

23 | 8–12 декабря в ЦВТ «Экспоцентр» состоится традиционная «Российская неделя здравоохранения»

26 | Кому показана седация во время болевых медицинских процедур

26 | Чему «Санофи» в России учит людей с диабетом



В России зарегистрирован первый в мире препарат, который уменьшает на треть летальность при декомпенсации пациентов, страдающих хронической сердечной недостаточностью (ХСН), заболеванием 21 века. Это новая надежда, с таким диагнозом умирают люди в полном расцвете сил. Ибо смертность от сердечной недостаточности в России почти в десять раз превышает смертность от инфаркта миокарда.

Мишень спасения

— прорыв —

Счет на миллионы

Только в развитых европейских странах сердечной недостаточностью страдает около 28 млн человек. Общее количество людей в России, у которых ХСН диагностирована, — 5,1 млн человек, но реальные показатели значительно выше — около 9 млн человек. В какой-то момент жизни сердечная недостаточность обнаруживается у каждого пятого человека.

Судить об истинных масштабах распространения ХСН в России врачи могут лишь по данным исследования «Эпоха», проведенного еще в начале 2000-х годов. Согласно ему, ХСН можно диагностировать примерно у 7% соотечественников. «Но эти данные, на мой взгляд, занижены. Ведь диагноз „сердечная недостаточность“ не попадает у нас в статистические отчеты — это же не болезнь, а осложнение. В странах же Европы ХСН затрагивает от 2% до 4% населения», — рассказывает Сергей Терещенко, руководитель отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности федерального государственного бюджетного учреждения «Российский кардиологический научно-производственный комплекс Министерства здравоохранения РФ (РКНПК).

Получается, что у нас таких больных, как минимум, вдвое больше, чем в Европе. Почему? Прежде всего потому, что качество лечения приводящих к ХСН заболеваний в России долгие годы отставало от зарубежных стандартов. До 2006 года в нашей стране практически не проводили системного тромболизиса (введение разжижающих тромбы препаратов) больным с инфарктом миокарда. «Если европейцам с ишемической болезнью сердца или стенокардией обязательно делали коронарографию, у нас до начала XXI века эта процедура была чрезвычайно редка. А сегодня в одной Москве 30 ангиографических установок для ее проведения», — говорит доктор Терещенко.

Кроме того, заболеваемость ХСН неуклонно повышается в связи со старением населения. В мире (а не



Самое страшное, к чему может привести ХСН, — это резкое и угрожающее жизни обострение всех симптомов (в течение нескольких часов, суток, недели), которое называется декомпенсацией

давно — и в России) научились лечить инфаркты миокарда и другие болезни, в результате которых и развивается сердечная недостаточность. У нас появились десятки современных сосудистых центров, и вопрос с инфарктами вроде бы закрыт. А вот где лечить сердечную недостаточность — не ясно.

В ближайшее время этот вопрос станет еще острее. По прогнозам, уже в 2020 году сердечной недостаточностью будет страдать не менее 10% населения страны, а это примерно 14 млн человек.

Новая эпидемия

Врачи говорят, что XXI век стал веком эпидемии сердечной недоста-

точности. В последние годы наблюдается неуклонный рост как общего количества пациентов с СН, так и больных трудоспособного и раннего пенсионного возраста. То есть фактически молодых тяжелобольных людей. В России есть лишь одно специализированное отделение в Институте клинической кардиологии им А. Л. Мясникова — старейшем подразделении РКНПК. Поэтому неудивительно, что мало кто из наших граждан знает, что такое сердечная недостаточность. ХСН — это не болезнь, а осложнение различных сердечно-сосудистых и других заболеваний. При ее возникновении сердце начинает хуже перекачивать кровь и органы получают меньше питательных веществ и кислорода. В результате человеку трудно справиться даже с самыми простыми нагрузками, например подъемом по лестнице или даже завязыванием шнурков на обуви.

Чистая проба

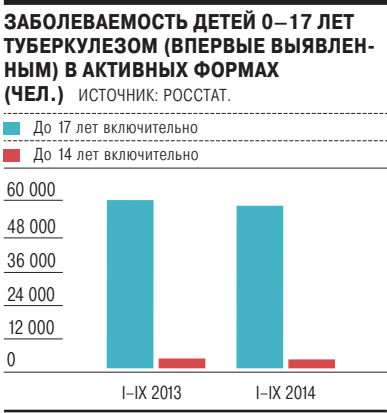
— скрининг —

В Минздраве рассматривается проект замены в 2015 году теста на туберкулез у детей старше семи лет и подростков. Вместо Манту (туберкулиновой пробы) выявление заболевания предполагается проводить с помощью диаскинтеста. Среди фтизиатров-практиков нашлись и ярые сторонники нового теста, и те, кто считает, что применение диаскина приведет к искажению статистики, оставив невыявленными до трети больных.

Поколение ДСТ?

Из всего многообразия микобактерий туберкулеза опасность для человека представляют два вида: *M. tuberculosis humanis* — «человечий» — и *M. tuberculosis bovis* — «бычий». Еще в роддоме малышам делают прививку БЦЖ на основе живой ослабленной культуры «бычьего» вида туберкулезной микобактерии: она не способна вызвать заболевание и при этом помогает организму вырабатывать иммунитет к туберкулезу. Такая защита действует пять-семь лет, затем — после очередной пробы Манту — должна проводиться ревакцинация. В России до недавнего времени ревакцинации подлежали дети в возрасте 7 и 14 лет, с 2015 года — только в 7 лет. Эта процедура показана только детям с отрицательной реакцией Манту (отсутствие реакции на туберкулиновую пробу в виде покраснения на руке говорит об отсутствии иммунитета к вирусу). Дети с положительной пробой направляются в специализированные диспансеры на дополнительное обследование.

В семь лет лишь 15% детей подлежат ревакцинации. Все остальные имеют положительную чувствительность к туберкулину. В окружающей среде живут близкородственные ми-



кобактерии, ими инфицировано почти 100% населения. Такие микобактерии не вызывают заболевания, но могут давать перекрестные реакции на туберкулин, рассказал фтизиатр Александр Пантелев. В этом случае актуальность туберкулинодиагностики падает.

Причем всегда есть опасение, что из-за ложной положительной реакции Манту ребенку приходится посещать тубдиспансер, рискуя получить реальную инфекцию.

«Туберкулин известен уже давно во всем мире. Он используется как основной метод раннего выявления туберкулеза, особенно в условиях, где нет вакцинации против этого заболевания. Однако уже нигде в мире не проводится массовая туберку-

НА СПАД

По данным Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза, в 2013 году заболеваемость туберкулезом детей до 14 лет уменьшилась впервые после 2009 года на 11,6% (с 16,4 до 14,5 на 100 тыс. детей). Среди больных туберкулезом этой возрастной группы преобладают дети 7–14 лет (51,8%) и 3–6 лет (35,4%). Заболеваемость туберкулезом детей в возрасте 15–17 лет уменьшилась на 4,6% (с 32,9 до 31,4 на 100 тыс.).

