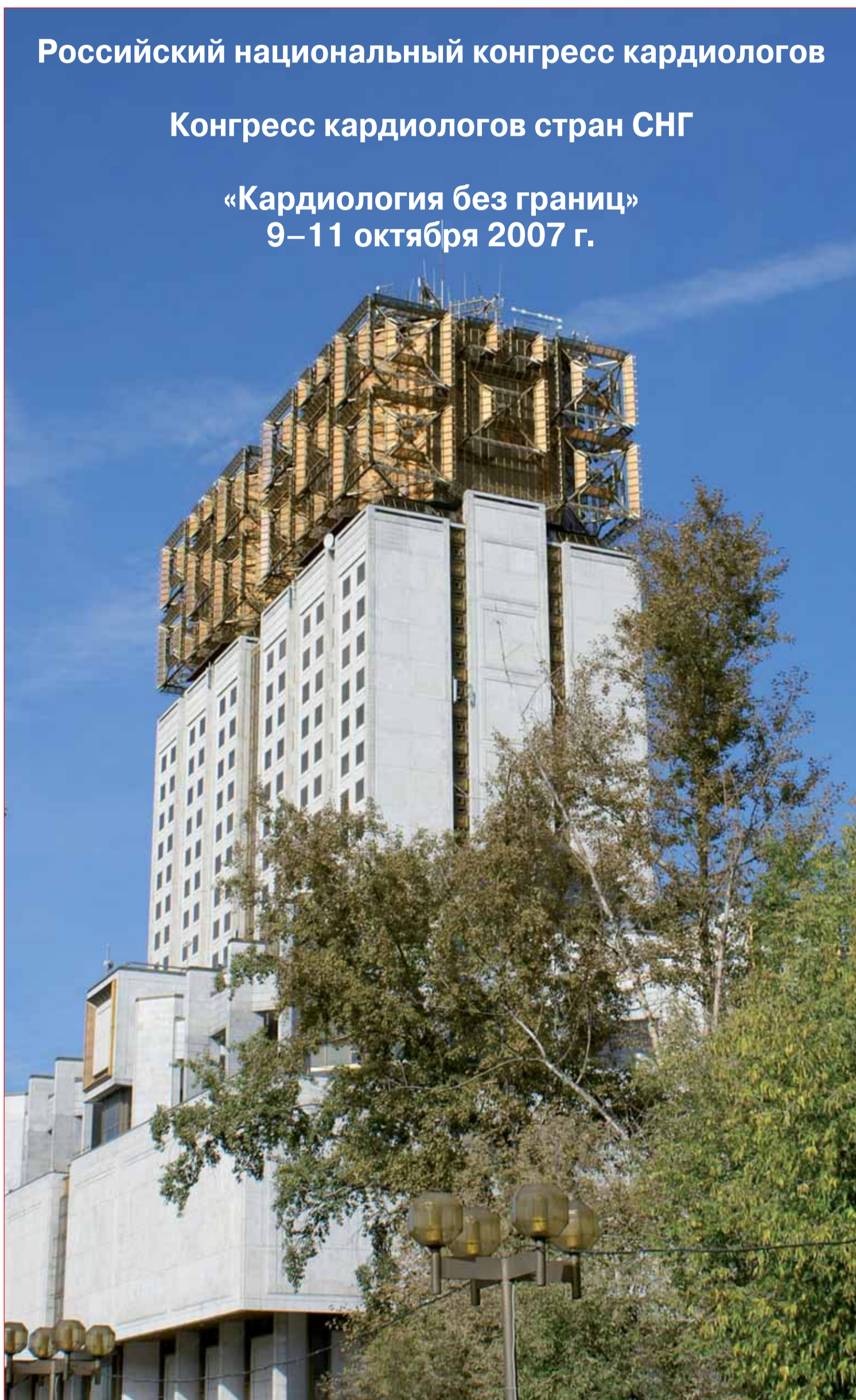
Существует несколько теорий о причинах вымирания этих травоядных. Автор публикации выдвигает ещё одну версию случившейся миллионы лет назад катастрофы...

с. 12

Российский национальный конгресс кардиологов

Конгресс кардиологов стран СНГ

«Кардиология без границ»
9–11 октября 2007 г.



Уважаемые коллеги и друзья!

Мы рады приветствовать вас на объединённом Российском национальном конгрессе кардиологов и Конгрессе кардиологов стран СНГ.

Этот форум традиционно собирает учёных, организаторов здравоохранения, практических врачей-кардиологов, кардиохирургов и представителей многих других специальностей – всех, кто интересуется проблемами сердечно-сосудистых заболеваний. Благодаря этому мы имеем возможность с разных позиций обсудить вопросы патогенеза, лечения и профилактики болезней сосудов и сердца.

Население стран СНГ имеет общую проблему, имя которой – высокая сердечно-сосудистая смертность, однако достижения современной науки позволяют снизить её на 40–60 процентов. Приоритетный национальный проект «Здоровье» несомненно окажет положительное влияние на ситуацию с сердечно-сосудистой

патологией, которая в нашей стране приобрела масштабы эпидемии. Обсуждение этих вопросов на Конгрессе даёт возможность выработать наиболее оптимальные пути их решения. Лишь объединив наши усилия, мы сможем добиться значительно лучших результатов.

Научная программа Конгресса посвящена важнейшим достижениям кардиологической науки в мире, новым направлениям в исследованиях, лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, применению передовых медицинских технологий в кардиологии, повышению качества кардиологической помощи населению. Большое внимание будет уделено образовательным программам и школам по различным направлениям кардиологии, а также конкурсу молодых учёных, который стал уже традицией.

В рамках Конгресса проходит выставка современных лекарственных средств отечественных и зарубеж-

ных компаний-фармпроизводителей, новых инновационных технологий, изделий медицинского назначения и специализированных изданий.

Мы надеемся, что Конгресс пройдёт успешно и внесёт несомненный вклад в дальнейшее развитие кардиологической науки и улучшение кардиологической службы на благо здоровья народов наших стран.



Р.Г. Оганов,
почётный президент Всероссийского научного общества кардиологов РАМН,
президент Ассоциации кардиологов стран СНГ
академик РАН, академик РАМН

Реабилитация и вторичная профилактика у больных ишемической болезнью сердца – рецепт для России

В СССР и России начиная с 1970-х гг. сердечно-сосудистая смертность постоянно растёт. Этот невиданный в мире рост смертности от сердечно-сосудистых заболеваний явился следствием игнорирования в СССР и России общемировых закономерностей в меняющейся структуре заболеваемости и смертности в различных регионах мира и полного пренебрежения к доказавшим свою высокую медицинскую и социальную эффективность мероприятиям по преодолению тенденций по эпидемическому росту сердечно-сосудистых заболеваний.

Напомним, что первой страной, вплотную столкнувшейся с указанной проблемой, были США. В 60–80-е гг. американские учёные первыми установили причины эпидемического роста заболеваемости коронарной болезнью сердца (КБС) и обосновали профилактики. Последние сводились к внедрению в стране программ первичной и вторичной профилактики, интенсивному внедрению высокотехнологичных методов хирургического лечения КБС, целенаправленной разработке новых высокоэффективных лекарств антиатеросклеротической направленности (статины). Результаты этой исключительно хорошо организованной и теоретически правильно обоснованной политики США дали блестящий результат. Смертность от КБС за период с 1965–69 гг. по 1995–98 гг. сократилась с 330,5 до 121,2 на 100 тыс. мужчин (разница – 63,3 %) и с 166,0 до 67,1 на 100 тыс. женщин (разница – 59,6 %). Экономически развитые страны мира с небольшим запозданием следовали примеру США и также

добились выдающихся успехов.

Развивавшаяся бурно и показавшая свою медико-социальную и экономическую значимость государственная система кардиореабилитации, созданная в СССР, претерпела значительный урон после распада страны. В современной России она является рудиментарной и малоэффективной. Беспрецедентная сверхсмертность от сердечно-сосудистых заболеваний в России, безусловно, в определённой степени связана с этим серьёзным недостатком нашего здравоохранения, а также с отсутствием крупных национальных программ по всеобъемлющей первичной и вторичной профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

В настоящее время содержание, методы, структура кардиореабилитации значительно упростились. Она всё больше «демократизируется», т. е. становится более дешёвой и более доступной, позволяет включать в программы реабилитации всё большее число больных,

в т. ч. из тех, кому ранее реабилитация считалась абсолютно или частично противопоказанной. Эти тенденции позволили ВОЗ выпустить специальный доклад «Реабилитация после кардиоваскулярных заболеваний в развивающихся странах» (1993), адресованный в первую очередь правительствам. Комитет экспертов ВОЗ по реабилитации и вторичной профилактике (1993) полагает, что кардиореабилитация должна быть доступной во всех странах и всем пациентам. Работник системы управления здравоохранением и общей медицинской практикой должен быть осведомлён о необходимости и важности кардиореабилитации, которая должна быть интегрирована в систему национального здравоохранения. Комитет экспертов ВОЗ рекомендует развивающимся странам три уровня организации кардиореабилитации и считает, что даже в странах с недостаточными материальными возможностями «реабилитационная помощь должна... стать культурной традицией и социальной нормой». Горько сознавать, что в России отсутствует то, что должно быть даже у стран «со скудными материальными возможностями».

Д.М. Аронов
ФГУ ГНИЦ профилактической медицины МЗ и СР РФ, Москва

Доклад состоится 10 октября в Зелёном зале (11.15–13.15)

Будут ли назначаться бета-адреноблокаторы при АГ?

Как известно, β-адреноблокаторы успешно применяются при стабильной стенокардии, у больных, перенёвших острый инфаркт миокарда; эти препараты являются частью комплексной терапии у больных хронической сердечной недостаточностью, а также с успехом используются при некоторых нарушениях ритма сердца.

Много лет β-адреноблокаторы используются и при лечении гипертонической болезни (эссенциальной артериальной гипертонии – АГ). Однако в последнее время появились публикации (отдельные статьи, а также мета-анализы крупных многоцентровых исследований), в которых подвергается сомнению целесообразность применения этого класса препаратов при артериальной гипертонии (АГ). Обращается внимание, что эти препараты неблагоприятно влияют на липидный и углеводный обмен, а также вызывают ещё целый ряд неблагоприятных побочных эффектов. Однако все эти публикации основываются на исследованиях, проведённых при использовании β-адреноблокаторов первого поколения (пропранолол, окспреналол, пиндолол), а также препарата второго поколения – гидрофильного атенолола. Между тем ещё в конце 1980-х гг. опубликовано исследование MAPHY, в котором использовался липофильный метопролол-сукцинат, показавший не только высокую антигипертензивную активность, но и снижавший вероятность развития ишемической бо-

зни сердца у больных с АГ (особенно ярко это было продемонстрировано у некурящих мужчин). В других пуб-



ликациях была показана метаболическая нейтральность других липофильных β-адреноблокаторов – бисопролола и бетаксоллола. Препараты третьего поколения – небиволол и карведилол – не только метаболически нейтральны, но и обладают вазодилатирующим эффектом. Этот эффект у небиволола связан с влиянием препарата на дисфункцию эндотелия, что обуславливает модуляцию оксида азота – мощнейшего вазодилатирующего фактора. Всё это заставляет задуматься о том, что сомнения в целесообразности применения β-адреноблокаторов при АГ вряд ли оправданны. Другой вопрос: какие β-адреноблокаторы следует применять при лечении АГ? Конечно, не препараты первого поколения и гидрофильный атенолол. Показания для применения при АГ «новых» препаратов (небиволола, карведилола), а также бисопролола, бетаксоллола, метопролола-сукцинат:

- молодым пациентам с тахикардией;
- женщинам репродуктивного возраста, предстоящим беременеть;
- лицам с сочетанной патологией (метаболический синдром, сахарный диабет 2 типа, ИБС, после перенесённого ИМ, с наличием суправентрикулярных аритмий);
- ХОБЛ при условии тщательного контроля за функцией внешнего дыхания и постоянной поддерживающей терапией основного заболевания.

