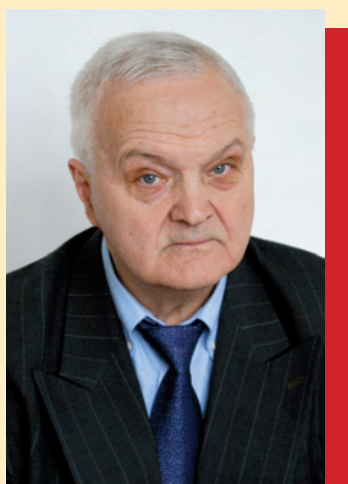




# **ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ ЗАСЛУЖЕННЫХ ВРАЧЕЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

При реализации проекта используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 14 апреля 2008 года № 192-рп



## **Здравствуйтесь, дорогие друзья!**

Очередной номер журнала посвящен в большей части откликам на ваши письма, раскрывая те темы, которые вас интересуют больше всего. Мы делаем все, чтобы максимально разнообразить издание, стараясь сделать его более интересным. Насколько это получается, судить вам. Ассоциация Заслуженных врачей Российской Федерации делала и делает важные стратегические шаги в своем развитии: это и выход распространяемой бесплатно газеты, ориентированной на широкие слои населения, и участие в различных акциях, и соучредительство в Общественном Движении «За сбережение народа». Читайте об этом и многом другом на страницах нашего издания. Здоровья вам и благополучия!

**Президент Ассоциации Заслуженных врачей  
Российской Федерации, профессор,  
доктор медицинских наук  
Лазарев В.Н.**

Специализированный информационно-аналитический журнал  
**«ВЕСТНИК АССОЦИАЦИИ ЗАСЛУЖЕННЫХ ВРАЧЕЙ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**  
№ 2 (7), 2009

#### **Наблюдательный совет:**

Председатель —  
Заместитель председателя Комитета ГД РФ по охране здоровья  
**Колесников С.И.**

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  
**В.А. Старков**

Фотохудожник  
**Е.А. Макарян**

Корректор  
**Н.В. Козлова**

#### **На первой странице**

**обложки:** Председатель Комиссии Общественной палаты по социальной и демографической политике  
**А.В. Очирова**

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

Тираж 4 000 (общий тираж 14 000) экз. Отпечатано в типографии ООО «Типографский комплекс «Девиз» 199178, Санкт-Петербург, В.О., 17 линия, д.60, лит. А, помещение 4Н. Заказ № ТД-3855

Подписано в печать

Адрес редакции: 107023, Москва, ул. Суворовская, д. 8

Телефон редакции: 220-26-58

#### **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

Здоровый образ жизни  
россиян — важнейшая забота  
законодателей 4

Новым социальным ориентиром  
в борьбе с алкоголизмом в России  
должна стать идея здорового  
образа жизни 7

Ассоциация Заслуженных врачей  
России активно участвует  
в решении общенациональных задач 10

Без введения социальных стандартов  
не может быть и речи  
об ответственной политике 12

Общественное Движение  
«За сбережение народа» 16

### Положительный опыт

Врач по призванию 20

### Трибуна

Каждому университету — по клинике 22

Нанотехнологии в современном мире 24

### Медицина сегодня

Онкомаркеры 27

Клещевой энцефалит стонвится  
болезнью, преимущественно, горожан 30

### Статистика

Все направления нацпроекта «Здоровье»,  
а также пособия, входящие в демо-  
графический пакет, в 2010 году будут  
сохранены в полном объеме 33

### Регион

Московская служба переливания  
крови растет и крепнет 34

Подмосковные школы здоровья 36

### Юридическая страничка

Медицинское страхование туристов  
за рубежом 40

Новости 42

### История здравоохранения

Рыцарь социалистической науки 44

### Справочная информация

Телевидение, радиопередачи,  
интернет, книги 47

## Уважаемые читатели!



С момента выхода предыдущего номера нашего журнала Ассоциация Заслуженных врачей Российской Федерации сделала немало важных шагов в своем развитии. Один из ключевых — это вхождение Ассоциации в качестве соучредителя в общероссийское Движение «За сбережение народа». Наряду с Ассоциацией соучредителями Движения выступили Международная общественная организация «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» в лице сопрезидента, депутата Государственной думы Российской Федерации, заместителя председателя Комитета по охране здоровья Государственной думы РФ Сергея Ивановича Колесникова, Новосибирский региональный общественный фонд «Карелин-Фонд» в лице соучредителя, Героя России, депутата Государственной думы Российской Федерации Александра Александровича Карелина, Международная общественная организация «Международный женский центр «Будущее женщины» в лице президента, председателя Комиссии по социальным вопросам Общественной палаты при Президенте России Александры Васильевны Очировой, президент Потребительского общества «АРГО» Андрей Борисович Красильников, ряд лиц — представителей общественности. Целями Движения являются сбережение и увеличение численности российского народа, повышение его духовно-нравственного уровня, улучшение качества жизни, идея сбережения народа, применительна, конечно, и к другим народам, населяющим нашу планету.

Вышли в свет первые несколько номеров газеты «Здоровье и здоровый образ жизни». Отрадно, что издание было так активно востребовано и получило широкий резонанс. Газета адресована широкому слою населения и призвана быть трибуной здорового образа жизни. Тираж газеты 200 000 экземпляров. Распространение — бесплатно, через учреждения первичной медицинской помощи. Территория распространения на первом этапе — Москва и Московская область. Газета призвана создать противовес прессе медицинской тематики сомнительного характера, зачастую наносящей вред здоровью населения от применения на практике опубликованных на своих страницах псевдорецептов.

Отвечая на ваши обращения, мы продолжаем раскрывать интересующие вас темы на страницах журнала. Спасибо вам за вашу активность и участие. Будем рады и впредь совершенствовать издание, стараясь удовлетворить ваши просьбы.

Руководитель  
Объединенной редакции,  
вице-президент  
Ассоциации Заслуженных врачей  
Российской Федерации  
С.Е. Осипов

# ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ РОССИЯН – ВАЖНЕЙШАЯ ЗАБОТА ЗАКОНОДАТЕЛЕЙ



*Свой рассказ, начатый в предыдущем выпуске нашего журнала, продолжает председатель Комитета, Заслуженный врач РФ **Ольга Георгиевна Борзова**. В 2008 году Комитет Государственной думы по охране здоровья уделял в своей работе большое внимание двум взаимосвязанным проблемам отечественного здравоохранения: законодательным аспектам формирования здорового образа жизни и подготовке медицинских кадров. В 2009 году эти направления деятельности законодателей продолжают как первоочередные*

В последнее время обострился целый ряд проблем по медицинскому обеспечению лиц, занимающихся физкультурой и спортом. Среди наиболее важных следует выделить раздробленность системы медицинского обеспечения физической культуры и спорта по разным ведомствам, отсутствие координации и единого контроля деятельности организаций разных форм собственности.

Отмечается недостаток специалистов в области спортивной медицины и слабый приток молодых специалистов. При этом свыше 50 процентов специалистов составляют люди пенсионного и предпенсионного возраста.

Обследование учащихся спортивных школ и сборных команд проводится нерегулярно и несвоевременно. Не разработаны порядки медицинского допуска школьников и студентов к занятиям физической культурой и спортом. Это на фоне того, что треть детей освобождаются от занятий физкультурой.

По информации Минздравсоцразвития России, в субъектах Российской Федерации осуществляют свою деятельность более ста врачебно-физкультурных диспансеров, 356 отделений спортивной медицины, а также 3082 отделения лечебной физкультуры для детей в различных медицинских учреждениях.

Кроме того, в субъектах Российской Федерации работают центры лечебной физкультуры и спортивной медицины, центры восстановительного лечения и реабилитации, центры медицинской профилактики, в структуре которых есть отделения спортивной медицины и лечебной физкультуры.

Государством приняты действенные меры по развитию физической культуры и спорта. Вместе с тем в субъектах Российской Федерации медицинским аспектам этих вопросов уделяется недостаточно внимания. Это стало приводить к трагическим последствиям для жизни и здоровья спортсменов.

Нуждается в совершенствовании нормативная правовая база. Требуется принятие законодательных

**Отмечается недостаток специалистов в области спортивной медицины и слабый приток молодых специалистов. При этом свыше 50 процентов специалистов составляют люди пенсионного и предпенсионного возраста**

мер по противодействию использованию допинговых средств в спорте, по введению юридической ответственности за их распространение, сбыт и применение.

Необходимо также усиление межведомственного взаимодействия и координации усилий медицинских,

физкультурных и спортивных организаций независимо от ведомственной принадлежности и формы собственности. Отдельного внимания требует контроль и ответственность за медицинским сопровождением соревнований и спортивно-массовых мероприятий.

Целесообразно повышение эффективности углубленных медицинских обследований с акцентом на профилактику заболеваний и травм, развитие адаптированных тренировочных режимов при выявлении хронических заболеваний.

Требуется улучшение подготовки спортивных врачей, научных и педагогических кадров по спортивной медицине и лечебной физкультуре, а также совершенствование образовательных стандартов.

Хотела бы теперь обратиться к проблемам защиты здоровья детей и подростков.

Более пятидесяти лет назад по решению сессии Международной демократической федерации женщин был установлен День защиты детей. В этот день международное сообщество призывает к защите здоровья детей во всех его проявлениях, к защите их прав и улучшению качества жизни. Здоровые дети составляют основу каждой счастливой семьи.

Приоритетами государственной политики в социальной сфере являются снижение смертности, увеличение рождаемости и продолжительности жизни, укрепление здоровья детей и подростков. Важнейшее направление – это пропаганда здорового образа жизни, борьба с алкоголизмом, наркоманией и курением табака, особенно среди детей. С самого раннего возраста необходимо своим примером показывать детям, что такое здоровый образ жизни, и объяснять, какой вред наносит курение, употребление алкоголя и другие вредные привычки.

Для борьбы с алкоголизмом необходимо ужесточить наказание за нарушение правил торговли алкогольной продукцией, особенно продажу алкоголя несовершеннолетним. Требуется законодательно ограничить места его продажи. Следует повысить штрафы за пребывание в общественных местах в нетрезвом виде и распитие спиртных напитков на улице.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» проводится диспансеризация детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, заболеваемость которых по различным классам болезней в 5 раз выше по сравнению с детьми, воспитывающимися в семьях. В этом отношении разрабатываются индивидуальные планы лечебно-оздоровительных и реабилитационных мероприятий, включая оказание высокотехнологичной медицинской помощи как на уровне субъектов Российской Федерации, так и на федеральном уровне.

Сегодня государственная политика направлена на профилактику семейного неблагополучия и социального сиротства детей, на укрепление семьи. Введены региональные системы стимулирования граждан по принятию детей-сирот в семьи. Осуществляется их поддержка за счет средств федерального

бюджета в виде выплаты единовременных пособий при устройстве ребенка в семью, заработной платы приемным родителям.

Итак, забота о детях представляет собой реальные инвестиции в будущее страны!

## **Несмотря на определенное снижение основных показателей аварийности, в 2008 году в ДТП погибли более одной тысячи детей**

Еще одна важнейшая задача отечественного здравоохранения – развитие эффективной системы Службы крови в стране. В препаратах крови и её компонентах нуждается ежегодно более 1 процента россиян. Отрадно, что в 2008 году число доноров увеличилось на 30 процентов по сравнению с 2007 годом.

В развитии системы Службы крови будет задействовано 83 субъекта Российской Федерации. В текущем году новое оборудование будет поставлено в 5 федеральных и 26 учреждений в субъектах России, на что выделено из федерального бюджета 4,2 миллиарда рублей. Из них на модернизацию материально-технического оснащения учреждений Службы крови направляется 3,25 миллиарда рублей, на формирование единой информационной базы – 600 миллионов рублей, на пропаганду массового донорства крови и ее компонентов – 350 миллионов рублей. На реализацию мероприятий этой программы только из федерального бюджета в 2008–2011 годах выделяется более 16 миллиардов рублей.

В труднодоступные районы будут направляться мобильные комплексы для заготовки донорской крови, оснащенные холодильным оборудованием для хранения крови и ее компонентов.

Модернизация позволит централизовать Службу крови, трансформировать станции переливания крови субъектов РФ в региональные центры крови с мощными отделами переработки, лабораторной диагностики и хранения донорской крови и ее компонентов. Создание единой информационной системы устранил проблему межрегиональной разобщенности учреждений Службы крови.

Развитие Службы крови и донорства требует совершенствования Закона Российской Федерации «О донорстве крови и ее компонентов» в части введения понятийного аппарата, более четкого закрепления основных принципов донорства крови и ее компонентов, установления прав, обязанностей и социальных гарантий донорам.

Необходимо решить проблему взаимоотношений доноров с работодателями. Сейчас практически не исполняется норма закона, по которой работодатели

обязаны оказывать содействие организациям здравоохранения в привлечении граждан в ряды доноров.

Целесообразно ускорить утверждение Технического регламента «О требованиях к безопасности крови, ее продуктов, кровезамещающих растворов и технических средств, используемых в трансфузионно-инфузионной терапии». Данный документ установит единые правила для всех участников обращения донорской крови, которые будут направлены в первую очередь на безопасность людей во время перелива-

**В труднодоступные районы будут направляться мобильные комплексы для заготовки донорской крови, оснащенные холодильным оборудованием для хранения крови и ее компонентов**

ния крови и её компонентов. Тем не менее уже сейчас вся донорская кровь проходит надлежащую проверку с обеспечением качества.

Внимание государства и серьезная финансовая поддержка со стороны федерального бюджета позволят перейти отечественной Службе крови на качественно иной уровень, отвечающий всем потребностям нашей медицины, а также задачам обеспечения национальной безопасности.

Учитывая трагический всплеск дорожных аварий со смертельным исходом, который наблюдался в стране летом этого года, не могу не остановиться и на проблемах медицинской помощи жертвам ДТП.

В Российской Федерации сформирована государственная политика в сфере повышения безопасности дорожного движения. Разработана и реализуется Федеральная целевая программа «Повышение

безопасности дорожного движения в 2006–2012 годах».

Несмотря на это, ежегодно в ДТП на территории России погибает примерно 35 тысяч человек и получают травмы различной степени тяжести более 250 тысяч человек. Не менее трети жертв ДТП составляют молодые люди в возрасте от 15 до 29 лет. В зоне риска находится самая активная часть населения.

По итогам 2008 года в стране после многолетней тенденции роста впервые отмечено снижение во всех федеральных округах основных показателей аварийности: количества ДТП, числа погибших и раненых.

Несмотря на определенное снижение основных показателей аварийности, в 2008 году в ДТП погибли более одной тысячи детей. Практически половину всех пострадавших в ДТП детей составили дети-пешеходы. Из них каждый восьмой ребенок-пешеход погиб по вине пьяных водителей.

Практически в 70 процентах случаев смерть пострадавших наступает непосредственно на месте совершения ДТП или на пути следования в медицинские учреждения. В каждом пятом случае можно избежать смертельного исхода при соответствующей подготовке участников дорожного движения по оказанию первой помощи пострадавшим. Первую помощь пострадавшему обязаны оказывать не только медицинские работники, но и работники патрульно-постовой службы, спасатели, водители и т.д.

Депутатами нашего Комитета совместно с Минздравсоцразвития России и другими заинтересованными ведомствами подготовлен законопроект, направленный на регулирование вопросов оказания первой помощи. Он предусматривает внесение изменений в 39-ю статью Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан и ряд других федеральных законов. Законопроект решает три важные задачи. Уточняется понятийный аппарат и выделяется в законодательстве понятие «первая помощь». Определяется категория лиц, которые должны ее оказывать. Законодательно закрепляется обязательность специальной подготовки для этих лиц по единым программам и программам.

В 2008 году в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» были начаты мероприятия по совершенствованию медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях. В 14 субъектах Российской Федерации лечебно-профилактические учреждения, расположенные вдоль федеральных автодорог, оснащены диагностическим оборудованием и автотранспортом на общую сумму 3,2 миллиарда рублей, создано 92 травматологических центра.

В 2009 году продолжается реализация этой программы в запланированных объемах, на что выделяется 2,6 миллиарда рублей. Планируется оснастить оборудованием 78 учреждений здравоохранения. Всего в период 2009–2012 годов будет оснащено 365 учреждений здравоохранения.



# «НОВЫМ СОЦИАЛЬНЫМ ОРИЕНТИРОМ В БОРЬБЕ С АЛКОГОЛИЗМОМ В РОССИИ ДОЛЖНА СТАТЬ ИДЕЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ!»



*Министр здравоохранения и социального развития РФ **Татьяна Алексеевна Голикова**. Из выступления на совещании о мерах по снижению потребления алкоголя в России. Сочи, 12 августа 2009 года*

«Мы провели достаточно серьезный анализ истории производства и потребления алкоголя начиная от дореволюционной и послереволюционной России и до настоящего момента. Весь этот период, который мы проанализировали, достаточно драматичен. Драматизм этого периода заключается в том, что каждый раз в истории увеличение потребления алкоголя или же изменение структуры потребления в сторону потребления более крепких напитков происходило из-за действий государства. Каждый раз стремление уменьшить регулирование, снять с себя ответственность за производство и потребление алкоголя, увеличить прибыль от этих трех процессов приводило к увеличению потребления алкоголя и доли крепких напитков.

В этой связи политика государства в отношении производства и потребления алкоголя является главным фактором потребления населением алкоголя. Возможно, не самую главную, но все же значимую роль ограничителя потребления алкоголя во все периоды времени играла церковь. Легко можно проследить, что в 1914–1917 годах уровень потребления алкоголя на одного человека составлял 3,4 литра. Это был едва ли не самый низкий уровень потребления по сравнению со всей Европой.

Далее мы достаточно долго держались на этом уровне. Начиная где-то с середины 70-х годов мы начали за десятилетие прирастать в два раза. К середине 80-х годов уровень потребления стал, по разным оценкам экспертов, от 11 до 14 литров на человека. Уже к 1995 году уровень потребления составлял 15–18 литров. И по статистическим данным, у нас уровень потребления составляет 10 литров на человека (мы находимся на уровне Германии и Финляндии), а что касается оценок экспертов (и нам представляется, что они абсолютно объективны), мы

являемся абсолютными лидерами по потреблению алкоголя, то есть 18 литров на человека.

Очевидно, что рост потребления алкоголя с конца 60-х годов происходил из-за отсутствия сдерживающих социальных и моральных механизмов в обществе. В 90-х годах, когда сломался государственный механизм контроля, произошел неконтролируемый рост до сегодняшних критических показателей. В этой связи нам сегодня нужно установить, с одной стороны, как механизмы государственного контроля, так и новые общественные ограничители и ориентиры, которые бы делали чрезмерное потребление алкоголя делом социально непрестижным и индивидуально нежелательным.

Как показывает опыт стран, уже озаботившихся высоким потреблением алкоголя, таким новым социальным ориентиром может стать идея общественного здоровья и индивидуального здорового образа

**Ежедневно употребляют алкогольные напитки, включая пиво, 33 процента юношей и 20 процентов девушек. Доля людей, которые регулярно потребляют пиво, составляет сегодня 76 процентов**

жизни. В этой связи, как бы мы ни относились к проводимой в 85–90-х годах антиалкогольной кампании, какие бы организационные ошибки в тот период ни совершались, статистика и мнения экспертов сходятся в одном: эта кампания привела к seriously сокращению смертности, особенно среди мужчин. За пять лет эта кампания сохранила жизни одному миллиону человек. Эта цифра серьезно демонстри-

рует, насколько важно снижение потребления алкоголя для снижения смертности в России и выравнивания демографической ситуации.

По оценкам экспертов Всемирной организации здравоохранения, если потребление чистого алкоголя на душу населения превышает восемь литров в год, то это уже опасно для здоровья нации, и каждый добавочный литр сверх определенного предела уносит 11 месяцев жизни у мужчин и 4 месяца жизни у женщин.

Употребление алкоголя является причиной почти двух миллионов смертей в мире и четырех процентов болезней тоже, если в целом брать мировую ситуацию.

В 2007 году продажа алкогольной продукции населению через торговую сеть составила около 10 литров на душу населения. В структуре продаж почти 80 процентов приходится на пиво, 13,2 процента – на водку и ликероводочные изделия, 6,4 – на вино и 0,6 процента – на коньяк.

Начиная с 98-го года в Российской Федерации наблюдается ежегодное увеличение производства и продажи слабоалкогольных напитков, включая пиво. К 2006 году выросло почти в шесть раз. При этом объемы продаж крепких алкогольных напитков по сравнению с 1998 годом не уменьшаются, что достаточно серьезно увеличивает алкогольную нагрузку на население. Слабые алкогольные напитки создаются с вкусовыми характеристиками, присущими традиционным безалкогольным прохладительным напиткам, выпускаются в красочной, привлекательной упаковке, зачастую содержащей молодежную символику. Сведения о наличии в них алкоголя зачастую представлены плохо, читаются мелко, что создает ложный имидж того, что это безалкогольные напитки.