ИННОВАЦИИ ОСЕНИ: ПЕРСПЕКТИВЫ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНЫ

МАСШТАБНАЯ МОДЕРНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ ПРОДОЛЖАЕТСЯ. РАСТУТ ОБЪЕМЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ИНВЕСТИЦИЙ, КОЛИЧЕСТВО И КАЧЕСТВО СТРОЯЩИХСЯ И ПРОЕКТИРУЕМЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЪЕКТОВ, ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ СООБЩЕСТВО ПРОВОДИТ РЕГУЛЯРНЫЕ ВСТРЕЧИ. ОДНОЙ ИЗ НИХ СТАЛА II МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА И КОНГРЕСС «МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ В РОССИИ: ПРОЕКТИРОВАНИЕ, СТРОИТЕЛЬСТВО, ОСНАЩЕНИЕ И УПРАВЛЕНИЕ» — HBI RUSSIA-2014.



Проект перинатального центра в г. Нальчике

Участниками мероприятия в Международном выставочном центре «Крокус-Экспо» в Москве стали представители госструктур, инвесторы, чиновники, деятели науки, врачи, проектировщики и строители, а также топ-менеджеры частных медицинских компаний — все, кто заинтересован в строительстве новых лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) современного класса и внедрении инновационных технологий в этой области.

С одной стороны, картина вполне благополучная: по данным Минздрава РФ, на укрепление материально-технической базы региональных учреждений здравоохранения в 2011–2013 гг. выделено 279,3 млрд руб. За два года реализации программы «Развитие здравоохранения» построено более 100 крупных медцентров, отремонтировано более 4 тысяч учреждений. Доступ к квалифицированному медицинским услугам получает все большее число россиян. В будущем им не придется для этого покидать места проживания: центры проектируются и строятся практически в каждом регионе России.

С другой стороны, многие пункты госпрограммы еще только предстоит реализовать. Здесь важную роль интегратора современных инновационных решений должны сыграть крупные частные подрядчики, которые совместно с государством воплотят принятые решения в жизнь.

Сегодня к проектированию и строительству медучреждений различного назначения предъявляются особые требования. Именно поэтому и необходимы опытные проектировщики, строители, а также специалисты, обладающие всесторонними навыками, включая понимание медицинской специфики и стандартов.

На конгрессе в Москве выступил Олег Алексеев, руководитель группы проектирования компании «ЮНИКС» — одной из первых в России начавших применять комплексный подход в проектировании, строительстве и оснащении медучреждений. Он представил профессиональному сообществу новые проекты компании и поделился опытом создания объ-

ектов медицинского назначения под ключ. Компания «ЮНИКС» сейчас ведет работу над целым рядом объектов. В частности, детально проработаны проекты перинатальных центров в Нальчике и Махачкале (на 130 и 150 койкомест соответственно), которые планируются ввести в эксплуатацию в конце 2016 года. Центры станут крупнейшими в своих регионах учреждениями здравоохранения в системе охраны материнства и детства, оказывающими квалифицированную высокотехнологичную помощь новорожденным, а также беременным, роженицам, родильницам, девочкам и женщинам с гинекологическими заболеваниями.

«ЮНИКС» популяризирует комплексный подход в России, где обычно при строительстве или реконструкции ЛПУ обычно подрядчики работают независимо друг от друга, а техзадания часто готовят главные врачи, заведующие отделениями — специалисты, компетентные в организации медицинской работы, но не в инженеринге и технологиях. Это регулярно приводит к грубым ошибкам при проектировании, несоблюдению отраслевых нормативов, росту финальной сметы, серьезным задержкам в реализации проекта. Порой вновь установленное оборудование по тем или иным причинам невозможно эксплуатировать.

Практика успешных проектов, реализованных на базе зарубежного опыта, доказывает целесообразность передачи всего комплекса работ единому подрядчику, специализирующемуся на строительстве объектов медицинского назначения. Контролируя все стадии процесса, работая в тесном контакте с персоналом ЛПУ, он может точно оценить объем работ и предложить наиболее эффективное решение с учетом особенностей региона, специфики конкретного медицинского учреждения и пожеланий сотрудников. В итоге пациенты попадают в удобную и спокойную обстановку, а врачи получают возможность работать в комфортных условиях.

Отдельно подчеркнем экономическую эффективность возведения объектов под ключ. Такой подход помогает существенно снизить затраты как на стадии возведения (реконструкции) объекта, так и во время дальнейшей эксплуатации и сервисного обслуживания благодаря технологической интеграции всех процессов, заметному сокращению сроков реализации проекта, исключению перепроектировок и перепланировок, часто случающихся при последовательной работе нескольких подрядчиков.

Можно резюмировать, что комплексный подход к созданию медицинских объектов способствует быстрой и эффективной модернизации медицинской отрасли в России. Современные технологии и организационные практики — прямой путь к появлению медицинских центров качественно нового уровня.

здоровоохранение

Тенденции

Чистая проба

— скрининг —

С21 По соотношению затрат и эффективности диагностики инфекции у детей и подростков (учитывая первичную диагностику, допобследования, лечение, стоимость постановки на учет) ДСТ обладает преимуществом в сравнении с туберкулином, указывает доктор фармаук, профессор, заведующий кафедрой организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики Первого МГМУ им. И. М. Сеченова Роза Ягудина.

● *Препарат диаскинтест — это белок, который также содержит два антигена, присутствующих в штаммах Mycobacterium tuberculosis — возбудителя туберкулеза. Исследование посредством диаскинтеста не требует внутривенных инъекций и наличия лаборатории. Методика идентична пробе Манту. В отличие от туберкулиновой пробы, этот препарат вызывает реакцию только у организма, инфицированного Mycobacterium tuberculosis в период ее активной жизнедеятельности.*

Инициатива сделать ДСТ основным методом скрининга на туберкулез для детей старше семи лет и подростков выдвинута рабочей группой во главе профессором Валентиной Аксеновой. Впрочем, расценивать это предложение как свершившийся факт, преждевременно, пояснили в Минздраве. С момента появления ДСТ и по сей день между эпидемиологами, фтизиатрами, врачами идут ожесточенные споры, отголоски которых не только долетают до общественности, но и вполне могут повлиять на подходы к диагностике туберкулеза. Помимо чисто медицинского интереса присутствует и коммерческий: туберкулин и ДСТ борются за весомую долю рынка закупок за счет государственного бюджета.

Незримые больные

За последние пять лет общая заболеваемость туберкулезом в стране снизилась почти на 30%, тогда как заболеваемость детей до года или осталась на одном уровне, или росла и только в 2013 году незначительно снизилась. «По моему мнению, это произошло из-за применения ДСТ, который менее эффективен для выявления туберкулеза, чем туберкулин. Как можно пренебрегать этими данными, не видеть их при оценке качества профилактики туберкулеза у детей?» — спрашивает д.м.н., профессор, академик АМН, главный научный сотрудник отдела организации противотуберкулезной помощи НИИ фтизиопульмонологии ММА



За последние пять лет заболеваемость туберкулезом у взрослых снизилась почти на 30%, тогда как у детей лишь незначительно. К сожалению, счет идет на сотни тысяч

им. И. М. Сеченова Маргарита Шилова. Заболеваемость взрослых пациентов, контактирующих с больными туберкулезом, с 2009 года снизилась с 663,5 на 100 тыс. контактирующих лиц до 463,1. Заболеваемость детей за тот же период осталась на том же уровне (605,7–600,7), отмечает эксперт, объясняя это недостатками профилактической работы.

