

# НОСПИТАЛ БОЛЬНИЦА

*NE CEDE MALIS*  
НЕ ПАДАЙ  
ДУХОМ В  
НЕСЧАСТЬЕ!

№ 3–4  
2004

**НАУКА  
И ПРАКТИКА**

**Первая  
Всероссийская  
конференция  
«Органное  
донорство в  
клинической  
трансплантологии»**

**СТР. 3–9**

**Врач, защити  
себя сам!**

**СТР. 13**

**Ольга Демихова:  
«Хирурги не должны  
отступать, наоборот,  
им надо занять более  
активную позицию»**

**СТР. 14**



*Проф. В. И. Соколов: «Операции, которые сейчас делают наши хирурги – они делают на свой страх и риск. Делают потому, что умирают люди. Делают потому, что их нельзя не делать» (стр. 10)*

## ОТ МОСКВЫ ДО ВЛАДИВОСТОКА

В Москве, в помещении Центра оперного пения Г. В. Вишневской, прошло первое заседание Школы «Атеротромбоз: лечение и профилактика». На нем присутствовало около 300 врачей различных специальностей из Москвы и Подмосквья.

Этот просветительский проект реализуется при участии Всероссийского научного общества кардиологов, Российского общества ангиологов и сосудистых хирургов, а также Национальной Ассоциации по борьбе с инсультом. Спонсором и соавтором в разработке концепции Школы является французская фармацевтическая компания Санофи-Синтелабо (Sanofi-Synthelabo), благодаря которой все занятия бесплатны для слушателей.

чается увеличение риска развития сердечного приступа и повторного инсульта.

По итогам первого заседания Школы прошла пресс-конференция, в которой приняли участие известные ученые-медики – член-корреспондент РАМН, директор Всероссийского общества клинической фармакологии Ю. Б. Белоусов, профессор, руководитель лаборатории клинических проблем атеротромбоза Института кардиологии им. А. Л. Мясникова РКНПК МЗ РФ Е. П. Панченко, а также директор маркетингового направления российского представительства компании Санофи-Синтелабо Станислав Ленсу.

Отвечая на вопросы журналистов, Станислав Ленсу сказал:

пания Санофи-Синтелабо разработала и производит один из наиболее эффективных препаратов, применяющихся для профилактики и лечения этого заболевания – антиагрегант клопидогрель.

Деятельность, направленную на профилактику и лечение заболеваний, связанных с явлением атеротромбоза планируется развивать и дальше. Уже намечено проведение Школ атеросклероза в Казани, пришли запросы на их проведение от местных органов здравоохранения Перми, Самары, Воронежа, Тамбова, Красноярска, Владивостока и других городов.

Занятия в Школе ведутся в течение 6–8 академических часов. Цикл лекций включает в себя но-

**Первое заседание Школы атеротромбоза, которое прошло в Москве – это начало большого образовательного проекта для врачей различных специальностей по всей России**

Проблема заболеваний, связанных с явлением атеротромбоза, тревожит врачей всего мира, однако в России она стоит особенно остро. По данным МЗ РФ смертность от болезней системы кровообращения занимает у нас первое место и составляет более 1 миллиона человек в год. Смертность от ишемического инсульта прогрессивно возрастает и составляет около 30%. За последние 5 лет количество случаев ишемического инсульта возросло на 11%.

Проблема заключается еще и в том, что если у человека развивается атеротромбоз, то он поражает не один орган. Например, заболевание периферических артерий у большинства больных протекает бессимптомно, но одновременно в шесть раз повышает риск смерти от сердечного приступа или инсульта. У больных, перенесших сердечный приступ, повышается риск инсульта и повторного инфаркта миокарда. После инсульта также отме-

«Мы прекрасно осознаем социальную ответственность компании перед обществом – врачами и пациентами. Одним из основных принципов нашей работы в разных странах мира является тесное сотрудничество с медицинским сообществом, особенно в организации образовательных программ. Так, в текущем году запланировано открыть 24 консультационных Атероцентра. Они будут оборудованы при стационарах в разных городах РФ, первый такой центр откроется в Москве».

В последние годы появились новые терапевтические возможности (лекарственные и нелекарственные) снижения риска развития атеротромбоза, а также повторных инфарктов миокарда и инсультов. Таким образом, проект Школ по атеротромбозу является удачным сочетанием науки и практики, помогаая врачам получать самые современные данные о методах лечения и лечебных препаратах. Кстати, ком-

пью концепцию взаимосвязи между такими серьезными заболеваниями как инфаркт миокарда, инсульт и заболевания периферических артерий нижних конечностей. В их основу положены принципы доказательной медицины, учитываются все международные и отечественные рекомендации по освещению проблемы атеротромбоза. После окончания занятий участникам будут выдаваться специальные сертификаты.

Развивая тему профилактики атеротромбоза и связанных с ним тяжелых заболеваний, все присутствующие на первом заседании Школы сошлись во мнении о необходимости восстановления санпросветработы на базе государственных структур здравоохранения. Борьба за здоровый образ жизни – существенная часть профилактики атеротромбоза – должна иметь форму общегосударственной программы и не ограничиваться системой здравоохранения.

## СОЛНЕЧНЫЙ МИР ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Скандинавская фармацевтическая компания «Никомед» провела акцию в детских садах Москвы, направленную на популяризацию знаний о пользе витаминных препаратов. В ней участвовали и дети, и их родители, и работники дошкольных учреждений. Акция проходила в самом начале переходного весеннего периода, когда человеческий организм, ослабший за зиму, особенно сильно нуждается в дополнительных микронутриентах.

Ученые-медики давно доказали, что подавляющее большинство горожан с самого раннего возраста испытывают постоянный дефицит микронутриентов. Недостаток витаминов и минеральных веществ проявляется частыми простудными заболеваниями, хронической усталостью, вялостью, сезонными аллергическими заболеваниями и сниженным настроением.

В прошлом году компания «Никомед» вывела на российский рынок новую линию витаминов «Сана-Сол». Эти препараты предназначены для различных групп потребителей, от годовалых детей до людей пожилого возраста. Формулы комплексов «Сана-Сол» созданы с учетом рекомендаций, выработанных Институтом питания РАМН и утвержденных Минздравом для жителей России.

### «Звездочка по имени Сана-Сол»

Если малышу уже исполнилось 3 года, но еще не больше 12, он может стать участником съемок для телевизионной рекламной кампании «Витамины Сана-Сол» 2005 года. Всероссийский конкурс «Теле-Звездочка по имени «Сана-Сол» будет проходить до 1 декабря 2004 года.

Для того чтобы стать участником, необходимо прислать забавный стишок про витамины «Сана-Сол», фотографию Вашего ребенка и этикетки трех любых коробочек от витаминов «Сана-Сол».

Пять главных победителей исполнят на широком экране свои стихи. Еще 50 лучших примут участие в съемках рекламного проекта компании. Организаторы конкурса предоставят бесплатный проезд в Москву, а также проживание на время съемок в гостинице юным победителям и сопровождающему их лицу из любого населенного пункта РФ.

Адрес компании «Никомед»: 119021, Москва, ул. Тимура Фрунзе, 24, а/я «Сана-Сол».

## Отечественная трансплантология в опасности!

Вопросов много — решений нет

**В Научно-исследовательском институте трансплантологии и искусственных органов МЗ РФ (НИИТИО) состоялась Первая Всероссийская конференция «Органное донорство в клинической трансплантологии».**

**Трансплантология в России переживает смутные времена. Наука, которая еще вчера развивалась, сегодня — топчется на месте. И это притом, что в 1992 году был принят Закон «О трансплантации органов и (или) тканей человека», который должен был всемерно содействовать прогрессу.**

**Как отметил при открытии конференции директор НИИТИО академик РАН и РАМН Валерий Шумаков, поводом для ее созыва послужили события в московской городской больнице № 20, широко обсуждавшиеся в средствах массовой информации и существенно подорвавшие в общественном мнении доверие к трансплантологам.**

**Почему неуклюжие действия правоохранительных органов и нападки желтой прессы так легко перевесили чашу весов, поставив под сомнение деятельность отечественных трансплантологов, самоотверженный труд ученых и врачей? Почему тысячи людей, которых они могли бы спасти — погибают? Вот главные вопросы, на которые предстояло ответить участникам этого форума.**



### Правовая коллизия

В свое время на зданиях анатомических корпусов наших медицинских вузов гордо красовался суровый лозунг: «Здесь мертвые учат живых». Медицинское вскрытие было обязательной процедурой в русской, а позднее и в советской больнице: так врачи изучали свою работу, анализировали ошибки, отработывали методики предстоящих операций. Настоящий, думающий врач постоянно проверял себя в анатомичке: он либо сам производил вскрытие, либо присутствовал при работе патологанатома. Это была школа, в которую он ходил всю жизнь. Более того, еще со времен Пирогова в отечественной клинической практике широко применялись кадаверные (трупные) ткани, органы, кровь. Поистине — мертвые служили живым. Материалистическое отношение к природе, научно-техническая революция, идеи коллективизма, братства, стремительно овладевшие сознанием людей в конце XIX начале XX века, приносили свои плоды. С середины 30-х годов в России действовало Постановление Совнаркома «О порядке проведения медицинских операций», согласно которому, тела сограждан после смерти становились как

бы собственностью государства и использовались в интересах науки и общества.

