

Страховые медицинские организации участвуют в оказании медпомощи кардиологическим пациентам

ЦИФРОВИЗАЦИЯ / ПАЦИЕНТАМ ПОМОГУТ ПЕРСОНАЛЬНЫЕ РОБОТЫ К СЕНИЮ ВЫЗЫВАЛИ? ПРЯМАЯ РЕЧЬ / Все больше сложнейших операций хирурги выполняют минимально инвазивным способом

Пациентам помогут персональные роботы К сению вызывали?

Наталья Решетникова, Новосибирск

У жителей Новосибирской области благодаря нацпроекту появятся «Персональные медицинские помощники» (ПМП). К 2024 году не менее десяти процентов пациентов будут включены в систему динамичного наблюдения за состоянием здоровья пациентов с использованием таких помощников, отмечают в региональной Минцифре России.

Новосибирская область вместе с другими регионами — Татарстаном, Самарской, Тюменской, Рязанской и Магаданской областями — вошла в федеральный пилотный проект «Персональные медицинские помощники», который будет реализован в экспериментальном правовом режиме.

Работа в этом направлении подкреплена трехсторонним соглашением, подписанным в текущем году между правительством области, Минздравом России и госкорпорацией «Ростех». Благодаря проекту больше людей будет охвачено диспансерным наблюдением, повысится качество и доступность медпомощи, существенно снизится смертность от сердечно-сосудистых заболеваний, в том числе у трудоспособного населения.

— Цифровая трансформация здравоохранения является одной из приоритетных задач не только в Новосибирской области, но и во всей стране. Работа направлена в первую очередь на повышение качества и доступности медицинских услуг. Она ведется в рамках национальных проектов «Здравоохранение» и «Цифровая экономика», — сообщил министр цифрового развития и связи региона Сергей Цукарь.

Пациенту выдается устройство, данные с которого передаются на общую платформу и интегрируются с медицинской картой пациента

Целевая аудитория ПМП — преимущественно пожилые люди, пациенты с хроническими заболеваниями. Как работает ПМП?

Дистанционный мониторинг назначает врач. Пациенту выдается устройство, данные с которого передаются на общую платформу и интегрируются с медицинской картой пациента.

Сейчас это отрабатывается с Медицинской информационной системой для удобства врачей и пациентов.

С 2023 года планируют запустить мониторинг показателей с использованием ПМП.

На основе полученных данных с медицинских приборов, а именно результатов измерений давления, ритма сердца и уровня сахара, врач сможет дистанционно отслеживать критические показатели, корректировать лечение и осуществлять мониторинг. В случае необходимости могут быть назначены диагностические исследования, повторные приемы, выписаны направления.

В свою очередь, пациенты благодаря «Персональным медицинским помощникам» в режиме реального времени будут отслеживать жизненно важные показатели здоровья, находиться под круглосуточным наблюдением врача и получать оперативную обратную связь при ухудшении состояния.

Внедрение ПМП обеспечит принципиально новый уровень предоставления медицинских услуг в отдаленных территориях, повысит скорость и качество оказания медицинских услуг и сделает процесс оказания медицинской помощи комфортнее как для пациентов, так и для врачей.

Немаловажно это и для пациентов с ограниченными возможностями здоровья, инвалидность и маломобильных граждан, — считают в региональном министерстве цифрового развития.

Ирина Невинная
Неспешным это кажется фантастикой: сложнейшие «поломки» внутри организма хирурги исправляют, не проводя травматичных полостных операций. Обходятся «малой кровью» — действуют через проколы, добираются к больному месту по кровяному руслу. В результате ниже риск послеоперационных осложнений, пациенты быстрее выздоравливают и возвращаются к нормальной жизни. О том, как развивается малоинвазивная хирургия, с какими сложностями сталкиваются специалисты и возможно ли здесь импортозамещение, «РТ» рассказал заместитель директора НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского Минздрава России, главный специалист Минздрава России по рентгенодиагностике и лечению, академик РАН Баграт Алекян.

Баграт Гегамович, в последние годы количество операций стентирования артерий выросло во много раз, и, соответственно, уменьшилась смертность от инфарктов и инсультов. Как вы оцениваете выполнение федерального проекта по борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями?

БАГРАТ АЛЕКЯН: Национальная программа по лечению больных с острыми сосудистыми заболеваниями стартовала 15 лет назад, в 2008 году. За это время в стране было создано 20 региональных сосудистых центров. Понимаете, не десяток или сотня, а 200! Все эти центры оснащены современными ангиографами, с помощью которых пациентам выполняют операции при остром инфаркте и инсульте. Чтобы задействовать эти мощности по максимуму, одновременно создавалась сеть первичных сосудистых центров — там главная задача быстро поставить диагноз и провести маршрутизацию пациента. В первичный центр поступают больные из поселков, из райцентров. Оттуда их срочно перевозят в центры с рентгеноперационной, где круглосуточно дежурит бригада рентгенхирургов, и операции по стентированию выполняют в любое время суток. Все выстроено так, чтобы пациент попадал на операционный стол максимально быстро, чтобы успеть уложиться в «золотой час», когда оперативное лечение наиболее эффективно.

Выходит, экстренная помощь, которую лет десять назад могли получить больные разве что в столичных городах, теперь доступна во всех регионах? Сколько таких операций выполняется сейчас в России?

БАГРАТ АЛЕКЯН: В 2021 году мы выполнили 260 тысяч операций по стентированию коронарных артерий, из них 170 тысяч у больных с острым инфарктом. До внедрения технологии стентирования умирал каждый пятый пациент с инфарктом мио-



РИА НОВОСТИ

АКЦЕНТ СЕГОДНЯ В РОССИИ УЖЕ КАЖДЫЙ ВТОРОЙ ПАЦИЕНТ С ОСТРЫМ ИНФАРКТОМ ПОПАДАЕТ В КЛИНИКУ В НУЖНОЕ ВРЕМЯ, ТО ЕСТЬ В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ-ТРЕХ ЧАСОВ — ЭТО ГЛАВНАЯ ПРИЧИНА СНИЖЕНИЯ ЛЕТАЛЬНОСТИ

карда. Их лечили консервативно, но это далеко не самый эффективный метод. Еще лет 5–7 назад мы проводили операции при тяжелых инфарктах миокарда только у 15–20 процентов больных. Сегодня в России уже каждый второй пациент с острым инфарктом попадает в клинику в нужное время, то есть в течение двух-трех часов — это главная причина снижения летальности. В этом году, даже несмотря на ковид, мы не уменьшили этот процент, и близжайшая задача — довести этот показатель до 60–70 процентов.

Есть регионы, города, где уже достигнут такой уровень помощи?

БАГРАТ АЛЕКЯН: Блестяще работает Москва, здесь уже 90 процентов пациентов с острым инфарктом выполняют такие операции, включая и очень пожилых людей. Стремительно прогрессируют и другие регионы, такие как Красноярск, Кемерово, Казань и многие другие. В ведущих субъектах кардиологическая служба уже реально работает по такой модели: поступает звонок от больного, «скорая» у-

важно же еще, чтобы сам пациент во время сердечно-

го приступа сразу звонил в «скорую»?

БАГРАТ АЛЕКЯН: Да, это так. К сожалению, наша большая беда, если больной и его близкие недопонимают, насколько серьезными могут быть последствия, надеются, что «само пройдет». Бывает, стало плохо — человек берет за сигарету, чтобы успокоиться. Не поверите, даже выпивают иногда: «приму немного алкоголя, сосуды расширятся». Скажу одно: это заблуждение может стоить жизни.

Когда додумались «раскрывать» сосуды с помощью дозированной коронарной реваскуляризации?

БАГРАТ АЛЕКЯН: Первый стент создали в 1985 году в США, его изобрел ставший знаменитым доктор Хулио Палмас. А в 1994 году в мире были сделаны первые имплантации стента, и все подумали: это революция, вскоре не будет операций коронарного шунтирования на открытом сердце, будет только стентирование. Но не тут-то было. Уже через полгода стало понятно, что треть стентов в течение года подвергаются сужению: бляшка снова растет, сосуд начинает закрываться. Надо было придумать, как это приостановить.

В онкологии к тому времени использовали некоторые лекарства, которые тормозили развитие опухоли. Возникла идея: «А что, если нанести на стент лекарство, которое бы препятствовало дальнейшему сужению внутри стента?». Это удалось только в 2001 году — была проведена операция с применением первого стента с лекарственным покрытием. И вот это

Малоинвазивные операции на сердце позволяют эффективнее лечить даже инфаркт миокарда.

уже точно было революционно: при имплантации лекарственных стентов повторное сужение сосуда возникало лишь в 3,5 процента случаев — в десять раз реже, представляете?

Сегодня стенты совершенствуются с каждым годом, и количество стентирований растет во всем мире. Например, в Германии делают 370 тысяч таких операций в год при населении в 80 миллионов человек, и еще 30 тысяч операций шунтирования. То есть у них только 10 процентов пациентов подвергаются коронарному шунтированию, при котором вскрывают грудную клетку, а остальные 90 процентов — это малотравматичное стентирование. Та же картина во Франции и Великобритании.

А у нас?

БАГРАТ АЛЕКЯН: В России это направление тоже стремительно развивается. В 2020 году стентирование проводилось у 87 процентов пациентов, а коронарное шунтирование — у 13 процентов.

Но общее количество операций, с учетом численности населения, у нас все же меньше, чем в Европе. С чем это связано? Может быть, не хватает стентов?

БАГРАТ АЛЕКЯН: Когда появились стенты с покрытием, они были очень дорогими — один стоил чуть ли не 2200 долларов. Благодаря усилиям Минздрава России и Росздравнадзора, удалось резко снизить закупочные цены.