В.И. Маколкин
ММА им. И.М. Сеченова, Москва

Доклад состоится 9 октября в Бежевом зале (11.30–13.30)

Желания и возможности: как достичь гармонии?

Как известно, желания должны опережать возможности – это основа эволюции. Их масштаб определяется социальным положением, характером и устремлениями человека. А вот возможности зависят от множества самых разных факторов: возраста и жизненного опыта, физической формы, внешних обстоятельств, морали общества и т. д.

Желания бывают разные. Хорошо, когда их можно достичь материальными ресурсами, посредством социального положения или напряжением ума. Совсем другое дело – желания чувственные: ни экономическое, ни социальное могущество не может вызвать ответных чувств. И если дело касается любви, то первейшим препятствием к ответным чувствам является возраст. Но что же делать, если основной для любви гормон тестостерон у мужчин старше 40 лет ежегодно уменьшается примерно на 2 %? Сегодня выход найден: заместительная гормональная терапия с использованием лекарственных средств. Ну а подробности можно узнать **9 сентября в Зелёном зале** на научной сессии «Лечение сердечно-сосудистых заболеваний в особых группах пациентов».

Если у вас освободится время и будет желание на примерах классиков жанра составить своё ассоциативное восприятие современных достижений кардиологии, познакомиться в формате театрализованного действия с большим количеством «действующих лиц и исполнителей», вспомнить забытый инструмент доказательности в медицинской практике, приходите на симпозиум «Чтобы в наш век лечиться, нужно иметь хорошее здоровье» (**9 октября, Фонтанный зал, начало в 17.00**). В креа-

тивном формате совместно с участниками симпозиума – сотрудниками кафедры клинической фармакологии и фармакотерапии Московского государственного медико-стоматологического университета вы сможете ответить на вопрос: так ли справедливы сегодня эти слова великого Мастера – Евгения Михайловича Тареева?



«В жизни – как шахматах: в конце игры все фигуры складываются в один и тот же деревянный ящик». Такое название выбрано для симпозиума компании «Фармстандарт», который состоится **10 октября в Красном зале в 9.00**.

За своё изобретение (шахматы) некий брамин в Индии попросил у раджи незначительную, на первый взгляд, награду: столько пшеничных зёрен, сколько покажет шахматная доска, если на первую клетку положить одно зерно, а потом количество зёрен удваивать. Раджа удивился и приказал тут же выдать награду. Но вскоре придворные доложили, что зёрен потребуется 18 квинтильонов 446 квадрильонов 744 триллиона 73 миллиарда 709 миллионов 551 тысяча 615! Выполнить обещание раджа, естественно, не мог, получив ещё один урок мудрости от изобретателя игры в шахматы – этого показателя высокого интеллекта нации. Из 8 великих чемпионов мира по шахматам пятеро – представители России. Именно об их историях болезни и возможностях современной кардиологии расскажут профессора А.Л. Вёрткин, О.Н. Ткачёва, М.Г. Бубнова и к.м.н. О.Б. Талибов. Вести шахматную партию будет президент ВНОК академик РАНН Р.Г. Оганов.



А.Л. Вёрткин, проф., президент междисциплинарной организации специалистов по изучению возрастной инволюции, зав. кафедрой клинической фармакологии и фармакотерапии ИГМСУ, Москва

Приоритеты профилактики АГ в коллективах социально значимых групп населения

Результаты стандартизованного профилактического обследования лиц трудоспособного возраста, работающих в сфере образования, здравоохранения и науки, свидетельствуют о более высокой, чем в тех же возрастно-половых группах популяции, распространённости артериальной гипертонии и основных факторов риска её развития, связанных с поведенческими привычками и образом жизни.

Выделены возрастные особенности и приоритеты профилактики артериальной гипертонии, ориентированные на реализацию в коллективах работающих. Оценено отношение обследованных к здоровью как жизненной ценности, а также готовность к оздоровлению поведенческих привычек, приводящих к формирова-

нию факторов риска артериальной гипертонии. Показана высокая потребность работающих в избранных коллективах во врачебном профилактическом консультировании и получении конкретных советов врача по снижению уровней имеющихся у них факторов риска и риска развития сердечно-сосудистых событий.

Выделение данных коллективов в категорию социально значимых групп населения обусловлено рядом факторов: высокой степенью профессиональной значимости для формирования здоровья населения и профилактики заболеваний педагогов, медиков, преподавателей ВУЗов, научных сотрудников, включением данных групп работающих в программу дополнительной диспансеризации в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье», необходимостью развития мер профилактики артериальной гипертонии среди работающего населения.

А.М. Калинина
ФГУ ГНИЦ профилактической медицины МЗ и СР РФ, Москва

Доклад состоится 9 октября в Зелёном зале (11.30–13.30)

Женские секреты: особенности течения АГ у женщин

Исходя из того что во многих клинических исследованиях не даны материалы о влиянии гипотензивной терапии на перинатальную летальность и преждевременные роды, особую актуальность приобретает ведение беременных женщин с артериальной гипертонией.

Факторами риска развития гестоза следует считать первую беременность, гестоз в анамнезе, период 10 лет и более с момента последних родов, возраст 40 и более лет, семейную предрасположенность, многоплодие, развитие беременности на фоне психо-эмоционального стресса, стрессовых ситуаций и многое другое.

Женщины с хронической АГ госпитализируются за время беременности трижды:

1) в ранние сроки беременности (до 12 недель) для уточнения генеза АГ и решения вопроса о возможности пролонгирования беременности;

2) в 26–30 недель – в период максимальной гемодинамической нагрузки для нередко необходимой в этот срок беременности коррекции схемы антигипертензивной терапии (при присоединении гестоза (сочетанном гестозе) больная госпитализируется сразу вне зависимости от срока гестации);

3) за две-три недели до родов для определения тактики ведения родов и проведения предродовой подготовки.

Рекомендуемыми критериями для госпитализации беременных с хронической АГ вне предложенных выше

сроков являются некорректируемая в амбулаторных условиях АГ, гипертонические кризы, повышение САД до 160 мм рт. ст. и выше и/или ДАД до 110 мм рт. ст. и выше; усугубление гипертонического синдрома, особенно в первой половине беременности; выявление протеинурии; появление генерализованных отёков; выявление изменений в лабораторных анализах (тромбо-

Проведение клинических исследований (КИ) ЛС затруднено у беременных по этическим соображениям. Кроме этого, нет адекватных, строго контролируемых КИ эффективности и безопасности ЛС, а большинство проведённых КИ недостаточно хорошо спланированы, качество их – низкое.

цитопения, повышение печёночных ферментов, билирубина, креатинина, мочевины, мочевой кислоты, снижение общего белка и альбумина); выявление задержки развития плода.

Ещё раз подчеркнём, что при подозрении на гестоз беременную необходимо госпитализировать в стационар для решения вопроса о возможности дальнейшего пролонгирования беременности, определения степени тяжести гестоза, назначении плана обследования и лечения.

Артериальная гипертония в период беременности может рассматриваться как независимый фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний. Ассоциация АГ в период гестации с повышением риска кардиоваскулярной патологии – важная информация для долгосрочных стратегий здравоохранения. Пациентки, имеющие в анамнезе АГ беременных, а также их дети требуют в течение всей жизни активного врачебного наблюдения и, при необходимости, проведения профилактических и лечебных мероприятий.

О.Н. Ткачёва, проф. кафедры клинической фармакологии и фармакотерапии ИГМСУ, Москва

Доклад состоится 9 октября в Президентском зале (17.00–19.00)



Уважаемые коллеги!



Приветствую вас на очередном XVII Национальном конгрессе по болезням органов дыхания, который в этом году проводится в Казани – городе с тысячелетней историей, который выбран неслучайно. Казанский государственный медицинский университет является одним из ведущих ВУЗов России. В Казани проведены

фундаментальные исследования мирового уровня в области нейрофизиологии. Н.А. Миславским был открыт дыхательный центр. Более поздний период связан с именем А.Д. Адо, заложившим основы отечественной аллер-

гологии. В настоящее время достойными последователями казанских традиций в области респираторной медицины являются профессора А.А. Визель и Р.С. Фассахов.

В формировании научной программы Конгресса приняли активное участие не только пульмонологи, но и фтизиатры, аллергологи, торакальные хирурги, педиатры, ЛОР-врачи, специалисты в области профессиональной патологии. Кроме этого, ожидается прибытие представительной международной делегации.

Научная программа Конгресса включает более 60 симпозиумов, 18 школ, 10 семинаров, 3 круглых стола, 2 телемедицинских конференции. Во время Конгресса организуется традиционная выставка лекарственных препаратов, медицинского оборудования, новых технологий, информационно-издательских групп.

Ожидается участие более 4000 врачей различных специальностей, организаторов здравоохранения,

международных лидеров в области респираторной медицины.

В дни форума планируется проведение постерной сессии и конкурса молодых учёных, победители которой получают именные стипендии Российского респираторного общества, сборник научных трудов которого издан к началу Конгресса.

Участники и гости смогут повысить свой профессиональный уровень, обменяться накопленным опытом, участвовать в дискуссиях с ведущими специалистами в области респираторной медицины.

Наконец, у участников форума будет возможность познакомиться с одним из красивейших городов России, с его историческими памятниками и культурными ценностями. Желаю всем участникам и гостям дружеских, деловых и человеческих контактов, успешной и плодотворной работы.

А.Г. Чучалин, главный терапевт Минздравсоцразвития России, директор НИИ пульмонологии Росздрава, акад. РАМН, проф.

Пересадка лёгкого: год спустя

Сегодня с уверенностью можно сказать, что открыта новая страница в истории российской медицины: впервые в нашей стране пациент с пересаженными лёгкими не просто выжил, но и социально адаптирован. О самой операции и о будущем трансплантологии в России мы беседуем с руководителем этого проекта, главным терапевтом Минздравсоцразвития России, директором НИИ пульмонологии академиком Александром Григорьевичем Чучалиным.

– Александр Григорьевич, чем бы Вы объяснили долгоданный успех этой пересадки? Может, всё дело в особой методике?

– Мы использовали самый передовой опыт США и Европы. Безусловно, методика пересадки лёгкого имеет большое значение, но не одно это играет роль в успехе операции. В данном случае, как ни в каком другом, наибольшую опасность представляет послеоперационный период – он является предельно сложным. И здесь дело не столько в отторжении пересаженного органа, сколько в инфекции – как внешней, так и внутренней. В отличие от других пересаженных органов, лёгкие соприкасаются с внешней средой через вдыхаемый воздух, и они открыты для инфекции. Эмфизема, которой страдала наша пациентка, не является инфекционным заболеванием, и это существенно повысило её шансы выжить.

– Какова была Ваша задача в этом проекте?

– Я был руководителем и, кроме этого, на мне лежала подготовка анестезиологов, морфологов, чтобы их профессиональные знания и навыки соответствовали тем высоким стандартам, которые необходимы для проведения такой операции.

– Как бы вы объяснили неуспех предыдущих операций отечественных трансплантологов?

– Операция, подобная нашей, зависит от очень многих факторов, и дело не только в методике – она уже давно отработана зарубежными коллегами. Здесь должно всё совпасть: и подходящий реципиент, и наличие органа, полученного при определённых условиях, и хорошая донорская служба города. Почему я выбрал Санкт-Петербург? Там одна из лучших донорских служб, лучше, чем в Москве. Я не хочу создавать конфронтацию между двумя столицами: я выбирал место и принимал решение не для того, чтобы проводить какие-то сопоставления, а лишь исходя из интересов пациентки... Неприятно говорить, но эта операция породила очень много конфликтов: я кого-то не пригласил, с кем-то не посоветовался, однако хочу повторить: всё делалось только в интересах больной.