«В приказе Минздрава №885 указано, что у детей с активным туберкулезом может быть отрицательная реакция на диаскин, не только у иммуноослабленных, с ВИЧ — у всех! Если прочитать это предложение через запятую, как предполагается, — это четко видно! — указывает профессор Шилова. — ДСТ не выявляет туберкулез в период первичной инфекции, а у нас примерно 50% детей болеет туберкулезом именно в период первичной инфекции». По ее данным, за три года с 2010 года заболеваемость туберкулезом среди детей с впервые выявленной туберкулезной инфекцией выросла в 1,6 раза — с 86,5 на 100 тыс. в 2010 году до 150,1 на 100 тыс. в 2013 году. По официальным отчетным данным, при применении пробы Манту в ходе массовых осмотров было выявлено 25,7 тыс.

детей, больных активным туберкулезом. Из них положительная реакция на ДСТ была обнаружена только у 18,7 тыс. — 70,8%. «Следовательно, при применении только препарата диаскинтест не было бы выявлено 30% детей, больных активным туберкулезом», — уточняет эксперт.

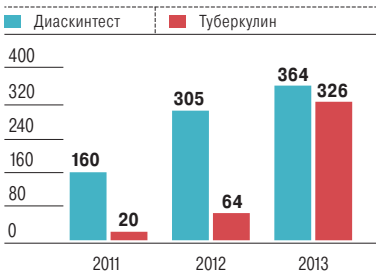
Когда при положительной пробе Манту организм ребенка демонстрирует отрицательный ответ на ДСТ, рекомендуется повторить пробу ДСТ через три месяца. Далее либо организм сам справляется, либо происходит дальнейшее развитие заболевания вплоть до локальных форм туберкулеза. Положительная реакция на ДСТ при повторном диагностировании свидетельствует о втором варианте. «Я никак не могу согласиться с таким отчаянным постулатом: давайте ждать три месяца, может, организм ребенка сам справится, тогда не будем тратить деньги, подождем, когда заболеет, а вот уж если заболеет — будем лечить», — возмущается профессор Шилова. Более того, предупреждает она, если своевременно не провести химиопрофилактику, в организме развиваются остаточные изменения, такие дети — тяжелейшая группа риска на всю жизнь. «У нас почти у всех в организме живет туберкулезная микобактерия, которая при нормальных условиях жизни нас защищает, выделяя защитные антитела. Когда же вокрут мало источников инфекции, то главный утробой для собственного организма являемся мы сами: переболе-

ли, перенесли стресс — появились условия для активации туберкулеза», — поясняет эксперт.

Госпожа Шилова привела статистику по 317 пациентам, направленным на консультацию в НИИ фтизиопульмонологии ПМГМУ им. И. М. Сеченова, согласно которой препарат диаскинтест в 64,5% показывает положительную реакцию в случае, когда ребенок инфицирован туберкулезом, но здоров. Кроме того, по этим данным, среди детей с активным туберкулезом положительная реакция Манту была у всех детей, а реакция на ДСТ — лишь у 52,2%. «Как такой препарат может быть основным диагностическим тестом, если у 47,8% больных туберкулезом детей реакция на ДСТ нет?» — отмечает Маргарита Шилова.

Заведующий кафедрой фтизиатрии ГБОУ «ВПО „Российский национальный исследовательский медицинский университет“ им. Н. И. Пирогова Минздрава РФ», доктор медицинских наук, профессор Владимир Стаханов не считает кожную пробу с рекомбинантным аллергеном (диаскинтест) полным аналогом квантиферонового теста: «Я бы не стал так говорить исходя из методики проведения этих тестов. Кожная проба с препаратом диаскинтест, исходя из его названия, — кожный тест, при проведении которого препарат вводится внутривенно, следовательно, индивидуальные особенности кожных покровов, их реакция на введение

ДИНАМИКА ОБЪЕМА ПРОДАЖ ДИАСКИНТЕСТА И ТУБЕРКУЛИНА НА РОССИЙСКОМ ФАРМРЫНКЕ В 2011–2013 ГОДАХ (МЛН РУБ.)
ИСТОЧНИК: IMS HEALTH.



препарата имеют определенное значение. Квантифероновый тест — это тест, для которого требуются забор крови у исследуемого и постановка реакции invitro. Кроме того, по мнению разработчиков, при оценке пробы с ДСТ любая положительная реакция (независимо от размера папулы) свидетельствует о положительном результате пробы (то есть об активной туберкулезной инфекции). Оценка квантиферонового теста предполагает несколько интервалов (уровней выделения γ-интерферона). Это объясняет значительную разницу двух этих тестов».

На сегодня действует постановление главного государственного санитарного врача РФ, опубликованное в «РГ» в июле, согласно которому при обследовании детей на туберкулез и первичное инфицирование при массовом осмотре в возрасте от 12 мес. до достижения 18 лет применяется проба Манту с двумя ТЕ. «Чтобы предупредить заболевание, его нужно вовремя выявить. Проба Манту, на мой взгляд, сегодня является единственным эффективным и безопасным средством диагностики туберкулеза», — говорит госпожа Шилова.

Масштаб имеет значение

В противовес противникам введения нового скрининга госпожа Аксенова приводит официальную статистику из регионов России, по которой 98% детей с впервые выявленным туберкулезом положительно реагируют на новый тест: «Больных детей и подростков в России ежегодно выявляется не более 5 тыс.».

ДСТ эффективно определяет большую часть легочных больных, зараженных палочкой туберкулеза «человеческого» и «бычьего» видов. Однако есть внелегочные и тяжелые генерализованные формы заболевания — они составляют около 3% от всех случаев туберкулеза, когда иммунная система организма не в состоянии реагировать ни на туберкулин, ни на диаскин, пояснила главный детский

ДИНАМИКА ОБЪЕМА ПРОДАЖ ДИАСКИНТЕСТА И ТУБЕРКУЛИНА НА РОССИЙСКОМ ФАРМРЫНКЕ В 2011–2013 ГОДАХ (ТЫС. УПАКОВОК)
ИСТОЧНИК: IMS HEALTH.



фтизиатр. Например, в 10% случаев причина первичного бесплодия — туберкулез гениталий, который возник в детстве, но в детском возрасте его профилактически выявить невозможно. «Там ДСТ как раз больше всего работает. Если он положительный, это сигнал: инфекция где-то есть — ищите», — рассказала она.