АКЦЕНТ

РЕАБИЛИТАЦИЯ — ЭТО ВОССТАНОВЛЕНИЕ СПОСОБНОСТЕЙ, КОТОРЫЕ ЧЕЛОВЕК ПОТЕРЯЛ В ХОДЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ: ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ ТРАВМЫ

ваться с пациентом, мотивировать его.

Как реабилитация организована?

АНДРЕЙ БЕЛКИН: Разработана, конечно, единая схема процесса реабилитации, запущены медицинские стандарты — иначе невозможно было бы использовать финансовый механизм ОМС. Если человек попал в больницу в тяжелом состоянии, ему гарантирована трехэтапная реабилитационная помощь. Первый этап начинается

еще в отделении реанимации буквально на второй день, когда туда поместили пациента, и продолжается все время, пока человек лечится в стационаре. Второй этап — сразу после выписки и третий — в течение первого года. Гарантия, что все предусмотренные врачом реабилитационные мероприятия будут предоставляться бесплатно, по системе ОМС. Первый год очень важен для реального результата. Доказано, что эффект от реабилитации проявляется через шесть, а по некоторым заболе-

ваниям через 12 месяцев после произошедшего трагического события.

Маршрут восстановления для каждого пациента, конечно, разрабатывается индивидуально, он — комплексный. Обычно в процессе восстановления задействовано несколько специалистов, которые подключаются на разных этапах. Это и эрготерапевты (специалисты по восстановлению двигательных навыков), и логопеды, и специалисты по физической реабилитации, и психологи.

Кто составляет этот маршрут? И можно ли рассчитывать на реабилитационное лечение, если дело дошло до больницы палаты, но со здоровьем проблемы?

АНДРЕЙ БЕЛКИН: Маршрут реабилитации обычно расписывает лечащий врач перед тем, как выписать пациента из стационара.

ТЕНДЕНЦИИ / Медицинская реабилитация вошла в систему ОМС

Маршрут восстановлен

Светлана Добрынина, Свердловская область

С нынешнего года программы медицинской реабилитации включены в систему обязательного медицинского страхования. Средний Урал — первый в стране регион, где еще в 2014 году опробовали новую модель и включили затраты на целый комплекс восстановительных процедур в областную программу ОМС. Об этом опыте «РТ» рассказал член президиума Союза реабилитологов РФ, профессор Уральского государственного медицинского университета, директор Клиники института мозга Андрей Белкин.

Андрей Августович, что входит в понятие реабилитации и какой объем помощи по этому направлению предусмотрен программой ОМС?
АНДРЕЙ БЕЛКИН: Реабилитация — неотъемлемая часть процесса

выздоровления человека, и как любая медицинская помощь, она должна быть доступна каждому. Суть заложена в самом термине. Реабилитация — это восстановление способностей, которые человек потерял в ходе чрезвычайных обстоятельств: после перенесенного заболевания или травмы. Соответственно, цель врача — оптимально вернуть человеку утраченные возможности, а если это — не реально, то научить жить по-новому. Научить — слово ключевое. Потому что реабилитация — процесс обоюдный: человек сам должен активно принимать участие в восстановлении, а не уповать на то, что его «прокапают», помассажирют, и он опять как новенький. Врач-реабилитолог во время контактов с пациентом помогает ему освоить не только восстанавливающие технологии, но и новый стереотип жизни, ее восприятие. Так что помимо владения процедурами важно умение специалиста об-

ФАРМРЫНОК / В стране реализуются десятки проектов по импортозамещению лекарств

Рецепты выписаны

Федор Андреев

Опасения о том, что в нашей стране могут возникнуть серьезные перебои с поставками импортных лекарств, не оправдались. Более того, фармацевтический рынок находится в состоянии стабильном. Однако экономическая ситуация вновь высветила правильность курса на локализацию производств и импортозамещение критически важных лекарств, который был определен еще в программе «Фарма-2020» и затем продолжен в программе «Фарма-2030».

Одним из ключевых ориентиров для работы по развитию производства лекарственных препаратов является перечень стратегически значимых лекарственных средств (СЗЛС), утвержденный распоряжением правительства РФ. Он призван обеспечить повышение доступности лекарств для лечения наиболее распространенных заболеваний к 2024 году. «В настоящий момент в перечень СЗЛС включено 215 позиций. Уже по 94 процентам международных непатентованных наименований (МНН) из перечня СЗЛС зафиксированы стадии локального производства, из них по 86,5 процента МНН имеется технологическая возможность производства со стадии готовой лекарственной формы и выше.

ИННОВАЦИИ / Российские производители представили импланты нового поколения для кардиологии

Точно в цель

Наталья Саванкова, Пенза

Новая отечественная технология позволяет установить искусственный аортальный клапан на работающем сердце под местной анестезией. Эту операцию показали в режиме прямой онлайн-трансляции из операционной Пензенского кардиоцентра участникам форума «Инномед», который собрал в Пензе не только представителей медицинской промышленности, но и главных врачей областных клиник из разных уголков России и ведущих хирургов. Кто-то в кулуарах сказал: «Это можно сравнить с тем, как прийти в стоматологию и полечить зуб».

Конечно, все не так просто. Но разрабатывать новые технологии в Пензе теперь можно в новом корпусе научно-производственного предприятия. Семизатное здание общей площадью 15 тысяч квадратных метров, где разместились с десяток малых инновационных компаний, запустили недавно. Здесь инновационные компании создают и выпускают медицинские изделия для сердечно-сосудистой хирургии, нейрохирургии, травматологии и ортопедии. Их продукцию представили на форуме.

На операционном столе оказалась пожилая пациентка с угрожающим жизни диагнозом. До недавнего времени спасти ее можно было, лишь сделав операцию на открытом сердце. Но из-за возраста она могла бы ее не перенести. Благодаря новой системе доставки имплантата, разработанной пензенскими инженерами, заменить клапан удалось малотравматичным способом.

РАКУРС / Дальний Восток развивает нетрадиционное направление туризма

Медицина плюс сервис

Илья Аверин, ДФО

Медицинские учреждения российского Дальнего Востока вполне могут составить конкуренцию медицинским организациям соседних стран и привлечь пациентов не только из других регионов России, но и из-за рубежа. Но при одном условии: если удастся наладить и качественный медицинский сервис. Об этом говорили эксперты на тематической сессии Всероссийского туристического форума «Открой Дальний Восток» в Хабаровске.

Медицинский туризм в классическом понимании обозначает предоставление услуг за пределами места проживания — в другом регионе страны или за рубежом. При этом получение высококвалифицированной медицинской помощи может сочетаться с отдыхом.

— Первоочередная задача — создание конкуренции, в первую очередь клиникам Азиатско-Тихоокеанского региона, чтобы российские пациенты оставались в стране, а не тратили деньги, выезжая за границу, — высказал мнение прокурор ДВФУ по медицинским вопросам Олег Лак. — Что касается вездного туризма, для нас пока это направление остается сложным для реализации. Одна из причин — закрытые границы. Также надо признать, что уровень медицины у нас не везде достаточно высок.



Telegram
T.ME/rgrnews



VKontakte
VK.COM/rgru



Одноклассники
OK.ru/rgru

Здравоохранение
rg.ru

Российская газета
www.rg.ru
6 декабря 2022
вторник № 275 (8923)

Рецепты выписаны

A1 И эта работа активно продолжается», сообщили «РГ» в Минпромторге России.

«С изменением экономической ситуации в этом году поменялась логистика, некоторые поставщики субстанций ушли, — отмечает председатель правления Ассоциации фармпроизводителей Евразийского экономического союза (АФПЕАС) Алексей Кедрин. — А это основа для производства лекарств. До сих пор до 80 процентов фарм-субстанций поступало из-за рубежа и только 20 процентов производится в нашей стране. Мы в ассоциации считаем, что в среднесрочной перспективе это соотношение можно перевернуть, чтобы 80 процентов субстанций производилось в нашей стране. Для этого надо выстраивать работу отечественной фарм-индустрии с учетом этой задачи.

Несмотря на то, что у фарм-индустрии есть отдельные проблемы с поставками, логистикой и удорожанием субстанций, вспомогательных веществ, расходных материалов, которые требуются для производства лекарств, особой дефицита эксперты не отмечают. Практически ни одна из иностранных фармкомпаний, за редким исключением, не планирует сокращать поставки своих лекарств. Тем не менее число проектов по импортозамещению нарастает. Некоторые регионы в добавление к государственному меру поддержки отрасли добавляют и свои. Так, в столице фармком-

Медицинские университеты заключают с фармкомпаниями контракты по разработке новых лекарств

паниям субсидируют затраты на уплату процентов по кредитам на пополнение оборотных средств, предоставляют из бюджета Москвы средства на проведение клинических исследований лекарств на базе больницы города, земельные участки для строительства производств по ставке один рубль в год. Кроме того, увеличили объем авансирования закупок лекарств на государственные нужды до 70 процентов, а минимальный порог инвестиций по офсетным контрактам снижен с миллиарда рублей до 100 миллионов. Также для фармпроизводителей упрощена процедура регистрации и обращения новых препаратов.

Региональные медицинские университеты заключают с фармкомпаниями контракты на совместные исследования по разработке и выводу на рынок новых лекарств. Например, такой контракт подписало руководство Самарского государственного университета с крупным производителем лекарств. В вузе планируют использовать возможности своего научно-образовательного центра фармации и производственную площадку в индустриальном парке.

Несколько проектов по импортозамещению в фармотрасле реализуют в Московской области. Среди них — не только производство жизненно важных препаратов и актуальных лекарств от COVID-19, но и производство субстанций, в том числе на базе собственных разработок. А одна из компаний вырази-

ла готовность построить центр на базе собственного завода по производству активных фармацевтических субстанций и организовать производство полного цикла биотехнологических препаратов для лечения социально значимых заболеваний.

