



№ 2(4), 2008

**СОЦИАЛЬНАЯ
ПОЛИТИКА РОССИИ
УСОВЕРШЕНСТВУЕТСЯ**

Доклад главы
Минздравсоцразвития России
Татьяны Голиковой

**КОМИТЕТ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ
ДУМЫ РОССИИ
ПО ОХРАНЕ ЗДОРОВЬЯ**

Детям — счастливое детство

**КАРДИОЦЕНТР,
КОТОРЫЙ ЗНАЮТ ВСЕ**

Лучшие из лучших:
Евгений Иванович Чазов

**БИОЛОГИЧЕСКИ
АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ
К ПИЩЕ:**

всегда ли они полезны и безопасны

**МЕДИЦИНСКОЕ
ПРЕДСТАВЛЕНИЕ**

о речевом управлении сознанием

ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Дженерики: «за» и «против»

**РОССИЙСКИЙ РЫНОК
ГОТОВЫХ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ
СРЕДСТВ в 2007 году**

**ЮРИДИЧЕСКАЯ
КОНСУЛЬТАЦИЯ**

Частная медицинская практика

Бесплатное распространение
в каждое медицинское
учреждение России

Номер региональный:
Москва, Московская область

ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ ЗАСЛУЖЕННЫХ ВРАЧЕЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Информационно-аналитический журнал
Официальный печатный орган Ассоциации Заслуженных врачей
Российской Федерации



Евгений Иванович Чазов:

*«Ишемической болезнью сердца
страдает семь миллионов
россиян или более шестидесяти
человек из каждой тысячи
взрослого населения»*



Дорогие друзья!

Летний период знаменателен несколькими важными для страны праздниками. В третье воскресенье июня в соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 01.10.1980 «О праздничных и памятных днях» отмечается профессиональный праздник медицинских работников. Таким образом, в этом году он будет отмечаться в нашей стране в восемнадцатый раз.

День медицинского работника традиционно отмечается как праздник людей, посвятивших себя благородному делу сохранения жизни и здоровья сограждан. И эта дата давно вышла за рамки сугубо профессионального праздника. Ведь, как и во всем мире, в России едва ли найдется человек, который бы не обращался за помощью к людям в белых халатах.

Именно в этот день работники здравоохранения по-особому ощущают свою необходимость и значимость, гордятся своей профессией, успехами и достижениями. А в особенности это относится к тем, кто носит почетное звание Заслуженного врача нашей великой страны, а значит, уже не одно десятилетие стоит на страже здоровья россиян, щедро делится своим опытом и знаниями с молодыми коллегами.

Постоянная готовность прийти на помощь — это жизненное кредо настоящего медика, требующее огромных сил, энергии, чуткости. В этот день от имени всех членов Ассоциации заслуженных врачей РФ хотел бы высказать слова признательности за нелегкий и такой нужный труд нашим читателям-врачам и всем медикам России!

Вы сохраняете и поддерживаете главную ценность общества — здоровье людей. От вашего профессионального мастерства, преданности делу в огромной степени зависит процветание нашей родины! Профессия медицинского работника не знает праздников и выходных и требует большого терпения, мужества и душевной чуткости.

Медицинские работники России, и среди них на почетной вахте — ее заслуженные врачи, помогают растить и здоровое молодое поколение, а значит, обеспечивают будущее процветание страны. Выбрав эту беспокойную и очень нужную профессию, они взяли на себя ответственность за сбережение здоровья нации, оставаясь верными клятве Гиппократ.

Сердечно поздравляю всех, кто трудится в гражданских и военных медучреждениях, желаю доброго здоровья, оптимизма и уверенности в профессиональной деятельности, благополучия и счастья вашим семьям! Пусть ваш труд будет в радость людям, а вам приносит только удовлетворение!

*Президент Ассоциации Заслуженных врачей Российской Федерации
В.Н. Лазарев*

Специализированный информационно-аналитический журнал
«ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ ЗАСЛУЖЕННЫХ ВРАЧЕЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»
 № 2(4), 2008

Наблюдательный совет:

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, главный государственный санитарный врач Российской Федерации, академик РАМН, Заслуженный врач РФ

Г.Г. Онищенко

Первый заместитель мэра Москвы в Правительстве Москвы, руководитель Комплекса социальной сферы

Л.И. Швецова

Член Общественной палаты Российской Федерации, президент Лиги здоровья нации, доктор медицинских наук, профессор, академик РАМН

Л.А. Бокерия

Первый заместитель председателя Комитета по охране здоровья Государственной Думы Российской Федерации, Заслуженный врач РФ

А.М. Чухраев

Заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике, член Комиссии Совета Федерации по информационной политике, Заслуженный врач РФ

П.М. Беркс

Заместитель председателя Правительства Московской области

С.Н. Кошман

Депутат Московской городской Думы, председатель комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья

Л.В. Стебенкова

Редакционный совет:

Сопредседатель — главный редактор журнала, Президент Ассоциации Заслуженных врачей Российской Федерации, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ

В.Н. Лазарев

Сопредседатель — президент Российской академии медицинских наук, академик РАН и РАМН, профессор

М.И. Давыдов

Члены совета:

Руководитель Департамента здравоохранения города Москвы, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ

А.П. Сельцовский

Руководитель управления Роспотребнадзора по городу Москве, главный государственный санитарный врач по городу Москве, Заслуженный врач РФ

Н.Н. Филатов

Исполнительный директор МГФОМС, академик РАМН

А.В. Решетников

Директор Центрального НИИ туберкулеза РАМН, член-корреспондент РАМН, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный деятель науки РФ

В.В. Ерохин

Директор Московского НИИ онкологии им. А.П. Герцена, академик РАМН, профессор, Заслуженный врач РФ

В.И. Чиссов

Директор Московского научно-практического центра оториноларингологии Правительства Москвы, доктор медицинских наук, профессор

А.И. Крюков

Заведующий кафедрой биологии РГМУ, академик РАМН, профессор

В.Н. Ярыгин

Заведующий кафедрой детской оториноларингологии РГМУ, член-корреспондент РАМН, профессор, заслуженный деятель науки РФ

М.Р. Богомильский

Ректор Ивановской государственной медицинской академии, Заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор

Р.Р. Шиляев

Заместитель директора ГУ НКЭМ СО РАМН по научной и лечебной работе, доктор медицинских наук, профессор, Заслуженный врач РФ

А.И. Пальцев

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охраны культурного наследия. Свидетельство о регистрации ПИ № ФС77-26289 от 16.11.2006

Руководитель проекта, шеф-редактор

С.Е. Осипов

Заместитель шеф-редактора

А.Л. Рылов

Дизайн, верстка

С.В. Юдин

Фотохудожник

Е.А. Макарин

Корректор

Н.В. Козлова

На первой странице обложки:

Академик РАН и РАМН, генеральный директор Российского кардиологического научно-производственного комплекса, Заслуженный врач России

Чазов Евгений Иванович

Учредители: МРОО «Ассоциация Заслуженных врачей Российской Федерации»; ООО «Издательский дом «Медицинская литература»

Тираж 30 000 (общий тираж 31 000) экз.
 Отпечатано: ООО «Принт Сервис Групп»

Адрес редакции:
 Москва, ул. Обручева, д. 4, стр. 3

Телефон редакции: 936-42-68
 Телефон отдела рекламы: 936-43-27

Распространяется бесплатно

Использование опубликованных материалов без письменного разрешения редакции запрещается

Мнение авторов может не совпадать с мнением редакции

За точность фактов и достоверность информации ответственность несут авторы

Адресное распространение — руководителям медицинских учреждений

Вся рекламная информация проходит Экспертный совет Ассоциации Заслуженных врачей РФ

СОДЕРЖАНИЕ

Официально

Ассоциация Заслуженных врачей
Российской Федерации 4

Министерство здравоохранения
и социального развития РФ 6

Государственная Дума
Российской Федерации 12

Медицина сегодня

Интервью 14

Актуально 18

Медицинские учреждения

Интервью 22

Болезни и их лечение 26

Трибуна

БАД 30

Манипуляция сознанием 36

Побочные действия

Мониторинг 38

Статистика

Цифры и факты 40

Юридическая страничка

Частная медицинская практика 45

Регион

Столица России Москва 47

Медицинские учреждения

Интервью 48

Новости

События 52

Выставки, конференции

июнь—сентябрь 2008 54

Социологический опрос

Анкета 55

Симпозиум

Информация 56



Уважаемые читатели!

Вышел в свет номер нашего журнала, который, в основной своей части, готовился в июне, когда вся Россия отмечала День медицинского работника.

Развитие здравоохранения было, есть и будет важнейшим приоритетом государственной политики России, направленной на то, чтобы качественная первичная и высокотехнологичная медицинская помощь была доступна каждому ее гражданину. В последние годы в этой политике проявились заметные достижения, ставшие возможными благодаря высокому профессионализму, знаниям и трудолюбию медицинских работников, в том числе, конечно, и Заслуженных врачей России, посвятивших свою жизнь заботе о здоровье человека.

В этом номере нашего журнала вы познакомитесь с материалами, где крупнейшие медицинские специалисты России рассказывают о работе возглавляемых ими учреждений, о последних клинических, научных и преподавательских разработках, которые продолжались и в летние месяцы 2008 года.

Это крупнейший кардиолог нашего времени, врач, ученый и общественный деятель с мировым именем, академик РАН и РАМН Евгений Иванович Чазов, директор Российского кардиологического научно-производственного комплекса. Владимир Петрович Харченко, академик РАМН, возглавляющий Российский научный центр Рентгенодиагностики Росмедтехнологий РФ, головное учреждение нашей страны по разработке стратегии развития диагностической и терапевтической радиологии. И Владимир Анатольевич Решетников, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, генерал-майор медицинской службы, начальник ведущего в России Научно-методического центра последипломной подготовки военных врачей, Государственного института усовершенствования врачей Министерства обороны РФ.

От всех сотрудников редакции журнала «Вестник Ассоциации Заслуженных врачей Российской Федерации» и от себя лично желаю вам, наши дорогие читатели, новых успехов и свершений в вашем ответственном и благородном труде, крепкого здоровья, благополучия, мира и радости вам и вашим близким.

С профессиональным праздником, дорогие друзья!

Шеф-редактор
С.Е. Осипов



Комментарий к проекту «КУЛЬТУРА ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКА»

После публикации статьи «Проект „Культура здоровья школьников“» мы получили множество заинтересованных откликов. Главные врачи детских поликлиник выразили благодарность за инициативу Ассоциации в создании и реализации школьного проекта. Педиатры отмечают крайнюю необходимость в реформировании работы школьных врачей.

Напомним, что приступая к реализации проекта, мы ставили задачу создать такую систему взаимоотношений в школьном образовании по схеме: врачи — учащиеся — педагоги — родители, при которой уровень здоровья всех без исключения школьников постоянно бы повышался. Так же, очень важная задача состоит в том, чтобы создать жизнеспособный проект, внедрение которого в повседневную общеобразовательную практику в современных условиях стал бы возможным. Из этого следует, что решение поставленных задач в рамках проекта необходимо было разбить на этапы. Такой подход дал возможность своевременного внесения необходимых корректив.

В ходе реализации первого этапа было выявлено, что проведенное углубленное медицинское обследование состояния здоровья школьников находится на низком уровне. Каждый школьник получил на руки индивидуальные врачебные рекомендации, в числе которых был представлен комплекс упражнений по ЛФК. С содержанием рекомендаций были ознакомлены классные руководители и родители учащихся, были проведены выступления врачей на родительских собраниях, педагогических советах. В подавляющем большинстве педагоги и родители разделяли чувство тревоги и ответственности за состояние здоровья своих детей, многие были настроены на индивидуальную работу.

Практика показала, этого порыва оказалось недостаточно. Лишь около пяти процентов учащихся планомерно занимались по индивидуальной программе и то лишь при активном участии родителей. Можно ли делать скептические выводы? Однозначно, нет. Проект привлек внимания общественности, организаторов здравоохранения, образования и родителей к острой проблеме. Были проведены ряд углубленных медицинских исследований учащихся, получила подтверждение на практике сама возможность взаимодействия между учащимися, врачами, педагогами и родителями по вопросам здоровья. Задачи, которые стояли на первом этапе, в целом решены. Но самое главное, мы увидели, что именно необходимо подчеркнуть в проекте корректировке и дополнениям.

В частности, реализация проекта показала, рассчитывать только на то, что большинство учащихся добровольно засучат рукава и начнут работать по индивидуальной программе, выданной специалистами, неверно — необходимо поднять мотивацию каждого школьника для работы над здоровьем на должный уровень. Для решения поставленной задачи были взяты за основу — стремление школьников к аттестации положительными оценками по обязательным предметам и опыт психологических приемов спортивных тренеров в привлечение детей и подростков к активным занятиям спортом.

Были разработаны новые требования для аттестации учащихся урока по физической культуре: 100% посещаемость урока в спортивной форме. Освобождение от уроков не может быть полной, только частичной (работа по индивидуальной программе ЛФК); систематическое проведение контрольных тестов по упражнениям на основные группы мышц, контроль за изменением функционального уровня здоровья школьников (периодичность один раз в месяц); оценка двигательного навыка учащихся комплекса индивидуальных упражнений ЛФК, прописанных в ходе диспансеризации; ежедневное ведение дневника здоровья с внесением записей о проделанной работе по индивидуальной физической подготовке по системе: название упражнения, количество повторений, количество подходов; измерение ЧСС утром (сразу после пробуждения, лежа в кровати); комментарии, вопросы.

Такой подход реально, по нашему мнению, может мотивировать учащихся к систематическим, в том числе в свободное от уроков время, занятиям физической культурой и повышать тем самым индивидуальный уровень здоровья. В новом учебном году усовершенствованный проект «Культура здоровья школьников» будет продолжен. Считаем крайне необходимым введение в школьную программу новой дисциплины — «Здоровье». Это сделает возможным в кратчайшие сроки трансформировать отношение детей и подростков к собственному здоровью из понятия «желательно» к понятию «необходимо». До тех пор, пока официальный статус здоровья в школе будет ниже любого общеобразовательного предмета, отношение детей и подростков к здоровому образу жизни кардинально не изменится. Свои выводы и предложения планируем довести в ближайшее время до руководства заинтересованных государственных структур.

*Генеральный директор Ассоциации
Заслуженных врачей Российской Федерации
Л.В. Архипенко*

Новая рубрика «ПИСЬМА НАШИХ ЧИТАТЕЛЕЙ» открывается в этом номере журнала. Представляем вам, дорогие читатели, два, присланных нам в письме, стихотворения из книги «Врачуй мне душу...», которые являются, по мнению редакции, замечательными поздравлениями российским врачам ко Дню медицинского работника России!

Автор книги и стихов — Венера Батыровна Асаева,
врач-фтизиатр высшей категории, Заслуженный врач РСФСР,
Заслуженный врач Республики Башкортостан.

КОЛЛЕГАМ

*Вот кто-то догорает, как свеча,
И зовет тебя в предсмертной муке...
И снова ураган, и сердцу не смолчать —
Клянешь и смерть, и все плоды науки.*

*Ты — мост из черного небытия,
Ты — свет в окошке, истовый борец.
Схватка не на жизнь, на смерть идет,
Тебя благославляет сам Творец!*

*И ты все можешь! Побеждаешь смерть,
Исполняешь клятву Гиппократы,
Больного просишь «чуть-чуть потерпеть»,
А ведь иным оттуда нет возврата...*

*А дни и ночи спутались давно,
И стынет сердце от чужих страданий.
К мастерству дорога, как вино,
Пьянит воспоминаньем испытаний.*

*Длинная дорога — столько лет
От страды студенческой шальной,
Всем годам твоим забвенья нет, —
Это бытие и образ твой.*

*Вот кто-то догорает, как свеча,
И в имени твоём — последняя надежда!
Ты силен присягою врача,
И как всегда глядишь устало-нежно...*

*А дальше также будешь отдавать
Всего себя: ведь это человечность.
И как свеча, сам будешь догорать,
Светя другим, и... уходящий в вечность...*

ГИМН ВРАЧУ

*Жизнь трудна и очень непроста —
Требуешь все силы без остатка.
Семья, и быт, и труд — сплошной полет,
И знать нам не дано, когда посадка.*

*Человек живет — всегда горит,
И вот однажды «топливо сгорает».
Результат — болезнь или даже смерть,
Сам человек об этом и не знает.*

*Так неожиданно для него, так вдруг,
Как гром, — он немошный и хворый.
И вспомнит он, что есть надежный друг,
А друг тот — врач, отзывчивый и добрый.*

*Лишь он один придет ему помочь,
Исполняя клятву Гиппократы.
А в душе врача — огонь, ведь в жизнь
Кого вернет, кому-то нет возврата.*

*Врач — человек особый, ведь ему
Лучших качеств и черт дано сполна:
Доверие больных — ему лишь одному,
Энергии и сил, любви, ума.*

*Врачи, конечно же, подвижники всегда,
И цель борьбы — спасти кому-то жизнь.
И подвиг их переживет года!
И я пою своим коллегам гимн!*

*Успехов вам желаю, всяких благ!
Всем тем в семье, кого мы любим!
Доброту несите, словно флаг,
Сопереживание, уважение к людям.*

*Друзья, живите длительно свой век,
Вы нужны не только вашим близким,
И спасенный вами человек,
Кланяется всем поклоном низким!*

СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА РОССИИ УСОВЕРШЕНСТВУЕТСЯ



Расширенное заседание Коллегии Минздравсоцразвития состоялось 25 апреля в Москве. Оно было посвящено итогам работы Министерства в 2007 году и задачам на 2008 год. В заседании Коллегии приняли участие представители Администрации Президента и аппарата Правительства, депутаты Госдумы и члены Совета Федерации, представители ряда других организаций и общественности — всего более 850 человек.

С основным докладом об итогах работы Министерства в 2007 году и задачах на 2008 год выступила глава Минздравсоцразвития России Татьяна Голикова.

— Сегодня мы собрались для того, — обратилась к присутствующим министр, — чтобы обсудить планы наших действий по продвижению новой социальной политики — политики, направленной на улучшение социального самочувствия граждан нашей страны.

Каждый из присутствующих в зале руководителей и специалистов органов государственной власти вносит значительный вклад в решение этой задачи. Особую роль играют здесь представители субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, то есть территорий, где рождаются, воспитываются, живут и работают граждане России. Поэтому обсуждаемые сегодня задачи будут адресованы в первую очередь вам.

За последние два года государственная социальная политика претерпела серьезные изменения. Она стала концентрироваться на наиболее острых социальных проблемах и ориентироваться на приоритетные программы.

Дополнительные государственные вложения в здравоохранение, образование, социальную защиту и жилищное строительство, сделанные в последнее время, позволили сдвинуть с мертвой точки вопросы, не решавшиеся в течение многих лет.

Наши действия стали более прогнозируемыми и системными, чему безусловно способствовало введение трехлетнего планирования показателей развития страны и регионов и соответствующего трехлетнего финансового обеспечения намеченных мероприятий.

Ярким примером усиления внимания к развитию человеческого потенциала стало принятие и реализация крупных социальных проектов, прежде всего приоритетного национального проекта «Здоровье» и долгосрочной программы улучшения демографической ситуации.

Центральным системообразующим звеном для всех направлений деятельности как министерства,

так и социальных служб субъектов Российской Федерации и муниципальных образований является Концепция демографической политики на период до 2025 года, утвержденная Указом Президента Российской Федерации в октябре прошлого года.

В Концепции соединены в одно целое политика денежных доходов, семейная политика, программы действий на рынке труда, политика охраны здоровья и охраны труда.

Именно этот документ определил направления и программу наших совместных действий на длительную перспективу. В плане мероприятий по ее реализации на 2008–2010 годы определены задачи для каждого из присутствующих в зале — для специалистов в сфере здравоохранения и социальной защиты, для работников служб труда и занятости.

Сегодня это понимают все. Подавляющее большинство субъектов Российской Федерации приняли региональные демографические программы, в которых определили конкретные планы действий по увеличению рождаемости, снижению смертности, регулированию миграционных процессов.

Напомню, что за период с 1 января 2007 года по 1 апреля 2008 года в России родились более 2 млн детей. Это настоящий демографический взрыв, который не демонстрирует ни одна из развитых стран.

Мы гордимся тем, что граждане России ответственно подошли к будущему страны, правильно отреагировали на принятые меры по стимулированию рождаемости.

Задача сегодняшнего дня — обеспечить родившимся детям достойное развитие, сохранение и укрепление здоровья, благоприятную среду семейного воспитания.

Особая ответственность за это лежит на органах здравоохранения и социального обслуживания населения. К сожалению, здесь еще не все обстоит благополучно. В ряде субъектов Российской Федерации учреждения здравоохранения оказались не готовы к такому росту рождаемости. В текущем году (данные за два месяца) в 48 субъектах Российской Федерации зарегистрирован рост смертности детей в возрасте до 1 года. Самая неблагоприятная динамика этого показателя в Новгородской, Иркутской, Владимирской, Брянской, Омской, Московской, Курской областях, республиках Карелия и Алтай. Чрезвычайно высоким остается уровень младенческой смертности в Ненецком и Ямало-Ненецком автономных округах, Амурской области, Приморском крае, Республике Дагестан.

Мириться с этим больше нельзя. Прошу руководителей органов здравоохранения субъектов Российской Федерации совместно с учреждениями родовспоможения и детскими поликлиниками разобратся в сложившейся ситуации и принять экстренные меры по недопущению подобных случаев. Эта работа должна быть поставлена на особый контроль.

Со своей стороны федеральные органы будут продолжать проводить мероприятия по стимулированию рождаемости и улучшению медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и в послеродовой период. С этого года введена индексация государственных пособий гражданам, имеющим детей с учетом роста потребительских цен. Будет завершена подготовка нормативных правовых актов, обеспечивающих предоставление с 2010 года материнского капитала. Федеральный бюджет выделил средства

на медикаментозное обеспечение женщин в период беременности, на профилактическое наблюдение ребенка, поставленного на диспансерный учет.

Все беременные женщины получают родовые сертификаты. Будет организовано обследование 1,6 млн детей на наследственные заболевания.

Важным мероприятием является организация работы по проектированию, строительству и оснащению современным медицинским оборудованием федеральных и региональных перинатальных центров. В 2008 году будут оснащены оборудованием и сданы в эксплуатацию областной перинатальный центр в г. Иркутске и региональный перинатальный центр в г. Калининграде. Также будет начато строительство 3 федеральных и 16 региональных перинатальных центров. В результате на 20% больше беременных женщин группы высокого риска смогут получать специализированную медицинскую помощь.

В соответствии с подпрограммой «Здоровое поколение» федеральной целевой программы «Дети России на 2007–2010 годы» в 2008 году будет организовано оснащение реабилитационным оборудованием 15 реабилитационных центров и отделений восстановительного лечения детей, дооснащение современным оборудованием не менее 75 лечебно-профилактических учреждений родовспоможения и детства.

Мы ожидаем, что мероприятия по стимулированию рождаемости и развитию службы родовспоможения позволят добиться увеличения коэффициента рождаемости с 11,3 на 1000 населения в 2007 году до 11,8–12 — в 2008 году, а также снижение коэффициента младенческой смертности с 9,4 на 1000 родившихся в 2007 году до 9,0 — в 2008 году.

Рост рождаемости ставит новые задачи и перед органами социальной защиты населения. Высказываемые опасения, что рост числа рождений может привести к увеличению «отказников» от детей, оправдаться ни в коем случае не должны. Все неблагополучные семьи должны быть охвачены вниманием социальных служб. Надо сделать максимально возможное для оказания помощи матерям, воспитывающим маленьких детей в сложных материальных или социальных условиях.

2008 год объявлен в Российской Федерации Годом семьи. Намеченные мероприятия должны быть, безусловно, выполнены. Вместе с тем Год семьи должен положить начало новой семейной политике, во главе которой будет приоритет семейных ценностей. Задача региональных органов государственной власти — обеспечить выполнение обязательств государства, данных при введении материнского (семейного) капитала. Необходимо уже сейчас принять программы обеспечения дополнительным жильем женщин, которые захотят в 2010 году использовать соответствующие средства на приобретение жилья. Требуется принять специальные программы строительства дошкольных образовательных учреждений и развития дополнительных образовательных программ, которые могли бы финансироваться из средств материнского (семейного) капитала.

В 2008 году особое внимание должно быть обращено на состояние здоровья и социальное положение детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.

Надо очень организованно провести диспансеризацию этих детей. Результаты диспансеризации должны быть в максимальной степени использованы

для определения программ организации их лечения и лекарственного обеспечения. Надо сделать все возможное для того, чтобы эти дети вели здоровый образ жизни, занимались физической культурой и спортом, чтобы оградить детей от алкоголя, наркотиков и других нездоровых факторов.

Недавно Президент Российской Федерации подписал Указ о создании Фонда поддержки де-

показали, что существует блок задач, которые необходимо последовательно решать для того, чтобы вывести отрасль на современный уровень развития, подчеркну еще раз, эффективное использование имеющихся ресурсов, оптимизация взаимодействия между различными уровнями власти по совершенствованию организации медицинской помощи населению.



тей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Средства фонда, поступающие из федерального бюджета (в федеральном бюджете 2008 года предусмотрено 5,2 млрд руб.) и внебюджетных источников, будут направляться на региональные, муниципальные и некоммерческие программы по профилактике семейного неблагополучия и социального сиротства. Фонд также будет реализовывать собственные проекты по развитию форм семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей, по социальной интеграции детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. Ждем от вас интересных предложений по определению приоритетных направлений работы и возможных проектов, которые могли бы получить поддержку фонда.

Важнейшей задачей 2008 года является продолжение работы по повышению качества и доступности медицинской помощи прежде всего в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье».

Двухлетний период реализации приоритетного национального проекта сформировал прежде всего для субъектов Российской Федерации условия для повышения эффективности деятельности первичного звена здравоохранения, а также для оптимального использования этого потенциала в целях повышения доступности и качества медицинской помощи.

Вместе с тем результаты реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения

Доклад о результатах реализации национального проекта за предыдущие два года мы неоднократно обсуждали на различных встречах и форумах. Повторяться, по-видимому, нет смысла. Остановлюсь на развитии национального проекта, точнее, на задачах, которые предстоит решить в текущем году.

Главная задача 2008 года создать задел для решения в ближайшие два-три года проблемы высокой смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и дорожно-транспортных происшествий: причин — главных виновников преждевременного ухода из жизни трудоспособных людей.

Хотя динамика показателей смертности в 2007 году по сравнению с 2006 годом улучшилась, положение дел в этом направлении остается неудовлетворительным. Именно этот показатель создает демографический кризис. Именно он вносит решающий «вклад» в низкую, неприемлемую для развитых стран, ожидаемую продолжительность жизни в России.

Мы должны качественно преобразовать систему оказания экстренной медицинской помощи больным с инфарктами и инсультами, одновременно внедрив модель ранней реабилитации больных мультидисциплинарными бригадами.

Из 1 млн больных, которых мы теряем ежегодно от сердечно-сосудистых заболеваний, мы должны сохранить уже в первый год 150 тысяч. Задача нелегкая, но решаемая.

На создание 12 региональных и 36 первичных судистых отделений в этом году будут направлены субсидии бюджетам 12 субъектов Российской Федерации на сумму 3,6 млрд рублей. На эти же цели в 2009 и 2010 годах предусмотрено еще 4,6 млрд рублей.

Вторая задача — это снижение смертности при дорожно-транспортных происшествиях. Мы не должны допускать, чтобы ежегодно по этой причине уходило из жизни более 30 тысяч граждан, в большинстве своем молодых, здоровых и трудоспособных, а около 300 тысяч становилось инвалидами. Все, что зависит от эффективного и своевременного оказания медицинской помощи, должно быть нами решено. Предстоит оснастить реанимобилями и медицинским оборудованием 76 медицинских учреждений, расположенных вдоль федеральных автомобильных дорог, в 11 субъектах Российской Федерации. На эти цели предусмотрено в 2008–2010 годах 7,5 млрд руб.

Необходимые для этого средства выделены как в рамках расходов на расширение приоритетного национального проекта «Здоровье», так и в рамках федеральных целевых программ «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007–2011 годы)» (подпрограмма «Артериальная гипертензия») и «Повышение безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах». Однако эффективность их реализации будет во многом зависеть от софинансирования со стороны бюджетов субъектов Российской Федерации. В этом вопросе мы ждем от вас добросовестного партнерства по взятым на себя обязательствам.

Результатом проводимых мероприятий должно стать снижение смертности от болезней кровообращения в 2008 году по сравнению с 2007 годом на 5–6%, от транспортных травм — на 10–13%. Число малоинвазивных внутрисосудистых вмешательств для лечения и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний предусматривается увеличить на 18 тысяч.

Мероприятия, которые будут проводиться в рамках принятых планов, должны обеспечить уменьшение общего коэффициента смертности — с 14,7 на 1000 населения в 2007 году до 14,0 — в 2008 году.

В 2008 году Министерство приступило к системным действиям по повышению безопасности медицинских операций и манипуляций. Это касается в первую очередь препаратов крови и ее компонентов. Предусматривается сформировать единую информационную базу, обеспечивающую сопровождение технологических процессов заготовки, переработки и хранения крови и ее препаратов. Будет проведена модернизация материально-технической базы учреждений службы крови. Соответствующие службы уже приступили к проведению кампании по развитию массового донорства крови.

В 2008 году уже 6 федеральных учреждений службы крови и 15 учреждений службы крови, подведомственных субъектам Российской Федерации, в том числе расположенных в непосредственной близости от новых федеральных центров высоких медицинских технологий, будут оснащены специализированным медицинским оборудованием.

Несколько слов о еще одной острой проблеме — о развитии высокотехнологичной медицинской помощи, потребность в которой удовлетворена в 2007 году только на треть. Ради справедливости следует

отметить, что в 2004–2005 годах она составляла только 10%.

Задача поставлена амбициозная — повысить этот показатель к 2010 году до 80%. Мы будем действовать по двум направлениям.

Первое: построим и введем в действие 15 новых федеральных центров высоких медицинских технологий по травматологии, ортопедии и эндопротезированию, сердечно-сосудистой хирургии и нейрохирургии.

Второе: оснастим высокотехнологичным медицинским оборудованием 44 действующих федеральных медицинских учреждений.

В систему оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета включаются медицинские учреждения, находящиеся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

Расширение объемов высокотехнологичной медицинской помощи требует создания единой системы восстановительного лечения и реабилитации больных, получивших эту помощь. Субъектам Российской Федерации уже сегодня надо подумать об организации центров или отделений восстановительного лечения и реабилитации, увязки их деятельности с работой существующей сети санаторно-курортных учреждений.