– Кого бы Вам хотелось выделить, чей вклад в этот успех особо подчеркнуть? Иначе говоря, кто герой дня?

– Несмотря на то что и хирурги, и анестезиологи, и морфологи – все, а это команда порядка сорока пяти человек – работали слаженно, герой здесь только один – наша пациентка. Отважиться на такую операцию смог бы не каждый, ведь она спрашивала, сколько было сделано лёгочных трансплантаций... Успешной – ни одной. Это простой вопрос любого человека: какая у вас есть уверенность в том, что вы мне предлагаете? И когда человек понял, что нет ни одной успешной трансплантации, что наши гарантии больше основаны на энтузиазме, и тем не менее принял такое решение, это и есть героизм.

– Есть ли возможность как-то заменить лёгкое,

например, искусственным или выращенным из стволовых клеток?

– К сожалению, вырастить лёгкое нельзя, как и заменить каким-то механизмом. В данном случае возможна лишь искусственная вентиляция, при которой больной прикован к аппарату. Да, он сможет жить, но говорить о том, чтобы больной поднялся, ходил, ухаживал за цветами, – исключено. Для полноценной жизни необходимо только пересадка органа.

– Каково самочувствие пациентки сегодня – год спустя?

– Наталья Борисовна водит автомобиль, ездит за город на дачу, ходит в лес, активно взаимодействует с нами. Мы регулярно её обследуем, и я могу сказать, что она практически здорова, если учесть её состояние год назад – до операции.

– Каковы Ваши прогнозы как клинициста?

– Прогноз в таких случаях определяется по результатам первого года после пересадки. По международным данным, а у нас таких данных просто нет, сейчас прогноз благоприятный, так что жизнь пациентки в ближайшие четыре-пять лет будет нормальной, если не произойдёт какой-то катастрофы, например возможна опухоль в пересаженном органе или ряд других проблем, которые могут обсуждаться...

– Сколько прожила бы пациентка, не будь ей сделана пересадка?

– Без этого вмешательства её уже не было бы...

– Учитывая тот факт, что человек стоял практически на пороге смерти, такой прогноз просто ошеломляющий! А как Вы считаете, каковы перспективы развития трансплантологии в нашей стране?

– Успех нашей операции – большой плюс ещё и потому, что мы повлияли на деформированное сознание нашего общества в сторону принятия соответствующего закона. Мы, конечно же, такую цель не ставили, но это тем не менее повлияло. Сейчас мы готовимся опять к трансплантации, у нас есть две команды, одна из них – екатеринбургская. К большому сожалению, мы не можем вернуться в Санкт-Петербург, на это есть определённые причины... А в областной больнице Екатеринбурга очень хорошие условия, я думаю, у нас всё получится.

– Есть ли будущее у трансплантологии лёгкого в России?

– Конечно, есть, но Министерство здравоохранения пока не готово к этому. То, что нам позволили сделать лёгочную трансплантацию, – спасибо Министерству. Что касается остального, а это очень дорогие лекарства, дорогие технологии – всё прошло без его поддержки.

– Исключительно за счёт спонсоров?

– По-разному, я обратился в ассоциацию фармпроизводителей, и нам были выделены необходимые лекарственные средства. Оборудование предоставили зарубежные коллеги. Понятно, что стоимость подобных операций чрезвычайно высока, однако в США и Европе они делаются за счёт государственных программ. У нас же пока не существует даже проекта федеральной программы по пересадке лёгких, хотя потребность в этом чрезвычайно высока: в листе ожидания находятся как минимум две тысячи человек.

Тем не менее будем надеяться, что дело сдвинется с «мёртвой точки»: мы готовы к таким операциям, дело – за государством.

Беседовала Г.В. Богданова



Программа Общества православных врачей России

Спозиций православного вероучения невозможно полноценное исцеление больного вне излечения всей тройственной природы человека – духовной, душевной и соматической. В связи с этим духовное врачевание издавна являлось неотъемлемой частью лечебного процесса.

В настоящее время в России понимание болезни как в очень большой степени следствия духовной повреждённости практически исчезло из сознания человека, а деятельность обществ православных врачей стала фактом медицинской и религиозной жизни России.

Основными задачами Общества православных врачей России является улучшение качества медицинской помощи населению, основанное как на духовном врачевании, осуществляемом служителями РПЦ, так и на оказании членами региональных обществ посильной благотворительной профессиональной медицинской помощи, понимаемой православными врачами как служение страдающему человеку; участие в улучшении демографической ситуации в России путём противосто-

яния абортам, борьбы за создание полноценной семьи, здоровый образ жизни, и основную роль здесь должно сыграть создание душепопечительских центров, ведение просветительской работы в СМИ, среди учащихся, пациентов в приходах и др.

Особое значение приобретает изучение Обществом тенденций развития современной биомедицинской этики и осмысления её проблемы в свете учения Православной Церкви.

Региональные общества православных врачей могут организовывать курсы повышения квалификации специалистов медицинских и смежных профессий в свете их христианской ориентации (например, курсы медицинской психологии).

Я абсолютно всё могу!

Трудно поверить, но сегодня эта цветущая женщина может свободно гулять, водить автомобиль, заниматься физкультурой, выращивать цветы... А чуть более года назад она была на волосок от смерти. Диагноз «эмфизема лёгких с терминальной стадией дыхательной недостаточности» не оставлял шанса выжить. Первый в России человек с пересаженными лёгкими, Наталья Борисовна Смирнова, вспоминает события годичной давности.

– Наталья Борисовна, как долго Вас мучил этот недуг?

– Впервые ухудшение я почувствовала в 1991-м году: не могла подняться в горку, добежать до автобуса... Совсем плохо стало в 1997-м, когда дорога до работы в соседней поликлинике требовала нескольких остановок для отдыха. Тогда я засомневалась в поставленном мне несколько лет назад диагнозе «бронхиальная астма», от которой я и лечилась все эти годы.

– Страшно было согласиться на операцию?

– Ужасно! Я никак не могла согласиться на пересадку, даже отдавая себе отчёт, что умираю. Я сама врач, и я прекрасно понимала, каким тяжёлым будет послеоперационный период, если он вообще будет... У нас в палате были ещё пациентки, которые так хотели пойти вместо меня, а мне – совсем не хотелось.

– Врачам пришлось Вас уговаривать?

– Ну да, меня уговаривали, я очень долго отказывалась и всё никак не могла понять: почему я? В конце концов, Александр Григорьевич дал мне на раздумья три дня. Сказал: «Решайтесь, или я буду искать и готовить другого пациента». Но потом я решила, что если даже один шанс из миллиона есть – я выкарабкаюсь! Конечно, было страшно, что и этого одного шанса не будет.



Н.Б. Смирнова с сыном

– Действительно, почему именно Вас отобрали для этой операции, ведь нуждающихся – тысячи?

– Потом мне объяснили, что у меня объём грудной клетки позволяет пересадить лёгкие, взятые как у женщины, так и мужчины, а при пересадке этого органа самыми важными показателями являются именно объём и группа крови. К тому же, орган настолько редкий, что нужно было учесть всё. У меня, в отличие от других «лёгочников», инфекций не было никаких. Кроме этого, как правило, если страдают лёгкие, то и сердце больное. У меня сердце было в тот момент в очень приличном состоянии, да и давление в лёгочной артерии было тоже нормальным. Вот так я и была выбрана для этой операции.

– Вы просто везунчик!

– Это и в самом деле так! До этого я всю жизнь была материалистом, но теперь я очень засомневалась во всём этом. Всё сложилось так, что как я ни сопротивлялась, меня будто кто-то взял за руку и повёл... Я знала, что дам себя оперировать только Масару, и надо же было так случиться, что он в Петербург прилетел всего на три дня, и в эти три дня появился донор. Так мало того, из шести пунктов кривой совместимости у меня с донором совпало три, что, как потом объяснили врачи, бывает только между родственниками.

– Как долго длился подготовительный период?

– Сначала меня обследовали абсолютно всю! Сделали все-все прививки, какие только можно, в качестве превентивных мер. Вырвали все зубы, какие хоть как-то могли дать какое-либо осложнение после операции.

– Психологи работали с Вами?

– Были моменты, когда психолог был необходим. Например, перед операцией был трудный период, и особенно после... Во-первых, после наркоза я на три дня «потерялась». Закрываю глаза – ткацкая фабрика, станки, ткачихи, грохот... Открываю – палата, тишина... Опять закрываю глаза – улица, машины какие-то... Вот тут я испугалась, думала, что схожу с ума. Но врачи меня успокоили, мол, это всё наркоз... Закончились эти мои видения – начались кошмары. Я просто боялась засыпать, просила медсестёр меня будить. А потом выяснилось, что это побочное действие одного из препаратов. Но с этим мы быстро справились.

– Что в послеоперационном периоде запомнилось особенно?

– Всё шло довольно гладко, и в общем как врач я осознавала, что моё состояние соответствует тяжести перенесённой операции. Вдруг на четырнадцатый день у меня поднимается температура и мне становится плохо, а я знаю, что раннее отторжение происходит с шестого по четырнадцатый день. Операция – позади, я уже почувствовала вкус новой жизни, а тут на тебе. Всё, думаю, это конец. Академики меня успокаивают, говорят, что всё нормально, а я им, само собой, не верю – обманывают! Вот тут я чуть не сорвалась – совсем не хотелось умирать! Я расплакалась, а оказалось, нужно было снизить дозировку одного из препаратов, и интоксикация через день-два прошла.

– Кто из врачей был с Вами рядом в этот период?

– Все. И академики, и врачи всех специальностей, и медсёстры, а это бригада

порядка сорока пяти человек, специально подготовленных Александром Григорьевичем для этой операции. Меня смотрели каждое утро и каждый вечер. В восемь утра все ко мне приходили, брали все анализы. Потом – утренняя конференция: разбор и обсуждение каждого анализа, каждый специалист выступал. Если нарушался, например, электролитный баланс, тут же приезжал специалист по балансу и проводились новые назначения. Вечером уже по результатам анализов – опять конференция, и так день за днём в течение месяца. И надо сказать, что мне самой было бы очень интересно присутствовать на этих конференциях, послушать, ведь это такая школа была, врачи до сих пор вспоминают!

– Как складывались отношения «эсклюзивной» пациентки с персоналом?

– Что Вы! Отношение ко мне всех – от врачей до нянечек, конечно, было необыкновенное. Все переживали, все понимали, какая это ответственность.

– Как Вы себя сейчас чувствуете? Не было ощущения, что лёгкие – не Ваши?

– Конечно, проблемы были самые разные, ведь я первое время пятьдесят четыре таблетки в день «съедала», поэтому и с желудком было плохо, и с головой,

но только не с лёгкими! Удивительно, но ощущение такое, будто я с ними всю жизнь прожила! Сегодня я абсолютно нормальный здоровый человек, который всё может: водить автомобиль, самостоятельно ездить на дачу. Просидела там всё лето, сделала всяких домашних заготовок: грибов, вина, варенья. Дети у меня просто в восторге от всего этого!



– На работу собираетесь выйти?

– Очень хочу, но, поскольку я работаю в женской консультации, совмещённой с поликлиникой, то есть в месте, где собирается вся инфекция со всего района, особенно когда эпидемия начинается, идти на старое место работы не следует. Но вообще-то, я не могу сказать, что мне скучно и некуда себя приложить. Я с удовольствием хожу в магазины, рассматриваю этикетки и сами товары, ведь я так долго ничего этого не видела, хожу в театры, на выставки. Вы даже представить себе не можете, ведь я из дома совсем не выходила – не могла. А сейчас весь мир передо мной, и я абсолютно всё могу!