Особенно тревожными были ожидания онкологических пациентов, которым жизненно необходимы эффективные инновационные лекарства.

«Когда у нас появились опасения по обеспечению наших пациентов импортными препаратами, была разработана стратегия и прописаны протоколы лечения, — рассказала президент Всероссийской общественной организации помощи пациентам «Ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй!» Ирина Боровова. — Слава Богу, что это пока не понадобилось. Фармкомпания все свои обязательства по этому году обещала выполнить. Кроме того, у нас производят несколько ЖНВЛП препаратов, есть компании, которые в этом году выводят на регистрацию свои новые препараты. Хочу отметить, что мы уже сейчас имеем достаточно высокотехнологичное производство, одна из компаний произвела моноклональный препарат, сделав точную копию иностранного. В результате, цена препарата понизилась в 7–8 раз от первоначальной стоимости, что позволило расширить доступ к препарату тысячам пациентов. Я вижу абсолютно правильную тенденцию на наращивание собственного производства. Безусловно, важно следить и за качеством препаратов, и здесь у нас есть все необходимые контролирующие структуры и достаточно жесткое законодательство».

Гарантиями того, что пациенты не пострадают от дефицита лекарств, служат разработанные механизмы стимулирования создания в России собственных производств препаратов, включая производство фарм-субстанций. Минпромторг России совместно с ВЭБ.РФ предложили программу субсидирования части процентной ставки по инвестиционным кредитам, полученным на реализацию проектов по созданию производств субстанций. В высокой степени готовности для финансирования находятся более 10 инвестиционных проектов в общем объеме инвестиций порядка 77 млрд рублей.

Создание новых и технологическое перевооружение уже созданных производств фарм-индустрии осуществляется и с использованием хорошо зарекомендовавшего себя механизма льготного заемного финансирования, предоставляемого Фондом развития промышленности. Предприятия активно используют, например, программу «Приоритетные проекты», по которой предприятие может привлечь заем до 5 миллиардов рублей на срок до 7 лет под один процент годовых.

«Нынешняя ситуация заставила производителей готовых лекарственных форм и субстанций серьезно взглянуть на перспективу выпуска препаратов из отечественного сырья, — подчеркивает исполнительный директор Союза профессиональных фармацевтических организаций (СПФО) Лилия Титова. — Мы приветствуем решения о финансовых мерах поддержки заводов по выпуску субстанций. Но СПФО считает, что необходимо и стимулирование российских производителей готовых лекарственных форм, чтобы они предпочитали покупку субстанций внутри страны даже при условии, что цены на них несколько выше. Это принесет реальный результат».

МНЕНИЕ

Евгения Шапиро, генеральный директор «ПСК Фарма»:

— Сейчас мы видим, где проявляется дефицит лекарственных препаратов, и понимаем, где он может еще нарастать. Поэтому предприняли все меры, чтобы по позициям из нашего портфеля препаратов дефицита не было. Также ускорили разработку будущих препаратов, которые были в плане. Помимо этого, сейчас вносим изменения в планы разработки и регистрации, добавляя новые молекулы. Быстро создать аналог иностранного препарата, особенно биотехнологического, невозможно. Этому предшествуют годы разработок собственной молекулы, клинические испытания, получение разрешений от регуляторов. Препараты, которые мы уже вывели или выводим на рынок, — результат работы, которую мы начали несколько лет назад. Сегодня выпускаем препараты, в первую очередь, для лечения астмы, ХОБЛ, болезней ЦНС, а также ревматологических, кардиологических, орфанных и других заболеваний. Кроме того, создаем собственные оригинальные препараты в тех областях, где они будут наиболее востребованы.

Считаем, что будущее за российскими компаниями, которые могут не только наладить выпуск эффективных и безопасных аналогов иностранных препаратов, но и смогут создать в России производство собственных субстанций для них. Это позволит фармацевтической промышленности стать максимально независимой от импорта, что важно в текущих экономических и политических условиях. В свою очередь отмечу, что компания «ПСК Фарма» уже построила собственный цех по производству активной фармацевтической субстанции для препаратов химического синтеза.

Мы также работаем над созданием блока по выпуску субстанций для биотехнологических препаратов. Это потребовало значительных инвестиций, привлечения специалистов с релевантным опытом. И хотя сейчас мы готовим эти мощности под потребности нашей компании, в дальнейшем рассматриваем возможность обеспечения отечественными химическими и биотехнологическими субстанциями других российских производителей.



На II Конгрессе молодых ученых в Парке науки и искусства «Сириус» прошла сессия «Справедливое здравоохранение для будущих поколений: взгляд молодых», на которой представители науки и практической медицины обсудили острые проблемы от лекарственного обеспечения населения до внедрения высоких технологий и программ цифровизации в российскую систему здравоохранения.

ПРОФИЛАКТИКА / Пневмококковая вакцина спасает жизни и снижает уровень устойчивости бактерий к антибиотикам

Доказанному верить

Ольга Неверова

Микроорганизмы сопровождают человека всю жизнь с самого рождения. Но помимо положительных и необходимых для жизни микробов есть и такие, которые представляют опасность для человека, вызывая различные инфекционные заболевания. До XX века инфекции являлись главной причиной высокой смертности и малой продолжительности жизни людей, а также многих смертоносных эпидемий. Вспомнить хотя бы пандемию чумы в XIV веке, прозванную «Черная смерть», которая стала причиной гибели около трети населения Азии и половины жителей Европы. Или пандемию гриппа в начале XX века, так называемую «испанку», которая унесла, по разным данным, жизни от 20 до 100 миллионов человек.

Все изменилось с появлением вакцин — средств защиты от самых разных инфекций. Пройдя путь от вариоляции (древневосточного способа прививания от оспы) до высокотехнологичных субстанций, сложность разработки, производства и тестирования которых невозможно переоценить, вакцинопрофилактика позволила человечеству успешно бороться с наиболее опасными болезнями. По данным Всемирной организации здравоохранения, вакцины ежегодно спасают от преждевременной смерти от 2 до 3 миллионов человек.

Одной из последних в 2014 году в Национальный календарь профилактических прививок (НКПП) была внесена пневмококковая вакцина, применение которой серьезно изменило статистику заболеваемости и исходов пневмоний и ряда других опасных заболеваний. Этому решению, как и регистрации вакцины на территории страны, предшествовал длительный и сложный период клинических исследований (КИ).

— Так же, как для всех лекарств, они проводятся в 4 этапа (фазы), — пояснил «РГ» председатель координационного совета Лиги содействия клиническим исследованиям, кандидат медицинских наук Олег Мелихов. — Первая фаза — исследования различных доз препарата. Во второй фазе получают первые сведения о его эффективности и безопасности. Третья фаза — подтверждение эффективности и безопасности в объеме, необходимом для его регистрации. На второй фазе КИ в исследование включается когорта пациентов, которую планируется прививать (определенная группа по возрасту/состоянию здоровья). Подгруппы пациентов с особенностями (например, с хроническими заболеваниями, иммуносупрессиями и др.) более глубоко изучаются на третьей фазе.

— Только после получения данных о безопасности и эффективности вакцины у взрослых проводят КИ вакцин у детей, — дополняет руководитель отдела профилактики инфекционных заболеваний НИИ детских инфекций ФМБА, доктор медицинских наук Сусанна Харит. — Сначала в группе подростков 12–18 лет, потом в группе до 6 лет, потом в более младшей — 3–6 или 2–6 лет, последний этап — с двух месяцев до 2–3 лет. Первоначально оценивается иммунологическая эффективность, т.е. выработка антител и клеточного ответа, и безопасность — оценка побочных проявлений, которые возникают у привитых. Самые масштабные клинические исследования проводились в свое время в отношении инактивиро-



Соблюдение календаря прививок надежно защитит здоровье ребенка от опасных инфекций.

ванной полиомиелитной вакцины и вакцин против ротавирусной инфекции, для оценки безопасности которых в исследовании было включено более 50 тысяч детей.

КИ пневмококковой вакцины были не только масштабными, но и отличались особой сложностью, так как проводились и на взрослых, и на всех группах детей от двух месяцев. После того как были получены доказательства эффективности и безопасности вакцины, результаты исследований передали в официальные инстанции для получения разрешения на ее медицинское применение. Когда вакцина зарегистрирована в стране, встает вопрос о ее включении в Национальный календарь профилактических прививок (НКПП). Основанием для этого решения являются, во-первых, эпидемиологические данные, предше-

приняли консолидированное решение о целесообразности применения тринадцативалентной вакцины в рамках НКПП. Россия стала одной из 126 (на сегодня) стран, где вакцина применяется для обязательной иммунизации детей.

Такой сложный путь к пациентам проходят все новые вакцины. После этого начинается четвертая фаза КИ — дополнительные пострегистрационные исследования эффективности и безопасности после выхода лекарственного средства на рынок. Они нужны для того, чтобы понять, как работает препарат при широком медицинском применении. Здесь оценивают такие показатели, как эпидемиологическая эффективность (снижение заболеваемости у привитых) и формирование коллективного иммунитета, т.е. снижение заболеваемости у не-

АКЦЕНТ

ПНЕВМОКОККОВАЯ ВАКЦИНА СЕРЬЕЗНО ИЗМЕНИЛА СТАТИСТИКУ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ИСХОДОВ ПНЕВМОНИЙ И РЯДА ДРУГИХ ОПАСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

ляемых Роспотребнадзором на основании результатов надзора за заболеваемостью и структурой циркулирующих возбудителей, поясняет Сусанна Харит. Эти данные получают от надзорных лабораторий Роспотребнадзора, а также вирусологических и микробиологических исследований. Они дополняются данными о тяжести заболевания, риске инвалидизации, смертности, группах риска, подтвержденных наиболее тяжелому течению инфекции. А также проводятся фармакоэкономические расчеты, в которых оцениваются прямые и непрямые затраты на лечение заболевания и его последствий, причем они сравниваются с затратами, необходимыми на проведение вакцинации.