Мероприятия приоритетного национального проекта «Здоровье», проведенные в 2006–2007 годах, несмотря на точечное воздействие на самые болевые точки, имели большой социальный эффект. Сейчас важно не снизить его. Нельзя допускать «эффекта привыкания». Надо требовать от первичного звена повышения результативности работы, улучшения качества и уровня обслуживания пациентов, сокращения очередей на прием к врачу, максимально возможного использования диагностического оборудования. Диспансеризация населения не должна носить формальный характер. Ее результаты должны быть положены в основу паспорта здоровья, быть основой для разработки программы улучшения здоровья и формирования здорового образа жизни у каждого гражданина.

При всей своей большой значимости точечные действия в сфере здравоохранения все же не могут решить системных проблем отрасли, накопившихся за многие годы.

Поэтому важнейшей задачей 2008 года является разработка и принятие Концепции развития здравоохранения на период до 2020 года, над которой сейчас работают ведущие специалисты страны. Прорабатываются вопросы развития программы государственных гарантий медицинской помощи, системы управления как отраслью в целом, так и отдельными типами лечебно-профилактических учреждений, инновационного, информационного и кадрового обеспечения здравоохранения. Особое место отводится выработке решений по изменению системы обязательного медицинского страхования. Это сложная тема, требующая взвешенного подхода. Решения по ней будут приниматься на основе опыта пилотных регионов и с учетом долгосрочной перспективы.

Важнейшим элементом политики улучшения социального самочувствия граждан является развитие системы социальной защиты и социального обслуживания населения, которая пока еще далека

от совершенства. Новые демографические тенденции, прежде всего старение населения, в ближайшей перспективе приведут к росту потребности в качественных социальных услугах, ориентированных на граждан старших возрастов. Уже сейчас услугами соответствующих учреждений пользуются свыше 17,5 млн человек. Это самый высокий показатель за последние 10 лет.

четаться с реальной поддержкой тех семей, которые собственными силами осуществляют уход на дому за инвалидами и престарелыми родственниками.

Особого, лишённого любых проявлений бюрократизма, действия требуют в отношении инвалидов. Первым шагом в этом направлении стало принятие решения о введении новых правил признания инвалидом, которые упростили процедуру установления



Субъекты Российской Федерации делают много для развития соответствующих учреждений. В регионах открываются дома-интернаты с комфортными условиями проживания, расширяется охват пожилых людей надомным обслуживанием.

Но этого недостаточно. К сожалению, увеличение объема оказанных социальных услуг не всегда сопровождается улучшением качества. В последнее время возросло число жалоб на неудовлетворительные условия проживания и неуважительное отношение со стороны работников стационаров, на установление платных социальных услуг. Спектр предоставляемых надомных услуг очень ограниченный. Состояние пожарной безопасности многих стационаров с круглосуточным пребыванием людей угрожающее.

Настало время уходить от государственной монополии на социальные услуги. Развитие социальной защиты должно идти по пути выравнивания предоставления социальных услуг, включая внедрение элементов стандартизации социального обслуживания, устанавливающих основные требования к объему и качеству социальных услуг, порядку и условиям их оказания.

Задача регионов — создать для пожилых людей и людей с ограниченными возможностями комфортные условия и здоровый социально-психологический климат. Хочу подчеркнуть, что эта работа должна со-

инвалидности и исключили необходимость повторного обращения граждан для оформления инвалидности при отдельных видах заболеваний. Утвержден новый порядок обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации. Теперь инвалиды будут обеспечиваться ими в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, выдаваемой медицинскими организациями, оказывающими им лечебно-профилактическую помощь. И уже не надо будет обращаться в учреждения медико-социальной экспертизы для дополнительного освидетельствования.

На очереди совершенствование законодательства об обеспечении инвалидов специальным автотранспортом и об обеспечении жильем граждан, вставших на учет до 1 января 2005 года.

Серьезные задачи стоят перед региональными органами по труду и занятости населения.

Несмотря на благополучные показатели занятости населения, ситуация на рынке труда тревожная. Прежде всего это относится к качеству рабочей силы, которая зачастую не соответствует требованиям структурной перестройки экономики и переходу к инновационным технологиям. Рост численности экономического населения скоро прекратится. Мы будем испытывать дефицит трудовых ресурсов. К этому надо готовиться уже сейчас.

В рамках Концепции действий на рынке труда на 2008–2010 годы, которая должна быть принята в ближайшее время, мы должны принять совместные меры по усилению взаимосвязи рынка труда и профессионального образования, по внедрению профессиональных стандартов, повышению трудовой мобильности, интеграции в рынок труда безработных граждан.

В рамках демографической программы мы будем разрабатывать и реализовывать специальные программы, способствующие интеграции в рынок труда женщин, имеющих малолетних детей.

Демографическая программа дала новый вектор системе действий в области охраны труда. Мы должны создать все условия для защиты здоровья работников в процессе трудовой деятельности. Прежде всего создать систему управления профессиональными рисками, а также инфраструктуру для проведения сплошной аттестации рабочих мест по условиям труда. Усовершенствовать государственную экспертизу условий труда, повысить эффективность системы обучения по охране труда. Целевая задача – сократить число рабочих мест с опасными и вредными условиями труда, снизить уровень производственного травматизма.

Подробное обсуждение этой проблематики состоялось на Всероссийском съезде специалистов по охране труда, прошедшем три дня назад (22 апреля) в рамках Всемирного дня охраны труда.

Несколько слов о вопросах уровня жизни населения, денежных доходов, заработной платы и пенсионного обеспечения.

В 2007 году в этой сфере достигнуты неплохие результаты. Удельный вес населения с доходами ниже прожиточного минимума составил по предварительной оценке 13,7% от всего населения, вместо планировавшихся 14,4%. Соотношение между заработной платой работников бюджетной сферы и прожиточным минимумом трудоспособного населения в 2007 году составило 232% против 207% по факту 2006 года.

Однако отдельные показатели денежных доходов населения остаются неблагоприятными. В частности, не удается преодолеть высокую дифференциацию доходов между наиболее бедными и наиболее обеспеченными группами населения. В 2007 году она составила 16,8 раза, что является самым высоким показателем за все время его регистрации. Дифференциация в заработной плате еще больше. Она составила 22 раза.

Фактически у 10% наиболее обеспеченного населения среднедушевой доход составил около 39 тысяч рублей в месяц, а у 10% наиболее бедного – 2400 рублей, то есть 60% прожиточного минимума. Средний доход у обеспеченных групп населения, как видите, не столь велик, чтобы сдерживать его рост. Главные усилия надо направить на повышение доходов беднейших групп населения, больше половины из которых составляют семьи с высокой иждивенческой нагрузкой и низкооплачиваемые работники.

Здесь нужны активные действия не только со стороны всех уровней государственной власти, но и со стороны работодателей и профсоюзов. Полагаю, что в региональных и отраслевых тарифных соглашениях должно быть обращено особое внимание на уровень оплаты труда работников низших квалификационных групп. Система материальной поддержки семей

с детьми, принятая в субъектах Российской Федерации, должна быть более существенной и адресной.

Для сокращения дифференциации в доходах на федеральном уровне будут подготовлены решения о поэтапном приближении минимального размера оплаты труда к прожиточному минимуму трудоспособного населения, а социальной пенсии – к прожиточному минимуму пенсионера.

В ходе консультаций с объединениями профессиональных союзов и объединениями работодателей мы должны определиться с параметрами повышения минимального размера оплаты труда до величины прожиточного минимума трудоспособного населения, который, по нашей оценке, составит в конце этого года примерно 5000 рублей. Вывод о возможности принятия в конце текущего года такого минимального размера оплаты труда можно будет сделать после завершения анализа возможностей бюджетов различных уровней. Очевидно, что дотационным регионам справиться с таким повышением будет сложно.

В 2008 году должны быть введены новые системы оплаты труда для работников федеральных бюджетных учреждений и гражданского персонала воинских частей в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 22 сентября 2007 г. № 605. В ближайшее время будет завершено утверждение профессиональных квалификационных групп и по решению Правительства Российской Федерации установлены базовые оклады (базовые должностные оклады), базовые ставки заработной платы по профессиональным квалификационным группам.

В сфере пенсионного обеспечения задачей ближайшей перспективы является обеспечение реального увеличения трудовых пенсий в 2008 году не менее чем на 8,5–9% сверх роста цен. Поскольку инфляция опережает плановые показатели с 1 августа, должен быть проведен очередной этап увеличения пенсий с учетом роста цен в I полугодии этого года.

Министерство подготовит правовую базу, необходимую для реализации предоставленной всем гражданам возможности добровольного формирования пенсионных накоплений при софинансировании со стороны государства. В частности, будут разработаны нормативные документы для того, чтобы граждане с 1 октября могли заявить о своем решении и с 1 января 2009 года перечислять добровольные платежи в Пенсионный фонд.

В текущем году нам предстоит подготовить решения по дальнейшему развитию пенсионной системы. Главные задачи – в среднесрочной перспективе существенно повысить пенсии старшему поколению в зависимости от продолжительности «советского» стажа, а также ликвидировать бедность среди пенсионеров. В долгосрочной перспективе – обеспечить сбалансированность Пенсионного фонда и достойные трудовые пенсии гражданам, работающим сегодня.

Уважаемые участники заседания коллегии!

Программа действий, которую мы определили на 2008 год, очень масштабная. Наша задача обеспечить их полное и качественное исполнение.

В 2008 году мы должны заложить основу для системных действий по развитию здравоохранения и социально-трудовой сферы на длительную перспективу. Цель этих действий – новая социальная политика, прямо нацеленная на повышение качества жизни каждого гражданина нашей страны.

ДЕТЯМ РОССИИ — СЧАСТЛИВОЕ ДЕТСТВО



О том, что в этом году российские законодатели уже сделали для охраны здоровья детей нашей страны и что намечено предпринять, рассказывает Председатель Комитета Государственной Думы по охране здоровья, Заслуженный врач РФ Ольга Георгиевна Борзова.

Еще с первых лет существования РСФСР в законодательстве нашей страны начала быстро формироваться база нормативно-правовых актов, направленных на охрану детского здоровья. То есть фундамент здесь уже накоплен весьма существенный и, я бы подчеркнула, проверенный на свою добротность. Казалось бы, неужели нужно добавлять что-то еще?

Но на самом деле законодательная работа в этом направлении не должна останавливаться буквально ни на одну «думскую сессию». И это — глубокое убеждение не только мое, но и многих моих коллег по Комитету Государственной Думы.

В России государственная политика в области охраны здоровья детей нашла законодательное закрепление в нашей Конституции, Основах законодательства об охране здоровья граждан, Федеральных законах: «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ», «О государственной социальной помощи», «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»; а также в Федеральной целевой программе «Дети России» на 2007–2010 годы.

Благодаря реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и государственной демографической политике, удалось преодолеть тенденции роста смертности и снижения рождаемости.

В.В. Путин, выступая перед депутатами Госдумы 8 мая 2008 года, сказал, что Россия должна войти в число стран-лидеров по таким ключевым параметрам качества жизни, как уровень доходов и социального обеспечения, качество образования и здравоохранения, рождаемость, смертность, продолжительность жизни. Сделать это предстоит в ближайшие 10–15 лет.

Расскажу теперь о конкретных мерах, уже осуществленных к середине лета 2008 года. Например, на реализацию мероприятий федеральной целевой

программы «Дети России» в первой половине 2008 году уже выделено 3,2 млрд руб. Но я уверена, что необходимо и дальше увеличивать средства на эту программу. Ведь она направлена на сохранение, восстановление и укрепление здоровья детей и подростков, привитие навыков здорового образа жизни, поддержку семей с детьми инвалидами.

В весеннюю сессию в пакете Госдумы находится несколько законопроектов, направленных на увеличение финансирования на охрану здоровья детей.

Во-первых, это закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в целях повышения размеров отдельных видов социальных выплат и стоимости набора социальных услуг». Он предусматривает дополнительное выделение 410,3 млн руб. на выплату пособий гражданам, имеющих детей. Здесь и единовременное пособие при рождении ребенка, и ежемесячное — по уходу за ним для работающих и неработающих женщин.

Во-вторых, речь идет о законе «О внесении изменений в Федеральный закон „О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов“».

Если его примут, а я думаю, что так оно и случится, на диспансеризацию пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, будет направлено 123,9 млн руб. К тому же дополнительно выделяется 23,1 млн руб. А плюс к этим средствам идет еще одна сумма. Я говорю о 100,8 млн руб., сложившихся за счет остатков средств Фонда. Все вместе это позволит провести в 2008 году диспансеризацию практически всех этих детей!

Напомню, что в России количество детей-инвалидов составляет почти 560 тыс. человек, в том числе страдающих двигательными и умственными

нарушениями. Среди последних 18% не могут общаться с окружающими, ухаживать за собой — 8%, действовать руками — 3%, владеть телом — 6%.

И в этом плане имеются проблемы, требующие решения на законодательном уровне.

Федеральный закон от 29.12.2006 № 255-ФЗ «Об обеспечении пособиями по временной нетрудоспособности, по беременности и родам граждан, подлежащих обязательному социальному страхованию» ограничивает выплаты по уходу за больным ребенком до 60 дней в возрасте до 7 лет и до 90 дней в случае патологии, включенной в перечень заболеваний. Определены ограничения в части выдачи и оплаты листов нетрудоспособности по уходу за детьми-инвалидами в возрасте до 15 лет — до 120 дней в календарном году.

Но я и многие мои коллеги по Государственной Думе, считают такие ограничения неправильными, устаревшими.

Для решения вопроса предложено два законопроекта.

Первый, внесенный Законодательным Собранием Вологодской области, направлен на снятие ограничений по выплатам по больничным листам в случае ухода за больными детьми независимо от длительности заболеваний в рамках одного календарного года. Второй, внесенный депутатом Государственной Думы Е.В. Ройzmanом, снимает ограничения в части выплат по больничным листам застрахованным лицам, осуществляющим уход за детьми в возрасте до 18 лет, страдающими тяжелыми заболеваниями крови и злокачественными новообразованиями.

В весеннюю сессию будет принят ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон „О федеральном бюджете на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов”», в котором предусмотрено увеличение в 2008 году межбюджетных трансфертов субъектам РФ на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения в сумме 10 млрд рублей

Нужно проанализировать внесенные законопроекты с учетом множественных обращений граждан о необходимости внесения изменений в действующее законодательство по данному вопросу.

Реализация этих мер началась еще три года назад, вместе со стартом программы ДЛО. А с 2008 года к ней прибавилась новая программа по обеспечению лекарствами больных заболеваниями, требующими высокочувствительной терапии.

В частности, все дети, больные гемофилией, в настоящее время получают факторы свертывания крови, что позволило им вести полноценный об-

раз жизни. Вспомните прошлогоднюю акцию, проведенную «Всероссийским обществом гемофилии», когда дети, страдающие гемофилией, совершили восхождение на Эльбрус.

К сожалению, в льготном лекарственном обеспечении детей не обошлось без сбоев. Органы управления здравоохранением субъектов несвоевременно и некачественно подают заявки на лекарства. В некоторые субъекты препараты завозятся несвоевременно. Врачи зачастую необоснованно снижают дозировки препаратов. Отсутствие необходимых в данный момент времени факторов свертывания крови приводит к ухудшению состояния ребенка и может привести к его госпитализации. В бюджетах, увы, лишь некоторых субъектов Российской Федерации на 2008 год были заложены средства на финансирование лечения вновь выявленных больных гемофилией (а ведь они должны обеспечиваться в соответствии с постановлением Правительства еще от 30.07.1994 года!), что также отрицательно сказывается на своевременности оказания этим детям медицинской помощи.

Со схожими проблемами сталкиваются и родители детей, страдающих фенилкетонурией, муковисцидозом и другими наследственными заболеваниями, о чем свидетельствуют их многочисленные обращения в Комитет.

Например, дети, больные муковисцидозом обеспечиваются препаратом «Дорназой альфа» через централизованные закупки, а лекарства для сопутствующего лечения (ферменты, антибиотики и др.) должны получать в соответствии с программой ДЛО и 890-м постановлением Правительства. Проблема та же — несвоевременное получение лекарств по причине отсутствия их в аптеке.

Много нареканий к обеспечению детей-инвалидов специализированными продуктами питания, которые в соответствии с Федеральным законом «О государственной социальной помощи» и с 890-м постановлением Правительства должны полностью обеспечиваться всеми необходимыми продуктами.

В связи с недостаточным финансированием многие субъекты Российской Федерации не в полной мере исполняют свои обязательства по обеспечению детей до трех лет полноценным питанием и лекарственными средствами. Партия «Единая Россия» уделяет значительное внимание вопросам ДЛО. По ее инициативе уже в этом созыве проведено два расширенных заседания Комитета с участием Министра здравоохранения и социального развития РФ Т.А. Голиковой. Многие проблемы удалось решить.

В весеннюю сессию будет принят ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О федеральном бюджете на 2008 год и на плановый период 2009 и 2010 годов», в котором предусмотрено увеличение в 2008 году межбюджетных трансфертов субъектам РФ на реализацию отдельных полномочий в области лекарственного обеспечения в сумме 10 млрд руб.

Мы считаем, что сложившаяся в настоящее время в России система лекарственного обеспечения населения требует дальнейшего совершенствования. По мнению Комитета по охране здоровья, внедрение системы лекарственного страхования позволит более эффективно осуществлять лекарственное обеспечение россиян, в том числе и детей.



КАРДИОЦЕНТР, КОТОРЫЙ ЗНАЮТ ВСЕ

Крупнейший кардиолог нашего времени, академик РАН и РАМН Евгений Иванович Чазов рассказывает о работе некогда созданного, а ныне руководимого им замечательного учреждения, который во всем мире называют так: Кардиоцентр в Москве.

Евгений Иванович Чазов — родился 10 июня 1929 года. В 1953 году окончил Киевский медицинский институт, а в 1956-м в Москве защитил кандидатскую диссертацию. В 1959 году начал работать в Институте терапии АМН СССР. В 1963-м был назначен заместителем директора, а в 1965-м стал директором института.

По предложению Евгения Ивановича и при его активном участии в 1976 году было начато, а в 1982-м завершено строительство Всесоюзного кардиологического научного центра АМН СССР (с 1996 года — Российский кардиологический научно-производственный комплекс). Все эти годы до настоящего времени Е.И. Чазов является директором этого центра.

Под руководством Евгения Ивановича проводятся исследования по фундаментальным проблемам кардиологии. Данные об исследовании креатинфосфатного пути транспорта энергии в миокарде в 1977 году были признаны открытием. За теоретическое и клиническое обоснование использования иммобилизованных ферментов для лечения сердечно-сосудистых заболеваний Евгений Иванович и его сотрудники были удостоены Ленинской премии.

В 1960-е годы Е.И. Чазов организовал широкий фронт борьбы с инфарктом миокарда. Впервые в мире была разработана и внедрена в практику система поэтапного лечения инфарктных больных. Инициаторы создания этой системы в 1969 году были удостоены Государственной премии СССР.

В 1965 году Евгению Ивановичу присвоено звание профессора. В 1967 году он избран членом-корреспондентом, в 1971-м — академиком АМН СССР, а в 1979-м — академиком АН СССР. Евгений Иванович — почётный член многих иностранных академий наук, научных ассоциаций, обществ и коллегий. Организаторские способности Е.И. Чазова востребованы и на государственном уровне: в 1968–1986 годах он работал заместителем министра, а в 1987–1990 годах — министром здравоохранения СССР.

Евгений Иванович был сопредседателем движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны». Это движение в 1985 году получило Нобелевскую премию мира. Евгений Иванович является почетным президентом Ассоциации кардиологов стран СНГ.

— Евгений Иванович, какова роль в здравоохранении нашей страны руководимого Вами центра высокотехнологичной медицины?

— Российский кардиологический научно-производственный комплекс Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи — буду дальше называть его кардиоцентром — это ведущее научное и лечебно-профилактическое учреждение страны в области прикладной и фундаментальной кардиологии. Ежегодно оно оказывает высокотехнологичную медицинскую помощь более шести тысячам наиболее сложных больных, поступающих из всех регионов.

Ишемической болезнью сердца страдает семь миллионов россиян или более шестидесяти человек из каждой тысячи взрослого населения. Ежегодно вновь выявляется более шестисот тысяч больных ИБС. В 2008 году этот недуг по-прежнему главная причина смерти наших сограждан.

В Кардиоцентре ежегодно выполняются исследования по 60–70 различным темам, в том числе и при поддержке российских и международных грантов.

За год более 20 тысяч россиян получает у нас консультативную и амбулаторную помощь. Выполняется более 500 операций аортокоронарного шунтирования, на сосудах и клапанах сердца, а также более 1000 вмешательств эндоваскулярных на коронарных артериях.

Кардиоцентр ежегодно является базой для десятков российских и международных клинических исследований лекарств.

— Кто отвечает за различные направления деятельности Кардиоцентра?

— Мне поручено общее руководство научными изысканиями, а также исследованиями по проблеме ишемической болезни и артериальной гипертензии.

В области молекулярно-генетических исследований и клеточной кардиологии научными работами руководят академики В.Н. Смирнов и В.А. Ткачук, исследованиями в области острого коронарного синдрома — профессор М.Я. Руда, атеросклероза — В.В. Кухарчук, сердечной недостаточности — академик РАМН Ю.Н. Беленков, сердечно-сосудистой хирургии — академик РАМН Р.С. Акчурин, ангиологии — профессор Ю.А. Карпов, аритмологии — академик РАМН Л.В. Розенштраух и профессор С.П. Голицын, возрастных проблем сердечно-сосудистой патологии — профессор С.А. Бойцов.

Разработку новых методов исследования, в частности, новых диагностических приборов, курирует профессор А.Н. Рогоза, биохимические исследования возглавляет профессор В.Н. Титов, а иммунологические — профессор В.П. Масенко.

В научной работе и оказании медицинской помощи принимают участие более 500 научных сотрудни-

ков. Из них специалисты-кардиологи — 209 человек, биологи, биохимики, биофизики, генетики — 277. В их числе 6 членов РАН, 9 членов РАМН, 71 доктор наук и 217 кандидатов наук.

— Как появился Кардиоцентр?

— История Кардиоцентра относится не только к становлению российской кардиологии. Это и важная глава в развитии мировой медицинской науки.

В 1945 году был основан Институт экспериментальной и клинической терапии. Его возглавил ведущий кардиолог страны А.Л. Мясников. Кстати, Александра Леонидовича наградили премией международного общества кардиологов «Золотой стетоскоп» — «За выдающиеся заслуги в области изучения вопросов кардиологии». В 1967 году Институт был переименован в НИИ кардиологии им. А.Л. Мясникова.

В 1975 году учреждение преобразовали во Всесоюзный кардиологический научный центр (ВКНЦ) АМН СССР, который было поручено возглавить мне. В 1981 году в составе ВКНЦ было организовано три института: НИИ клинической кардиологии им. А.Л. Мясникова, НИИ экспериментальной кардиологии и НИИ профилактической кардиологии.

В Институт экспериментальной кардиологии были привлечены талантливые молодые ученые, закончившие МГУ, Физико-технический институт, Институт физической химии. Впервые в СССР они начали заниматься фундаментальными аспектами кардиологии, в частности проблемами молекулярной и клеточной биологии. В этот период исследования вышли на новый уровень, получив международное признание.

Строительство и оснащение Кардиоцентра осуществлялось на народные средства. Их получили от проведения Всесоюзного коммунистического субботника в 1971 году, когда коллективы предприятий всей страны добровольно перечислили деньги, заработанные в нерабочий день.

Кардиоцентр становится головным учреждением и координатором научных исследований по кардиологии в стране. Важнейшим достижением тех лет явилось создание кардиологической службы в столицах бывших Союзных Республик. А в крупных городах России появились кардиодиспансеры. Все это позволило эффективно изучать распространенность и структуру сердечно-сосудистых заболеваний, улучшить их профилактику и лечение, расширить фундаментальные исследования. В те годы отечественную кардиослужбу признали лучшей в мире!

В 1988 году из состава ВКНЦ сначала вывели Институт профилактической кардиологии, а затем преобразовали его в Центр профилактической медицины. Еще через 8 лет ВКНЦ переименовали в Российский кардиологический научно-производственный комплекс МЗ РФ, а в 2005 году — в ФГУ Российский кардиологический научно-производственный комплекс Росмедтехнологий (РКНПК).

Как видите, преобразований и переименований было много. Но на протяжении всей своей истории учреждение в стране и за рубежом называли одним понятным всем словом — «Кардиоцентр».

— На пути развития Кардиоцентра было и много трудностей...

— Вы правы. В начале 90-х годов многие талантливые ученые уехали работать за рубеж. Тогда приостановились научные работы по некоторым перспективным направлениям. Но в последние годы



подготовлены и привлечены молодые ученые, восстановившие уровень фундаментальных исследований в кардиологии.

В Кардиоцентре ежегодно выполняются исследования по 60–70 различным темам, в том числе и при поддержке российских и международных грантов. Научные исследования осуществляются в сотрудничестве со специалистами Франции, Канады, Австралии, США, Великобритании и других стран.

— **Какие подразделения есть в Кардиоцентре сегодня?**

— Это два института — НИИ клинической кардиологии и НИИ экспериментальной кардиологии, а также Экспериментальное производство медико-биологических препаратов.

В составе первого из этих институтов есть отделы неотложной кардиологии, хронической ишемической болезни сердца, сердечно-сосудистой хирургии с лабораториями: микрохирургии сердца и сосудов, анестезиологии и защиты миокарда, искусственного и вспомогательного кровообращения; отдел ангиологии с лабораторией клинических проблем атеротромбоза и ряд других.

Есть и самостоятельные научно-исследовательские лаборатории: рентгено-эндоваскулярных методов лечения, рентгенологии и ангиографических методов исследования, клинической биохимии липидного обмена, профилактики артериальной гипертензии и медицинской генетики.

В состав НИИ клинической кардиологии входит также клиника на 350 коек.

В другом центре — НИИ экспериментальной кардиологии — действует отдел биохимии с лабо-

раториями молекулярной эндокринологии, клеточной подвижности; физиологии с лабораториями: электрофизиологии сердца, экспериментальной патологии сердца, регуляции сердечно-сосудистой системы, метаболизма сердца; отдел биотехнологии с лабораториями биохимической инженерии, молекулярной генетики, синтеза пептидов, геной инженерии, иммунохимии и некоторые другие.

— **А чем занимается экспериментальное производство?**

— Например, выпускает разработанные в нашем же Кардиоцентре лекарственные препараты. Наше Экспериментальное производство медико-биологических препаратов (ЭПМБП) — это государственное фармацевтическое предприятие. Здесь внедрена система менеджмента качества всей выпускаемой продукции. А это около 20 современных лекарств!

ЭПМБП оснащено современным оборудованием, позволяющим изготавливать лекарственные средства в виде различных форм, в количестве до 30 млн ампул, 100 млн капсул, 80 млн таблеток, 3 млн суппозитория в год.

Особое место на ЭПМБП занимает служба контроля качества. Это аналитические, микробиологические и другие аккредитованные лаборатории. Они проверяют качество выпускаемых препаратов в соответствии с требованиями Фармакопеи ведущих стран-производителей лекарств. Такой контроль осуществляется в соответствии с требованиями GMP.

Уникальные возможности ЭПМБП позволяют ему осваивать новые технологии производства оригинальных препаратов. Я и мои коллеги по Кардио-

центру гордимся тем, что именно здесь в 1990 году впервые в России начала выпускаться импортозамещающая продукция, в том числе новые препараты по лицензиям отечественных и западных фирм.

Наряду с промышленным производством лекарств на ЭПМБП ведутся работы по созданию готовых форм новых лекарств. Это иммуномодуляторы, антиоксиданты, сердечно-сосудистые и противогрибковые препараты, противорвотные и метаболические средства, инфузионные растворы и парентеральное питание.

Отдельное место в деятельности предприятия занимает серийное производство новейшего лекарства-тромболитика — рекомбинантной проурокиназы — созданного учеными РКНПК и применяемого в кардиологии и офтальмологии, а также при проведении исследований в области молекулярной биологии, медицинской биохимии и генетики.

— Это правда, что Кардиоцентр участвовал в космических исследованиях?

— В начале 1983 г сотрудник Кардиоцентра Олег Юрьевич Атьков был прикомандирован в Центр подготовки космонавтов. Через год в составе экипажа космического корабля «Союз Т-10» он совершил полет на орбитальной станции «Салют-7» в качестве врача-космонавта-исследователя. Продолжительность того «странствия» составила более 236 суток.

Олег провел комплекс исследований, начиная с процессов в организме человека на клеточном уровне до получения материалов для сверхчистых препаратов. Были проверены новые приборы, помогающие оценивать состояние космонавтов, бороться с неблагоприятными изменениями, вызываемыми невесомостью и другими факторами космического полета. Впервые в космосе врач, в том числе и у самого себя, взял кровь из вены и проводил исследования на биохимическом анализаторе. Проведенные ультразвуковые исследования сердца, сосудов и внутренних органов открыли новую страницу в космической физиологии и медицине.

— Какие научные достижения Кардиоцентра, на Ваш взгляд, наиболее значимы?

— Здесь впервые в мире в 1975 году было произведено внутрикoronарное введение тромболитика в коронарную артерию у больного острым инфарктом миокарда. В конце 1970-х годов ученые Кардиоцентра сделали научное открытие, касающееся регуляции силы сокращения сердечной мышцы креатином. Работа была удостоена Государственной премии.

Было впервые открыто явление распространенного нарушения транспорта катионов в плазматической мембране клеток при первичной артериальной гипертензии.

Наши специалисты в сотрудничестве с исследователями из других научных учреждений создали ряд оригинальных лекарственных средств, многие из которых вошли в практику, и изучили их эффективность. Это тромболитики стрептодеказа и рекомбинантная проурокиназа или пуролоза, противоаритмические препараты этmozин, аллапинин, нибентан, блокатор гликопротеиновых рецепторов тромбоцитов монафрам, созданный на основе моноклональных антител.

Именно в Кардиоцентре был создан высокоактивный пептидный препарат даларгин. Применялся он вначале в кардиологии, но нашел свое место и при лечении язвы желудка.

Были изобретены кардиоплегические и реперфузионные растворы, предназначенные для защиты миокарда во время операций на открытом сердце. Создан ряд уникальных иммуносорбентов, позволяющих корректировать нарушения метаболизма липидов, иммуноглобулинов. Разработаны диагностикумы для определения ангиотензин-превращающего фермента, тестостерона, аутоантител к тиреоглобулину, тесты для диагностики ВИЧ, сифилиса и гепатитов В и С.

С участием Кардиоцентра был создан и внедрен комплекс радиоэлектронных диагностических приборов со встроенными вычислителями для автоматизированных исследований сердечно-сосудистой системы.

