

сейчас на месте подсудимого», – сказал коллега. Тем не менее он подписал экспертное заключение, обвиняющее меня. Зачем? – спрашивает Рубен Гарриевич.

Прошло уже несколько заседаний, и как долго ещё продлятся слушания, неизвестно. Между тем доктор Аванесян искренне недоумевает: почему из всех врачей, которые занимались этим пациентом, в том числе за деньги, и не получили никаких результатов, виноват оказался только он?

– Я искренне желал помочь больному. Упрекать меня в злом умысле или некомпетентности несправедливо. За свою жизнь я спас от суда 250 врачей, выполнив такое количество операций при ятрогенных осложнениях. Сам много раз выступал в роли эксперта, и ни один хирург не оказался после этого на скамье подсудимых. Но не потому, что я покрывал их явные ошибки, а потому что принципиален в оценках и не позволяю обвинять коллег, когда нет их вины. За своё честное имя буду бороться до конца, – подытоживает Р.Аванесян.

«А что потом?» – спрашиваю я моего собеседника. «Буду острожноничать. Сто раз подумаю, соглашаться ли оперировать такого рода пациентов. А молодые коллеги, видя мою историю, точно не станут за таких больных брать», – признаётся доктор.

Что в итоге?

Вопросы, которые возникают после знакомства с этой печальной историей и на которые вряд ли у кого-то есть ответы.

Первый: следует ли хирургу в аналогичной ситуации всегда хладнокровно отказывать больному в паллиативной помощи, чтобы уберечь самого себя от тюрьмы в случае, если операция не приведёт к ожидаемому результату?

Второй: почему паллиативные операции оказались вытеснены за рамки онкопомощи, а сами больные с запущенными стадиями рака и осложнениями опухоли фактически никому не нужны?

Третий: кто и когда наведёт порядок в практике назначения, выполнения судебно-медицинских экспертиз и оценке их качества?

Четвёртый: почему, расследуя это дело, правоохранители не заинтересовались обстоятельством, предшествовавшим знакомству доктора Аванесяна с данным пациентом, и не дали оценку действиям тех врачей, которые не диагностировали рак у пациента с явными признаками этой болезни и своевременно не направили его на хирургическое лечение?

Пятый: все ли российские онкологи осведомлены о возможностях и значении паллиативной хирургии в колопроктологии при злокачественных опухолях?

Шестой: не пора ли для восстановления истины привлекать в качестве независимых экспертов в подобных случаях представителей профессиональных врачебных объединений?

Седьмой (ироничный): может, следует на всякий случай вообще исключить из числа оперативных пособий наложение швов и анастомозов ввиду риска их несостоятельности по независимым от мастерства хирурга причинам?

Наконец, восьмой, принципиальный: в своём постановлении «О судебной практике по делам о преступлениях, предусмотренных ст. 238 УК РФ» Верховный суд РФ вообще не рассматривает врачей как субъектов данного преступления, тем самым подтверждая, что медицинская помощь – это не оказание услуг и не выполнение работ. Почему же в данном случае фигурирует именно эта уголовная статья?

Елена БУШ,
обозреватель
«МГ».

Острая тема

Курение, как известно, не просто дурная привычка, а заболевание, которое имеет официальный самостоятельный статус в Международной классификации болезней. Следовательно, курильщиков надо лечить. Казалось бы, очевидные для современной медицины истины. Проблема лишь в том, что врачи не всегда готовы аргументированно убеждать никотинозависимых в том, что те нуждаются в терапии. И сами курильщики не всегда готовы лечиться, даже те, чья жизнь не умозрительно, а в самом прямом смысле зависит от того, откажется ли человек от курения немедленно или не откажется.

Речь идёт, в частности, о двух категориях пациентов: первая – онкобольные, вторая – люди с ВИЧ-инфекцией. Неожиданное появление в этом списке ВИЧ-инфицированных и стало поводом для очередной встречи корреспондента «МГ» с заведующим отделом клинической эпидемиологии Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н.Блохина, президентом Противоракового общества России, членом-корреспондентом РАН Давидом ЗАРИДЗЕ.