В отношении пневмококковой вакцины эксперты были единодушны: она, несомненно, сократит циркуляцию наиболее опасных пневмококков, вызывающих большую часть пневмоний, а также менингит, плеврит, сепсис, отит и другие тяжелые заболевания. Не последнюю роль в этом решении сыграли данные о том, что внедрение пневмококковой вакцины в иммунизационные программы для детей в других странах уже позволило предотвратить сотни тысяч случаев заболевания. По состоянию на 2022 год эта цифра уже превысила 175 миллионов по всему миру. Специалисты Минздрава России с группой экспертов обсудили представленные данные и

привитых по сравнению с годами, предшествующими внедрению вакцины). Продолжается наблюдение за циркулирующими возбудителями, чтобы оценить, не произошло ли изменений, которые могут снизить эффективность вакцинации (все присутствующие в НКПП вакцины обязательно соответствуют текущей эпидемиологической обстановке в стране), а также ведется наблюдение за безопасностью препарата в реальной клинической практике.

— Это один из важнейших этапов, так как не все побочные проявления вакцинации можно выявить в КИ, — подчеркивает Сусанна Харит. — Это, например, такие редкие состояния, как анафилактический шок, частота которого составляет 1 случай на 100 тысяч, и подобные редкие ситуации.

— Во-первых, условия регистрации КИ, даже масштабных, отличаются от условий использования вакцин в реальной практике, — поясняет Олег Мелихов. — Во-вторых, масштабное изучение на десятках и сотнях тысяч пациентов, получающих вакцину, позволяет выявить редко встречающиеся нежелательные реакции.

Отдельное исследование эффективности вакцин проводилось с участием представителей групп риска — пациентов с хроническими заболеваниями, у которых течение пневмококковой инфекции может вызвать

Ксению вызывали?

A1 Новосибирская область — один из лидеров в стране по внедрению цифровых сервисов, направленных на дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов с помощью интеллектуальных медицинских помощников. В текущем году робот Ксения, работающий на платформе СберЗдоровье (разработка Сбера), существенно разгрузил участки врачей, проводя мониторинг состояния здоровья пациентов с артериальной гипертензией, сахарным диабетом и ковидом.

К платформе подключились 33 медицинские организации, а прикрепленные к ним жители получили возможность дистанционного наблюдения. Всего более десяти тысяч пациентов воспользовались данным сервисом с января этого года, проведено более 2000 телемедицинских консультаций. «При выявлении отклонений от референсных показателей здоровья информация поступает врачу для организации дистанционной консультации с пациентом или для корректировки лечения, что значительно оптимизирует время и пациента, и врача», — пояснили в ведомстве. Также граждане могут самостоятельно вносить данные о состоянии здоровья в мобильное приложение.

Ксения выясняет симптомы, уточняет температуру, просит измерить температуру, если пациент затрудняется ответить

— Данная платформа — дополнительный инструмент к тем возможностям телемедицинских консультаций, которые уже ранее были у врачей. Голосовой помощник Ксения может позвонить как на любой современный смартфон, так и на кнопочный мобильный телефон, — рассказала заместитель министра цифрового развития и связи Новосибирской области Ирина Савельева.

По словам заведующего взрослой поликлиникой городской больницы № 3 Юрия Пацева, ежедневно больно сам вносит данные о самочувствии в специальное приложение, либо ему звонит робот Ксения. «Если пациент произносит одно из ключевых слов, которое задано роботу Ксении, она этих пациентов вычлняет и передает на дополнительное наблюдение терапевту», — объясняет заведующий.

Ксения выясняет симптомы, уточняет температуру, просит измерить температуру, если пациент затрудняется ответить. «Новая платформа очень сильно разгрузила врачебный персонал», — отмечает Юрий Пацев.

В ближайшее время в регионе планируют запустить сервис для голосового заполнения медицинской документации, когда врач надиктовывает текст, высвобождая дополнительное время на пациента. Это стало бы подспорьем в работе врачей, которые сейчас тратят большую часть времени, отведенного на прием пациента, на то, чтобы внести все данные в его медкарту.

«Проект «Персональные медицинские помощники» позволяет использовать удаленные форматы коммуникации с пациентом для дистанционного наблюдения за его состоянием здоровья. Прорабатывается возможность его запуска в нескольких регионах уже в следующем году», — сказал министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко на открытии II Всероссийского форума «Обращение медицинских изделий Novamed-2022». ●

Медицина плюс сервис

A1 Но пациенты нередко приезжают к конкретному врачу или на конкретный вид лечения.

Например, в медцентре Дальневосточного федерального университета используются по-настоящему уникальные технологии и методики. — Нам привезают на сложные виды операций, к примеру, с использованием роботической хирургии, их мы выполняли уже более 500, — рассказал Олег Пак. — Или на операции при болезни Паркинсона, когда в головной мозг имплантируется стимулятор, который полностью останавливает тремор. Еще один пример — удаление опухолей в головном мозге в сложных моторных зонах, когда пациент находится в сознании. То есть во время операции мы разговариваем с человеком и если видим, что у него ухудшились речь, моторика, останавливаемся в этой зоне, поскольку там идет проводящие пути, которые трогать нельзя.

Одной из крупнейших медицинских организаций в России является МНТК «Микрохирургия глаза». На долю учреждения приходится около 60 процентов высокотехнологичной офтальмологической помощи в стране. Единственный филиал МНТК на Дальнем Востоке действует в Хабаровске.

— В среднем мы выполняем около 30 тысяч операций в год, плюс 1,5 тысячи курсов лечения, — сообщил директор хабаровского филиала Олег Колеско. — Пациенты в основном приезают из соседних регионов — Приморского края, Амурской области. Есть и те, кто приезжает из Москвы, Санкт-Петербурга, других городов. Что касается иностранных пациентов, то таких у нас в прошлом году было 100 человек.

Обсуждая перспективы развития медицинского туризма, участники сессии определили несколько его ключевых преимуществ. Среди них получение медицинской услуги, отсутствующей в регионе проживания, менее хлопотное и затратное лечение, возможность предоставления медицинской помощи конфиденциально и другие.

— В сопредельных с нами государствах запрещены такие виды помощи, как суррогатное материнство и донорство ооцитов (женских половых клеток, участвующих в размножении), а мы можем это предложить, — отметил главный врач Хабаровского перинатального центра Юрий Бердаков. — Ежегодно в нашем стационаре получают специализированную медицинскую помощь более тысячи жителей других регионов РФ и иностранных граждан.

Одним из ключевых факторов для привлечения медицинских туристов, помимо технологий, является и обеспечение качественного сервиса. — Если мы не поймем, что пациент — наш работодатель, у нас никогда не получится вывести сервис на высокий уровень, — заметил Олег Пак. — Вы даже не представляете, сколько нам потребовалось времени, чтобы научить медперсонал постучать в дверь, прежде чем войти к пациенту. Такие, казалось бы, простые моменты крайне важны.

Генеральный директор хабаровского турагентства Оксана Косыкова уверена, что необходимо смотреть на медицинский туризм глазами пациента.

— Нужно почувствовать, почему он делает выбор той или иной клиники. Маркетинговыми, турагентствами предоставлен набор точек притяжения, и при достаточном их количестве мы можем выстроить эффективную коммуникацию, которая позволит привлечь туристов. Я посещаю различные клиники, тематические мероприятия и могу утверждать, что наш регион в этом смысле имеет большой потенциал, — говорит Оксана Косыкова. ●



Маршрут восстановлен

А1 Он либо напрямую указывает, где необходимо проходить восстановительное лечение, либо направляет к терапевту поликлиники, чтобы там амбулаторно или на дому обеспечили реабилитационные процедуры.

Во всех остальных вариантах, по логике, определять необходимость восстановительных технологий для поддержания здоровья обратившегося должен не участковый врач, не медик из районной поликлиники, а специалист-реабилитолог. Он должен определить: какое и насколько эффективно будет лечение, если пациент обратился, к примеру, только через год после полученной травмы позвоночника. Для того, чтобы такой специалист был как можно более доступным, в наиболее крупных больницах региона, где обслуживается наибольшее количество пациентов, работают и открываются новые центры реабилитационной помощи. В Свердловской области, к примеру, будет открыто 10. Они будут укомплектованы специалистами по всем направлениям, обеспечены современным оборудованием.

В моей поликлинике, например, нет реабилитолога, а восстановительное лечение по хроническим заболеваниям хотелось бы получить. Каким образом?

АНДРЕЙ БЕЛКИН: Такой специалист и не должен быть в каждой поликлинике. Пока ты не оказался в ситуации, из которой реально не сможешь сам вернуться в нормальное состояние, о реабилитации речи не идет. Это — профилактика, которую обеспечивают регулярные профосмотры, диспансеризация, обычные программы по оздоровлению.

Говорят, что к решению о необходимости запуска реабилитации через систему ОМС подтолкнула пандемия коронавируса, когда много заболевших стали нуждаться в восстановительном лечении. Опять же ковид подтолкнул развитие новых форм — онлайн-программ реабилитации. Как вы относитесь к дистанционному методу восстановления?

АНДРЕЙ БЕЛКИН: Пандемия, конечно, повлияла, но и до ковида все было. Основными пациентами до сих пор остаются люди, перенесшие инсульт, тяжелые травмы. Коронавирус, конечно, ускорил процесс массового вне-

Каждое время диктует свои задачи: сейчас идет подготовка к реабилитации пациентов, которые вернулись с военной травмой

дрения систем реабилитации в тех регионах, где она не была развита. Каждое время диктует свои задачи. Сейчас, к примеру, мы работаем над тем, чтобы система была готова к маршрутизации пациентов, которые вернулись с военной травмой.