Наше Экспериментальное производство медико-биологических препаратов (ЭПМБП) — это государственное фармацевтическое предприятие. Здесь внедрена система менеджмента качества всей выпускаемой продукции.

— А что кажется Вам самым интересным из того, чем Вы и Ваши коллеги занимаетесь сейчас?

— В настоящее время на стадии разработки и изучения находятся ряд перспективных лекарств.

Например, исследуется оригинальный пептид «инграмон», обладающий выраженным противовоспалительным эффектом. Препарат предполагается использовать у больных с острым коронарным синдромом, а также для покрытия коронарных стентов в целях профилактики рестеноза.

Совместно с НИИ химической физики им. А.Н. Семенова РАН разрабатывается оригинальный антигипертензивный препарат нового класса на основе динитрозильных комплексов железа. Сейчас мы проводим его доклиническое изучение на экспериментальных животных.

Внимательно слежу и за доклиническим изучением и синтетического аналога нейропептида FF, который, как мы надеемся, поможет при лечении состояний, сопровождающихся гипотензией.

Начинаются клинические испытания препарата «корвиан» на основе плазмидной генетической конструкции геном фактора роста эндотелия сосудов (VTGF), стимулирующий рост кровеносных сосудов. Заканчиваются испытания на животных генотерапевтического препарата «юпикор» с геном урокиназы, также стимулирующий рост кровеносных сосудов.

Мы активно исследуем новые подходы к клеточной терапии сердечно-сосудистых заболеваний. Разрабатываем технологии культивирования стволовых клеток, которые надеемся применять для терапии инфаркта миокарда, ИБС, сердечной недостаточности.

ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИИ В СОВРЕМЕННЫЙ ПЕРИОД



Бойко Юрий Павлович — Заслуженный врач РФ, профессор, доктор медицинских наук, доктор политических наук, кандидат юридических наук, заведующий кафедрой Российской медицинской академии последипломного образования Минздрава РФ, профессор Дипломатической Академии МИД РФ.

Серьезные проблемы здоровья населения России обусловлены снижением качества жизни, падением доходов и снижением уровня занятости населения, на фоне которых развивается процесс социально-психологической дезадаптации и депривации широких масс населения страны.

В течение периода реформ в стране произошло изменение структуры заболеваемости, которое заключается в значительном росте частоты пограничных состояний и психогенных по своей природе психосоматических заболеваний с хроническим течением. К психосоматическим заболеваниям отнесены ряд сердечно-сосудистых, инфекционных заболеваний, болезней органов дыхания, пищеварения, ряд эндокринных, неврологических и собственно психических заболеваний. По данным исследований в Москве, невротическая болезненность и пограничные психические расстройства охватывают около 50% населения. Психосоматические расстройства обнаруживают общий признак: перекрытие расстройств психической и соматической сферы.

Вклад здравоохранения как отрасли общественного хозяйства в экономику страны определяется прежде всего снижением потерь экономики от уменьшения трудового вклада заболевших и инвалидизированных работников, а также уменьшением затрат на оплату «больничных листов».

Изменение «профиля потребителя» услуг здравоохранения в переходный период потребовало постановки новых целей и показало необходимость проведения организационно-экономических изменений для повышения эффективности данной отрасли.

Важным шагом в этом направлении стало наше предложение о создании по организационно-сетевому принципу специализированной службы психотерапевтической и медико-психологической помощи в городе Москве. Ведущую роль в формировании данной сети сыграли понимание целесообразности и поддержка руководством Департамента здравоохранения города Москвы развития данного вида помощи.

Практика российских психологов и психотерапевтов свидетельствует — уменьшив с помощью психотерапии уровень напряжения и стресса у пациента, можно снизить вероятность наступления у него заболеваний соматического характера, лечение которых значительно сложнее и требует неизмеримо больших затрат времени и средств.

Нами был разработан профилактический подход к организации лечения пациентов с психологическими причинами возникновения различных заболеваний, исключающий жесткую необходимость отрыва от работы и получения больничных листов в процессе лечения, что резко снизило затраты и потери экономики, упомянутые выше.

Разворачивание психотерапевтической и медико-психологической службы города Москвы сопровождалось введением ряда инноваций как организационного, так и финансово-экономического характера.

В рамках психотерапевтической и медико-психологической службы была разработана комплексная услуга — оказание населению г. Москвы сочетанной психологической, психотерапевтической и соматической помощи в рамках одного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ). Был разработан специальный график работы ЛПУ в рамках службы, позволяющий больным получать необходимую психологическую и врачебную помощь в любое удобное для них (нерабочее) время и выходные дни.

Вышеуказанная служба была развернута в сетевую структуру с головным амбулаторно-поликлиническим ЛПУ, располагающим помимо специалистов психологов и психотерапевтов полным набором лечебных и исследовательских кабинетов соматического направления и сетью психотерапевтических кабинетов на базе существующих амбулаторно-поликлинических ЛПУ г. Москвы общего профиля. Мониторинг объемов оказываемой помощи и ряда других показателей результативности осуществлялся созданным в рамках сети Городским организационно-методическим отделом по психотерапии и медицинской психологии Департамента здравоохранения города Москвы (ГОМО). За 17 лет существования размеры службы и объем оказываемых услуг увеличились в 9 раз.

В процессе реализации и развития проекта (с 1991 по 2008 г.) осуществлялся постоянный мониторинг экономической эффективности разворачиваемой службы, с помощью специально подобранных критериев, что позволило проводить экономическое прогнозирование и корректировать систему финансирования. Выбор финансирования не только за счет бюджета, но в сочетании со средствами добровольного медицинского страхования в период начала 1990-х годов, когда имелись значительные проблемы с бюджетным финансированием, дал возможность службе не только существовать, но и развиваться. В то же время постоянный экономический мониторинг и прогнозирование показали целесообразность перехода на современном этапе на бюджетное финансирование, что исключило возможность необоснованного расширения объема и состава оказываемых медицинских услуг, и за счет консолидации средств повысило рентабельность деятельности сетевой психотерапевтической службы. Мониторинг результатов деятельности позволил рассчитать экономически обоснованное время приема одного пациента психотерапевтом, необходимое в то же время для достижения удовлетворительного лечебного эффекта, которое составило 1 час на каждого пациента.

В практику службы были введены инновации в управлении, в частности в системе мотивации персонала активно использовалось сочетание методов материального и нематериального мотивирования, в том числе метод проектирования работы сотрудниками. В основе управления человеческими ресурсами также лежал постоянный мониторинг и оценка деятельности каждого сотрудника на основании ряда выбранных критериев. В частности, на протяжении 17 лет работы психотерапевтической и медико-психологической службы г. Москвы осуществлялось постоянное анкетирование независимых экспер-

тов, пациентов и родственников потребителей услуг службы. К настоящему времени количество анкет составило уже несколько тысяч и позволяет получить объективную картину динамики развития службы и оценить целесообразность организационных изменений, проводимых в течение всего срока ее функционирования. Результаты мониторинга и оценки показывают невысокий уровень затрат на создание и функционирование службы, рентабельность ее деятельности и целесообразность разворачивания на базе действующих ЛПУ аналогичных сетей во всех регионах России.

Опыт работы психотерапевтической и медико-психологической службы показал, что на сегодняшний день, быть может, только врачи психотерапевты имеют возможность обеспечивать целостность лечебного процесса в условиях углубляющейся специализации в медицине, профилактику госпитализма. Эта функция психотерапевта становится тем более понятной, если учесть, что ставка в этих вопросах на семейного или участкового врача, врача общей практики пока остается делом будущего. В психотерапии как биомедико-психосоциальной дисциплине нуждаются пациенты с химическими зависимостями; с депрессиями «амбулаторного уровня»; с болезнями психической активности и виртуальными зависимостями; пострадавшие при чрезвычайных ситуациях; больные при массовых социально-обусловленных реактивных «поветриях», люди с «социальной апатией», ненормативной и криминальной ориентацией, бессемейные люди и др.

Для последних десятилетий характерно увеличение потребности в восстановительной медицине из-за снижения возраста больных с сосудистыми катастрофами (сердечными, мозговыми), острыми и хроническими постстрессовыми расстройствами, в том числе приводящими к физическим травмам (ЧМТ, спинальные травмы и др.). Конечно, главная лечебная роль здесь принадлежит кардиологии и неврологии, кардио- и нейрохирургии, травматологии, активным методам восстановительной медицины (ЛФК и массаж, биологическая обратная связь, физиотерапия и др.), однако в большом числе случаев только этого недостаточно. Такие пациенты серьезно нуждаются в психотерапевтической и медико-психологической помощи, восстановлении расстроенных (вплоть до инвалидизации) ценностно-смысловых, потребностно-мотивационных и других «движителей» личности. В ряде случаев психотерапия имеет длительный характер и должна проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях, в условиях психотерапевтических клубов и групп.

Лечащим врачом в социально-медицинской психотерапии становится собственно врач-психотерапевт. Психотерапевты давно накапливают опыт совместной работы с врачами других специальностей, при этом на первый план выводится ознакомление интернистов с простейшими принципами диагностики (первичного выявления) расстройств и их совместной терапии с врачом-психиатром или психотерапевтом. Помимо этого, психотерапевты работают в содружестве со «здоровыми силами общества»: государственными, муниципальными и частными организациями и предприятиями, общественными организациями, с социально-активными людьми своей территории. Психотерапевту — лечащему врачу надо серьезно учиться коммуникации с гражданами и работниками всех перечисленных организаций.

Врачи-психотерапевты в настоящее время раз-
деляют психотерапию на психиатрическую; сомати-
ческую с необходимостью знания соответствующей
соматической патологии; при неврозах (пограничных
расстройствах аффективно-тревожного содер-
жания); ПТСР при ЧС, потерях, индивидуальных стрес-
сах и др. Психотерапевт должен достаточно ориен-
тироваться в общей клинике, чтобы лечить не только
психотерапевтическими методами, но и понимать
течение телесной болезни, грамотно работать с вну-
тренней картиной болезни. Психотерапевт как инте-
грирующий врач фактически уже сейчас выполняет
ряд функций врача общей практики. Обязательное
привлечение к совместной работе — по показани-
ям — врачей других специальностей обуславливает
для врачей-психотерапевтов необходимость посто-
янного обновления багажа врачебных знаний, кото-
рый они получили, обучаясь в вузе. Поэтому одной из
важнейших задач является организация профессио-
нальной подготовки и переподготовки врачей психо-
терапевтов.

Психотерапевты должны быть обучены про-
граммным и дидактическим навыкам передачи
определенных знаний и умений врачам своего ЛПУ

По данным исследований в Москве, невротическая болез- ненность и пограничные психи- ческие расстройства охватывают около 50% населения

по вопросам первичного выявления среди пациен-
тов, нуждающихся в помощи психотерапевта (пси-
хиатра), навыкам организации совместной работы с
врачами-интернистами своего ЛПУ. В условиях ОМС
психотерапевт нуждается также в определенной
сумме базовых знаний по юридическим и экономиче-
ским вопросам, в том числе по вопросам собствен-
ных прав и прав пациента.

В деле подготовки психотерапевтов постепенно
достигается консенсус о необходимости знаний как
по психиатрии, так и по психолого-гуманитарным
дисциплинам. Думается, что задачей ближайших
десятилетий для образовательных учреждений яв-
ляется разработка и внедрение в практику учебного
процесса именно такой синтетической (интеграль-
ной) клинической учебной дисциплины. Эта задача
в настоящее время встает как перед профессорами
и доцентами московских вузов, так и перед профес-
сиональной общественностью.

До настоящего времени московские медицинские
последипломные вузы и факультеты из года в год
проводят учебные циклы в основном по одной и той
же тематике. В их рамках реализуются фактически
одни и те же «сертификационные обзорные програм-
мы» — нередко в отрыве от реальной клинической
потребности, — начитываются все новые методы (мо-
дальности) психотерапии, зачастую представляющие
лишь вариации сложившихся психотерапевтических
методов.

Профессиональная общественность также пока
не справляется с запросами практики, поскольку ад-
министрация ЛПУ не стимулирует участие своих спе-
циалистов в существующей в городе общественной

непрерывной системе лекций, семинаров, клиниче-
ских разборов и обмена опытом работы. Не учитыва-
ется самообразовательная активность специалистов
и при проведении аттестации на квалификационные
категории.

Все эти проблемы профессиональной подготов-
ки расцениваются психотерапевтическим сообще-
ством как выражение застоя и отрыва от клиники в
образовательной работе по психотерапии. В услови-
ях углубляющейся специализации клинических дис-
циплин психотерапевт должен проводить биопсихо-
социальный подход в лечении: в совершенстве
владеть знаниями и умениями в области психопато-
логической диагностики и психофармакотерапии;
уверенно использовать современные гуманитарно-
психологические теории; использовать в своей рабо-
те результаты психологической и социальной диагно-
стики и возможности психологической и социальной
коррекции для организации работы психолога и со-
циального работника; уверенно ориентироваться в
особенностях патогенеза, клиники и современной
терапии соматических заболеваний у своих больных
(мозговые и сердечные катастрофы, туберкулез
и т. д.) и в соответствии с местом своей работы (об-
щая или детская поликлиника, специализированная
больница, диспансер и др.).

От кафедр психотерапии медицинских вузов и
академий последипломного образования требуется
готовить и усовершенствовать психотерапевтов в
соответствии с запросом практики совместно с со-
ответствующими кафедрами терапевтического, хи-
рургического и т. д. профиля. Необходимо проводить
совместные образовательные циклы по психотера-
пии с интернистами различных клинических дисци-
plin — онкология, сердечно-сосудистые и мозговые
катастрофы, эндокринология и др.). Практика нужда-
ется в специализированных циклах по психотерапии
при шизофрении, расстройствах аффекта, мозговых
и сердечных катастрофах, туберкулезе, ВИЧ, эндо-
кринных болезнях и др.

По мнению психотерапевтов города Москвы, не-
обходимо преподавать психотерапию обязательно в
сочетании с психиатрией, обучать психопатологиче-
ским основаниям для проведения психотерапии, в
том числе необходимы навыки диагностики, знания
показаний и противопоказаний, пределы плацебо-
эффективности отдельных методов. Целесообразна
подготовка психотерапевтов из интернистов, так как
психотерапевты из «базовых» психиатров склонны
все лечить психотропными средствами. Врачами
психотерапевтами неоднократно отмечалась необ-
ходимость учебных программ и циклов по методике
совместных тренингов по работе психотерапевтов
и неврологов и др., по корпоративной работе психо-
терапевта и других врачей поликлиники, в том чис-
ле и для целей оплаты труда в ОМС. По их мнению,
требуется включить в обязательный курс вопросы
тайминга в процессе психотерапии. Это необходимо
как для работы в условиях ОМС, так и для социаль-
ной защиты врачей, работающих в бюджетных ЛПУ.
Считается назревшим обучение вопросам трудовой
экспертизы для психотерапевтов как таковых и как
психиатров ПМСП. Врачи-психотерапевты считают
необходимым учитывать при аттестации не только
государственное обучение, но и прохождение специ-
ализированных циклов в признанных общественно-
стью негосударственных образовательных коллек-

тивах. Кафедры должны учитывать необходимость утверждения преподаваемых методик в Минздравсоцразвития, чтобы курсанты могли в дальнейшем использовать их в рамках ОМС.

Отдельно специалисты отмечают необходимость существования ординатуры по детской психотерапии и психиатрии, поскольку детским психотерапевтам надо четко знать особенности поведения и адаптации детей и подростков. Вопрос стоит весьма остро при оказании помощи детям в семьях с психически больными родителями. Актуальна разработка учебных программ совместной психологопедагогической работы с неврологами, педиатрами, эндокринологами. Кроме того, существует необходимость преподавания вопросов экспертизы в работе детского медицинского психолога (развитие, готовность к школе, к военной службе, основы для направления к психиатру, к неврологу). Следует также задуматься о более осмысленном участии врачей-психотерапевтов и медицинских психологов в работе психолого-медико-социальных центров системы образования.

Работу медицинских психологов, тесно сопрягающихся с областью деятельности психотерапевтов, следует рассмотреть подробнее, поскольку здесь существует ряд заметных проблем. При проведении психотерапевтического лечения специалисты этого профиля необходимы для решения задач вспомогательной (патопсихологической) диагностики, групповой психотерапии, индивидуальной психологопедагогической работы с пациентами на тех этапах лечения психических расстройств и расстройств поведения, в процессе психологической адаптации и социализации, когда непосредственного участия врача не требуется.

По ряду обстоятельств в работе психологов здравоохранения отмечается неоправданный крен в сторону проведения «психотерапии» без серьезного патопсихологического обследования, когда указанные специалисты руководствуются почти исключительно гуманитарно-личностным подходом. В результате работа медицинского психолога вне руководства и контроля со стороны врача утрачивает клинически обоснованный характер и в лучшем случае неэффективна, в худшем — может нанести ущерб пациентам или непосредственно, или из-за не оказания необходимой врачебной помощи нуждающемуся пациенту.

С 2001 года медицинская психология исключена из перечня лицензируемых видов медицинской деятельности, из средств ОМС не оплачивается либо оплачивается в крайне ограниченном объеме, в центре и на местах фактически не аттестуется. Медицинские психологи попали в условия острой «профессионально-экономической депривации», если не сказать сегрегации. Многие из них, например педагогические психологи, не имеют специального образования по медицинской (клинической) психологии, лишены возможности работать в системе ОМС. Отсутствует система повышения их профессиональной переподготовки (предлагаемые программы чрезвычайно дороги и недоступны большинству специалистов). Нет системы их аттестации на квалификационные категории. Отсутствуют представления о юридической ответственности и правах медицинского психолога в лечебном процессе. Нуждаются в уточнении функциональные обязанности и вопросы регулирования его нагрузки. Необходима разработка и утверждение стандартов медико-психологической

помощи и протоколов ведения больных для медицинских психологов.

По мнению ведущих специалистов, необходимо разработать и утвердить на уровне Минздравсоцразвития РФ перспективный (не менее чем на пять лет) план работы по совершенствованию оказания психотерапевтической помощи, включающий перестройку подготовки и переподготовки врачей-психотерапевтов, медицинских психологов и нормализацию их социального статуса.

Совершенствование системы профессиональной подготовки позволит российской психотерапии решать следующие актуальные организационные, квалификационно-кадровые и маркетинговые задачи:

- для целей ОМС, ДМС и платных медицинских услуг — возвращение медицинской психологии в перечень лицензируемых видов медицинской деятельности, внедрение разработанных в 2003 году ГОМО по психотерапии и медицинской психологии услуг по профилю психотерапии в перечень услуг обязательного медицинского страхования, разработка и внедрение учрежденческих преискурантов, перечней платных услуг (включая услуги по ДМС), стандартов и протоколов ведения больных по психотерапии и медицинской психологии;

- налаживание доступной и регулярной аттестации и переаттестации врачей-психотерапевтов и медицинских психологов на квалификационные категории;

- создание в городском здравоохранении системы постоянно действующего усовершенствования врачей-психотерапевтов и медицинских психологов по актуальным вопросам диагностики и оказания помощи;

- включение специалистов городской службы и психотерапевтической общественности в работу по лицензированию и контролю качества услуг по психотерапии на территории Москвы;

- проведение мотивационной и информационной работы с организаторами и специалистами здравоохранения, направленной на их ознакомление с современными лечебно-профилактическими возможностями психотерапии и медицинской психологии.

Среди лечебно-организационных задач могут быть выделены разработка и внедрение интенсивных и перманентных моделей оказания помощи:

- активно занятым в народном хозяйстве — помощь в вечернее время и в ночных стационарах, в выходные дни, на отдыхе: в ходе специальных лечебно-реабилитационных сессий, «марафонов», круизов, специализированных санаториев, профилакториев и др. Аналогичные формы помощи могут создаваться и для молодых людей;

- пожилым людям, в том числе в терапевтических клубах при ЛПУ, дневных стационарах, клубах по интересам, санаториях-профилакториях, больницах сестринского ухода и др.;

- реконвалесцентам после мозговых и сердечно-сосудистых катастроф, острых психотических эпизодов, большим хроническими заболеваниями (сахарный диабет, гепатиты и др.) — в амбулаторных условиях и в дневном стационаре.

С учетом решения изложенных проблем и задач нам видятся большие перспективы развития психотерапии и медицинской психологии в отечественном здравоохранении.

ФЕЯ ЭЛЕКТРА С ПРОФСОЮЗНОЙ УЛИЦЫ



Российский научный центр рентгенорадиологии Росмедтехнологий (РНИЦРР) — это головное учреждение нашей страны по разработке стратегии развития диагностической и терапевтической радиологии. Центр имеет 84-летние научные традиции и возможности приумножить свой вклад в развитие отечественной и мировой медицинской науки. Об истории Центра, а находится он в Москве, на Профсоюзной улице, и о том, чем он живет сегодня, рассказывает его директор, академик РАМН, профессор, лауреат Государственной премии, заслуженный деятель науки РФ Владимир Петрович Харченко.

— Владимир Петрович, правда, что еще Ленин подписал декрет о создании руководимого Вами Центра?

— Это не совсем так, хотя и близко к правде. История нашего Центра началась с постановления об основании его предшественника-института, которое 10 января 1924 года принял Совет Народных Комиссаров. То есть это было еще при жизни Владимира Ильича. Но он тяжело болел и вряд ли знал о рождении в молодом государстве медицинского учреждения под названием «Государственный научно-исследовательский институт рентгенологии и радиологии Наркомздрава РСФСР».

Но я думаю, что его бы порадовала такая новость. Создание первого в стране рентгенорадиологического научного, лечебного и производственного центра было по-государственному правильное и своевременное решение. В начале 20-х годов, когда кончилась Гражданская война и нужно было наряду с восстановлением народного хозяйства поднимать здравоохранение, проблема создания технической базы рентгенологии стояла особенно остро.

Ведь уже в то время стало очевидным, что диагностика и лечение все большего числа заболеваний становилась невозможной без использования рентгеновских и гамма-лучей. Забегая почти на столетие вперед, скажу, что в 2008 году на долю лучевой диагностики приходится более 80% всей полезной диагностической информации в медицине! «Удивительная фея Электра, — писали в 1898 году Бюттнер

и Мюллер, два выдающихся врача, современника Рентгена, — дала нам техническую трубку, которая при помощи своих лучей делает человека прозрачным как хрусталь... Каждый врач, особенно хирург, должен овладеть рентгеновской трубкой!» Не правда ли, пророческие слова!

В первые годы существования институт направил свою работу на развертывание отечественного «рентгеноаппаратостроения», на скорейшее освоение страны от импортной зависимости. Кстати, зародился он в купеческом особняке на Солянке, одной из старинных московских улиц, на базе мастеровских, начавших свою деятельность в 1922 году с ремонта импортных рентгеновских аппаратов.

Первым директором Института был академик П.П. Лазарев, основоположник отечественной биофизики, пионер исследований биологического действия ионизирующего излучения.

— А Вы руководите Центром с 1987 года, уже, как говорится, с прошлого века...

— Того самого, в разные годы которого директорами Центра становились выдающиеся ученые России Е.М. Гамбургер, Г.И. Хармондарьян, М.И. Сантоцкий, В.С. Матов, С.А. Рейнберг, П.А. Яльцев, И.Г. Лагунова, И.А. Переслегин, А.С. Павлов.

Кстати, сегодня в стенах РНИЦРР работает более 1000 сотрудников, в том числе 15 профессоров, 25 докторов и 67 кандидатов медицинских наук, 3 лауреата Государственной премии Совета Министров РФ, 11 заслуженных врачей России.

— **Какова в настоящее время структура Центра?**

— В нем имеются 6 крупных научных отделов, 33 лаборатории, поликлиника и клиника на 350 коек.

Назову наши отделы: диагностический, отдел лучевой терапии, хирургический, отдел радиационной медицины, физико-технический и научно-организационный.

Диагностический отдел проводит научные исследования и выполняет клинико-диагностическую работу в области целого ряда заболеваний.

Он включает следующие отделения: лучевой диагностики заболеваний бронхо-легочной системы, желудочно-кишечного тракта, молочной железы, опорно-двигательного аппарата. Действуют здесь отделения ангиографии, рентгеновской компьютерной томографии, функциональной диагностики и патологоанатомическое.

На базе отдела сформировано новое направление — интервенционная радиология. Это направление включает диагностические и лечебные мероприятия, выполняющиеся минимальным вторжением в организм пациента. Например, вживление в предстательную железу, пораженную опухолью, микрокапсул с источниками облучения.

В хирургическом отделе разрабатываются и выполняются уникальные операции на трахеи, бронхах, органах желудочно-кишечного тракта, молочной железе, мочеполовой сфере. В течение года в клинике выполняется более 2500 операций, из которых 35 % органосохраняющие. При злокачественных опухолях широко применяются комбинированные и комплексные методы лечения с использованием самых современных технических приемов и препаратов.

Проблема лучевой терапии занимает большое место в работе Центра с момента его создания. В состав радиологического отдела входят отделения комбинированных методов лечения, радиохирургический, комплексной терапии и детское рентгенологическое отделение. Здесь применяются самые современные методы дистанционной, внутритканевой и контактной лучевой терапии как в виде самостоятельного варианта лечения, так и в качестве одного из элементов комплексного лечения злокачественных опухолей и неопухолевых заболеваний.

В уникальном отделении детской рентгенорадиологии проводится лучевое и комплексное лечение злокачественных опухолей всех локализаций у детей, в том числе и новообразований центральной нервной системы. Детское отделение РНЦРР рассчитано на 30 коек. В год через отделение проходит 350–400 детей. 80% пациентов отделения — дети с опухолями ЦНС. Также здесь получают лучевую терапию дети, страдающие лимфогранулематозом, нейробластомой, лейкозом, другими опухолями.

— **А сколько всего пациентов за год обследуются и получают лечение в Центре?**

— Более 5 тысяч. И подчеркну, что результаты лечения больных в нашей клинике соответствуют результатам, получаемым в передовых западноевропейских и американских центрах высокотехнологичной медицины!

Мы принимаем больных по направлениям московских поликлиник, а также местных органов здравоохранения из всех регионов России, обеспечивая им диагностическую и лечебную помощь на основе бюджетного финансирования, то есть по квотам, но так-



же и по договорам со страховыми компаниями. Лишь при отсутствии направления консультация специалистов Центра проводится на коммерческой основе.

Несмотря на высокую стоимость лечения, для подавляющего большинства жителей России весь объем помощи бесплатен. Иностранцы же – а к нам приезжают лечиться из многих государств, в том числе из развитых стран, – услуги оплачивают.

— На базе Центра организован Федеральный маммологический центр Минздравсоцразвития России. Не могли бы Вы рассказать о нем подробнее?

— В 2008 году рак молочной железы по-прежнему занимает первое место среди злокачественных опухолей у женщин, прослеживается тенденция к «омолаживанию» этой болезни.

Чтобы противостоять этой беде, на базе РНЦРР восемь лет назад был создан Маммологический центр. Он призван осуществлять координационную, организационно-методическую, педагогическую и консультативную деятельность по проблеме заболеваний молочной железы в России.

Маммологическим центром разработана эффективная система обследования молочных желез, которая в условиях специализированного профилактического кабинета позволяет увидеть самые начальные отклонения от нормы.

Одним из важнейших достижений последних лет в деятельности Центра является внедрение так называемой интервенционной радиологии в маммологии, сочетающей одновременное проведение диагностических и лечебных процедур (дуктографию – исследование млечных протоков у женщин с патологическими выделениями из соска, склерозирование кист и пр.), что при ряде заболеваний молочной железы снижает необходимость хирургического вмешательства на 60–90 %.

Это позволяет своевременно использовать щадящие органосохраняющие методы лечения, которые не наносят большой физической и психологической травмы пациентке и не приводят к ее инвалидизации.

Маммологический центр России, а вместе с ним и многие отечественные врачи и ученые, присоединились к развернутому в 43 странах мира движению «Исследование рака молочной железы», позволившему значительно снизить смертность от этого заболевания. Накопленный Маммологическим центром опыт уже распространяется по лечебно-профилактическим учреждениям различных регионов России, в которых организовано более тысячи маммографических кабинетов. К настоящему времени Центр располагает уникальным банком данных комплексного обследования 60 000 женщин и имеет широкую известность далеко за пределами России благодаря участию во Всемирном движении борьбы против рака молочной железы.

— Знаю, что РНЦРР продолжает вносить значительный вклад в борьбу с последствиями аварии на Чернобыльской АЭС.

— Это так. Мы подключились к этой работе, в частности, потому, что Центр с первых лет своего существования являлся базой для медико-технических испытаний различного диагностического и терапевтического оборудования, включая рентгеновскую, ультразвуковую, эндоскопическую аппаратуру, а также технику для лучевого лечения больных.

Для этого и был создан отдел радиационной медицины. Он состоит из лабораторий цитогенетической, радионуклидной диагностики, радиоиммунологической, наконец – радиационной медицины, где создаются новые методы для лечения и реабилитации лиц, подвергшихся радиационному воздействию.

Подчеркну, что к настоящему времени в РФ насчитывается более 300 тысяч человек, которым после перенесенного облучения требуется лечение и обеспечение нормального уровня жизни!

Главной задачей отдела радиационной медицины является разработка новых программ диагностики с использованием преимущественно неинвазивных методик и программы диспансерного наблюдения лиц, пострадавших от радиационных аварий.

На базе отдела радиационной медицины работает Республиканский межведомственный экспертный совет по установлению причинной связи заболева-

«Удивительная фея Электра, дала нам техническую трубку, которая при помощи своих лучей делает человека прозрачным как хрусталь...»

ний, инвалидности и смерти лиц, подвергнувшихся радиационному воздействию, а также Республиканский специализированный диспансер и цитогенетическая лаборатория.

Диспансер был организован в 1987 г., когда после трагедии на ЧАЭС коллектив был вынужден решать самые различные, в том числе и санитарно-гигиенические, проблемы. Одними из первых в стране на трагедию на Чернобыльской АЭС откликнулись сотрудники нашего Центра. В соответствии с программой Минздрава по ликвидации последствий аварии на ЧАЭС все подразделения института участвовали в диспансеризации населения, проживающего на территории РФ с плотностью загрязнения свыше 5 Кз/км². С первых дней аварии сотрудники Института проводили радиометрию по цезию-137 и йоду-131 у людей, эвакуированных из пострадавших районов. Именно тогда впервые в России был создан действующий и поныне высоко чувствительный счетчик радиоактивности всего тела, и каждый житель загрязненных территорий мог получить достоверную информацию о количестве инкорпорированных радионуклидов. Такие исследования способствовали снижению эмоциональной напряженности у пострадавшего населения. Сотрудниками диспансера впервые в мире проведены ультразвуковые исследования щитовидной железы у 2400 школьников в трех географических территориях, разработаны основы мейпиенг-энцефалографии, диагностической и лечебной электроакупунктуры, современной иммуноорганогомеопатии.