Тем не менее многие эксперты уверены: говорить о внедрении препарата в широкую практику слишком рано. «Кожная проба с рекомбинантным аллергеном (диаскинтест) — это тест, созданный с учетом современных данных, он прошел все необходимые испытания и успешно применяется у детей. Однако я не сторонник того, чтобы передавать его в общую лечебную сеть. Во-первых, хотя мы препарат и неплохо изучили, еще остаются вопросы, связанные и с ним самим, и с интерпретацией результатов пробы. Я считаю, в таком случае, чтобы не дискредитировать хороший тест, его следует лучше изучать специалистам-фтизиатрам в условиях фтизиатрических учреждений, учитывая, что это специфический тест на туберкулезную инфекцию, — полагает господин Стаханов. — Не хочу обидеть коллег-педиатров, но если сейчас мы новый тест отдадим в общую сеть — как им воспользуются, как будут интерпретировать, не будет ли разочарований? Необходимо специальное обучение как врачей, так и среднего медицинского персонала для работы с ДСТ. Речь идет о специфическом тесте на специфическое заболевание у детей».

В отношении кожной пробы с рекомбинантным аллергеном (диаскинтест) проведено достаточно много исследований, напомнил господин Стаханов, но их масштаб несопоставим с масштабом изучения туберкулеза: «Если предполагается тест для массового применения, то и масштабы оценки, подготовки к массовому применению должны быть соответствующими».

Екатерина Чернышова

«У российских пациентов есть определенные стереотипы»

— концессия —

АНДРЕЙ ЯНОВСКИЙ, исполнительный директор Европейского медицинского центра (ЕМС), проясняет первый опыт государственно-частного партнерства, судьбу взятой в концессию 63-й московской городской больницы, которая сейчас совсем не принимает пациентов, а в ее гулких коридорах гуляет ветер.

● *Частная медицина — самый динамичный сектор российского здравоохранения, объем которого достиг уже около \$17 млрд, ежегодный прирост — в среднем 16%.*

— У московского правительства вы взяли в концессию городскую клиническую больницу (ГКБ) №63, которая теперь вовсе не принимает пациентов. Зачем — в таком случае?

— Наши два крупных действующих госпиталя — на улице Щепкина и в Орловском переулке — находятся неподалеку от улицы Дурова. Здесь же располагаются собственные лабораторные мощности ЕМС. Ввод обновленной 63-й больницы позволит создать высокотехнологичный медицинский кластер мирового уровня в самом центре Москвы.

— **Каковы условия этого договора?**

— Проект договора был опубликован на сайте департамента имущества г. Москвы, с ним мог ознакомиться любой желающий. Это наш первый опыт концессии. Концессионное соглашение по своей структуре довольно простое. Нам передали в концессию пять корпусов. Самый старый — 1937 года постройки. К 2017 году эти центры должны быть оборудованы по последнему слову техники и начать принимать пациентов. Обязательство ЕМС — предоставить четко описанный набор услуг, 40% из которых будут оказываться в рамках действующего тарифа ОМС, остальные — по нашим действующим расценкам. Дополнительные ограничений для обращений людей не будет.

— **В каком состоянии находится проект?**

— Проводится экспертиза корпусов — решается вопрос о реконструкции или сносе. Параллельно идет разработка проекта нового лечебного комплекса, который будет состоять из четырех медицинских центров: интервенционной радиологии, эндоскопической хирургии, перинатального центра и центра онкореконструкции.

— **Каким оборудованием будет оснащен новый комплекс — вы планируете использовать медицинскую технику 63-й больницы или будете закупать новую?**



По словам Андрея Яновского, ЕМС готовится к оказанию 40% своих услуг в рамках ОМС. Осталось согласовать с государством тарифы

— В концессию нам передали только площади 63-й больницы. К государственному оборудованию мы не имеем никакого отношения. В настоящее время все оборудование из этих корпусов вывезено в московские клиники.

— **Насколько выгодны для вас условия концессии? Насколько rentably оказывают 40% высокотехнологичных медицинских услуг по государственному тарифу ОМС?**

— В настоящий момент тариф еще не принят, но размер тарифа, который сейчас обсуждается с государством, делает эту услугу интересной. Кроме того, при оказании 60% услуг мы будем прибегать к софинансированию и, таким образом, получать прибыль. Это учтено в нашем бизнес-плане.

— **Планируете ли вы привлекать инвестиции?**

— По предварительным оценкам, создание нового лечебного комплекса на базе 63-й больницы обойдется в \$250 млн. Конечно, придется привлекать кредитные ресурсы. Мы уже работаем с рынком финансовых заимствований, который заинтересован в подобных проектах, поскольку это абсолютно новый опыт государственно-частного партнерства в социальной сфере. Наш проект должен стать примером и для других, поэтому нам оказывают внимание и поддержку.

— **В чем ваше конкурентное преимущество?**

— Наша специфика — в многопрофильности. Мы оказываем пациенту любую медицинскую помощь, в том числе экстренную и высокотехнологичную, а также все виды

диагностики круглосуточно 365 дней в году. Мы формируем цены исходя из реальной стоимости услуг. К примеру, протезирование тазобедренного сустава стоит в ведущих клиниках мира у опытных врачей практически одинаково. Столько же эта операция стоит и в ЕМС у профессора, доктора медицинских наук Андрея Карданова. В состав ЕМС входит крупнейшая в России частная Европейская клиника спортивной травматологии и ортопедии — ECSTO. В каждой нашей клинике есть специалисты, которые считаются признанными лидерами в своей области медицины. Например, глава Клиники колопроктологии ЕМС член Американского общества колоректальных хирургов Бада Башанкаев за эту осень был приглашен для проведения показательных операций и лекций в Казань, Санкт-Петербург, Вильнюс, Элисту, Сыктывкар, не говоря о Москве. Главный врач и медицинский директор ECSTO профессор Андрей Королев выступил инициатором создания Ассоциации спортивных травматологов, артроскопических и ортопедических хирургов, реабилитологов, которая проводит в Москве ежегодные крупные международные конгрессы. Профессора ЕМС, доктора медицинских наук, например известный нейрохирург Алексей Кривошапкин, реконструктивный хирург Кирилл Пшениснов, являются авторами медицинских учебных пособий. В ЕМС ведет прием доцент кафедры семейной медицины Уни-

КОЙКО-МЕСТО ПО СТАНДАРТУ

ГК «Европейский медицинский центр» (ЕМС) входит в число ведущих и крупнейших многопрофильных клиник России. 25 лет оказывает медицинскую помощь в соответствии с международными протоколами.

В ЕМС работают врачи из стран Западной Европы, США, Японии, Израиля и России. В состав ЕМС входят: многопрофильный госпиталь на улице Щепкина, многофункциональные медицинские центры в Спиридоньевском, Орловском переулке, детская клиника на Трифоновской улице, Европейский стоматологический центр, клинично-диагностическая и гистологическая лаборатории, ЕМС Assistance (экспертное сопровождение в лечении за рубежом). Общий ковенный фонд ЕМС насчитывает более 150 коек. Круглосуточно работают отделения экстренной, неотложной и скорой помощи, стационар, диагностические отделения, включая экспертные КТ и МРТ. ЕМС оказывает помощь по всем основным медицинским специальностям. Система менеджмента качества ЕМС сертифицирована по международному стандарту качества ISO 9001:2008.