Но вот в 1995 году, как гром среди ясного неба, грянул Закон «О погребении и похоронном деле». В соответствии с ним уже не врач стал принимать решение о необходимости анатомического вскрытия, а родственники умершего.

Для медиков принятие такого закона стало большой неожиданностью: а хорошо ли это? С ними, специалистами, закон не обсуждали, мнения не спрашивали. Вскоре выяснилось, что родственники умерших массово отказываются от процедуры вскрытия. С одной стороны это облегчило жизнь больниц — контроля нет, все ошибки, за исключением, конечно, криминальных случаев, покойные уносят с собой, а с другой — без результатов вскрытия говорить о качестве проведенного лечения бессмысленно, в спорных случаях в гибели больного огульно обвиняют медиков. В западных странах страховые кампании являются третьей стороной в отношениях врачей и пациентов. У нас, к сожалению, на эту роль сегодня претендуют... правоохранительные органы.



**А. В. Чжау, НИИ СП им. Склифосовского:**

– Общий уровень развития медицинской науки и практики в стране сегодня определяет именно состояние трансплантологии. Россия, к сожалению, находится на последнем месте в Европе. По количеству пересаженных органов нас обогнали даже такие небольшие страны, как

Чехия и Словакия. Причин тому много, но одна из основных – отсутствие серьезной государственной поддержки. Другой причиной является недостаточный уровень подготовки реаниматологов, их нежелание заниматься экспликацией органов. Кроме отсутствия нормального материального стимулирования этой работы, есть еще и неприятие самой идеи трансплантации органов. Многие врачи-реаниматологи даже не знают о существовании, принятых в 1966 году *Гарвардских критериев смерти*, по которым смерть человека считается смерть мозга. Без принятия и усвоения этих критериев невозможна трансплантация таких органов, как печень, поджелудочная железа, сердце, легкие.

Но вернемся к трансплантации, на работе которой закон о погребении сказался крайне отрицательно. Если на погребение вскрытие получить разрешение стало трудно, то о возможном изъятии органов у еще не умершего, хотя и безнадежного пациента, родственники вообще отказываются говорить. Правда, закон о трансплантации, который приняли чуть раньше и в строгом соответствии с рекомендациями ВОЗ, позволяет этого не делать.

О противоречиях между вышеупомянутыми законами говорили на конференции и. о. зам. министра здравоохранения РФ **Сергей Шевченко**, председатель комис-

сии по здравоохранению Мосгордумы **Людмила Себенкова**, руководитель департамента здравоохранения Москвы **Андрей Сельцовский**, заведующий кафедрой правовых основ и экономики здравоохранения РНУ **Семен Стеценко** и многие другие.

По мнению некоторых, доверие общества к российским трансплантологам могло бы быть восстановлено путем замены в законе о трансплантации понятия «презупция согласия» на «испрошенное прямое согласие», прижизненно оформленное в виде донорских карт. По мнению других, для перехода к такой модели требуется кропотливая работа с населением, которая может затянуться на долгие-долгие годы и тогда уже отставание оте-

чественной науки от мирового процесса станет необратимым. Ведь в России не только пациенты, но и сами врачи, судя по всему, проблему до конца не осознали. Многие не понимают или не хотят понять, что трансплантация в мире уже давно не чудо, а эффективное направление практического здравоохранения: пересажены тысячи сердец, десятки тысяч почек, легких. Профессор **Анатолий Иванюшкин** (кафедра философии РАМН) привел свежий пример. На IX Конгрессе педиатров России (10–12 февраля 2004 г., Москва) распространялась анкета по детской трансплантологии среди нефрологов. Ответов получено не было... Ситуация в донорстве отражает общее состояние российского общества. Нехватка волонтеров в хосписах и дефицит органовых доноров – явления одного ряда. По данным **Е. Н. Степановой** (Московский университет МВД РФ), лишь 20% опрошенных согласились бы стать потенциальными донорами в случае диагностики смерти мозга. Каков же выход из создавшейся ситуации? Для этого Иванюшкин предлагает привлечь политтехнологов типа Глеба Павловского: надо склонить общественное мнение в пользу донорства. Также необходимо соблюдать профессиональные стандарты на всех этапах трансплантации. «Только обеспечив



мировые стандарты, мы завоюем доверие общества» – подчеркнул профессор.

Союзниками трансплантологов должны стать вылеченные ими больные. На конференции выступил директор межрегиональной общественной организации инвалидов «Нефрон» **Александр Минаев**. В 1994 году ему была осуществлена пересадка почки в связи с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. Три года спустя для «встреч с братьями по нозологии» им была создано общество «Нефрон», задачей которого является информационная и иная поддержка почечных больных. Минаев убедительно обрисовал политическое и экономическое значение трансплантологии. По его подсчетам, трансплантация почки могла бы спасти жизнь 20000 больных с хронической почечной недостаточностью, из которых 50–70% могли бы вернуться к труду, что сопоставимо с вкладом мигрантов в российскую экономику. Пока что в России ежегодно осуществляется не более 500 трансплантаций почки, причем, в большинстве случаев осуществляется забор органов от асистолического донора. Как считает Минаев, кампанию по формированию позитивного общественного мнения по вопросу трансплантации органов должны возглавить, прежде всего, больные. Он призвал к скорейшей разработке «карточки донора». Как известно, подобную карточку завел президент Мексики. Почему бы и российскому президенту не последовать такому примеру? Пропагандистское значение подобной инициативы трудно переоценить.

Член-корреспондент РАН **Борис Юдин** (Институт человека РАН, Москва) вспомнил об Испании, где количество трансплантаций в десятки раз больше, чем в России. Там существует специальная государственная программа поощрения трупного донорства, ведется пропаганда донорства как благородного акта дарения. Аналогичная программа необходима и в нашей стране. Нужно работать как с населением, так и со специалистами. По мнению Юдина, нерешенность моральных и юридических проблем является главным сдерживающим фактором развития трансплантологии.

Тему продолжил доктор философских наук **Павел Тищенко** (Институт философии РАН, Москва). Прежде чем найти взаимопонимание с обществом, врачи должны найти его внутри своей корпорации (например, между реаниматологами и трансплантологами). Во-вторых, необходимо создать организации и структуры, которые были бы открыты для общества и влияли на общественное мнение.

Настоятель храма Св. Серафима Саровского при НИИТИО **отец Анатолий** (Берестов) рассказал о позиции Московской Патриархии по вопросу трансплантации. Православная церковь выступает против коммерциализации трансплантологии, против продления одной жизни за счет сокращения другой. Однако посмертное



**В. И. Шумаков, академик, директор НИИ трансплантологии и искусственных органов:**

– Нужно, чтобы общественное мнение в стране повернулось лицом к проблеме, поняло, что из-за своего негативного к ней отношения оно каждый час и день лишает права на жизнь кого-то из своих сограждан. А властям нужно не мешать специалистам, а всеми силами оказывать им помощь в решении этой проблемы.

донорство может трактоваться как проявление любви, простирающейся и по ту сторону смерти. По мнению о. Анатолия, в случае смерти мозга следует поступить в интересах реципиента, а к донору применимы следующие слова из Библии: «Из праха ты взят и в прах отыдешь».