— Владимир Петрович, Вы активно и плодотворно работаете не только как организатор на-



уки и здравоохранения, но и как ученый. Какое из направлений научной деятельности для Вас наиболее интересно в последнее время?

— Я веду несколько направлений, и «пасынков» или «падчериц» у меня нет. В науке медицинской радиологии все новое мне интересно. Другое дело, что есть наиболее перспективные, востребованные именно сегодня направления.

К ним я прежде всего отнес бы протонотерапию. Она признается сегодня наиболее перспективным методом лучевой терапии злокачественных заболеваний, позволяя существенно повысить эффективность дистанционной лучевой терапии таких пациентов за счет улучшения локального контроля, снижения частоты ранних лучевых реакций и поздних осложнений, улучшения качества жизни и продления сроков выживаемости.

Многообразны и эффективны варианты применения протонных пучков при раке предстательной железы, когда (по данным РНЦРР) при минимальном уровне токсичности 5-летняя безрецидивная выживаемость больных достигает 90%. Такие же результаты мы получаем при местном излечении интракраниальных менингиом, хордом и хондросарком основания черепа, увеальных меланом.

Перспективен метод и при локальном гепатоцеллюлярном раке и немелкоклеточном раке легкого, молочной железы, почки, мочевого пузыря, прямой кишки, опухолях средостения.

Словом, терапия высокоэнергетическими протонными пучками востребована сегодня при большинстве онкологических заболеваний. В Японии уже работают 2 таких центра, а через 5 лет их планируется открыть еще 13. Три клинических центра такого профиля строятся в США, два в Китае, а также в Италии и Германии.

В России сейчас такое лечение осуществляется у нас в РНЦРР на базе Института теоретической и экспериментальной физики РАН и в Объединенном Институте ядерных исследований в Дубне.

За рубежом себестоимость полного курса про-

тонной терапии колеблется от 3 до 10 тысяч долларов. В РНЦРР же, например, в случае рака простаты, она не превышает 45–60 тысяч рублей, а рака легкого — примерно 48 тысяч рублей.

Но пока речь шла об усовершенствовании западных методов. В РНЦРР также разработан и приоритетный прием комплексного лечения, включая протонотерапию, при прогностически неблагоприятных формах болезни Ходжкина. Себестоимость этой уникальной технологии по меркам мировой радиологии относительно невысока — 112 тысяч рублей.

— Какие еще приоритетные разработки Центра Вы могли бы назвать?

— Наши врачи и ученые создали оригинальные, подтвержденные аж десятью международными патентами, рентгенохирургические технологии эндпротезирования трахеи для восстановления проходимости дыхательных путей при стенозах, вызванных онкологическими заболеваниями или рубцами. Диагностика и лечение здесь производятся в одном технологическом цикле. Всего за один рабочий день ставится морфологический диагноз, осуществляется установка протеза, причем с хорошей фиксацией и без реакции окружающих тканей.

Экономическая эффективность тиражирования этого вида медицинской помощи несомненна. Ведь нам удалось добиться 5–7-кратного сокращения затрат на проведение такого лечения!

Но эти операции важны не только в онкологии. Учитывая рост бытового травматизма, высокий удельный вес комбинированных травм грудной клетки, особенно в автоавариях, большое значение приобретает разработанная в РНЦРР технология реконструктивных операций на бронхах и трахее, позволяющая восстановить, помимо жизнедеятельности легких, и голосовую функцию гортани.

Я уверен, что внедрение этих и многих других разработок РНЦРР обеспечит высокий медико-экономический эффект, а также выход на мировой уровень здравоохранения нашей страны.



СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛОКАЛИЗОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак предстательной железы является одной из наиболее распространенных форм злокачественных новообразований у мужчин и вместе с тем важной проблемой мирового здравоохранения и одной из самых частых причин смерти в развитых странах мира. Частота рака предстательной железы (РПЖ) неуклонно растет. О современных направлениях лечения этой опухолевой болезни рассказывает заместитель директора ФГУ Российского научного центра рентгенорадиологии Росздрава, руководитель урологического отделения, профессор Андрей Дмитриевич Каприн.

В большинстве развитых стран рак предстательной железы занимает второе место в структуре онкологической заболеваемости у мужчин, составляя 23,4% от всех онкологических и 67,9% от онкоурологических заболеваний. В России РПЖ составляет 2,9% от всех онкологических и 36% от онкоурологических заболеваний. Заболеваемость РПЖ составляет 9,4 на 100 000 населения, рост заболеваемости за прошедшие 6 лет составил 46%, а по Москве — 9,6 на 100 000 населения. В России РПЖ как причина смерти в структуре смертности мужчин занимает 10-е место (2,8%). Смертность от РПЖ составляет 7,1 на 100 000 населения и за последние 12 лет возросла на 42%.

В структуре смертности от злокачественных новообразований его доля в нашей стране достигла 3,4%. Стандартизованный показатель смертности в России по сравнению с 1980 годом увеличился на 50% и составил 7,5 на 100 000 населения.

Возраст — это один из главных факторов, оказывающих большое влияние на развитие рака предстательной железы. Общеизвестно, что заболевание с клиническими проявлениями редко возникает у мужчин до 50 лет, и вместе с увеличением возраста резко возрастает заболеваемость. Микроскопические очаги рака предстательной железы находят у 30% мужчин от 50 до 60 лет.

С конца 1980-х годов, когда в клинической практике получил широкое распространение тест на определение простатического специфического антигена в сыворотке крови, отмечается не только рост общей

заболеваемости РПЖ, но и значительное увеличение числа больных с локализованным (интракапсулярным) опухолевым процессом. Если в 1970-х годах локализованный РПЖ выявлялся только у 30% больных, то в настоящее время у 90% больных опухоли, диагностированные в результате скрининга, не выходят за пределы капсулы предстательной железы. В России также отмечается увеличение количества выявляемых больных с локализованными формами РПЖ от 29,7 до 31,5%.

Высокие показатели летальности при РПЖ обусловлены длительным скрытым и бессимптомным развитием опухолевого процесса. При этом уже при первичном обращении от 60 до 80% больных РПЖ имеют отдаленные метастазы.

Для лучшего понимания прогноза следует отметить, что в большинстве случаев РПЖ является мультифокальным и мультицентрическим процессом. При этом различные очаги могут находиться на разной ступени дифференцировки. Это обстоятельство является важной причиной больших расхождений между стадией заболевания, определенной в ходе первичного обследования и установленной патоморфологически при оперативном лечении.

Для правильного выбора метода лечения и определения прогноза РПЖ существенно важно установить гистологические особенности роста и степень дифференцировки опухолевых клеток. Низкодифференцированный РПЖ обладает более агрессивным характером течения. В диагностике РПЖ решающее значение имеет биопсия, позволяющая определить

гистологический тип опухоли. В 90–95% случаев первичные опухоли ПЖ представляют аденокарциному, и только 5–10% приходится на другие виды рака.

На ранних стадиях РПЖ длительное время протекает, как известно, бессимптомно. Клинические симптомы обычно появляются при значительном местном распространении опухоли или появлении метастазов. Симптомокомплекс РПЖ имеет множество различных проявлений и связан на первых этапах с инфравезикальной обструкцией, в редких случаях — острая задержка мочеиспускания). В России около 70% больных РПЖ обращаются к врачам уже на 3–4-й стадии заболевания, при наличии метастазов. Основным симптом, который заставляет больного обращаться к врачу, это боли, которые появляются при метастазах в кости. В некоторых случаях клинические проявления РПЖ определяются метастазами в лимфатические узлы. В первую очередь увеличиваются заперательные и внутренние подвздошные лимфатические узлы. Диссеминация опухоли может привести к поражению практически любой группы лимфатических узлов: шейных, паховых, надключичных. Клиническое проявление болезни определяется степенью вовлечения систем и органов в опухолевый процесс.

На современном этапе основные диагностические программы РПЖ базируются на сочетанном использовании триады методов: пальпации ПЖ через прямую кишку, анализа крови на ПСА и ТРУЗИ с биопсией и последующей морфологической верификацией.

С появлением исследований, посвященных генетическим повреждениям клетки, приводящим к ее малигнизации, все большее внимание уделяют молекулярно-генетическим маркерам. Для РПЖ, в настоящее время их число растет (до 7), но только один ПСА стабильно вошел в рутинную клиническую практику, и его определение является обязательным в программе обследования больных РПЖ.

По общему мнению, пункционная биопсия простаты является самым ответственным и решающим этапом диагностики.

Мировой коллективный опыт выработал некий алгоритм для диагностики, определения объема лечебных мероприятий и прогноза дальнейшего развития РПЖ, в контексте которого следует учитывать следующие клиничко-патоморфологические признаки:

- гистологический тип опухоли;
- патологоанатомическую стадию;
- вовлечение региональных лимфатических узлов;
- экстрапростатическое распространение (семенные пузырьки, шейка мочевого пузыря);
- наличие или отсутствие отдаленных метастазов;
- градацию по Глиссону.

Сцинтиграфическая диагностика РПЖ железы составляет одну из наиболее острых проблем радионуклидной диагностики в онкологии. Это в первую очередь вызвано первенством РПЖ в общей структуре онкологической смертности. До последнего времени возможности сцинтиграфических методов исследования в онкоурологии ограничивались выявлением метастазов в кости и в паренхиматозные органы, тогда как выявление первичной опухоли представляло и представляет большие сложности.

Из инструментальных методов в диагностике заболеваний ПЖ в последние годы весьма ценным стало трансабдоминальное УЗИ, которое позволяет определять ее размеры, а при РПЖ прорастание опухоли в окружающие органы или метастатические изменения в региональных лимфатических узлах, что в целом обеспечивает достаточно точное определение стадии опухолевого процесса. В вопросах ранней диагностики РПЖ в настоящее время наиболее широкое распространение получил трансректальный ультразвуковой метод. Благодаря внедрению специальных полостных датчиков появилась возможность получать качественные изображения продольных и поперечных эхотомограмм, на основании которых производят оценку объема железы, состояния ее капсулы и структуры паренхимы. Известно, что наиболее ранними УЗИ-признаками злокачественного перерождения железы являются очаговые изменения ее эхоструктуры. В большинстве случаев локализованного РПЖ наблюдается появление гипоехогенных участков паренхимы, как результат пониженной акустической плотности канцероматозных очагов. Характерным является отсутствие четких границ между различными по форме и размерам участками с измененной эхоструктурой и окружающей их паренхимой. У большинства больных с РПЖ в начальной стадии заболевания при ТРУЗИ в периферических зонах определяются мелкие эхонегативные участки от 0,5 до 1,5 см в диаметре, на фоне паренхимы с нормальной или повышенной акустической плотностью. Однако существует еще целая группа опухолей ПЖ с частотой до 30%, обладающих изоэхогенными свойствами или имеющих картину чередования гипоехогенных и изоэхогенных участков различных размеров.

ТРУЗИ позволяет отчетливо выявлять прорастание РПЖ в окружающие органы и обеспечивает детальное изображение нижних отделов мочевого пузыря, стенка которого может быть деформирована за счет доброкачественной гиперплазии предстательной железы или опухолевого процесса. При отсутствии изменений акустической сопротивляемости косвенными УЗИ-признаками РПЖ должно служить увеличение размеров и деформация простаты, а также нарушение целостности ее капсулы и патологические изменения семенных пузырьков, прежде всего связанные с их асимметрией. Как трансабдоминальное, так и трансректальное УЗИ обладают малой чувствительностью в выявлении опухолей передней поверхности железы. Это связано с тем, что паренхима центральной части в норме обладает пониженной акустической сопротивляемостью. В связи с этим даже наиболее часто встречающиеся гипоехогенные канцероматозные очаги на их фоне могут не визуализироваться.

К новейшим диагностическим возможностям в диагностике РПЖ следует отнести ультразвуковую ангиографию или цветовое доплеровское картирование (ЦДК), энергетическое картирование (ЭК), трехмерную реконструкцию сосудов и ряд других методов. Методика ЭК обладает высокой чувствительностью и точностью в визуализации ангиогенеза, мелких сосудов ПЖ и ее капсулы. Принципиальное отличие ЭК от других доплеровских методик заключается в том, что в ее основе лежит оценка не частотного сдвига, а амплитуды эхосигнала, которая отражает плотность эритроцитов в заданном объеме.

Для опухолевых сосудов характерно патологическое ветвление, различных калибр, извитой ход, слепые карманы вместо концевых артериол. Наличие патологической васкуляризации при неопластических процессах позволяет проводить дифференциальную диагностику патологических изменений в различных органах и тканях.

Новые компьютерные технологии могут обеспечивать панорамные изображения сосудов. Наиболее перспективной методикой визуализации всей сосудистой системы ПЖ является трехмерная ангиография. Трехмерная реконструкция в режиме ЭК позволяет оценить как капиллярные, так и уретральные сосуды ПЖ в целом, выявлять зоны асимметрии сосудистого рисунка и степень васкуляризации патологического очага.

В последние годы тактика оказания помощи пациентам, страдающим раком простаты, изменилась в пользу более активного отбора больных, подлежащих радикальному хирургическому лечению. В то же время сдержанное отношение многих урологов к радикальной простатэктомии (РПЭ) объясняется технической сложностью операции и сравнительно высокой частотой послеоперационных осложнений, которые обусловлены прежде всего анатомическими особенностями предстательной железы. В связи с этим актуальным является вопрос о выборе наиболее оптимального операционного доступа к простате (позадилонного, промежностного или транскоксигеального) в зависимости от типа телосложения пациента, анатомической конфигурации таза и планируемого объема оперативного вмешательства.

Большой интерес у специалистов вызывает успешное применение метода высокофокусированной УЗ-абляции. Многие из современных методов хирургического лечения РПЖ, несмотря на эффективность, несут риск интраоперационных, ранних и поздних послеоперационных осложнений. Кроме того, большой объем операционного вмешательства противопоказан широкой группе больных с отягощенным соматическим статусом и старших возрастов. Среди новых направлений особое место занимают термальные, неэндоскопические методы, основанные на воздействии тепловой энергии. Одним из них является трансректальная высокофокусированная ультразвуковая термоабляция простаты (ВФУТП).

Криоабляция признана эффективным средством радикального лечения РПЖ, особенно после внедрения в клинику третьего поколения криоаппаратуры. Кроме того, именно на опыте криохирургии была испытана эффективность мониторинга при лечении рака предстательной железы в 1960-е годы. Паллиативная криодеструкция ПЖ первоначально выполнялась на открытом мочевом пузыре, затем была предложена открытая промежностная криопростатэктомия. Ряд авторов допускают возможность выполнения паллиативных криогенных вмешательств на предстательной железе, указывая на возможный эффект стимуляции противоопухолевой иммунной защиты.

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый за последнее время в области экспериментальной и клинической онкологии, во всем мире ведется поиск новых методов и подходов, позволяющих повысить эффективность традиционных, уже проверенных и апробированных методик противоопухолевой терапии. В процессе решения данной задачи было раз-

работано и обосновано применение большого числа различных модифицирующих воздействий, направленных на усиление терапевтического эффекта лучевой и химиотерапии либо на закрепление полученного результата. Само многообразие предлагаемых способов радио- и химиомодификации свидетельствует о постоянно продолжающемся научном поиске и востребованности эффективного в клиническом плане, достаточно простого в применении и экологически обоснованного метода.

В настоящее время существуют определенные стандарты в лечении больных с различными стадиями РПЖ. В большинстве случаев в зависимости от стадии процесса и степени дифференцировки опухоли больным назначается гормональная терапия (в том числе и эстрогенами) и выполняется кастрация. Вместе с тем для выбора оптимального метода лечения больных РПЖ необходимо четко представлять агрессивность дальнейшего проведения этого лечения.

Так, статистически достоверного преимущества максимальной андрогенной блокады (МАБ) по сравнению с хирургической или медикаментозной кастрацией в общей и безрецидивной выживаемости при распространенном РПЖ не выявлено, МАБ не имеет преимущества перед хирургической или медикаментозной кастрацией в переносимости.

Назначение неадекватной гормональной терапии может приводить к отсутствию положительного терапевтического эффекта, большим экономическим затратам и потере времени. Более того, такое лечение может вызвать быстрое прогрессирование заболевания. Так, назначение эстрогенов приводит к пролиферации и гиперплазии базальных клеток, что в случае базально-клеточного рака усугубляет тяжесть патологического процесса. Также не обоснованна и андрогенная депривация при андрогенрезистентных формах заболевания, к которым относятся все необычные и часть обычных аденокарцином ПЖ.

До настоящего времени терапия метастазирующего РПЖ остается трудной проблемой. Медиана выживаемости составляет от 24 до 36 мес. Подавление андрогенной активности посредством хирургической кастрации и с помощью агонистов релизинг гормона ЛТГ совместно с антиандрогенами или без них рассматривается в качестве наиболее адекватной терапии первой линии, но она эффективна лишь у 70–80% больных и медиана ремиссии не превышает 12–24 мес. Использование альтернативной гормонотерапии (кортикостероиды, аминоклутетимид, кетоконазол, мегестерол ацетат и тамоксифен), а также моно- или полихимиотерапии различными цитотоксическими агентами не внесло существенного вклада в увеличение выживаемости. Единственную надежду возлагают на новую специфическую стратегию терапии, учитывающую молекулярные особенности РПЖ.

Сегодня общепризнанным и единственным эффективным способом уменьшения смертности от РПЖ остаются ранняя диагностика заболевания и раннее начало лечения. Несмотря на более чем 10-летний активный опыт в области ранней диагностики, существуют две различные точки зрения по данной проблеме. Приверженцы первой считают эффективность скрининга рака простаты отнюдь не очевидной; сторонники же второй уверены, что ранняя диагностика и своевременное лечение позволяют спасти жизнь многим пациентам. К первым относится, на-

пример, весьма авторитетная Американская служба решения профилактических задач (US Preventive Services Task Force – USPSTF), которая в настоящее время не рекомендует определение уровня ПСА или проведение пальцевого ректального исследования даже мужчинам с повышенным риском развития простаты. Среди вторых, считающих указанные диагностические тесты обязательными, не менее авторитетные Американское общество по изучению рака (American Cancer Society – ACS) и Американское общество урологов (American Urological Association – AUA). Для представителей USPSTF лишь абсолютно достоверные данные (результаты рандомизированных, проспективных, контролируемых исследований) могут привести к рекомендации какого-либо превентивного вмешательства. С другой стороны, AUA и ACS для формулировки своих выводов использовали полученные в США сведения о выявляемости рака или динамике исходов заболевания (Cookson, 2001).

Заключение отечественных специалистов склоняется больше в сторону второй группы исследователей. Программы ранней диагностики РПЖ оправдывают стоящую перед ними цель: выявлять клинически значимые опухоли, которые могут быть излечены. Клинически незначимые злокачественные новообразования в подавляющем большинстве случаев не обнаруживаются имеющимися диагностическими тестами. Использование скрининга в сочетании с последующим эффективным лечением, риск от проведения которого с каждым годом снижается, кажется наилучшим объяснением факта уменьшения смертности от рака простаты в тех странах и регионах, где ранняя диагностика практикуется в течение последних нескольких лет. Применение скрининга позволяет спасти от смерти многих больных и показано всем мужчинам старше 50 лет при ожидаемой продолжительности жизни не менее 10 лет. Пациенты же из группы риска (с отягощенным анамнезом) должны подвергаться ежегодному скрининговому обследованию и в более молодом возрасте.

В литературе последних лет утвердилось мнение о том, что лучевая терапия является хорошей альтернативой радикальной ПЭ при ранних стадиях (T1-T2) рака предстательной железы. При локализованных формах и местно распространенном РПЖ высокая доза или комбинированная лучевая терапия более эффективна, чем радикальное оперативное вмешательство в плане снижения частоты осложнений, рецидивов и смертности.

Лучевая терапия является одним из основных методов лечения рака предстательной железы, особенно при процессе, вышедшем за пределы капсулы предстательной железы при отсутствии отдаленных метастазов. При увеличении размеров первичной опухоли с T2 до T4 частота местных рецидивов после лучевого лечения увеличивается в среднем с 8 до 30%. Это является одной из главных причин уменьшения продолжительности и качества жизни.

Брахитерапия как важный способ лучевой терапии РПЖ широко распространена. Брахитерапия J125 является современным, высокотехнологичным, эффективным, сравнительно безопасным и легко воспроизводимым методом лечения РПЖ. Применение метода сопровождается низким уровнем осложнений и смертности, его отдаленные результаты сопоставимы с другими видами лечения локализованного РПЖ, в связи с чем он рассматривается в качестве

реальной альтернативы. Его результативность во многом определяется правильным отбором пациентов и тщательностью планирования процедуры по результатам предварительной волюметрии.

Брахитерапия простаты, как правило, не предлагается пациентам с большими железами из-за риска задержки мочи, из-за того, что мешает лонная дуга, и невысокого качества результатов имплантации. Terk и соавт. доказали, что если индекс AUA выше 19, то у 29% пациентов имеет место задержка мочеиспускания. При снижении Международного Индекса симптомов простаты (IPSS) меньше 10 риск задержки может быть снижен до величины менее 2%, что достигается применением — адrenoблокатора перед имплантацией.

Неoadъювантная гормональная терапия уменьшает размер простаты на 35–40%, давая возможность имплантировать капсулы пациентам, имеющим размер железы более 50 мл. После начала гормональной терапии следует выждать 3 месяца, поскольку железа уменьшается в размерах. У пациентов с большой железой, симптомами, связанными с задержкой мочи, и показателем AUA больше 15 применяется комбинация неoadъювантной гормональной терапии и α -адrenoблокатора, что позволяет снизить риск постимплантационного осложнения.

Экскурс в историю показывает, что первое предложение использовать протоны в лечении раковой болезни связано с именем физика Robert Wilso, который в 1946 году признал колоссальные перспективы мощного воздействия пучка протонной энергии на опухоль при сведении к минимуму его воздействия на нормальные ткани.

К настоящему времени определены роль и место бурно развивающегося в последнее десятилетие важнейшего направления лучевой терапии протонной. В наши дни все еще требуется, несмотря на известные успехи, совершенствование методики лучевой терапии: удастся выявить до 70% больных раком еще до появления метастазов. При этом показатель может быть увеличен при условии улучшения ранней диагностики.

Для этой категории больных локальный контроль и излечение первичной опухоли почти гарантированы за счет активного применения хирургических методов и лучевой терапии. Неудача в лечении первичной опухоли приводит к ее дальнейшему прогрессирующему росту, отдаленным метастазам и в конечном счете к фатальному исходу.

В последние годы решены многие технические и организационные трудности, в результате чего сфера применения протонной лучевой терапии существенно расширилась, что позволило распространить ее влияние и на область онкоурологии, в первую очередь на лечение рака предстательной железы в рамках концепции экономического и безопасного реактора малой мощности для нейтронной терапии.

Таким образом, рак предстательной железы является не только важной медицинской, но большой социальной и экономической проблемой для всех развитых стран. Повсеместное внедрение и применение современных методов диагностики и лечения локализованного рака предстательной железы позволит добиться улучшения качества лечения и жизни пациентов данной категории, оптимизировать экономические затраты на организацию медицинской помощи для них в масштабах всего государства.

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ К ПИЩЕ: ВСЕГДА ЛИ ОНИ ПОЛЕЗНЫ И БЕЗОПАСНЫ



*Заслуженный врач РФ, академик РАЕН, доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ГУ НЦКЭМ СО РАМН по научной и лечебной работе
А.И. Пальцев*

Несмотря на то что существует огромное количество научных подтверждений в защиту биологически активных добавок (БАД), многие медицинские эксперты и исследователи не поддерживают их, при этом 98% из них сами принимают БАД, понимая, что не получают того, что требуется организму, из обычных продуктов питания

*Майкл Рисман
член Академии медицины
в Нью-Йорке*

О БАДах в настоящее время не говорит только ленивый. И, к сожалению, нередко приходится слышать высказывания людей, которые имеют весьма скромные познания в этом вопросе, если не сказать по-иному. Поэтому так важно дать определение биологически активных добавок к пище (а их, как мы увидим, существует несколько) и привести классификацию.

Но прежде рассмотрим, что такое пищевые продукты. Пищевые продукты — это продукты, используемые человеком в пищу в натуральном или переработанном виде.

В Положении о порядке экспертизы и гигиенической сертификации биологически активных добавок к пище, утвержденном приказом 117 МЗ РФ от 15.04.97 г., дается такое определение: «Биологически активные добавки к пище (нутрицевтики и парафармацевтики) — это концентраты натуральных или идентичных натуральным биологически активных веществ, предназначенные для непосредственного приема или введения в состав пищевых продуктов с целью обогащения рациона питания человека отдельными биологическими веществами или их компонентами». Подобное определение дают и В. А. Тутельян и соавторы [5].

Федеральным законом РФ «О качестве и безопасности пищевых продуктов» № 29 от 02.09.2000 г. БАД отнесены к пищевым продуктам и определяются как «...природные (идентичные природным) биологически активные вещества, предназначенные для употребления одновременно с пищей или введения в состав пищевых продуктов».

На рисунке 1 показано, что в состав БАД входят нутрицевтики, парафармацевтики, про-, пре- и симбиотики, пробиотические продукты. Пищевые добавки представлены отдельно.

В «Энциклопедии биологически активных добавок к пище» С.В. Орлова [2] определяет БАД как химически заданные формулы, в составе которых компоненты не превышают рекомендуемую суточную потребность в пищевых веществах (нутрицевтики) или терапевтическую дозу активного вещества (парафармацевтики).

Последнее определение, с нашей точки зрения, можно назвать менее удачным. Во-первых, в нем идет речь о химически заданных формулах. Нам представляется, что БАД — это прежде всего не синтетические вещества. Дело в том, что если БАД получены синтетическим путем, в них отсутствуют микропримеси, возможно наличие трансизомеров, не содержащихся в натуральном сырье, и они могут быть «не известными» ферментным системам человека. Исходя из этого, в лучшем случае они не полезны человеку, в худшем — вредны. Во второй части определения автор говорит о «терапевтической дозе активного вещества (парафармацевтика)». Вопрос дозы при применении БАД является одним из «узких» — в отличие от лекарственных веществ, при использовании которых доза биологически активного вещества, применяемого с лечебной целью, в десятки и сотни раз превышает физиологическую потребность здорового человека и вводится в его организм как перорально, так и парентерально. БАД применяют с це-

люю восполнения дефицита этих веществ в рационе и количествах, находящихся в пределах физиологических потребностей человека (от 20 до 100% от потребности), и применяют только перорально с пищей во время еды [3].

Причины возрастающей необходимости применения БАД

В 2001 году, выступая на V Международном симпозиуме, посвященном биологически активным добавкам к пище и проблемам здоровья семьи, академик РАМН В.А. Тутельян говорил о том, что в настоящее время есть все основания полагать, что наиболее быстрым, экономически приемлемым и научно обоснованным путем решения проблемы рационализации питания населения, в том числе и экономически развитых стран, является широкое применение БАД. Это обосновывается целым рядом причин, а именно:

1) участием экзогенных биологически активных веществ в регуляции многих жизненно важных адаптивных, защитных систем организма, что, вероятнее всего, в эволюционном процессе закреплено на генетическом уровне;

2) постоянным увеличением воздействия неблагоприятных экологических факторов, эмоциональных нагрузок, что предъявляет повышенные требования к функциональной активности органов и систем;

3) значительным снижением энерготрат человека, что должно сопровождаться соответствующим уменьшением объема потребляемой пищи;

4) дефицитом витаминов, микро- и макроэлементов, полиненасыщенных жирных кислот, пищевых волокон, незаменимых аминокислот и избыточным потреблением животных жиров [6].

Применение БАД в профилактическом и лечебном питании позволяет довольно быстро ликвидировать дефицит микронутриентов, повысить неспецифическую резистентность организма человека к неблагоприятным экологическим факторам, а также роль иммунной защиты. Назначение БАД открывает немедикаментозный путь благоприятного воздействия на структурно-функциональные взаимоотношения органов и систем. Последнее представляется весьма актуальным в связи с постоянно возрастающей непереносимостью лекарственных средств. Вместе с тем применение БАД в комплексной терапии позволяет снизить дозу фармацевтических препаратов, а также — что является весьма и весьма важным — ускорить выведение из организма продуктов обмена и тем самым способствовать восстановлению обменных процессов, нарушенных болезнью.

Однако для использования БАД в случаях различных патологических состояний в качестве средства профилактики нужно разрабатывать критерии эффективности и безопасности их применения.

Нутрицевтики

На рисунке 1 представлены группы БАД, и в первой колонке здесь размещены нутрицевтики. Эти БАД предназначены для выполнения эссенциальных (незаменимых) факторов питания в организме человека. С.В. Орлова [2] подразделяет их на нутрицевтики, предназначенные для функционального питания (и к ним относят витамины, кофермент Q10, минералы, антиоксиданты, эссенциальные жирные кислоты, хелатные комплексы, пищевые волокна и ферменты), и нутрицевтики, предназначенные для дополнитель-

ного питания (холин, лецитин, инозит, карнитин, октаконазол, витамин U, β -каротин, липоевая кислота, витамин B15 — пангамовая кислота, проантоцианиды, кверцетин, биофлавоноиды, полифенолы).

Витамины — это группа высокоактивных органических веществ специфического действия, оказывающих регулирующее влияние на процессы обмена веществ и физиологические функции организма. По физико-химическим свойствам они делятся на водорастворимые (комплекс B, C, P) и жирорастворимые (A, E, D, K и др.).

Кофермент Q10 — вещество, усиливающее действие ферментов для более эффективного выполнения их каталитической функции. Обладает антиоксидантным, антиангинальным действием, тем самым защищает мембраны клеток от разрушения, способствует выведению из организма продуктов распада, замедляет процессы старения.

Минералы — входят в состав тканей организма человека, в том числе крови, костной ткани, а также тканевых жидкостей, гормонов, ферментов. Их подразделяют на макроэлементы (калий, кальций, натрий, магний, фосфор и др.), микроэлементы (йод, бром, фтор, цинк, медь, марганец, мышьяк, никель, кобальт, кремний, алюминий и др.) и ультрамикроэлементы (золото, свинец, ртуть, радий и др.). Мы уже отмечали, что современный человек при обычном питании не может достичь создания оптимального уровня минералов, поэтому и показано применение соответствующих БАД.

Антиоксиданты — это питательные вещества, в которых организм человека постоянно нуждается. Сюда относятся витамины A, E, C и микроэлементы — селен, цинк, а также глутатион.