– Кого хотелось бы поблагодарить особенно за это чудо – жить полноценной жизнью?

– Всех. И ребят из МЧС, которые помогли транспортировать меня в Петербург, ведь я с кислородным баллоном не расставалась. И всех врачей – специалистов в самых разных областях, которые были со мной с первой минуты, медсестёр и нянечек. Конечно, моя особая благодарность – Александру Григорьевичу, который практически подарил мне вторую жизнь, помог с лекарствами, а сейчас регулярно наблюдает за моим состоянием.

– Будем надеяться, что в скором будущем у вас появятся «товарищи по счастью».

– Иначе и быть не может!

Беседовала Г.В. Богданова

«Нобелевка» для астрономов, нанотехнологов и неврологов

Фонд Фреда Кавли (Fred Kavli) в сотрудничестве с Норвежской академией наук учредил три новые научные премии. Каждые два года за достижения в области астрономии, нанотехнологий и неврологии будет присуждаться по миллиону долларов.

Фред Кавли, учёный и филантроп, родившийся в Норвегии, эмигрировал в США и основал там корпорацию, поставляющую датчики для авиационной и автомобильной индустрии. Он считает, что его премия не будет конкурировать с Нобелевской, а скорее послужит дополнением к ней, охватывая те области, в которых Нобелевская премия не присуждается.

«Я решил поддержать три области науки: одна занимается самым большим, другая – самым маленьким, третья – самым сложным», – говорит Фред Кавли.

Выдвигать кандидатов на получение премии имеют право директора и профессора исследовательских институтов. Самовыдвижение запрещено. Заявки должны быть поданы до 15 декабря 2007 г. Для каждой области будет создана отдельная комиссия из ведущих исследователей, которая выберет наиболее достойного премии учёного (или коллектив). Первые лауреаты будут объявлены в июне 2008 г.

На фестивале науки в Йорке 10 сентября учредители (Фонд Кавли, Норвежская академия наук и министерство образования и науки Норвегии) официально объявили о создании премии и призвали научные организации выдвигать кандидатов.

По материалам lenta.ru/news

Организаторам и участникам I Всероссийского съезда православных врачей



Ваши Высокопреосвященства, дорогие отцы, братья и сёстры!

Сердечно приветствую всех вас, собравшихся в богоспасаемом граде Белгороде на первый Всероссийский съезд православных врачей.

Отрадно, что столь представительный форум имеет своей целью создание Общества православных врачей России, которое объединит и тружеников практического здравоохранения, и деятелей медицинской науки, дабы каждый из них получил бы новые возможности для применения своих сил и талантов на благо ближних.

В своём служении православный врач обязан, прежде всего, руководствоваться Христовым законом любви, которая «долготерпит, милосердствует, не завидует, не превозносится, не гордится, не бесчинствует, не ищет своего, не раздражается, не мыслит зла, не радуется неправде, всё переносит» (1 Кор. 13, 4–7).

О том, что вы – православные врачи, должны свидетельствовать не столько ваши слова, сколько ваше слу-

жение больным и немощным. В истории нашей Церкви мы находим замечательные и поучительные свидетельства заботы о ближних: достаточно вспомнить имена Киево-Печёрских целителей – преподобных Агапита и Дамиана; основательницу Марфо-Мариинской обители труда и милосердия преподобномученицу Великую княгиню Елисавету Феодоровну; врача и учёного – святителя Луку, архиепископа Крымского. Необходимо следовать примерам подвигов благочестия и милосердия, оставленных нам святыми подвижниками земли Русской.

Православные врачи призваны нелицеприятно и профессионально оценивать с точки зрения христианской нравственности новые медицинские технологии, средства и способы лечения. Какие бы перспективы для медицины ни открывал научно-технический прогресс, он не сделает лучше жизнь человека, потерявшего связь с Богом и одержимого идеей бессмертия в пор-

бощённом греху, земном теле.

Ценность человеческой личности, уважение в ней образа и подобия Божия должны лечь в основу деятельности учреждаемого Общества православных врачей России. Именно при этом условии прогресс медицинской науки и технологий станет способствовать действительному благу человека и общества.

Желаю вам, дорогие труженики медицины, милостивого сердца, неуываемого терпения и ревности терпения и ревности в своем служении больным. Господь да благословит ваши труды, дабы преуспевать вам «в правде, благочестии, вере, любви, терпении, кротости» (1 Тим. 6, 11) ради сохранения здоровья людей.

Алексий,
Патриарх Московский и Всея Руси

Чего мы ждём от Общества православных врачей России?

Весной 1995 г. возникло первое в России Общество православных врачей, необходимость возникновения которого была продиктована целым рядом обстоятельств. Первые же месяцы работы показали целесообразность такого объединения.

Одной из причин создания Общества стало то обстоятельство, что вследствие проводимых реформ разрушалась «старая» медицина (по общему мировому признанию, построенная по лучшей модели) – и это на фоне резкого повышения заболеваемости и смертности и снижения рождаемости. В то время как отечественное здравоохранение вступало в область рыночных отношений, больные начинали обращаться к колдунам, «целителям»...

зрения православного вероучения. Обсуждение этих проблем и поиск их решения стали целью собраний Общества. Параллельно с этим началась душепопечительская работа иеромонаха Анатолия (Берестова), профессора, доктора медицинских наук, с наркозависимыми больными, а также с лицами, пострадавшими от тоталитарных сект.

С первых шагов Общества стала очевидна целесообразность постоянного духовного окормления, кото-

дотворной работы, стали налаживаться контакты и с представителями Украины и Белоруссии.

Сегодня уже очевидна необходимость создания объединения всех обществ православных врачей из разных регионов в единую организацию. Очень большую роль в организации первого учредительного съезда православных врачей сыграл известный отечественный врач, учёный и общественный деятель, главный терапевт России академик Александр Григорьевич Чучалин. Инициатива медиков была поддержана митрополитом Воронежским и Борисоглебским Сергием, а создание Общества благословил Патриарх Московский и Всея Руси Алексий. Администрация и Священноначалие Белгорода в лице губернатора Евгения Степановича Савченко и архиепископа Белгородского и Старооскольского Иоанна гостеприимно предложили провести первый учредительный съезд Общества на дорогой сердцу русских людей земле Белгорода в дни проведения Съезда Славянских народов.

Говоря о внесении в повседневную жизнь нашей медицины основных принципов христианства, мы имеем в виду любовь к ближнему, жертвенное служение больному. Наверное, правильнее было бы говорить о сопротивлении попыткам погасить всегда озарявший деятельность русских врачей жертвенный огонь, которому не дают разгореться рыночные отношения, активно внедряемые свыше в нашу медицину.

В чём конкретно может выразиться наша деятельность? Это и благотворительная помощь больным, которые не в состоянии заплатить за серьёзную консультацию и лечение. Конечно, создать «вторую» бесплатную медицину мы не можем – у нас нет ни достаточного числа людей для этого, ни средств, но что-то сделать мы можем и уже делаем. Кроме этого, мы планируем распространение христианских идей и знаний среди медиков, содействие созданию больничных храмов, часовен, молитвенных комнат, оказание духовной помощи больным. Государство сейчас прилагает определённые усилия для преодоления кризиса в современной русской медицине – мы должны сделать встречные шаги, понимая, что без «одухотворения» медицины эти усилия не дадут должного результата.

А.В. Недоступ, проф.,
председатель Московского общества православных врачей



Освобождение Церкви от гнёта атеистического государства давало возможность идти навстречу верующим больным. Накопленные многочисленные вопросы, связанные с развитием новых медицинских технологий, например с недопустимостью фетальной терапии, искусственного оплодотворения, новых методик психотерапевтического воздействия, требовали оценки с точки

рое и стал осуществлять архимандрит Кирилл (Павлов), один из современных нам великих старцев. Обсуждение сложившихся проблем на Ежегодных Международных Рождественских образовательных чтениях способствовало тому, что общества православных врачей стали возникать в других городах России. В частности, в Санкт-Петербурге накоплен очень большой опыт пло-

Национальный проект «Здоровье» в Тюменской области. Первые итоги

Первого января 2006 г. стартовал приоритетный национальный проект «Здоровье», однако сегодня уже можно подводить первые, пусть самые предварительные итоги его реализации в Тюменской области.

В соответствии с заключёнными соглашениями между Минздравсоцразвития России и Тюменской государственной медицинской академией в рамках реализации приоритетного национального проекта проведены курсы повышения квалификации 25 участковых педиатров и 30 участковых терапевтов, за счёт средств областного бюджета осуществляется переподготовка врачей различных специальностей на врачей общей практики (35 врачей).

Сегодня почти во всех территориях юга Тюменской области отмечается естественная убыль населения. Основными хроническими болезнями, которые определяют повышенную смертность населения региона, являются болезни системы кровообращения, особенно у мужчин трудоспособного возраста – 79,9 %, смертность которых в 3,8 раз выше уровня смертности женщин.

С учётом сложившейся региональной структуры заболеваемости и смертности населения диспансеризация мужчин в возрасте от 35 до 55 лет стала региональным компонентом реализации приоритетного национального проекта «Здоровье».

Всего в Тюменской области проживает 170 тыс. мужчин трудоспособного возраста, из них 112 тыс. – трудящееся население, которые подлежат дополнительной диспансеризации. На 1 июля 2006 г. в рамках территориальной программы государственных гарантий прошли диспансеризацию 15 205 мужчин в возрасте 35–55 лет, что составило 30,4 % от запланированного объёма на год. По результатам обследования определены диспансерные группы пациентов.

По предварительным данным, лишь около 12 % из числа осмотренных мужчин – практически здоровые граждане, не нуждающиеся в диспансерном наблюдении, а 22 % имеют риск развития заболевания и нуждаются в проведении профилактических мероприятий.

Для них составляется индивидуальная программа профилактических мероприятий в каждой поликлинике по месту жительства. Более 65 % мужчин нуждаются в дополнительном обследовании для уточнения диагноза, у 30 % заболевание выявлено впервые. Дата последнего обследования у врачей у 33 % мужчин была от года до трёх лет назад, 16–17 % – от 5 и более лет назад.

Приоритетным в деятельности органов здравоохранения является снижение смертности населения от заболеваний сердца и сосудов в Тюменской области.

В структуре впервые выявленных заболеваний у мужчин, прошедших диспансеризацию, заболевания сердечно-сосудистой системы составили 43 %. Учитывая высокую значимость проблемы и вместе с тем низкую обращаемость мужчин за медицинской помощью, в Тюменской области диспансеризация мужского населения стала региональным компонентом реализации национального проекта «Здоровье».

В рамках комплексных мероприятий по реализации Федеральной программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации на 2002–2008 годы» проводится мониторинг артериального давления населения Тюменской области в возрасте 19–64 лет (в ежеквартальном режиме). В целях повышения качества кардиологической службы в сентябре 2005 г. организован областной кардиологический диспансер. В ГУ филиала ГУ НИИ кардиологии Томского научного центра СО РАМН «Тюменский кардиологический центр» и ГЛПУ «Тюменская областная клиническая больница» оказываются высокотехнологические методы обследования и лечения. Медикаментозная терапия в условиях стационара подбирается у 90 % больных.

Среди других приоритетных направлений – онкологические заболевания, травматизм, сахарный диабет, материнство и детство, охрана здоровья работающего населения. С июня 2006 г. после получения реактивов на выявление врождённых заболеваний начато прове-

дение скрининга новорождённых на адреногенитальный синдром и муковисцидоз, обследовано 1967 младенцев. Кроме этого, ожидается поставка диагностикомов для проведения скрининга на галактоземию.