И еще что важно: сочетание алкоголя и тонизирующих веществ, например кофеина, в составе популярных у молодежи энергетических напитков ускоряет формирование привыкания к алкоголю, а также усиливает риск токсического действия алкоголя на организм человека. И последние исследования показывают, что употребление алкоголя и кофеина, содержащихся в энергетических напитках, является чуть ли не ключевым фактором риска первичного бесплодия у женщин.

Ежедневно употребляют алкогольные напитки, включая пиво, 33 процента юношей и 20 процентов девушек. Доля людей, которые регулярно потребляют пиво, составляет сегодня 76 процентов. Подростковый возраст наиболее опасный с точки зрения привыкания к алкоголю, особенно у девочек. Данные последних лет свидетельствуют, что алкоголизм в юношеском возрасте формируется вследствие приема пива либо слабоалкогольных напитков. По оценкам экспертов ВОЗ, в Российской Федерации из-за потребления алкоголя из 100 юношей (выпускников 2009 года) доживут до пенсии лишь 40, если мы бу-

дем сохранять такую же политику в отношении алкоголизма, которая у нас есть сейчас. В Англии, если приводить такой же показатель, это 90 человек.

Что касается здравоохранения, то в 2008 году специализированными наркологическими учреждениями страны было зарегистрировано 2,7 миллиона человек, злоупотребляющих алкоголем, в том числе люди, употребляющие алкоголь с вредными последствиями, больные алкоголизмом и больные алкогольными психозами. Это два процента от населения страны.

Должна сказать, что начиная с 2003 года наметилась тенденция к снижению общей первичной заболеваемости алкоголизмом среди населения. Но это очень-очень маленькие показатели. Соотношение мужчин и женщин среди зарегистрированных

больных составило пять к одному. Впервые было выявлено в 2008 году 173430 больных, что на 0,8 процента меньше, чем в 2007 году.

Наиболее сейчас распространены алкоголизм среди населения в возрасте от 40 до 59 лет – это 55 процентов. Потребителей

алкоголя с вредными последствиями больше среди людей в возрасте от 20 до 39 лет – это 38 процентов населения. И конечно, я не могу не отметить, это крайне неблагоприятная для страны ситуация с тенденцией к увеличению употребления алкоголя детьми в возрасте от 10 до 14 лет. И здесь суммарное число по сравнению с предыдущим годом выросло на 15,4 процента (это очень высокий показатель) и в 2008 году составило 10 852 человека. Число детей, уже больных алкоголизмом, выросло по сравнению с 2007 годом на 8,6 процента, или на 96 человек.

Если говорить о региональной составляющей, то ситуация по заболеваемости алкоголизмом сложилась в субъектах следующим образом. По итогам 2008 года лидером по заболеваемости потребителей алкоголя в регионе составило 5,6 процента от общей численности населения. И выше, чем в среднем по России, заболеваемость алкоголизмом наблюдается в Республике Карелия, Брянской, Ивановской, Костромской, Липецкой, Нижегородской, Новгородской, Сахалинской областях, Камчатском крае и в Чукотском автономном округе.

Заболеваемость алкоголизмом ниже, чем в среднем по стране, отмечена в девяти регионах. С 2006 года, несмотря на сохраняющиеся высокие цифры, отмечена тенденция к снижению уровня летальности больных алкоголизмом. В 2008 году сняты с наблюдения в связи со смертностью 67,5 тысячи человек. Это на 4,3 процента меньше, чем в предыдущем году. Высокая летальность от алкоголизма зарегистрирована в республиках: Северная Осетия, Кабардино-Балкария, Дагестан, Карачаево-Черкесия, в Калужской, Липецкой, Новгородской, Магаданской областях, Санкт-Петербурге и Ямало-Ненецком

**Как показывает опыт стран, уже озаботившихся высоким потреблением алкоголя, таким новым социальным ориентиром может стать идея общественного здоровья и индивидуального здорового образа жизни**



автономном округе. Низкий уровень летальности наблюдается в Республике Карелия, Алтайском, Краснодарском, Забайкальском, Приморском краях, Воронежской, Рязанской, Тамбовской областях и в городе Москве.

Ряд регионов, как я уже сказала, с низкой заболеваемостью алкоголизмом имеет высокие показатели летальности. И это связано в первую очередь с тем, что в этих регионах, как правило, неэффективно организована наркологическая медицинская помощь, включая недостаточное обеспечение врачами-психиатрами и врачами-наркологами. Я напомним, что наркологическая медицинская помощь была выделена из психиатрической в 1976 году и как самостоятельная существует 33 года.

В настоящее время полномочия по организации медицинской помощи таким больным разграничены между Федерацией и субъектами следующим образом. Российская Федерация осуществляет нормативно-правовое регулирование всех процессов, которые есть, субъекты Российской Федерации осуществляют самостоятельно организацию медицинской помощи в наркологических диспансерах и в других специализированных медицинских учреждениях.

Что показывает анализ ситуации за последние пять лет? Количество наркологических диспансеров ежегодно сокращается, число врачей-психиатров и наркологов практически не изменилось. Сеть не претерпевает никаких изменений. Но при этом в регионах до сих пор функционируют всего три реабилитационных наркологических центра и 25 филиалов реабилитационных центров. Это свидетельствует о том, что потребность в специалистах подобного профиля не удовлетворена, наркологические медицинские учреждения ориентированы в большей степени на купирование острых состояний, связанных со злоупотреблением алкоголем, а тенденции к развитию медико-социальной реабилитации в регионах отсутствуют.

В соответствии с законодательством основной принцип организации сегодня в Российской Федерации наркологической помощи – добровольность. Однако в законодательстве тем не менее предусмотрено оказание наркологической помощи без согласия человека, если он страдает заболеванием, представляющим опасность для общества, также предусмотрено обязательное лечение по решению суда в отношении лиц, условно осужденных или условно досрочно освобожденных. Наркологическая помощь бесплатна для населения и оказывается, как я уже сказала, за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Теперь что предлагается сделать по линии нашего министерства. Но это не только по линии нашего министерства, но и, естественно, совместно с нашими коллегами. До конца 2009 года планируется подготовить проект концепции государственной политики по снижению масштабов злоупотребления алкоголем и профилактике алкоголизма среди населения Российской Федерации.

В результате мер, которые предполагается осуществить, мы рассчитываем на снижение к 2012 году



до 14 литров потребления алкоголя на душу населения, но не только посредством, естественно, издания концепции. Этого, как правило, всегда недостаточно. Важно, как будут работать меры, которые будут заложены. И должна сказать, что, когда мы говорим об алкоголизме, мы обсуждаем заболевание и обсуждаем следствие, а не причину. Поэтому наши перспективные действия должны быть направлены, конечно, на формирование здорового образа жизни и профилактику заболеваний. Мы с коллегами начали с 2009 года направление национального проекта «Здоровье» по здоровому образу жизни, и здесь мы поступательно будем двигаться вперед. По линии нашего Министерства предполагается создание и оснащение на базе учреждений здравоохранения субъектов и муниципальных образований 502 центров здоровья в расчете на 200 тысяч городского населения. Соответствующие соглашения подписаны практически со всеми субъектами Российской Федерации. И мы официально запускаться должны где-то с сентября этого года. Ведется разработка и реализация коммуникационных кампаний по формированию здорового образа жизни. Безусловно, соответствующие мероприятия по функционалу осуществляются Министерством спорта и туризма, Министерством образования и науки. К 10–12-му годам планируется увеличить количество центров здоровья уже на 50 тысяч населения. И безусловно (мы это делаем главным приоритетом 2010 года), создать в регионах центры здоровья для детей и подростков. Кроме того, мы сейчас осуществляем подготовку программы развития медико-социальной реабилитации, которая будет касаться многих составляющих».

# АССОЦИАЦИЯ ЗАСЛУЖЕННЫХ ВРАЧЕЙ РОССИИ АКТИВНО УЧАСТВУЕТ В РЕШЕНИИ ОБЩЕНАЦИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ

*Генеральный директор Ассоциации Заслуженных врачей Российской Федерации* **Леонид Викторович Архипенко**

Часто можно услышать вопрос: чем занимаются общественные организации, зачем они нужны? Однозначного ответа на этот вопрос быть не может. Здесь такое же разнообразие в выборе путей достижения заявленных, как правило, общественно значимых целей и задач, как и в любом другом секторе нашей жизни. Пожалуй, именно выбранные пути и средства и разделяют общественные организации на тех, чья деятельность работает на общество, и на тех, чья работает исключительно на корыстные интересы узкого круга лиц. Конечно, сразу отличить, кто есть кто, невозможно. Одними из критериев оценки могут служить профессионализм, численность, репутация членов организации, методы и средства деятельности, срок существования и, конечно, результаты.

Пожалуй, более актуален другой вопрос: что могут сделать в наших условиях общественные организации, какие могут быть иллюзии по поводу влияния таких объединений на позитивные изменения в обществе, когда все у нас зависит от государственных органов власти? В государственных структурах власти работают такие же люди, как и все остальные, со своими проблемами, переживаниями, устремлениями, желаниями и т.д. А вот степень ответственности у всех разная. Наши законы, подведомственные акты в некоторых случаях далеки от совершенства, учитывают интересы населения в последнюю очередь. Именно об этом неоднократно заявлялось высшим руководством страны, конкретизируя, что нужно концептуально менять сам подход в создании новых законов, совершенствовать существующие, с тем, чтобы во главу угла ставить интересы людей.

Так кто же будет доносить до власти всю необходимую объективную информацию? Не сами же чиновники. Как раз их внутри своих ведомств зачастую все устраивает. Поучителен опыт развитых демократических стран. Мнение населения в них выражают именно общественные компетентные организации. Роль таких объединений чрезвычайно высока. Так, многие ключевые позиции по регулированию рынка потребительских услуг в США и западных европей-



ских странах осуществляют общественные организации, а власть делает все необходимое, чтобы реализовывать на практике их требования. Результаты такой организации жизни общества нам известны, там уже давно не подозревают о существовании многих проблем, с которыми мы сталкиваемся ежедневно и повсеместно. Решение данных первоочередных вопросов носит исключительную важность для конкурентоспособности нашего государства и общества.

Отрадно то, что наша Ассоциация, объединяя Заслуженных врачей России, ставит перед собой решение действительно необходимых, стоящих перед обществом задач. Что может быть важнее здоровья для каждого человека. Все об этом знают, а вот занимаются его укреплением, профилактикой заболеваний, к сожалению, не все. В чем причина такого безответственного подхода, почему мы живем одним днем, обрекая себя и собственную семью в ближайшей перспективе на неполноценное существование и всевозможные лишения? Не все же объясняется низким уровнем доходов. Есть множество примеров, когда семьи с минимальным уровнем доходов являются приверженцами здорового образа жизни, активных занятий физической культурой и спортом. Значит, не в одном только благополучии

дело. С уверенностью можно утверждать, что отношение к собственному здоровью, то есть уровень культуры здоровья, формируется с детства в семье, школе, обществе. Стало очевидным, что двух десятилетий забвения в обществе этих вопросов оказалось достаточно для тех глубоких демографических проблем, с которыми оно столкнулось сегодня. Их решение в кратчайшие сроки стало жизненно необходимой задачей.

Только одними призывами, уговорами и поучениями существенных сдвигов не добиться. Необходимы усилия по всему комплексу вопросов, которые в той или иной степени влияют на здоровье нации. И здесь особую важность имеет решение вопроса создания доступной для каждого системы объективной информации по вопросам здоровья, в том числе по качеству и эффективности товаров и услуг медицинского назначения.

С этой целью нашей Ассоциацией создан экспертный совет, который сформирован из Заслуженных врачей России – специалистов-практиков, являющихся непререкаемыми авторитетами в области охраны здоровья. Численность Ассоциации – более восьмисот членов, и полное представительство врачебных специализаций позволяют формировать объективную медицинскую информацию. В этом, без сомнения, уникальность наших возможностей.

Сейчас же вся доступная информация для потребителя формируется самими производителями, где успех их бизнеса в большей степени зависит от эффективности рекламы. По этой причине ждать от самих производителей объективной информации о качестве своего товара не приходится. Это, в свою очередь, приводит к неудовлетворению от ожидаемого эффекта потребителями, что самым негативным образом отражается на отношении населения к данному сегменту рынка и тем самым не способствует потреблению товаров для здоровья. Все вышеперечисленное не способствует профилактике заболеваний в должной мере. Для сравнения: употребление населением БАД в России составляет около 15 процентов, в Японии – 97 процентов, в США и странах Западной Европы – существенно выше 70 процентов. Нужно ли напоминать, насколько велика разница в состоянии здоровья россиян и жителей этих стран.

В этой ситуации задача донести до общества объективную информацию об эффективности средств и методов лечения и профилактики – главная задача нашей Ассоциации. С этой целью издается как журнал «Вестник Ассоциации Заслуженных врачей Российской Федерации», направленный на информирование медицинского сообщества, так и газета «Здоровье и здоровый образ жизни», распространяемая бесплатно в поликлинических учреждениях московского региона. Данное издание наполнено статьями независимых специалистов-практиков, отмеченных высшим знаком отличия – званием «Заслуженный врач Российской Федерации». Этот факт дает возможность достоверно информировать население по многим злободневным вопросам, касающимся здоровья, эффективных средств и методов профилактики заболеваний и оздоровления, познакомиться с юридическими и иными вопросами, с которыми наиболее часто приходится сталкиваться гражданам в повседневной жизни.

В наши ближайшие планы входит продвижение системы объективной информированности потреби-

телей в аптеках. В этом вопросе важная роль отводится взаимодействию Ассоциации и тех аптек, которые смогут обеспечить гарантию прозрачности поставки продукции, прошедшей экспертизу нашей Ассоциации, исключая возможность проникновения фальсификата. Такой подход позволит гарантировать потребителей продукции от подделок. Все вышесказанное должно дать свои результаты в ближайшее время. По оценкам специалистов, такой комплексный подход будет способствовать значительному увеличению доверия населения к качеству товаров для здоровья, что, в свою очередь, будет стимулировать потребление действительно эффективной продукции. Это положительным образом должно сказаться на профилактике заболеваний и поддержании здоровья населения на должном уровне.

Вместе с тем существует понимание в необходимости объединения усилий всего общества для решения первоочередных по значимости задач – здоровья нации, вопросов демографии в целом. Чем большее число граждан и серьезных ответственных общественных организаций будут объединены для реализации общих целей и задач, тем более быстрыми и глубокими будут сдвиги в принимаемых решениях по этим вопросам государственных органов власти и всего общества. Медики, как, наверное, никто другой, понимают, что для здоровья нации усилий одних врачей недостаточно. Необходимо и должное финансирование отрасли, государственная система мотивации населения к сохранению здоровья, повышение культуры здоровья граждан, реорганизация системы образования, возрождение истинных духовно-нравственных ценностей, умная, ответственная политика СМИ, повсеместная пропаганда населению здорового образа жизни и идеалов физической культуры и спорта, совершенствование законодательства и многое другое.

Все это послужило основой для решения нашей Ассоциации выйти на известные, общественные организации с инициативой создания мощного общественного Движения под названием «За сбережение народа». Сегодня можно констатировать, что идея была с энтузиазмом поддержана. Межрегиональное Общественное Движение «За сбережение народа» официально зарегистрировано! Сопрезидентами Движения были выбраны: Александр Александрович Карелин – герой России, трехкратный чемпион Олимпийских игр, депутат ГД РФ; Александра Васильевна Очирова – председатель Комиссии по социальной политике Общественной палаты при Президенте России; Сергей Иванович Колесников – академик РАМН, заместитель председателя Комитета ГД РФ по охране здоровья; председателем правления Движения – Андрей Борисович Красильников, президент Потребительского общества «АРГО».

Верим, что нам удастся многое сделать для объединения нашего общества с целью решения жизненно важных вопросов, какими являются все, что связано с понятием «сбережение народа». Именно за сохранение и сбережение российского народа как национальной идеи призывали М.В. Ломоносов и А.И. Солженицын.

Надеемся и верим, что идея, озвученная великими гражданами России, будет поддержана всем нашим обществом. Сейчас, как и несколько веков назад, самым актуальным для могущества России является забота государства о сохранении народа.

## Александра Очирова: «БЕЗ ВВЕДЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ СТАНДАРТОВ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ И РЕЧИ ОБ ОТВЕТСТВЕННОЙ ПОЛИТИКЕ!»



Скорейшее внедрение системы социальных стандартов позволит обеспечить полноценное участие граждан в развитии российского сообщества, что особенно важно сегодня, когда наша страна переживает экономический кризис. Об этом председатель Комиссии Общественной палаты по вопросам социальной и демографической политике **Александра Васильевна Очирова**, которая является одним из инициаторов разработки такой системы в России, рассказывает в интервью Александру Рылову, заместителю шеф-редактора «Вестника Ассоциации Заслуженных врачей РФ»

### НАША СПРАВКА

**Очирова Александра Васильевна** – президент Международной общественной благотворительной организации «Международный женский центр «Будущее женщины», член Общественной палаты РФ, председатель Комиссии Общественной палаты по социальным вопросам, сопредседатель Общественного Движения «За сбережение народа».

Родилась 5 июля 1949 года в Старожилковском районе Рязанской области; окончила философский факультет МГУ им. М.В. Ломоносова (в 1972 году) и Высшие дипломатические курсы при Дипломатической академии МИД РФ, доктор философских наук.

Работала в Институте философии АН СССР. В 1989 году стала членом Академии творчества, была избрана ее вице-президентом; избиралась депутатом Государственной думы Федерального собрания РФ первого созыва (1993–1995), являлась членом депутатской группы «Новая региональная политика», заместителем председателя Комитета Государственной думы по международным делам; член правления российского Комитета защиты мира и Международной ассоциации фондов мира; член Международной организации «Биополитика», а также Международного политического альянса женщин.

А.В. Очирова – основатель и председатель Международного женского центра «Будущее женщины»; член Совета по материнству и детству при Президенте РФ.

В июле 2006 года была назначена членом Президиума Совета при Президенте РФ по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике; член Международного комитета по организации международных встреч женщин на высшем уровне и других международных и российских организаций; член Президиума Независимой организации «Гражданское общество»; автор ряда монографий и статей по идеологическим и философским проблемам. Лауреат премии Ленинского комсомола (1983); кавалер золотого почетного знака «Общественное признание» (2005).

– **Александра Васильевна, как государство может сегодня повысить качество жизни россиян и побороть бедность?**

– Я считаю, что в первую очередь для этого нужно разработать и внедрить систему социальных стандартов.

Дело в том, что провозглашение Российской Федерации социальным государством неизбежно ставит вопрос о конкретном содержании этого термина. Если речь идет о создании условий, обеспечивающих достойную жизнь и свободное развитие человека, то – каких именно условий, как будет реализовываться это свободное развитие?

Ясно, что речь идет о своеобразном пакете социальных благ и возможностей, которыми должен обладать любой гражданин России. Подобная постановка вопроса предполагает наличие комплекса социальных стандартов, которые объективируют понятия «достойная жизнь» и «свободное развитие человека». Однако в настоящее время мы можем говорить лишь о наличии комплектов минимальной специальной соцподдержки отдельных слабозащищенных групп населения. Говорить же об отработанном, обоснованном и реализуемом повсеместно минимуме средств, необходимых не для выживания, а именно для достойного и свободного участия гражд-

дан страны в ее развитии, практически невозможно. И особенно отчетливо это видно в малых городах и сельской местности.

**– Не могли бы вы пояснить, какой вам видится некая идеальная система социальных стандартов в нашей стране?**

– Представляется, что она должна быть многоуровневой и районированной, включая в себя обязательную часть в виде минимального пакета гарантируемых государством на определенном минимально допустимом уровне на всей территории страны услуг, который граждане должны получать на безвозмездной и безвозвратной основах. Желательно, чтобы система включала в себя стандарты, связанные с обеспечением потребностей населения в элементарных и гарантированных Конституцией социальных услугах.

Прежде всего, это обеспечение: бесперебойной и общедоступной телефонной связи, работы проводного радио и телевидения, дошкольного и школьного образования, медицинского обслуживания на дому, круглогодичное обеспечение ежедневной работы общественного транспорта в пределах муниципального или сельского района, коммунального обслуживания и других социальных благ и услуг, являющихся общепринятыми нормами качества жизни развитых стран.

**– Но я слышал, что разработка законодательной базы социальных стандартов продвигается крайне вяло. Федеральный закон о социальных стандартах был рассмотрен в первом чтении еще три года назад, после чего к нему не возвращались. На ваш взгляд, какими особенностями документа было обусловлено то, что его «притормозили»?**

– Этот закон был рамочным и не опирался на разработанную систему минимальных соцстандартов, это во-первых. А во-вторых, когда заходит разговор о том, почему правительство не поддерживает закон о минимальных соцстандартах, без чего ему не будет движения в Госдуме, мы слышим в ответ: нет денег.

Но на базе каких расчетов получается, что у нас нет денег? Введение социальных стандартов как раз и позволяет определить, на что у нас хватает средств, а на что – нет. И подобная расстановка приоритетов сейчас, в 2009 «кризисный» год, особенно важна!