В здоровом организме постоянно наблюдается динамическое равновесие между свободными радикалами и антиоксидантами, обладающими антиокислительным действием. Что же такое свободные радикалы (СД)? Это аномальные молекулы, которые на последнем электронном уровне имеют непарный электрон. В этом состоянии они крайне нестабильны и могут улавливать липиды, ферменты, протеины и т. п. Особую опасность представляет окисление липидов с образованием агрессивной формы липидного пероксида, поэтому и опасно избыточное потребление жиров, особенно приготовленных при использовании высокой температуры, так как это приводит к образованию свободных радикалов.

Включение в пищевой рацион антиоксидантов позволяет предотвратить образование свободных радикалов. Они отдают электрон СД и тем самым останавливают патологическую цепную реакцию. Образование СД происходит при любом стрессе: холодом, при высокой температуре, травматическом, инфекционном, гипоксическом и, наоборот, гипероксическом, а также при химическом, бактериальном, при воздействии радиации, курении табака, физических перегрузках.

Применение антиоксидантов позволяет предотвращать иммунодефициты, в определенной степени — и опухолевые заболевания, предупреждать другие заболевания, увеличивать продолжительность жизни и ее качество.

Ферменты — вещества белковой природы, являющиеся катализаторами биохимических реакций. Они применяются в случаях, когда выработка собственных ферментов недостаточна, при ряде других причин:

амилаза — расщепляет крахмал и способствует расщеплению глюкозы;

пепсин (вырабатывается слизистой оболочкой желудка) — расщепляет белки в кислой среде;

трипсин — расщепляет белки в щелочной среде;

липаза — вместе с желчью обеспечивает переваривание жиров, способствует усвоению жирорастворимых витаминов.

Перечисленные ферменты относятся к пищеварительным. В организме человека вырабатываются еще метаболические ферменты, которые катализируют различные химические реакции внутри клеток, в том числе энергетические и детоксикационные. К ним относятся: супероксиддисмутаза: она как антиоксидант защищает клетку от супероксида — распространенного свободного радикала; каталаза — разлагает перекись водорода, являющегося продуктом обмена, и способствует высвобождению кислорода для нужд организма.

Белки и аминокислоты. Основная функция, которую выполняют белки, — пластическая. Попав в организм человека во время пищеварения, они распадаются до аминокислот — составных частей и структурных соединений белковой молекулы. Организм не может синтезировать все аминокислоты. Поэтому не синтезируемые в организме аминокислоты назвали незаменимыми. К ним относятся валин, гистидин, изолейцин, лейцин, лизин, метионин, треанин, триптофан и фенилаланин.

Соответственно, имеются аминокислоты, которые организм может синтезировать: они носят название заменимых и так же, как и незаменимые, необходимы организму. Это аланин, аргинин, аспарагин, аспартовая кислота, гамма — аминomásляная кислота, глутамин и глутаминовая кислота, глицин, орнитин, пролин, серин, таурин, тирозин, цистеин, цистин, цитруллин. Соотношение в процентах заменимых и незаменимых аминокислот составляет в организме 80:20. Синтез аминокислот осуществляется в печени.

Ценность белков для организма человека зависит не только от аминокислотного состава, но в значительной степени и от доступности их ферментам желудочно-кишечного тракта, а также от степени усвояемости. Последняя выглядит следующим образом: белки молока и яиц усваиваются на 96%, мяса и рыбы — на 95, хлеба из муки I-II сортов — на 85, овощей на 80, хлеба из обойной муки, бобовых и картофеля — на 70%.

Вредным является как избыток, так и недостаток белка в питании. Так, при его недостатке наблюдается замедление роста и умственного развития, нарушение кроветворения, костеобразования, обмена витаминов; возникает иммунная недостаточность. Избыток белка приводит к повышенной нагрузке на печень, почки, вследствие поступления в организм большого количества азотосодержащих веществ, далее происходит накопление мочевой кислоты в суставах, мочевыводящих путях, что приводит к развитию подагры, артрозо-артритов, мочекаменной болезни.

Поли- и мононенасыщенные (эссенциальные) жирные кислоты — ПНЖК и МНЖК.

Существует два основных класса ПНЖК — Омега-3 и Омега-6, и один класс МНЖК — Омега-9. Различие между ними заключается в положении двойной связи: в Омега-3 первая двойная связь состоит из трех атомов углерода, в Омега-6 — из шести, и т. д.

К Омега-3 ПНЖК относятся эйкозопентаеновая и декозогексаеновая кислоты, которые присутствуют преимущественно в рыбе. К Омега-6 ПНЖК относится линолевая кислота: ее много в растительных маслах. Омега-9 представлена олеиновой кислотой, ее источниками являются оливковое и миндальное масло.

Оптимальное соотношение Омега-6:Омега-3 = 4:1, что имеет важное значение для обмена простагландинов — гормоноподобных веществ. Стоит дать развернутое определение этим веществам. Простагландины (от лат. *prostat* — предстатель-

БАД

Нутрицевтики	Парафармацевтики	Пробиотики, пребиотики, синбиотики, пробиотические продукты	Пищевые добавки
- Витамины - Предшественники витаминов: (*-каротин, другие каротиноиды) - Полиненасыщенные жирные кислоты: (ПНЖК) (W-3, W-6, и др. ПНЖК) - Минеральные вещества и др. микроэлементы: (Ca, Fe, Se, Zn, I, F) - Отдельные аминокислоты - Некоторые моно- и дисахариды - Пищевые волокна: (пектиды, целлюлоза и др.)	- Минорные компоненты пищи: - органические кислоты - биофлавоноиды - кофеин - биогенные амины - регуляторные ди- и оп-легопептиды - некоторые олигосахариды - Натурпродукты - БАД, регулирующие аппетит	- Пробиотики - Пребиотики: - лактолоза и препараты на ее основе - неперевариваемые олигосахариды - отдельные витамины и их производные - Синбиотики - Пробиотические продукты	- Ароматизаторы - Пищевые красители - Специи

Рис. 1. Разделение биологически активных добавок на группы



Рис. 2. Функциональная роль биологически активных добавок к пище – нутрицевтиков

ная, *glandula* — железа) — это группа биологически активных соединений, относящихся к ненасыщенным жирным кислотам, вырабатываемым клетками различных органов и тканей. Участвуют в энергетическом обмене, повышая уровень концентрации в тканях циклического аденозинмонофосфата. Они необходимы для регуляции сердечно-сосудистой, нервной систем, желудочно-кишечного тракта, для синтеза гормонов, регуляции функции почек, водно-солевого обмена, поддержания артериального давления. Простагландины оказывают влияние на состояние свертывающей системы крови, участвуют в воспалительных процессах, болевых синдромах. Показаниями для назначения БАД с ПНЖК являются: заболевания сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся повышенным содержанием холестерина и высоким артериальным давлением; болезни суставов; аллергические, аутоиммунные заболевания и др.

Пищевые волокна — это ряд растительных соединений, которые не перевариваются в желудочно-кишечном тракте человека, поэтому ранее их называли балластными веществами, и в соответствии с теорией сбалансированного питания они должны были быть удаленными из пищи. В таблице 1 рассмотрены основные пищевые волокна и механизм их действия.

Исследования показали, что недостаток в пище волокон способствует развитию целого ряда заболеваний: сердечно-сосудистых, метаболических,

желудочно-кишечного тракта, онкологических, а также атеросклероза, ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, ожирения, сахарного диабета, желчно- и мочекаменной болезни, подагры, синдрома раздраженного кишечника, преимущественно с запором, опухолевых заболеваний толстой кишки, нарушения микробиоценоза кишечника и др.

Таким образом, из изложенного видно, что только с помощью нутрицевтиков можно своевременно ликвидировать недостаток эссенциальных пищевых веществ, обеспечить индивидуальное питание здоровому человеку в зависимости от его потребностей, возраста, пола, выполняемой физической работы, от физиологического состояния (беременность, лактация), а также экологических условий. Грамотное применение нутрицевтиков позволяет защитить клетку от агрессии свободных радикалов, повысить неспецифическую резистентность организма, своевременно связать и вывести из организма различные ксенобиотики, в том числе канцерогены.

Институтом питания разработана схема, отражающая функции, выполняемые нутрицевтиками (рис. 2).

Как видно из представленного рисунка и было сказано выше, функции нутрицевтиков весьма многообразны, важны, необходимы — как в целях профилактики заболеваний, так и для содействия в лечении больных.

Парафармацевтики

Биологически активные добавки к пище, применя-

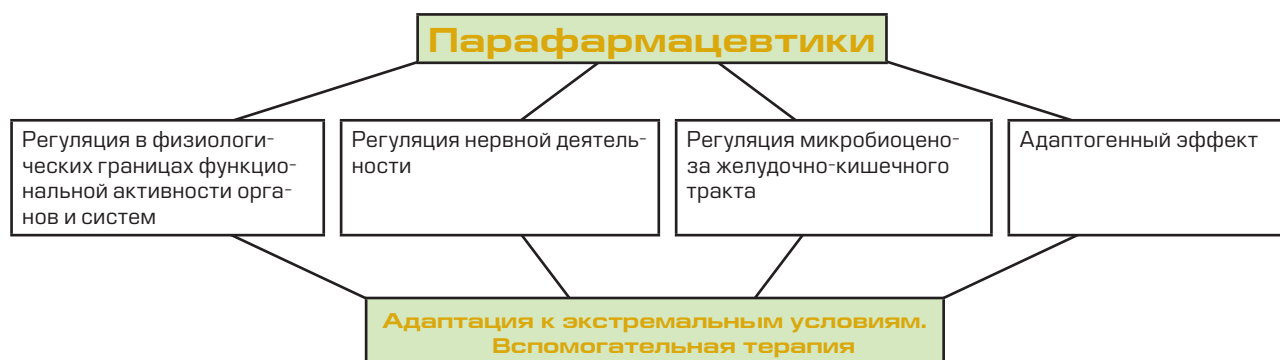


Рис. 3. Функциональная роль биологически активных добавок к пище – парафармацевтиков

Таблица 1

Классификация основных пищевых волокон

Вид волокна	Источник	Механизм действия
Целлюлоза	Отруби пшеницы	Увеличивает размер и массу фекалий. Стимулирует перистальтику кишечника. Выводит ксенобиотики, в том числе и канцерогены. Поддерживает нормальный микробиоценоз кишечника
Гемицеллюлоза	Отруби овса	То же; более активно связывает холестерин, желчные кислоты
Камеди и смолы	Орехи, бобы, гуммиарабик	Связывают желчные кислоты, холестерин и оказывают мягкий слабительный эффект
Пектины	Яблоки, кожура цитрусовых, шелуха лука	Связывают тяжелые металлы: хелатообразование. Замедляют эвакуацию из желудка

емые для профилактики, вспомогательной терапии и поддержания в физиологических границах функциональной активности органов и систем, названы парафармацевтиками.

Более 10 лет тому назад мы имели возможность, находясь в командировке в Китае, поближе познакомиться с традиционной китайской медициной. Мы тогда обратили внимание на то, что наряду с чжень-цзю-терапией, цигун-терапией, китайским массажем в отделениях традиционной медицины широко применяется фитотерапия. Количество применяемых трав показалось нам фантастическим: назывались несколько разные цифры, все выше десяти тысяч, чаще 11–13 тысяч. Для сравнения, в Государственную фармакопею Российской Федерации входит немногим более 180 трав, и, наверное, столько же или немногим больше применяется в народной медицине.

Лечение в отделениях китайской традиционной медицины, несомненно, было более длительным, комплексным, назначалось в зависимости от выраженности симптомов. Мы бы назвали проводимую терапию симптоматической, но китайские коллеги определяли ее как патогенетическую, объяснение чему мы нашли позже в руководстве, написанном известным китайским профессором Чжу Лянь [7]. На наш вопрос переводчице — к какому врачу обращается она, когда сама заболевает, к врачу традиционной или европейской медицины? — последовал ответ, который, на наш взгляд, на сегодняшний день больше всего подходит для объяснения применения парафармацевтиков. Ответ был таков: «К какому врачу я обращусь, зависит от того, как я заболею. Если остро (сильно), то пойду на прием к врачу европейской медицины, а если у меня плохое настроение, немного болит голова, в общем, я чувствую себя не здоровой, но и не сильно больной, я пойду к врачу традиционной медицины».

Организм человека, являясь неотъемлемой частью природы, состоит из тех же химических элементов, что и другие ее объекты. Вспомним высказывание А.А. Покровского [4]: «...Структура пищи, которую в течение многих тысячелетий получали отдельные биологические виды из окружающей среды, формировала энзиматические конstellации и

типы обмена... Одной из наиболее общих закономерностей, определяющих процессы ассимиляции пищи на всех этапах эволюционного развития — от микробной клетки до человека — является правило стереохимического соответствия ферментных систем организма химическим структурам пищи» (выделено нами. — А. П.). Но сегодня невозможно употреблять такое количество пищи — ни по объему, ни по калорийности, — как это делали наши не очень далекие предки. Поэтому возникли объективные условия для развития фармаконутрициологии.

В растениях, например, действующим началом является определенное химическое соединение, с влиянием которого и связан терапевтический эффект, но чаще физиологический эффект, который достигается благодаря комплексу веществ, входящих в его состав.

Таким образом, речь идет о веществах, входящих в состав растений и проявляющих фармакосанационные свойства. Действующие вещества в растениях вырабатываются в небольших количествах и представляют собой сложные органические соединения. К ним относятся алкалоиды, гликозиды, горечи, дубильные вещества, лектины, органические кислоты, сапонины, флавоноиды, эфирные масла. Они бывают органической природы, и наряду с ними в растениях содержится ряд минеральных веществ: макро- и микроэлементы.

К сопутствующим веществам относят пищевые волокна, крахмал, пектины, слизи. Как уже было показано ранее, они могут иметь и самостоятельное значение. Создание БАД на основе этих веществ позволяет эффективно профилактировать заболевания внутренних органов, нервной системы, гинекологические болезни.

Как известно, БАД имеют меньше побочных действий, чем лекарства, поэтому их можно и нужно чаще применять длительно. Некоторые из них могут способствовать выведению из организма токсических метаболитов, снижают содержание холестерина при его повышении, оказывают регулирующее действие на нервную систему, улучшают, повышают общий тонус организма и работоспособность. Функциональная роль парафармацевтиков показана

Таблица 2

Основные побочные эффекты и биологически активные вещества некоторых растений, включаемых в состав БАД

Побочный эффект	Биологически активные вещества	Растение
Аллергизирующий	Сисквентерпеновые лактоны Полисахариды	Арника, перетрум, тысячелистник, артишок, первоцвет, одуванчик Эханицея
Фототоксический	Фуранокумарины Летучие масла Гиперицин	Дудник, сельдерей, дикая морковь, центелла Пустырник Зверобой
Гипогликемический	Канаванин Гликаны	Люцерна, пажитник Женьшень
Эстрогенный	Изофлавоноиды Сапонины	Люцерна, красный корень Женьшень
Гепатотоксический	Пирролизидины Пулегон	Бораго, мать-и-мачеха Посконник, шлемник
Нефротоксический	Эсцин Иридоиды	Конский каштан Шлемник

на на рисунке 3.

Однако не следует забывать и о возможности побочных действий парафармацевтиков, в том числе и опасных. Нередко в научной литературе появляются публикации, свидетельствующие о том, что прием парафармацевтиков, содержащих фитотерапевтические средства, может быть причиной серьезных осложнений и даже смертельных исходов. Так В.Г. Кукес и соавторы (2005) сообщают, что среди зарегистрированных в Российской Федерации почти 5 тысяч отечественных и зарубежных БАД к пище, более 50% приходится на БАД, содержащие компоненты растительного происхождения, в том числе лекарственное растительное сырье. Ссылаясь на данные E. Offman и соавт. [9], они пишут, что в 1997 году 12% населения США принимали БАД, содержащие компоненты растительного происхождения. По результатам опроса, проведенного в 2002 году, число женщин, принимающих БАД, составило 37%. Согласно Федеральному регистру, эти БАД применяются для «изменения структуры или функции тела», но в реальной жизни они противоправно рекомендуются к использованию для лечения различных заболеваний (гипертонии, аденомы предстательной железы, диабета и т.д.), регуляции функций желудочно-кишечного тракта (14%), при расстройствах сна (10%), в качестве «адаптогена» (9%), для стимуляции иммунной системы (4%), улучшения памяти и внимания (2%), повышение сексуальной активности (1%) и др.

Вместе с тем в США опубликованы данные о побочных эффектах (ПЭ), вызываемых БАД [8, 9]. Так, согласно материалам 8 центров из 65, существующих в стране, в 1998 году при применении БАД было зарегистрировано 72% легких побочных эффектов, 22% умеренных, 6% тяжелых и 1% случаев со смертельным исходом. Среди тяжелых ПЭ отмечались: кома (4%), судороги (3%), загрудинные боли (4%), аритмия (3%), инфаркт миокарда (1%), кровотечения различной локализации (2%).

Исходя из изложенного, несомненно было бы правильным, с одной стороны, усилить контроль за производством БАД, с другой – обязательно указывать в инструкции возможные ПЭ растений, включенных в состав БАД. Весьма важным при этом является то, что несколько растений могут оказывать одинаковые ПЭ (табл. 2). Китайские травы содержат аристолохивую кислоту. Доказано, что под ее влиянием развивается быстро прогрессирующий интерстициальный нефрит, артериальная гипертензия, тяжелые формы анемии. В связи с тем что появились сообщения о канцерогенных эффектах аристолохивовой кислоты, в ряде стран – Австралии, Германии и др. – из обращения изъяты БАД на основе китайских трав, в Малайзии прекращена их регистрация, в Великобритании запрещен их импорт.

Заканчивая статью, считаем нужным подчеркнуть, важную роль БАД в предупреждении заболеваний, во вспомогательной, комплексной, реабилитационной терапии. Вместе с тем необходимо тщательно изучать возможные побочные эффекты.

Литература :

1. Кукес В.Г., Булаев В.М., Сычев Д.А., Ших Е.В. К проблеме безопасности биологически активных добавок к пище, содержащих компоненты растительного происхождения // Вопросы питания. – Т. 74. – 2005. – № 4. – с. 22 – 26.
2. Орлова С. В. Энциклопедия биологически активных добавок к пище. – М., 1998. – С. 13.
3. Покровский А.А., Романенко Г.А., Княжев В.А. и др. Политика здорового питания. Федеральный и региональный уровни. – Новосибирск: Сиб. универ. Изд-во, 2002. – 341 с.
4. Покровский А.А. Метаболические аспекты фармакологии и токсикологии пищи. – М.: Мед., 1997. – 251 с.
5. Тутельян В.А. Биологически активные добавки к пище в профилактическом и лечебном питании. Эволюция взглядов и подходов. Биологически активные добавки к пище и проблемы здоровья семьи: Матер. V междунар. симп. – Красноярск, 2001. – С. 3 – 5.
6. Тутельян В.А., Суханов Б.П., Австриевских А.Н., Позняковский В.М. Биологически активные добавки в питании человека. – Томск, 1999. – 294 с.
7. Чжу Лянь. Руководство по современной чжень-изюотерапии. – М.: Мед., 1959. – 279 с.
8. Huang S., Hall S., Watkins P. et al. // Clin. pharmacol. Ther. – 2004. – Vol. 75. – P. 2 – 14.
9. Offman E., Freeman D., Dresser G. et al. // Clin. Pharmacol. Ther. – 2001. – Vol. 70. – P. 17 – 23.

МЕДИЦИНСКИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РЕЧЕВОМ УПРАВЛЕНИИ СОЗНАНИЕМ



Кандидат медицинских наук
А.А. Биркин

Объективизация возможности и степени распространения манипуляций сознанием через речь является актуальнейшей проблемой современности. Отсутствие понятного и убедительного объяснения механизмов психотерапевтического воздействия через речь, невротизация населения, сленговое упрощение языка, снижение количества читающих граждан, криминальный гипноз, цыганский гипноз и прочие речевые социально-негативные явления обуславливают поиск дополнительных путей в контексте совершенствования языковой коммуникативной сферы. В современности в условиях возрастающих информационных нагрузок возникает острая необходимость не только приспособления «мозга под язык», практикуемого традиционно, но и «языка под мозг». Осуществление подобного подхода возможно только с учетом доказательных представлений о биологическом механизме восприятия речи. Рассмотрение данной проблемы требует понимания эволюционного аспекта развития человека как биологического объекта и знания физиологических основ высшей нервной деятельности. С накоплением жизненного опыта росло число представлений об окружающем нас мире. Пропорционально понятийному запасу увеличивался объем языка цивилизации. Прогресс человечества происходит значительно быстрее, чем эволюция его биологического вида. Следовательно, головной мозг ограничен в возможностях обработки современной речи, которая отражает динамичный рост информационного пространства.

Объективным средством воздействия на человека в процессе общения является речевой сигнал, следовательно, объяснение его воздействия на сознание необходимо искать в биологическом механизме восприятия текста, обусловленном его структурой.

До настоящего момента не изучена огромная работа, проводимая корковым анализатором для преобразования сигналов внешней среды в коды, пригодные для осмысления.

В процессе эволюции нервная система биологических видов усложнялась и наращивала возможности обработки сигналов внешней среды. Мозг обретал способность к оптимальной обработке эволюционно привычных раздражителей. Мышление является поздней из приобретенных в процессе развития способностей, и возникло оно на основе более ранней и примитивной системы защитных реакций. Следовательно, для выживания человека как биологического объекта приоритетными относительно мышления являются обретенные ранее защитные реакции, свойственные низшим биологическим видам, частью которых является первичное декодирование сигналов.

Отклонение любого сигнала от привычной эволюционной модели должно вызывать изменение баланса вычислительных ресурсов коркового анализатора в пользу требуемого качества его первичной обработки, т. е. декодирования, в том числе это должно осуществляться и за счет более поздней функции — мышления (сознания).

Внешний сигнал, как устная, так и письменная речь, воздействует на рецепторы в качестве оптического или барического раздражителя. С помощью последовательной математической обработки он преобразуется мозгом во внутренний речевой сигнал, который становится пригодным для дальнейшего осмысления. Этот процесс понимается нами как первичное декодирование речевого сигнала. По нашему мнению, он занимает львиную и «неприкосновенную» долю вычислительного ресурса мозга и до настоящего времени не изучен.

Важность доказательного рассмотрения механизмов декодирования речи заключается в том, что, представляя мозг в качестве ограниченной в вычислительных возможностях многоуровневой системы, существует настоятельная необходимость определения оставшегося после декодирования биологического ресурса смысловой обработки вербальной информации, т. е. состояния сознания в зависимости от структуры воспринимаемого речевого сигнала. С физиологической точки зрения в основе этого процесса лежат общепринятые представления о рефрактерности живой клетки, в том числе и нейрона, а также теория повторного входа Эндельмана - Иваницкого.

Для определения физиологической возможности декодирования речи в специально разработанной компьютерной программе произведена обработка высокорепрезентативной выборки кириллических текстов различных исторических периодов. В результате этой обработки была получена частотно-вероятностная модель встречаемости знаков в потоке речи, т. е. эволюционная модель кода речи.

Таким образом, под «кодом речи» мы подразумеваем последовательность частей (элементов, сегментов) речевого сигнала внешней среды, преобразованных мозгом в соответствующий по структуре

внутренний речевой сигнал, представленный во взаимодействии нейронов образами (управляющими или вычисленными кодами) кириллических букв.

С получением эволюционной частотно-вероятностной модели языка перед нами открылись возможности компьютерного моделирования восприятия речи путем сравнения произвольно взятых текстов с параметрами данной модели в режиме реального времени. Таким образом, был разработан ряд параметров и пользовательских программных продуктов, предназначенных не только для определения нагрузок декодирования любого текста, но и для его модификации, как в интересах облегчения восприятия, так и для повышения суггестивных качеств.

В процессе проведенного при помощи упомянутых программ мониторинга речевого пространства удалось получить убедительные данные о рельефных различиях кодовой структуры полярных по характеру восприятия текстов. Например, гипнотические и заговорные тексты по нагрузкам декодирования превосходят тексты классиков русской литературы в десятки раз, а мантральные тексты — в сотни раз.

Последующие исследования позволили получить убедительные данные о том, что от 80 до 90% обследуемых субъективно различают нагрузки декодирования, и, более того, степень различения этих нагрузок зависит как от их величины, так и от типа высшей нервной деятельности.

В результате компьютерной стабилотрии удалось установить, что в процессе кратковременного (2 мин) восприятия фонограмм при прослушивании нагрузочных текстов в сравнении с легкими текстами страдает качество жизненно важной функции — поддержания вертикальной позы тела. Причем выраженность позно-тонических реакций в этом случае оказалась зависимой от темпераментных свойств. Например, наиболее чувствительными к нагрузкам декодирования оказались холерики (83%), а наименее — сангвиники (17%).

Как показали исследования, на данном уровне рассмотрения параметры эволюционной модели кода письменной речи в основном соответствуют параметрам аналогичной модели устной речи и должны учитываться в психотерапевтической практике как в процессе воспроизведения (например, аутогенная тренировка), так и в процессе восприятия речи (например, сеансы гипнотерапии). Полученные при помощи разработанных компьютерных технологий знания, умения и навыки работы с речевыми потоками позволяют оптимизировать используемые в психотерапевтических целях лечебные тексты.

Полученные в процессе мониторинга речевого пространства данные свидетельствуют, что используемые веками и в настоящее время народные заговоры из всех ставших доступными для изучения форм лечебного речевого воздействия являются наиболее совершенными с точки зрения баланса и величины нагрузок декодирования. Широко известный «феномен А. М. Кашпировского», в процессе сеансов которого их участники помнили все происходящее, объясняется значительно меньшими (в 5–6 раз) нагрузками декодирования его суггестивных текстов относительно других известных гипнотизеров.

По своей сути полученные нами доказательные данные освещают закономерности возникновения речевого физиологического фона, на основе которого происходит семантическая обработка текстовой

информации. Причем, как показали исследования, значение этих закономерностей столь велико, что выходит за рамки отдельных наук и должно учитываться при решении многих актуальных социальных проблем.

Отдельному рассмотрению подлежат вопросы использования технологий кода речи в выборных или в так называемых пиаровских компаниях, в практике медико-психологических исследований и в профессионально-деловом контексте.

По аналогии с рассматриваемыми подходами доктором, кандидатом медицинских наук С. Л. Рыбаковой, проводятся исследования, но в контексте оценки восприятия музыкальных произведений. На основании компьютерного анализа цифровых музыкальных записей предварительно установлено, что в отличие от классических произведений значительная часть современных шлягеров обладает суживающими сознание свойствами, в основе этого лежат упомянутые выше физиологические механизмы.

Таким образом, найденные закономерности дают все основания полагать, что центральная нервная система располагает зонами (отделами, нейронными полями, ассоциациями нейронов), предназначенными для декодирования речи. Эти зоны специализированы по обработке различных кодов (знакобукв или звукобукв) языка. Функциональное состояние коркового анализатора в период обработки текста зависит от генотипических свойств и степени динамических нагрузок, которые испытывают эти зоны в процессе его декодирования. Эти динамические нагрузки находятся в прямой зависимости от частоты встречаемости (вероятности) различных кодов (знакобукв или звукобукв) в их общей совокупности — потоке устного или письменного текста и длине слов его составляющих. Отклонение этих параметров от эволюционной модели вызывает утомление зон декодирования, снижает функциональные способности коркового анализатора и, следовательно, влияет на степень торможения, от которого зависит как семантическая оценка текста, так и степень его внушаемости или суггестивности.

Изложенные в статье представления позволяют выйти на понимание информационно-биологической концепции о защите психической сферы человека, под которой понимается система взглядов, основанная на научных данных и программных технологиях, позволяющих с позиций физиологии высшей нервной деятельности объективно, доказательно и в числовых сравнимых величинах оценить степень воздействия речевого сигнала на сознание.

При помощи полученных знаний и умений становятся реальными экологическая оценка или мониторинг состояния значительной части информационной среды — речевого пространства по его формальным (релевантным) признакам.

В интересах защиты психики человека от тяжелых и агрессивных речевых потоков (цыганский гипноз, криминальный гипноз, мантра медитации и пр.), а также для более эффективного обучения в школе и использования лингвистических психотерапевтических методов существует насущная необходимость разработки языковых санитарно-гигиенических норм и требований, основанных на представлениях о физиологии восприятия речи.

Подробнее о рассмотренной проблеме можно узнать из монографии «Код речи» (СПб.: «Гиппократ», 2007), публикаций в журнале «Психотерапия» (М., 2006–2008) и других, а также на сайте <http://asvomed.ru/birkin/4.htm>.

ДЖЕНЕРИКИ: «За» и «против»



*Доктор медицинских наук,
профессор,
заслуженный врач РФ,
С.А. Белков
Кандидат медицинских
наук,
заслуженный врач РФ,
А.И. Костюченко*

К дженерикам (генерикам) относят фармацевтические препараты, производимые на основе уже ранее разработанных оригинальных (брендовых) лекарств после окончания у фирмы срока патента и сходных с ними по химической структуре и биоэквивалентности. Общий объем мирового рынка дженериков приближается сейчас к 45 млрд долларов. Генерические лекарства в настоящее время составляют более чем 50% всех врачебных предписаний в США. На российском фармацевтическом рынке доля дженериков превышает 75%.

Фармацевтические компании тратят колоссальные материальные ресурсы на разработку нового оригинального препарата. Процесс разработки может длиться около 20 лет и потребовать вложений порядка 500–800 млн долларов. В качестве компенсации этих больших расходов компании-разработчики поддерживают более высокие цены на лекарственные препараты. Дженерик обычно допускается в обращение после истечения срока патентной защиты оригинального препарата, как правило, на основании оценки регистрационного досье сокращенного объема и данных по биоэквивалентности. Создание дженериков не требует таких огромных затрат, как в случае с оригинальным препаратом. Вот почему дженериковые лекарства всегда будут дешевле брендов. В России монопольное право держателя патента ограничено определенным сроком действия, а именно 20 лет, и определенной территорией. По

истечении срока патента любая фармацевтическая компания может приобрести право на производство собственной версии оригинального препарата, т. е. создать дженерик.