Телереабилитация, которая активно использовалась в пандемию, безусловно, принесла положительный эффект. К примеру, к нашим занятиям могли абсолютно бесплатно подключиться жители других регионов и самых отдаленных территорий. Телереабилитация однозначно обеспечивает доступ к большому количеству пациентов и в восстановительных программах это надо активно использовать. Единственная оговорка, с которой я абсолютно согласен:

СПРАВКА

Опыт уральцев по организации медицинской реабилитации переняли другие регионы. С нынешнего года проект заработал по всей стране. Почти девять миллиардов рублей выделило правительство РФ на развитие отделений реабилитации. Это позволит оснастить современным оборудованием 157 больниц.



Для успеха реабилитации пациент и врач должны работать слаженно, как единая команда.

в первую очередь необходим осмотр врачом пациента «вживую». Сплошной онлайн в здравоохранении неэффективен.

Является ли санаторно-курортное лечение частью медицинской реабилитации?

АНДРЕЙ БЕЛКИН: По идеологии, конечно, является, но по системе финансирования — нет. Санатории идут по линии социальных учреждений. Хотя некоторые здравницы реструктуризируют-

В наиболее крупных больницах региона, где обслуживается наибольшее количество пациентов, открываются новые центры реабилитационной помощи

вали лечебные отделения и вписались в требования порядка оказания помощи по системе ОМС.

Часто отдыхающим предлагают минимальный стандартный набор оздоровления: ванны, грязи, массаж и т.д. А затем предлагают доплатить его платными процедурами, эффективность которых не доказана. Стоит ли соглашаться?

АНДРЕЙ БЕЛКИН: Нет. Воинбе в реабилитации до сих пор мало достоверно доказанных вещей, но задача профессионального сообщества не пропагандировать «чудо»-приборы или средства, а ориентироваться на клинические рекомендации. Понятно, что для доказательства эффективности нужны длительные серьезные исследования, на которые редко идут производители. Ставят на эффект плацебо, а ему очень легко поддаться. Я по профессии врач-нейрореабилитолог, всегда занимаюсь тяжелыми пациентами, поэтому доказательность для меня имеет особый смысл. Силой убеждения врачу нельзя спекулировать, мы должны быть честны перед пациентами.

А продолжительность лечения также необходимо доказывать? В советской медицине сроки санаторно-курортного лечения составляли 24 дня. Насколько это обосновано, и почему сегодняшние путевки ограничивают курс восстановления неделями, в лучшем случае — двумя? Имеют ли смысл такие сроки для полноценной реабилитации?

АНДРЕЙ БЕЛКИН: В советское время был другой подход, не связанный с медицинской и экономической целесообразностью. Сейчас точно установлено, что для эффективного восстановления необходим непрерывный курс реабилитационных процедур не короче десяти дней. Увеличение этих сроков связано с индивидуальной маршрутизацией. Но государство не может индивидуальные нормативы утверждать, это — прерогатива врача. Несколько лет назад были горячие головы, которые предлагали сократить сроки санаторной реабилитации вдвое, уплотнить все процедуры до пяти дней. Союз реабилитологов резко выступил против, и сейчас, как базовая норма, сохраняется десятидневный норматив. Важно, что реабилитация стала финансироваться не по остаточному принципу. По вложенным средствам она порой конкурирует с затратами на первый, всегда финансово емкий, высокотехнологичный этап лечения. Но зато и результат есть. ●

ЛИДЕРЫ / Небольшой стартап за четверть века превратился в лидера отечественного рынка рентгеновской аппаратуры

Излучение энергии

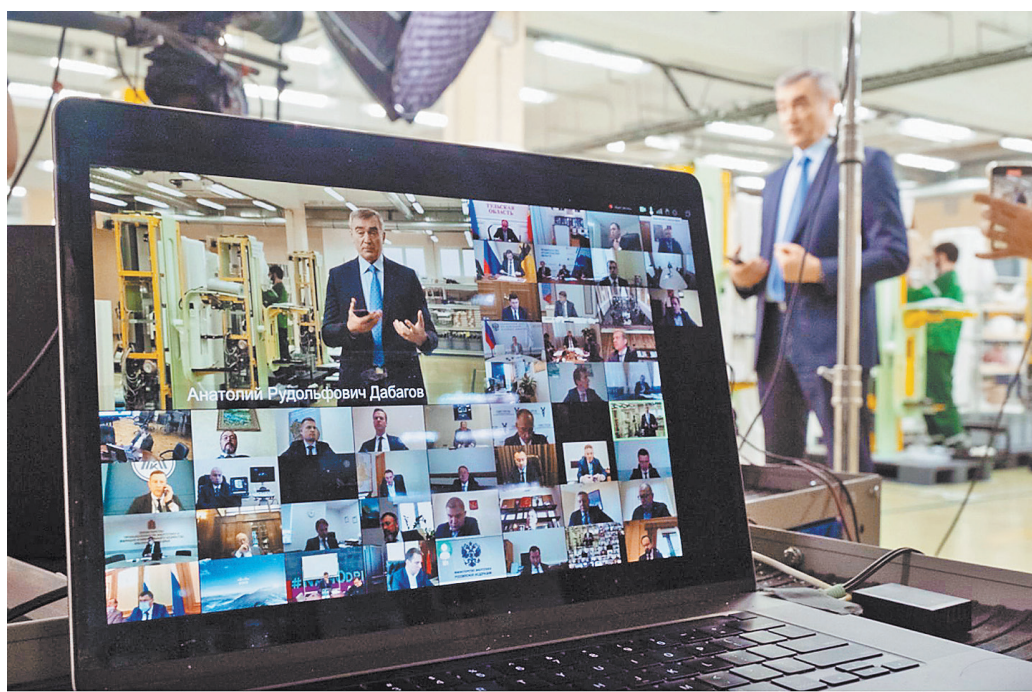
Федор Андреев

В ноябре 2022 года в Москве прошел II Всероссийский форум с международным участием «Обращение медицинских изделий NOVAMED-2022», на котором были подведены итоги конкурса «Безопасность медицинских изделий — на благо людей». В число победителей вошла компания «Медицинские технологии Лтд (МТЛ)». История компании, которая в этом году отмечает свое 25-летие, является примером того, что в нашей стране можно не только создавать высокотехнологичное медицинское оборудование, но и стать одним из лидеров медпрома России.

«С момента образования компании мы прошли большой путь, — говорит президент МТЛ Анатолий Дабагов. — И, несмотря на все сложности, ни разу не пожалели об избранном направлении. За эти годы компания освоила производство рентгеновской аппаратуры — от пленочных аппаратов до сложного цифрового оборудования».

Методы обследования пациентов в мире все последние десятилетия бурно развиваются. И особенно важно, что сегодня в российских учреждениях 85 процентов такой аппаратуры — отечественного производства. Немалую роль в этом сыграла компания МТЛ.

Но тогда, в конце 90-х, компания из семи энтузиастов поставила перед собой серьезные цели и постепенно продвигалась от простого к сложному. Сначала это были проявочные машины, а в 2005 году начали производить первые цифровые маммографы, еще два года спустя — целую линейку цифровых аппаратов. А потом появились изделия, к названию которых с полным правом можно было добавлять «первый российский», а затем и «первый в мире».



Анатолий Дабагов принял участие в работе комиссии Госсовета РФ по промышленности.

АКЦЕНТ ВАЖНЫЙ ФАКТОРОМ УСПЕХА В КОМПАНИИ СЧИТАЮТ МЕРЫ ПОДДЕРЖКИ СО СТОРОНЫ ГОСУДАРСТВА И МИНПРОМТОРГА РФ

Сегодня компания занимает лидирующие позиции на рынке рентгеновской диагностики. В клиниках страны работает более 8500 единиц оборудования компании — по сути, в каждой второй медицинской организации. Для их обслуживания и ремонта созданы 64 сертифицированных региональных сервисных центра. Действует система менеджмента качества, также сертифицированная по мировым стандартам.

Важным фактором успеха компании считают меры поддержки со стороны государства и Минпромторга России: преференции при госзакупках, субсидии, снижение количества бю-

рократических процедур и лишних проверок.

Казалось бы, можно гордиться тем, что завоевано более 30 процентов российского рынка рентгеновской аппаратуры. Но останавливаться здесь не намерены: не менее 10 процентов с оборота компания инвестирует в научно-техническое развитие, сейчас работает над созданием оборудования следующего поколения, которое будет не только соответствовать мировому уровню, но даже превышать его. Причем доля импортных комплектующих в этих аппаратах не превышает 10–15 процентов. Компания уже поставляет свою продукцию не только в страны

СНГ, но и в Европу, Юго-Восточную Азию, Южную Америку. И планирует расширять этот список.

«Особенности компании — в умелом внедрении инноваций в практику, — заявил «РГ» профессор МГМСУ им. Евдокимова, член-корреспондент РАН Александр Васильев. — Это и новые программные продукты, и аппаратно-программные комплексы, улучшающие разрешающую способность оборудования. Эта техника ориентирована на практическое здравоохранение. Достоинством подхода компании является и непрерывное обучение врачей работе на их оборудовании, поэтому оно используется наиболее эффективно».

Совместно с ведущими экспертами НИИ лучевой диагностики компания организовала образовательные циклы повышения квалификации для врачей и рентгенолаборантов. ●

Путь к сердцу

А1 Сегодня предельная цена на хорошие стенты — 25–27 тысяч рублей. Самое главное, мы ими обеспечены. Надеемся, что поставки продолжатся, несмотря ни на какие геополитические сложности. Ведь это вопрос жизни и смерти примерно для 260 тысяч человек каждый год.