### Кого считать мертвым?

Концепция смерти мозга, появление которой в середине 1960-х годов было связано с успехами пересадки сердца, до сих пор являются предметом дискуссии. На конференции разгорелась полемика между профессором **Игорем Стулиным** (кафедра нервных болезней МГМСУ) и профессором



**Михаилом Пирадовым** (НИИ неврологии РАМН). Первый отстаивал преимущества ультразвуковых методов диагностики остановки мозгового кровотока, предлагая их в качестве альтернативы церебральной ангиографии. Это, по мнению Стулина, позволило бы сократить время наблюдения больного с мозговой смертью с шести часов до одного часа, и оперативнее решать вопрос о заборе органов для трансплантации. Данное предложение встретило резкую критику со стороны заместителя директора НИИ неврологии РАМН Михаила Пирадова. Во всех цивилизованных странах период наблюдения за такими больными длится шесть часов, исключение составляют Австралия, Новая Зеландия и Португалия – там два часа. В случае шестичасового наблюдения никаких инструментальных методик для подтверждения диагноза смерти мозга не требуется – достаточно клинических показателей. Известен случай, когда женщина, попавшая в автокатастрофу на четвертом месяце беременности, пробывала в отделении реанимации в состоянии клинической смерти несколько месяцев,

пока жизнеспособный плод не созрел и был извлечен путем кесарева сечения. «Что же это за реанимация, которая не способна продержаться больного со смертью мозга в течение шести часов?» – возмущался Пирадов.

### Реаниматология как тормоз трансплантологии

Директор НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифасовского (НИИСП) член-корреспондент РАМН **Александр Ермолов** назвал недостаточную квалификацию реаниматологов главной проблемой отечественной трансплантологии. Реаниматологи своевременно не вызывают трансплантологов, более того оказывают им всяческое противодействие. Руководитель Московского городского центра трансплантации печени на базе НИИСП **Алексей Чжао** полностью солидаризовался с мнением своего директора. В доказательство он привел следующую статистику: за прошлый год в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) Москвы погибло 528 больных с травматическим внутричерепными гематомами.

Однако количество использованных доноров составило лишь 129. Мультиорганное донорство имеет место только в Москве и Санкт-Петербурге. В этой связи на конференции прозвучали призывы обязать главных врачей ЛПУ заниматься этой проблемой вплотную.



#### Н. А. Томилина, НИИТИО:

– Сегодня наши реаниматологи перегружены, работают в трудных условиях, при острой нехватке медикаментов. Они не хотят иметь лишнюю головную боль, и их можно понять. Должны быть какие-то стимулы, но ни в коем случае нельзя стимулировать деньгами – это ни к чему хорошему, на мой взгляд, не приведет. Почему в Америке врачи охотно помогают трансплантологам? Это входит в условия лицензирования их деятельности, а значит, помогает в продвижении по службе.

Любой Закон будет работать лишь тогда, когда он станет приемлем для общества. Если руководствоваться существующим сегодня Законом о погребении – то никакой трансплантации в нашей стране не будет. Да, в исключительных случаях надо принимать во внимание отказ родственников от вскрытия, но если каждый раз просить их согласия – то это отбросит патологоанатомическую службу страны в средневековье. Разве Дума вправе была принимать этот Закон, не учитывая мнение медицинской общественности?





**А. Г. Долбин, Московский городской центр по координации органно-го донорства:**

– Подготовка потенциального донора, требует от врача-реаниматолога и высочайшей квалификации и значительных физических затрат. Скажу больше: для реаниматолога требования трансплантологов являются весьма осложняющим жизнь обстоятельством. Мало того, что в атмосфере реанимационной возникает какой-то нехороший привкус, так еще и денег за дополнительные труды ему не платят. Хотя во всем мире эта работа стимулируется финансово. У нас существует приказ Комитета здравоохранения, по которому реаниматологи, которые занимались подготовкой потенциального донора, должны получать до 50% прибавки к своей зарплате. Но практически он не применяется, так как его выполнение принадлежит к прерогативе главных врачей больниц. Уговорить их это делать пока очень трудно.

Думается, более эффективным было бы использование не административных, а экономических рычагов. Здесь может быть полезен польский опыт. В Польше, как и в России, многие реаниматологи очень неохотно отдают своих безнадежных больных трансплантологам, поскольку это требует больших временных и эмоциональных затрат. Поэтому Минздрав Польши за каждого переданного трансплантологам больного выплачивает дежурному реаниматологу сумму, эквивалентную стоимости суточного дежурства. В России же размер подобных премий нигде не оговорен и всецело зависит от прихоти главного врача. Можно понять отечественных реаниматологов, не желающих безвозмездно выполнять лишнюю работу.

Координатор Московского городского центра трансплантации печени **И. В. Погребниченко** предложил создать единую компьютерную базу отказа от донорства. В случае диагностики смерти мозга и решения вопроса о заборе органов врачи обязаны будут проверить, зарегистрирован ли в этой базе данных потенциальный донор. При этом, как считает Погребниченко, отказ от донорства следует одновременно рассматривать и как отказ от реципиентства.

**«Жизнь свою за други своя»**

Дефицит, а также низкое качество трупных органов стимулировал развитие живого род-

ственного донорства. Украшением конференции стал доклад зав. отделом трансплантации РНЦХ профессора **Сергея Готье**, суммирующий результаты 100 пересадок печени. Вначале использовались трупные доноры, однако выживаемость трупных трансплантатов при выраженных ишемических повреждениях донорской печени оказалось низкой – из 10 реципиентов умерло семеро. С 1997 г. в возглавляемой профессором Готье клинике применяется только родственная трансплантация печени с очень хорошими результатами (выживаемость реципиентов составила 97,4%). Донорам (в основном, это были родители или родственники больных детей) вручаются почетные знаки «Дарящему часть себя». Развитие живого родственного донорства – реальная альтернатива трупному донорству. Почему бы по примеру развитых стран не узаконить трансплантацию не только от биологических, но и «эмоциональных родственников» (жен, мужей и т. д.)?





**С. В. Готье, РНЦХ РАМН:**

– В цивилизованных странах считается неприличным, если органы умирающего пропадут и не послужат жизни многих других людей. В США, нет скоромощного реаниматолога, который не умел бы кондиционировать органы. И там любой

человек, поступающий с несовместимой с жизнью черепно-мозговой травмой, становится мультиорганным донором.

В Испании лет пятнадцать назад была начата широкомасштабная кампания по пропаганде посмертного донорства. Все СМИ в этом участвовали. Даже у входа в церковь висели плакаты, призывающие прихожан отдать себя после смерти безнадежно больным людям. А ведь это католическая страна! В результате Испания единственная страна в мире, где нет дефицита донорских органов. Значит, это все-таки можно сделать. В Мадриде, когда мы там были в 1998 году, производили по четыре трансплантации печени в день!

## Нельзя работать без координации

О том, что ситуация с трупным донорством является критической, рассказала руководитель Московского координационного центра органного донорства **Марина Минина**. В 2003 г. в Москве было осуществлена всего 131 трансплантация почки, тогда как число находящихся на листе ожидания (читай – на гемодиализе) реципиентов составляет около 750 человек. Не более чем у 12% доноров была диагностирована смерть мозга. Остальные находились к моменту забора органов в состоянии биологической смерти, что существенно ухудшает качество трансплантатов. Как заметила Марина Минина, «биологическая смерть и донорство – понятия несовместимые». Среди 108

трупных доноров 69% погибли от черепно-мозговой травмы (ЧМТ) и 24% – от cerebrovasкулярных заболеваний (инсульты, аневризмы и т. д.). При этом число погибших только от ЧМТ в Москве за прошлый год составило 1097 человек. Для увеличения количества органных доноров предлагается создать институт трансплантологических координаторов, в обязанности которых входило бы информирование трансплантологов о потенциальных донорах в отделениях реанимации. Но кто может быть таким координатором? Кто должен оплачивать его труд? Кому он будет подчиняться? Ни нормативной базы, ни штатного расписания пока нет.

Руководитель отдела координации органного донорства **Елена Фомичева**

(НИИТИО) рассказала о проекте приказа МЗ РФ «Положение о трансплантационном координаторе», согласно которому такой координатор (врач или медсестра с соответствующей подготовкой) должен быть в каждом ЛПУ, не являясь при этом его штатным сотрудником. Оплату его труда предполагается осуществлять по договоренности с региональным центром трансплантации.