Требования для производства генерических и оригинальных лекарственных препаратов должны быть сходными и соответствовать принципам и правилам надлежащей производственной практики GMP (Good Manufacture Practice). Это требования ВОЗ к производству лекарственных препаратов, регламентирующие жесткие стандарты к производственным помещениям, оборудованию, сырью, персоналу, методам контроля, что в итоге гарантирует адекватное качество продукции. Для производства дженериков необходимы активные лекарственные субстанции. Так как стоимость субстанции приблизительно составляет половину себестоимости производства дженериков, в целях снижения затрат ведутся поиски недорогих субстанций, часто производимых в неподконтрольных странах, и нередко через посредников и/или перекупщиков. Часто их качество оказывается невысоким (из-за изменения методов синтеза, различной степени дисперсности, наличия стереоизомеров, токсичных примесей, продуктов деградации и т. д.). Чтобы выявить эти погрешности, необходима химико-аналитическая экспертиза субстанции. Качество дженериков может существенно зависеть от вспомогательных веществ (красителей, наполнителей, корректоров вкуса и т. д.), упаковки, клима-

та страны-производителя. Требования к вспомогательным веществам должны быть такие же, как и к активной субстанции (это касается изучения реологических свойств, растворимости и кинетики растворения — *dissolution test*, гранулометрической кривой, проведения тестов на стабильность и др.). Любые отклонения в составе вспомогательных веществ или оболочке лекарства также могут существенно изменить качество препарата, его биодоступность, привести к токсическим или аллергическим явлениям. Известны случаи развития тяжелых аллергических реакций при приеме дженерика у пациентов, принимавших длительное время до этого оригинальный препарат.

Как известно, существует эквивалентность фармацевтическая, биологическая и терапевтическая. Понятие эквивалентности, т. е. равнозначности (аналогичности) препаратов, является одним из ключевых в лекарственной терапии. Фармацевтически эквивалентные препараты содержат аналогичные активные ингредиенты в одинаковой лекарственной форме, предназначенные для одного способа введения и являющиеся идентичными по силе действия или концентрации активных веществ. Биологическая (фармакокинетическая) эквивалентность на практике — это определение скорости и степени всасывания оригинального (инновационного) лекарства и дженерика при приеме в одинаковых дозах и лекарственных формах внутрь или другими способами на основании определения концентрации в жидкостях и тканях организма (биодоступность).

При исследовании биоэквивалентности дженериков в качестве препарата сравнения следует использовать соответствующий оригинальный препарат (или наиболее эффективный аналог этого препарата), официально зарегистрированный в России. Однако биоэквивалентность у дженериков может значительно отличаться от оригинала — до 20%. Содержание лекарственного средства в исследуемом препарате и препарате сравнения не должно отличаться более чем на 5%. В то же время исследование биоэквивалентности лишь предполагает, что фармакокинетически эквивалентные оригиналу воспроизведенные препараты обеспечивают одинаковую эффективность и безопасность фармакотерапии.

Безусловно, главный вопрос — это вопрос о терапевтической эквивалентности. Для доказательства последней требуется проведение клинических исследований генерического препарата на пациентах, проведение сравнительных клинических исследований оригинального препарата и дженерика на пациентах, а также изучение профиля безопасности дженерика. Так как проведение таких исследований в настоящее время не является обязательным или они выполняются в ограниченных объемах, вопрос о терапевтической эквивалентности генерических препаратов часто остается открытым. В качестве иллюстрации указанного приводим следующие наблюдения. Так, в последние годы в исследованиях П.А. Ламберта была изучена фармацевтическая эквивалентность 34 генерических препаратов цефтриаксона оригинальному препарату Роцефину компании F. Hoffmann-La Roche. Всего было проведено 17 количественных и качественных фармацевтических тестов для оценки физической и химической чистоты препаратов, описанных в Американской и Европейской Фармакопеех. Результаты этой работы показали существенную

разницу в показателях фармацевтического качества генерических препаратов цефтриаксона при сравнении их с оригинальным препаратом. В 18 случаях были нарушены стандарты качества, установленные Европейской и Американской Фармакопеей, в 100 случаях — фармацевтические стандарты компании Roche. У одного генерического препарата цефтриаксона были выявлены отклонения по 10 показателям. Наиболее частыми нарушениями, обнаруженными при тестировании дженериков цефтриаксона, были нарушение прозрачности раствора и наличие примеси тиотриазина, что может свидетельствовать о разложении активного вещества и, таким образом, является индикатором низкого фармацевтического качества. У 4 протестированных дженериков была нарушена стерильность упаковки. По количеству посторонних примесей в 18 из 34 исследованных препаратов содержание их превышало таковое в Роцефине в 5 раз, а в 11 препаратах — более чем в 10 раз.

В качестве противоположного примера можно привести разработку и внедрение антибактериального препарата сульмовера, являющегося дженериком. Исследования, выполненные в Государственном научном центре антибиотикотерапии, показали, что его антибактериальный спектр абсолютно идентичен оригинальному препарату сульперазону компании «Пфайзер». Клинические наблюдения, проведенные в ведущих клинических центрах Москвы, Санкт-Петербурга и Новосибирска у больных с разными заболеваниями и инфекционными осложнениями, показали высокую эффективность и хорошую переносимость пациентами сульмовера. Исходя из указанного, можно утверждать об абсолютной терапевтической эквивалентности указанных препаратов.

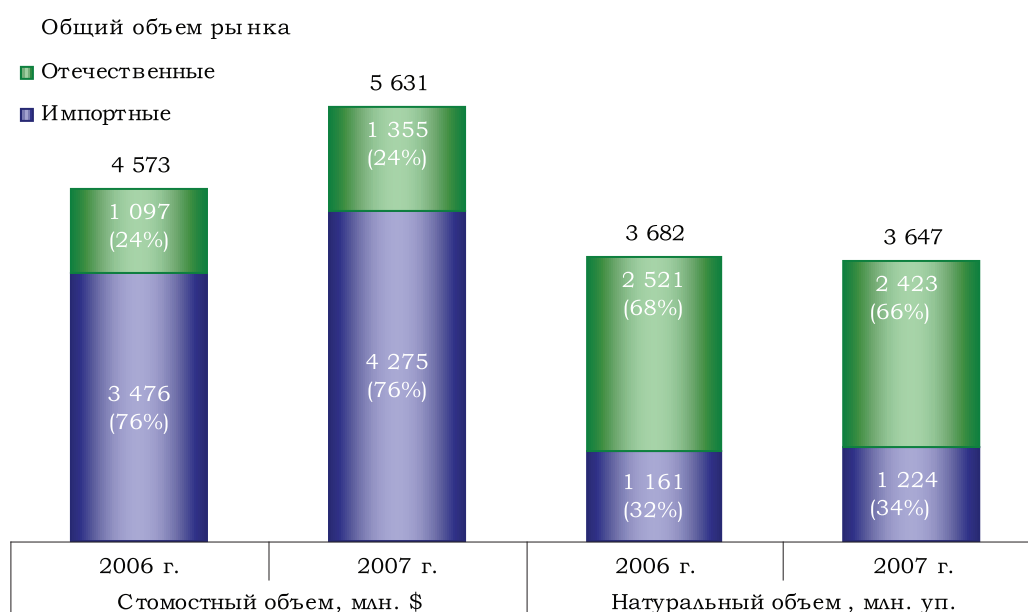
Таким образом, широкое использование дженериков для лечения разных заболеваний внутренних органов необходимо воспринимать как объективно состоявшийся факт. Только наличие полной информации о соблюдении требований GMP при производстве дженерика, его фармакокинетическая и терапевтическая эквивалентность при сравнении с оригинальным препаратом делают обоснованным широкое его использование в медицинской практике. С другой стороны, в случае частого выявления у дженерика побочных неблагоприятных эффектов, низкой лечебной эффективности по сравнению с оригинальным препаратом он не должен рекомендоваться пациентам. Доступность объективной информации о терапевтической эквивалентности дженериков позволила бы специалистам уверенно использовать взаимозаменяемые лекарства, принимая во внимание их эффективность, безопасность, экономические преимущества, а значит, и обеспечить адекватное медицинское обслуживание населения. Прежде всего следует активизировать деятельность по сбору, систематизации и анализу спонтанных сообщений о неблагоприятных лекарственных реакциях и случаях низкой терапевтической эффективности препаратов. Ассоциация Заслуженных врачей России продолжает работу в этом направлении как в масштабе разных регионов страны (рассылка и прием соответствующих анкет в региональные отделения ассоциации), так и в отдельных лечебно-поликлинических учреждениях. Надеемся на активную поддержку наших читателей в этом вопросе.

РОССИЙСКИЙ РЫНОК ГОТОВЫХ ЛЕКАРСТВ В 2007 ГОДУ

Коммерческий сегмент ГЛС — один из наиболее емких сегментов фармацевтического рынка. В 2007 году его доля выросла с 49% в 2006 году до 52%, составив более 7,4 млрд долл. в ценах конечного потребления или 5,6 млрд долл. в ценах закупки аптек. По сравнению с 2006 годом данный сегмент вырос на 23% в долларах и на 16% в рублях. При этом в 2007 году сохранилась главная тенденция прошлых лет — снижение натурального потребления и переход на более дорогостоящие препараты.

Говоря о высоких темпах роста этого рыночного сегмента, не стоит забывать об укреплении рубля. Этот фактор вносит существенный вклад в рост рынка в долларовом выражении — 7,5% приходится именно на изменение стоимости доллара по отношению к рублю. Если средний показатель доллара в 2006 году составил 27,19 рубля, то в 2007 году в среднем доллар равнялся 25,58 рублям — снижение за год более чем на полтора рубля. Структура коммерческого рынка ГЛС по объемам продаж отечественных и импортных препаратов отражена на графике.

СООТНОШЕНИЕ ПРОДАЖ ИМПОРТНЫХ И ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ГЛС *



* Здесь и далее источник: «Ежемесячный розничный аудит фармацевтического рынка РФ» DSM Group. ISO 9001:2000

В стоимостном выражении доля отечественных ЛС составляет только четвертую часть Российского коммерческого рынка ГЛС и в 2007 году составила 24%. В то же время отечественные препараты преобладают в аптечных продажах в натуральном выражении, хотя их доля упала с 68% в 2006 году до 66% в 2007 году.

Средняя стоимость упаковки отечественного происхождения составила 0,56 долл. в 2007 году, это

более чем в 6 раз ниже, чем стоимость импортных препаратов. В 2007 году в среднем стоимость импортной упаковки составляла 3,49 долл.

Соотношение аптечных продаж ГЛС по АТС-группам 1-го уровня в России представлено в таблице 1.

Таблица 1,

СТРУКТУРА ПРОДАЖ ГЛС ПО АТС-ГРУППАМ НА КОММЕРЧЕСКОМ РЫНКЕ

АТС-группы I-го уровня	Стоимостный объем, млн. дол.	Доля группы в стоимостном объеме, %	Натуральный объем, млн. уп.	Доля группы в натуральном объеме, %
А: Пищеварительный тракт и обмен веществ	1023	18.2	681	18.7
Н: Препараты для лечения заболеваний нервной системы	756	13.4	774	21.2
С: Препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы	688	12.2	308	8.4
Р: Препараты для лечения заболеваний респираторной системы	649	11.5	494	13.5
Ј: Противомикробные препараты для системного использования	440	7.8	208	5.7
С: Препараты для лечения заболеваний урогенитальных органов и половые гормоны	410	7.3	56	1.5
М: Препараты для лечения заболеваний костно-мышечной системы	384	6.8	223	6.1
Д: Препараты для лечения заболеваний кожи	304	5.4	378	10.4
[~] ЛП, не имеющие АТС-группы	294	5.2	268	7.3
Л: Противоопухолевые препараты и иммуномодуляторы	259	4.6	38	1.0
В: Препараты, влияющие на кроветворение и кровь	170	3.0	76	2.1
С: Препараты для лечения заболеваний органов чувств	132	2.3	78	2.1
Н: Гормональные препараты для системного использования (исключая половые гормоны)	52	0.9	13	0.4
V: Прочие препараты	41	0.7	30	0.8
Р: Противопаразитарные препараты, инсектициды и репелленты	29	0.5	22	0.6

[~] ЛП, не имеющие АТС-группы (гомеопатические ЛП, ЛП растительного, животного происхождения, субстанции и др.).

В 2007 году на коммерческом рынке России первое место по стоимостному объему продаж заняла группа [А] «Пищеварительный тракт и обмен веществ». Ее доля составила 18,2%. На втором месте – группа [N] «Препараты для лечения заболеваний нервной системы» с долей 13,4%, а на третьем – группа [С] «Препараты для лечения заболеваний сердечно-сосудистой системы» – 12,2%.

Наибольший относительный прирост доли был отмечен в группе [R] «Препараты для лечения забо-

леваний респираторной системы». Прирост емкости группы [R] в 2007 году составил 30% (один из самых максимальных по АТС). Лидерами группы являются препараты Лазолван и Терпинкод; максимальный прирост у препарата Ацц.

В таблице 2 приведены ТОП-20 фирм производителей, лидирующих по объему продаж на коммерческом рынке России в 2007 году.

Таблица 2,

СТРУКТУРА ПРОДА ТОП-20 ФИРМ-ПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ ГЛС ПО ОБЪЕМУ АПТЕЧНЫХ ПРОДАЖ НА КОММЕРЧЕСКОМ РЫНКЕ РОССИИ В 2006 – 2007 ГГ. Ж ГЛС ПО АТС-ГРУППАМ НА КОММЕРЧЕСКОМ РЫНКЕ

Рейтинг 2007 г.	Фирма-производитель	Стоимостный объем, млн долл.		Прирост стоимостного объема, %
		2006 г.	2007 г.	
1	SANOFI-AVENTIS	208	241	16
2	ФАРМСТАНДАРТ ООО	149	226	52
3	BERLIN-CHEME /A.MENARINI /	168	205	22
4	NYCOMED	117	165	41
5	GEDEON RICHTER	133	164	23
6	NOVARTIS	118	160	36
7	PFIZER	130	151	16
8	LEK D.D.	114	143	25
9	SERVIER	121	140	16
10	BAYER SCHERING PHARMA AG	98	121	24
11	KRKA	97	117	21
12	SOLVAY PHARMACEUTICALS B.V.	80	108	35
13	GLAXOSMITHKLINE	84	104	23
14	BOEHRINGER INGELHEIM	56	88	57
15	ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ ЛЕКАРСТВА ОАО	58	80	39
16	DR.REDDY'S LABORATORIES LTD	64	77	21
17	F.HOFFMANN-LA ROCHE LTD	68	76	12
18	EGIS	63	74	18
19	ASTELLAS PHARMA INC	59	74	25
20	SCHERING-PLOUGH	62	73	18

В рейтинге участвуют импортные и отечественные производители

В 2007 году в российских аптеках были представлены лекарственные препараты 1015 производителей (импортных — 501 фирма, отечественных — 514 фирм). Лидером ритейла среди производителей ГЛС в последние годы неизменно является Sanofi-Aventis. И хотя в текущем рейтинге этот производитель также стоит на первом месте, его отрыв от фирмы под номером два минимален. Поэтому в 2007 году ре-

ально можно говорить, что первое место разделили 2 производителя: Sanofi-Aventis и Фармстандарт — импортный и отечественный производители.

В таблице 3 приведены ТОП-20 брендов, лидирующих по объему продаж на коммерческом рынке России в 2007 году.

Таблица 3,

ТОП-20 БРЕНДОВ ПО ОБЪЕМУ ПРОДАЖ В СТОИМОСТНОМ ВЫРАЖЕНИИ НА КОММЕРЧЕСКОМ РЫНКЕ РОССИИ В 2006 – 2007 ГГ.

Рейтинг 2006 г.	Рейтинг 2007 г.	Бренд	Стоимостный объем, млн долл.		Прирост стои- мостного объе- ма, %
			2006 г.	2007 г.	
1	1	АРБИДОЛ	208	241	16
1	2	ВИАГРА	149	226	52
3	3	АКТОВЕГИН	168	205	22
15	4	ЛИНЕКС	117	165	41
7	5	ТЕРАФЛЮ	133	164	23
5	6	ЭССЕНЦИАЛЕ	118	160	36
8	7	МЕЗИМ ФОРТЕ	130	151	16
9	8	ВИТРУМ	114	143	25
6	9	ЭНАП	121	140	16
12	10	ПЕНТАЛГИН	98	121	24
10	11	НО-ШПА	97	117	21
16	12	МЕКСИДОЛ	80	108	35
13	13	ПРЕДУКТАЛ	84	104	23
24	14	НУРОФЕН	56	88	57
18	15	АНАФЕРОН	58	80	39
11	16	КСЕНИКАЛ	64	77	21
31	17	КОНКОР	68	76	12
28	18	МИЛДРОНАТ	63	74	18
17	19	КОЛДРЕКС	59	74	25
4	20	БОЯРЫШНИК	62	73	18

Борьба за лидерство в 2006 году между «Арбидолом» и «Виагрой» в 2007 году закончилась беспрекословной победой «Арбидола». Если в 2006 году их объемы продаж были практически равны, то в 2007 году «Арбидол» обогнал «Виагру» на 25%. Рост «Арбидола» на коммерческом рынке почти в 2 раза выше, чем рост рынка. Еще одна сенсация в ТОП-20 брендов — это 20-е место неизменного лидера прошлых лет «Боярышника». Изменения в правилах отпуска спиртосодержащих товаров привели к тому, что данное средство стало малопопулярно среди некоторых слоев населения.

Средняя стоимость упаковки ГЛС на коммерческом рынке в 2007 году выросла на 24% и составила 1,54 долл. В рублях рост менее значителен — 17%, и средняя стоимость упаковки равна 39,4 руб.

Следовательно, в 2007 году тенденция перехода на более дорогие препараты продолжилась. Если в 2006 году, препараты со стоимостью упаковки менее 50 рублей занимали четверть рынка, то в 2007 году их доля снизилась более чем на 3% и составила 21,7%. Несмотря на это этот сегмент остается самым емким в натуральном выражении — 78% (в 2006 году — 82%). Остальные группы товаров в доли

по стоимостному объему выросли, но занимают в совокупности всего 22% в натуральном потреблении. Наибольший рост произошел в группе препаратов: со стоимостью от 50 до 150 рублей. Таким образом, можно говорить о снижении спроса на дешевые препараты и увеличении потребления более дорогих препаратов: происходит изменение структуры потребления, и количество потребляемых препаратов переходит в качество (более дорогостоящее лекарство $\cong$ более эффективное лекарство).

В 2007 году изменение цен на отечественные и импортные препараты было практически одинаково. Значение показателей составило 3,4% и 3,6% соответственно. При этом отечественные лекарства выросли в цене чуть меньше, чем все лекарства в целом. Понятно, что для импортных препаратов цена контракта устанавливается или в долларах, или в евро. Поэтому мы и наблюдаем рост импортных препаратов в долларах. В рублях же это повышение незначительно из-за снижения курса доллара к российской валюте. Отечественные производители не повышают цены на свои препараты, так как в большей мере выпускают дешевые дженерики, которые с высокой ценой не смогут найти в аптеке своего потребителя.

2007 год стал рекордным за последние 4 года по выпуску новых лекарственных средств

Согласно данным Госкомстата лекарственные препараты занимают 1,62% в базовой структуре потребительских расходов населения России.

На графике представлен общий индекс потребительских цен, а также индексы цен на отдельные категории товаров и услуг.

Общий индекс потребительских цен в 2007 году составил 11,9%, при этом самый большой рост цен (15,6%) наблюдался в продовольственном сегменте, а цены на непродовольственные товары выросли всего на 6,5%. Среди непродовольственных товаров одним из самых высоких был индекс цен на бензин (8,5%). Рост цен на лекарственные препараты в 2007 году был одним из самых низких по сравнению с другими категориями товаров.

Таким образом, можно говорить, что для потребителя лекарства дорожают намного меньше, чем другие категории товаров. В первую очередь это связано с тем, что российский потребитель в большей степени предпочитает импортные лекарства. А все повышение цен производителя на конечном рынке (в аптеке) нивелируется за счет укрепления рубля.

Лекарственный ассортимент российских аптек достаточно широк. Многие препараты (например: Пенталгин, Мезим-форте, Эссенциале и т. д.) по праву можно назвать «старожилами» российского рынка. Но тем не менее каждый год в аптеках появляются новые лекарственные средства. В большинстве своем они представляют собой дженерики с новым торговым названием, однако встречаются и совершенно

новые, оригинальные препараты. Рассматривались только те новые ЛС, которые были выпущены под новым торговым названием.

В 2007 году на прилавках аптек появилось более 230 новых торговых наименований лекарственных препаратов. 2007 год стал рекордным за последние 4 года по выпуску новых лекарственных средств (за 2004 г. в АУ России появилось около 150 новых торговых наименований, в 2005 г. — 160 новых торговых наименований, в 2006 г. их число уменьшилось до 130 ТН). Причем большая часть новых лекарств приходится на зарубежных производителей (это почти 140 торговых наименований).

Новых препаратов в 2007 году в РФ было реализовано на сумму 19,3 млн долл. (на 61% больше, чем в 2006 г.) и 4,5 млн упаковок. Доля продаж новинок от общей реализации всех лекарственных препаратов составила около 0,34% в стоимостном выражении (0,12% в натуральном объеме). Средневзвешенная цена одной упаковки нового отечественного препарата составила приблизительно 90 рублей, импортного — около 125 рублей. Импортные новинки преобладают как по стоимостному объему продаж, так и по количеству реализованных упаковок.

Лидером продаж среди торговых наименований новых лекарственных препаратов стал российский лекарственный препарат — Амлодипин-Биоком от компании «Биоком ЗАО». Доля данного лекарства среди всех препаратов-новинок составляет более 15% в денежном выражении. Этот препарат появился в российских аптеках в апреле 2007 года и стал стремительно увеличивать ежемесячные объемы продаж. В сравнении с апрелем 2007 года в декабре ежемесячные объемы реализации выросли более чем в 20 раз!

На втором месте — противовирусный лекарственный препарат Фенистил Пенцивир (Novartis). С момента начала реализации ежемесячные продажи Фенистил Пенцивира увеличились более чем в тысячу раз, поэтому можно предположить, что уже в ближайшем будущем данный препарат составит достойную конкуренцию препаратам МНН Ацикловира («Зовиракс», «Виролекс» и т. д.).

Среди российских фирм-производителей новых лекарственных препаратов лидером стала компания «Биоком ЗАО» (Амлодипин-Биоком) — более 15% стоимостного объема от всех производителей новинок. Больше всего отечественных новинок в 2007 году вывели на рынок компании «Фармстандарт» и «Красногорсклексредства» — по 8 новых торговых позиций.

Компания «Novartis» стала лидером среди зарубежных производителей новинок. «Novartis» вывела в 2007 году 4 новых препарата — Фенистил Пенцивир, Терафлю Бро, Терафлю Лар и Цефазолин Сандоз. А больше всего новых ЛС среди зарубежных компаний на российский рынок вывела компания «Actavis Group HF» — 7 препаратов.

Все новые лекарственные препараты, в особенности вошедшие в ТОП-20, с момента появления в аптеках показали хорошие ежемесячные приросты объемов реализации к концу года. Приросты некоторых новых ЛП (например: Маример, Троксеутин Ветпром, Берокка плюс) можно назвать огромными, и, возможно, по итогам 2008 года, многие из рассмотренных сегодня новинок займут лидирующие позиции на российском рынке лекарственных средств.

ЧАСТНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРАКТИКА

В настоящее время существует множество частных клиник или же частнопрактикующих врачей, оказывающих различные медицинские услуги.

Законодательство РФ предусматривает целый ряд необходимых условий, при которых возможно оказание медицинских услуг частным образом.

Частная медицинская практика — это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

Право на занятие частной медицинской практикой закреплено в статье 56 Закона № 5487-1 от 22 июля 1993 года «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан». Согласно указанной норме, право на занятие частной медицинской практикой имеют лица, получившие диплом о высшем или среднем медицинском образовании, сертификат специалиста и лицензию на медицинскую деятельность.

Порядок лицензирования медицинской деятельности установлен Постановлением Правительства Российской Федерации № 30 от 22 января 2007 года, данное Постановление утвердило Положение о лицензировании медицинской деятельности.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности (далее — лицензия) предоставляется на 5 лет. Указанный срок может быть продлен.

Законодательство предоставляет право оказывать частные медицинские услуги как частнопрактикующим врачам, так юридическим лицам.

Лицензионные требования и условия, предъявляемые к юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям — соискателям лицензии, не одинаковы.

В случае, если гражданин решил заняться частной медицинской практикой, ему необходимо иметь высшее (среднее — в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессиональное (медицинское) образование, послевузовское или дополнительное профессиональное (медицинское) образование и стаж работы по специальности не менее 5 лет, при этом он должен зарегистрироваться в качестве индивидуального предпринимателя, вместе с этим необходимо наличие принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям.

Если же соискателем лицензии является юридическое лицо (клиника), помимо вышеперечисленных условий необходимо наличие у руководителя и у специалистов, работающих в штате соискателя лицензии (лицензиата), высшего или среднего профессионального (медицинского) образования и сертификата специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ (услуг), а также наличие в штате специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или на-



К.А. Рыбалов, кандидат юридических наук, адвокат, компания «Барщевский и Партнеры»

личие у соискателя лицензии (лицензиата) договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности.

Следовательно, одним из условий выдачи лицензии индивидуальному предпринимателю является соответствие именно его личных данных (образование, специальная подготовка, стаж) установленным требованиям, т. е. действие лицензии может распространяться только на получившее ее физическое лицо. Лицензионные же требования к юридическому лицу — в силу объективных особенностей его правовой природы — носят более общий характер, в организации, осуществляющей медицинскую деятельность, должности медицинских работников могут замещаться физическими лицами, отвечающими установленным законодательством требованиям, и, соответственно, в период действия лицензии кадровый состав организации может меняться.

Оказание услуг частнопрактикующими врачами и частными клиниками осуществляется на основании договора на оказание платных медицинских услуг.

Данный договор относится к виду договоров возмездного оказания услуг, по которому исполнитель обязуется по заданию заказчика оказать услуги (совершить определенные действия или осуществить определенную деятельность), а заказчик обязуется оплатить эти услуги (ст. 779 ГК). Существенными условиями договора являются условия о виде (характеристике, наименовании) медицинской помощи, сроках получения медицинской помощи, порядке расчетов, права, обязанности и ответственность сторон.

Можно отметить два варианта заключения договора на оказание платных медицинских услуг.

К первому относится так называемая публичная оферта – т.е. предложение заключить договор с любым желающим. В данном случае условия договора, как правило, размещаются в форме заверенной руководителем клиники (частнопрактикующим врачом) информации, размещенной на стенде клиники и доступной для неопределенного круга лиц, в которой содержатся сведения о перечне и порядке оказания платных медицинских услуг, их стоимости, порядке расчетов, правах, обязанностях и ответственности сторон. Оплата пациентом медицинской услуги, указанной на стенде учреждения, путем внесения денег в кассу клиники (частнопрактикующему врачу) подтверждает заключение с клиникой (частнопрактикующим врачом) договора на оказание платных услуг, который приравнивается к письменному договору.

Второй вариант — это заключение договора в традиционной письменной форме.

На практике складывается такая ситуация, что письменная форма бывает более выгодной для частнопрактикующего врача (клиники). Это обусловлено тем, что в письменном договоре возможно предусмотреть разного рода условия, отступить от стандартной формы, оговорить, например, вероятность наступления каких-либо неблагоприятных последствий для пациента не по вине врача или же закрепить обязанность пациента соблюдать определенный порядок лечения (принятие медикаментов, процедур), который необходим для получения желаемого результата и эффективности лечения, зафиксировать точную стоимость оказываемых услуг и ответственность сторон в случае неисполнения условий договора.

Письменный договор на оказание платных медицинских услуг подписывается обеими сторонами. Если стороной по договору выступает клиника (юридическое лицо), договор может подписываться руководителем клиники, другим должностным лицом, имеющим соответствующие полномочия в соответствии с уставом юридического лица, либо должностным лицом, наделенным соответствующими полномочиями по доверенности или приказом руководителя.

Так или иначе, в какой бы форме не был заключен договор на оказание платных медицинских услуг, его условия должны быть основаны на нормах действующего законодательства.

Заключая с пациентом договор на оказание медицинских услуг, частнопрактикующий врач или клиника обязаны предоставить пациенту информацию, касающуюся не только услуги как таковой, но и требований, которые необходимо соблюдать для эффективного и безопасного лечения, а также о возможных для пациента последствиях несоблюдения соответствующих требований. Частнопрактикующий врач или же клиника, согласно ст. 328 ГК РФ, имеют право не приступать к оказанию услуг в случаях, когда пациент нарушает взятые на себя обязательства по договору, например не оплатил услуги.

Важным является то, что права пациента и охрана его прав являются основой при оказании платных медицинских услуг, и любое медицинское учреждение или же частнопрактикующий врач обязаны своевременно предоставлять потребителю-пациенту необходимую и достоверную информацию об услугах, обеспечивающую возможность их правильного выбора.

Для пациента должна быть доступна информация о наименовании клиники, номере лицензии, сроке ее действия, об органе, выдавшем лицензию. Данная

информация должна быть размещена на стендах в клинике или же указана в письменном договоре. Неисполнение требования о предоставлении данной информации пациенту может повлечь для частнопрактикующего врача или клиники серьезные негативные последствия.

В частности, защиту прав пациента при получении медицинских услуг осуществляет Закон Российской Федерации от 7 февраля 1992 года N 2300-1 «О защите прав потребителей».

Как указано в ст. 12 Закона РФ «О защите прав потребителей», если предоставление ненадлежащей, т.е. недостоверной или недостаточно полной, информации об услуге повлекло приобретение услуги, не обладающей необходимыми потребителю свойствами, потребитель вправе расторгнуть договор и потребовать полного возмещения убытков. Если же результатом стало причинение вреда здоровью, то потребитель вправе требовать еще и возмещения вреда.

Необходимо отметить, что за осуществление частной медицинской практики без лицензии предусмотрена административная ответственность, а в случае если при этом причинен вред здоровью человека или же наступила смерть человека — наступает уголовная ответственность.

В частности, статья 6.2 Кодекса РФ об административных правонарушениях устанавливает, что занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью лицом, не имеющим лицензию на данный вид деятельности, влечет наложение административного штрафа в размере от двух тысяч до двух тысяч пятисот рублей.

В Уголовном кодексе РФ ответственность закреплена в ст. 235, согласно которой, в случае причинения вреда здоровью человека при осуществлении частной медицинской практики без лицензии, возможно наказание в виде лишения свободы на срок до трех лет, если же при этом наступила смерть человека, то возможно наказание в виде лишения свободы сроком до пяти лет.

Следовательно, во избежание негативных последствий, как для частнопрактикующего врача, так и для пациента, необходимо строго соблюдать требования действующего законодательства.



МОСКВА ПРОДОЛЖАЕТ РЕАЛИЗАЦИЮ ПРОГРАММЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА 2008 – 2010 ГОДЫ



Полным ходом осуществляется городская целевая программа «Столичное здравоохранение» на 2008–2010 годы стоимостью 515 млрд руб., которую в начале года приняло Правительство Москвы.

Как подчеркнул еще на январском заседании Правительства мэр Москвы Юрий Лужков, программа принимается за основу, и ее еще предстоит доработать. К середине же года программа была в целом доработана и начала воплощаться в реальные дела.