Департаментом здравоохранения проводится систематическая работа со средствами массовой информации, затрагивающая тему профилактики и ранней диагностики наиболее распространённых заболеваний: сердечно-сосудистых, онкологических и др. В течение последних двух лет социальные профилактические ролики местного производства по пропаганде здорового образа жизни, борьбы с курением, ожирением, малоподвижным образом жизни регулярно транслировались в эфире ГТРК «Регион-Тюмень». По вопросам профилактики злокачественных новообразований врачами ГЛПУ ТО «Областной онкологический диспансер» прочитано 45 лекций (количество слушателей – 20 203 чел.), бесед – 1560 (количество слушателей – 10 428). Организовано 7 выступлений по телевидению, 4 – по местному радиовещанию.

Традиционными стали профилактические акции «Дни открытого приёма», «Здоровые лёгкие», «Берегите мужчин», «Только для мужчин», дающие положительный результат по ранней диагностике заболеваний, привлекающие внимание широкой общественности к этой теме. Все мероприятия проходят при активном участии и поддержке средств массовой информации.

Кроме того, начиная с 2006 г. на территории области утверждена областная программа по реализации национального проекта «Здоровье», в рамках которой предусматривается оснащение амбулаторно-поликлинической службы области лабораторным и диагностическим оборудованием, службы неотложной медицинской помощи автомобилями скорой помощи.

Н.С. Брынза, зам. директора Департамента здравоохранения Тюменской области



Роль кровотечений при остром коронарном синдроме без стойких подъёмов сегмента ST на ЭКГ*

Основой лечения обострений ишемической (коронарной) болезни сердца, связанного с разрывом атеросклеротической бляшки, является воздействие на тромбообразование внутри сосуда с помощью антитромботических лекарственных средств. При этом избирательно повлиять на участок коронарной артерии, ответственный за возникновения обострения заболевания, не представляется возможным.

Подавление отдельных звеньев процесса тромбообразования в организме в целом приводит к повышению риска кровотечений, поэтому врач, который лечит больного с обострением КБС, должен решать, насколько ожидаемая польза от применения антитромботических препаратов перевешивает риск кровотечений у конкретного больного и соответственно насколько в каждом конкретном случае такое лечение оправдано. До недавнего времени основное внимание было сосредоточено на эффективности (пользе) антитромботического лечения, которая достаточно хорошо документирована у различных категорий больных с обострением КБС. Вместе с тем оказалось, что появление даже не очень тяжёлых кровотечений в ранние сроки обострения КБС сопряжено с ухудшением прогноза заболевания, причём это неблагоприятное воздействие может быть сопоставимо по величине с пользой, ожидаемой от применения антитромботических средств. Далее будут рассмотрены факты, полученные при остром коронарном синдроме без стойких подъёмов сегмента ST на ЭКГ.

Возникновение крупных кровотечений сопряжено с достоверным увеличением риска смерти в стационаре на 64 %. Мета-анализ данных клинических исследований и регистров, включавших в совокупности более 30 тыс. больных, показал, что крупное кровотечение сопряжено с четырёхкратным увеличением риска смерти, пятикратным увеличением риска инфаркта миокарда и трёхкратным увеличением риска инсульта в ближайшие 30 суток. При этом частота неблагоприятных исходов в отдалённые сроки заболевания зависит от тяжести кровотечения.

Снижению риска геморрагических осложнений может способствовать выбор более безопасных антитромботических препаратов, строгое соблюдение надлежащего режима дозирования, исключение ненужных лекарственных средств и инвазивных процедур, нормализация артериального давления, а также использование радиального доступа при чрескожных коронарных вмешательствах.

И.С. Явелов, Москва

*Полный вариант статьи читайте в журнале «Трудный пациент», № 8, 2007.





Областной кардиологический диспансер Тюменской областной клинической больницы

Областной кардиологический диспансер, организованный в 2005 г. на базе Тюменской областной клинической больницы, является наиболее мощной структурой кардиологической службы Тюменской области и оказывает все виды специализированной и высокотехнологической медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Кардиологический диспансер организует и координирует кардиологическую и кардиохирургическую помощь населению Тюменской области, функционируя как единый лечебно-диагностический и научно-методический комплекс.

В структуру диспансера включены следующие клинические отделения. Кардиохирургическое отделение № 1 (зав. отделением С.М. Корней) выполняет все виды кардиохирургических вмешательств у взрослых. Кардиохирургическое отделение № 2 (зав. отделением д.м.н. К.В. Горбатилов) является одним из крупнейших в Российской Федерации центров детской кардиохирургии. Кардиохирургическое отделение № 3 (зав. отделением к.м.н. В.С. Нелаев) специализируется на сосудистой хирургии. В отделении рентгенхирургических методов диагностики и лечения (зав. отделением Л.С. Касьянов) освоены и внедрены в практику полный спектр современных эндоваскулярных методов лечения, проводится эндоваскулярная коррекция пороков сердца. Кардиологическое отделение № 1 с палатой интенсивной терапии (зав. отделением к.м.н. В.В. Рагозина) оказывает неотложную помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями. В кардиологическом отделении № 2 (зав. отделением д.м.н. Т.П. Гизатуллина) внедрены и проводится полный спектр инвазивного лечения больных с нарушениями ритма и проводимости, по числу выполняемых имплантаций электрокардиостимуляторов отделение является лидером Тюменской области. Ревматологический центр (руководитель Г.Р. Фади-

енко) с областными центрами профилактики и лечения остеопороза, антицитокриновым центром осуществляет диагностику, лечение, диспансерное наблюдение больных с ревматологическими заболеваниями. Мощностью коечного фонда отделений кардиологического и кардиохирургического профилей составляет 200 коек.



Амбулаторно-поликлиническая помощь больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями организована на базе консультативной поликлиники Областной клинической больницы, осуществляющей специализирован-

ный приём кардиологами, кардиохирургами, сосудистыми хирургами, аритмологами, ревматологами, детскими кардиологами. Работа кардиологического диспансера тесно связана с отделениями ультразвуковой и функциональной диагностики, лучевой диагностики, лабораторной службой Тюменской областной клинической больницы.

На базе Тюменской областной клинической больницы функционируют кафедра кардиологии Тюменской медицинской академии (зав. кафедрой заслуженный деятель науки РФ, проф. С.В. Шалаев), осуществляющая первичную профессиональную переподготовку и усовершенствование врачей-кардиологов Тюменской области, а также тюменский отдел Южно-Уральского научного центра Российской Академии медицинских наук.

Областной кардиологический диспансер
ГЛПУ «Тюменская областная клиническая больница»
625023, г. Тюмень, ул. Котовского, д. 55
Телефон: (3452) 287400, (3452) 329222
Факс: (3452) 201307, (3452) 329222
<http://www.tokb.ru> E-mail: info@tokb.ru, shalaev@tokb.ru

С.В. Миневцев, главный врач

**Тюменской областной клинической больницы, к.м.н.
С.В. Шалаев, руководитель Областного кардиологического диспансера Тюменской областной клинической больницы**

Предварительное сообщение

XV Российский национальный конгресс «ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО»
Москва, 14–18 апреля 2008 года

Организаторы Конгресса

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Министерство образования и науки Российской Федерации
Российская академия наук
Российская академия медицинских наук
Российская медицинская академия последипломного образования
Общероссийский общественный фонд «Здоровье человека»

Уважаемые коллеги!

С 14 по 18 апреля 2008 г. в Москве состоится XV Российский национальный конгресс «Человек и лекарство», посвященный 100-летию со дня рождения выдающегося отечественного фармаколога академика РАН и РАМН М.Д. Машковского.

Высокий научный и образовательный уровень Конгресса будет обеспечен участием в нём ведущих специалистов в различных областях медицины, отечественных и зарубежных учёных с мировым именем.

Большое внимание на предстоящем форуме будет уделено анализу практических аспектов диагностики и лечения распространённых и редких заболеваний человека; обсуждению последних достижений и новейших разработок в различных областях медицины; научных и практических перспектив наномедицины, поиску путей внедрения инновационных технологий в практическое здравоохранение; решению вопросов минимизации рисков при лекарственной терапии.

Одна из основных задач Конгресса – своевременное доведение передовой информации до максимального числа заинтересованных специалистов. С этой целью в рамках Конгресса проводятся теле- и видеоконференции. Использование высоких информационных технологий позволяет участникам на местах увидеть и услышать всё происходящее на научных мероприятиях Конгресса. На прошедшем в апреле 2007 г. Конгрессе «Человек и лекарство» видеоконференции объединили более 4000 специалистов из 40 городов России и стран ближнего зарубежья.

Повышению квалификации врачей способствуют организуемые и проводимые совместно с Российской медицинской академией последипломного образования интерактивные конференции, мастер-классы, комплексные клинические разборы, специальные образовательные программы.

Будем рады видеть вас в числе участников XV Российского национального конгресса «Человек и лекарство» и надеемся, что новейшая научно-практическая информация, полученная в ходе участия в Конгрессе, будет эффективно использована в вашей повседневной работе.

Основные научно-практические направления Конгресса:

- совершенствование формулярной системы и клинических рекомендаций по диагностике и лечению основных заболеваний человека;
- наномедицина: научные и практические перспективы;
- высокие медицинские технологии в клинической практике;
- особенности диагностики заболеваний и оказания неотложной помощи на до-госпитальном этапе;
- репродуктивное здоровье населения России;
- лекарственные средства, модифицирующие течение болезни;
- высокие информационные технологии в непрерывном образовании врачей;
- безопасность лекарств и фармаконадзор.

Внимание: болезнь легионеров!

До сих пор по всему миру было всего несколько случаев возникновения этого заболевания. На Урале он впервые.

В 20-х числах июля этого года с подозрением на пневмонию в Верхней Пышме Свердловской области (население 75 тыс. человек) было госпитализировано 99 человек. У 89 госпитализированных диагноз «пневмония» был подтвержден. За всё время подъёма заболеваемости были госпитализированы 166 человек. Пять человек скончались. Основной причиной вспышки пневмонии медики назвали бактерию *Legionella Pneumophila*.

Название этого заболевания связано с Американским легионом (The American Legion) – организацией, основанной в 1919 г. и объединяющей американцев – участников различных войн. Именно на съезде этой общественной организации в 1976 г., проходившем в Филадельфии, и разразилась вспышка непонятной инфекции. В течение месяца болезнь унесла жизни 34 из 220 заболевших делегатов и сразу же получила наименование «болезнь легионеров».

Что побуждает говорить на эту тему?

Болезнь легионеров имеет резко выраженную сезонность – большинство вспышек и отдельных случаев заболевания регистрируется летом. Это не в последнюю очередь связано с интенсивной работой многочисленных кондиционеров. Помимо риска схватить банальную простуду, сидя под мощным потоком ледяного воздуха, в этих бытовых приборах таится другая опасность... Пневмония, вызванная легионеллой, лечится сложнее и даёт высокий процент смертности среди пациентов.

Факторами риска являются табакокурение, чрезмерное употребление алкоголя, иммунодефицитные состояния, приём кортикостероидов.

Семейство *Legionellaceae* состоит из 41 вида с 63 серотипами. У человека доминирует *L. pneumophila* (80 %); 1, 4 и 6 серотипы. *Legionella* – аэробные грамотрицательные бактерии, растущие на агаре с дрожжевым экстрактом в течение 3–5 дней. Болезнь легионеров – одна из наиболее частых причин развития внебольничной пневмонии: на их долю приходится от 2 до 9 % случаев. Среди больных в блоках интенсивной терапии этот процент может быть выше.

Болезнь легионеров часто ассоциирована с больницами. Источником инфекционного заболевания также может являться система подогрева воды. Эпидемические вспышки чаще всего были описаны в домах для престарелых, при приёме в пищу «чистых продуктов», столовой воды, во время путешествий.

Самое грозное осложнение болезни легионеров, которое и приводит к летальному исходу, – дыхательная недостаточность. Летальность составляет от 5 до 30 % и

напрямую зависит от возраста и общего состояния пациента. Гибнет легионелла при температуре выше 60 °С.