## Портрет потенциального донора

Почему используется лишь 23% потенциальных доноров? Этой теме было посвящено выступление **Федора Жеребцова** (Центр трансплантации почки Ленинградской областной клинической больницы). Жеребцов нарисовал усредненный портрет трупного донора: мужчина 37 лет, весом 83 кг, пострадавший в дорожно-транспортном происшествии, срок госпитализации – двое суток. К сожалению, усредненный портрет реципиента (включая его имущественное и социальное положение) никем из участников конференции нарисован не был. Поэтому обратимся к американским данным. Среднее время ожидания трансплантации почки у белокожих американцев составляет 421 день, а у чернокожих – 824 дня. В США большинство реципиентов представлены молодыми белыми мужчинами, принадлежащими к среднему классу.

Среди причин отказа от забора органов в представленной Жеребцовым статистике в 8% случаев фигурируют «парамеди-



цинские показания». Уточнить их автор отказался. Впрочем, об этом нетрудно догадаться. Существуют ведомственные инструкции, запрещающие изъятие органов у военнослужащих и сотрудников силовых ведомств (МВД, ФСБ). Почему эти категории граждан оказываются в привилегированном положении (т. е. могут быть реципиентами и не могут быть донорами) – непонятно. Быть может, доверие к трансплантологии в обществе следует начать с отмены подобных инструкций? Далее, немалый удар по органному донорству нанесла коммерциализация российской медицины. Например, по словам заведующего лаборатория типирования и селекции донора Московского координационного центра органного донорства профессора **Анатолія Долбина**, в советские времена было налажено плодотворное сотрудничество с НИИ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко РАМН, где было много больных с диагнозом смерти мозга после нейрохирургических операций. Однако за последние годы оттуда не поступило ни одного донорского органа. Может быть причина в том, что почти все больные стали там коммерческими, а значит и «неприкасаемыми»?

### Неподведенные итоги

Конференция констатировала кризис органного донорства и выявила три основных проблемы российской трансплантологии. Во-первых, отсутствует государственная программа по донорству. Во-вторых, нет целевого финансирования работ по орган-

ной трансплантации. В третьих, количество трансплантологических центров и координационных центров по органному донорству является недостаточным. Когда и каким образом перейти от «презумпции согласия» к «испрошенному прямому согласию»? Во сколько обходится государству трансплантология? Есть ли хотя бы приблизительные расчеты соотношения затраченных средств и полученных результатов (cost-effectiveness)? Почему так слабо развито у нас родственное донорство? Каков возможный размер компенсации органному донору или его родственникам? Как известно, несколько европейских стран (Австрия, Бельгия, Германию, Люксембург, Голландия и Словения) входят в программу «Евротрансплантат», финансируемую страховыми компаниями, целью которой является распределение донорских органов в странах-участниках. Что мешает России присоединиться к «Евротрансплантату» или же создать общую программу со странами СНГ?

Признавая необходимость и своевременность данной конференции, многие участники выражали сомнения в ее эффективности. И с ними трудно не согласиться. Во-первых, на конференции было мало анестезиологов и реаниматологов из больниц – тех, от кого напрямую зависит возможность трансплантации. Их выступления помогли бы лучше понять, что же мешает тесному сотрудниче-



**М. М. Каабак, РНЦХ РАМН:**

– У педиатров, занимающихся детьми с терминальной стадией ХПН, не вызывает сомнения, что хорошо функционирующий почечный трансплантат обеспечивает оптимальную физическую, социальную и психологическую реабилитацию. Дети могут продолжить учебу в общеобразовательной школе, получить профессиональное образование, приступить к трудовой деятельности. Приблизительно у 30% детей успешная трансплантация приводит к ускорению роста, что позволяет преодолеть отставание в росте, произошедшее в период болезни. Именно этими обстоятельствами объясняется увеличение количества пересаженных почек детям в мире.

ству с трансплантологами. Во-вторых, конференция лишь обозначила болевые точки современной трансплантологии, но не смогла наметить четких путей выхода из сегодняшнего кризиса. Даже резолюция не была принята. Многие поднятые вопросы так и остались без ответа.

*Отчет о конференции подготовил*

*к. м. н. Болеслав Лихтерман.*

*Фото Владимира Бахарева*



## ХИРУРГИЯ И ПЕРЕСАДКА ОРГАНОВ: ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ

В прошедшем столетии хирурги смогли поднять планку научных исследований на самый высокий уровень. Ими были востребованы для нужд хирургии ультразвук, лазер, плазменный скальпель, ядерно-магнитный резонанс, микроскоп, эмбриональные клетки. Хирурги стали оперировать атеросклероз, научились заменять аорту, коронарные артерии, делать при раке резекцию, а не удаление всего органа, заменять больной орган на здоровый.

В 1933 году советский хирург Юрий Воронин впервые в мире пересадил почку человеку (донорская почка была получена в результате травмы головного мозга). Больная умерла на вторые сутки после пересадки потому, что у донора была другая группа крови, но в те времена никто понятия не имел о том, что сейчас знает любой студент-медик.

В 1943 году ученый из Оксфорда в результате многочисленных опытов установил, что реакция отторжения пересаженного органа – это ответ организма на вторжение чужеродного белка. Через три года в подмосковной Балашихе сотрудник Пушного института Владимир Петрович Демихов впервые в мире провел трансплантацию сердца собаке. Собака прожила 15 минут. Спустя несколько месяцев опыт повторили – пересадили сердечно-легочный комплекс. На сей раз собака прожила пять дней. Это означало, что Демихов на верном пути.

В 1950 году В. П. Демихов осуществил трансплантацию второго, дополнительного

сердца в грудную полость. Он использовал 24 варианта подключения трансплантата в кровотоки, добился 140 дней выживания трансплантата без иммунодепрессантов.

В 1964 году Джеймс Харди пересадил 68-летнему больному с сердечной недостаточностью сердце шимпанзе. Больной умер через 2 часа. В 1965 г. академик Б. В. Петровский произвел первую в стране удачную операцию пересадки почки от человека человеку. Это был больной М.Ч., 36 лет, страдавший хронической почечной недостаточностью. Донором была его мать.

В 1967 году в центре Кейптауна машина сбила двух женщин – мать и дочь. Мать скончалась на месте, дочь – Дениз Дорваль – имела травму мозга, несовместимую с жизнью.

Кристиан Бернард через 10 часов борьбы за жизнь, с согласия родственников, изъясил у молодой женщины ее сердце и пересадил его оптовому торговцу бакалейными товарами Луису Вашканскому. Бернарду был присвоен титул «Хирурга № 1 XX века». Вашканский жил 17 дней и погиб от пневмонии. Бернарду говорили: «Вы воскресили вечный миф о докторе Фаусте – человеке, вновь обретшем молодость, но пролили яркий свет на все проблемы пересадки живых органов...»

Второе сердце Бернард пересадил врачу Филиппу Блайбергу, скончавшемуся от солнечного удара. Через

два месяца больной вышел на улицу, его окружала восторженная толпа. Он умер через 545 дней.

В 1974 году Бернард пересадил больному чужое сердце, оставив в груди его собственное. После очередной неудачи возникла мысль о том, как было бы хорошо удалить «больную» часть сердца, оставив «здоровую», либо «больную» часть временно заблокировать, а потом заменить.

«Несмотря на признанное во всем мире историческое лидерство в клинической и экспериментальной трансплантации, Россия оказалась страной, где трансплантация начала развиваться с большим опозданием, только в середине 60-х годов XX века. Отечественным историкам медицины, как правило, хочется объяснить это опоздание войной, но это лишь часть правды. Истинная причина заключается в крепостной идеологии, в соответствии с которой медицине перепадает лишь то, что осталось от «барского стола». И развивается



она в России не благодаря, а вопреки. Что толку оттого, что наши мозги не перестают вызывать восхищение всего образованного мира – оно быстро сменяется ужасом от того, как государство испытывает на прочность медицину».

Эти слова написала Ольга Богуславская в статье «Сердечная недостаточность», опубликованной в газете «Московский комсомолец» 18 декабря 2003 г.

В 1986 году академик А. А. Вишневецкий произвел первую в СССР неудачную пересадку сердца с использованием двух коммутантно действующих АИКов.