Подробнее об этом речь пойдет в этом материале.



Документ предусматривает совершенствование медицинской помощи больным туберкулезом, психическими расстройствами, онкологическим и другим больным. Также предполагается проведение диспансеризаций в Москве, капитальный ремонт объектов здравоохранения и другие меры.

До конца 2010 года все столичные больницы и клиники, входящие в систему городского здравоохранения, должны быть полностью приведены в порядок. Это в первую очередь Первая и Вторая городские клинические больницы, Московская городская клиническая больница им. С.П. Боткина.

«Средства на эти цели имеются, если нужно еще — найдем», — подчеркнул мэр на январском заседании Правительства.

В настоящее время столичному Департаменту здравоохранения подчиняются 863 учреждения, в состав которых входят 2,5 тыс. зданий. Из них только 12% — здания современной постройки, 37% зданий физически изношены.

В связи с этим в течение ближайших трех лет в Москве планируется построить и реконструировать более 140 учреждений здравоохранения. В период с 2008 по 2010 год в городе будут реконструированы 12 подстанций «скорой помощи», 7 женских консультаций. Также в ближайшие два года планируется завершить строительство хосписа.

В соответствии с программой, в 2008–2009 годах власти Москвы планируют направить более 4,5 млрд руб. на строительство детских поликлиник. Еще

более 3 млрд руб. будут направлены на капитальный ремонт организаций детского здравоохранения и более 2,7 млрд руб. — на приобретение медицинской техники и оборудования.

К 2009 году планируется укомплектовать детские поликлиники участковыми педиатрами до 81%, к 2010 году — до 95% (в настоящее время 71%), а укомплектованность медицинскими сестрами к 2009 году должна составить 80%, а к 2010 году — 95% (сейчас 64%). К этому времени предполагается довести укомплектованность отделений новорожденных в роддомах и неонатальных центров врачами-неонатологами до 85%, к 2010 году — до 95% (в настоящее время 75,5%), а также медсестрами к 2009 году до 85%, к 2010 году — до 95% (в настоящее время 60,6%).

Особое внимание в программе уделено проблемам профилактики и лечения больных ВИЧ-инфекцией и СПИДом. На эти цели в ближайшие два года будут выделены 2,2 млрд руб. На дальнейшее совершенствование системы информирования населения о мерах профилактики ВИЧ-инфекции в 2008 году будет направлено 78 млн руб., в 2009 году — 88 млн руб. На диагностику планируется затратить в 2008 году 462 млн руб., в 2009 году — 513 млн руб.

Кроме того, в план мероприятий впервые была включена профилактика ВИЧ-инфекции в сфере труда. Это будет реализовано с учетом того, что наибольшее число ВИЧ-инфицированных москвичей находится в трудоспособном возрасте.



— Владимир Анатольевич, какими Вы видите главные цели, стоящие сегодня в последипломном образовании российских военных врачей?

— Я бы сформулировал их так: учиться не «по Чебутыкину»! Люблю пьесы Антона Павловича Чехова, часто их перечитываю. В «Трех сестрах» есть такой герой — военный доктор Чебутыкин Иван Романович. Это один из «плохих хороших людей», типичный персонаж для творчества Чехова. Медицину Чебутыкин забыл напрочь, он лентяй и выпивоха. Но даже он понимает важность последипломного образования для военного доктора!

Только доучивается он весьма оригинально. Будучи в гостях в доме трех сестер, Иван Романович читает газеты и иногда выписывает себе, например, такие рецепты: «При выпадении волос два золотника нафталина на полбутылки спирта растворить и употреблять ежедневно». Так вот, если взять чебутыкинский метод последипломного образования и все сделать в точности наоборот, то есть учить военных врачей систематически, новейшим и наиболее актуальным военно-медицинским знаниям в условиях крупных научно-образовательных центров, где преподаватели мастерски владеют своими предметами, а также образовательными и информационными технологиями XXI века, — то это и будут главные цели, стоящие сегодня перед нашим Институтом.

— Но может, Чебутыкин был не так уж виноват? Ведь в его времена даже по-настоящему заинтересованные в продолжение своего образования военные доктора и мечтать не могли о тех возможностях, которые их российские коллеги имеют сегодня.

СЛУЖИТЬ НЕ «ПО ЧЕБУТЫКИНУ»!

Невиданное ускорение, которое в XXI веке получили познания человека в области медицины, но увы, и в создании новых видов оружия, привело к тому, что обучение военных врачей и их последипломное образование становятся все более важной задачей. В нашей стране для ее решения уже многие годы действует система подготовки, переподготовки и дополнительного образования врачебного состава Министерства обороны. Принятие в 1996 году реформаторского «Закона о высшем и послевузовском профессиональном образовании» и утвержденного министром обороны в 2002 году «Положения о подготовке специалистов медицинской службы Вооруженных Сил Российской Федерации в системе послевузовского и дополнительного профессионального образования в Министерстве обороны Российской Федерации» поставило ряд принципиально новых задач перед военно-медицинской службой. Одна из них — создание крупных многоуровневых комплексов для обучения специалистов. Особое место в данной системе как ведущий научно-методический центр последипломной подготовки занимает Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ. О том, чем он живет сегодня и о перспективах развития рассказывает его начальник, заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, генерал-майор медицинской службы Владимир Анатольевич Решетников.

— Вы правы. Достаточно обратиться к тем возможностям, которыми располагает наш Институт. В его составе — три факультета, восемнадцать кафедр организационного, профилактического и клинического профиля, две научно-исследовательские лаборатории, девять компьютерных классов, медицинский колледж. Базами Института являются клиники восемнадцати московских военно-медицинских учреждений. В том числе — Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н. Бурденко, пяти центральных госпи-

талей и двух санаториев Министерства обороны. Эти учреждения оснащены современным медицинским оборудованием. Их общая емкость превышает пять тысяч коек. Лечебно-диагностический процесс организован с использованием новейших медицинских технологий. К тому же мы ведем обучение на базе трех «гражданских» клинических больниц г. Москвы.

Лицензией Института на право образовательной деятельности разрешена профессиональная переподготовка и повышение квалификации по 63 специальностям для профессионалов с высшим медицинским и фармацевтическим образованием и 22 специальностям среднего медперсонала. Предусмотрено обучение по 19 специальностям в интернатуре, 29 — в ординатуре и 22 — в адъюнктуре.

Ежегодно на 150 циклах повышают квалификацию более 2000 врачей, обучаются в адъюнктуре и ординатуре 174 офицеров медицинской службы. К тому же в колледже при Институте проходят усовершенствование более двух тысяч медицинских сестер.

— Очевидно, что этот большой и сложный механизм формировался десятилетиями. Не могли бы Вы рассказать об истории Института?

— Действительно, наш Институт, а точнее — его организация-предшественник, появился еще в годы Великой Отечественной войны. Потребности фронта продиктовали целесообразность создания мощного центра переподготовки и усовершенствования военврачей. Им стал Военно-медицинский факультет при Центральном институте усовершенствования врачей. Он действовал до середины пятидесятых годов, затем, к сожалению, был закрыт ввиду неизвестного сокращения Вооруженных сил.

Военно-медицинский факультет при ЦИУВ был воссоздан только в июле 1968 года. Вот почему летом нынешнего 2008 года мы будем отмечать 40-летие нашего Института.

Дальнейшее развитие факультет получил в соответствии с директивой Генштаба от 11 августа 1980 г. Начали формироваться самостоятельные кафедры. Сначала три «стержневые» — военно-полевой хирургии и терапии, а также военно-медицинского снабжения. Затем и новые: медицинской реабилитации и физических методов лечения, военной токсикологии и медицинской защиты, организации и тактики медслужбы ВМФ, военно-врачебной экспертизы, кардиологии, онкологии, урологии, гастроэнтерологии и ряд других.

Ни одно учреждение усовершенствования врачей в нашей стране не имело собственной первичной подготовки кадров. Поэтому проблема преемственности поколений профессорско-преподавательского состава стояла очень остро. Чтобы ее решить, в начале 80-х годов на факультете были открыты адъюнктура и клиническая ординатура.

1 октября 1997 года факультет был преобразован в Государственный институт усовершенствования врачей МО РФ. Событие это стало закономерным и долгожданным итогом напряженного труда нескольких поколений профессорско-преподавательского состава и его руководителей: М.Е. Ястребова, Р.Р. Ибадулина, С.С. Фролова, Ю.У. Манькова, В.А. Мясникова, Г.М. Петрова, В.И. Хрупкина.

— Не могли бы Вы рассказать подробнее, как сегодня работает Институт?

— Главные направления нашей работы — последипломное образование, сертификация и аттестация

военных и гражданских врачей, причем не только армейских, но и гражданских ведомств.

Обучение по программам дополнительного образования, то есть усовершенствование и профессиональная переподготовка, занимает от 1,5 до 4 месяцев, а по программам послевузовского образования — 11 месяцев (интернатура) или 2–3 года (клиническая ординатура и адъюнктура). Сейчас у нас предусмотрена только очная форма обучения. Офицеры со всей России приезжают в Москву и живут, пока они учатся, в общежитии.

Институтом осуществляются аттестация и сертификация врачебного и сестринского состава по 50 специальностям. По действующим сейчас правилам ее обязательно проходить раз в 5 лет.

Постоянно совершенствуется система преподавания и управления учебным процессом. В учебных программах обязательно учитываются новейшие взгляды на систему здравоохранения в целом, медицинское обеспечение войск, опыт работы военной медицины в локальных войнах и вооруженных конфликтах, при чрезвычайных ситуациях, а также анализ повседневной деятельности медицинской службы Вооруженных сил.

Мы активно изучаем и опыт зарубежных коллег, так же как и они проявляют большой интерес к нашей работе. Под руководством Главного военно-медицинского управления МО РФ институт имеет большой опыт международного сотрудничества в области военной медицины.

Хотел бы привести примеры. Так, в 2001 году наш институт участвовал в организации и проведении международного российско-германского научно-практического симпозиума «Хирургия повреждений мирного и военного времени», который вызвал большой интерес военно-медицинских служб государств, не имеющих практического опыта медицинского обеспечения локальных войн.

Профессорско-преподавательский состав кафедры хирургии института участвует в ежегодных заседаниях рабочей группы по медицине Совета Россия–НАТО, в том числе и в Пленарных заседаниях Начальников медицинских служб стран-членов НАТО и России, а также в военно-медицинских конференциях Азиатско-Тихоокеанского региона. Наше сотрудничество не ограничивается проблемами только военного здравоохранения, профессорско-преподавательский состав активно приглашается и участвует в международных конгрессах, симпозиумах и конференциях по всем направлениям медицины.

Сотрудники института в составе Медицинского отряда специального назначения Приволжско-Уральского военного округа участвовали в ликвидации последствий цунами в Индонезии в 2006 году, деятельность которого высоко оценена военно-медицинским сообществом развитых стран мира.

В 2005 году в Санкт-Петербурге состоялся XXXVI Всемирный конгресс по военной медицине. В работе конгресса принимали участие и представители нашего института. Признанием достижений отечественного военного здравоохранения стал факт избрания председателем Международного комитета военной медицины начальника Главного военно-медицинского управления МО РФ, доктора медицинских наук, профессора, генерал-полковника медицинской службы Игоря Юрьевича Быкова, который в своей деятельности уделил много внимания развитию систе-

мы послевузовского и дополнительного образования военных врачей, в том числе и нашего института.

— Как бы Вы выделили особенности обучения, характерные именно для 2008 года, которые будут наиболее активно развиваться коллективом Института в ближайшие годы?

— Прежде всего это перенос акцентов в обучении на умение принимать нестандартные и в то же время эффективные решения в сложнейшей обстановке военного времени. Такая потребность диктуется тем, что на войне доктора в значительной степени лишаются комфортной обстановки труда. Им придется работать в цейтноте, в условиях ненормированного рабочего дня, часто будучи лишенными необходимых медикаментов и приборов. А многим и в бою, под пулями...

Невозможно «смоделировать» такие ситуации в мирной жизни, поскольку ни один российский пациент сегодня не должен быть поставлен в условия, когда снизится качество медицинской помощи, пусть даже из-за важнейшей для страны необходимости подготовки к войне армейского врача. Тем не менее научить, а точнее сказать — «доучить», врача-офицера работать в экстремальных условиях мы должны. Здесь я вижу главное отличие последипломного образования гражданского и военного доктора.

Эту задачу, а может и сверхзадачу, успешнее всего можно решить за счет внедрения новых, необычных методов обучения. Таким образом, развитие учебного процесса, свободное педагогическое экспериментирование, научный поиск путей повышения качества подготовки для нас превращаются, скажу без преувеличения, в искусство.

— Вы говорите об этом с такой увлеченностью, что я догадываюсь, это и есть для Вас самое интересное и увлекательное в работе?

— Пожалуй, тут Вы правы. Творческая и поисковая методическая работа сейчас развернута на всех кафедрах Института. Ее итогом становится организация новых подразделений, разработка и внедрение в учебный процесс новых циклов. Основные усилия в этом направлении мы концентрируем на повышении педагогической культуры преподавательского состава, реформировании послевузовского и дополнительного профессионального образования военных врачей.

К тому же мы применяем современные методики индивидуального обучения, сочетаем обязательные, факультативные, элективные и другие избирательные курсы, расширяем материальные и моральные стимулы образовательного роста.

В течение последних лет мы проводим выездные циклы подготовки и намерены дальше расширять эту работу. Она приносит значительный экономический эффект и позволяет обучить, аттестовать и сертифицировать на рабочих местах значительно большее число врачей и среднего медицинского персонала, чем если бы они приезжали в Москву. Такая форма подготовки имеет перспективу. К нам обращаются все больше медицинских организаций с просьбой о проведении подобных выездных циклов с учетом специфики их работы.

Важным элементом повышения качества усовершенствования врачей и укрепления связей преподавателей института с военно-медицинскими частями и учреждениями стала стажировка. Она предусмотрена на 18 циклах обучения и осуществляется на базе общевойсковых соединений, госпиталей, поли-

клиник, кафедр военной и «экстремальной» медицины гражданских вузов.

Институт обладает высоким научно-педагогическим потенциалом. В нашем коллективе 2 члена-корреспондента РАМН, 2 заслуженных деятеля науки РФ, 19 заслуженных врачей РФ, 62 доктора наук, 49 профессоров, 131 кандидат наук, 57 доцентов.

По укомплектованности профессорско-преподавательского состава учеными институт занимает одно из лидирующих мест в Вооруженных силах. Всего за время существования нашего ВУЗа подготовлено 479 кандидатов и 133 доктора медицинских наук, в том числе непосредственно для института — 106 кандидатов и 27 докторов наук.

— По каким направлениям ведется сейчас в Институте научная работа?

— «Фронт» здесь достаточно широкий, поэтому назову из них только самые существенные. Я уже говорил о том, как важны для нас научно-педагогические проблемы послевузовского и дополнительного образования врачей и подготовки научно-педагогических кадров медицинской службы.

Кроме того, мы исследуем заболеваемость и санитарные потери войск как российской, так и иностранных армий в различных условиях их деятельности. Например, это военные действия советских войск в Афганистане, российских — в Чечне, американцев — в Иране. На основании таких изысканий мы стремимся дополнить и усовершенствовать: во-первых, стратегию сохранения и укрепления здоровья военнослужащих; во-вторых, организационные основы медицинского обеспечения войск и управления армейским здравоохранением.

Большое внимание мы уделяем также научному поиску, нацеленному на совершенствование Государственного санитарно-противоэпидемического надзора и медицинской защиты личного состава Вооруженных сил и всех силовых ведомств.

Что же касается прикладных медицинских исследований, то в Институте активно изучается патогенез, клиника и новые приемы лечения современной боевой травмы, например, с использованием эндоскопической хирургии. Разрабатываются новые технологии восстановительного лечения российских воинов.

Реализация результатов научно-исследовательской работы заключается и в выпуске научной продукции. Только за последнее время сотрудниками института издано несколько руководств, учебников, монографий, учебных пособий. Среди них книги: «Медицинская реабилитация в Вооруженных Силах» в 3 частях (Л.М. Клячкин, А.М. Щегольков); «Военно-морская терапия» (В.Б. Симоненко); «От симптома — к диагнозу и лечению» (Ф.И. Комаров, В.Б. Симоненко); «Основы клинической лимфологии» (Н.А. Ефименко, А.Л. Сухоруков); национальное руководство «Военно-полевая терапия» (И.Ю. Быков, А.Л. Раков). Под редакцией члена-корреспондента РАМН, профессора генерал-полковника медицинской службы в отставке И.М. Чижина завершается работа по подготовке пятитомного фундаментального издания «Опыт медицинского обеспечения войск в Афганистане».

Научные разработки мы выполняем в сотрудничестве с ведущими научными учреждениями Москвы, при тесном взаимодействии с главным и центральными госпиталями, военно-медицинскими научно-исследовательскими учреждениями и вузами.

— Чем отличается последипломное образование врачей в армии России и развитых стран?

— Мы не отстаем от американцев и европейцев ни в наших научных поисках, ни в эффективности образовательного процесса. Это подтверждается тем, что иностранцы активно интересуются нашим опытом и относятся к нему с уважением, а главное тем, как российские военные врачи применяют на практике то, чему мы их учим в Институте. Судя по показателям возвращения в строй наших раненых воинов, в

Однако все эти недостатки поправимы и не являются принципиальными. Мы знаем пути для их исправления и уже работаем в этом направлении.

— Какими Вы видите перспективы развития Института?

— Главное для нас, конечно, это развитие творческого и научного потенциала Института. Сегодня во многих вопросах военной медицины мы являемся



частности при боевых действиях в Чечне, качество работы отечественной военно-медицинской службы сегодня не хуже, чем у «натовских» врачей.

Но, к сожалению, мы отстаем в технологиях обучения и в его мобильности.

Я много читаю о современных методах дистанционного или интернет-образования. В отличие от развитых стран, где уже действуют множество центров такого обучения для врачей, в нашей стране их всего несколько. Поэтому большинство российских гражданских и военных специалистов пока лишены этой возможности. А очень жаль!

Преимущества дистанционного образования перед традиционными формами обучения очевидны. Процесс обучения можно сделать предельно гибким. Преподаватель и слушатель работают в удобные время, месте, темпе. Затраты на обучение минимально снижены как для учащихся, так и для их учителей.

Как все это пригодились бы в нашем Институте, какую пользу бы принесло именно для последипломного образования российского военного врача!

Но быстро внедрить эту методику не удастся. Лишь полтора года назад мы с большим трудом добились того, чтобы в Институте был «проведен» Интернет. А многие военные госпитали, другие медицинские подразделения, особенно в отдаленных гарнизонах, об этом еще только мечтают...

К тому же мы пока не имеем возможностей для ротации кадров, которая широко применяется в армиях США и стран Европы, где ведущие преподаватели центров последипломного военно-медицинского образования на несколько лет переводятся работать на руководящие должности в войска, причем отнюдь не как понижение в должности. Из-за недостатков нормативно-правовой базы, мы не используем заочные формы обучения. Думаю, нам следует перенять и такой опыт наших иностранных коллег, как разветвленная сеть военно-медицинской подготовки гражданских врачей-резервистов.

«интеллектуальной подпиткой» Главного военно-медицинского управления МО РФ. С нашим мнением считаются, многие наши идеи и разработки поддерживаются начальником Главного военно-медицинского управления МО РФ генерал-майором медицинской службы В.В. Шаппо и воплощаются в практику. Мы сделаем все, чтобы так же было и в будущем.

— А есть ли какие-то принципиальные обстоятельства, которые, по Вашему мнению, следует улучшить?

— Институт должен иметь собственную клиническую базу. На ближайшее будущее это наша главная задача. Нам очень мешает то, что пока мы «разбросаны» более чем по двадцати гражданским и военным учреждениям здравоохранения столицы. Даже если говорить не обо всем Институте, а только об отдельных кафедрах, то и многим из них приходится работать на базе четырех и более клиник и госпиталей!

Поэтому у нас гораздо больше, чем хотелось бы, преподавателей-совместителей. Наши слушатели тратят массу времени на переезды по городу.

Как я уже говорил, важнейшей из клинических баз Института является Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н. Бурденко. Сейчас прорабатывается вопрос о том, чтобы мы и этот госпиталь или какой-то другой крупный военно-медицинский центр объединились бы в учебный, научный и клинический комплекс. Его создание позволило бы оптимизировать многие вопросы, связанные с обучением слушателей.

Однако несмотря на трудности, Институт справляется с поставленными задачами. Более чем за сорок лет нашего роста сложился работоспособный, творческий и дружный коллектив. Мы накопили большой опыт и продолжим искать новые пути совершенствования своей работы, приложим все усилия для повышения качества последипломной подготовки военно-медицинских кадров для Вооруженных сил нашей Родины.

ИТОГИ ИНТЕРАКТИВНОЙ УНЦИИ

16 апреля 2008 года в «Суриков Холле» состоялась церемония 8-го Открытого конкурса профессионалов фармацевтической отрасли «Платиновая унция». Были объявлены лучшие представители российской фармацевтической отрасли по итогам 2007 года, многие из которых были определены непосредственно на церемонии в ходе on-line голосования членов Экспертного совета.

В новом году «Платиновая унция — 2007» претерпела значительные изменения. С этого года консультационные и административные функции, которые раньше были возложены на Организационный комитет, разведены между Исполнительной дирекцией и Наблюдательным советом.

Важной составляющей нововведений стали изменения в методологии определения победителей Конкурса. Ключевая роль в оценке конкурсантов отводится в новой «Платиновой унции» Экспертному совету, в состав которого входят представители крупнейших фармацевтических компаний, контролирующих государственных органов, руководители аналитических агентств, журналисты ведущих СМИ, представители авторитетных общественных объединений.

В этом году были учтены мнения 50 экспертов — авторитетных людей в российской фармацевтической отрасли. Победитель был определен непосредственно на церемонии награждения путем on-line голосования членов Экспертного совета.

Помимо структурных изменений и модернизации системы оценки конкурсных работ, в программу добавлены две новые номинации «Высшая школа» и «Голос отрасли» с подноминациями «Отраслевая пресса» и «Общественно-политическая пресса».

Отраслевой конкурс «Платиновая унция» — прекрасный инструмент для дальнейшего совершенствования фармацевтического рынка. «Мы не первый год выступаем в качестве стратегического партнера конкурса Платиновая унция, выбрав такой формат участия осознанно, — говорит заместитель генерального директора НПО «Микроген» по стратегическому развитию Д.В. Ледянкин. — Рынок развивается, появляются молодые

компании, которым требуется мощь. В этом отношении конкурс — уникальная возможность для компании оценить свою деятельность, посмотреть на себя со стороны и четко понять свое место в отрасли».

Свою оценку происходящему дала Т.В. Галкова, директор по коммуникациям компании «Санofi-авентис», признанной победителем «Платиновой унции» в номинации «Компания года» (подноминация «Иностранный производитель»): «Для нашей компании российский рынок является одним из приоритетных, мы с оптимизмом смотрим в будущее, наблюдая динамичное развитие отрасли. Конкурсы, подобные «Платиновой унции» играют важную роль в развитии рынка, это замечательный инструмент выстраивания коммуникаций внутри профессионального сообщества, обмена опытом и неформального общения в целях дальнейшего структурирования и развития отрасли. Мы гордимся полученной наградой и выражаем благодарность фармацевтическому сообществу за признание заслуг нашей компании».

Стремительное развитие отрасли подстегивает к решительным действиям отечественные фармацевтические компании. Достигнув серьезных показателей на внутреннем рынке, компания «Отечественные лекарства», с апреля переименованная в ОАО «Валента», реализует стратегию активного продвижения на внешние рынки. «Наша компания не первый год участвует в конкурсе Платиновая унция и неоднократно была отмечена наградами, — говорит присутствовавший на церемонии награждения директор по стратегическому развитию ОАО «Валента» А.Л. Белашов. — Мы и в этот раз номинировались сразу в нескольких номинациях. Уверен, по итогам 2008 года нам будет, что представить вниманию фармсообщества».

В традиционной для Конкурса номинации «Аптека года» (подноминация «Аптека») победитель определялся на предварительном этапе отбора. Победителем стала аптека «А5» на Кутузовском проспекте, 26 — самая большая по площади из входящих в динамично развивающуюся аптечную сеть «А5». «Прошлый год был удачным как для сети в целом, так и для нашей аптеки-победительницы. Мы

чуть ли не единственная аптека в России, предлагающая услуги настоящего фитобара, — это хорошее конкурентное преимущество, уже есть постоянные клиенты, — говорит В.В. Кинцурашвили, генеральный директор аптечной сети «А5». — Победа на конкурсе Платиновая унция много значит для нас, ведь Конкурс — своеобразный Оскар для фармотрасли. К победителям совсем другое отношение и у потенциальных инвесторов, и у поставщиков, и у потребителей. Для сотрудников аптеки это замечательный эмоциональный допинг, оценка коллег-профессионалов дорогого стоит».

Очередной конкурс Платиновая унция завершен. «Мы как организаторы конкурса стремимся поддерживать уровень его проведения на высоте, достойной статуса этого мероприятия, — говорит Исполнительный директор конкурса С.Н. Цыгарева. — Российский фармацевтический рынок стремительно развивается и Платиновая унция развивается вместе с ним».

Список победителей Открытого конкурса профессионалов фармацевтической отрасли «Платиновая унция — 2007»

Номинация «Голос отрасли»

Подноминация «Отраслевая пресса»

Победитель — газета «Фармацевтический вестник»

Подноминация «Общественно-политическая пресса»

Победитель — газета «Коммерсантъ»

Подноминация «Общественная организация»

Победитель — Ассоциации Российских Фармацевтических Производителей (АРФП)

Номинация «Высшая школа»

Победитель — Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

Номинация «Персона года»

Подноминация «Государственный и общественный деятель»

Победитель — Т.А. Голикова, Министр здравоохранения и социального развития РФ

Номинация «Аптека года»

Подноминация «Аптека»

Победитель — Аптека «А5» на Кутузовском

Подноминация «Аптечная сеть»
Победитель — «Доктор Столетов»

Номинация «Компания года»

Подноминация «Дистрибьютор ЛС»

Победитель — «СИА Интернейшнл»

Подноминация «Отечественный производитель»

Победитель — «Фармстандарт»

Подноминация «Иностранный производитель»

Победитель — «Санофи-авентис»

ИННОВАЦИОННОЕ ОРУЖИЕ В РУКАХ РОССИЙСКИХ ОНКОГЕМАТОЛОГОВ

Последние достижения генной инженерии и направленного синтеза предоставили в распоряжение медиков уникальные инновационные препараты для лечения серьезных заболеваний, таких как, например, опухоли крови. Это высокоточное оружие, позволяющее воздействовать непосредственно на патологические клетки, оказывая минимальное воздействие на здоровые. Но, как любое оружие, подобные препараты должны находиться в руках профессионалов, которые точно знают как использовать его на благо пациента.

Именно в данном контексте особую важность сегодня приобретает проведение дополнительных образовательных школ для онкогематологов, в рамках которых ведущие практикующие специалисты могут поделиться своим опытом и представить современные эффективные методики лечения.

Подобная школа, организованная при поддержке фармацевтической компании Bayer Schering Pharma для врачей Северо-Западного региона, прошла в апреле в Великом Новгороде. 23 практикующих врачей из Санкт-Петербурга, Пскова, Великого Новгорода, Сыктывкара и Петрозаводска смогли получить самую последнюю информацию по лечению онкозаболеваний крови — хронического лимфолейкоза и фолликулярной лимфомы — с применением новейших схем.

Формат школы предполагал общение активно практикующих врачей за «круглым столом», т. е. обмен мнениями по тому или иному вопросу, разбор конкретных случаев из медицинской практики

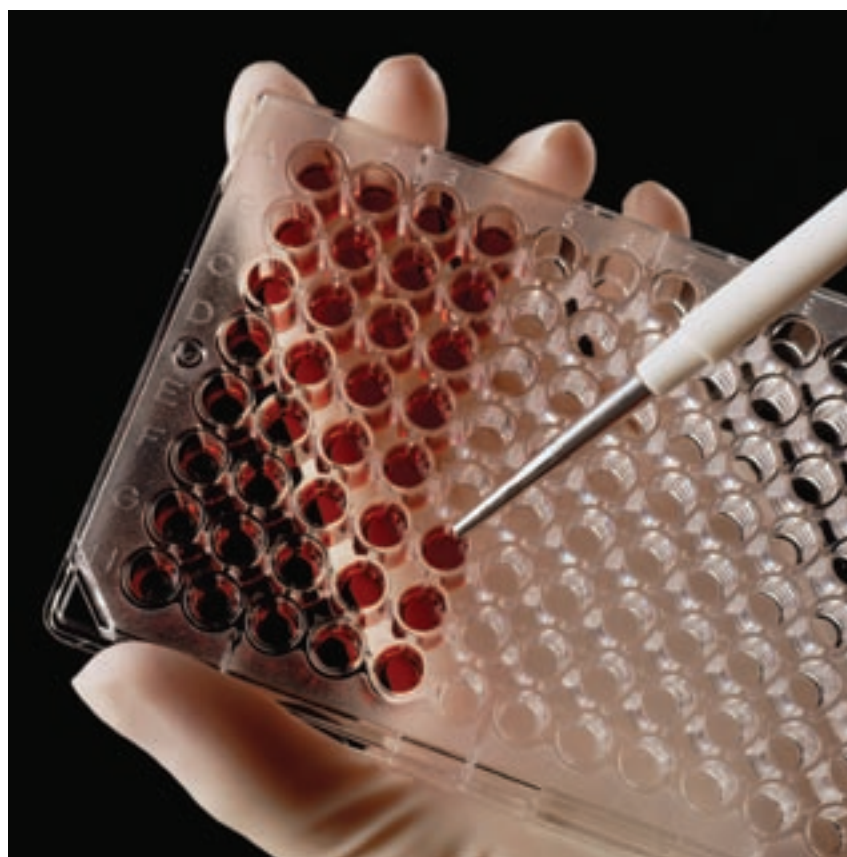
собравшихся. Большая часть времени работы гематологической школы была посвящена непосредственному диалогу специалистов с обсуждением клинических случаев. Доклад по каждому представляемому клиническому случаю был построен таким образом, чтобы по ходу изложения всем присутствующим задавались вопросы, касающиеся спорных или проблемных моментов терапии, на которые каждый из собравшихся дает свой ответ. Вели гематологическую школу три ведущих российских специалиста, имеющих богатый опыт лечения онкогематологических заболеваний: заведующая гематологическим отделением ГУЗ ГKB № 31 г. Санкт-Петербурга Ю.А. Алексеева, врач-онкогематолог ЦКБ № 2 им. Семашко Д.А. Дорогин и к.м.н., ст. научный сотрудник лаборатории трансплантологии

школы состоятся в Центральном, Южном регионах и на Дальнем Востоке. По окончании школы каждый врач получает сертификат.