Человек человека не заражает!

Воротами инфекции является слизистая оболочка респираторного тракта. Проникновение возбудителя в организм происходит при вдыхании водных аэрозолей (душ, кондиционеры воздуха, ванна, ультразвуковые распылители воды, увлажнители систем искусственной вентиляции лёгких, фонтаны и т. п.). Несмотря на то что в мокроте больных обнаруживаются легионеллы, фактов передачи инфекции от человека к человеку не установлено.

Лабораторная диагностика выявляет изменения со стороны функции почек, печени, гематологические изменения, гипонатриемию, гематурию, протеинурию, что носит обычный характер.

Рентгенологические данные по исследованию органов грудной клетки выявляют очаговые изменения, инфильтрат, консолидацию, эмпиему плевры, округлые тени.

Внелёгочными проявлениями являются панкреатит, пиелонефрит, артрит, целлюлит, синусит, периректальный абсцесс, миокардит, эндокардит.

Экологические факторы риска – декоративные фонтаны, бассейны, источники воды, устройства для увлажнения воздуха, ингалятории, душевые кабины.

Осложнения

Самым грозным осложнением болезни легионеров является дыхательная недостаточность. Почти у 30 % госпитализированных больных отмечаются симптомы выраженных гипервентиляции и гипоксемии. Практически половина из них нуждаются в интубации и проведении искусственной вентиляции лёгких. Причиной смерти в первую очередь является дыхательная недостаточность, а также коллапс, шок с вторичной почечной недостаточностью.

Лечение*

Клиническая практика показала, что наименьший показатель смертности отмечается при применении эритромицина в дозе от 0,5 г до 1,0 г каждые 6 часов для взрослых и в дозе 15 мг/кг каждые 6 часов для де-



тей. В тяжёлых случаях эритромицин иногда сочетают с рифампицином. Поскольку тяжесть течения пневмонии при легионеллёзе не всегда требует госпитализации больных, макролиды можно считать антибиотиками выбора при лечении любых пневмоний в амбулаторных условиях. В настоящее время используют фторхинолоны широкого спектра действия в обычных терапевтических дозах.

В случае самого массового случая заражения легионеллёзной пневмонией в Верхней Пышме был применён следующий режим антибактериальной терапии:

- азитромицин 500 мг в день в течение 10 дн;
- левофлоксацин 500–750 мг 14 дн;
- другие антибиотики: тетрациклин, рифампин.

Соб. корр.

*О лечении пневмоний читайте: Федеральное руководство по использованию лекарственных средств. М., 2007. Вып. VIII. С. 943.

Дорогие коллеги!

Издаваемое ежегодно Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (ФРЛ, формулярная система) необходимо для современного непрерывного образования врачей. ФРЛ основано на экспертном мнении ведущих специалистов различных областей медицины и предназначено в первую очередь для врачей догоспитального звена.

В Руководстве рассматриваются вопросы рационального применения лекарственных средств (ЛС) и режима их дозирования в наиболее часто встречающихся клинических ситуациях. Нашли отражение современные рекомендации ВОЗ, европейских и американских обществ/ассоциаций специалистов. Впервые в России в ФРЛ учтён международный опыт доказательной медицины – указаны уровни/категории доказательности применения ЛС по наиболее значимым показаниям.

В ФРЛ включены ЛС «Перечня жизненно необходимых и важнейших ЛС» и «Перечня ЛС, отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи». Руководство содержит данные более чем о 800 ЛС. Наряду с международными непатентованными названиями, приводятся торговые наименования с указанием зарегистрированной лекарственной формы и производителя.

Востребованность ФРЛ практикующими врачами постоянно растёт. Редакционный комитет получает письма из различных регионов от врачей, которые отмечают возрастающее качество издания, его своевременность, неоценимую помощь в повседневной работе. Особенно широко ФРЛ применяется в Красноярском, Краснодарском крае, на Дальнем Востоке, в Чувашии и других регионах. Использование Руководства практикующими врачами позволяет постоянно улучшать качество медицинской помощи населению.

Академик РАМН А.Г. Чучалин

Форма заявки на приобретение ФРЛ и квитанция об оплате: <http://www.medlife.ru/congress/may2007/formular.htm>

Обновляется
ежегодно

**ФОРМУЛЯРНАЯ
СИСТЕМА**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ
РУКОВОДСТВО**

ВЫПУСК VIII

Уважаемые коллеги!

К XIV Конгрессу «Человек и лекарство» вышел в свет очередной VIII выпуск Федерального руководства по использованию лекарственных средств, которое издаётся на основании приказов Минздравсоцразвития России № 291 и № 292 от 17 апреля 2006 г. и является нормативным документом, регламентирующим деятельность врача по рациональной фармакотерапии наиболее распространённых заболеваний взрослых и детей.

Руководство предназначено для широкого круга врачей, фармацевтических работников, студентов медицинских и фармацевтических ВУЗов.

По вопросам приобретения обращаться по адресу:
111395, г. Москва, а/я 215, РИЦ «Человек и лекарство», тел./факс: 261-22-09, 267-50-04, e-mail: stend.rnk@relcom.ru

Актуальная проблема

Трансплантация и право:

философско-правовые аспекты телесности

Трансплантация органов с момента своего рождения как медицинской дисциплины вызвала большой общественный резонанс и широкий отклик в средствах массовой информации. К настоящему времени общество всё более глубоко осознаёт всю важность трансплантации как медицинской процедуры, как метода спасения человеческой жизни и переходит от иррациональной критики к её вдумчивому и серьёзному философско-правовому анализу.

Необходимо отметить, что проблема правового регулирования трансплантации тесно связана с довольно широким кругом прав человека, которые в настоящее время принято называть соматическими или личностными, т. е. непосредственно связанными с правом распоряжения собственным телом. Проблемы телесности, несмотря на актуальность и существенное внимание со стороны учёных различных специальностей, довольно долго оставались за гранью внимания правоведов. Однако стремительные открытия XX в. поставили юридическую науку перед необходимостью выработки концептуального подхода к теории соматических прав.

Широкий спектр проводимых операций по трансплантации, в т. ч. пересадка органов как от живого донора, так и от умершего, порождает широкий круг теоретических проблем. Среди наиболее острых и дискуссионных до настоящего времени остаётся проблема легализации возмездной пересадки органов.

В соответствии со ст. 47 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22.07.93 № 5487-1 органы и (или) ткани человека не могут быть предметом купли, продажи и коммерческих сделок. Таким образом, человек не может в рамках действующего законодательства извлечь выгоду из продажи своего органа или ткани. Законодатель в то же время не ограничивает круг лиц, которые безвозмездно могут выступить донорами (исключение составляют лишь доноры, находящиеся в зависимости от реципиента).

Вместе с тем, ряд теоретиков как со стороны медицины, так и со стороны права, отмечают, что в случае, если мы наделяем человека правом свободного распоряжения своим собственным телом в соответствии со своими личными желаниями, убеждениями и мотивами, мы не полномочны лишать его права на продажу своего органа, поскольку это естественное право, вытекающее из свободы распоряжения своим телом.

Рассматривая подробнее подобные логические построения, необходимо обратить внимание, прежде всего, на мотив, который владел человеком, принявшим решение стать донором органа. Следует учитывать, что человеку изначально чужда мысль о нарушении своей физиологической целостности, в т. ч. об изъятии своего органа. Иное утверждение противоречило бы естественному инстинкту самосохранения.

Таким образом, не может вызывать сомнения тот факт, что непременным условием отчуждения органа должно являться свободное волеизъявление, т. е. своеобразное усилие воли. Однако не каждое действие человека может расцениваться как волевое и свободное. Свободным волеизъявлением может быть лишь в случае, если оно связано с подлинно благородным порывом спасения жизни и восстановления здоровья человека. Если отец отдаёт долю печени для спасения жизни своего ребёнка, если брат отдаёт почку для спасения брата – это и есть полноценное волеизъявление в онтологическом смысле, в котором человек поступает только сообразно степени своей свободы. Свободы «для», а не свободы «от».

Однако если человек, пытаясь уйти от тягостных условий жизни, прокормить себя и своих близких, принимает тяжёлое и, несомненно, вынужденное решение о продаже органа, можем ли мы считать свободным волеизъявлением человека, продающего орган? Вполне очевидно, что обеспечение должного материального достатка позволит человеку избежать такого решения и делает мысль о продаже частицы себя неприемлемой. Таким образом, по своему внутреннему существу, решение о продаже органа является вынужденным, но не свободным, что, по нашему убеждению, является достаточным основанием для запрета продажи органов и тканей.

Полемизируя со сторонниками продажи органов, следует отдельно указать на тот факт, что принятие положительного решения о возможности рассмотрения органов и тканей человека в качестве объекта купли-продажи неизбежно порождает целый ряд неочевидных правовых последствий. Так, например, если мы воспри-

мем как правомерное желание человека на продажу части тела, то, по существу, таким же правомерным необходимо будет признать желание человека торговать собой, занимаясь проституцией, поскольку в этом он (человек) также реализует право на распоряжение собственным телом по своему усмотрению.

Среди прочих существует ещё один сложный философско-правовой вопрос, тесно связанный с реализацией права на телесную целостность и не менее тесно – с проблемой трансплантации. Нередко донором органов становится умерший человек, и в силу различных обстоятельств выяснить волю умершего относительно сохранности его тела и возможности использования его органов для трансплантации не представляется возможным. Как поступить в таком случае? Может ли право реципиента на жизнь и здоровье расцениваться как более значимое, нежели право донора на телесную целостность после смерти?

Принимая во внимание всю сложность данного вопроса с точки зрения этики, законодатель, однако, принимает сторону реципиента, устанавливая презумпцию согласия на изъятие органов и (или) тканей: в соответствии со ст. 8 Закона Российской Федерации от 22.12.92 № 4180-1 «О трансплантации органов и (или) тканей человека» изъятие органов и (или) тканей у трупа не допускается, если учреждение здравоохранения на момент изъятия поставлено в известность о том, что при жизни данное лицо либо его близкие родственники или законный представитель заявили о своем несогласии на изъятие его органов и (или) тканей после смерти для трансплантации реципиенту.

Одновременно с этим согласно Федеральному закону от 12.01.96 № 8-ФЗ «О погребении и похоронном деле» изъятие органов и (или) тканей из тела лица после смерти должно осуществляться в полном соответствии с волеизъявлением умершего, выразившего устно в присутствии свидетелей или письменно согласие или несогласие на данные манипуляции. В случае отсутствия волеизъявления умершего право на разрешение указанных действий имеют супруг, близкие родственники (дети, родители, усыновлённые, усыновители, родные братья и родные сёстры, внуки, бабушка, дедушка), иные родственники либо законный представитель умершего, а при отсутствии таковых иные лица, взявшие на себя обязанность осуществить погребение умершего. Таким образом, указанное положение закона устанавливает волеизъявление покойного или его родственников в качестве непременного условия проведения манипуляции по изъятию органов, давая основания расценивать данные положения как презумпцию несогласия.

Ввиду неоднозначности и сложности данная проблематика становилась предметом рассмотрения Конституционного Суда Российской Федерации. В своём определении от 04.12.03 № 459-О «Об отказе в принятии к рассмотрению запроса Саратовского областного суда о проверке конституционности статьи 8 закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» Конституционный Суд Российской Федерации указал, что в ст. 8 Закона Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека» законодатель установил модель презумпции согласия на изъятие органов и (или) тканей человека после его смерти («неиспрошенное согласие» или «предполагаемое согласие»), трактуящую невыражение самим лицом, его близкими родственниками или законными представителями своей воли либо отсутствие соответствующих документов, фиксирующих ту или иную волю как наличие положительного волеизъявления на осуществление такого изъятия – при том, что никто после смерти не может быть подвергнут данной процедуре, если известно об отрицательном отношении к этому самого лица, его близких родственников, законных представителей.