Нужно убрать лазейки для ухода денег. Например, почему у нас такое дорогое жилье? Потому что дорого стоит оформление документов через карманы чиновников, получение землеотводов. Значит, нужно и в этой сфере ввести стандарты – сколько должно стоить одно окно, сколько времени строится дом. И все это закреплять в законодательстве, потому что все, что касается общественной жизни, должно быть регламентировано и просчитано. В этой стратегии

должно быть прописано: народ России является обладателем прав на национальное богатство. И это стандарт, который должен быть закреплен.

Думаю, в ближайшее время проблема принятия закона о соцстандартах встанет во весь рост. Иначе вся наша социальная политика останется просто раздачей гуманитарной помощи. Ведь стандарты – это не только минимум вещей и гарантий со стороны государства. Это еще и возможность подтягивать уровень жизни в регионах. Мировая практика показывает, что без стандартов не может быть точно просчитанной и ответственной политики.

**– Но ведь до сих пор социальная политика в России работала и без четких стандартов?**

**Нам нужны решения, которые прекратят деградацию пенсионной системы, резко ускоренную экономическим кризисом!**

– Это можно было сравнить с попаданием пальцем в небо. К сожалению, наша политика ранее решала проблемы социальной сферы в отсутствие стратегии социального развития, и поэтому реформы, которые у нас имели место, привели к тому, что сегодня мы живем в обществе риска. Хотя, безусловно, задумывались они для того, чтобы получить совсем иной результат. Во многом это объясняется тем, что на протяжении определенного времени отсутствовала стратегия, – ведь чтобы куда-то двигаться, нужно поставить цель.

В этой связи я отношусь к категории людей, которые очень высоко оценивают национальные проекты как таковые. И хотя многие ждут от них решения всех проблем, для меня в них главное – что обозначены не дополнительные материальные ресурсы, но были заданы направления развития страны. Считаю очень важным то, что к приоритетным был добавлен и проект по демографии, надеюсь, что кризис лишь притормозит, но не оборвет его осуществление, потому что именно это направление соприкасается со всеми существующими в обществе проблемами. Мы вообще сейчас ни о чем говорить не можем вне контекста демографической политики и здоровья нации. Потому что все будет бессмысленно, все экономические показатели будут виртуальными, если население России и дальше будет сокращаться темпами в полпроцента ежегодно.

**– Не получится ли так, что государство введет социальные стандарты, которые не будут соответствовать реальным потребностям?**

– При разработке стандартов государство обязательно включить в этот процесс само общество. Ведь эта

тема затрагивает интересы каждого отдельно взятого человека и страны в целом.

Я понимаю, что эта задача более чем сложная. Но нам наконец нужно начать правильно распределять средства, правильно расставлять приоритеты, а без стандартов это невозможно будет сделать. Та же демографическая политика должна строиться на мотивации к деторождению, а значит, на гарантиях государства обеспечить семье качественную жизнь, а не минимальное выживание. При этом я не имею в виду пособия и дотации. Это временная мера, которая помогает человеку выжить. Но базовые потребности и права граждан должны гарантироваться за счет выплаты зарплаты, пенсий, за счет развернутой системы социального сопровождения семьи.

**– Но ведь регионы нашего государства слишком разные, чтобы на всех территориях действовали одинаковые социальные стандарты?**

**При разработке социальных стандартов государство обязано включить в этот процесс само общество. Ведь эта тема затрагивает интересы каждого отдельно взятого человека и страны в целом**

– Никто и не говорит, что они должны быть одинаковые. Просто соцстандарт не может быть ниже установленного на уровне Федерации, а региональным властям не будет запрещено их повышать. И когда одна территория повышает свои соцстандарты, ее опыт может быть перенесен в другие похожие регионы. С другой стороны, когда мы введем это понятие, можно будет смотреть – почему в конкретном регионе стандарты не повышаются, почему не улучшается качество жизни. Выявлять причину болезни, ставить диагноз и лечить.

**– А как сами регионы отнесутся к такому нововведению?**

– На некоторых территориях соцстандарты уже введены, например, в Самарской и Калининградской областях, в Нижнем Новгороде. И, насколько я знаю, большая часть регионов в этом очень заинтересована. Сейчас наша комиссия делает модульные проекты – берет разные регионы и пытается выявить, как преодолеть в них бедность. А введение федеральных соцстандартов поможет выравнять ситуацию с уровнем жизни по всей стране. Не нужно забывать – самым выгодным вложением является вложение в человека.

**– Одним из видов подобных вложений является пенсионное обеспечение граждан, важнейший из соцстандартов. И тема эта очень актуальна для читателей нашего журнала, ветеранов российского здравоохранения. Ведь среди них много людей предпенсионного возраста. В марте этого года вы были избраны председателем Общественного совета при Президенте России по инвестированию средств пенсионных накоплений. Так что, надеюсь, информацию по пенсионным вопросам получим от вас, из первых рук...**

– Нам нужны решения, которые прекратят деградацию пенсионной системы, резко ускоренную экономическим кризисом!

Вместе с моими коллегами по Совету мы считаем, что необходимо законодательно закрепить в Гражданском кодексе статус пенсионных денег как особой формы финансовых сбережений граждан, которая предусматривает государственные гарантии сохранности, возвратности и доходности этих средств.

Нужно также объявить обязательствами государства на срочной основе до пяти лет убытки, возникшие по итогам 2008 года у негосударственных пенсионных фондов (НПФ) по не зависящим от их деятельности причинам.

**– Это срочные меры. А что в перспективе?**

– Задача стратегического характера – определение правового статуса НПФ и особенности их деятельности по накопительному пенсионному страхованию и создание системы гарантирования пенсионных накоплений граждан в НПФ. Необходимость в таких изменениях законодательства отмечается и представителями НПФ, и специалистами пенсионного рынка.

**– Как, по вашему мнению, на гарантировании и сохранности пенсионных накоплений может отразиться принятие Закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в части совершенствования порядка инвестирования средств для финансирования накопительной части трудовой пенсии в Российской Федерации», расширяющего перечень инструментов для вложения пенсионных средств?**

– Главный вопрос, который возникает к законопроекту: какие гарантии предлагаются застрахованным лицам в условиях, когда инвестиционный портфель становится более рискованным? Только широкое обсуждение предложенного проекта закона поможет защитить права будущих пенсионеров.

По моему мнению, в условиях кризиса гораздо лучше принять новое законодательство прямого действия (не требующее подзаконных актов), чем пра-

вить старое, несовершенное, противоречивое, требующее многочисленных согласований.

Я ориентируюсь на мнение специалистов в этой области. Оно защищает интересы государства и населения, соблюдает принципы надежности, доходности и возвратности вкладов в пенсионные накопления граждан.

Вместе с тем я знаю, что эта точка зрения расходится с мнением отдельных чиновников, и я надеюсь на политическую волю руководства страны.

**– Какие еще законопроекты необходимо принять для развития пенсионной системы?**

– Нам также нужна специализированная система инвестирования пенсионных активов, учитывающая принципиальные особенности пенсионных накоплений: повышенные требования к сохранности и длительные сроки инвестирования.

Сейчас единое законодательство, описывающее накопительное пенсионное страхование в целом, отсутствует. Деятельность по обязательному пенсионному страхованию отражается в ряде законов, которые, однако, не решают многие важные вопросы, в частности вопросы собственности на средства, составляющие пенсионные накопления. Так что работа предстоит большая и ответственная.

**– Насколько уровень госрегулирования способствует соблюдению прав застрахованных лиц?**

– Несовершенство системы регулирования деятельности НПФ особенно ярко проявилось в период глобального финансового кризиса. Существующая система контроля за инвестициями и отсутствие своевременной реакции со стороны ФСФР на происходящие события на финансовых рынках не позволили НПФ и их управляющим компаниям адекватно отреагировать на современные вызовы. Они не смогли вовремя перевести активы из спекулятивных финансовых инструментов в депозиты надежных государственных банков с целью их сохранения и приумножения, что явилось причиной дополнитель-



ных потерь для участников фондов и застрахованных лиц. Для того чтобы в дальнейшем избежать таких ошибок, нам нужна пенсионная служба, которая выступала бы как единый орган управления и отвечала бы за такое развитие пенсионной системы страны, которое бы, благодаря достойным пенсионным выплатам, гарантировало доступность социальных стандартов для пожилых людей, в том числе и медицинских работников.

**– Ваши пожелания читателям «Вестника»?**

– Во-первых, крепкого здоровья нашим замечательным докторам-ветеранам и многим им лет творческой, доброй, очень нужной россиянам работы!

А еще – задумываться надо всем, что происходит, должна быть включенность человека не только в профессиональную, семейную, но и в общественную жизнь. Современные концепции социального развития базируются на сплоченности. Мыслительный процесс, удовлетворение неиссякаемого любопытства должны доставлять удовольствие.

Желаю вашим читателям также успешного решения проблем здорового образа жизни. Меньше равнодушия, больше активности! Избранный путь предполагает деятельное освоение пространства, в котором живет человек, – образование, карьера, здоровье, здоровье детей, обеспеченность в старости.

# ОБЩЕСТВЕННОЕ ДВИЖЕНИЕ «ЗА СБЕРЕЖЕНИЕ НАРОДА»



В мае этого года было дано начало Межрегиональному общественному Движению «За сбережение народа». Основные цели Движения: сохранение и увеличение численности российского народа, повышение его духовно-нравственного уровня, улучшение качества жизни. Среди учредителей Движения: Ассоциация Заслуженных врачей Российской Феде-

**Цели, как и Программа Движения, благородны – через повышение уровня нравственности в обществе, идеи взаимопомощи прийти к сбережению как себя самого, так и народонаселения в целом, конкретно взятого человека**

рации в лице вице-президента, руководителя Объединенной редакции Сергея Евгеньевича Осипова, Андрей Борисович Красильников – президент Потребительского общества «АРГО», Герой России, депутат Государственной думы Российской Федерации, соучредитель Новосибирского регионального общественного фонда «Карелин-Фонд» Александр Александрович Карелин, Международная общественная организация «Врачи мира за предотвращение ядерной войны» в лице сопредседателя, депутата Государ-

ственной думы Российской Федерации Сергея Ивановича Колесникова, Международная общественная организация «Международный женский центр «Будущее женщины» в лице президента, председателя Комиссии по социальным вопросам Общественной палаты при Президенте России Александры Васильевны Очировой. Идея создания Движения была поддержана рядом представителей государственных и общественных организаций. Сопредседателями Движения были избраны Карелин А.А., Колесников С.И., Очирова А.В., первыми вице-президентами – Л.В. Архипенко и С.Е. Осипов, председателем правления Движения – Красильников А.Б. Цели, как и Программа Движения, благородны – через повышение уровня нравственности в обществе, идеи взаимопомощи прийти к сбережению как себя самого, так и народонаселения в целом, конкретно взятого человека. «Сбережение» – достаточно емкое слово, ведь сберечь – это все равно что сохранить, но тщательно, и в то же время отнестись бережно, а в социальном понимании и предоставить возможность жить достойно. Движение по замыслу учредителей должно в значительной степени содействовать в жизненном самоопределении человека, акцентируя его внимание на нравственности как категории, по праву занимающей первоочередное место в жизни. Мы знаем, что именно нравственность позволяет человеку сделать свой выбор, апеллируя к такому важному фактору человеческого существа, как совесть, и, как следствие, определить себя приверженцем оценочных категорий морального сознания – добра или зла, культуры или невежества, созидания или разрушения, расставить приоритеты в своей жизненной позиции. Выбор человека, сделанный на сторону добра, позволяет соотносить его понимание нравственности как высшее, ведь именно в таком случае человек выбирает созидание, приверженность моральным принципам, возможность достойной жизни, борьбу за свое достойное существование. И именно это состояние высокой нравственности присуще только тому, кто, перешагивая через собственный эгоизм, проявляет заботу как о себе в целом, так и о других людях, заботу об обществе. Выбор высокой нравственности как первоосновы существования позволяет сделать и другой важный вывод – о необходимости сбережения себя и общества. Человек высокой нравственной культуры обязан заботиться о своем здоровье, сохраняя (либо восстанавливая) в нормальном состоянии свой организм, такой человек по определению



должен вести здоровый образ жизни, ведь именно такой образ жизни дает возможность человеку сберечь себя, а следовательно, и обеспечить тем самым возможность оказать помощь в сбережении и другому человеку, членам семьи, коллегам, согражданам. Именно нравственность позволяет сконцентрировать свое сознание и определиться с приоритетами в жизни, понять безоговорочную прерогативу добра, а следовательно, созидать и бороться. К сожалению, на сегодняшний день мы видим то, что за последние десятилетия уровень нравственности значительно упал. Государство, общественные институты делают шаги к улучшению ситуации, задача же, поставлен-

**Выбор высокой нравственности как первоосновы существования позволяет сделать и другой важный вывод – о необходимости сбережения себя и общества.**

ная лидерами Движения «За сбережение народа», – консолидировать данные усилия, провозгласив приоритет высокой нравственности как основной в жизни человека, в жизни общества. Разве не больно смотреть людям, чей интеллект позволяет осознать ситуацию с объективных позиций вследствие своего высокого уровня знаний, культуры, жизненного опыта, на то, как легко обманывают незрелую в области жизнеутверждения молодежь со страниц некоторых средств массовой информации, иных телевизионных программ и радиопередач, навязывая приоритеты секса, насилия, распуцченности, безверия.

Уже сегодня, с первых своих шагов, Движением сделано немало, численность Движения превышает 30 000 человек из 27 регионов России, Под эгидой Движения проведен ряд массовых мероприятий, в том числе экологического, благотворительного характера, при участии Движения с Ассоциацией Заслуженных врачей Российской Федерации выпускается многотиражная газета, пропагандирующая здоровый образ жизни среди населения, газета имеет бесплатную форму распространения, готовится ряд важных благотворительных и организационных программ. Мы будем благодарны вам, если вы решите присоединиться к Движению, подкрепив своим интеллектуальным потенциалом, своим участием его ряды.

*С.Е. Осипов,  
первый вице-президент Движения  
«За сбережение народа», вице-президент,  
руководитель Объединенной редакции  
Ассоциации Заслуженных врачей  
Российской Федерации.*

## ИНФОРМАЦИЯ

### Основные принципы Движения «За сбережение народа»

(выдержки)

**Член Движения «За сбережение народа» воплощает в жизнь Цели Движения, является приверженцем идеалов высокой нравственности и, как следствие, принципов:**

#### 1. Сбережение самого себя, в том числе через:

1) Поддержание в нормальном физическом состоянии своего организма (сохранение своего здоровья либо восстановление утраченного здоровья и ведение с этой целью здорового образа жизни, приверженность к физической культуре и спорту, к правильному и сбалансированному питанию, отсутствие вредных привычек (табакокурение и др.), участник Движения является категорическим противником наркомании и злоупотребления алкоголем).

2) Повышение уровня собственного интеллектуального развития (приобретение знаний – обучение, научная деятельность (познание мира).

3) Улучшение собственного качества жизни (среды обитания, финансового благосостояния, обеспечивающего продуктивную созидательную деятельность, и т. д.).

#### 2. Сбережение народа (сбережение ближнего), выраженное через позитивную деятельность в обществе на благо такого, в том числе через:

1) Повышение уровня собственной культуры и культуры в обществе (знание и приверженность этическим правилам общественного поведения, высоким моральным критериям, принципам социальной справедливости; высокая гражданская активность).

2) Сострадание и, как следствие, индивидуальная помощь нуждающемуся человеку.

3) Совершенствование и обеспечение социальных стандартов качества жизни.

4) Сохранение либо создание качественной среды обитания (экологические критерии).

5) Созидательная деятельность на благо общества (труд, в том числе творчество, производственная деятельность, продвижение качественной продукции и услуг).

6) Стимулирование рождаемости на основе создания условий улучшения качества жизни, через пропаганду семейных ценностей.

#### 3. Участие в деятельности Движения через:

1) Пропаганду идеалов и деятельности Движения.

2) Поддержку и участие в проводимых Движением программах, акциях, мероприятиях.

3) Приверженность принципам взаимопомощи среди членов Движения.

### Мы вас ждем!

**Более подробную информацию  
можно получить по телефонам:**

**8 (495) 482 28 82**

**8 (495) 220 26 58**

# ДАН СТАРТ ОБЩЕСТВЕННОМУ ДВИЖЕНИЮ «ЗА СБЕРЕЖЕНИЕ НАРОДА»!



**На снимке:** Презентация Движения состоялась в городе Екатеринбурге 24 июля 2009 года во Дворце игровых видов спорта «Уралочка»

24 июля 2009 года в Екатеринбурге, во Дворце игровых видов спорта, на XIII ежегодной конференции Потребительского общества «АРГО» состоялась презентация Межрегионального общественного Движения «За сбережение народа». В зале присутствовало около 2900 представителей различных регионов страны и стран СНГ. Движение, зарегистрированное Министерством юстиции РФ 15 мая этого года, получило мощную поддержку собравшихся.

С восторгом были встречены видеоприветствия сопрезидентов Движения: Сергея Ивановича Колесникова, заместителя председателя Комитета по охране здоровья Государственной думы РФ, депутата Государственной думы РФ, Заслуженного деятеля науки России, академика РАМН, сопредседателя международного движения «Врачи мира за предотвращение ядерной войны», координатора раздела

программы «Ответственный бизнес за ответственное партнерство» партии «Единая Россия», президента некоммерческого партнерства «Национальная инновационно-технологическая палата»; Александра Александровича Карелина, трехкратного победителя Олимпийских игр по греко-римской борьбе, Героя России, депутата Государственной думы, члена правления партии «Единая Россия», президента Новосибирского регионального общественного фонда «Карелин-Фонд»; Александры Васильевны Очировой – президента Международной общественной благотворительной организации «Международный женский центр «Будущее женщины», председателя Комиссии Общественной палаты РФ по социальной и демографической политике, председателя Общественного совета по инвестированию средств пенсионных накоплений, члена Президиума

## Общественное Движение «За сбережение народа»

Совета при Президенте России по реализации приоритетных национальных проектов и демографической политике.

Присутствующих со сцены приветствовали: член центрального комитета Ассоциации Заслуженных врачей, Заслуженный врач РФ, Заслуженный деятель науки и образования, академик РАЕН, профессор Александр Иванович Пальцев; вице-президент Ассоциации Заслуженных врачей РФ, руководитель Объединенной редакции Ассоциации Заслуженных врачей РФ, первый вице-президент Движения Сергей Евгеньевич Осипов; генеральный директор Ассоциации Заслуженных врачей РФ, первый вице-президент Движения Леонид Викторович Архипенко.

Председатель правления Движения – президент Потребительского общества «АРГО» Андрей Борисович Красильников – сопроводил свое выступление четырьмя видеосюжетами об уже проведенных акциях под флагом Движения «За сбережение наро-

да» (две благотворительных, одна экологическая и одна спортивная).

Избранные в регионах РФ председатели правлений региональных отделений Движения возглавили шестие делегаций, которое трибуны ДИВСа встретили с большим, позитивным эмоциональным подъемом.

Активная жизненная позиция участников Движения как нельзя лучше выражена в девизе: «ВЕДИ!» Это призыв не только самому вести здоровый образ жизни, но пропагандировать его. Это призыв не только самому идти к здоровью и благополучию, к высокой цели и высокой нравственности, но и вести за собой других! Сбережение народа – задача государства, общества и каждого человека в отдельности.

*Высокой нравственности присягаем, братья!*

*Единая цель, мы будем ей верны!*

*Движенью новому раскроем мы объятья:*

*Индивидуальности – для всей большой страны!*



**На снимке:** Забег здоровья состоялся в Екатеринбурге 23 июля 2009 года в спортивном комплексе «Уктус» в рамках корпоративной спартакиады

# ВРАЧ ПО ПРИЗВАНИЮ

*Заслуженный врач, Заслуженный деятель науки и образования, академик РАЕН и академик Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы, доктор медицинских наук, профессор **Александр Иванович Пальцев** 6 августа этого года встретил свое 70-летие за написанием очередной книги. Эта книга о жизни и о времени пишется для широкого круга читателей... Зная невероятно много как о заболеваниях, так и об их профилактике, Александр Иванович сам ведет здоровый образ жизни и призывает к этому других. Годы, посвященные медицине, это доказывают*



Пальцев Александр Иванович родился 6 августа 1939 года в д. Ново-Яблонька Чановского района Новосибирской области. В 1969 году окончил с отличием Новосибирский государственный медицинский институт. Работал врачом-терапевтом областной клинической больницы, главным врачом городской больницы № 22, инструктором Новосибирского обкома КПСС, курировал вопросы здравоохранения и социального обеспечения, секретарем парткома Новосибирского государственного медицинского института (НГМИ), начальником медицинского отдела УВД, ассистентом, доцентом, профессором кафедры внутренних болезней, проректором по лечебной работе НГМИ.

С 2002 по 2008 год работал в государственном учреждении Научный центр клинической и экспериментальной медицины СО Российской академии медицинских наук в должности заместителя директора ГУ НЦКЭМ СО РАМН по научной и лечебной работе, руководил отделом медико-экологических исследований, являлся главным научным сотрудником – руководителем лаборатории гастроэнтерологии и гепатологии.