Практикующие врачи охотно принимают участие в работе гематологических школ, так как возможность пообщаться с коллегами выпадает крайне редко, а обменяться бесценным опытом еще реже.

Напомним, что хронический лимфолейкоз (ХЛЛ) — серьезное заболевание, при котором в костном мозге производится избыток функционально незрелых белых кровяных телец. Экстраполяция европейских данных (заболеваемость — 2,5 на 100 тысяч человек) позволяет считать, что ежегодно в России примерно 3600 больных страдают ХЛЛ.

В настоящее время в терапии онкологических заболеваний кро-



научно-исследовательского центра Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им. Академика И. П. Павлова Н.Б. Михайлова.

В этом году подобная школа уже проводилась в Москве, следующая в середине апреля пройдет в Казани, где соберет специалистов со всего Поволжья. В мае специалисты из Сибири обменяются опытом в Новосибирске, а до конца года

ви используются препараты на основе моноклональных антител. Активные компоненты такого рода препаратов избирательно связываются с антигеном CD52 клеточной поверхности лимфоцитов и вызывают ряд молекулярных процессов, приводящих к гибели злокачественных лимфоцитов и удалению этих клеток из костного мозга, крови и других пораженных органов.

9 июня 2008

Москва, Здание Правительства Москвы

Научно-практическая конференция**Осложнения сердечно-сосудистых заболеваний в практике врача-терапевта**

Контакт: Инфомедфарм. Тел./факс (495) 797-6292

11 июня 2008

Москва, Здание Правительства Москвы

Научно-практическая конференция**Здоровая семья — будущее России**

Контакт: Инфомедфарм. Тел./факс (495) 797-6292

16–18 июня 2008

Н.Новгород

9-й Международный медицинский форум**17-я Специализированная выставка****«Медицина+»**

Контакт: Нижегородская ярмарка. Гарикова Лилия Викторовна. Тел./факс (831) 277-51-93

19–20 июня 2008

Екатеринбург

Конференция**Регион – центр инноваций: медицина и технологии.**

Контакт: Галина Гонина-Новикова, «Pro Digital». Тел. (351) 727-01-14, 8-904-972-03-43, 8-912-320-97-56

23–24 июня 2008

Москва, Здание Правительства Москвы

III Общероссийский медицинский форум**Медицина за качество жизни****Конференция «Проблемы здравоохранения и пути его модернизации»**

Контакт: ООД «Медицина за качество жизни». Тел. (495) 229-87-78

26–28 июня 2008

Сочи, гостиничный комплекс «Жемчужина»

IX Международная специализированная выставка**«Медицина – сегодня и завтра»**

Контакт: Сочи-Экспо. Тел./факс: Москва (495) 745-77-09; Сочи (8622) 620-524, 642-333

26–27 июня 2008

Москва, Здание Правительства Москвы

Шестая научно-практическая конференция**Безопасность больного в анестезиологии-реаниматологии**

Контакт: Инфомедфарм. Тел./факс (495) 797-6292

8–13 сентября 2008

Санкт-Петербург

XIV Всемирный конгресс по психофизиологии**Olympics of the brain**

Контакт: Оргкомитет Конгресса. Тел. +7 (812) 234 1390; факс +7 (812) 234

19–20 сентября 2008

Москва, Здание Правительства Москвы

Всероссийский форум**Здоровье нации — основы процветания России**

Контакт: ЭКСПО ПРЕСС. Тел./факс (495) 745-39-62/63

23–25 сентября 2008

Владивосток

Медицина. Фармакология

Контакт: Экспофорум Сибирь. Тел./факс (383) 339-11-34, 332-47-50

23–25 сентября 2008

Ноябрьск

Здоровье Ямала

Контакт: Экспофорум Сибирь. Тел./факс (383) 339-11-34, 332-47-50

29 сентября – 2 октября 2008

Москва, Конгресс-центр ЦМТ

Охрана здоровья матери и ребенка – 2008**10-я Международная медицинская специализированная выставка товаров и услуг в области акушерства, гинекологии и неонатологии****Научный форум «МАТЬ И ДИТЯ»**

Контакт: Меди Экспо. Тел./факс: (495) 661-3513, 938-9211 / 12

Уважаемые коллеги!

Откликаясь на просьбы многих наших читателей, мы повторяем вопросы прошлого опросного листа. Замечаем при этом что многие анкеты были подписаны не одним а несколькими сотрудниками медицинских учреждений. Спасибо за проявленный интерес к теме. Просим в дальнейшем при заполнении анкеты подписываться от лица одного респондента.

Биологически активные добавки

1. Ваше отношение к БАДам? _____

2. Приходилось ли Вам сталкиваться с недоброкачественной продукцией БАД, если «да», то какие производители могут охарактеризоваться Вами с отрицательной стороны? _____

3. Нужно ли активно развивать употребление БАДов в целях профилактики заболеваний? _____

4. Необходимо ли развивать тему, рассказывающую о БАДах на страницах нашего издания? _____

5. Комментарий? _____

АНТИОКСИДАНТЫ В ЛЕЧЕНИИ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ



*Маркова Е.Ю., Сидоренко Е.И.,
Хаценко И.Е., Матвеев А.В.*

В настоящее время вопросы врачебной помощи при заболеваниях глаз приобретают особую актуальность. К сожалению, при лечении детской офтальмопатологии редко учитывается роль оксидативного стресса, сопровождающегося активацией процессов перекисного окисления липидов и инициирующего целый ряд патологических состояний [Sies H., 1985; Bienkowski J., 1994; Сидоренко Е.И., 1993; Гусева М.Р., Комаров О.С., Бабенкова И.В., 1991; Недосугова Л.В., 2006; Мошетьева Л.К. и соавт. 2006; Гомазков О.А., 2006 г.].

С одной стороны, свободнорадикальное окисление липидов представляет собой физиологически естественный процесс. Благодаря ему осуществляется целый ряд жизненно важных реакций организма: перенос электрона по флавиновой системе и окислительное фосфорилирование в митохондриях, митогенез, межклеточная сигнализация, фагоцитоз. С другой стороны, в случае гиперпродукции, активные формы кислорода (АФК) могут выступать в роли повреждающих факторов. Наиболее изученным процессом с участием АФК является свободнорадикальное и перекисное окисление липидов. Мишенью для

атаки этих свободных радикалов в первую очередь становятся липиды мембранного аппарата клетки, а именно — структурные фрагменты ненасыщенных жирных кислот и фосфолипиды [2]. Однако доказано, что коррекция с помощью антиоксидантных средств сдвига оксидантно-антиоксидантного баланса в тканях глаза существенно тормозит развитие патологического процесса, поэтому в последнее время к традиционному протоколу лечения офтальмопатологии у детей мы добавили антиоксиданты.

Немалую долю в структуре детской офтальмопатологии занимают близорукость и диабетическая ретинопатия. В нашей клинике с успехом осуществляется комплексное лечение близорукости: очковая и контактная коррекция, тренировка аккомодации, в том числе с использованием современных компьютерных программ, инфразвуковой пневмомассаж, хирургическое лечение.

В данном исследовании мы применяли биологически активную добавку (БАД) «Окулист», созданную отечественными учеными (производство ОАО «ДИОД», г. Москва). В состав препарата входят: дикорастущая черника, дигидрокверцетин, «органический» селен и В-каротин.

Черника дает сосудорасширяющий эффект, является сильным антиоксидантом, способствует восстановлению светочувствительности зрительных кле-

ток, увеличивает скорость образования зрительного пигмента (родопсина), усиливает остроту зрения при низкой освещенности, снижает усталость глаз при длительной работе [1, 2].

Дигидрокверцетин (ДКВ) — биофлавоноид, получаемый из лиственницы сибирской. На общем фоне имеющихся оценочных критериев антиоксидантной активности флавоноидов наиболее значимыми являются показатели TEAC (trolox equivalent antioxidant capacity) и величина редокс-потенциала. Эти показатели у дигидрокверцетина достаточно высоки и составляют соответственно 1,9 и 0,5. Поэтому ДКВ оказывает мощный антиоксидантный эффект, является сильным капилляропротектором. Укрепляя стенки и регулируя тонус кровеносных сосудов, препарат стимулирует кровоток тканей глаза, усиливает их снабжение кислородом, улучшает отток продуктов обмена. Это снижает риск возникновения отеков и кровоизлияний [3, 4, 5].

Биодоступный селен (в форме селексена) оказывает антиоксидантное действие, как опосредованное за счет синтеза селенсодержащих ферментов и белков (например, глутатионпероксидазы), так и прямое (нейтрализация свободных радикалов, перекисей и гидроперекисей молекулой селена). Кроме того, селен способствует комплексообразованию, последующей детоксикации и выделению из организма тяжелых металлов (свинец, кадмий, ртуть, мышьяк) и токсичных органических соединений (нитриты, нитраты, гербициды).

Природный каротиноид В-каротин является предшественником витамина А, необходимого для зрительного цикла родопсина, его обесцвечивания и восстановления, оказывает иммуномодулирующее действие, обладает выраженной способностью инактивировать свободные радикалы.

Материалы и методы

Анализ клинической эффективности БАД «Окулист» проведен на основании данных обследования 120 пациентов с миопией и спазмом аккомодации в возрасте от 3 до 14 лет (средний возраст составил 11,6 года), из них 74 (62%) девочек и 46 (38%) мальчиков. Из них была выделена группа детей в возрасте 12–15 лет с начальными проявлениями диабетической ретинопатии — 40 человек.

Первой фазой анализа стала проверка переносимости и клинической безопасности препарата у здоровых детей (30 человек). Проводился контроль общих и биохимических показателей крови (глюкоза, аспартат- и аланинаминотрансфераза, общий белок, мочевины, холестерин). Результаты свидетельствовали об отсутствии побочных эффектов и аллергических реакций.

Второй фазой анализа стало сравнение контрольной (60 пациентов) и основной (60 пациентов) групп больных с миопией, спазмом аккомодации и диабетической ретинопатией (по 40 больных в каждой нозологической подгруппе). Пациенты контрольной группы получали лечение по традиционному для каждого заболевания протоколу. Пациентам основной группы дополнительно назначали БАД «Окулист» в следующих дозах: детям в возрасте 3–8 лет — по 1 капсуле в день, детям 9–12 лет — по 1 капсуле 2 раза в день, пациентам 13-ти лет и старше — по 1 капсуле 3 раза в день. Продолжительность приема БАД у больных миопией, спазмом аккомодации составляла 30 дней,

у больных сахарным диабетом, осложненным диабетической ретинопатией, — 90 дней.

Пациентов с миопией и спазмом аккомодации обследовали дважды: зрительные функции и клиническое состояние глаза оценивали до лечения и через 1 месяц от начала приема препарата «Окулист», пациентов с диабетической ретинопатией обследовали до начала, через 1 и через 3 месяца от начала приема



препарата. Всем больным проводили визометрию, скиаскопию, биомикроскопию, офтальмоскопию, определяли ретинальную остроту зрения и у большей части больных регистрировали электроретинограмму (ЭРГ), паттерн зрительных вызванных потенциалов (ПЗВП), пространственно-контрастную чувствительность. ЗВП регистрировали с помощью хлорсеребряных чашечковых электродов от зрительной проекционной области коры мозга с индифферентным электродом на сосцевидном отростке, с заземляющим на лбу. Зрительную стимуляцию осуществляли гомогенным и шахматными полями размером $12 \times 8^\circ$, которые предъявляли монокулярно с расстояния 100 см в режиме реверсии контраста с частотой 2 Гц. Регистрацию осуществляли на 4 стимула: гомогенное поле и 5 шахматных полей с размером ячеек 7, 30, 120 угловых минут. Электроретинография включала регистрацию общей ЭРГ после 3-минутной темновой адаптации и регистрацию ЭРГ на красный стимул после световой адаптации в течение 3 мин. Стимуляцию осуществляли вспышками света энергией 0,3 Дж стандартным фотостимулятором FTS-21 фирмы «Medicor», расстояние от лампы-вспышки до глаз пациента — 30 см. Активный электрод располагали на коже нижнего века. Метод

пространственно-контрастной чувствительности реализован в программе «Зебра». На черном фоне экрана предъявляются вертикальные или горизонтальные решетки различной пространственной частоты (0,5–22 цикл/градус при расстоянии наблюдения 2 м). Измерение проводилось монокулярно, решетки были черные на белом фоне, красные на черном, зеленые на черном фоне. Аномалия рефракции испытуемого корректировалась очками.

Результаты и их обсуждение

Наблюдалась положительная динамика зрительных функций у больных с миопией, спазмом аккомодации, диабетической ретинопатией, проявляющаяся в повышении остроты зрения вдаль без коррекции и с максимальной коррекцией, а также объема аккомодации.

Исследовали латентность и амплитуду основного компонента P100 ПЗВП до и после приема препарата «Окулист». Отмечена тенденция к увеличению амплитуды и уменьшению латентности ответов на самые мелкие клетки (7 мин), что позволяет предположить улучшение электрогенеза нейронов Х-типа, которые располагаются в основном в макулярной области сетчатки и зрительной коре головного мозга. Биоэлектрическая активность сетчатки до и после приема препарата не изменилась.

Анализ индивидуальных различий позволил условно разделить всех пациентов с близорукостью по особенностям частотно-контрастных характеристик на 2 группы (рис. 1).

Здесь и далее на рисунках по оси абсцисс — частота (цикл/градус); по оси ординат — чувствительность (дБ).

В 1-й группе контрастная чувствительность в области низких (0,5–2 цикл/градус) и средних частот (2–8 цикл/градус) совпадает с чувствительностью у здоровых испытуемых, и только в области высоких частот (8–16 цикл/градус) отмечается ее снижение. Во 2-й группе отмечается снижение контрастной чувствительности во всем диапазоне пространственных частот на 10–20 дБ по сравнению с таковой у пациентов 1-й группы. После курсового приема БАД «Окулист» динамика контрастной чувствительности в группах была различной. В 1-й группе (рис. 2, а) повышения контрастной чувствительности практически не отмечалось, во 2-й группе — отмечалось во всем диапазоне пространственных частот (рис. 2, б). У пациентов контрольной группы подобные изменения были недостоверны.

Положительный эффект также получен при лечении диабетической ретинопатии у детей старше 12 лет. При контроле глазного дна пациентов основной группы, получавших препарат в течение 3 месяцев, в 80% случаев отмечена стабилизация течения диабетической ретинопатии (ДР), что сочеталось с улучшением функциональной активности сетчатки (в контрольной группе подобный эффект был достигнут в 35%). Достоверное ($p < 0,05$) повышение контрастной чувствительности у пациентов основной группы свидетельствует об улучшении функций нейронов макулярной области сетчатки и зрительной коры (рис. 3).

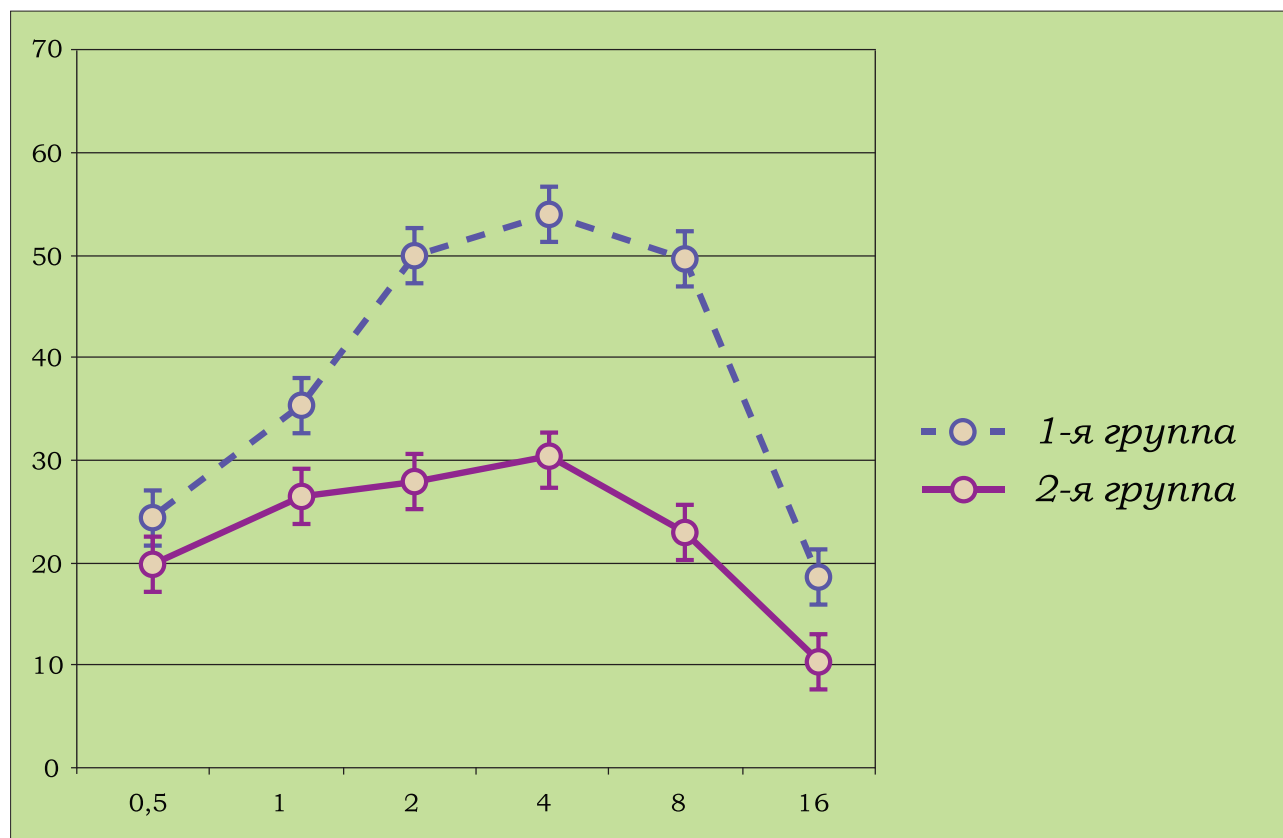


Рис. 1. Значение пространственно-контрастной чувствительности у пациентов с близорукостью различных групп

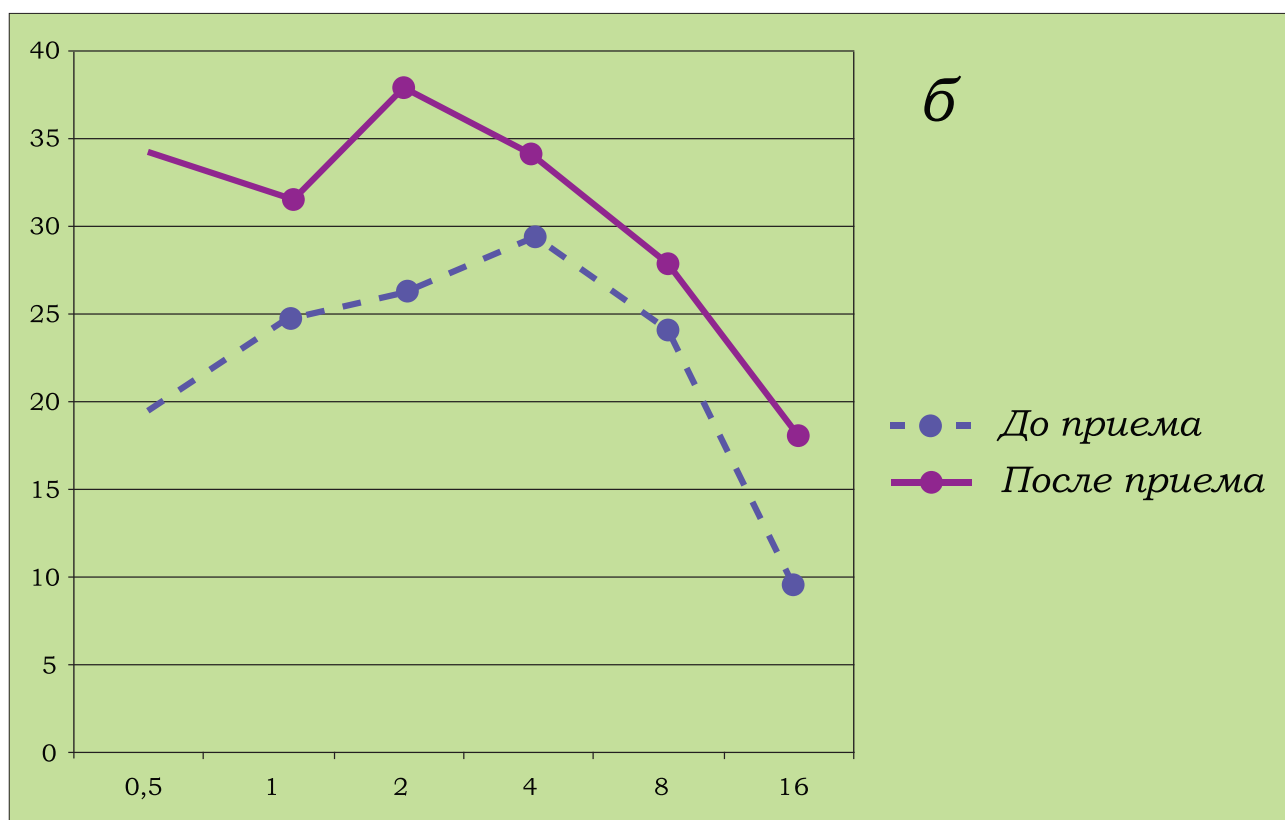
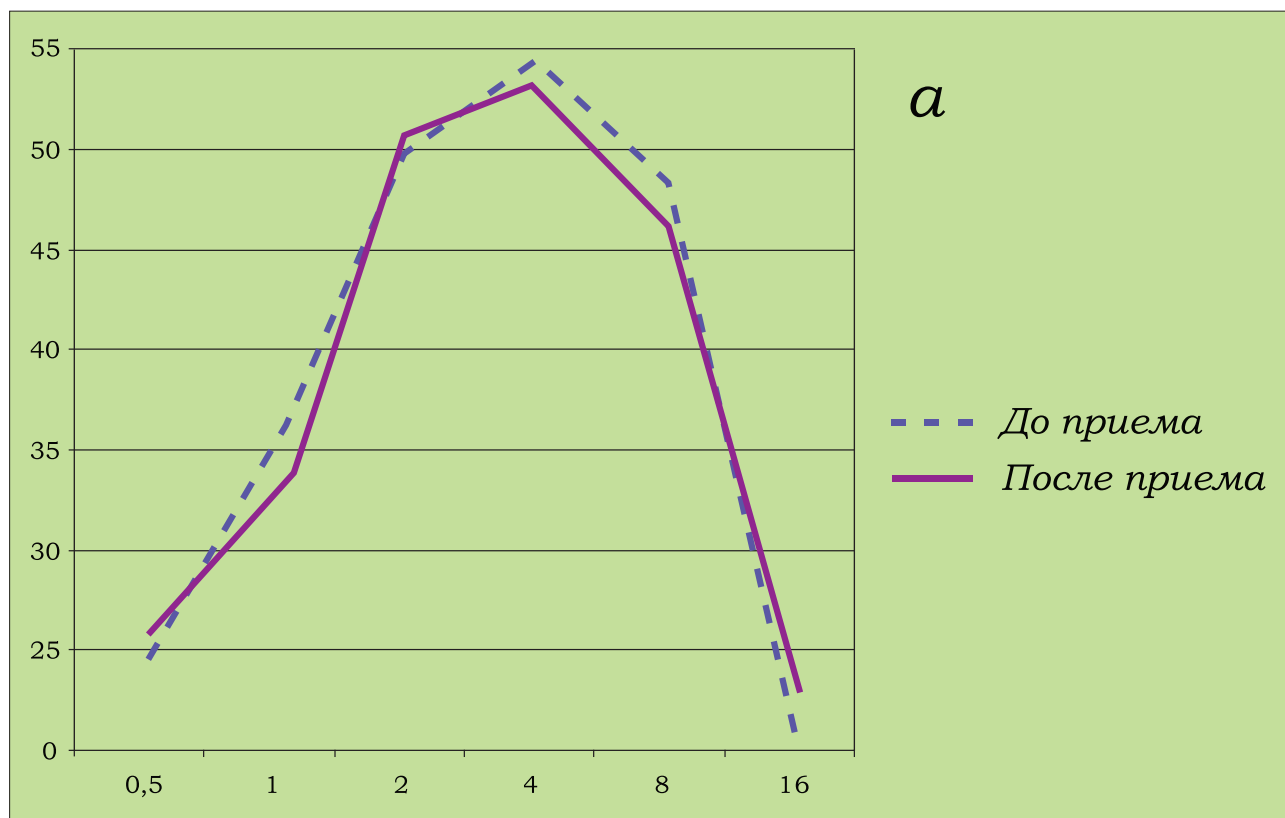


Рис. 2. Значение пространственно-контрастной чувствительности у пациентов с близорукостью до и после приема препарата «Окулист»: а — 1-я группа; б — 2-я группа

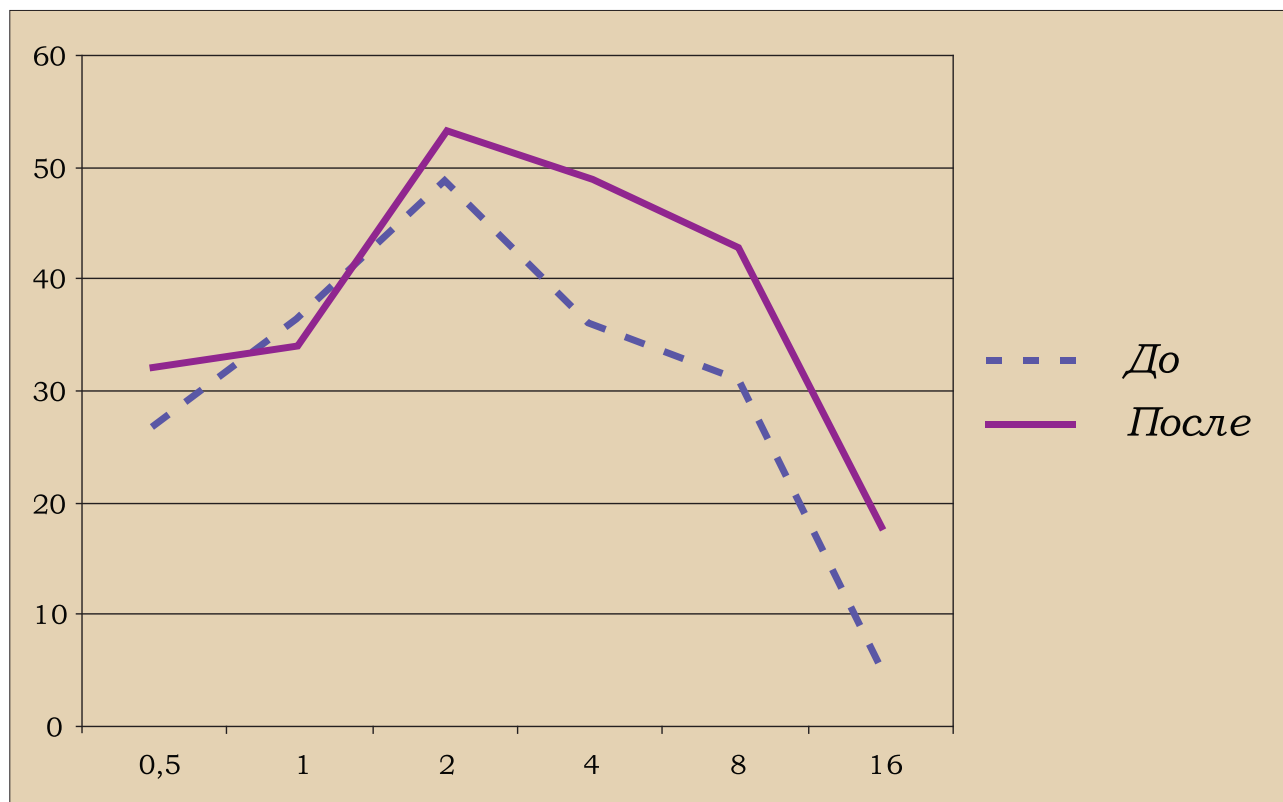


Рис. 3. Значение пространственно-контрастной чувствительности у пациентов с ДР до и после приема препарата «Окулист»

Принимая во внимание тот факт, что чувствительность к низким и средним частотам не зависит от остроты зрения/рефракции, можно предположить, что курсовой прием БАД «Окулист» улучшает функциональные свойства нейрорецепторной части зрительного анализатора. Повышение контрастной чувствительности не только в области высоких частот, но и во всем их диапазоне, скорее всего, связано с присутствием дигидрокверцетина в составе «Окулиста».

Более 90% больных основной группы после курса лечения отмечали повышение остроты зрения, повышение устойчивости к зрительной нагрузке, а также улучшение общего самочувствия. Возможно, что при повторных курсах положительный эффект будет потенцироваться.

Выводы

1. Отмечена хорошая переносимость БАД «Окулист»: аллергических реакций не было зарегистрировано ни в одном случае.
2. У пациентов наблюдалось повышение остроты зрения в среднем на 0,35 Ед., увеличение объема аккомодации на 1,35 по сравнению с исходным уровнем.
3. Зарегистрировано повышение контрастной чувствительности и увеличение амплитуды и латент-

ности ПЗВП на самые мелкие клетки, что позволяет предположить улучшение электрогенеза нейронов Х-типа, которые располагаются в макулярной области сетчатки и зрительной коре.

4. БАД «Окулист» можно с успехом применять у детей при различных офтальмологических заболеваниях — миопии, спазме аккомодации, диабетической ретинопатии — в дополнение к традиционному протоколу лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ковалева Н.Г. Лечение растениями. — М., 1971.
2. Кондакова Н.В., Сахарова В.В., Рипа Н.В. и др. // Труды Международного симпозиума «Биоантиоксидант». — Тюмень, 1997. — С. 231–233.
3. Панкин В.З., Тихадзе А.К., Беленков Ю.Н. Свободнорадикальные процессы в норме и при патологических состояниях: пособие для врачей. — М., 2000.
4. Плотников М.Б., Тюкавкина Н.А., Плотникова Т.М. Лекарственные препараты на основе диквертина. — Томск, 2005.
5. Тюкавкина Н.А., Лаптева К.К., Ларина В.А. // Химия природ, соединений. — 1967. — № 4. — С. 278 — 279.



**ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ
ЗАСЛУЖЕННЫХ ВРАЧЕЙ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

При реализации проекта используются средства государственной поддержки,
выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением
Президента Российской Федерации
от 30 июня 2007 года № 367-рп