ВИЧ-инфекция: или куришь, или живёшь

Как показывает практика, два эти процесса не сочетаются

– Курение ухудшает прогноз больных ВИЧ-инфекцией. Применение современной антиретровирусной терапии (АРВТ) существенно продлевает жизнь этих людей. Более того, продолжительность их жизни не ниже, чем у практически здоровых людей. В то же время многие из ВИЧ-инфицированных умирают от опухолей, ассоциированных с курением, а также от сердечно-сосудистых и лёгочных заболеваний. По данным зарубежных исследований, распространённость курения среди ВИЧ-положительных лиц как минимум в два раза выше, чем в общей популяции, и, соответственно, заболеваемость раком лёгкого среди них также значительно выше. Рак лёгкого – наиболее частая онкологическая причина смерти ВИЧ-инфицированных пациентов, а главный триггер рака лёгкого – курение, – говорит Д.Заридзе.

Результаты наблюдения когорты ВИЧ-инфицированных больных, которые проходят АРВТ, показывают, что у мужчин и женщин, которые никогда не курили, продолжительность жизни равна 71,9 и 74 годам. Продолжительность жизни ВИЧ-инфицированных мужчин и женщин, продолжающих курить, – 65 и 69,9 года соответственно. Таковы данные исследований США.

– Таким образом, даже на фоне постоянного лечения курение отнимает у больных ВИЧ-инфекцией от 4,5 до 6,7 года жизни. Наши зарубежные коллеги считают, что настало время признать: именно курение оказывается главным убийцей больных ВИЧ, которые получают эффективную антиретро-

вирусную терапию. И это несколько омрачает эйфорию, которая вызвана успехом АРВТ, ведь в её разработку были вложены огромные интеллектуальные и финансовые ресурсы, – продолжает эксперт. Казалось бы, разница между тем, проживёт человек 70 или 75 лет, не слишком существенна. Тем не менее зарубежное профессиональное сообщество инфекционистов считает, что отказ от курения должен быть одним из важнейших компонентов лечения ВИЧ-инфекции.

Компонентов или условий? Разница принципиальная. Если мы говорим об отказе от курения как составной части терапии ВИЧ-инфекции, это подразумевает добровольность принятия человеком такого решения. Если же говорим об условии, значит, заведомо закрываем доступность АРВТ для курильщиков, а это просто невозможно, и вряд ли подобное решение когда-либо где-либо может быть узаконено.

Так что с добровольным отказом? Плохи дела, говорит профессор Д.Заридзе. Опыт множества рандомизированных клинических исследований показал, что добровольный отказ от курения ВИЧ-положительных больных – практически невыполнимая задача. Данное обстоятельство диктует необходимость искать особый подход, в частности, применять концепцию снижения вреда при никотиновой зависимости.

– А что у нас? К сожалению, в России, как и в ряде других стран, нет данных о частоте курения, заболеваемости и смертности от рака лёгкого среди ВИЧ-

инфицированных. В то же время надо иметь в виду, что большинство этих людей – бывшие и даже действующие потребители наркотиков, а в этой среде курят все до единого. Таким образом, сделать примерные расчёты не сложно, зная, что в нашей стране, по данным академика РАН Вадима Покровского, проживает 1,1 млн россиян с лабораторно подтверждённым диагнозом «ВИЧ-инфекция». Такая статистика говорит о важности затронутой нами проблемы, – убеждён Д.Заридзе.

Делаем вывод: беседуя с пациентами, которым выставлен

терапию и на прогноз заболевания у онкологических больных. Пациенты с онкологическим диагнозом, которые бросили курить, живут на 2-3 года дольше, чем те, кто продолжал курить, – подчеркнул мой собеседник.

Были прослежены курящие на момент постановки онкологического диагноза пациенты с мелкоклеточным раком лёгкого и раком почки, которые в период с 2007 по 2016 г. проходили лечение в НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина и московской городской клинической онкологической больнице № 1. За время прослеживания, то есть до 2022 г., было зарегистрировано 325



диагноз «ВИЧ-инфекция», врач непременно должен поинтересоваться тем, курит ли человек, и разъяснить ему, в какой мере курение обесценит проведение антиретровирусной терапии.