В настоящее время профессор А.И. Пальцев работает на кафедре внутренних болезней лечебного факультета Новосибирского государственного медицинского университета. Высококвалифицированный специалист и хороший организатор, он в совершенстве владеет современными методами диагностики и лечения. Принимает активное участие в обучении кадров, систематически работает с клиническими ординаторами и молодыми специалистами.

А.И. Пальцев – доктор медицинских наук с 1995 года, профессор по кафедре с 1997 года, автор более 400 научных печатных работ, в том числе 6 монографий, 8 методических рекомендаций, 4 изобретений. Он разработал способы лечения хронического описторхоза, заключающиеся в этапности терапии: подготовительной, специфической и реабилитационной. Им описаны конъюнктивальные симптомы при указанной патологии, получившие название «симптом Пальцева», а также триада Пальцева, выражающаяся в конъюнктивальном симптоме, свидетельствующем об аллергическом синдроме и воспалении на иммунной основе, «трещинах» языка – как проявлении нарушения микробиоценоза кишечника и треморе языка – как следствии вовлечения в патологический процесс вегетативной нервной системы. Александр Иванович дал принципиально новое определение хроническому описторхозу как системному заболеванию, при котором поражаются не только органы постоянного обитания паразита, но и органы, расположенные на путях его миграции, а также интактные органы и системы.

Рассматривая заболевания внутренних органов с позиций межорганных и межсистемных взаимоотношений, он описал особенности лечения хронических вирусных гепатитов, гастритов, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при их сочетании с описторхозом. Вместе с тем он постоянно обращает внимание на необходимость онкологической настороженности при работе с больными, имеющими вирусно-паразитарные ассоциации, важность раннего лечения больных вирусными гепатитами, хеликобактер-ассоциированными гастритами,

язвенной болезнью при их сочетании с описторхозом. А.И. Пальцев подготовил 3 докторов наук и 8 кандидатов наук. Он принимает активное участие в проведении и реализации научно-исследовательских программ на базе клиники и способствует их эффективному внедрению.

Пальцев А.И. является высококвалифицированным клиницистом, талантливым ученым и педагогом. Как высококвалифицированный интернист он пользуется заслуженным авторитетом среди клиницистов России, среди врачей города Новосибирска и области, а также среди пациентов, которые наблюдались или наблюдаются у него. Его научные исследования носят разносторонний характер, вместе с тем они сосредоточены в основном на проблемах гастроэнтерологии, гепатологии, паразитарных заболеваниях, в частности описторхозе, гиперэндемичным очагом которого является Обь-Иртышский бассейн.

Александр Иванович блестяще читает лекции для врачей, клинических ординаторов и аспирантов, выступал с докладами и лекциями за рубежом, в частности в университетских клиниках Китайской Народной Республики и Казахстана. Обладает прекрасными организаторскими способностями, его отличает отзывчивость, доброта, внимательное отношение к больным и коллегам.

Пальцев А. И. – член президиума Российской ассоциации и общества гастроэнтерологов и гепатологов, член Центрального совета Ассоциации Заслуженных врачей Российской Федерации. С 2003 года Александр Иванович возглавляет Академию здоровья красоты и предпринимательства «АРГО», ставящую целью популяризацию достижений медицинской науки для населения, пропаганду идей здорового образа жизни. Для этих же благородных целей ученый с мировой известностью стал одним из учредителей Межрегионального общественного Движения «За сбережение народа».

Профессор Пальцев – член редакционных советов журналов: «Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии», «Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология», «Вестник Ассоциации Заслуженных врачей Российской Федерации», «Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости», «Сибирский консилиум», научный консультант журнала «Вестник «АРГО».

В декабре 2000 года А.И. Пальцев избран действительным членом Российской академии естественных наук, в апреле 2004 года – действительным членом (академиком) Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы по секции «окружающая среда и здоровье».

Высокий профессиональный уровень, большой творческий вклад в развитие медицинской науки и здравоохранения, умение создавать творческую атмосферу в коллективе, большая работоспособность Александра Ивановича Пальцева были отмечены высокими званиями и наградами: апрель 1976 года – медаль «За трудовое отличие»,

май 1978 года – знак «Отличнику здравоохранения», декабрь 1989 года – присвоено почетное звание «Заслуженный врач РСФСР», ноябрь 2005 года – решением президиума РАЕН присуждено почетное звание и знак «Рыцарь науки и искусств», в июне 2006 года награжден Крестом «За заслуги», в марте 2007 года решением президиума Международной академии наук экологии, безопасности человека и природы за большой вклад в дело развития академии и науки в области экологии награжден медалью им. Н.К. Рериха, в июле 2007 года президиумом РАЕН присвоено почетное звание «Заслуженный деятель науки и образования», в ноябре 2008 года решением президиума РАЕН награжден серебряной медалью академии «За развитие медицины и здравоохранения».

Кроме этого, Александр Иванович имеет ряд благодарностей от мэрии г. Новосибирска. А в феврале 2009 года врачу и ученому А. И. Пальцеву была вручена благодарность от президента Ассоциации Заслуженных врачей Российской Федерации, Заслуженного врача, д.м.н., профессора В.Н. Лазарева за активную деятельность в Межрегиональной общественной организации «Ассоциация Заслуженных врачей Российской Федерации» по реализации программы «Защита здоровья нации» за популяризацию идей здорового образа жизни, высокорезультативную работу в области профилактики заболеваний.

### **Уважаемый Александр Иванович!**

**От души поздравляем Вас с юбилеем! Желаем Вам здоровья, неиссякаемой творческой энергии, новых идей и претворения Ваших больших и светлых планов в жизнь!**

**Пусть Ваша работа приносит Вам всегда радость, желание идти дальше и вести за собой других. Здоровья Вам и Вашей прекрасной семье! С юбилеем Вас, Александр Иванович!**

*Центральный совет Ассоциации  
Заслуженных врачей РФ от лица всех  
Заслуженных врачей России,  
редакция журнала*

# КАЖДОМУ УНИВЕРСИТЕТУ – ПО КЛИНИКЕ!

## НАША СПРАВКА

**Анатолий Михайлович Аванесов**, профессор, заведующий кафедрой общей стоматологии Российского университета дружбы народов, врач с 30-летним стажем, всю сознательную жизнь занимался вопросами организации здравоохранения, педагогической научной и клинической деятельностью.

В своей практической деятельности прошел все ступени медицинской карьеры: врач, заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии, заместитель главного врача, главный врач Центральной поликлиники № 1 МПС России, руководитель врачебно-санитарной службы Московской железной дороги.

Большое внимание уделяет подготовке молодых специалистов, развитию мануальных навыков, их адаптации в медицинской среде. Профессор Аванесов знаком с неоднозначным положением на рынке стоматологических кадров, о трудностях, касающихся вчерашних выпускников медицинских вузов.



Сегодняшнее состояние российского здравоохранения оценивается в лучшем случае как удовлетворительное. Во всех отношениях, в том числе и с точки зрения материально-технической оснащенности. Но именно на такой несовершенной базе учатся наши студенты, будущие специалисты. К тому же не секрет, что организовать подготовку врача, его профессиональное становление достаточно сложно. Поэтому сегодня сложно найти выпускника медицинского вуза, владеющего полным набором всех необходимых навыков. Например, в стоматологии в лучшем случае мы готовим студентов на фантомах. Но никакой фантом не заменит конкретной клинической работы. В стоматологии без мануальных навыков просто не обойтись: это ювелирное искусство. А кто сядет в кресло к студенту 4-го курса, который только осваивает навыки анестезии?

В итоге не удовлетворены преподаватели, студенты, а в конечном счете государство, которое получает недостаточно квалифицированного молодого специалиста. Работодатели жалуются на слабую подготовку сегодняшних выпускников, университеты сетуют, обращаясь к работодателю, что испытывают страшный дефицит клинических баз.

С появлением закона «О защите прав потребителя» наше поле практической учебной деятельности сократилось. Сегодня пациент вправе выбирать врача, и не каждый хочет, чтобы на нем обучались студенты. А представьте многопрофильную клинику, где обходы идут один за другим. Такое нашествие студентов вызывает недовольство, а порой и справедливое возмущение со стороны больных.

Поэтому, признаюсь честно, сегодня мало медицинских учреждений, где хотят принимать на практику студентов. Начнем с того, что практическому врачу студенты не нужны. Ему за них не платят, но спрашивают за те ошибки, которые возможны на этапе обу-

чения. К тому же он совершенно не обязан заниматься этим.

А командированный на время прохождения практики ассистент тоже не в состоянии уследить за каждым. Даже само посещение клиник студентами – в какой-то степени нарушение общепольничного режима. С этим мы тоже должны считаться. Поэтому здесь возникает конфликт интересов. Университеты сегодня стали существенным бременем для практического здравоохранения. Однако отдача со стороны научно-педагогического сообщества практической клиники не всегда равнозначна затратам, которые несет учреждение здравоохранения.

Значительные коррективы «со знаком минус» вносят платное образование, когда родители покупают будущую профессию ребенку без всякой его душевной заинтересованности. Зачастую, окончив вуз, такой студент не становится по своему духу медиком.

Сегодня очень актуален вопрос о распределении выпускников. Часто задаю вопрос пятикурсникам, кто из них готов уехать из Москвы. 85–90 процентов хотят остаться в столице. Но как тогда развивать здравоохранение в регионах? Мы уже столкнулись с проблемами сельского здравоохранения. Почему на государственном уровне сегодня не определяется, где есть заинтересованность в молодых специалистах, где их примут с распростертыми объятиями? Кто гарантирует выпускнику приемлемые жилищно-бытовые условия? А насколько оснащено то учреждение, где он будет работать? Никто сейчас не захочет начинать свою работу с нуля, когда буквально нет ничего – ни пинцета, ни скальпеля, ни перевязочного материала.

Негативно сказывается на рынке труда проведение бесконечных коммерческих конференций, семинаров, обучающих курсов и т.д.: у молодого специалиста просто кружится голова – сегодня он со-

вершенствуется в терапии, завтра в хирургии. Он постоянно мигрирует от одной выставки к другой и не в состоянии определиться, что же ему действительно нужно. Сегодня, подчеркиваю, даже у коммерческих структур, во всяком случае у большинства из них, нет стратегии подготовки, привлечения и развития специалистов. Чему же мы удивляемся, когда молодые люди выбирают клинику, где им предложат на 50 долларов больше, ни на что более не ориентируясь? Вот истоки всех проблем, с которыми мы сталкиваемся, вопросы, на которые должны ответить руководители здравоохранения самого высокого ранга.

Все вышесказанное заставило меня обратиться с письмом в министерство здравоохранения и социального развития России с рядом предложений, касающихся реализации проблем отечественного здравоохранения. Я изложил свою точку зрения на вопрос организации вузовских клиник, распределение выпускников, о сельском и ведомственном здравоохранении.

На мой взгляд, одним из путей решения проблем, стоящих перед отечественным здравоохранением и университетским сообществом в вопросах, отвечающих подготовке кадров, соответствующих современным требованиям, является создание университетских клиник общего и стоматологического профиля. Медицинское учреждение, подведомственное университету, по-иному осознает стоящие перед ним педагогические, научно-практические и изыскательские задачи. Ведь его штат составят студенты, клинические ординаторы, научные сотрудники, профессора. С другой стороны, больной, зная, что идет в университетскую клинику, уже заранее готовит себя к тому, что в какой-то степени он будет предметом обучения. Но такие клиники должны отвечать самым высоким параметрам обеспеченности, материально-технической оснащенности, организации работы. Тогда мы сможем готовить специалистов, которые будут отвечать всем современным требованиям, государство получит высокопрофессионального специалиста. И многие университеты идут по этому пути. В настоящее время в большинстве случаев клиническими базами вузов являются лечебно-профилактические учреждения различной мощности и назначения. И не секрет, что большинство из них требуют модернизации и реформирования, то есть подготовка специалистов на этих базах уже заведомо не отвечает современным требованиям. Обучение в таких условиях связано с рядом объективных и субъективных трудностей. Например, отсутствием современной аппаратуры, заинтересованности персонала лечебно-профилактического учреждения в совместной работе, с одной стороны, и отсутствием заинтересованности со стороны профессорско-преподавательского состава в более эффективной работе лечебного учреждения – с другой. Например, в РУДН самое серьезное внимание уделяется оптимизации процесса обучения. Мы тоже находимся на этапе реформирования, активно решается вопрос создания университетской клиники. Это острая необходимость в организации учебного процесса в целом.

Сейчас в государстве сложилась обстановка, которая способствует разрешению ситуации с клиническими базами. Многие больницы перепрофилируются, многие закрываются в связи с финансово-экономическими трудностями. Самое время рассмотреть вопрос о закреплении такого учреждения для университета и при соответствующей государственной помощи превратить их в центры развития медицинской педагогики. Без этого мы просто ничего не сделаем. В условиях рыночной экономики учебные заведения не являются профильным активом для руководителя клиники, а рассматриваются как дополнительная нагрузка. И на этапе приватизации здравоохранения, которая сейчас идет, эти противоречия примут еще более разрушительные формы.

Поэтому университеты должны объединить усилия с практическим здравоохранением, с бизнес-сообществом в подготовке и развитии кадров. К сожалению, пока этого нет.

Серьезным шагом к решению этой проблемы я считаю реализацию проекта кафедры общей стоматологии РУДН «Стоматология: вчера, сегодня, завтра». Цель проекта – подготовка конкурентноспособного в условиях рыночной экономики врача-профессионала. Работодатели обращаются к нам с заказом на подготовку того или иного специалиста, например имеющего высокие мануальные способности или склонного к научной и организационной работе.

Мы проводим селекцию среди студентов, отвечающих заданным параметрам, направляя их в учреждения, где работодатель окончательно формирует необходимые параметры молодого специалиста, начиная с ранних этапов обучения. Ведь, скажем, если говорить о научной работе, то ее навыки студент приобретает, выступая с докладами на вузовских конференциях, публикациях в специализированных изданиях и т.д. И потребность в таких специалистах будет только возрастать. Без научно-практической работы развития серьезных учреждений здравоохранения уже просто невозможно себе представить. Правда, сегодня в редкой клинике вы увидите специалиста по подбору кадров, который подходит к этому вопросу стратегически. В результате реализации данного направления мы подходим по принципу целевой подготовки специалиста или «под заказ».

В ряде учреждений главные врачи думают не только о сегодняшнем заработке. Они готовы к сотрудничеству, которое принесет пользу как здравоохранению в целом, так и клинике. Не менее важно, что и перед студентом открывается прекрасная перспектива: он знает не только, куда пойдет трудоустроившись после получения диплома, но у него есть возможность пройти практику в «своей» клинике, обратиться туда за консультацией или поработать ассистентом. Здесь налицо взаимный интерес, полагаю, такой подход будет иметь колоссальную отдачу и с государственной точки зрения. Сейчас наши выпускники, что называется, на семи ветрах. Жизнь заставляет их думать прежде всего о сиюминутном заработке, а не о профессиональных перспективах. Процесс трудоустройства можно охарактеризовать как броуновское движение. Но нужно его как можно быстрее упорядочить.

# НАНОТЕХНОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ



*По заявлению ВОЗ, ожидается, что развитие нанотехнологий в медицине приведет к созданию совершенно новых приемов молекулярной диагностики заболеваний, а также способов направленной доставки генов и других макромолекул в строго определенные типы клеток для их излечения. Однако сумеет ли Россия подготовить собственных специалистов для того, чтобы развивать это направление? Рассказывает декан факультета фундаментальной медицины МГУ, академик РАН и РАМН **Всеволод Арсеньевич Ткачук***

Национальный институт здоровья в США впервые применил термин «наномедицина», чтобы ограничить области исследований и практического применения, где макромолекулы и наночастицы используются для диагностики и лечения болезней.

Говоря о нанотехнологиях, мы подразумеваем конструирование молекул или частиц от  $10^{-9}$  до  $10^{-6}$  метра. Сюда относятся белки, ДНК и РНК, антитела, вирусы. Пептиды, а тем более атомы (зона  $10^{-9}$  –  $10^{-12}$  метра) не относятся к наночастицам. Они меньше. Бактерии и клетки (зона  $10^{-6}$  –  $10^{-3}$  метра) тоже не относятся к наночастицам, будучи крупнее их. И подчеркну, что нанотехнологии предполагают конструирование, а не банальное применение перечисленных молекул и частиц!

Диагностические методы на основе нанотехнологий уже применяются в клиниках. Однако, увы, ни один лечебный нанотехнологический препарат в первой половине 2008 года еще не был разрешен для массового применения. Правда, некоторые из них уже находятся на завершающих стадиях клинических испытаний.

В мире сейчас развиваются четыре основных направления наномедицины.

Первое – это визуализация патологических процессов в живом теле с помощью контрастных нано-

частиц. Второе – создание на основе молекул ДНК, белков или их метаболитов биомаркеров, выявляющих биохимические поломки в целом организме. Третье направление – разработка систем адресной доставки лекарств в клетки и ткани. Четвертое – создание нанороботов.

Теперь по порядку. Чтобы с помощью биомаркера визуализировать, то есть сделать в живом организме видимым невооруженным глазом, например, метастазирование в лимфоузлы раковых клеток из первичной опухоли предстательной железы, используют так называемые магнитные наночастицы. Они содержат полученное в результате специальных химических реакций супермагнитное кристаллическое ядро из оксида железа. Образно говоря – частицы железа, которого нет в нормальном организме. Эти намагниченные частицы вводят в составе раствора в вену онкологического больного. В кровотоке частицы поглощаются клетками-фагоцитами, для которых они являются чужеродными телами. Меченые фагоциты разносятся по организму и попадают в лимфоузлы. А поскольку скопления подобных фагоцитов превратятся в контрастирующие агенты для прибора магнитно-резонансного томографа, то врач увидит такие лимфоузлы на дисплее как цепочки из ярких точек.



Обратимся теперь к направлению наномедицины, выявляющему общие биохимические нарушения. Уникальность нанотехнологий в подобной диагностике состоит в том, что они позволяют детектировать в тысячи раз меньшие концентрации белков, ДНК, вирусов, чем это было возможно при рутинных технологиях. К ним относились, например, микрочипы, применяемые для диагностики.

С помощью же квантовых точек сейчас создаются уже не микро-, а наночипы. Они позволяют генерировать сотни миллионов точек на той же площади, которую занимала единственная точка в микрочипе. Ожидается, что уже в начале 2010-х годов сконструируют наночип, на который будет нанесен весь геном человека! Это позволит выявлять любые мутации, определять активность множества генов в одном-единственном анализе, в одной капле крови пациента.

Еще одна перспективная область наномедицины – генотерапия. Она включает прицельную доставку генов в ткани и клетки, которым необходимо лечение. Фрагмент ДНК плотно упаковывается и помещается в наноконтейнер. Наиболее успешные примеры генотерапии – это доставка в наноконтейнерах копии гена VEGF-165, иначе называемого ангиогенным фактором. Он стимулирует ангиогенез, то есть образование новых кровеносных сосудов артериол и капилляров.

**В целом Россия тратит на здравоохранение и медицинскую науку около 3 процентов бюджета. 6 процентов расходуют страны Балтии, «старые» члены Евросоюза – 8–10 процентов, Швейцария – 11 процентов, США – уже более 15 процентов**

Американцы разработали поразительный прибор, с помощью которого инъекцию раствора с такими наноконтейнерами можно сделать точно в ту область сердечной мышцы, которая пострадала после инфаркта. Больному вводится катетер, проникающий через какой-то крупный кровеносный сосуд в желудочек сердца, рядом с которым находится зона инфаркта. Головка катетера излучает ультразвук и измеряет электропроводность в ткани миокарда. Туда, где она оказывается измененной вследствие инфарктного поражения, и производится микроинъекция раствора с наноконтейнерами. Через две-три недели в клетках заканчивается считывание информации с «гена-новосела». Начинается ангиогенез. Этот метод сейчас проходит в США завершающую фазу клинических испытаний с участием добровольцев. В России же пока удалось освоить подобную технологию в опытах на животных.

Что же касается нанороботов, то целиком такой механизм еще не создан нигде в мире. Но в ряде лабораторий РАН и МГУ уже испытан биосовместимый

двигатель для нанороботов. Это одновременно и «гусеничная» тяга, и мотор с высочайшим КПД – 92–95 процентов. Ведь здесь химическая энергия превращается в механическую без выделения тепла. В нашем двигателе использован принцип, по которому сокращается мышечная клетка за счет взаимодействия двух белков: актина и миозина. Когда их нити скользят по поверхности друг друга, цепляясь своеобразными электрохимическими «зубчиками», происходит сокращение мышцы.

Мы же присоединили белок миозин к наноконтейнеру. Затем ввели это крошечное устройство внутрь клетки, где актиновые белковые нити образуют ее микроскелет. Был снят фильм, показывающий, как наша «миозиновая тележка» энергично устремилась по актиновым рельсам внутри цитоплазмы клетки. Надеемся, что наши биомоторы можно будет использовать для доставки макромолекул, необходимых для лечения или диагностики, к ядру или органеллам клетки. В то же время по причине недостаточного финансирования российской медицинской науки может случиться так, что нашим пациентам, мечтающим о лечении с помощью наномедицины, еще долго придется получать его исключительно в западных странах, а не на родине.