А возможно ли тут импортозамещение, собственное производство стентов?

БАГРАТ АЛЕКЯН: В России есть несколько компаний, которые производят стенты, в том числе по патентам западных компаний. Есть и собственное российское, которое мы сами разработали. На рынке доля отечественных стентов сейчас примерно 30–35 процентов. Но тут есть ряд проблем. Не все наши изделия прошли полноценную апробацию: у нас пока сложно обеспечить большую доказательную научную базу сравнения наших стентов с ведущими зарубежными. В принципе эта проблема решаемая, думаю, постепенно доля отечественных изделий в стране станет больше.

Высокотехнологичное оборудование — это важно. Но также важно, чтобы на нем работали хирурги с соответствующей квалификацией?

БАГРАТ АЛЕКЯН: В течение 15 лет ежегодно мы с коллегами публикуем данные о состоянии эндоваскулярной хирургии в стране. В настоящее время у нас подготовлены и успешно работают более 2300 рентген-эндоваскулярных хирургов и функционируют более 650 рентгеноперационных — это впечатляющая цифра. Через эти операции проходят более 850 тысяч больных в год, это и диагностика, и оперативное лечение. Но оборудование практически стопроцентно западное.

Есть компания в Санкт-Петербурге, которая производит российские ангиографы, но они единичные. Основное оснащение (думаю, более 95 процентов) обеспечивают несколько крупнейших корпораций — мировые «киты», которые реально делают хорошее оборудование.

Импортозамещение — это важно и нужно, и мы работаем над этим, но это не так легко. Цена вопроса — 50–60 миллионов рублей за одну рентгеноперационную. Более «накручен-



Даже при инфаркте своевременно установленный в коронарную артерию стент не только спасет жизнь, но и обеспечит ее качество.

АКЦЕНТ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ У НАС ПОДГОТОВЛЕННЫ И УСПЕШНО РАБОТАЮТ БОЛЕЕ 2300 РЕНТГЕН-ЭНДОВАСКУЛЯРНЫХ ХИРУРГОВ И ФУНКЦИОНИРУЮТ БОЛЕЕ 650 РЕНТГЕНОПЕРАЦИОННЫХ — ЭТО ВПЕЧАТЛЯЮЩАЯ ЦИФРА

ные» варианты — это уже 1,5–2 миллиона долларов. Эндоваскулярная операция — это ведь не только стент и ангиографический комплекс. Это и сложное программное обеспечение, тоже от зарубежных производителей. Это длинная технологическая цепочка, все звенья которой должны идеально подходить друг к другу. В России пока выпускают лишь малую долю необходимого — стенты, баллоны для ангиопластики. Но нужно иметь еще 10–12 других устройств для доставки стента к сердцу, а их нет. И пока российские компании работают над этим, мы продолжаем спасать людей с помощью зарубежных технологий. Хорошо, что Минздрав это понимает и делает все возможное, чтобы у нас было все необходимое для работы.

Какие еще малоизвестные вмешательства на сердце и сосудах применяют сейчас?

БАГРАТ АЛЕКЯН: Их много. Мы имплантируем клапаны непосред-

ственно внутрь работающего сердца, проводим его пункцию через сосуд, грудную клетку не вскрываем. И на второй-третий день пациент уже выписывается и идет домой. Это революционная технология — транскатетерная имплантация аортального клапана. Сегодня в России мы выполняем уже 1,5 тысячи таких вмешательств в год. Государство выделяет по 1,7 миллиона рублей на одну операцию — это квота. Но этого, конечно, очень мало. Мы нуждаемся в проведении более 30 тысяч таких операций ежегодно. Это, как правило, пожилые пациенты, которым невозможно вскрыть грудную клетку, они просто не выдержат операции на открытом сердце. Для сравнения: американцы в прошлом году сделали 82 тысячи подобных вмешательств.

Насколько широки возможности эндоваскулярной хирургии? Напереклад это не только операции на сердце?

БАГРАТ АЛЕКЯН: Все сосудистые заболевания — сонные артерии, почки, ноги (диабетическая стопа, гангрена) — все это мы можем лечить. Сейчас мы выполняем только 50 тысяч рентген-эндоваскулярных операций на периферических артериях, а потребности — 400 тысяч.

Вы начинали как детский эндоваскулярный хирург. А сейчас оперируете детей?

БАГРАТ АЛЕКЯН: Я 42 года отработал в Бакулевском центре. Пришел туда студентом, остался после окончания вуза, там шло мое становление, стал членком, потом академиком. С 1988 года мы с коллегами внедряли малоинвазивные эндоваскулярные технологии в детскую кардиохирургию, оперировали новорожденных и детей с врожденными пороками сердца. Когда понимаешь, что это реально — устранить дефект внутри сердца, не вскрывая малышу грудную клетку, и уже на второй день здоровый ребенок выписывается домой, — это непередаваемое ощущение.

К сожалению, с 2016 года, когда я ушел из Бакулевского центра, детей не оперируют. В Центре Вишневецкого нет такой возможности из-за отсутствия лицензии на эту деятельность. Так что сейчас оперируют только взрослые. Вот сегодня, например, до нашей встречи у меня было шесть операций.

Баграт Гегамович, как будет развиваться это направление в ближайшие годы?

БАГРАТ АЛЕКЯН: Сейчас в России выполняется более 380 тысяч эндоваскулярных операций, и в ближайшие три года, надеюсь, мы достигнем уровня полумиллиона операций в год. У нас уже более 60 центров, где оперируют детей с врожденными пороками сердца. Сегодня уже около 40 процентов операций при пороках сердца делают эндоваскулярно, но можно довести до 55–60 за счет использования инновационных методов лечения таких пороков сердца, как дефект межпредсердной перегородки, клапанный стеноз легочной артерии, коарктация аорты. Эти операции позволяют избежать «малой кровью», без наркоза и скальпеля, и выписать пациента из клиники уже на второй день после операции. ●

Точно в цель

А1 Время проведения операции сократилось с пяти часов до 30 минут. После хирургического вмешательства пациентка быстрее пошла на поправку.

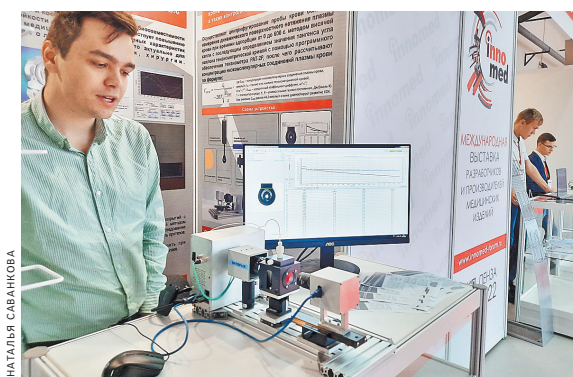
В соседней операционной другому пациенту тоже под камерами в режиме реального времени вживили бесшовный аортальный клапан нового поколения, который разработали совместно с кардиохирургами. — Вся операция прошла быстро, потому что не надо накладывать проводящих швов. То, что мы сегодня показали, пока не делается ни в одной клинике России, думаю, даже нигде в мире, — признался главный врач Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии Минздрава РФ Владимир Базылев.

Еще год назад для пензенских клапанов сердца использовали импортные комплектующие, сегодня все производят самостоятельно — от базового материала до упаковки. Примечательно, что отказ от импорта не привел к повышению отпускных цен, напротив, как говорят производители, снизилась себестоимость продукции.

Большая часть деталей искусственного клапана сердца делается из уникального материала углеситалл, который в специальных печах изготавливают здесь же. Его основное преимущество в том, что он имеет малую силу трения и совсем не отторгается организмом.

Новое направление — производство эндрегратов и сосудистых протезов, которые имплантируют в грудную аорту. До недавних пор наша страна не обладала такими технологиями, но инженеры пытаются решить эту проблему.

Еще год назад для пензенских клапанов сердца использовали импортные комплектующие, сегодня все производят самостоятельно — от базового материала до упаковки



На форуме «Инномед» в Пензе показали искусственные клапаны сердца из уникального материала углеситалл.

— За счет введения в строй нового объекта удалось практически в три раза увеличить производственные площади. В новом корпусе созданы «чистые комнаты», где мы можем производить больший спектр стерильной продукции. Уже в полном объеме работают участки по выпуску искусственных клапанов сердца и стентов для сосудистой хирургии, отдельное производство изделий из полимерных материалов.

Здесь создается комплекс испытательных лабораторий, которые будут проводить технические, токсикологические испытания медицинских изделий, чтобы они быстрее получали разрешение как в России, так и за рубежом, — рассказал управляющий научно-производственного объединения «МедиИнж» Сергей Евдокимов.

В Пензе планируют разместить производство имплантов тазобедренных и коленных суставов, нейростимуляторов. Также в ближайших планах начать производство медицинской техники. Создается многопрофильный центр для проведения всех испытаний изделий, необходимых для допуска в клиники страны. Благодаря этому существенно снизятся сроки создания высокотехнологичной медицинской продукции.

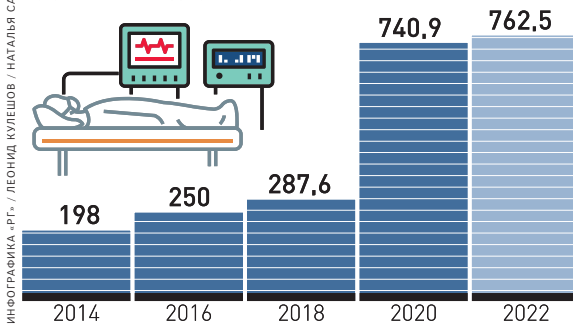
Осуществить масштабный проект удалось в том числе за счет государственной поддержки. Заемные средства от Фонда развития промышленности составили около 240 миллионов рублей. Они пошли на закупку оборудования, проведение сертификации и регистрации новых изделий. Создано сто новых высокотехнологичных рабочих мест.