В продолжение разговора о влиянии курения на эффективность терапии заведующий отделом клинической эпидемиологии НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина в очередной раз напомнил читателям «Медицинской газеты»: курение – и это научно доказано – является основной причиной развития 15 форм злокачественных новообразований.

– Хочу поделиться информацией о результатах очередного проспективного когортного научного исследования, которое провели специалисты НМИЦ онкологии им. Н.Н.Блохина совместно с Международным агентством по изучению рака. Мы показали, что курение отрицательно влияет на эффективность противоопухолевой

случаев смерти (64%) от рака лёгкого и 100 случаев смерти (47%) от рака почки. Медиана выживаемости без прогрессирования болезни оказалась на 21,6 и 36 месяцев соответственно выше у пациентов с диагнозами «рак лёгкого» и «рак почки», которые отказались от курения по сравнению с больными, продолжающими курить.

Показатель 5-летней общей выживаемости был достоверно выше среди отказавшихся от курения больных раком лёгкого (61% vs 49%) и раком почки (88% vs 73%) по сравнению с пациентами, продолжавшими курить.

В целом отказ от курения статистически достоверно снижает на 33% риск смерти от всех причин у больных с диагнозом «рак лёгкого» и на 50% – с диагнозом «рак почки»; на 25% – специфическую смертность от рака лёгкого и рака почки; на 28 и 44% – риск прогрессирования болезни при раке лёгкого и раке почки соответственно.

– Таким образом, опираясь на полученные в исследовании статистические данные, можно уверенно говорить, что эффективность отказа от курения вполне сопоставима с эффективностью инновационной противоопухолевой терапии. Но, к сожалению, и пациенты с ВИЧ-инфекцией, и онкологические пациенты не знают о том, что курение значительно ухудшает шансы выжить и излечиться. Врачи им об этом просто не говорят, – с сожалением отмечает Д.Заридзе.

Почему не говорят? Ответ прост: потому что сами не знают об этом.

Ирина БАЖЕНОВА.

Новые подходы

Инновационные методики реабилитации детей с поражением центральной нервной системы разработаны и внедрены специалистами Российской детской клинической больницы РНИМУ им. Н.И.Пирогова Минздрава России.

Одна из таких разработок – «Экзокость-2». Это инновационное устройство, так называемое роботизированное кресло, создано сотрудниками РНИМУ и применяется совместно с ИМК (интерфейс-мозг-компьютер) в отделении медицинской реабилитации больницы. С его помощью возможна не только реабилитация, возвращение утраченных функций движения руки после травм или перенесённого заболевания, но и абилитация – по-

Реальная поддержка юным пациентам

явление у ребёнка тех функций движения, которых у него не было ранее (например, при ДЦП или инсульте). За последние два года, после успешной апробации, занятия по восстановлению с использованием экзокости прошли уже свыше 200 детей.

«Курс состоит из 10 занятий по 45 минут каждое. Ребёнку необходимо представить, как он двигает рукой – в этот момент через систему мозг-компьютер посылаются сигналы и экзокость приводится в движение. После прохождения курса у детей улучшаются координация, сила хвата, практически у всех повышается скорость движения. Кроме того, ребёнок начинает чаще испол-

зовать руку в бытовых аспектах: когда берёт ложку, снимает ботинок, надевает кофту», – рассказал Тимофей Ковальчук, заведующий отделением медицинской реабилитации детской клинической больницы.

Только за последние 5 лет специалистами больницы разработаны и внедрены собственные новые методики диагностики и лечения юных пациентов в нескольких различных областях: эндокринологии, челюстно-лицевой хирургии, онкологии, иммунологии и медицинской реабилитации.

При сахарном диабете 1-го типа применяется система Flash-мониторинга глюкозы. Инновационные схемы комбинированной

иммуносупрессивной терапии используются для пациентов с приобретённой апластической анемией, а для грудничков с расщелиной губ и нёба – метод послеоперационного ортопедического лечения. При первичном В-литерном остром лимфобластном лейкозе применяется комбинированная химио- и иммунотерапия.

Все они успешно прошли процесс клинической апробации и затем были утверждены Минздравом России, включены в протоколы лечения и стали стандартом оказания медицинской помощи юным пациентам при соответствующих патологиях.

Георгий АЛЕКСАНДРОВ.