Презумпция согласия, согласно выводам Конституционного Суда, базируется, с одной стороны, на признании негуманным задавать родственникам практиче-

ски одновременно с сообщением о смерти близкого человека либо непосредственно перед операцией или иными мероприятиями лечебного характера вопрос об изъятии его органов (тканей), а с другой – на предположении, обоснованном фактическим состоянием медицины в стране, что на современном этапе развития трансплантологии невозможно обеспечить выяснение воли указанных лиц после кончины трансплантата.

Необходимым условием для введения в правовое поле презумпции согласия на изъятие в целях трансплантации органов (тканей) человека после его смерти является также наличие опубликованного для всеобщего сведения и вступившего в силу законодательного акта, содержащего формулу данной презумпции, – тем самым предполагается, что заинтересованные лица осведомлены о действующих правовых предписаниях. В Российской Федерации таким актом является Закон Российской Федерации «О трансплантации органов и (или) тканей человека».

Таким образом, принимая во внимание изложенное выше, становится очевидным, что, несмотря на наличие действующего законодательства, проблема рационального правового регулирования вопросов изъятия органов и тканей с учётом свободного волеизъявления донора нуждается в более детальной и комплексной проработке. Одновременно с вопросами обеспечения прав субъектов трансплантации существует целый ряд вопросов, связанных с правовым положением объектов трансплантации – органов и тканей человека. Само по себе не существует юридического определения «орган» и «ткань» – в данном случае юридическая наука использует понятие медицинской. Кажется, что это и не является необходимым. Вместе с тем, отсутствие такого определения не позволяет сделать вывод о том, что, собственно, может называться органом и с какого момента орган становится органом и перестаёт им быть. Таким образом, в разряд органов попадают, в частности, анатомические препараты, а также различные учебные препараты, изготовленные из частей человеческого тела, даже по прошествии продолжительного времени. Следовательно, изъятие части человеческого тела (с целью изучения) возможно также лишь с предсмертного согласия донора или же согласия родственников post mortem. Кроме того, продажа анатомических препаратов также становится невозможной, поскольку формально они не утрачивают статус органа, не могущего быть объектом купли-продажи.

Указанная проблема неоднократно становилась предметом дискуссий. Известные ученые-анатомы указывали на тот факт, что изучение строения человеческого тела не представляется возможным без использования естественных препаратов. Данный вопрос, несомненно, нуждается в более глубоком правовом осмыслении. Качественное обучение будущего врача, по существу, является одним из основополагающих моментов в обеспечении качества оказания медицинской помощи населению. Однако следует заметить, что правовое регулирование в данном случае должно носить равномерный характер, поскольку право человека не стать анатомическим препаратом после смерти также несомненно, как и право студента на качественное обучение.

Все вышеизложенное позволяет заключить, что формирование правового взгляда на природу человеческого тела, осмысление прав и обязанностей гражданина, вытекающих из его телесности, является одной из актуальных задач современной юридической науки. Необходимо трезвое, взвешенное и комплексное изучение обозначенных выше вопросов с привлечением специалистов различных отраслей знаний. В то же время, по нашему мнению, вряд ли стоит ожидать однозначного решения в ближайшее время. Ведь, как справедливо заметил А. Эйнштейн, невозможно решить проблему, находясь на том же уровне сознания, на котором мы её создали.

Все вышеизложенное позволяет заключить, что формирование правового взгляда на природу человеческого тела, осмысление прав и обязанностей гражданина, вытекающих из его телесности, является одной из актуальных задач современной юридической науки.

Необходимо трезвое, взвешенное и комплексное изучение обозначенных выше вопросов с привлечением специалистов различных отраслей знаний. В то же время, по нашему мнению, вряд ли стоит ожидать однозначного решения в ближайшее время. Ведь, как справедливо заметил А. Эйнштейн, невозможно решить проблему, находясь на том же уровне сознания, на котором мы её создали.

О.О. Салагай к.м.н., юрист,
ведущий специалист-эксперт отдела законодательства
в сфере здравоохранения
Министерства здравоохранения и социального развития РФ



Объективная непредотвратимость, или Как доказать невиновность врача*

Является ли врачебная ошибка непреднамеренным нанесением вреда здоровью человека в связи с проведением оправданных диагностических, лечебных и профилактических мероприятий? Спор по этому поводу продолжается...

По вине и наказание

Наличие вины медицинского работника влечёт наступление той или иной ответственности в зависимости от степени общественной опасности его действий, поэтому дефект медицинской помощи считается юридически значимым понятием, и факт его наличия будет иметь соответствующее юридическое значение при установлении меры наказания.

Мы рассматриваем только неосторожное причинение вреда жизни и здоровью пациента. Преступления, совершённые медицинскими работниками, или умышленное причинение вреда жизни и здоровью необходимо выделить в отдельную категорию правонарушений в классификации дефектов медицинской помощи ввиду их особой общественной значимости.

Дефект медицинской помощи, последствиями которого стало причинение смерти или вреда здоровью человека, влечёт наступление гражданской, административной, а в некоторых случаях – и уголовной ответственности.

Под действие УК РФ дефект медицинской помощи подпадает при наличии двух условий: 1) если действие или бездействие лица, связанные с дефектом, квалифицируются как преступление; 2) если деяние является виновным. Поскольку дефекты медицинской помощи подразумевают определённую степень вины, то в случаях, предусмотренных УК РФ, они ведут к наступлению уголовной ответственности. Следовательно, ошибки при оказании медицинских услуг, не связанные с легкомысленным или небрежным выполнением специалистами своих профессиональных обязанностей, относятся к невиновным действиям врачебного персонала, и это не влечёт наступления уголовной ответственности.

Доказать невиновность врача

Одно из условий наступления гражданско-правовой ответственности – вина, поэтому, если при оказании медицинской помощи здоровью больного нанесён вред, важно доказать невиновность врача. Иначе говоря, медицинскому работнику необходимо доказать, что данный вред был причинён в результате невиновного действия, а не в результате дефектов при оказании медицинской помощи, т. е. что пациенту была оказана медицинская помощь надлежащего объёма, содержания, качества, но вред всё равно наступил.

По общему правилу, гражданско-правовая ответственность не может наступать при отсутствии вины причинителя вреда (т. е. при врачебной ошибке), однако есть исключения из данного правила.

Так, вред, причинённый в состоянии крайней необходимости (т. е. для устранения опасности, угрожающей самому причинителю вреда или другим лицам, если эта опасность при данных обстоятельствах не могла быть устранена иными средствами), должен быть возмещён причинителем вреда (ст. 1067 ГК РФ). Учитывая обстоятельства, при которых был причинён вред, суд может освободить от возмещения вреда полностью или частично (в ст. 1067 ГК РФ речь идёт как о причинённых убытках, так и о нанесённом моральном вреде). Примером подобной ситуации может быть перелом ребер при оказании реанимационных мероприятий (непрямого массажа сердца) и развитие вследствие этого пневмонии.

Источником повышенной опасности признаётся любая деятельность, осуществление которой создаёт повышенную опасность причинения вреда из-за невозможности полного контроля за ней со стороны человека. К источникам повышенной опасности относятся транспортные средства, механизмы, электрическая энергия

высокого напряжения, атомная энергия, взрывчатые вещества, сильнодействующие яды, а также неапробированные и незарегистрированные в надлежащем порядке новые лекарственные препараты и методы лечения.

Независимо от вины возмещается вред, причинённый новыми лекарственными средствами или медицинскими технологиями при проведении медицинских экспериментов, поскольку они являются источниками повышенной опасности (ст. 1079 ГК РФ).

Вероятность причинения вреда, например, при испытании новых лекарственных средств весьма высока, поэтому Гражданский кодекс предоставляет участникам эксперимента повышенную защиту, обязывая медицинскую организацию компенсировать причинённый им вред в любом случае.

Независимо от вины причинителя вреда возмещается также вред, нанесённый жизни и здоровью гражданина вследствие конструктивных, рецептурных или иных недостатков товаров или медицинской услуги, а также вследствие недостоверной или недостаточной информации о ней (ст. 1095 ГК РФ), если причинитель вреда (врач, ЛПУ) не докажет, что вред возник вследствие обстоятельств непреодолимой силы или нарушения потребителем установленных правил пользования товаром, результатами услуги или хранения. В таких ситуациях, чтобы не наступила ответственность, медицинское учреждение (врач) должно будет доказать, что вред возник из-за нарушения потребителем (больным) установленных правил пользования лекарством и условий хранения. Во всех перечисленных случаях возможно наступление гражданской ответственности при отсутствии вины медицинского работника, в т. ч. при врачебных ошибках.

Таким образом, в гражданском праве врачебная ошибка является невиновным (случайным) причинением вреда. Случай невозможно заранее предвидеть и невозможно предотвратить любыми доступными средствами и способами на данном уровне научно-технического развития общества – даже тогда, когда лицо могло его предвидеть. Он характеризуется объективной непредотвратимостью.

Если при взаимоотношениях между медицинским работником и пациентом имел место случай, то вины медицинского работника нет, и именно такое невиновное причинение вреда в результате медицинского вмешательства является врачебной ошибкой.

Ошибка и дефект – понятия взаимноисключающие

С развитием медицины, возможностей диагностики снижается возможность причинения случайного вреда. То, что раньше считалось врачебной ошибкой, может переходить в категорию дефектов медицинской помощи.

Сегодня врач не может и не должен опираться только на своё клиническое мышление, он обязан использовать все научные достижения и технические диагностические средства при лечении больного.

Для предотвращения возникновения дефектов медицинской помощи руководство медицинской организации обязано заботиться о своевременной закупке современного диагностического оборудования, внедрении современных технологий лечения, а также о повышении квалификации медицинского персонала.

Каждый медицинский работник при осуществлении своей профессиональной деятельности должен быть максимально бдительным и внимательным и делать всё

возможное для предотвращения дефектов медицинской помощи при лечении больного. «Перестраховка» врача, в некотором смысле гипердиагностика способствует снижению риска возникновения причинения вреда жизни и здоровью пациента.

Обобщая изложенное, можно сказать, что вред (негативные последствия, неблагоприятный исход) может быть следствием, во-первых, обычного прогрессирования заболевания (тогда не будет причинно-следственной связи между вредом и действиями медицинского работника); во-вторых, невиновного причинения вреда (случая, врачебной ошибки); в-третьих, виновного причинения вреда (правонарушения, дефекта медицинской помощи, ненадлежащего оказания медицинской помощи).



Рассматриваемый подход определяет понятия «дефекты медицинской помощи» и «врачебная ошибка» как фактически исключающие друг друга. Из этого следует, что понятия «ошибка врача» и «врачебная ошибка» не являются тождественными. Ошибкой врача можно назвать любое неправильное действие при исполнении им должностных обязанностей, проявляющееся либо в виде дефекта медицинской помощи, либо в виде врачебной ошибки. Термин «врачебная ошибка» можно охарактеризовать как самостоятельный фразеологический оборот, устойчиво сложившийся и используемый для обозначения ошибочных действий врача, не содержащих признаков его вины.

Подобная терминология используется не только в медицинской практике. Судебная ошибка также характеризуется как невиновное действие судьи, вынесшего по объективным причинам несправедливый приговор. За судебную ошибку также не наказывают, однако существуют механизмы её исправления (например, вышестоящим судом). А вот врачебные ошибки могут иметь непоправимые последствия. Какие бы новые понятия ни вводили медики и юристы и как бы ни использовали старые, юридическая квалификация врачебных ошибок и дефектов медицинской помощи основывается на двух понятиях: «вред» и «вина».