верситета Айовы адепт американской школы Life Span медицины Андрей Лобузов.

Для нас нет границ. Мы отбираем лучших врачей со всего мира исходя из их опыта, профессионализма и того, что они могут предложить нашим пациентам. Кто-то из них успешен в своей специализации, кто-то владеет новой технологией. У всех неизменно большой опыт за плечами и практика в ведущих клиниках США, Германии, Израиля, Франции. Кроме того, мы сторонники воспитания собственных звезд. В каждой клинике ЕМС проходят практику и повышают свою квалификацию врачи, обучающиеся в ординатуре, за счет чего мы имеем возможность приглашать их в дальнейшем к нам на постоянную работу. Как видите, мы открыты, но фильтры действительно серьезные.

— **Кто ваши клиенты? Каковы ваши мощности?**

— В 2013 году у нас было 200 тыс. человек, многие из них приходят к нам регулярно. Среди них есть владельцы компаний, топ-менеджеры и члены их семей, а также рядовые сотрудники успешных фирм, которые имеют корпоративную страховую программу ДМС с возможностью выбора медучреждений. Сегодня обладатели полиса ДМС составляют примерно 30% всех наших пациентов.

В настоящее время мы готовы к увеличению потока пациентов, поскольку строили ЕМС с учетом постоянного роста клиентской базы. Резервы мы видим в расширении наших площадей и дальнейшей закупке мощного и самого современного оборудования, появляющегося на рынке. Инвестиции мы делаем надолго, а операционные расходы стараемся наращивать вместе с ростом клиентской базы.

— **Западные специалисты приезжают к вам проводить какие-то разовые операции или на постоянную работу?**

— Есть очень узкопрофильные специалисты высочайшей квалификации. Мы приглашаем их для выполнения определенных сложных или новых видов операций, на которые только формируется спрос, предварительно составив список пациентов. Если же выясняется, что таких пациентов становится все больше, врач начинает работать на постоянной основе. Например, так произошло со знаменитым французским урологом профессором Пьером Моно, который считается пионером роботической мини-инвазивной хирургии и проводит уникальные операции на работе последнего поколения Da Vinci Si HD в ЕМС. Часто западные специ-

алисты работают у нас заведующими отделениями, иногда — ведущими специалистами, которые практикуют и здесь, и в своих западных клиниках.

Еще есть весьма перспективная форма работы — взаимодействие с ведущими мировыми клиниками, в частности с Университетской клиникой г. Фрайбурга (Германия). В рамках нашего договора мы осуществляем совместные образовательные проекты по неврологии, радиологии, нейрохирургии, а также проводим удаленные консультации российских пациентов с использованием метода телемедицины. Сегодня у ЕМС партнерские отношения с клиникой Кливленда (США), больницей Хадасса в Израиле и еще рядом крупных клиникских центров. Кроме того, у нас работает специальное подразделение ЕМС Assistance — оно в целом занимается координацией взаимодействия ЕМС с ведущими клиниками мира.

— **С каждым годом все больше наших граждан отправляются на лечение за рубеж, прежде всего в Германию и Израиль. Поток медицинских туристов ежегодно увеличивается на сотни тысяч. В прошлом году российские пациенты оставили на Западе более \$1 млрд. Почему вы упускаете этот контингент, если можете предоставить европейский уровень услуг?**

— У российских пациентов есть определенные стереотипы, привычки. Возможно, еще не все знают, что сегодня, не выезжая из Москвы, можно получить медицинскую помощь европейского уровня, в том числе от тех же зарубежных специалистов высочайшей квалификации. Справедливо будет сказать, что среди отечественных медиков сегодня очень много признанных мировых медицинским сообществом специалистов, которые выполняют свою работу блестяще.

Если же мы понимаем, например, что показанная пациенту операция проводится одним единственным иностранным хирургом, который не выезжает из своей страны, то мы прилагаем все усилия, чтобы наш пациент к нему попал.

99% наших пациентов получают необходимую помощь в ЕМС, то есть на месте в России. Им не нужно искать ортопеда в Германии, а онколога — в Израиле. Оба врача, кстати, с многолетним опытом работы как раз в этих странах, успешно работают в ЕМС под одной крышей. В медицине действительно редких случаев очень маленький процент.

Беседовала
Светлана Белостоцкая

Review за здоровый образ жизни

Профилактика отрасли

8–12 декабря в ЦВК «Экспоцентр» состоится традиционная «Российская неделя здравоохранения». В Министерстве здравоохранения Российской Федерации под председательством первого заместителя председателя комитета Госдумы ФС РФ по охране здоровья академика РАН Николая Герасименко состоялось заседание организационного комитета международного научно-практического форума «Российская неделя здравоохранения».

— форум —

По сложившейся традиции ключевое мероприятие международного научно-практического форума «Российская неделя здравоохранения» V международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «За здоровую жизнь» пройдет 8–9 декабря в центральном выставочном комплексе «Экспоцентр». Организаторами форума выступают Государственная дума ФС РФ, Министерство здравоохранения РФ и ЗАО «Экспоцентр». Как следует из названия форума, в центре внимания — именно профилактика различных заболеваний и пропаганда здорового образа жизни. Врачи не устают повторять, что предотвратить болезнь легче, чем лечить. В частности, на мероприятии с участием лучших экспертов предлагается обсудить принятие всех необходимых мер в данном направлении, включая возможные законодательные инициативы и мотивационные стимулы на уровне бизнес-сообщества.

Открывая заседание оргкомитета «Российской недели здравоохранения», сопредседатель оргкомитета первый заместитель председателя комитета Госдумы ФС РФ по охране здоровья Николай Герасименко отметил, что форум в нынешнем году будет посвящен самым актуальным проблемам развития отечественного здравоохранения. В рамках V международного форума по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «За здоровую жизнь» будет организованная работа четырех секций: предложения по мотивации здорового образа жизни на государственном уровне и уровне бизнес-сообществ, подготовленные во исполнение поручения президента РФ, профилактика и лечение сердечно-сосудистых заболеваний, факторы окружающей среды, культура здорового питания, профилактика диабета, онкология, ее ранняя диагностика на уровне клеток.



«Российская неделя здравоохранения» является самой масштабной выставочной и конгрессной площадкой в Восточной Европе

Как и на предыдущих форумах, значительное внимание будет уделено профилактике заболеваний детей и подростков. Ведь, как известно, формирование здорового образа жизни и отказа от вредных привычек нужно начинать в самом раннем возрасте. Участники заседания отметили, что ситуация с курением и применением различных смесей (спайсов) среди детей школьного возраста остается непростой, поэтому предложено обсудить на форуме все необходимые меры по скорейшему решению этого вопроса. Особую надежду организаторы форума возлагают на родителей, которые личным примером должны влиять на формирование у подрастающего поколения ответственного отношения к своему здоровью. Другими важными темами форума станут здоровое питание и минимизация агрессивных факторов окружающей среды.