В целом Россия тратит на здравоохранение и медицинскую науку около 3 процентов бюджета. 6 процентов расходуют страны Балтии, «старые» члены Евросоюза – 8–10 процентов, Швейцария – 11 процентов, США – уже более 15 процентов. На здоровье каждого россиянина наша страна тратит, по разным оценкам, 120–160 долларов в год, «старые европейцы» – свыше 3000 долларов.

И мало кто знает, что развитые страны выделяют больше 50 процентов своего общего медицинского финансирования на науку. Таким образом, на практическое здравоохранение остается меньше половины. Однако за счет того, что общий объем финансирования весьма высок, достаточно средств получают и больницы, и научные институты. Словом, «хватает и нашим, и вашим». В России же на медицинскую науку отпускаются лишь крохи. Если так и останется, нанотехнологии в нашей медицине продолжат свое существование лишь как экспериментальные разработки.

Зато если обратиться к другому «недугу» российской медицинской науки, то, на мой взгляд, ситуация с утечкой мозгов сейчас выглядит уже не столь тревожно.

Факультет фундаментальной медицины (ФФМ) МГУ, который я возглавляю уже восьмой год и который, как и МГУ в целом, является базой для подготовки специалистов для высокотехнологичных отраслей, произвел к 2007 году десять выпусков врачей. Всего 333 человека. Из них уехали работать за рубеж около 15 человек – менее 5 процентов. А ведь дипломы выпускников ФФМ вполне конвертируемы в развитых странах!

Наши студенты, в дополнение к минимальному набору знаний и навыков врача, предусмотренных об-

разовательными стандартами РФ, получают и другую «порцию образования». Она приближает их, во-первых, к врачам, которых выпускали российские университеты до 1930 года, когда медобразование по всей стране вывели из университетов и сделали функцией медицинских институтов, а во-вторых – к выпускникам западных стран, где медицинское образование молодежь получает только в стенах университетов.

Специфика этого дополнительного образования состоит прежде всего в том, что за три первых года обучения наши студенты проходят на кафедрах МГУ значительно более широкую подготовку по физике, химии, биологии и другим фундаментальным дисциплинам, чем студенты медвузов.

**Я уверен, что подавляющее большинство наших выпускников применят свои знания для развития медицинской науки именно своей родной страны!**

К тому же два года они изучают биоинформатику. Добавьте сюда и углубленное изучение английского языка, и обязательную защиту дипломной работы, написанной на основании экспериментальных данных, полученных в результате соучастия студента в каком-либо исследовании университетских ученых.

За счет всего этого наша молодежь приобретает способность и даже подлинное пристрастие к научной работе, которую более чем 90 процентов из них уже по окончании ординатуры, а затем, в большинстве случаев, также и аспирантуры, совмещают с врачебной деятельностью!

Видимо, на сегодня это и есть оптимальный способ подготовки в России специалистов для медицинской науки, и в том числе для нанотехнологий. Если в науку приходит выпускник обычного медвуза, ему не хватает знаний по фундаментальным дисциплинам. Необходимо тратить много времени и сил на то, чтобы восполнить отсутствие базового университетского образования. Да и восполним ли вообще такой пробел?

А если медицинской наукой начинает заниматься, например, биохимик или биофизик, выпускник МГУ, который согласно своему диплому не имеет права на лечебную деятельность, то из-за низкой зарплаты за «чистую» науку без врачебной практики он в большинстве случаев вскоре уезжает работать в Европу или США.

Подготовка одного выпускника ФФМ обходится государству недешево – около 6000 долларов в год, то есть почти в четыре раза дороже, чем в обычном медвузе. Но очевидна и польза от столь высо-

кого вложения средств в наших студентов! У нас на ФФМ на одного преподавателя приходится примерно два студента. А в медицинских институтах России – в среднем около десяти. Мы выпускаем в год не более 50 врачей, тогда как среднестатистический медвуз страны – 500, а некоторые и более полутора тысяч. В то же время выпуск докторов в Гарвардской медицинской школе США – одном из лучших и старейших вузов этой страны – 100 человек в год!

Однако сразу поднимается вопрос: откуда же нашей стране с населением сто сорок миллионов человек набирать ежегодные пополнения врачей, если вдруг все высшее медицинское образование России вернется на «университетские рельсы»?

Но, во-первых, это вряд ли когда-нибудь случится, да и не уверен, что сейчас это нужно. В России один врач приходится на 240 жителей, в США – на 400, в Великобритании – на 800. Тем не менее качество американского и британского здравоохранения далеко опережает российское...

Чем более высокотехнологичной становится современная медицина, тем больше подходит к ней суворовская крылатая фраза «воюй не числом, а умением». Пример наших выпускников, которые работают в элитных клиниках и ведущих российских НИИ, кстати, подтверждает и то, что в современной медицине «воюющие умением» заслуженно занимают лучшие места, уже в молодые годы становятся руководителями коллективов.

В 2008 году мы открыли пятилетнюю подготовку по специальности «фармация», чтобы готовить профессионалов для новых фармацевтических технологий. Первый набор включал всего 30 человек. Но мы убеждены, что и в случае с фармацевтами, как и с врачами, мы должны сохранить «штучный», индивидуальный принцип подготовки специалистов.

Факультет фундаментальной медицины стремительно развивается не в расширении выпусков, а в качестве подготовки специалистов, и в этом нам очень поможет то, что к концу года, надеюсь, будет завершено строительство Медицинского центра МГУ. Он станет клинической базой нашего факультета. Инициатива строительства Центра, разработка его концепции и структуры принадлежат ректору МГУ, академику В.А. Садовничему.

Медицинский центр – это подарок правительства Москвы нашему университету, во-первых, к 250-летию юбилею МГУ, которое отмечалось в 2005 году; а во-вторых – к 250-летию начала медицинского образования в России. Оно началось еще в Императорском московском университете в 1758 году. Его юбилей отмечался осенью 2008 года.

Итак, на факультете фундаментальной медицины МГУ мы готовим специалистов для самых сложных и одновременно наиболее перспективных областей медицины. И я уверен, что подавляющее большинство наших выпускников применят свои знания для развития медицинской науки именно своей родной страны!

# ОНКОМАРКЕРЫ



*В мире все активнее развивается «индустрия» тестов, выявляющих в нашем организме поврежденные гены – вероятные факторы развития рака и других тяжелых заболеваний. Каковы научные основы разработки таких методов диагностики, чем уже сегодня они полезны пациентам, рассказал доктор биологических наук, профессор Дмитрий Владимирович Залетаев, заведующий лабораторией Института молекулярной медицины Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. Беседу ведет Александр Рылов*

**– Дмитрий Владимирович, с «поломками» генов сегодня связывают причины все большего числа недугов. Мы стоим на пороге молекулярно-генетического переворота в медицине?**

– Увы, пока нет. Вспомним: между открытием микрорганизмов и началом широкого применения антибиотиков прошло без малого 80 лет. Структуру ДНК определили около полувека назад, а расшифровали всего-то 6–8 лет назад, но пока ни одну болезнь нельзя вылечить на основе «ремонта» дефектных генов. К тому же почти все практические успехи на этом пути пока относятся к диагностике, причем в области онкологии.

**– Почему так получилось?**

– Исследование молекулярно-биологических механизмов образования злокачественных опухолей становится все более актуальной проблемой, не только медицинской, но и социальной. Фактически нет семьи, которая не столкнулась бы с той или иной его формой. И если частота основных сердечно-сосудистых заболеваний повсеместно постепенно стабилизируется, то распространенность онкологических демонстрирует заметный рост.

Например, количество случаев возникновения меланомы за последние 60 лет в мире увеличилось почти в 20 раз, а злокачественной опухоли молочной железы – каждый год повышается на 1,2 процента. «Рекордсмены» же по численности – аналогичные патологии, возникающие в легких, яичниках, желудочно-кишечном тракте (подчеркну: последнее время даже у людей молодого и среднего возраста). Они обусловлены и неблагоприятной экологиче-

ской обстановкой, и образом жизни, но в особенности генетическими предпосылками, что у специалистов ныне уже не вызывает сомнений.

О ключевой роли поврежденных молекул ДНК в развитии рака свидетельствует множество фундаментальных фактов. Главные из них – его наследственные формы, наличие в организме человека большого числа хромосомных перестроек, мутаций генов, ряда онкогенных вирусов, способных взаимодействовать с геномом клеток хозяина, встраиваться в молекулы ДНК, влияние на него химических веществ и физических воздействий, обладающих мутагенным и канцерогенным эффектами. На основе накопленных знаний о причинах возникновения опасных новообразований в конце XX века в экономически развитых странах начали создаваться диагностические инструменты, названные генетическими онкомаркерами (ГОМ).

**– Что это такое?**

– Так именуют гены, поврежденные либо в результате наследственной мутации, либо в течение жизни пациента. В первом случае возникают наследственные, во втором – приобретенные формы злокачественных опухолей. Надо сказать, ГОМ присутствуют не только в пораженном органе, но и в так называемой свободной (внеклеточной) ДНК, содержащейся в плазме крови, мокроте, слюне. Поэтому их можно выявлять малотравматичным методом, причем даже в начальных стадиях болезни. Правда, обнаружение лишь одного «сломанного» гена – не доказательство наличия патологии. Так что в любом случае мы работаем с несколькими, чем, в частности, обусловлена относительно высокая стоимость соответствующих тестов (в России от 2–3 тысяч рублей).

Расскажу теперь об общих принципах диагностики с помощью онкомаркеров. У них уже сложилось несколько «профессий».

**– Может быть, начать с находящей в наши дни наибольшее применение?**

– Тогда речь пойдет о наследственных формах рака. Они не превышают 10 процентов всех известных, однако крайне опасны. Когда наблюдается мутация генов, риск этих заболеваний превышает 80 процентов! Раньше только по косвенным признакам медики обнаруживали присущие им повреждения человеческого генома. И лишь теперь, после его полной расшифровки, оказалось возможным увидеть «молекулярные портреты» новообразований.

С помощью тестов на ГОМ в настоящее время практически во всем мире выявляют наследственные формы злокачественной опухоли молочной железы (встречаются примерно у одной из 500 женщин) и толстого кишечника (приблизительно в 2 раза реже). Лабораторный анализ в первом из указанных случаев проводят после консультации пациентки у врача-онкогенетика и оценки семейной ситуации: было ли в ее роду более одной страдавшей таким недугом, причем с двусторонним поражением; начинался ли он в молодом возрасте; сочетался ли с онкологическими болезнями яичников и т.д. Маркеры его наследственной формы – гены BRCA1 и BRCA2. Если в них обнаруживаются мутации, то почти 70 процентов американских и европейских женщин соглашаются на профилактическую операцию по удалению молочной железы. В России также осуществляют коммерческую ДНК-диагностику этого типа опухолей, а также яичников, толстого кишечника и т.д.

Педиатрические наследственные злокачественные новообразования, например медуллярный рак щитовидной железы, характеризующийся быстрым метастазированием, встречаются гораздо реже вышеупомянутых – приблизительно у одного из 20–30 тысяч детей. Однако, узнав о положительном ДНК-анализе, родители ребенка почти всегда соглашаются на операцию, поскольку риск заболевания в этих случаях достигает 100 процентов.

**– А чем полезны генетические маркеры для диагностики приобретенных видов столь страшных патологий? Ведь в онкологии их подавляющее большинство.**

– Я уверен, что в грядущем самой важной и востребованной «профессией» ГОМ будет отслеживание ранних стадий именно таких опухолей, причем основанное на тестах, благодаря своей дешевизне и доступности пригодных для массовой диспансеризации. А пока, к сожалению, во всем мире используют негенетические маркеры, у которых есть общий недостаток – недостаточные чувствительность и специфичность.

Приведу пример. Если бы легендарный Дон Жуан очутился в наше время и прошел распространенную ныне пробу на «негенетический» онкомаркер ПСА

(простата-специфический антиген) – один из белков, выделяемый клетками предстательной железы, то его, даже вполне здорового, ждали бы сильнейшие треволнения. У великого ловеласа заподозрили бы рак этого важного органа! Ведь реакция в данном случае могла бы оказаться положительной как при его опухоли, так и при некоторых других заболеваниях предстательной железы. И даже у мужчины, исполнявшего накануне супружеские обязанности...

А вот обследования на ГОМ позволяют оценить онкологический риск практически сразу. Соответствующие методики, кстати, более дешевые, чем применяемые в настоящее время для массовой диагностики анализы, в частности на ПСА, – технически уже реальность. Так, специалисты нашей лаборатории разрабатывают относительно недорогой молекулярный тест для выявления злокачественного новообразования простаты, основывающийся на исследовании 5–7 генов, участвующих в опухолевом процессе.

Самые большие надежды в данной области медицины я связываю с появлением «дозорного» микрочипа для выявления ранних стадий сразу многих патологий. Напомню: это стеклышко с нанесенными на него несколькими специально обработанными фрагментами ДНК; когда такая «платформа» распознает патологию, то подает цветовой сигнал. Среди примерно 100 генов человека, повреждения которых вызывают рак, есть несколько перспективных в качестве подобных многоцелевых онкомаркеров. В сотрудничестве с учеными Института теоретической и экспериментальной биофизики РАН (город Пущино, Московская область) мы создаем такой «микрочип-универсал». Он несет восемь ГОМ – «бригаду сторожей», устанавливающих появление соответствующих заболеваний простаты, легкого, молочной железы, кишечника и нескольких других. Подобные работы начали и в зарубежных научных центрах.

**– Что бы вы могли рассказать об остальных «профессиях» онкомаркеров?**

– Еще они умеют находить микрометастазы. Сделав это традиционными методами практически невозможно. Поэтому после любой операции по удалению опухоли пациенты раньше оставались в высокой зоне риска: не затаились ли где-то ее мельчайшие остатки? А теперь их можно обнаружить с помощью ДНК-анализов. В крупных онкологических центрах России и за рубежом ГОМ уже применяют для подобного поиска в случаях наиболее опасных новообразований, например меланомы; а также для проверки эффективности лечения и в периоды ремиссии опухолей различной локализации.

Кроме того, предлагаемые методы диагностики могут защитить от риска, угрожающего не только здоровью, но и кошельку больного. Хорошо известно: чем сложнее, а следовательно, дороже лекарство – в онкологии таких особенно много, – тем больше шансов, что одному оно поможет, зато другой, купив его, только потеряет деньги и драгоценное время. По мнению специалистов, такая различная чувствительность к поступившим в наш организм медикаментам

обусловлена неодинаковой активностью управляющих их биохимическими превращениями ферментов (крупных белковых молекул).

**– Но ведь лабораторное тестирование, отражающее их деятельность, применяли уже давно.**

– Верно. Но с его помощью можно было увидеть лишь «дым от огня» – определяющие работу указанных ферментов гены не все одинаковы, а имеют свои варианты, которые определяют скорость работы этих ферментов. Характеристика таких полиморфных вариантов в последнее время проводится очень интенсивно. Хотя не вполне правильно причислять их к ГОМ, но именно в онкологии сейчас закладывается практика использования таких «меток», в последующем, надеюсь, способная распространиться на другие области медицины.

Работоспособность генов, «кодирующих» выше-названные ферменты, проверяют перед назначением наиболее дорогостоящих противоопухолевых лекарств. В результате по итогам ДНК-тестов можно предсказать, подействуют ли они, и заодно спрогнозировать соответствующие побочные эффекты. Если учесть, что ежемесячная стоимость подобного лечения порой доходит до полумиллиона рублей, а молекулярный анализ обойдется на два порядка дешевле, понятна его экономическая целесообразность.

И напоследок о прогностических онкомаркерах. Оценив характер генетических «поломок», уже сейчас можно предсказать, насколько быстро и опасно будет развиваться рак. Наиболее основательно разработаны методики для опухоли молочной железы. В частности, поразительные результаты удалось получить в одном из московских научных центров при диагностике такого ее вида, как карцинома. У всей обследованной там группы пациенток, судя по симптомам развития (но только до определенного этапа!) и гистологическим признакам, выявили один и тот же недуг. А вот генетические нарушения у них были столь непохожими, что, казалось, речь шла о различных. И действительно, лечение показало: у одних новообразование поддавались химиотерапии, а у других болезнь оказалась гораздо более тяжелой.

Прогностические онкомаркеры сейчас создают также для рака легкого, почки, мочевого пузыря, простаты и др. К сожалению, пока не всегда можно спасти больных, когда ДНК-тест говорит о неотвратимом и практически безвариантном риске, но я уверен, что молекулярно-генетические исследования в ближайшем будущем помогут найти эффективные способы лечения.

**– Мы много говорили о вызывающих рак генетических «поломках». Не могли бы вы рассказать подробнее о том, как и почему подвергнувшаяся им клетка превращается в опухолевую?**

– Мутации – не единственные повреждения генов, инициирующие рак. Кодированная последовательность ДНК в пораженной им клетке может сохраниться такой, как в здоровом организме. Однако она

подвергается модификации, причем в регуляторных районах генов, которые не занимают «печатани-ем» белков, но контролируют работу гена и соседних фрагментов генома. Такую модификацию называют метилированием регуляторных участков генома.

Происходит данный процесс следующим образом. Нить ДНК построена из четырех молекул-нуклеотидов (основных составляющих биологически активных соединений, разными последовательностями которых зашифрованы все человеческие белки). К одному из них (в данном случае цитозину) присоединяется небольшой метиловый остаток (СН<sub>3</sub>). В результате образуется метилцитозин, иначе говоря, пятый нуклеотид. В нормальных клетках, в генах-супрессорах роста опухоли (тормозящих ее развитие), он никогда не встречается, зато обязательно появляется в пораженных. Причем характерен для всех разновидностей заболевания – наследственных, приобретенных, вызванных вирусом или какими-то непонятными пока причинами.

Впрочем, о метилировании ДНК в раковых клетках знали уже давно. Но лишь в последние годы стало ясно: это не только универсальная, но и необычайно ранняя особенность канцерогенеза. «Пятая колонна» появляется за 2–3 года до того, как новообразование можно будет обнаружить известными ныне методами, следовательно, представляет собой высокоспецифичный и чувствительный биомаркер. Вот почему создание для практической медицины новых видов ГОМ, способных уловить подобные нарушения, – одна из важнейших тем исследований нашей лаборатории. Кстати, совсем недавно в свет вышла наша книга «Системы генетических и эпигенетических маркеров в диагностике онкологических заболеваний», которая будет способствовать скорейшему внедрению современных достижений молекулярной генетики и онкологии в клиническую практику.

Мы изучаем также причины превращения клетки с метилированной ДНК в раковую. Когда регуляторные участки генома перестают контролировать работу генов-супрессоров, она начинает размножаться. К тому же становится настоящей «пираткой»: пускается в странствия по человеческому организму, расселяясь в тканях, где ей не положено находиться. Причем «клетки-аборигены» не в состоянии уничтожить поразительно агрессивную «захватчицу», и она отнимает у них питательные вещества. Словом, развивается опухоль и метастазы.

**– Но почему в ДНК здоровой клетки вдруг начинается метилирование?**

– Об этом пока известно не очень много. Мне кажется, ответив на данный вопрос, мы сможем не только создавать новые методы диагностики, но и пополнить арсенал лечебных приемов молекулярными, то есть научиться генетической терапии и профилактике злокачественных новообразований. В частности, уже делаются успешные попытки в разработке лекарственных средств, предотвращающих или снижающих метилирование генов-супрессоров в опухолевых клетках.

# КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ СТАНОВИТСЯ БОЛЕЗНЬЮ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ГОРОЖАН

*Основные закономерности эпидемиологии клещевого энцефалита и в XXI веке не изменились по сравнению с классическими представлениями, сформировавшимися в первые десятилетия изучения этого заболевания. Однако современная ситуация в отношении энцефалита остается напряженной, появляются новые, непредсказуемые тенденции. Рассказывает академик РАМН, профессор ГУ НИИ вирусологии им. Д.И. Ивановского **Владимир Игоревич Злобин***



**– Каждую весну российские СМИ бьют тревогу: клещи–разносчики энцефалита в поисках жертв становятся все коварней, болезнь протекает все тяжелее, а случаев – все больше...**

– На самом деле эти публикации, даже если они и сгущают краски, полезны, поскольку объясняют людям, как защититься от заражения этим опаснейшим недугом. Тем не менее ситуация с этой болезнью сейчас выглядит не столь катастрофически. Но начнем по порядку.

В последующие после открытия клещевого энцефалита (КЭ) 1940–е годы цифры заболеваемости росли. Случаи заражений стали выявлять не только на Дальнем Востоке, но и в других регионах Сибири, Урала и европейской части России. Вскоре стало очевидным, что заболеваемость подвержена цикличности, с периодическими подъемами (один пик раз в 10–12 лет) и спадами.

Рост или снижение заболеваемости связывали прежде всего с такими природными факторами, как колебания численности клещей, что зависело от климатических условий, а также периодического повышения или понижения иммунной защищенности среди животных и людей. В нынешнем же веке выросло значение социальных факторов: массовое жилищное и дачное строительство в окрестностях городов, увеличение потока горожан, устремляющихся на отдых в пригородные леса.