Введение в эксплуатацию нового корпуса позволит удвоить объемы производства и в полной мере обеспечить продукцией все медицинские учреждения России. Ожидается, что вырастет и экспортные поставки в дружественные страны. Раньше клапаны продавались в 35 стран мира.

Сегодня 70 процентов искусственных клапанов сердца, имплантированных в России, создают в Пензе. За все время выпущено более 150 тысяч штук, это чистые спасенные жизни. ●

ДИНАМИКА РОСТА РОССИЙСКОГО РЫНКА МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, МЛРД РУБ.

Источник: www.meditec.ru



Дословно

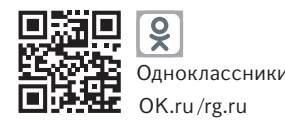
Михаил Мурашко, министр здравоохранения РФ: Немаловажным фактором, позволяющим увеличить доступность и качество лекарственных препаратов и медицинских изделий, является регуляторика. Она начала меняться, причем не просто в сторону того, чтобы упростить и сделать коротким путь выхода препарата на рынок. Регуляторика меняется с сохранением всех правил безопасности. Здесь нужно формировать новую культуру, и если мы хотим быстрее выпускать новую продукцию, новая культура по оценке эффективности и безопасности должна формироваться у разработчиков, фармацевтических компаний и медицинского сообщества.



Telegram
T.ME/rgru news



VKontakte
VK.COM/rgru



Odnoklassniki
OK.ru/rgru

Здравоохранение
rg.ru

Российская газета
www.rg.ru
6 декабря 2022
вторник № 275 (8923)

РЕШЕНИЕ / Страховые медицинские организации ведут комплексную работу на всех этапах оказания медицинской помощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями

Вернуть к жизни

Федор Андреев

Одной из причин роста летальности от сердечно-сосудистых заболеваний являются недостатки в оказании медицинской помощи. Какие решения ситуации видит экспертное сообщество, рассказываем в материале.

Российское здравоохранение прошло испытание на прочность пандемией, которая также выявила немало системных проблем. Едва ли не наиболее острая из них — это ошибки в лечении сердечно-сосудистых заболеваний на различных этапах оказания помощи при острых формах ишемической болезни сердца (ИБС): начиная от вызова «скорой», лечения в стационаре до подбора медикаментозной терапии и диспансерного наблюдения.

В России, по данным Росстата, в прошлом году смертность от ИБС составила более 54 процентов в структуре летальности от всех сердечно-сосудистых заболеваний. В среднем, по статистике, от сердечных патологий в стране умирает около миллиона человек в год. Для исправления ситуации, увеличения продолжительности жизни граждан, как это определено Напроект «Здравоохранение», безусловно требуется работа над системными нарушениями в организации и оказании медпомощи со стороны всех участников.

АКЦЕНТ

РОССИЙСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ
ПРОШЛО ИСПЫТАНИЕ НА ПРОЧНОСТЬ
ПАНДЕМИЕЙ, КОТОРАЯ, ТЕМ НЕ МЕНЕЕ,
ВЫЯВИЛА И НЕМАЛО
СИСТЕМНЫХ ПРОБЛЕМ

Страховые компании внедряют в ряде регионов комплексную работу на всех этапах оказания медпомощи больным сердечно-сосудистыми заболеваниями. Опыт «АльфаСтрахование — ОМС» по адресному сопровождению пациентов с острыми формами ишемической болезни сердца в рамках функционала «КардиоЛиния» позволяет повышать качество лечения и дальнейшего диспансерного наблюдения этих пациентов. Такой подход в целом влияет на снижение частоты случаев прогрессирования заболевания, выхода на инвалидность, а также — в долгосрочной перспективе — на снижение числа летальных исходов от осложненной ИБС.

Тревожность нарастает

По данным Минздрава России, средняя ожидаемая продолжительность жизни в 2021 году сократилась на 1,48 лет — до 70,06 лет. В свою очередь, смертность, напротив, выросла по сравнению с допандемий-

ным годом на 11 процентов.

В прошлом году, по данным Росстата, количество случаев сердечно-сосудистых заболеваний среди населения выросло на 2,3 процента, то есть до 35,6 миллиона. Наибольшее влияние на рост смертности среди трудоспособного населения оказали пациенты с осложнениями ИБС — аритмией и недостаточностью кровообращения. Эти заболевания являются причиной более половины летальных случаев от общего количества сердечно-сосудистых патологий. При этом пациентов с ИБС насчитывается уже около восьми миллионов человек, среди которых 3,4 миллиона человек с хронической сердечной недостаточностью и не менее 150 тысяч случаев острого инфаркта миокарда в год.

«Во время пандемии COVID-19 в сравнении с 2019 годом отмечался выраженный прирост смертности от болезней системы кровообращения, — отмечает генеральный директор Национального медицинского исследовательского центра кардиологии, главный внештатный кардиолог Минздрава России, академик РАН Сергей Бойцов. — Среди причин: активация патологических процессов (хронической сердечной недостаточности, атеротромбоза, венозной тромбоземболии, нарушений ритма сердца), снижение количества обращений пациентов в

медицинские организации из-за опасений заражения, повышенного уровня тревоги».

Недостатки при оказании кардиологической помощи

Одной из определяющих причин роста летальности среди пациентов с острой ИБС, по мнению заведующего кафедрой госпитальной терапии №1 Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского, профессора Юрия Беленкова, является «отсроченное посещение врача после острых состояний и, как следствие, несвоевременное лечение, то в 2021 году их число выросло до 38 тысяч, а только за 10 месяцев этого года количество жалоб составило уже 35 тысяч. «При амбулаторной помощи, в назначении тех или иных лекарственных препаратов часто не отслеживаются необходимые показатели лабораторных исследований, которые могут свидетельствовать об осложнениях в функциональном состоянии сердечно-сосудистой системы пациента (например, отсутствуют иссле-

показания к проведению корона-



ИСТОК: FETERNALCREATIVE

дования липидного спектра при биохимическом анализе крови), — говорит вице-президент ВСС Дмитрий Кузнецов. — На уровне стационаров, например, встречаются случаи нарушения сроков ожидания плановых госпитализаций для проведения коронарографии, несвоевременное выполнение эхокардиографии и ряда иных процедур».

В «АльфаСтрахование — ОМС» отмечают, что особенно много трудностей у пациентов возникает на этапах оказания медицинской помощи в стационарах. Ежегодно сердечно-сосудистые хирурги выполняют около 300 тысяч жизненно важных операций для лечения острых форм ИБС, и в 90 процентах случаев кровотоки удаётся восстановить полностью. По данным страховой компании, в 19,6 процента случаев встречаются нарушения в лечении пациентов с острыми формами ИБС в стационаре после вызова скорой помощи. В первую очередь, это несвоевременное проведение корона-

рографии и стентирования — в 6,2 процента случаев. То есть своевременное выполнение основных процедур при госпитализации в стационар с кардиологическим профилем помогло бы сохранить жизни минимум 15 тысячам пациентов.

По данным Сергея Бойцова, в прошлом году число операций аортокоронарного шунтирования снизилось на 25 процентов, число чрескожных коронарных вмешательств — на 12 процентов, что говорит о недостаточной госпитализации. Как итог — летальность

при инфаркте миокарда возросла на 16 процентов. Наконец, немало проблем у пациентов на завершающем этапе — восстановительном диспансерном наблюдении. По данным «АльфаСтрахование — ОМС», в 8 процентах случаев эксперты страховой организации выявляют здесь нарушения сроков ожидания записи к узким специалистам, а также отсутствие лечения фоновых патологий у врачей-специалистов (невролога, эндокринолога и других). За прошлый год в 23 процентах случаев пациенты не были направлены на контрольную коронарографию в стационар и в 28 процентах не находились под диспансерным наблюдением и не получали антитромботическую терапию.

«Врачи убеждены, что только благодаря современной диагностике и улучшению методик оценки рисков и осложнений на ранних стадиях в России можно снизить смертность от сердечно-сосудистых заболеваний. По словам Юрия Беленкова, на Западе смертность от заболеваний сердца меньше «за счет регулярного применения рентгенографии, включая коронарографию со стентированием, что позволяет увеличить продолжительность жизни пациентов с ИБС на 10–15 лет». При этом, по его словам, баллонную ангиопластику и стентирование в России получают в среднем около одного процента больных, а в экономически развитых странах — 25–30 процентов.

Директор терапевтической клиники и заведующий кафедрой терапии, клинической фармакологии и скорой медицинской помощи МГМСУ им. А.И. Евдокимова Аркадий Верткин отмечает и низкий уровень подготовки практикующих врачей-специалистов. «Ишемическая болезнь сердца — это достаточно многоликое заболевание, которое включает как острые формы (например, инфаркт миокарда), так и хронические (сердечная недостаточность, фибрилляция предсердий и другие). Эффективность ведения пациентов с перенесенным инфарктом зависит от множества факторов. В первую очередь, это, конечно, компетентность врача», — говорит Аркадий Верткин.