Только в 1987 году вышел приказ Минздрава СССР под названием «Временная инструкция по констатации смерти на основании диагноза «смерть мозга». В названии отчетливо слышна дрожь сомнения и неуверенности: весь мир уже два десятилетия спасал людей от неминуемой смерти, вкладывая силы и огромные средства в развитие трансплантации. Однако даже и эта временная инструкция была чудом. 12 марта 1987 года академик Валерий Иванович Шумаков впервые в СССР выполнил пересадку сердца. Больная прожила восемь лет, получила относительно хорошее качество жизни...

В Научном центре хирургии РАМН вопросы этики в хирургии и трансплантологии решаются этическим комитетом, который возглавляет академик Б. В. Петровский.

Идея создания этических комитетов зародилась четверть века назад в США. Идеологически она неразрывно связана с движением за права человека, также обострившаяся за последние годы. Традиционная модель взаимоотношений между врачом и пациентом не только не защищает, но в некоторых случаях ограничивает гражданские права пациентов. Речь идет, прежде всего, о неотчуждаемом праве каждого человека быть хозяином своего тела, контролировать собственную жизнедеятельность.

20 лет назад был синтезирован циклоспорин А, это стало открытием века. Циклоспорин создавался как антибиотик и только случайно была обнаружена его невероятная способность подавлять реакцию отторжения органа. Это была революция сродни открытию С. С. Брюхоненко по инженерному решению возможности временного искусственного кровообращения.

14 февраля 1990 года профессора А. К. Ерамишанцев, С. В. Готье и О. Г. Скипенко произвели первую в СССР удачную пересадку печени женщине 37 лет с билиарным циррозом печени.

20 декабря 2003 года хирурги Центра на пятничной конференции аплодировали про-

фессору С. В. Готье, который вместе со своими коллегами выполнил сотую пересадку печени при хронической печеночной недостаточности. В 26 случаях донором был труп, в 74 – ближайшие родственники больного, которые отдавали ему левую долю печени.

На нашей памяти первая в Центре операция пересадки сердца, которую выполнил директор РНЦХ академик РАМН Б. А. Константинов 24 марта 1990 года. Это был больной В. Карцев. Через год он рассказал: «Я снова лежу в моей старой, ставшей мне родной палате, на этот раз просто на обследовании, с новым сердцем. Господи, как я жил раньше, врагу не пожелаешь!.. Я болел шесть лет, перенес два инфаркта, практически жил в разных больницах, не мог спать лежа, задыхался. Сейчас я практически здоров, похудел на 15 кг, помаленьку работаю, вот пришел в институт, который стал мне родным».

В кабинет к автору, главному редактору газеты «Хирург», в 1992 году вошли двое сияющих молодых людей, на их безымянных пальцах сияли свадебные золотые кольца, в глазах читалось счастье. За два года до этого молодой женщине Наташе Г. в РНЦХ была сделана пересадка сердца по поводу тяжелой миокардиопатии. Теперь она была настолько здорова, что вышла замуж и собиралась к родителям в Самару.

Больной В. Минаев, которого оперировал В. И. Шумаков, живет 16 лет с новым сердцем, он – садовод, отчаянный рыбак.

С 1988 года по сей день в США выполнено более 30 тысяч трансплантаций сердца, в России – 132.

Ольга Богуславская в статье «Сердечная недостаточность» пишет: «Мы утратили не только историческое лидерство в этой области – у нас в стране один центр органного донорства. Разумеется, в Москве. Даже в самых больших городах России органы практически не изымают. И вовсе не потому, что не умеют, – врачи боятся стать героями скандала или фигурантами уголовного дела. Кстати, в российских медицинских ВУЗах искусству трансплантации не учат, такой специализации просто не существует».

Почему так? Наша страна идеологически не воспринимает трансплантацию органов как медицинскую проблему. Подавляющая часть населения трансплантацию и живодерство считает синонимами. И никто не пытается с этим бороться. Люди меняют свое мнение лишь в случае, когда сами сталкиваются с необходимостью трансплантации. Только тогда им становится понятно, что это – величайшее достижение мировой цивилизации.

В Европе существует такая организация – «Евротрансплант». Там уже давно знают, что

более или менее родственная пара донор-реципиент встречается одна на 15–17 тысяч человек. Поэтому подбор пары выполняет компьютер, в который введен один на всю Европу «лист ожидания». Орган передается в ту страну, где обнаружен наиболее подходящий реципиент.

Во всем мире принято платить медицинским учреждениям за каждый пригодный к пересадке орган. Почему? Это что, торговля органами? Нет. Просто всем цивилизованным государствам понятно, что подготовка к изъятию органа – это работа высочайшей степени сложности. В России же такая работа не стоит ни копейки. Медики, сохраняющие тело для изъятия пригодного к пересадке органа, делают это лишь потому, что они медики, и понимают, что от их действий зависит спасение чьей-то жизни.

Все ли органы пригодны к пересадке? В ответе на этот вопрос кроются причины многочисленных человеческих трагедий. Недобросовестный хирург может изъять и «отдать в работу» нездоровый орган. Трансплантация пройдет успешно, а больной все равно умрет, причем в муках. В странах, где трансплантация – всего лишь один из разделов медицины, вопрос о качестве органа не стоит. Там за все отвечает государство, как, например, за качество лекарств или продуктов. А так как в России органное донорство – это нечто среднее между подвигом и безрассудством, качество органа и место в «листе ожидания» – самые уязвимые проблемы.

Скажем, человек стоит последним в «листе ожидания». Он понимает, что может не дожить или ему достанется больной трансплантат, и так как очередь практически не двигается, а ему с каждым днем становится ОЩУТИМО хуже, он платит. И раз государство превратило это в знакомый всем дефицит, фактически он легко превращается в товар из-под полы. Место в «листе ожидания» и качественный трансплантат становятся предметом торга.

Торговля местами в «листах ожидания» и протекция в получении здорового органа – это сюжеты для прокуратуры. Пусть ищут, доказывают и наказывают. Но это не может быть причиной приостановки трансплантации в стране. А именно так сейчас и обстоит дело в России. Две-три публикации в газетах, один фильм ужасов – и трансплантация встала. Операции, которые сейчас проводят наши хирурги – они делают на свой страх и риск. Делают потому, что умирают люди. Делают потому, что их нельзя не делать.

**Профессор В. И. Соколов, РНЦХ РАМН  
Газета «Хирург» № 23 (76) март 2004**

Информация  
к размышлениюС 1988 года в США выполнено более  
30 000 трансплантаций сердца, в России – 132

Переливание крови является логическим началом теории и практики пересадки органов и тканей. Развитию современной проблемы трансплантации органов послужило оригинальное открытие русских хирургов — переливание трупной крови. Это явилось толчком к созданию первого советского законодательства о праве изъятия у трупов крови, костей, суставов, кровеносных сосудов и роговиц. Первое в мире отделение по заготовке трупной крови в НИИ им. Н. В. Склифосовского стало прообразом «банка органов», созданного впоследствии в США.

Врачи медицинского центра Джексона во Флориде провели 12-часовой операционный марафон, пересадив 6-месячной итальянке Алессии Ди Матео сразу 8 органов — печень, желудок, поджелудочную железу, прямую и толстую кишку, селезенку и обе почки. Девочка появилась на свет с врожденным дефектом «мягкой мышцы», препятствовавшим нормальному развитию организма и вызывавшим скорую смерть.



Сейчас, по словам врачей, ребенок на руках матери. Девочка способна пить обычное молоко. Критическим для нее станет первый год жизни. Пережив его, Алессия забудет, что когда-то ее собирали заново по частичкам.

Трансплантология в Испании — «Испанское чудо» стало возможным благодаря целенаправленной совместной работе системы здравоохранения, средств массовой информации и национального трансплантационного объединения в рамках национальной программы по донорству, принятой в 1989 году. Роль формирования положительного общественного мнения подтверждает тот факт, что после проведения всемирных трансплантационных игр в Манчестере, за которыми наблюдали 160 млн. зрителей, в Великобритании число лиц, согласившихся стать донорами, увеличилось на 36%.