В этих условиях риск встречи человека с инфицированным клещом многократно повышается. Сочетание этих факторов и ведет к цикличности заболеваемости. В советской истории наибольшие из пи-

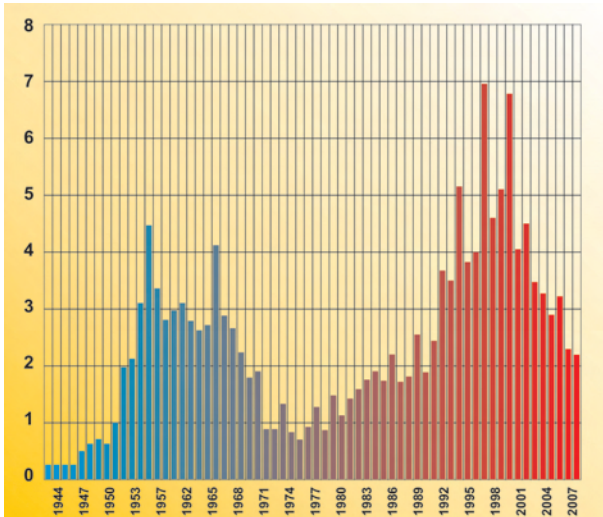
ков отмечались в 1956 году, когда было зарегистрировано 5163 случая (4,5 на 100 тысяч населения) и в 1964 году (5205 случаев).

Затем заболеваемость резко снижалась вплоть до 1974 года. Говоря о причинах этого спада, нельзя отбрасывать влияние на этот процесс не только массовых вакцинаций населения, но и других профилактических мероприятий, например авиационной обработки лесов на самых «клещевых» территориях препаратом ДДТ. Поначалу была отмечена высокая эффективность этих действий. Удалось подавить популяции иксодовых клещей в ряде регионов Урала и Сибири. Но, увы, через 7–8 лет численность клещей восстанавливалась. В конце 1970–х годов ущерб, наносимый природе, и кратковременный эффект в аспекте профилактики КЭ привели к отказу от использования этого препарата.

Между тем с 1974 года снова начался рост заболеваемости, который приобрел особенно высокий темп после 1989 года. Теперь уже не наблюдались больших многолетних циклов в движении заболеваемости. И в 1996 году она достигла максимума за всю историю наблюдений (10 298 случаев). Всего через три года был отмечен практически такой же всплеск – 9955 случаев. А затем, то есть ровно 10 лет назад, начался очередной спад, который продолжается и сейчас.

**– Каковы современные особенности эпидемиологии клещевого энцефалита?**

– Прежде всего, изменилась структура заболеваемости. В настоящее время 70–80 процентов за-



**Заболеемость КЭ в РСФСР и Российской Федерации в 1944–2007 годах (число случаев в тысячах (от 0 до 8) на 100 тысяч населения)**

болевших составляют жители городов. Поражаются все слои и профессиональные группы населения, однако чаще всего заболевают люди трудоспособного возраста.

Заражение происходит во время отдыха в лесу и на туристических маршрутах, при работе на дачных участках. И еще удивительно то, что в нынешнем веке в некоторых регионах нашей страны до 40 процентов лиц, покусанных клещами, пострадали в пределах... городских территорий! Таким образом, КЭ из профессионального заболевания людей «лесных» специальностей превратился в болезнь главным образом горожан.

Многие энтомологи отмечают и рост численности иксодовых клещей в природе, что может быть связано с глобальным потеплением и антропогенной трансформацией естественных лесных и таежных и лесостепных ландшафтов. А в ряде регионов, таких как Кировская, Свердловская, Омская области и Красноярский край, Республика Бурятия, зафиксировано расширение нозоареала КЭ, то есть клещи – разносчики энцефалита увеличивают области своего обитания. Остается только догадываться, почему оба этих фактора пока не оказывают заметного влияния на заболеваемость КЭ.

#### **– Меняется ли в последние годы на территории нашей страны клиническая картина этой болезни?**

– Она отличается по сравнению с ситуацией, характерной для 1940–1970-х годов. Растет число лихорадочных и менингеальных форм энцефалита, где течение болезни относительно легкое. Зато реже наблюдаются наиболее тяжелые формы: менингоэнцефалитическая, полиомиелитическая и полирадикулярноневритическая, при которых наступают необратимые нарушения нервной системы.

В результате даже в дальневосточном регионе, который на протяжении многих лет наблюдения отли-

чался особой тяжестью течения и высокой летальностью (до 30 процентов), в последнее время увеличился удельный вес относительно неопасных форм и снизилась летальность до 7–8 процентов. Причины этих изменений пока не ясны.

#### **– А что изменилось в приемах профилактики клещевого энцефалита?**

– Принципы профилактики этого заболевания были разработаны в первый период его изучения и включали меры специфической и неспецифической защиты.

Специфическая профилактика подразумевала, во-первых, плановую и регулярную вакцинацию лиц, относящихся к группам высокого риска: работников лесхозов, геологов, строителей, военно-служащих, во-вторых, экстренную профилактику людей, пострадавших от укусов клещей, с помощью иммуноглобулина против вируса КЭ.

Отечественные вакцины на протяжении второй половины XX века заметно усовершенствовались. В настоящее время они представляют собой препараты, приготовленные из инактивированного вируса КЭ дальневосточного подтипа. Эти современные вакцины довольно эффективны и безопасны. Случаи заболеваний среди вакцинированных лиц хотя и встречаются, но протекают доброкачественно.

#### **– А что вы могли бы сказать о зарубежных вакцинах, зарегистрированных в нашей стране?**

– Они не имеют принципиальных отличий в технологии получения и эффективности, за исключением того, что в качестве производственных использованы штаммы, относящиеся к европейскому подтипу, мало распространенному на территории страны. Вместе с тем следует признать, что одной из причин заболеваемости привитых, видимо, все же могут быть антигенные различия вакцинного и циркулирующих в природе штаммов, в данном случае – европейского и нескольких «отечественных» подтипов.

Однако выявленная эффективность вакцинации убедительно свидетельствует о способности существующих вакцин, будь то импортные или российские, радикально снизить заболеваемость и предотвратить случаи КЭ у огромного большинства вакцинированных лиц.

Наиболее успешной из всех государств мира работу по специфической профилактике КЭ специалисты признают ту, что проводится в Австрии – одной из самых опасных в отношении клещевого энцефалита стран Европы. Введенная здесь массовая вакцинация и достигнутый охват населения страны в 90 процентов и выше (!) привели к снижению числа случаев КЭ более чем в 10 раз и стабилизации заболеваемости на уровне единичных случаев.

#### **– То есть успех в борьбе с этим недугом зависит не от того, какой вакциной пользоваться, а насколько массовой окажется вакцинация?**

– Вот именно. Поэтому многолетняя практика вакцинации в РФ только групп высокого риска показывает, что такой подход не может повлиять на рост заболеваемости в современных условиях!

Мы уже упоминали в связи с этим, что в настоящее время группой риска является все неиммунное население эндемичных территорий, то есть зараженных клещами-переносчиками КЭ, которое по численности многократно превышает количество регулярно вакцинируемых людей.

С 1 июля 2008 года в России начался новый важнейший этап в профилактике КЭ. Постановлением главного санитарного врача РФ (№ 19 от 7.03.2008 г.) утверждены новые санитарно-эпидемиологические правила СПЗ.1.3.2352.08 «Профилактика клещевого энцефалита». Они предусматривают массовую вакцинацию (охват – 95 процентов) населения эндемичных территорий.

Большие и ответственные задачи поставлены перед отечественными производителями вакцин, органами здравоохранения и Роспотребнадзора на местах. Необходимо обеспечить постепенный, в течение нескольких лет 8–10-кратный рост числа вакцинированных лиц. Есть все основания рассчитывать на то, что стратегия массовой вакцинации позволит радикально сократить заболеваемость КЭ в стране.

#### **– До сих вы рассказывали о плановых вакцинациях. А как обстоит дело с экстренной профилактикой энцефалита?**

– Сейчас она проводится чаще всего с помощью специфического иммуноглобулина и является достаточно эффективным средством предупреждения заболевания у лиц, подвергшихся укусам инфицированных клещей. И даже несмотря на то что в нашей стране всего лишь 5–7 процентов больных, госпитализированных с диагнозом КЭ, получили после укуса клещом инъекцию иммуноглобулина, эту меру я бы признал полезной.

Тактика экстренной профилактики строится на мобилизации усилии медицинской службы с целью максимального охвата иммунизацией пострадавших от укуса клещей. Однако эту цель очень трудно достичь из-за огромного числа пациентов. В некоторых регионах в течение сезона только обращений за медицинской помощью регистрировали десятки тысяч, а в стране – сотни тысяч.

Еще важнее то, что лишь 10–20 процентов клещей, снятых с людей, инфицированы вирусом КЭ. Это означало, что для 80–90 процентов пациентов введения иммуноглобулина несколько не были нужны.

#### **– Значит, эту методику надо как-то усовершенствовать?**

– Это сейчас и делается. В Иркутске, Красноярске, Томске, Новосибирске, Екатеринбурге и Ярославле уже введено такое новшество. Экстренная профилактика осуществляется только после экспресс-определения опасных вирусов в клещах, снятых

с пострадавших лиц, или в их крови. И результат не замедлил сказаться. Иммунопрофилактика, основанная на предварительной экспресс-диагностике зараженности вирусом КЭ, продемонстрировала эффективность более 99 процентов!

#### **– Но я слышал, что одна инъекция иммуноглобулина обходится в несколько сотен рублей. Появились ли более доступные препараты?**

– Для экстренной профилактики предлагаются и другие химиопрепараты, такие как интерфероны, индукторы интерферонов, йодантипирин, реаферон-ЕС-липид, панавир, стоимость которых не столь высока. Из упомянутых препаратов только йодантипирин официально разрешен для применения в профилактических целях.

Вместе с тем его эффективность нуждается в подтверждении в условиях адекватно проведенных эпидемиологических опытов. В 2008 году на базе Иркутского центра клещевых инфекций профилактическую эффективность йодантипирина исследовали в сравнении со специфическим иммуноглобулином против КЭ. Каждая из групп насчитывала 53 добровольца. В покусавших их клещах или крови пациентов был обнаружен антиген вируса КЭ. Ни один из пострадавших от укусов инфицированных клещей и получивших йодантипирин или специфический иммуноглобулин не заболел КЭ. Однако полученный положительный результат в отношении эффективности йодантипирина хотя и обнадеживает, но все же следует проверить в более масштабном клиническом исследовании.

#### **– А что вы называете неспецифической профилактикой клещевого энцефалита?**

– Она состоит из мер общественной и личной профилактики. К мерам общественной профилактики следует прежде всего отнести борьбу с клещами. Поскольку препарат ДДТ оказался экологически опасным и был исключен из широкого применения во всех цивилизованных странах, были синтезированы новые «противоклещевые» вещества для обработки лесов, которые быстро распадаются и не обладают способностью к кумуляции в организме животных.

Использование таких препаратов сегодня признается целесообразным, но только тогда, когда речь идет об обработке ограниченных территорий, например санаториев или коллективных садоводств. Очень полезны и мероприятия по «окультуриванию» мест массового отдыха населения: расчистке лесных завалов, уборке мусора, посадке хвойных пород деревьев. Все это ведет к снижению численности клещей и их прокормителей, прежде всего грызунов.

Личная профилактика должна предупреждать контакты человека с клещом. Здесь и выбор места для привала, и использование защитной одежды, и периодические взаимоосмотры, и нанесение на одежду репеллентов.



# ВСЕ НАПРАВЛЕНИЯ НАЦПРОЕКТА «ЗДОРОВЬЕ», А ТАКЖЕ ПОСОБИЯ, ВХОДЯЩИЕ В ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ ПАКЕТ, БУДУТ СОХРАНЕНЫ В 2010 ГОДУ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ

Об этом сообщила министр здравоохранения и социального развития РФ **Татьяна Алексеевна Голикова** в ходе видеоконференции в Правительстве РФ по итогам реализации приоритетных национальных проектов в первом полугодии 2009 года

«Все направления национального проекта «Здоровье», которые осуществлялись в предыдущие годы, будут продолжены и получат дальнейшее развитие», – сказала министр. В частности, в 2009 году в рамках нацпроекта осуществляется ряд мероприятий по таким основным направлениям, как «Формирование здорового образа жизни», «Развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний», «Повышение доступности и качества специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи», «Совершенствование медицинской помощи матерям и детям».

**Татьяна Алексеевна подчеркнула, что одной из причин заболеваемости людей является их пассивное отношение к вопросам здоровья. Поэтому, по ее словам, в стране необходимо популяризировать здоровый образ жизни**

Так, например, добровольную диспансеризацию за первое полугодие 2009 года прошли более 940 тысяч россиян. Среди выявленных заболеваний в ходе диспансеризации лидируют болезни системы

кровообращения, болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушение обмена веществ.

Татьяна Алексеевна Голикова подчеркнула, что одной из причин заболеваемости людей является их пассивное отношение к вопросам

здоровья. Поэтому, по ее словам, в стране необходимо популяризировать здоровый образ жизни.

Также министр сообщила, что «в России за полгода появилось 849 276 тысяч детей (почти на 5 процентов больше по сравнению с таким же периодом прошлого года), а все пособия и социальные выплаты, которые входят в демографический пакет, будут сохранены и проиндексированы в 2010 году».

В настоящее время на федеральном уровне существует система пособий и выплат для семей с детьми, в частности, при рождении или усыновлении ребенка выплачивается единовременное пособие в размере 9 990 рублей. Кроме того, существует ежемесячное пособие по уходу за ребенком до полутора лет, которое составляет 40 процентов от средней зарплаты, но не менее 1 873 рублей на первого ребенка и не менее 3 746 рублей на второго и последующих. Верхняя граница такого пособия – 7 492 рубля. Работающим женщинам выплачиваются пособия по беременности и родам, зависящие от размера зарплаты, но не превышающие 25 390 рублей.



# МОСКОВСКАЯ СЛУЖБА ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ РАСТЕТ И КРЕПНЕТ

Нынешний год стал переломным для московской службы трансфузиологии. Впервые за последние 15 лет столичное здравоохранение перестало испытывать дефицит основных компонентов крови и значительно сократило их закупки в других регионах. И это несмотря на нынешние кризисные явления.

Такой прорыв стал возможен благодаря реализации Городской целевой программы «О развитии донорства крови и ее компонентов» на 2009–2010 годы.

Впрочем, сама по себе программа не стала бы действенной, если бы не кропотливая подготовка к ее «включению» в жизнь и в современные реалии мегаполиса и не менее кропотливая работа по системному выполнению намеченных планов.

Между тем сам документ имеет несколько довольно простых постулатов, среди которых – повышение качества трансфузиологической помощи населению, пропаганда безвозмездного донорства, социальная поддержка доноров, максимальная безопасность за счет стандартизации обследования доноров и донорской крови, внедрение кровосберегающих технологий, контроль здоровья доноров и учет компонентов крови. Несмотря на внешнюю простоту формулировок, за ними стоят сложные организационно-технологические процессы, теснейшее взаимодействие различных специалистов и служб.

В итоге на сегодняшний день удовлетворение потребностей ЛПУ города в компонентах крови за счет собственной заготовки возросло с 30 до 60–70

процентов. Столичные лечебно-профилактические учреждения обеспечены практически всеми компонентами крови на 98–100 процентов.

Реализуемая программа развития донорства предусматривает значительные вложения в оснащение учреждений, причем не только оборудованием для заготовки крови, но и современными технологиями, способствующими ее сбережению.

Речь идет о внедрении инновационных технологий, позволяющих уменьшить использование донорской крови на 30 процентов в нейрохирургии, ортопедии, травматологии, акушерстве и гинекологии. Эти технологии значительно уменьшают возможность развития осложнений после переливания крови, ибо в их основе – использование собственной крови пациента. Аппаратами, позволяющими вернуть пациенту потерянную им кровь непосредственно во время хирургического вмешательства, в

рамках программы развития донорства планируется оснастить все хирургические стационары столицы. Кстати, сегодня они уже есть в ряде клиник, включая НИИ скорой помощи им. Н.И. Склифосовского, и многих роддомах. Программа предусматривает также закупку новых аппаратов для получения плазмы и клеток крови, более широкое использование инновационных методов удаления лейкоцитов из компонентов крови.

За последние полгода количество как донаций, так и доноров увеличилось на треть. Более 70 процентов доноров отдают свою кровь безвозмездно.





При общем росте количества доноров соотношение безвозмездных и платных осталось неизменными. Во многом увеличению количества доноров способствует активизация работы выездных бригад СПК, в том числе в вузах и на предприятиях города. Это наиболее рациональный подход в условиях мегаполиса. Традиция проведения Дня донора на предприятиях и в ученых заведениях высшей школы в последние годы была незаслуженно забыта, но теперь она начинает активно возрождаться.

Сегодня ощущается необходимость государственной поддержки не только доноров, но и работодателей, в штате которых работают доноры. Негативное подчас отношение некоторых руководителей предприятий и организаций к донорам, пользующимся соответствующими правами и льготами, — проблема, требующая решения.

Для почетных доноров Москвы программой определены особые льготы в дополнение к тем, что предусмотрены федеральным законодательством. Именно благодаря такому подходу в последнее время количество доноров в столице неизменно растет.

Сегодня кровь сдать можно в двух подразделениях Станции переливания крови (СПК) и еще в 16 отделениях переливания крови (ОПК) в ЛПУ города Москвы. Рассматривается перспектива расширения сети, в том числе и за счет создания плазмацен-

тров. В программе развития донорства предусмотрено открытие еще двух ОПК.

Особое внимание программа уделяет вопросам безопасности. В Москве созданы такие условия для сдачи крови, что вероятность заражения донора гепатитом или ВИЧ абсолютно исключена, так как используются только стерильные одноразовые системы для сбора крови, не имеющие контакта с внешним миром. Повторное использование систем конструктивно невозможно.

Представители маргинальной среды к дотации на СПК города Москвы не допускаются. Потенциальные доноры должны иметь в обязательном порядке регистрацию в Москве или Московской области. Перед дотацией проводится строгий врачебный осмотр с выявлением противопоказаний и групп риска. Кроме того, в столице применяют карантинизацию плазмы — после получения она хранится 6 месяцев в замороженном виде. Это необходимо для проведения повторного контроля за здоровьем донора.

СПК Москвы имеет лучшую на сегодняшний день серологическую лабораторию в России, соответствующую самым высоким мировым стандартам.

Выборка заготовленной крови по выявлению маркеров возбудителей инфекционных заболеваний составляет около 1 процента, что соответствует стандартам США и Евросоюза.

# ПОДМОСКОВНЫЕ ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ

На территории Московской области проживает более 6 миллионов человек, средняя плотность населения – самая большая среди российских регионов (почти 150 человек на 1 км<sup>2</sup>), что обусловлено высокой долей городского населения. Сегодня в регионе динамично развивается не только экономика, но и все отрасли социальной сферы. Всемерное повышение качества и уровня жизни населения, создание для этого необходимых условий – это приоритетные направления деятельности губернатора Б. В. Громова, а также правительства Московской области. На территории Подмосковья сформирована единая государственная политика по здравоохранению, обеспечению лекарствами и медицинской техникой. Важнейшим направлением этой политики является также создание, с целью усовершенствования профилактики наиболее опасных заболеваний, школ здоровья для населения. Рассказывает министр здравоохранения правительства Московской области **Владимир Юрьевич Семенов**



Школа здоровья – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население, направленная на повышение уровня знаний, информированности и практических навыков по рациональному лечению заболевания, профилактике осложнений и повышению качества жизни.

Ключевыми позициями, объединяющими работу школ разных направлений, являются: партнерство врача и пациента против болезни; повышение приверженности пациентов к лечению; наличие постоянной мотивации пациента к оздоровлению и соблюдению здорового образа жизни.

Школы здоровья, созданные для обучения пациентов с повышенным артериальным давлением и ишемической болезни сердца (ИБС), являются эффективными формами вторичной профилактики болезней сердца и сосудов.

Основными задачами школ для пациентов являются разъяснения в доступной форме причины возникновения заболевания и его осложнений, возможностей немедикаментозного и медикаментозного лечения, коррекция факторов риска, на которые можно повлиять, подбор адекватного лечения с целью предупреждения развития осложнений, обучение методам самоконтроля за своим состоя-

нием, приемам оказания самопомощи при его ухудшении.

Обучение больных в школах осуществляется с целью стабилизации течения заболевания, снижения количества осложнений, улучшения качества жизни пациентов и увеличения продолжительности их жизни.

Приказом Министерства здравоохранения Московской области в 1998 году в 5 регионах Московской области созданы базовые школы для больных артериальной гипертонией, «коронарные клубы» и школы для больных сахарным диабетом (города Жуковский, Щелково, Воскресенск, Балашиха, Пущино) как новые организационные формы повышения качества образовательных программ для больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В 1998 году было разработано Положение по организации школ для больных артериальной гипертонией в Московской области. В основу создания этих программ заложен девиз ВОЗ: «Если мы вас лечим – мы помогаем вам сейчас. Если мы вас учим – мы помогаем вам всегда».