Павел Воробьев добавляет, что немало проблем и на завершающем этапе лечения — диспансерном наблюдении, а именно, «не решен вопрос обеспечения пациентов после инфаркта бесплатными препаратами». «Обеспечение пациентов бесплатными лекарствами стало более длительным, но осталось недостаточным, — подтверждает сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулёв. — Перечень препаратов, которые выдаются бесплатно, не включает в себя все лекарства, положенные пациентам с сердечно-со-

судистыми заболеваниями по клиническим рекомендациям. То есть качество лечения и его результаты могут быть лучше. Мы видим, что в 2022 году на треть меньше людей стали принимать нужное лечение из-за окончания срока льготного лекарственного обеспечения. А более 50 процентов пациентов продолжают платить за назначенные препараты из собственного кармана».

«КардиоЛиния» помогает
«Крайне важным фактором для снижения летальности и частоты прогрессирования острых форм сердечно-сосудистых заболеваний является контроль качества медпомощи со стороны страховщиков на всех ее этапах, — отмечает Дмитрий Кузнецов. — Результаты независимого аудита, который осуществляют страховые медицинские организации, должны восприниматься участниками здравоохранения как план или «дорожная карта» для устранения дефектов, снижения частоты и объемов нарушений по кардиологическому профилю. Страховщики занимаются социально значимыми направлениями в пределах вверенных им государством полномочий и максимально используют все доступные инструменты — от индивидуального сопровождения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями до экспертного контроля качества медицинской помощи».

Такую практику систематизировала и сейчас расширяет «АльфаСтрахование — ОМС». С 2021 года ее страховые представители по программе «КардиоЛиния» сопровождают каждого застрахованного с острой ИБС и контролируют качество оказания медпомощи таким пациентам. Например, за прошлый год число нарушений качества медпомощи пациентам с острыми формами ИБС достигло 26 процентов. В компании выделили три «наиболее чувствительных» категории пациентов, получающих индивидуальное сопровождение. В первую группу входят пациенты с острой формой ИБС, которые не были вовремя госпитализированы в стационар. Во вторую — пациенты, которым не проводилась коронарография со стентированием. В третью вошли амбулаторные пациенты с хронической формой ИБС, которые не направляются на контрольную коронарографию для мониторинга состояния стентов (нет ли закупорки, не нарушено ли ранее восстановленное кровоснабжение). Эксперты СМО также с целью профилактики тромбозов и предотвращения повторных инфарктов контролируют проведение антиромботической терапии и исследуют показатели свертывающей системы крови на этапе диспансерного наблюдения.

«Выстроенный нами алгоритм сопровождения кардиологических пациентов позволяет обеспечить непрерывность и преемственность медпомощи без сбоев на ключевых жизненно важных этапах, — говорит генеральный директор «АльфаСтрахование — ОМС» Андрей Рыжаков. — Совместно с руководством медицинских организаций мы формируем группы застрахованных, которые выпадают из процесса диагностики и лечения, разрабатываем варианты информационного взаимодействия с этими группами, чтобы такие пациенты получили столь важное лечение и обследование на том или ином этапе медицинской помощи. Такая стратегия адресного сопровождения застрахованных с острыми формами ИБС, в сочетании с независимым контролем качества медпомощи и работой с лечебными учреждениями по устранению недостатков, действительно влияет на снижение летальности и инвалидизации кардиологических пациентов, поскольку, по данным самих врачей, своевременное оказание медицинской помощи таким пациентам приводит к снижению летальности более чем в 2,5 раза».

«От врача зависит многое»
Врачи отмечают комплекс проблем на всех этапах оказания медпомощи, из-за которых сердечно-сосудистые заболевания продолжают распространяться. «Есть системные организационные сложности, и эти проблемы в оказании медицинской помощи не связаны с COVID-19. Хотя в пандемию из-за ограничений на плановую помощь попасть к врачу с легкими симптомами сердечных заболеваний было просто невозможно», — говорит председатель Московского городского научного общества терапевтов (МГНОТ) профессор Павел Воробьев. По его словам, одна из первоочередных проблем — отсутствие комплексных исследований на этапе амбулаторного наблюдения пациентов с ИБС, перенесших острое состояние.



Чтобы помощь при инфаркте миокарда была эффективной, получить ее надо как можно быстрее.

Российская Газета



УЧРЕДИТЕЛЬ
ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ГАЗЕТА ИЗДАЕТСЯ С 11 НОЯБРЯ 1990 ГОДА

Главный редактор
«Российской газеты»:
В.А. Фролов
Адрес редакции и издателя:
ул. Правды, 24, стр. 4, Москва 125993
ФГУ «Издательство «Российская газета»
Адрес в Интернете: www.rg.ru
Телефон: 8 499 257 3650
Факс: 8 499 2575892
Контакт-центр по вопросам
подписки и доставки:
8 800 100 1113
(включая бесплатный по России)

Генеральный директор
ФГУ «Издательство «Российская газета»:
Г.А. Нестина
Распространитель:
ул. Правды, 24, стр. 4, Москва 127137
АО «Издательство «Российская газета»
Телефон: 8 499 257 5362 Факс: 8 499 257 5122
Подписные индексы:
на год — 10042, 11950, 01922
на полгода — 50202, 15588, 50201, 15589,
11107, 11178, 10591, 10599
Справки по подписке и доставке:
8 800 100 1113 (включая бесплатный);
по розничным продажам: 8 499 257 4023.
Справки по вопросам экономики: тел. 8 499 257 5380, ecotopic@rg.ru
политики: тел. 8 499 257 5970, politika@rg.ru; официальные публикации: тел. 8 499 257 5396, obscial@rg.ru; международная жизнь: тел. 8 499 257 5903, foreign@rg.ru; региональный сайт: тел. 8 499 257 3603, reg-sm@rg.ru; телеаудитория: тел. 8 499 257 5820, dire@rg.ru; спорт: тел. 8 499 257 5045, sport@rg.ru; опубл. новости: тел. 8 499 257 5256, info@rg.ru; общественная жизнь: тел. 8 499 257 5348, holnews@rg.ru; культура: тел. 8 499 257 5113, culture@rg.ru

Заказы на размещение рекламы в «РГ» и ее приложениях:
телефон: 8 499 257 3752, 786 6781; факс: 8 499 257 5764, 8 499 257 5041, reklam@rg.ru
Справки по подписке и доставке: тел. 8 800 100 1113 (включая бесплатный);
по розничным продажам: 8 499 257 4023.
Справки по вопросам экономики: тел. 8 499 257 5380, ecotopic@rg.ru
политики: тел. 8 499 257 5970, politika@rg.ru; официальные публикации: тел. 8 499 257 5396, obscial@rg.ru; международная жизнь: тел. 8 499 257 5903, foreign@rg.ru; региональный сайт: тел. 8 499 257 3603, reg-sm@rg.ru; телеаудитория: тел. 8 499 257 5820, dire@rg.ru; спорт: тел. 8 499 257 5045, sport@rg.ru; опубл. новости: тел. 8 499 257 5256, info@rg.ru; общественная жизнь: тел. 8 499 257 5348, holnews@rg.ru; культура: тел. 8 499 257 5113, culture@rg.ru

Отпечатано в типографии
АО «Принт Принт Москва»
141707, Московская обл., г. Долгопрудный,
Лихачевский проезд, д. 58
Время подписания в печать:
По графику: 18:00
Фактически: 18:00
Дата выхода в свет: 06.12.2022 г.
Приложение является составной частью
«Российской газеты» и распространяется
только в составе газеты.
Свободная цена
ТИП № 3145

Региональные филиалы ФГУ «Издательство «Российская газета» в городах:
Архангельск (8182) 20 78 37 arh@rg.ru; Барнаул (385 3) 66 72 37 bar@rg.ru; Бийск (0996312) 300 142 biysk@rg.ru
Благовещенск (4162) 59 20 65 blav@rg.ru; Владивосток (4232) 22 34 89 vlad@rg.ru; Волгоград (8442) 92 35 68
volg@rg.ru; Воронеж (473) 250 23 05 vor@rg.ru; Екатеринбург (343) 371 24 84 ural@rg.ru; Иркутск (3952) 28 83 82
irk@rg.ru; Казань (843) 264 41 61 kaz@rg.ru; Калининград (4012) 53 10 10 kal@rg.ru; Кемерово (842) 35 40 59
km@rg.ru; Краснодар (861) 259 21 11 kra@rg.ru; Красноярск (391) 214 60 49 krs@rg.ru; Мурманск (8152) 60 14 24
murmansk@rg.ru; Нижний Новгород (831) 216 05 95 nnov@rg.ru; Новосибирск (383) 223 80 29 nsk@rg.ru
Омск (3812) 25 80 15 omsk@rg.ru; Пермь (342) 236 56 55 per@rg.ru; Ростов-на-Дону (863) 261 91 41 rosto@rg.ru
Самара (846) 242 75 28 sam@rg.ru; Саратов (8452) 26 13 63
sar@rg.ru; Симферополь (0652) 26 42 13 sim@rg.ru; Ставрополь (8652) 28 48 02 stav@rg.ru; Тольятти (3452)
35 24 94, (3452) 35 25 11 tyat@rg.ru; Ульяновск (8437) 216 42 60 ul@rg.ru; Хабаровск (4212) 31 62 00 hab@rg.ru; Челябинск
(351) 727 78 08 chel@rg.ru; Южно-Сахалинск (4242) 43 20 69 sakh@rg.ru; Якутск (4112) 42 20 54 sakh@rg.ru

ФГУ «Издательство «Российская газета» Все права защищены.
— Любая переписка без письменного согласия
правообладателя запрещена. Иные условия
статей возможны только со ссылкой на правообладателя.
— Приобретение авторских прав: тел. 8 499 257 56 50
— Рукописи не рецензируются и не возвращаются.
— За содержание рекламных материалов редакция
ответственности не несет.
— Материалы в рамках публикации на коммерческой основе.
— За текст, опубликованный под псевдонимом «Роман»,
несет ответственность рекламодатель.
— В региональные выпуски газеты редакцией
могут быть внесены изменения.