

множество принципов биомедицинской этики – принцип «не навреди», «делай добро»; происходит осознанное поощрение эйтаназии и ятротаназии, путем обмана нарушается право человека на достойную смерть.

Множество проблем биомедицинской этики просматривается и в других нанотехнологиях, которые могут быть внедрены в медицину в ближайшие десятилетия. Так, сразу возникнет проблема всеобщей их доступности и соблюдения принципа справедливого распределения ресурсов в медицине. Едва ли есть сомнение, что при нынешнем состоянии нравов российского общества нанотехнологии будут распределяться избирательно, в соответствии со служебной или денежной иерархией.

Возникнет также проблема регионального эгоизма – технологии окажутся доступными в основном в тех регионах, где они будут разрабатываться или закупаться.

Жестко могут встать также проблемы работы этических комитетов. Ныне в России в подавляющем большинстве лечебных учреждений не созданы этические комитеты. Они имеются также не во всех научно-исследовательских учреждениях страны. Более того, их юридический статус в нашей стране так и остался неясным. И, следова-

тельно, можно ожидать бесконтрольного и аморального распространения и применения различных нанотехнологий, как это сегодня имеет место со стволовыми клетками.

Этической проблемой станет также добровольность информированного согласия пациента на применение нанотехнологий. Для доказательства безопасности и эффективности действия того же респироцита нужны будут многолетние экспериментальные исследования доказательного типа. Будут ли они проводиться в современной России? Во внедрении технологий будут вовлекаться очень большие деньги. А как известно, нет преступления, на которое не пойдет капиталист, если дело пахнет прибылью более чем 30%. А в нанотехнологиях прибыли могут быть многократно по 30%. Будет ли в таких условиях информированное согласие пациента добровольным или оно будет связано с его обманом заинтересованными лицами, в том числе и врачами. В этой ситуации просматривается также проблема коммерциализации нанотехнологий, что также противоречит положениям ВОЗ и ЮНЕСКО, Конвенции Совета Европы и другим этическим документам.

Выше уже говорилось, ЮНЕСКО считает важнейшей задачей различных ее комитетов по биоэтике

информирование общественности о проблемах нанотехнологий. Этот тезис должен быть взят на вооружение всеми этическими комитетами России, так как иначе в обществе может быть реакция, подобная той, что в настоящее время имеет место по генетически модифицированным продуктам или генной терапии.

Требуют чрезвычайно точного подсчета проблемы продления жизни людей на земле за счет внедрения в организм молекулярных роботов, предотвращающих старение клеток, а также перестройки и «облагораживания» тканей человеческого организма. Если не осуществится другая нанотехнологическая проблема – искусственного синтеза продуктов питания, то удлинение жизни человека может иметь самые тяжкие последствия. Уже сегодня земля не может прокормить 6 миллиардов своих жителей. Если же жизнь людей будет продлена, то не представляет трудностей понять, какие могут быть последствия.

Из сказанного видно, что круг биоэтических проблем нанотехнологий будет чрезвычайно велик, и необходимо уже сегодня рассмотреть возможно большее число этих проблем и меры их решения, профилактики и, по-видимому, подготовки к переводу части из них в медицинское право.

ОБМЕН ОПЫТОМ

В.В. Сивцев

ЛИМФОФИБРОМАТОЗ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: КЛИНИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ

Лимфофиброматоз наружных половых органов является весьма редким соматическим заболеванием. По частоте поражения отдельных органов и систем оно занимает второе место, уступая лимфофиброматозу нижних конечностей [1, 2]. Нами проанализированы данные 51 больного (41 мужчина и 10 женщин) с лимфофиброматозом наружных половых органов, проходивших лечение с 1962 по 2003 г. У 21 больного заболевание сочеталось с лимфофиброматозом нижних конечностей. Этот факт можно объяснить тем, что при нарушении лимфатического оттока от нижних конечнос-

тей страдают не только лимфатические пути, но и паховые лимфатические узлы, принимающие самое непосредственное участие в лимфообращении наружных половых органов. Как показали клинические наблюдения, основной причиной развития лимфофиброматоза половых органов является ранее перенесенное рожистое воспаление кожных покровов нижних конечностей и наружных половых органов.

Обследование больных лимфофиброматозом наружных половых органов должно включить в себя помимо общеклинических исследований (пальпация патологически измененных мягких тканей, пальцевое исследование предстательной железы и региональных лимфоузлов, обзорная рентгенография), также и специальные

методики (изучение микрофлоры кожи и подкожной клетчатки, определение окружности объема, термометрию кожи пораженных органов, выяснение состояния лимфатического оттока при помощи прямой лимфографии полового члена и мошонки).

Основным клиническим признаком заболевания является патологическое увеличение кожи и подкожной клетчатки. Проводимое нами изучение гидрофильности мягких тканей показало наличие отечной жидкости в подкожной клетчатке. Данные обзорной рентгенографии с использованием «мягких» снимков позволили выявить приблизительные размеры патологически уплотненных за счет склеротических изменений подкожно-жировой клетчатки мягких тканей и уточнить их границы

с неизменными тканями. Вместе с тем этим методом исследования можно установить лишь относительные размеры пораженных органов. В то же время измерение окружности, длины и объема (при помощи вытеснения жидкости) полового члена и мошонки дают возможность получить их абсолютные размеры. Так, у большинства наших больных они составляли в среднем 14 см (длина), 47 см (окружность), 630 мл (объем при помощи вытеснения жидкости).