С 2002 года создана постоянно действующая система образования больных. В рамках реализации федеральной целевой программы «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Российской Федерации» в Московской области раз-

рабатывается и утверждается Законом Московской области от 11.07.2002 № 5/26 областная целевая программа «Профилактика и лечение артериальной гипертонии в Московской области на 2003–2008 годы». Одним из мероприятий программы является организация школ здоровья для пациентов с артериальной гипертонией.

Руководством к действию послужило организационно-методическое письмо «Организация школ здоровья для пациентов с артериальной гипертонией в первичном звене здравоохранения», утвержденное Министерством здравоохранения Российской Федерации от 2.08.2002 г.

В области активно развиваются школы здоровья для больных. Их число с каждым годом увеличивается. В настоящее время в области функционируют 128 школ для пациентов с артериальной гипертонией (в 2005 году – 75), 3 «коронарных клуба», 85 школ для больных сахарным диабетом, 50 школ для пациентов с бронхиальной астмой. Созданы школы для пациентов с избыточным весом, пациентов с ВИЧ-инфекцией, хронической сердечно-сосудистой недостаточностью, остеопорозом и другие.

Основная цель обучения пациентов с хроническими заболеваниями – повысить приверженность пациента к выполнению врачебных назначений, немедикаментозного характера, а также к приему лекарственных препаратов в строго назначенном врачом режиме.

Особое место в работе школ здоровья занимает профилактика артериальной гипертонии. Это обусловлено тем, что существует устойчивая тенденция роста уровня заболеваемости артериальной гипертонией, которая, в свою очередь, является основным фактором риска развития инфаркта миокарда, инсульта и других осложнений, наиболее часто приводящих к развитию инвалидности. Известно, что основными причинами, способствующими развитию сердечно-сосудистых заболеваний, являются наследственность и образ жизни.

При проведении скрининговых исследований заболеваемость гипертонией и ИБС почти в 10 раз выше. Качество диспансеризации желает оставлять лучшего: состоит на учете только до 40 процентов больных, у которых диагноз установлен по обращаемости, эффективность ее явно недостаточна.

Для изменения образа жизни у наших пациентов и населения необходим комплексный подход с внедрением новых технологий профилактики. Задачами этого подхода являются: формировании мотивации населения к коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, повышение уровня знаний о профилактике у врачей; разработка эффективных организационных форм профилактических технологий.

Новые профилактические технологии, которые используются в Московской области в первичной профилактике заболеваний, – это массовые образовательно-просветительские акции: «Празд-

ник здорового сердца», «Дни открытых сердец», «Кабинеты здорового сердца»; а вот во вторичной профилактике заболеваний – организация для пациентов школ артериальной гипертонии, «коронарных клубов», школ для больных хронической сердечной недостаточностью.

Для проведения таких мероприятий организовано непрерывное постдипломное образование врача, которое проводится с 1998 года. В 2002 году при Московском областном кардиологическом центре создан координационный центр образования по актуальным вопросам кардиологии, целью которого является обучение практикующих врачей современным методам профилактики, лечения, реабилитации больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и специальная подготовка врачей для работы в школах врачей. Врачи, прошедшие обучение, обеспечиваются методическими пособиями, памятками, видеоматериалами.

**Предполагается дальнейшее совершенствование работы школ с привлечением широких масс населения района, усилением наглядной агитации, проведением «дней открытых дверей» и других массовых мероприятий**

Организаторами проведения оздоровительно-просветительских акций является не только Министерство здравоохранения Московской области, но также и Всероссийское научное общество кардиологов, Государственный научный центр профилактической медицины Росмедтехнологий МЗ и СР РФ (ГНИЦ ПМ), Московский областной кардиологический центр (МОКЦ), Московское общество кардиологов, лечебно-профилактические учреждения Московской области.

Мероприятия акций разнообразны. В дополнение к работе школ, это также проведение конференций и семинаров медицинских работников, тематических вечеров, лекций, демонстрация видеofilьмов среди населения, организация стендов и выставок в библиотеках, проведение конкурсов детских рисунков, санитарных бюллетеней. Организуются «телефоны доверия» и «горячие линии», консультации врачей-специалистов по проблемам здорового образа жизни, проводится измерение артериального давления, раздача памяток и листовок.

Общей же целью акций является привлечение внимания администрации муниципальных образований к проблеме сердечно-сосудистых заболеваний, просвещение населения по вопросам формирования здорового образа жизни начиная с детских лет, обучение врачей актуальным проблемам про-



филактики и реабилитации больных и лиц с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний.

Важно отметить партнерское участие в акциях общественных организаций, представителей различных профессий: учителей, медицинских работников, работников культуры, представителей администрации городов и районов Московской области, средств массовой информации. Количество таких массовых мероприятий возрастает с каждым годом.

На базе МОКЦ в сотрудничестве с ГНИЦ ПМ МЗ РФ с 2002 года функционирует кабинет здорового сердца для больных с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний. Задачами кабинета являются информирование пациента об основах здорового образа жизни, освоение доступных тестов по оценке состояния собственного здоровья, приобретение полезных привычек. Кабинет оснащен всеми видами оборудования, предназначенного для выявления основных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе экспресс-тестами для определения глюкозы, холестерина, экспресс-измерителем жира. При выявлении факторов риска в кабинете осуществляются консультации кардиолога, психотерапевта, эндокринолога, врача ЛФК. Кабинет осуществляет взаимодействие со школами для пациентов и при необ-

ходимости направляет на обучение пациентов в эти школы.

И все-таки наиболее успешно, на мой взгляд, формирование здорового образа жизни проводится именно в школах здоровья для пациентов. Интересно отметить данные анкетирования понятия «здоровье» у населения. Многие из опрошенных считают, что здоровье не их главный приоритет в жизни, – 62,3 процента, почти у 80 процентов отсутствуют знания об оптимальных показателях артериального давления, пульса, частоты сердечных сокращений, сахара крови, массы тела. Кроме того, отмечается недостаточный уровень знаний у врачей о здоровом образе жизни – у 30 процентов. В России почти 40 процентов мужчин и почти 60 процентов женщин знают о наличии у них гипертонии. При этом лечатся адекватно лишь соответственно 5,7 процента мужчин и 17,5 процента женщин.

В результате профилактической работы в школах отмечается: достижение целевых показателей артериального давления, повышение качества жизни и здоровья; увеличение выявляемости больных с артериальной гипертонией, снижение частоты обострения заболевания, сокращение сроков временной нетрудоспособности, а также частоты вызовов «скорой медицинской помощи», частоты госпитализаций, и, что очень важно, – снижение частоты

сердечно-сосудистых осложнений (инфаркт миокарда, инсульт).

В последние десятилетия наблюдается «омоложение» гипертонической болезни. В связи с этим особую актуальность приобретает разработка программ укрепления здоровья школьников, профилактики артериальной гипертонии у лиц юношеского возраста.

В городе Жуковском среди выпускников «коронарных клубов» 78 процентов отказались от курения, 64 процента пациентов снизили массу тела более чем на 5 процентов. 74 процента занимаются длительными физическими тренировками.

Физические тренировки приводят к адаптации к физическим нагрузкам, в результате нагрузки легче переносятся. Физические тренировки положительно сказываются на психическом статусе больных, уменьшают проявления депрессии и ипохондрии.

Занятия в коронарных клубах направлены на постепенное повышение ответственности больного за сохранение здоровья, на переход к новому стилю жизни, без вредных привычек и направленному на уменьшение патогенного влияния факторов риска.

Наиболее важным моментом в работе клуба является доведение информации о профилактике болезни до всей семьи больного с целью изменения образа жизни ее членов.

Таким образом, внедрение современных профилактических технологий в кардиологическую практику, на наш взгляд, эффективно и оправданно, так как позволяет, с одной стороны проводить, эффективные превентивные вмешательства на уровне факторов риска и состояния «предболезни», а с другой стороны, значительно улучшает течение заболеваний, уменьшает количество осложнений и улучшает качество жизни. Кроме этого, весьма существенно, что указанные новые профилактические формы малозатратны и экономически обоснованы.

Хотел бы теперь подробнее остановиться на уже десятилетнем опыте работы школ для пациентов с артериальной гипертонией (ШАГ) в Щелковском муниципальном образовании.

В 1998 году была создана первая ШАГ в Щелковском районе. В настоящее время на базе поликлиник, стационаров, санаториев, амбулаторий предприятий функционируют 12 подобных школ. Разработчиками положения о таких школах, а также образовательной программы для врачей и «пациентов-учащихся» были Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины Росмедтехнологий Минздравсоцразвития и Московский областной кардиологический центр.

Опыт работы школ артериальной гипертонии показал, что наиболее эффективно после проведения курса обучения продолжить занятия с пациентами с частотой не реже одного раза в течение 2 месяцев. Пациентом постоянно ведется «Дневник самоконтроля», в котором он отмечает используемые лекарственные препараты, кратность и дозировку их применения, субъективные ощущения, частоту обращений к врачу. Врачом ведется карта наблюдения за пациентом с указанием основных результатов проводимых исследований в динамике, используемых лекарственных препаратов, отметок о посещении школы и другой информации.

Средний возраст слушателей школ составил 58,5 года; 24 процента были работающими. По полу пациенты разделялись следующим образом: 81 процент были женщины, 19 процентов – мужчины.

Всего за 10 лет прошли обучение 3088 человек, что составляет 0,55 процента взрослого населения Щелковского района.

Итоги работы школ показали, что по сравнению с периодом до обучения у пациентов обращаемость к врачам снизилась в 1,8 раза; вызовы «скорой

медицинской помощи» уменьшились в 3,6 раза; госпитализация – в 4,9 раза; временная нетрудоспособность по артериальной гипертонии – в 3,3 раза; количество осложнений от инфаркта миокарда – в 1,3 раза; инсульта – в 2 раза.

Предполагается дальнейшее совершенствование работы школ с привлечением широких масс населения района, усилением наглядной агитации, проведением «дней открытых дверей» и других массовых мероприятий.

И напоследок обратимся к опыту организации школы для больных с нарушениями ритма сердца, который является очень важным, так как подобная школа в подмосковном городе Жуковском (на базе МУ «ГКБ») была создана впервые в нашей стране. Рекомендуемый набор пациентов в группы для обучения в подобной школе – 8–10 человек. Всего проводится 6 занятий по 60 минут. Контроль уровня знаний у пациентов, прошедших обучение в школе, осуществляется через 1 год после обучения. Пациент ведет свой дневник, разработанный Московским областным кардиологическим центром, что позволяет врачу и пациенту более детально установить причины ухудшения заболевания, повысить эффективность лекарственной терапии, своевременно решать вопросы о других, альтернативных видах лечения, предупреждать жизнеугрожающие нарушения ритма сердца.

Планируется распространить положительный опыт организации подобных школ и на другие муниципальные образования Московской области.

**Школы здоровья, созданные для обучения пациентов с повышенным артериальным давлением и ИБС, являются эффективными формами вторичной профилактики болезней сердца и сосудов**

# МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ТУРИСТОВ ЗА РУБЕЖОМ

*Рассказывает кандидат юридических наук, адвокат, компания «Барщевский и Партнеры»* **Константин Александрович Рыбалов**



Помимо страхования жизни и здоровья можно застраховать и вашу гражданскую ответственность, и риск потери багажа, и риск отмены поездки, можно даже застраховать вашу квартиру на время вашего отсутствия. Спектр того, что вы застрахуете, зависит от ваших желаний и возможностей.

В обычной жизни практически у каждого гражданина имеется страховой полис. Он означает то, что человек имеет право на оказание бесплатной медицинской помощи на территории Российской Федерации. Если у вас никаких больше договоров о страховании не заключено, это значит, что права на бесплатное оказание помощи в подавляющем большинстве стран у вас не будет. Может такое право оказаться только в тех странах, с которыми Россия заключила двустороннее соглашение об оказании медицинской помощи иностранным гражданам. С остальными же странами вопрос обстоит следующим образом. Законодательство многих стран устанавливает требования предоставления гарантий оплаты медицинской помощи туристам. То есть ваш туроператор должен предоставить принимающему вас государству гарантии того, что если что-то случится, оказанная вам помощь будет оплачена. Для этого оформляется страховой полис, которым должны предусматриваться оплата медицинской помощи туристам и возмещение их расходов при наступлении страхового случая непосредственно в стране временного пребывания. Страховой полис оформ-

ляется на русском языке и государственном языке страны, в которую вы направляетесь.

Для того чтобы туроператор смог гарантировать оплату медицинской помощи, он включает в стоимость вашей поездки определенную сумму денег и страхует вас в той страховой компании, с которой у него есть договор. Нужно обратить внимание на сумму, в нее включается та, что будет оплачена клинике, оказывающей вам помощь, а также та сумма, которая будет выплачена вам страховой компанией в качестве компенсации за возможные понесенные страдания. Вот эта сумма может быть увеличена при увеличении вами страхового взноса.

Сумма, которая предназначается для оплаты оказанной туристам медицинской помощи, зависит от объема принимаемых страховых обязательств, который, в свою очередь, определяется внутренним законодательством страны пребывания туриста, сложившихся на территории иностранного государства цен на медицинские услуги, требований к российскому туристу при оформлении въездных документов.

Туроператор может не застраховывать вас, если вы едете в ту страну, законодательство которой не устанавливает требования предоставления гарантий оплаты медицинской помощи туристам. Тогда вам необходимо самому подумать о медицинском страховании. Нужно обратиться в страховую компанию. У каждой страховой компании должна быть лицен-





зия на осуществление страховой деятельности, а также приложение к ней, в нем указаны все разрешенные этой организации виды страхования. В этом перечне вам нужно «страхование граждан, выезжающих за рубеж». Вы самостоятельно заключаете договор, без участия туроператора, и получаете в страховой компании полис.

То, куда вам нужно будет обращаться в случае наступления страхового случая, указывается либо в памятке туриста (если вас застраховывал туроператор), либо в договоре или приложении к нему (если вы самостоятельно заключали договор со страховой компанией). В случае вашего обращения в другое место, в другую клинику или к другим врачам страховка ваша действовать не будет, то есть за оказанную вам помощь придется платить самим.

Страховым случаем признается расстройство здоровья застрахованного либо его смерть, вызванные либо внезапным заболеванием, либо несчастным случаем.

Не признается страховым случаем, то есть не выплачивается страховка и не оказывается бесплатно медицинская помощь, если расстройство здоровья или смерть наступили в результате:

- совершения застрахованным умышленного правонарушения;
- алкогольного, наркотического или токсического опьянения;
- самоубийства (покушения на самоубийство) застрахованного;

- участия застрахованного в военных действиях, забастовках, восстаниях;
- активной службы в любых вооруженных силах и формированиях;
- умышленного причинения себе телесных повреждений.

Если наступает страховой случай, то страховая компания возмещает расходы:

- по стационарному лечению: размещение в больнице, по проведению операций, диагностических исследований, включая оплату назначенных врачом медикаментов, перевязочных средств; по транспортировке в ближайшую больницу или к находящемуся в непосредственной близости врачу;
- по амбулаторному лечению: расходы на врачебные услуги, диагностические исследования, назначенные врачом лекарства и перевязочные материалы;
- по медицинской эвакуации с необходимым медицинским сопровождением из-за границы до места постоянного жительства или до ближайшей к аэропорту больницы в России, если возникает необходимость в эвакуации, а состояние здоровья допускает такую эвакуацию;
- по возвращении на родину тела из-за границы до места захоронения в России.

Итак, прежде чем отправиться за рубеж, обязательно уточните у туроператора наличие страховки, что входит в эту страховку. Если туроператор вас не страхует, самостоятельно обратитесь в страховую компанию.

## С ЭТОГО ГОДА ДЕТЕЙ ОТ ГРИППА ПРИВИВАЮТ ВАКЦИНОЙ БЕЗ КОНСЕРВАНТОВ

В 2006 году в России начал воплощаться в жизнь нацпроект «Здоровье». С этого времени 38 миллионов россиян привиты против гепатита В. Дополнительно от краснухи в 2006–2007 годах привито 11,7 миллиона детей, девочек-подростков и молодых женщин. Сверх того планировалось в 2008–2009 годах осуществить переход на вакцинацию инактивированной полиомиелитной вакциной всех детей первого года жизни. В прошлом году провакцинирован почти один миллион взрослых от такой, считающейся детской, инфекции, как корь. Свое место в национальном календаре прививок заняла вакцинация против гриппа — ранее прививки делались только по эпидпоказаниям. В этом году введено требование прививать детей от гриппа вакциной без консервантов.

Как отметил главный государственный санитарный врач РФ Геннадий Онищенко, сейчас в Центральном институте эпидемиологии проведены исследования по поводу целесообразности иммунизации от гемофильной инфекции в тех регионах России, где заболеваемость выше 10 случаев на 100 тысяч населения.

Актуально и внедрение комбинированных вакцин, чтобы снизить инъекционную нагрузку на детей и медицинских работников. «Приведу лишь один пример, — рассказывает Г. Онищенко. — Впервые в этом году применение тетравакцины АКДС плюс гепатит В детям первого года жизни уменьшило количество уколов им на 3,4 миллиона. Внедрение комбинированных вакцин в национальный календарь — глобальная тенденция. Она отвечает интересам детей, родителей, медицинских работников.

К тому же уменьшает расходы на вакцинацию в рамках национального календаря».

Главный санитарный врач России отметил, что на данном этапе очень важно наладить производство комбинированных вакцин (например, АКДС плюс гепатит В и гемофильная вакцина, вакцина против кори плюс паратит (свинка) плюс краснуха), продолжать научные исследования по совершенствованию вакцин против туберкулеза, менингококковой инфекции. Актуально перевести технологию производства гриппозных вакцин на куриных эмбрионах на клеточную технологию.

За последние годы благодаря иммунопрофилактике в России заболеваемость корью снизилась в 500 раз, эпидемическим паротитом — в 150 раз, дифтерией — в 200 раз, коклюшем — в 40 раз, столбняком — в 50 раз. С 1998 года не отмечено ни одного случая полиомиелита, вызванного диким вирусом

## РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ – ОДНО ИЗ САМЫХ ОПАСНЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ ИЗМЕНЕНИЯ КЛИМАТА

Теплая зима и весна благоприятствуют распространению клещей: они меньше гибнут зимой и быстрее размножаются весной. Обычно лишь небольшой процент всех клещей заражен энцефалитом. Но увеличивается общее число клещей, а значит, и число зараженных клещей.

«Для ряда регионов России сейчас именно проблемы со здоровьем людей, в частности распространение клещевого энцефалита, — наиболее опасное последствие изменения климата», — говорит руководитель Програм-

мы «Климат и энергетика» Всемирного фонда дикой природы России Алексей Кокорин.

В последние годы происходит расширение ареалов инфекции за счет Северо-Западного и Верхневолжского регионов, высокие температуры роста заболеваемости в Сибири. Клещевой энцефалит регистрируется и в тех регионах европейской части России, где его ранее не наблюдали.

«В перечне эндемичных территорий Московской области в прошлом году были только Талдомский и Дмитровский районы. А в этом сезоне к ним добавились Клинский, Наро-Фоминский, Одинцовский, Павлово-Посадский, Пушкинский, Можайский, Ногинский, Домодедовский, Чеховский, Волоколамский, Дубна, Зеленоград», — заявил главный государственный санитарный врач Российской Федерации Геннадий Онищенко.

«Распространение клещей и энцефалита — не временное явление, а серьезная проблема на ближайшие десятилетия, — говорит Алексей Кокорин. — Первейшей адаптационной мерой является образование населения. Нужно объяснить людям, как вести себя в лесу и какое лекарство принимать в первые сутки после укуса. Кроме того, в лечебно-профилактических учреждениях необходимо наличие достаточного количества вакцин».

Изменение климата может усилить распространение не только клещевых инфекций. В настоящее время многие инфекционные заболевания — малярия, комарные, москитные инфекции, чума, лептоспироз — сравнительно широко распространены у наших соседей. Ареалы их распространения только частично задевают южные регионы России — Астраханскую область, Кавказ, Ставрополь и Краснодар, Дальний Восток и Приморье. Сдвиг карты может накрыть новые регионы России. Причем не только по широте, но и по высоте: горные районы России также могут быть затронуты новыми для них инфекциями.

## В РОССИИ УЖЕСТОЧАЕТСЯ КОНТРОЛЬ ЦЕН НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития России совместно с Генеральной прокуратурой в августе во всех субъектах Российской Федерации провела проверки исполнения организациями оптовой торговли лекарственными средствами, аптечными сетями и учреждениями законодательства в сфере ценообразования на лекарства. В ходе контрольных мероприятий нарушения были выявлены в 46 субъектах (более чем на 50 процентах территорий). Применяемые надбавки в ряде регионов в 3–5 раз превышают допустимые пределы.