С начала восьмидесятых годов пересадка печени стала рутинной операцией при многих заболеваниях. В настоящее время в Институте трансплантации Томаса Старлза (Питтсбург, США) ежегодно выполняется 500–600 подобных операций. Если вначале пересад-

ка печени рассматривалась как шанс на спасение людей с терминальными стадиями цирроза, то сейчас показания значительно расширились. Абсолютные показания — это фульминантные и быстропрогрессирующие формы хронической печеночной недостаточности с неблагоприятным прогнозом, относительные — включают в себя более 50 заболеваний. Основным показанием является цирроз печени вирусной этиологии, осложненный энцефалопатией, повторяющимися кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода, гепаторенальным синдромом, рефрактерным асцитом, прогрессирующей печеночной недостаточностью.

Для мировой трансплантологии ближайшей перспективой развития пересадки органов является ксенотрансплантация и дальнейшая разработка искусственных органов. Это позволит решить острую проблему нехватки донорских органов и этическую проблему донорства. В Российском НИИ трансплантологии и искусственных органов разработаны новейшие иммуноферментные методы определения в крови ксеноантител, метод изби-

рательной элиминации В-лимфоцитов, продуцирующих антитела. С помощью генноинженерных методов планируется получение трансгенных животных, клетки которых будут устойчивы к лизированию человеческого комплемента.

Презумпция согласия существует в Финляндии, Португалии, Австрии, Швеции, Испании, Греции, Бельгии. Презумпция «испрошеного согласия» принята в законодательствах по здравоохранению США, Германии, Канады, Франции, Великобритании, Ирландии, Дании.

Ежегодно в Китае выстрелом в затылок казнят 10 тысяч граждан. Высшая мера распространяется на 68 видов преступлений. Нередки массовые публичные казни: бригады гангстеров или торговцев наркотиками расстреливают на стадионах в присутствии многочисленной публики. Если смертник физически здоров, часть его органов удаляется либо до, либо после смерти и используется в медицинских целях.

(По материалам СМИ и интернета)

# Врач, защити себя сам!

Защите прав пациентов сегодня уделяется большое внимание. Федеральный закон «О защите прав потребителей» позволил пациентам оценивать качество оказанной медицинской услуги. В результате за период 1999–2003 гг. только в территориальные фонды ОМС поступило свыше 4,5 млн. заявлений с жалобами на некачественное предоставление медицинской помощи. Число претензий в адрес врачей растет, они привлекаются как к административной, так и к уголовной ответственности. В то же время лишь 58,7% жалоб признано обоснованными, что свидетельствует не столько о беспечности претензий, сколько о неспособности большинства населения правильно формулировать и обосновывать свои требования.

Что означают термины «добровольное и информированное согласие пациента»?

О чем должен информировать пациента врач? Что понимается под врачебной ошибкой? Как врач может защитить себя в случае необоснованной претензии? На эти и многие другие гугучие вопросы ответили на прошедшей недавно пресс-конференции директор Уральского НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии, член координационного совета Уральского округа по здравоохранению доктор медицинских наук, профессор Н. В. Кунгуров и профессор кафедры ревматологии ММА им. И. М. Сеченова, доктор медицинских наук Н. В. Чичасова.

Наша газета подробно освещала тему правовой защиты врача в № 2, 2003 г., материал этой пресс-конференции лишь подтверждает ее все возрастающую остроту.

Основными причинами конфликтных ситуаций, претензий и исковых заявлений, как правило, является: ненадлежащее качество оказания медицинской помощи. Это может быть необоснованное, без достаточных показаний или при наличии противопоказаний, проведение диагностических, лечебных, профилактических или реабилитационных мероприятий, приведшее к диагностической ошибке, выбору ошибочной тактики лечения, ухудшению состояния пациента, осложнению течения заболевания или удлинению сроков лечения; использование лечебных технологий, не предусмотренных отраслевыми стандартами; несоблюдение деонто-

логических принципов, отсутствие доверительных взаимоотношений с пациентом.

При возбуждении уголовного или гражданского процесса в качестве первичной выдвигается и подвергается комплексной проверке версия о врачебной ошибке и халатности. Термин «врачебная ошибка» включает «действие или бездействие врача, которое способствовало или могло способствовать увеличению или не снижению риска прогрессирования имеющегося у пациента заболевания, возникновению нового патологического процесса». Под халатностью в медицинской деятельности понимается недостаточное обследование или невыполнение специальных исследований, недостаточная организация лечебного процесса, несоблюдение действующих медицинских инструкций и приказов.

До трети исковых заявлений и судебных решений в пользу пациента обусловлены «недостатками при информировании вмешательства». В Письме Министерства здравоохранения РФ и Федерального фонда ОМС РФ № 5460/30-3 от 29.10.1999 дается разъяснение, что «информированное согласие (несогласие)» пациента подразумевает обязательность письменного оформления решения пациента на медицинское вмешательство в медицинской документации (история болезни, амбулаторная карта), которое заверяется подписью пациента (его законного представителя) и лечащим врачом. Информированное добровольное согласие пациента должно содержать обоснование лечения, т. е. прогноз течения болезни без этого вмешательства, предпосылки (клинико-лабораторные показания) для использования рекомендованного лечебного метода; основные ожидаемые результаты лечения и обсуждение тех моментов (сопутствующие заболевания, соблюдение больным режимных и специальных правил и т. д.), которые могут повлиять на результат; основные опасности лечения, включая вероятность, тяжесть и время проявления возможных побочных эффектов; обсуждение альтернативных лечебных методов.

При разбирательстве почти 70% исков очень остро вставал вопрос ненадлежащего ведения врачом первичной документации. Для российских судов пробелы в оформлении документации являются поводом

для вынесения решений в пользу пациентов. Правильно же составленные врачебные записи могут служить доказательным подтверждением выполнения полного объема необходимых манипуляций и информирования пациентов.

Примером таких записей могут служить приведенные на пресс-конференции образцы бланков, заполняемых при назначении лечения и при выписке пациента.

## Бланк №1

**Заполняется и вклеивается в историю болезни (амбулаторную карту) до начала лечения**

Я, \_\_\_\_\_ получил подробное разъяснение по поводу диагноза, особенностей течения моего заболевания, вероятной длительности лечения и прогнозу (вероятность успешного исхода и исхода при отказе от лечения).

Мне даны полные разъяснения по плану обследования и лечения (разъяснены возможные варианты медицинского вмешательства, связанные с ними риски и их последствия).

Я извещен о необходимости соблюдать режим в ходе лечения, регулярно принимать назначенные препараты, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных препаратов (например, для лечения простуды, гриппа, головной боли и т. п.).

Я извещен, что несоблюдение рекомендаций врача, режима приема препарата, бесконтрольное самолечение могут осложнить лечение и отрицательно сказаться на состоянии здоровья.

Я получил информацию об альтернативных методах лечения и имел возможность задать любые интересующие вопросы касательно заболевания и лечения, получил на них удовлетворительные ответы.

С предложенным планом обследования и лечения согласен.

От предложенного плана обследования и лечения отказался.

(не нужно зачеркнуть)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_\_ г.

(подпись пациента или его законного представителя)

(печать и подпись лечащего врача)

*\*Примечание: при этом предлагаемый план обследования и лечения в любом случае («согласен», «отказался») должен быть расписан врачом в первичном медицинском документе*

## Бланк №2

**В обязательном порядке вклеивается в историю болезни (амбулаторную карту) после выписного эпикриза**

Мне, \_\_\_\_\_ предоставлена подробная информация о результатах проведенного обследования и лечения. Все положения врачом разъяснены и понятны. Я получил информацию, что и под чьим контролем должен делать после выписки.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 \_\_\_\_\_ г.