При подготовке материала использовалась информация портала Росмедстрах

О.Ю. Александрова, д. м. н., проф. кафедры основ законодательства в здравоохранении ММА им. И.М. Сеченова;
И.Ю. Григорьев, д. м. н., вице-президент ООО «Городская страховая компания», Москва;
О.Н. Лебединец, к. ю. н., доц. кафедры гражданского права и процесса Московского университета МВД;
Т.В. Тимошенко, соискатель кафедры основ законодательства в здравоохранении ММА им. И.М. Сеченова

*Окончание. Начало см. в № 2 (28) и 3 (29).

Почему вымерли динозавры, или Глобальная малая модель Палеоцена сегодня

Почти во всех частях света обнаружены костные останки динозавров. Поражает удивительное разнообразие этих животных и их монстрозность: хвостатые, трёхпалые, пятипалые, с крыльями и без, с обилием зубов... Некоторые особи, например диплодок, имели длину тела 25 метров при высоте около 5-ти метров. Это самое большое животное из всех когда-либо обитавших на Земле.

Существует несколько теорий о причинах вымирания этих реликтовых травоядных, но в каждой из них обнаруживается какой-либо изъян. Кроме того, ни одна из теорий не объясняет, почему они знамениты монстрозностью и разнообразием видов. Ведь последнее должно было способствовать выживанию. Из-за высокой концентрации углерода в древней атмосфере наблюдалось величайшее обилие растительной пищи, что не могло приводить к чудовищному гигантизму и полиморфности, так как это возможно только при целевом воздействии на генный аппарат. Вот тут и кроется отгадка тайны.

Мало того, отголосок прошлого стал угрожать ныне существованию человечества. Но давайте сначала заглянем, скажем, в Палеоцен. Это как раз тот период, в котором появились, а затем исчезли динозавры. Период характеризуется бурной тектонической и вулканической деятельностью. Установлено, что ядро нашей планеты – железо-никелевое, следовательно, в древние времена происходило обогащение тяжёлыми металлами поверхности Земли.

О громадной концентрации токсического металла в палеорастительности, а следовательно, в органическом топливе ныне говорит высокое содержание никеля в угле. Так, в одной тонне золы углей Южного Уэльса (Англия) обнаруживают до 78 кг никеля, что имеет промышленное значение для добычи этого металла из твёрдого топлива.

В далёкие времена тяжёлые металлы, включая ферромагнитный никель, вулканами выбрасывались из недр, орошая биосферу. В Меловой период, Палеоцен и более древние времена из-за бурной вулканической деятельности концентрация никеля в коре Земли была столь велика, что от этого **возникли монстрозные животные (динозавры и др.)**, которые впоследствии от этого же обстоятельства и вымерли. Гипотеза автора этих строк о влиянии никеля на эволюционное развитие всего живого на Земле принята к регистрации Украинской и Международной (г. Москва) ассоциациями авторов научных открытий.

Исследователи установили, что не только на Кольском полуострове, где добывается никель, но даже во Владивостоке плохие показатели здоровья населения связаны с высокой концентрацией никеля в окружающей среде. Известно, что от выбросов металлургического комбината погибли леса в радиусе 30 км от города Мончегорска. Такая же ситуация в Норильске, о которой в 2006 г. оповестил американский эколог Ричард Фуллер, добавив, что не только образовался пустырь без деревьев на 10–15 миль вокруг города, но и рабочие заполярного комбината-гиганта умирают в 37–42 года.

Более 40 лет известно, что в геохимическом регионе верховья реки Урал (треугольник Магнитогорск – Кустанай – Актюбинск) домашний скот на пастбищах, **где растут уродливые (монстрозные) растения**, впитывающие в себя из почвы никель, заболевает катарактой, кератитами, слепнет и гибнет от анемии и общего отравления. **Этот научный факт до настоящего времени в медицинской среде столь долгие годы не получил должной интерпретации и осмысления.**

Если ознакомиться с выводами доктора ветеринарных наук Ю.Г. Грибовского «Научное обоснование комплекса мероприятий по снижению отрицательного влияния никеля на организм домашних животных и санитарное качество продуктов животноводства в природно-технологических провинциях Урала» (Челябинск, 2000, 326 с.), то станет ясно, что высокая концентрация никеля в почве и пище опасна для здоровья не только домашнего скота, но и для человека.

По подсчётам профессоров Австрии дерматологов F. Gschneit и W. Aberer, оказалось, что 9 % населения в этой стране в 2004 г. реагировали на никель при контакте с ним. Об аллергии на названный металл оповещали СМИ в связи с введением в обращение монет евро, содержащих 25 % никеля. Во Франции (см. сайт: www.stq.ru/stqsite/) подсчитано, что 20–25 % населения этой страны имеют особую чувствительность к 28-му химическому элементу. Аналогичные сигналы поступают со всех континентов.

Почему идёт речь об аллергии на металл и опасно ли это?

Доктор А.В. Скальный – один из ведущих биоэлектронщиков России – пишет об аллергии кухарок от никелированной посуды, не объясняя истинного механизма возникновения особой чувствительности организма (и это при сравнительно сухой коже!).

Наиболее известны канцерогенные свойства никеля, который ВОЗ назвала одним из опасных экотоксикантов. **Влияя на РНК и ДНК, никель изменяет гены.** На Гавайских островах некоторые пальмы не дают плодов из-за высокой концентрации токсического металла в вулканической почве. С этим же обстоятельством связывают эндемические заболевания и видовое разнообразие флоры и фауны вулканических островов, а также уродства, или монстрозность, в других регионах (выухоль на Урале, утконос в Южном полушарии и т. д.).

Из-за возросшей добычи и распыления металла пылепыленностью, но главным образом от сжигания торфа, сланцев, нефти и угля биосфера сегодня испытывает некую модель Палеоцена, поэтому возросла концентрация токсического металла в океанической рыбе и растительности (арахис, бобовые, какао, зерновые, корнеплоды, грибы). Человеческий организм ещё не успел приспособиться, **ибо темпы загрязнения биосферы столь высоки, что адаптационная способность живых организмов Земли уже не обеспечивает безопасность.**

Ситуация усугубляется ещё и искусственно. С 1933 г. стала регистрироваться аллергия на никель (дерматит). С этой же датой связано массированное распространение немецкой технологии производства маргарина, а затем кондитерских, кулинарных и хлебопекарских трансжиров с применением никелевого или никель-кисельгурового катализатора, который хоть и очищается в конечной продукции, но не полностью. Установлена норма остатка металла в трансжирах, но если вы знаете, что металл обладает свойством постепенно накапливаться в организме, то всякое нормирование не имеет смысла! Вот истинная причина аллергии кухарок, пользующихся, главным образом, алюминиевой посудой, а не никелированной.

Первый маргариновый завод в СССР был построен в 1930-х гг. в Москве при помощи дружественной тогда Германии. Надо заметить, что гитлеровцы стратегическими секретами ни с кем не делились. С 1946 г. трофейная технология производства маргарина быстро распространилась по всему свету, являя собой фашистскую замедленную мину огромной разрушительной силы.

Клиницисты утверждают, что никельдефицитных состояний у человека не зарегистрировано. Мы же добавим, что это исключено и в будущем. Однако фармацевтические справочники расхваливают никель (нажива – прежде всего!), одобряя его включение в лекарства (капли Береш-плюс и т. д.), в пищевые добавки (Кедрон-Ива и др.) и в витаминные комплексы, производимые в основном в США, хотя известно, что аллергия на никель, т. е. перенасыщение организма токсическим металлом, прогрессирует, охватив в развитых странах 15–25 % населения. Может ли человек разумный наносить вред себе и грядущим поколениям? Есть даже детский Витрум, содержащий никель!

Европарламент ещё в 1994 г. принял директиву № 94/27/ЕС о необходимости снижения содержания никеля во многих продуктах питания, но медицинская общественность и администрация СНГ от внедрения такой рекомендации воздерживается, позволяя расширять рынок сбыта псевдолекарств. Заметим ещё: Украина ежегодно импортирует из Германии 20 тыс. тонн маргарина...

Несмотря на успехи практической медицины и науки, в последние десятилетия отмечается рост некоторых заболеваний человека, среди которых называют анемию, бронхиальную астму, обструктивный бронхит, врождённые аномалии, катаракту и др. Но особенно беспокоит нас прогрессирование сахарного диабета.

Важная информация для читателей

Всякая аллергия на никель есть симптом системной сверхчувствительности, или гиперсенситизации, которая постепенно приводит к развитию сокрушительных аутоиммунных реакций, прежде всего в тех органах, где цитотоксический, мутагенный, аллергенный металл накапливается и преобразует белки клеток, делая их чужеродными, особенно в поджелудочной железе. Такие реакции приводят к аутоиммунным заболеваниям, одно из которых – сахарный диабет. Ещё напомним, что о способности поджелудочной железы накапливать в себе токсический мутагенный металл известно уже более ста лет. Будущим матерям рекомендовано ограничить употребление шоколада, так как плод обладает повышенной способностью аккумулировать никель.

Особенности регионального и глобального загрязнения окружающей среды и пищи ещё мало известны и не систематизированы. Тяжёлые последствия интоксикации из-за многообразия проявлений и скрытого характера длительного протекания их ещё не привлекли внимание гигиенистов и лечащих врачей. Пора от сетований на непонятные тенденции роста заболеваний и уродств новорождённых, обогатившись знаниями, перейти к разумным выводам. И есть с кого взять пример. Так, более 10 лет назад Дания в законодательном порядке запретила ввоз в страну продуктов, содержащих никель, однако о том, что он модифицирует растительные белки, в т. ч. маргариновые, датские ученые, вероятно, не знают. Итак, **динозавры вымерли от анемии, уродств и диабета.** Эта же участь угрожает человечеству!

В заключение автор делает вывод: приведённые факты, в т. ч. слепота и гибель домашнего скота, позволяют прозреть в сегодняшней глобальной экологической ситуации и приглашает оппонентов к дискуссии.

В. Шудин, Ялта

<p>Общероссийский общественный фонд «Здоровье человека» 103064, Москва, Нижний Сусальный пер., д. 5</p>		<p>Журнал «ТРУДНЫЙ ПАЦИЕНТ» 119002, Москва, Кривоарбатский пер., д. 11</p>		<p>© ЗАО РИЦ «Человек и лекарство», 2007 Торговая марка и торговое имя «Человек и лекарство» являются исключительной собственностью ЗАО РИЦ «Человек и лекарство»</p>	
<p>Главный редактор академик РАМН А.Г. Чучалин Руководитель проекта С.И. Судовский www.medlife.ru</p>	<p>Генеральный директор М.В. Быльков Руководитель отдела маркетинга Н.В. Сафронова</p>	<p>Координатор проекта И.М. Шугурова Шеф-редактор проекта Г.В. Богданова</p>	<p>ЧЕЛОВЕК и лекарство МЕДИЦИНСКАЯ НАУЧНО-ПОПУЛЯРНАЯ ГАЗЕТА</p>		
<p>УЧРЕДИТЕЛЬ: ЗАО РИЦ «Человек и лекарство» Издание осуществлено при поддержке Общероссийского общественного фонда «Здоровье человека» и журнала «Трудный пациент»</p>					

Перепечатка материалов и использование их в любой форме, в том числе в электронных СМИ, без письменного разрешения редакции не допускается. Редакция не несет ответственности за содержание и достоверность рекламных материалов. Мнение редакции не всегда совпадает с мнением авторов. Тираж 5 000 экз.

ISSN 1680-7839



Контактный тел./факс: (495) 241-01-34, 248-94-54
E-mail: 4075.g23@g23.relcom.ru; info@t-pacient.ru
Адрес для переписки: 111395, Москва, а/я 215, РИЦ «Человек и лекарство»

Газета зарегистрирована в Московском территориальном управлении Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций. Рег. ПИ № 1-0344. Подписано в печать 20.09.2007