Поскольку подобная проблематика стабильно вызывает интерес не только у экспертов, но и у широкого круга общественности, организаторы ожидают жаркую дискуссию по заявленной теме. Эти вопросы, которые особенно актуальны для жителей мегаполисов, планируется обсудить в связке с теми заболеваниями, которые могут быть непосредственно вызваны плохой экологией и нарушением питания. При этом онкологические заболевания, на развитие которых также может влиять экология, будут обсуждаться в рамках отдельной секции. Заместитель директора департамента развития фармацевтической и медицинской промышленности Министерства промышленности и торговли РФ Дмитрий Колобов проинформировал собравшихся о том, что Минпромторг России традиционно поддерживает проведение форума, а в текущем году, учитывая важность такой темы, как создание комфортной среды для людей

с ограниченными возможностями, представит на выставке «Здравоохранение» новые разработки в сфере производства средств реабилитации инвалидов. Символично, что данный вопрос обсуждался в стенах Минздрава России, одного из самых комфортных для посещения ведомств в нашей стране. Все входы в здание приспособлены для удобного подъема людей на инвалидных колясках и других категорий маломобильных граждан, большинство табличек на кабинетах оформлены по системе Брайля, а в каждом зале установлены рельефные планы помещений, также предназначенные для тактильного восприятия. Словом, о комфортной среде здесь знают не понаслышке. Форум логично дополняет масштабная выставочная экспозиция общей площадью 55 тыс. кв. м, организованная ЗАО «Экспоцентр». В выставочной программе примет участие более 1150 компаний из 44 стран (что превышает показатели

прошлого года), а также из всех федеральных округов России. Выставка представит 20 тематических разделов и 8 национальных экспозиций. Как отметил на совещании заместитель генерального директора ЗАО «Экспоцентр» Михаил Толкачев, представители профессионального сообщества посещают форум и выставку с целью изучить как новые тренды в медицине, так и почувствовать запросы рынка. Уже сейчас на мероприятии ожидается более 40 тыс. посетителей.

Директор департамента охраны здоровья и санитарно-эпидемиологического благополучия человека Минздрава России Марина Шевырева, отметив, что проводимый в Экспоцентре международный научно-практический форум «Российская неделя здравоохранения» стал важным событием в жизни медицинского сообщества страны, подчеркнула важность участия в нем руководителей органов здравоохранения всех субъектов федерации. Учитывая значимость форума для развития отрасли, Министерство здравоохранения Российской Федерации своим письмом рекомендовало руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации и руководителям подведомственных научных и образовательных организаций принять участие в мероприятиях «Российской недели здравоохранения».

Итогом заседания оргкомитета «Российской недели здравоохранения» стало утверждение программы основных мероприятий форума, подтверждение высокой степени готовности к его проведению, а также принятие решения о включении международного научно-практического форума «Российская неделя здравоохранения» и V международного форума по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни «За здоровую жизнь» в план образовательных и научно-методических мероприятий Минздрава России на 2015 год.

Мария Рыбакова

«У нас есть необходимый потенциал»



ОЛЬГА ГОЛОДЕЦ, заместитель председателя правительства РФ, в приветствии к участникам, гостям и организаторам международного научно-практического форума «Российская неделя здравоохранения-2014» отмечает очень важный момент: мы все достойны и заслужили нового качества медицинских услуг.

Форум «Российская неделя здравоохранения-2014» — авторитетная международная площадка, где компетентно обсуждаются приоритеты развития здравоохранения, вопросы профессиональной работы врачей, оснащения клиник и больниц самым современным оборудованием.

В последние годы государство серьезно сосредоточилось на качестве здравоохранения страны. Повышается уровень зарплат медицинских работников. В стране появляются высокотехнологичные лечебные центры, не уступающие, а порой и превосходящие по возможностям лучшие мировые клиники. Приоритетом стало оказание высокотехнологичной помощи, которую уже получает ежегодно более 500 тыс. человек, и это число вырастет почти вдвое через несколько лет. При этом качественная медицина должна оставаться доступной каждому.

Заметные результаты уже есть. За последние несколько лет достигнут прогресс в борьбе с основными угрозами человеческой жизни, такими как сердечно-сосудистые заболевания или онкология. Рождаемость впервые в современной России превысила смертность. Но впереди еще более серьезные цели. Россия достойна того, чтобы оказывать медицинские услуги на мировом уровне: у нас есть необходимый потенциал.

Именно поэтому профессиональный диалог на серьезном медицинском форуме, каким заслужено является «Российская неделя здравоохранения», так важен и ценен для всего сообщества. Желаю успешной и конструктивной работы!

«СИСТЕМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПОСТЕПЕННО ПЕРЕСТРАИВАЕТСЯ»

Усилий государства и медиков и даже широкомащштабных национальных просветительских кампаний будет недостаточно, если не изменить менталитет наших граждан, повысив персональную, личную ответственность за свое здоровье, убежден **СЕРГЕЙ ВЫЛЕГЖАНИН**, заместитель директора департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Минздрава России.

— Правда ли, что сокращают время приема пациентов? Врачи загоняются в конвейер, и они при такой гонке не виноваты порой в неправильных диагнозах.

— Время приема пациентов не сокращено. Минздрав продолжает работу по нормированию труда медицинского персонала, чтобы найти дополнительное время для приема пациента и максимально сократить затраты времени на техническую работу врача: выписка справок, эпикризов, результатов обследований.

Это может быть достигнуто за счет информатизации здравоохранения, а также за счет правильной расстановки персонала и маршрутизации пациентов внутри учреждений.

Например, чтобы получить справку, не нужно будет посещать врача. Многие задачи может решить немедицинский персонал.

В любом случае установление персональной нагрузки на каждого врача, порядок организации приема пациентов, формирования очереди, управление потоками пациентов — это задачи руководителя и администрации медицинской организации.

— Действительно ли имеет место сокращение койко-мест в больницах?

— Обеспеченность койками населения Российской Федерации сейчас в несколько раз превышает показатели большинства стран мира, например Швеции, Финляндии, Германии.

Реструктуризация региональных учреждений, имеющих стационары круглосуточного пребывания, связана в первую очередь с повышением эффективности работы дорогостоящих коек, на которых оказывается специализированная, профильная медицинская помощь, с развитием коек сестринского ухода, паллиативных и реабилитационных коек, на которых пациенты должны долечиваться, восстанавливать утраченные функции, учиться жить с болезнью.

Число и профиль коек в стационаре должны обеспечивать оказание неотложной медицинской помощи, проведение сложных диагностических и лечебных процедур и операций для пациентов, нуждающихся в круглосуточном наблюдении, с учетом спектра болезней, которыми чаще всего страдают жители региона, кли-

матических и территориальных особенностей, инфраструктуры и многих факторов.

— Почему отдают частной медицине государственные больницы?

— Решение задачи повышения эффективности работы учреждений требует привлечения хороших менеджеров здравоохранения, вливания инвестиций (бюджетных и частных), построения клиенто- (пациенто-) ориентированной стратегии развития учреждений.

Все эти «инструменты» давно работают в частном медицинском бизнесе.