(подпись пациента или его законного представителя)

(печать и подпись лечащего врача)

## Владимир Демихов: Трансплантация требует интеллектуального мужества

*Владимир Петрович Демихов, доктор биологических наук, почетный доктор Лейпцигского университета (Германия), доктор медицинской клиники имени братьев Мейо (США), член Научного королевского общества в Упсале (Швеция) – один из основоположников отечественной трансплантологии.*

*Он родился в 1916 году в крестьянской семье в селе Кулики Воронежской области. В 1940 году окончил биофак МГУ и до конца войны был на фронте. Проблема создания искусственных органов, трансплантация увлекали его еще в студенческие годы. В 1937 году он впервые в мире создал действующую модель искусственного сердца, с которым собаки жили несколько часов. После войны работал в Пушном институте в Балашихе, а позднее – в Институте хирургии им. А. В. Вишневского, 1-м МОЛМИ им. И. М. Сеченова, НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. В экспериментах на собаках Демихов добился замечательных результатов, которые послужили мощным толчком в развитии нового раздела медицины. Хотя он был не медиком, а биологом, многие отечественные и зарубежные хирурги-трансплантологи считают его своим учителем.*

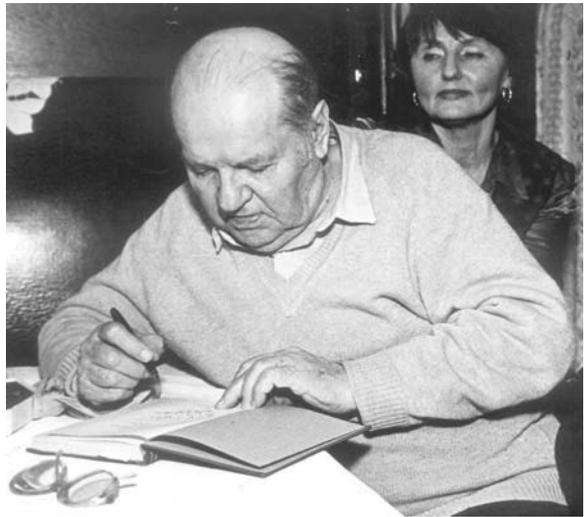
*Единственная дочь Владимира Петровича, Ольга, стала врачом. Доктор медицинских наук Ольга Владимировна Демихова работает заместителем директора по научной работе НИИ туберкулеза РАМН. Узнав о чем этот номер газеты, она любезно согласилась встретиться с нашим корреспондентом.*

– В науке так часто бывает – кто-то один делает смелый шаг, а уже за ним, как в открытую дверь, идут другие, подчас обгоняя и забывая первооткрывателей. В конце 19 начале 20 века хирурги делали массу различных операций, но они не смели прикасаться к сердцу – вместилищу души человека. Это был морально-этический, духовный запрет, который был распространен на все мировое хирургическое сообщество. Русские хирурги первыми его нарушили – начали операции на сердце. Это был не только интеллектуальный прорыв, но и поистине мужественный поступок. То, что практическая кардиохирургия и у нас и в других странах стала бурно развиваться, мне кажется, в большой степени заслуга тех, у кого хватило духу нарушить табу.

В любом деле, а в науке особенно, чтобы двигаться вперед, надо преодолевать сопротивление. То, с каким упорством отцу приходилось преодолевать сопротивление чиновников, как он страдал от непонимания коллег, незаслуженных обид, клеветы, зависти – я видела собственными глазами. Ему было трудно не в материальном плане – мои родители привыкли жить и жили очень и очень скромно, а в моральном. «Ваши работы несовместимы с морально-этическими нормами: взять голову у одной собаки и пришить другой. Это шарлатанство! Зачем это нужно?» Сколько раз он выслушивал эти упреки! Но в ответ твердил одно: я работаю для людей, это очень нужно медицине».

Чем талантливее врач, тем больше он рискует – прописная истина. Он берет безнадежных больных и, рискуя своей репутацией, пытается их спасти. Идея спасения жизни людей, ее продление всеми возможными способами – это то, что всегда отличало и, надеюсь, навсегда останется в традициях российской медицины. Нас так учили: во что бы то ни стало надо оказать помощь больному, сохранить ему жизнь и здоровье.

У меня друзья живут в США, поэтому я знакома с их системой здравоохранения. Там мощная кардиохирургия, абдоминальная хи-



рургия. Но терапевты, домашние или семейные врачи, производят удручающее впечатление. У моей подруги стала болеть и кружиться голова. Ей сделали энцефалограмму, компьютерную томографию, ЯМР – массу других дорогостоящих исследований, а потом сказали – вы здоровы, у вас нет никаких видимых нарушений. Они сделали все по протоколу, получили за это деньги, но дальше не пошли – не смогли обосновать лечение. В итоге человек долго мучился, фактически не получая помощи! Я привезла кавинтон, и уже через несколько дней ей стало лучше. Еще один американский друг, инвалид по бронхиальной астме. Он знает, читал, что в России используют новые методы в лечении астмы – например, плазмозферез. В Америке врачи пока отказываются использовать современные экстакорпоральные методы, бояться, что в случае неудачи их засудят. С другой стороны, методы прошедшие надежную апробацию они тут же ставят на поток – аорто-коронарное шунтирование на потоке, трансплантация тоже. Но что будет с теми страдальцами, которые могут не дожидаться? Это никого не волнует: по протоколу все, что могли, они сделали.

Я думаю, движение России в мировое общество будет продолжаться, но вливаться нам надо, сохраняя свою индивидуальность. Что отличает наших врачей? Отношение к врачеванию как к искусству, а к человеку как целостному организму. Много внимания уделяют анамнезу, симптомам, микро-симптомам, индивидуальному подбору препаратов. Да, стандарт, формуляр, определяют уровень, ниже которого нельзя опуститься. Но если ты хороший врач, то в своем желании помочь человеку пойдешь дальше, будешь искать новые возможности и новые средства.

Сейчас мы приходим к мировым нормам – появился Закон о защите прав потребителей, в том числе и медицинских услуг. Все более мы думаем и говорим о биоэтике, правах пациентов. Это очень важно для нас, так как жизнь в России всегда ценилась очень дешево, поэтому и труд врача приравнивался, а часто ставился даже ниже, чем услуги банщиков и парикмахеров. Нарком Семашко говорил – не надо много платить врачам – их население докормит. В западных странах труд врача оценивался всегда высоко, потому что жизнь, которую им доверяли, ценилась тоже очень дорого. Конечно, нельзя все оценивать в рублях, но все же...

Медицина в целом консервативна, но так и должно быть – это здоровье, это жизнь человека. Но что касается идей, то здесь не должно быть ограничений, и здесь нам нет равных – очень много рождается в России интересных мыслей, которые на Западе жадно хватают и быстро внедряют. А у нас, к сожалению, даже перспективное предложение очень долго не может пробиться. Почему? Причина, мне кажется, в нашей ментальности. Воистину – нет пророков в своем Отечестве. Более того, этих пророков в России как-то активно не любят. Так было и при царе, и при советской власти. Не любят тех, кто выделяется, кто чем-то отличается, кто инако мыслит. Инакомыслие в искусстве, литературе, философии, научное инакомыслие – всегда вызывало отторжение. Но если вдруг выйдет высочайше соизволение – не исключена кампанейщина, способная довести хорошую идею до абсурда.

Идея трансплантации имеет глубокие корни. Вспомните сказки – кентавры, сфинксы, русалки... Мифические существа, химеры, но это прообразы возможного соединения различных организмов. Мой отец был биологом, ему это было особенно близко. Ведь в природе нечто подобное существует, например, скрещивание у животных и растений, прививки, выведение новых видов. Природа этого не осуждает, просто она ставит некоторые пределы.

Отец был увлечен своей идеей, он был уверен, что с помощью замены сердца, почек приборами или донорскими органами можно спасти жизнь людей. Он очень хотел, чтобы это быстрее вошло в практику. В его экспериментальной лаборатории, в плане оснащения, конечно, все было на очень примитивном уровне, но операции на животных проходили успешно, у него все получалось. Он был признан в мире, к нему стали приезжать коллеги из-за рубежа. Директор института скорой помощи М. М. Тарасов, великие русские хирурги П. И. Андросов, С. С. Юдин ходили в высокие инстанции, просили разрешения перенес-

ти операции в клинику, но им не позволили. А Кристиан Барнард, побывав на операциях отца, понял, что это реально и первым в мире сделал пересадку сердца человеку.

В конце шестидесятых в России было проведено несколько пересадок сердца, но последовавшая неудача прервала эти исследования на много лет. Как было сказано «наверху» – по этическим соображениям. Был период, когда в стране закрыли все лаборатории по трансплантологии. Отец из-за этого очень переживал.

Большое значение имеет, на мой взгляд, позиция Церкви. Католическая Церковь сразу заняла четкую позицию: благословила трансплантацию. Она помогла создать в странах своего влияния такой моральный климат, когда родственники доноров стали воспринимать реципиентов как самых близких людей: если часть любимого человека (сердце, почки) продолжает жить в другом человеке – значит, этот человек им становится родным. Мне кажется, что если бы наша Православная церковь заняла более активную позицию в этом вопросе, то могла бы сыграть положительную роль, стала бы мощной поддержкой для трансплантологов.