Показательна термометрия кожных покровов половых органов. У всех обследованных больных до операции кожная температура была значительно ниже нормы, а после операции повышалась до нормальных цифр.

Для оценки микрофлоры кожи наружных половых органов, а также для определения ее в мягких тканях нами производилось взятие мазков непосредственно с кожи и при помощи пункции из мягких тканей. Определение микрофлоры выявило преобладание белого гемолитического стрептококка, что в свою очередь позволило наиболее рационально подобрать антибактериальную терапию как в пред-, так и в послеоперационном периодах.

Особый интерес для изучения лимфооттока от наружных половых органов приобретает прямая лимфография полового члена и мошонки, которая была произведена 10 больным. Контрастное вещество в количестве 5-10 мл вводили непосредственно в раннее окрашенные синькой Эванса лимфатические сосуды кожи у границы между передним и задним листками крайней плоти или же дна мошонки.

Полученные данные имеют определенное значение в установлении как функциональных (расширение, сужение, вплоть до аплазии лимфатических сосудов), так и органических (окклюзия лимфососудов у места их впадения в региональную группу медиальных поверхностных паховых лимфатических узлов, прерывание анастомотических связей между двумя латеральными коллекторами пораженного органа) нарушений лимфатического оттока.

Оценивая данные комплексного обследования больных лимфофиброматозом наружных половых органов, можно предопределить объем и характер предстоящего хирургического лечения.

Литература

1. **Медведев П.М.** Слоновость конечностей и половых органов / П.М. Медведев. – М., 1964.
2. **Краковский Н.И.** Слоновость наружных половых органов / Н.И. Краковский, Т.В. Савченко // Хирургия. – 1970. – №8. – С.144-149.

Л.А. Попова, П.И. Захаров, А.И. Васильев, А. К. Федосеева, И.А. Павлов

АНАЛИЗ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Распространенность инсульта в мире составляет 450-560 случаев на 100 тыс. населения. Ежегодно от инсульта в мире умирает 4,5 – 5 млн. чел. По данным НЦССХ им. Н.И. Бакулева [3,4], в России этот показатель колеблется от 510 до 596 случаев на 100 тыс. населения.

Республика Саха (Якутия) относится к регионам с особыми климатозоологическими условиями, с разнородным по этническому составу населением. За последнее десятилетие в республике наблюдается четкая тенденция роста цереброваскулярных заболеваний (ЦВЗ). По данным Николаевой Т.Я. [6], в 2003 г. ЦВЗ составили 12% всех случаев заболеваний системы кровообращения (в 2000г.-10,1%). За период с 1990 по 1999 г. рост смертности от ЦВЗ составил 40 %, а число умерших от ЦВЗ составило 98,8 на 100 тыс. населения, что 3 раза выше, чем от

инфаркта миокарда (28,9). Анализ заболеваемости инсультом в разных этнических группах показал, что у якутов этот показатель несколько ниже (1,89 на 1000), чем у русских (3,1 на 1000). Возрастающие показатели заболеваемости инсультом при низкой продолжительности жизни определяют актуальность изучения данной проблемы.

За 2001–2005 гг. в ККО РБ№1-НЦМ проведено скрининговое обследование дуплексным сканированием 1825 пациентов в возрасте от 40 до 80 лет с целью выявления атеросклеротического поражения сонных и позвоночных артерий. Ультразвуковое исследование сонных артерий проводилось по направлению ангиохирургов, неврологов, нейрохирургов с подозрением на стенозирующее поражение экстракраниальных артерий.

Из общего числа 1284 (70,3%) пациента имеют атеросклеротическое поражение сонных артерий с гемодинамически незначимыми стенозами, которые не требуют хирургической коррекции. 204 (11,1%) пациента имели критические стенозы внутренних сонных артерий, и им была показана хирургическая коррекция.

Поражение позвоночных артерий наблюдалось у 69 пациентов (3,7%). Патологическая извитость отмечена у 202 пациентов (11%).

Нами проанализированы данные исследования и результаты хирургического лечения 128 пациентов с признаками поражения экстракраниальных ветвей сонных артерий, прооперированных за период с 2001 по 2005 г. в отделении сосудистой хирургии РБ-№1- НЦМ.

До операции всем пациентам проведены скрининговое дуплексное исследование сонных артерий и эхокардиография (100%), а также транскраниальная доплерография (ТКДГ) с целью определения состоятельности Вилизиева круга.

Дооперационный и интраоперационный мониторинг кровотока в сосудах головного мозга методом ТКДГ позволяет хирургу выбрать более оптимальный метод интраоперационной защиты головного мозга [2].

Во время операции ТКДГ проведена только пациентам, у которых отмечалась несостоятельность Вилизиева круга.

Каротидная ангиография проводилась 95 пациентам (74,2%). Остальным пациентам операция проведена

Сотрудники РБ №1-НЦМ: **ПОПОВА Людмила Афанасьевна** – врач-хирург высшей квалификации; **ЗАХАРОВ Петр Иванович** – к.м.н., зав. отделом ССХ; **ВАСИЛЬЕВ Альберт Иванович** – к.м.н., зам. директора КЦ; **ФЕДОСЕЕВА Александра Корниловна** – зав. отделением СХ; **ПАВЛОВ Илья Андреевич** – к.м.н., директор КЦ.