Государство, имеющее огромную собственность, находится в постоянном ограничении в финансовых и кадровых ресурсах, в связи с чем оно остро заинтересовано в партнерстве с частным капиталом и менеджментом — это называется государственно-частным партнерством (ГЧП).

Реализация ГЧП осуществляется на основании ряда документов, в том числе концессионных соглашений.

— А как получить медицинскую помощь тем людям, которые живут в сельской местности? Ведь число фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) все время сокращается?

— Действительно, в период 2005–2008 годов произошло сокращение числа ФАПов, но сейчас мы выправляем эту ситуацию. Только за период 2011–2013 годов сеть подразделений, оказывающих медицинскую помощь на селе, увеличилась более чем на 1 тыс., причем увеличение это произошло прежде всего за счет открытия офисов врачей общей практики и врачебных амбулаторий. Это приближает к населению именно врачебную медицинскую помощь.

Увеличивается число выездных бригад, в том числе имеющих в составе так называемых узких специалистов, регионы активно приобретают передвижные врачебные амбулатории и ФАПы, передвижные комплексы для диспансеризации взрослого и детского населения, диагностические комплексы для труднодоступных и малонаселенных территорий, развиваются санитарная авиация и телемедицина.

— Есть медицина для детей, женщин, орфанных больных, но нет медицины для пожилых людей. Но почему, это ведь порой катастрофически сказывается на пожилых людях, которым предлагается взамен больничного ухода дневной стационар? Подобный подход приведет к увеличению смертности пожилых и одиноких людей, которые бы спаслись недельным пребыванием в стационаре, но их лишили этой возможности. Это ведь справедливо и в отношении людей разного возраста, которые перенесли тяжелые заболевания?

— Безусловно, оказание медицинской помощи лицам пожилого и старческого

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

8–12 декабря 2014

Организаторы:

– Государственная Дума ФС РФ
– Министерство здравоохранения РФ
– ЗАО «Экспоцентр»

При поддержке:

– Совета Федерации ФС РФ
– Министерства промышленности и торговли РФ
– Правительства Москвы
– Российской академии наук
– Торгово-промышленной палаты РФ
– Представительства Всемирной организации здравоохранения в РФ

www.expocentr.ru

ЗА ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ

V Международный форум по профилактике неинфекционных заболеваний и формированию здорового образа жизни

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

24-я международная выставка «Здравоохранение, медицинская техника и лекарственные препараты»

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

8-я международная выставка «Средства реабилитации и профилактики, эстетическая медицина, оздоравливающие технологии и товары для здорового образа жизни»

Экспоцентр

МОСКВА

12+

реклама

Заместитель генерального директора ЗАО «Экспоцентр» Михаил Толкачев

Заместитель генерального директора ЗАО «Экспоцентр» Михаил Толкачев

Review за здоровый образ жизни

Консолидированное здоровье

Сергей Бойцов, директор Государственного научно-исследовательского центра профилактической медицины, убежден, что формирование здорового образа жизни населения может быть реализовано только на основе взаимодействия и усилий государства, общественных структур и самих граждан, направленных на снижение смертности и укрепление здоровья нации. И в этом один из смыслов «Российской недели здравоохранения».

— экспертиза —

— Ваши ожидания от «Российской недели здравоохранения-2014»?

— Трудно говорить об отличиях мероприятия, которое еще не состоялось, поэтому я лучше обозначаю тенденции современного здравоохранения, которые непременно найдут отражение в ходе грядущей выставки.

Первая — это повсеместное внедрение в медицину высоких технологий. Если еще десять лет назад они были сконцентрированы только в федеральных центрах, то сейчас доступны практически во всех уголках страны. Кроме того, сегодня высокотехнологичная медицинская помощь входит в программу ОМС, что значительно упрощает внедрение технологий в отрасль. Соответственно, та часть продукции и расходного материала, которая использует новейшие разработки, становится предметом все большего внимания со стороны посетителей выставки.

Вторая тенденция, которая, к сожалению, позднонато нашла отражение в современной политике здравоохранения, — упор на профилактику заболеваний. Понимание того, что одними высокими технологиями не справиться, пришло к нам лишь в 2009 году, когда начали создаваться первые центры здоровья. По-настоящему поворот в сторону профилактики случился в 2011 году, когда в России прошло совещание по формированию здорового образа жизни и профилактике неинфекционных заболеваний, в котором принимало участие более 90 министров здравоохранения из всех стран мира. Именно тогда профилактика из абстрактного понятия стала объектом реальной действительности. Правда, отразил на выставке профилактические технологии гораздо сложнее, чем те, которые относятся к высокотехнологичной помощи, но тем не менее это реально и уже делается. В качестве примера можно говорить об экспозиции модели кабинета медицинской профилактики.

И третья тенденция современного здравоохранения — развитие дистанционных технологий, которые могут быть использованы в профилактике неинфекционных заболеваний как при формировании здорового образа жизни, так и в процессе диспансерного наблюдения больных. Это так называемое мобильное здравоохранение. Мы надеемся, что именно эти технологии станут привлекающей внимание новеллой грядущей выставки.

— Практическому здравоохранению что дают такие выставки, появляющиеся ли

те самые модели кабинетов в реальных медицинских учреждениях?

— Конечно. Как говорится, лучше один раз увидеть, чем сто раз услышать. Поэтому подобные выставки выступают наглядным пособием по реализации задач, поставленных перед медицинскими учреждениями.

— А ваш центр часто принимает участие в подобных мероприятиях?

— Да, мы являемся непосредственными участниками самой «Российской недели здравоохранения», в рамках которой проходит данная выставка. Мы, например, уже во второй раз организуем конференцию «Бизнес и общество за здоровую Россию». На наш взгляд, это особенно важно, так как, к сожалению, в России особенно высок уровень смертности от неинфекционных заболеваний среди трудоспособного населения. Таким образом мы пытаемся мотивировать работодателей создавать условия для здорового образа жизни в трудовом коллективе, потому что это экономически выгодно в первую очередь им самим.

— Каким образом работодатель может это сделать?

— Первое, на чем бы я остановился, — это реальное исполнение закона о защите населения от последствий потребления табака и воздействия окружающего дыма. Второе — организация доступности здорового, полноценного питания для работников. Третье — поддержание физической активности сотрудников. Это не обязательно корпоративный фитнес, могут быть и другие варианты, например возвращение в коллектив той же производственной гимнастики. И последнее — развитие мотивации работников на прохождении медосмотров и ежегодной диспансеризации.

— На конференции, которая пройдет в декабре, что вы будете рассказывать представителям бизнес-сообщества?

— Это не мы будем рассказывать, а они — нам. Нашим участникам есть чем поделиться и что обсудить. Не может не радовать тот факт, что работодатели все больше склоняются к мнению, что поддержание здоровья сотрудников — это экономически выгодно. Ведь кроме гриппа и ОРВИ существует масса заболеваний, которые приводят к длительной потере трудоспособности и даже к инвалидности, особенно среди работников старше 40 лет.

— Какие именно неинфекционные заболевания распространены на сегодняшний день в России?