Дядя моего мужа С. С. Брюхоненко в 1924 году изобрел аппарат искусственного кровообращения (АИК). У нас в семье хранится документ, где Папа Римский благословил эти исследования, этот аппарат – а значит и жизнь изолированного мозга. (Именно это изобретение вдохновило Александра Беляева на роман «Голова профессора Доуэля»). И когда моего отца упрекали – зачем вы пересаживаете головы собакам, зачем эти безумные эксперименты? Он отвечал: я хочу доказать, что даже такой сложный орган как голова, будучи пересаженным, может полноценно существовать. Православная церковь ставит это ему в вину. Но эти эксперименты привели к исследованиям по пересадке спинного мозга, к развитию иммунологии, методам лечения, которые сегодня спасают сотни тысяч больных людей во всем мире.

И еще очень важный момент. Всегда, на протяжении всей своей жизни, при любой возможности, Владимир Петрович старался пропагандировать идеи трансплантации. Поэтому, возможно, многим людям он казался странным, человеком не от мира сего, фанатиком. Он находил время ездить и читать лекции по линии общества «Знание» на заводы и фабрики, рассказывал о возможностях и перспективах трансплантации, давал фотогра-



Мюнхен, 1989 г.

фии оперированных собак. Он охотно встречался с журналистами и первый начал писать статьи не только для специальной, но и для общей прессы – «Вечерки», «Огонька». Именно благодаря этому о его работах узнали в мире. В 1959 году в Германии он сделал ряд показательных операций, пересаживал сердце, легкие, голову собакам. Там теперь в музее хранятся инструменты, которыми он оперировал. Даже на отдыхе в Сухуми, уже находясь на пенсии, он каждый год обязательно выступал перед отдыхающими. Он знал, что уже не сделает ни одной операции, он терпел обиды и пренебрежение, но за свою науку боролся всеми доступными средствами.

Сейчас ситуация с трансплантологией тяжела: в стране криминализованная обстановка, люди всего боятся, порой, действительно, страшно ходить по улицам. Недоверие к врачам создается и нашей прессой, которая ради эффектного материала по горячей теме, невольно, пугает людей, вселяет страх перед медициной. Но хирурги не должны отступать, наоборот, им надо занять более активную позицию.

Я вспоминаю последнюю поездку отца за границу (вторую за всю жизнь, так как 30 лет он был «невъездным»), на конгресс в Германию. Его тогда с трудом выпустили из страны, пришлось обращаться с письмом к министру здравоохранения, и Евгений Иванович Чазов лично дал разрешение. Встреча была грандиозной. Настоящий фурор! Отцу вручили диплом «Пионер трансплантологии в эксперименте». В ответном слове он поблагодарил коллег, сказал, что безмерно счастлив – дожил до того времени, когда его эксперименты встали на службу человеку. И подчеркнул: трансплантация органов человеку требует огромного интеллектуального мужества.

Когда он шел с трибуны – зал приветствовал его стоя.

В РАМКАХ КОНГРЕССА СОСТОИТСЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ВЫСТАВКА

Министерство Здравоохранения РФ  
Ассоциация травматологов и ортопедов Российской Федерации  
Российский государственный медицинский университет  
Государственное учреждение науки Центральный научно-исследовательский институт  
травматологии и ортопедии имени Н.Н.Приорова  
Российский научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии им. Р.Р.Вредена  
Правительство города Москвы  
Департамент Здравоохранения города Москвы  
Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В.Склифосовского  
Медицинский факультет имени Карла Густава Каруса, Дрезден

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС

## “СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ:

### ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ - ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ”



www.traumatic.ru

темы конгресса:

1. Ошибки и осложнения при современных технологиях лечения больных с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательного аппарата
  - ✓ остеосинтез (накостный, интрамедуллярный, чрескостный);
  - ошибки, осложнения, профилактика и лечение;
  - ✓ эндопротезирование: ошибки, осложнения, профилактика и лечение;
  - ✓ артроскопия: ошибки, осложнения, профилактика и лечение;
2. Профилактика и лечение инфекционных осложнений
  - ✓ раневая инфекция: анализ причин возникновения, профилактика, современная тактика лечения;
  - ✓ проблема госпитальной пневмонии при лечении больных с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата;
  - ✓ роль антибактериальных препаратов в лечении инфекционных осложнений в травматологии и ортопедии;
3. Профилактика и лечение тромбозомболических осложнений

информационные спонсоры:

“Вестник травматологии, ортопедии им. Н.Н.Приорова” “Больница” “Медицинская газета”  
“Медицинский экспресс” Доктор.ру

к рассмотрению принимаются тезисы отправленные до 30.04.2004

адрес секретариата:

117292, Москва, ул. Вавилова, 61, ГКБ №64  
Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ РГМУ  
(095) 135-91-64, 135-91-62; e-mail: conf@lycos.ru

место проведения:

Москва, проспект Вернадского, 84  
Российская Академия государственной  
службы при президенте РФ

МОСКВА • 2004  
5 - 7 октября

ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ

Медицинский колледж

Всероссийского учебно-научно-методического центра по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию Минздрава России

Проводит прием абитуриентов для обучения по специальностям:

– «Стоматология ортопедическая» на базе 11 классов, форма обучения дневная, обучение платное и бесплатное, 2 г. 10 мес.

Экзамены: русский язык (диктант), химия (письменно), лепка.

– «Сестринское дело» на базе 11 классов, форма обучения дневная – 2 г. 10 мес., и вечерняя – 3 г. и 3 мес.

Экзамены: русский язык (диктант), биология (устно).

– «Фельдшер» для лиц имеющих медсестринское и акушерское образование,

срок обучения 10 месяцев, обучение платное.

– «Косметика и визажное искусство» обучение на базе 11 классов, срок обучения 2 г., обучение платное.

Собеседование.

– Курсы по «Косметологии», срок обучения 3 и 6 мес.; обучение платное.

Документы принимаются с 1 июня.

Работают платные подготовительные курсы.

Телефон подготовительных курсов: 465-73-78.

Адрес подготовительных курсов: м. Первомайская, ул. Первомайская д. 117 (вход со двора).

Адрес колледжа: 107564 г. Москва, ул. Лосиноостровская д. 2, м. Сокольники, авт. 75 до остановки «Учебный центр Минздрава».

Телефоны: 963-83-01, 963-77-77.



109240, Москва, ул. Николаямская, д.21/7, офис 36  
Тел./факс: (095) 915-23-03, 915-49-99  
Тел.: (095) 540-06-42, 540-06-43, 109-13-30  
E-mail: info@infomedfarm.ru, www.infomedfarmdialog.ru

МЕРОПРИЯТИЯ ИНФОРМАЦИОННО-ВЫСТАВОЧНОГО АГЕНТСТВА

«ИнфоМедФарм Диалог» на первое полугодие 2004 года.

Место проведения: здание Правительства Москвы

24–25 марта

Вторая научно-практическая конференция: «Внутрибольничные инфекции в стационарах различного профиля, профилактика, лечение осложнений».

13–14 апреля

Международный форум «Неотложная медицина в мегаполисе»

19–20 мая

Вторая научно-практическая конференция: «Фармакологические и физические методы лечения в оториноларингологии»

29–30 июня

Вторая научно-практическая конференция:

«Безопасность больного в анестезиологии-реаниматологии»

Газета зарегистрирована Комитетом РФ по печати. Регистрационный № 014489 от 16.02.1996. Издаётся с 1993 года  
Учредители: Редакция газеты "Больница", Московская городская клиническая больница им. С. П. Боткина, Московская медицинская ассоциация.

Главный редактор Галина Денисова

105203, Москва, ул. Нижняя Первомайская, 47, оф. 207; тел./факс: (095) 465 4854

www.medicus.ru; E-mail: hospital47@mtu-net.ru

Компьютерная верстка, дизайн – Издательство «Пульс»

© Газета «Больница»

ЦЕНА  
ДОГОВОРНАЯ

Отпечатано в типографии издательства «Красная Звезда»  
Подписано в печать 12.04.2004 г. Объем 1 п.л. Тираж 10000 экз. Заказ №