Анализ торговых надбавок на лекарства свидетельствует о значительных их различиях в субъектах Российской Федерации. Так, розничная надбавка на жизненно необходимые лекарства в зависимости от фармакотерапевтической группы и закупочной цены может составлять от 5 до 100 процентов. При этом в большинстве субъектов установлено регу-

лирование предельных надбавок не только на препараты, включенные в перечень жизненно важных лекарств, но и на все остальные.

Результаты проверок показали необходимость внесения изменений в нормативно-правовые документы, определяющие правила ценообразования на лекарственные средства, в том числе в части наделяния Росздравнадзора полномочиями по контролю за ценами на лекарства.

Установлено, что некоторые оптовые поставщики превышали предельные оптовые надбавки, установленные органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Напомним, что на заседании Правительства Российской Федерации 30 июля премьер-министр Владимир Путин потребовал не только усилить госрегулирование цен на лекарственные средства, но и ввести ответственность за завышение цен на них, вплоть до отзыва лицензий.

Глава правительства назвал ситуацию с ценами на лекарства острой. По его словам, субъекты фармацевтического рынка должны доказывать обоснованность пересмотра цен на жизненно важные лекарственные средства, а федеральные органы власти — получить действенные инструменты проверки их расчетов, в том числе и право отказать в регистрации завышенных цен. Что касается торговых надбавок,

то их продолжают регулировать субъекты Российской Федерации, но по единой методике, утвержденной Федеральной службой по тарифам, уточнил В. Путин.

## ВОЗИТЬСЯ В ПЛЯЖНОМ ПЕСКЕ И ЗАКАПЫВАТЬСЯ В НЕГО МОЖЕТ БЫТЬ ОПАСНО ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ

Люди, которые на пляжах любят закапываться в песок и строить песочные замки, подвержены большому риску возникновения заболеваний желудочно-кишечного тракта, чем те, кто просто прогуливается по берегу и плавает в воде, считают американские исследователи из Университета Северной Каролины.

Ученые провели исследование, в котором приняли участие 27 тысяч человек, побывавших на разных пляжах. Испытуемые рассказывали, насколько сильно они контактировали с песком в день посещения пляжа (копались ли в нем, закапывались ли полностью) и какие проблемы со здоровьем последовали за посещением пляжа. В результате ученые обнаружили, что диарея и другие заболевания желудочно-кишечного тракта очень часто встречались у тех, кто играл в песке (13 процентов), и еще чаще у тех, кто закапывался в песок (23 процента). Источник загрязнения песка неизвестен, это могут быть и сточные воды города, и результат посещения пляжей домашними и дикими животными.

Времяпровождение на пляже — полезная процедура, однако следует принимать меры по предотвращению риска заражения, например, мыть руки после игр в песке, не есть на пляже немывтыми руками, чтобы избежать неприятных последствий со здоровьем после отдыха.



# РЫЦАРЬ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ НАУКИ

*Узнав о смерти в 65 лет известного геронтолога, академика Богомольца, Сталин будто бы процедил: «Вот ведь жулик, всех обманул!» Люди же старшего поколения, может, еще и вспомнят, что главное изобретение ученого – «сыворотку Богомольца», которую журналисты некогда расхваливали как ключ к долголетию и чуть ли не универсальное лекарство, – в начале 1980-х годов в СССР изъяли из аптечной сети. Неужели это все, что осталось в памяти потомков об академике **Александре Александровиче Богомольце**?*



Он родился 12 мая 1881 года в Киевской тюрьме. Его матерью была политическая заключенная дворянка Софья Николаевна Присецкая. Сразу же после рождения сына суд приговорил ее к повешению как лидера Южнорусского рабочего союза. Но Александр III, не желая усугублять имидж жестокого правителя (только что казнили народовольцев, убивших его отца), помиловал ее. Революционерку выслали на каторгу в Сибирь. По ходатайству Льва Толстого мальчику и его отцу, доктору Александру Михайловичу Богомольцу, в 1891 году разрешили поездку к матери. Однако через несколько месяцев после их приезда она скончалась.

В 1900 году Александр закончил Первую киевскую гимназию, затем в 1901-м начал учебу на медицинском факультете Новороссийского университета, который с отличием закончил через 5 лет. В 1909 году защитил докторскую диссертацию, высоко оцененную И.П. Павловым. Несмотря на многократно подтвержденную неблагонадежность, молодого ученого в 1911 году командировали в Париж для подготовки к получению профессорского звания. Вернувшись в конце этого же года, Богомолец избирается профессором общей патологии медицинского факультета в только что открытом Саратовском университете.

Смелость и чувство юмора Александра Александровича были известны всему университету. Однажды ректор, любивший сидеть разувшись за своим массивным столом, отчитал Богомольца за то, что он

постоянно заступает за «крамольных» студентов, и обещал сообщить в охранку. «Вы только туда босым не придите, – посоветовал Богомолец, – а то вдруг не поверят!»

Четырнадцать саратовских лет научной деятельности Богомольца стали наиболее плодотворным периодом его жизни. А вот последовавшие за ними годы, когда он был профессором во 2-м Московском мединституте, директором киевского Института экспериментальной биологии и патологии, президентом Украинской академии наук, академиком АН и АМН СССР; членом ЦИК УССР и СССР, Верховных Советов СССР – все это важно скорее для сегодняшних историков науки, чем для нее самой...

Будучи еще студентом Саратовского университета, А.А. Богомолец начал исследовать функции надпочечников как наименее изученной в те годы железы внутренней секреции. В корковом слое надпочечников молодой ученый обнаружил жироподобные вещества и доказал, что они являются эндокринными гормонами. Интенсивность их выделения возрастала при двигательных нагрузках, заболеваниях и ряде других стрессовых ситуаций. В 1927 году Богомолец выпустил книгу «Кризис эндокринологии», где предполагал содружественную реакцию желез внутренней секреции во всех случаях, когда организм напрягает свои силы ради единого результата – сохранения жизни и здоровья. Интерес к этой теме он со-

хранил до конца своей жизни. Казалось бы, всего несколько шагов оставалось пройти Богомольцу до того, чтобы сформулировать концепцию стресса как состояния, возникающего под влиянием любых сильных воздействий и сопровождающегося мобилизацией защитных систем организма. Однако в 1936–1937 годах это сделал Ганс Селье, канадский патолог и эндокринолог. Изучая физиологические эффекты гормонов надпочечников и других желез в экспериментах, похожих на те, что ставил Богомолец, Селье разглядел то, чему его советский коллега не придавал решающего значения.

Вредоносные воздействия на организм, помимо специфического эффекта, обусловленного качеством этих воздействий, вызывают и ряд неспецифических однотипных сдвигов, сопровождаемых активацией надпочечников и других эндокринных желез. Развивая эту концепцию, Селье ввел понятия о стрессе как общем адаптационном синдроме; об адаптативных гормонах, болезнях адаптации; и о «местном стрессе» – избирательном поражении органов-мишеней с измененной реактивностью. В итоге ученым мирового уровня, чья концепция стресса стала важной частью современной медицины и идеологии здорового образа жизни, оказался Ганс Селье. А имя академика Богомольца, хотя его знают в России и на Украине, редко вспоминают в других странах.

Как печальное предвосхищение этого современного факта доносятся из предвоенных лет слова Александра Александровича: «Как для получения урожая требуется не только полноценное зерно, но и подготовленная почва, так и восприятие новых научных фактов должно быть подготовлено. Открытия и наблюдения, опережающие свою эпоху, часто забываются и делаются потом заново другими, более счастливыми исследователями». Однако разве у Богомольца не было талантливых учеников, прекрасно оборудованного института в Киеве? Разве его интеллектуальный потенциал был ниже, чем у Селье? Были ученики, был передовой по тем временам институт, был у Богомольца и замечательный дар ученого. Выходит, подготовленная почва была и в СССР. Тогда почему же канадский, а не советский ученый поднялся на вершину мирового признания?

Причина была, возможно, в том, что сталинский строй требовал от науки скорейшей практической пользы. И когда Богомолец открыл так называемую антиретиккулярную цитотоксическую сыворотку (АЦС), она стала восприниматься как зримое во-



Главный труд академика Богомольца – «Продление жизни». Русское и французское издания

площение как раз такой пользы. Приоритетное достижение науки в СССР! Могучее лекарство широкого диапазона, и к тому же средство продления жизни! Искренне в это поверил и Александр Александрович. Тогда можно ли обвинять его в том, что, работая на благо своего народа без сна и отдыха над своим чудо-препаратом, он именно ему, а не фундаментальной науке от-

давал свои главные силы, которых оставалось все меньше из-за развивающегося туберкулеза?

Открытие АЦС не состоялось бы, если бы Богомолец не внес вклад в изучение функций соединительной ткани. До его экспериментов эта система организма считалась как бы «Золушкой организма», выполняющей лишь второстепенные задачи. Богомолец же доказал, что соединительная ткань выполняет важные защитные функции. В ней образуются антитела против патогенных микробов, ее клеточные элементы участвуют в фагоцитозе, словом, именно в соединительной ткани разыгрывается важнейшая защитная реакция организма – воспаление. Чтобы повысить реактивность соединительной ткани, Богомолец и получил АЦС. В ответ на введение человеческих соединительнотканых клеток кроликам или лошадям в их крови появлялись антитела. Если ввести сыворотку с этими антителами человеку, соединительная ткань которого ослаблена в результате болезни или травмы, то АЦС усиливала ее защитные реакции.

АЦС помогала заживлению ран у наших воинов во время Великой Отечественной войны и была эффективна при лечении некоторых поражений соединительной ткани. Однако дальнейшую судьбу «сыворотки Богомольца» счастливой не назовешь. Появились нечестные врачи и ветеринары, раструбившие о свойствах АЦС чуть ли не как универсального лекарства. Ей будто бы излечивался даже рак и душевные недуги человека и к тому же многие болезни животных, точнее говоря, все те, против которых она в экспериментах и применялась. Это подорвало доверие к АЦС у добросовестных ученых. Кроме того, АЦС была опасной в качестве внутривенного препарата, малоэффективной в форме растворимого порошка для перорального введения из-за разрушения ее желудочными ферментами. Действие АЦС было непостоянным и после закапывания на слизистую оболочку полости носа по причине распространенных ЛОР-заболеваний.

«Рыцарем социалистической науки» в газетах тех лет Богомольца называли не напрасно. Склонность к изящным выражениям, например, «я взял старость

в осаду» или «нашел еще лазейку в броне, окружающей смерть», была слабостью Александра Александровича. И «косякая» своим лекарством все новые болезни с тем же упорством и энтузиазмом, с каким напал на мельницы Дон Кихот, Богомолец словно бы пытался, вполне в духе его родителей-революционеров, заплатить некий долг своему народу, пережившему величайшие испытания в годы сталинских репрессий и войны. И еще, может быть, рыцарственно искупить вину со стороны прекрасно обеспеченного и во всех прочих отношениях успешного человека не только перед собственным народом-страдальцем, но даже и иными! Поражительным примером из истории ВОВ было выступление Богомольца в эфире (январь 1941-го) для международной аудитории, где он обещал не прятать обнадеживающие результаты опытов с АЦС, поскольку «советские ученые не могут мириться с неоправданными смертями людей любой национальности». Понятно, однако, что гитлеровским военным врачам не передали ни одной ампулы этого лекарства, а у союзников скоро появились антибиотики. И так, в определенные моменты эмоции, видимо, начинали преобладать над трезвым научным видением, что и лишило Богомольца критического отношения к его детищу, АЦС, и в конце концов привело к тому, что в ответ на бравадные рапорты о новых и новых успехах АЦС никогда не следовали строгие независимые экспертизы, что было виной «генерального конструктора» препарата, академика Богомольца.

Как стало понятно лишь после смерти Богомольца, не подтвердилась и способность сыворотки продлевать долголетие. Изданная же при его жизни монография «Продление жизни» пользовалась популярностью и была переведена на многие языки. Правда, существует версия, что по приказу Сталина, надевшегося, что АЦС продлит и его собственные годы, и внимательно следящего за работой академика, книга некоторое время была засекречена.

Однако верно ли это, да и утверждение Кагановича, что ранняя смерть Богомольца рассердила Иосифа Виссарионовича, – это еще вопрос. По воспоминаниям Олега Богомольца, отец виделся со Сталиным лишь раз, в 1943 году. И они разговаривали отнюдь не об АЦС. Сталина встревожило появление «трещинки», угрожающей долголетию его империи, а вовсе не его собственного организма. В Канаде сформировалось эмигрантское украинское правительство, и генералиссимус поручил авторитетному ученому подтвердить в газетной статье, что промышленность и наука СССР активно действуют, помогая громить Германию.

Свою любимую фразу «Науку надо любить как невесту» Богомолец подтверждал не только тем, что сам, уже занимая множество важных постов на Украине, нередко экспериментировал до глубокой ночи, но и весьма решительными ответами, когда «невесту» обижали. Министр здравоохранения Франции Рюккар с семьей приехал на экскурсию в институт к Богомольцу. Супруга министра, мадам Рюккар, негромко спросила по-французски их сына, неужели

академик не понимает, что его гостей куда больше сыворотки интересует украинская кухня? Богомолец на отличном французском языке извинился за недогодливость, прервал только что начатый обход лабораторий и отвел бы всех к столу, если бы министр не попросил его не обращать внимания на бестактность.

Богомолец в 1937 году участвовал во втором парижском международном конгрессе по переливанию крови (этой процедуре он придавал важнейшее значение для продления жизни). Вернувшись в Киев, он узнал, что по причине политического недоверия уволены из институтов замечательные украинские ученые: демограф Михаил Птуха, экономист Константин Воблый, математик Николай Крылов и другие. По воспоминаниям Олега Богомольца (сына академика), его отец, даже не сняв пальто, тут же уехал в ЦК Компартии Украины и добился возвращения всех на работу. Позже Богомольцу удалось освободить из тюрьмы НКВД Александра Лейпунского, в будущем создателя ядерных реакторов на быстрых нейтронах, лауреата Ленинской премии, которого арестовали за то, что он некогда стажировался у Резерфорда и заслужил похвалу великого физика.

Небольшой досуг, остававшийся у Богомольца, он тратил на охоту, городошные состязания и музыку. Любил Шопена, Грига, Чайковского, собрал великолепную коллекцию грампластинок, устраивал домашние концерты.

Богомолец умер в 1946 году. По его воле он был похоронен на территории киевского Института экспериментальной медицины, на площадке, которую сотрудники института, любившие отдыхать здесь, называли «подковой». Незадолго перед смертью Александр Александрович грустно пошутил в разговоре с родными, что отсюда ему будет удобнее приходить незаметным на заседания ученого совета и в лаборатории на эксперименты...

Хотя ранняя смерть Богомольца, может, все же и разочаровала Сталина, он не противился тому, что имя академика получили улицы в нескольких городах Украины, научные и медицинские институты. При Хрущеве, у которого с Богомольцем были дружеские отношения и который в 1946 году в Киеве шел за гробом ученого, установленном на орудийный лафет, посмертная слава академика еще более выросла.

Сын революционерки и земского доктора, Александр Богомолец продолжил их дело – служение своему народу. Не все его открытия прошли проверку временем. Но своими предвидениями он значительно опередил современный ему уровень науки, оставил после себя плодотворные школы патофизиологов и, занимая высокие посты в годы сталинских репрессий, не запятнал себя позорными поступками.

Правнучка академика, Ольга Вадимовна Богомолец, получила образование на Украине и в США. Основав в 1994 году собственную клинику в Киеве, а потом и Институт дерматокосметологии, доктор медицинских наук Ольга Богомолец продолжила семейную традицию.

**ТЕЛЕВИДЕНИЕ****Первый телевизионный канал**

Программа «Здоровье». Воскресенье – 9:10

**ТВ Центр** «21-й кабинет». Воскресенье – 9:45

«Фактор жизни». Воскресенье – 7:50

**НТВ** «Без рецепта». Доктор Брандт».

Суббота – 8:50

**РАДИОПЕРЕДАЧИ****Радио России**

«Доверительный разговор». Вторник, среда, четверг – 19:14, воскресенье – 9:10

«Посоветуйте, доктор». Суббота – 13:10

«Здоровье с Е. Малышевой». Воскресенье – 9:30

«Рецепты здоровья». Понедельник – 11:10, среда – 13:33

«Проверено на практике». По будням – 9:34

**Эхо Москвы**

«Дела сердечные». Понедельник – 11:35

«Мединфо». По будням – 8:40, 13:30, 19:56

«Утренний обход». Понедельник – четверг – 11:18, 11:47, пятница – 11:18

«Дневной обход». Понедельник – пятница – 13:17

**ИНТЕРНЕТ-САЙТЫ**

<http://www.minzdravsoc.ru/> – официальный сайт Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

<http://www.mosgorzdrav.ru/> – официальный сайт Департамента здравоохранения г. Москвы.

<http://www.webmedinfo.ru/library/> – здесь хранятся медицинские книги.

<http://www.cat.webmedinfo.ru/shop.php> – интернет-магазины по продаже медицинской техники и медоборудования.

[http://www.webmedinfo.ru/search\\_drugs.php](http://www.webmedinfo.ru/search_drugs.php) – в этом разделе вы можете осуществить поиск интересующих вас лекарственных средств по аптекам.

<http://www.webmedinfo.ru/article/> – раздел содержит медицинские статьи по различным тематикам.

<http://medmir.ru/> – каталог медицинских сайтов.

**КНИГИ****Как лечить болезни кожи.****Выбор правильного лечения**

Автор: Симонов П.И.

Серия: Советы опытного врача

Изд. АСТ, 2009 г., 126 стр.

**Заболевания, передающиеся половым путем**

Автор: под ред. Ю.Ю. Елисеева

Изд. ЭКСМО, 2009 г., 640 стр.

**Справочник здравомыслящих родителей.****Рост и развитие.****Анализы и обследования.****Питание. Прививки**

Автор: Комаровский Е.О.

Серия: Библиотека доктора Комаровского  
Изд. ЭКСМО, 2009 г., 400 стр.

**Инфекционные болезни собак и кошек**

Автор: Масимов Н.А.

Изд. Лань, 2009 г., 126 стр.

**Антинаркотическое воспитание.**

**Учебное пособие** (изд. 5)

Автор: Колесов Д.В.

Изд. Московский психолого-социальный институт, 2009 г., 136 стр.

**Практическая психология для подростков, или вся правда о наркотиках**

Авторы: Кабанова Е., Ципоркина И.

Серия: Практическая психология

Изд. АСТ-Пресс, 2008 г., 288 стр.

**Правильное питание при онкологических заболеваниях**

Автор: Молчанов О.

Изд. Диля, 2009 г., 288 стр.

**Развитие самооценки школьников с нарушением зрения**

Автор: Никулина И.

Изд. КАРО, 2008 г., 192 стр.

**Секреты лечения детских инфекций**

Автор: Клейн Дж. Д., Заутис Т.Е.

Изд. Бином-Пресс, 2007 г., 416 стр.

**Психологическая реабилитация в детском возрасте**

Автор: Бахарева К.С.

Изд. Феникс, 2009 г., 252 стр.

**АЗ. Лечение и профилактика простатита**

Автор: Мазнев Н.

Изд. XXI век, 2009 г., 61 стр.

**Диагноз: аллергия.**

**Как с ней жить, как с ней бороться, как ее устранить.**

**Новейшие рекомендации**

Автор: Росейло Р.

Изд. Рипол Классик, 2009 г., 256 стр.

**Лечебное питание:****советы гастроэнтеролога**

Автор: Гурвич М.М.

Изд. ЭКСМО, 2009 г., 304 стр.

**Герпесвирусная инфекция**

Автор: Полукчи А.К.

Изд. ЭКСМО, 2009 г., 304 стр.

**Диабет: болезнь под контролем**

Автор: Дэвидсон Майер

Изд. АСТ, 2009 г., 364 стр.

**Аэробика для кожи и мышц лица**

Автор: Мэджио К.

Изд. ЭКСМО, 2009 г., 128 стр.

**Секреты лечения детских инфекций**

Автор: Клейн Дж. Д., Заутис Т.Е.

Изд. Бином-Пресс, 2007 г., 416 стр.

**Лечение певчих и декоративных птиц**

Автор: Дорош М.В.

Изд. ВЕЧЕ, 2009 г., 160 стр.

## ДОРОГИЕ ДРУЗЬЯ!

**По многочисленным просьбам читателей, которым не представилась возможность воспользоваться опросным листом по теме побочных явлений, опубликованным в одном из прошлых номеров нашего журнала, мы повторяем его содержание**

### ПОБОЧНЫЕ ЯВЛЕНИЯ

1. Как часто Вам приходилось сталкиваться в своей практике с жалобами на побочные действия лекарств? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Приходилось ли Вам отменять препарат по причине возникновения нежелательных эффектов? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Можете ли Вы сделать какие-то обобщения по поводу побочных эффектов препаратов на основе личного опыта? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Были ли в Вашей практике случаи, когда побочные действия превосходили в реальности указанные в аннотации? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. Поддерживаете ли Вы программу нашей Ассоциации по мониторингу побочных действий лекарств? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Комментарии: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Медицинское учреждение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Должность \_\_\_\_\_

Дата заполнения \_\_\_\_\_