— В первую очередь это болезни системы кровообращения: на них приходится 57%



Сергей Бойцов полагает, что форум «Российская неделя здравоохранения» станет наглядным пособием по реализации задач, поставленных перед медицинскими учреждениями

всех смертей, затем идут злокачественные новообразования — 14,5%. 3,5% в статистике смертности занимают заболевания органов дыхания, 1,5% — сахарный диабет, которым, к сожалению, страдает около 20% всех пациентов, имеющих заболевания системы кровообращения, что значительно ухудшает течение болезни и прогноз выздоровления.

Еще одна серьезная проблема современности — артериальная гипертония. Следующий год в России как раз будет посвящен борьбе с этой болезнью, так как распространенность ее среди населения крайне высока — порядка 40%. Печально, что некоторые медики и сами граждане часто недооценивают ее опасность, более того, для многих, особенно пожилых людей, повышенное давление считается обычным делом. Но мы должны понимать, что гипертония — это не просто естественный возрастной признак, а фактор номер один риска возникновения инфарктов и инсультов. На втором месте идет атеросклероз, который является следствием избыточного потребления жирной пищи.

— Если говорить о профилактике, что, по вашему мнению, должен делать обычный человек, чтобы минимизировать риск развития этих заболеваний?

— Тут дело не только в самом человеке. Существует такое понятие «общественное здравоохранение» — это консолидированные усилия государства, общественных структур и самих граждан, направленные на снижение смертности и укрепление здоровья нации. Так вот конференция, которую я упоминал, еще раз обращает внимание на то, что формирование здорового образа жизни населения может быть реализовано только на основе взаимодействия — в данном случае работодателя и работника, а в глобальном смысле — государства, работодателя и гражданина. Если будет биться одна система здра-

воохранения — ничего не получится. В чем заключается формирование здорового образа жизни? Оно заключается в информировании населения о факторах риска, правильном — здоровом и нездоровом — поведении. Но информировать людей мало — необходимо создать условия для реализации концепции здорового образа жизни. Например, мало просто сказать людям, что нельзя есть продукты с высоким содержанием вредных жиров, быстрых углеводов и соли. Нужно им обеспечить доступность полезных продуктов. А сейчас люди приходят в магазин и кладут в корзину не самую здоровую пищу, потому что полезную найти крайне сложно — для этого нужно перебрать кучу продуктов и потратить много времени.

— Почему?

— Информацию о полезных свойствах продукта, таких как низкое содержание соли, углеводов и т. д., очень сложно найти на упаковке, если она там вообще присутствует. Даже в крупных городах это проблема, что уж говорить про сельские магазины и ларьки.

— А что еще способствует снижению риска развития заболеваний кроме здорового питания?

— Существует целый комплекс мер по выявлению людей с предрасположенностью к тем или иным заболеваниям. Так в рамках диспансеризации, которую в нашей стране проходит ежегодно более 20 млн человек, любой желающий может узнать о факторах риска развития болезней системы кровообращения и бронхо-легочной системы, сахарного диабета, онкологических заболеваний и т. д. Говорить о том, что при соблюдении правил здорового образа жизни болезни, к которым человек генетически предрасположен, гарантированно не разовьются, было бы неправильно, но, поддерживая свое здоровье, человек может быть уверен в том, что даже наследственные недуги проявятся гораздо позже и в более легкой форме.

— С какого возраста нужно проходить диспансеризацию?

— С 21 года с периодичностью раз в три года в поликлинике по месту жительства. Это абсолютно бесплатно для каждого гражданина РФ. При прохождении диспансеризации предусмотрена процедура оказания помощи по коррекции факторов риска. Например, человеку помогут отказаться от курения, дадут рекомендации по питанию, помогут разработать режим двигательной активности. До сих пор многие убеждены, что физическую нагрузку можно получить только в спортзале или на стадионе. Это, конечно, хорошо, но при современном ритме жизни не для всех приемлемо, поэтому необходимо помнить, что физическая нагрузка может заключаться в пешей прогулке — для этого достаточно всего лишь 30 минут в день.

— Сейчас уже можно говорить о том, что в нашей стране люди стараются следить за своим здоровьем?

— Есть несколько факторов, которые позволяют на это надеяться. Во-первых, диспансеризацию в 2013 году уже прошли 20,5 млн человек, сейчас второй год ее проведения, по итогам которого обследованы 18 млн чело-

век, и люди продолжают идти. Анкетирование, проводимое нами по итогам диспансеризации, говорит о том, что 90% опрошенных удовлетворены результатами обследования, а 80% респондентов готовы вести здоровый образ жизни начиная с сегодняшнего дня. Конечно, мы понимаем, что на деле изменят свои привычки 10–15% из них, но это уже результат, и с каждым годом он будет накапливаться.

Во-вторых, нельзя не отметить тот факт, что в стране реально снижается процент курильщиков — это заслуга большой информационной кампании, в том числе реализации федерального закона № 15.

В-третьих, все большее количество людей начинает разбираться в еде, отдавая предпочтение тем продуктам, которые входят в рацион здорового питания.

И в четвертых, возрастает физическая активность населения: все больше людей начинают использовать велосипеды и даже самокаты как средство передвижения. В парках и на улицах начинают появляться велосипедные дорожки. Это яркий пример межведомственного взаимодействия различных департаментов с департаментом здравоохранения, направленного на формирование здорового общества, ведь продвигать такие принципы должен не только Минздрав, но и Минобрания, Минкульт, Минспорт и другие государственные ведомства.

— Как, на ваш взгляд, сейчас обстоят дела с рынком отечественного медицинского оборудования? Лечиться-то будет чем, если санкции дойдут и до медицины?

— Пока что не очень хорошо. 90% техники, которой оснащены сейчас отечественные медицинские учреждения, — это импорт. А если речь идет о рентгеновских аппаратах, ангиографических установках, магнитных и компьютерных томографах, то эта цифра приближается к 100%.

— На волне всего происходящего сейчас в стране активно ведутся разговоры об импортозамещении, о развитии собственного производства, как вы считаете, в медицинской отрасли это реально?

— Несомненно, на первых порах те, кто решится заняться производством медицинской техники и расходных материалов, будут сталкиваться с множеством проблем, среди которых и несовершенство законодательства, и лоббирование чьих-то интересов, и недоверие со стороны потребителей, но все это вещи преодолимые — было бы желание. Необходимо помнить, что развитие отечественного производства — процесс долгий и не принесет быстрых денег. Несмотря на то что я не экономист, у меня есть предположение, что губит наш отечественный бизнес именно желание моментально заработать очень много денег, но так бывает очень редко, и все западные производители это понимают — отсюда и результат.

— Не возникнет ли на рынке медицинского оборудования дефицита?

— Пока что таких предпосылок нет, думаю, и не будет. По крайней мере, я не вижу никаких угроз на сегодняшний день.

Беседавала Кира Васильева

Долевая рентгеноскопия

— импортозамещение —

Рынок рентгенодиагностического оборудования в России достаточно динамичен, более того, по темпам развития и количеству представленных компаний он является одним из самых перспективных в мире. Сегодня на нем заметную роль играют как российские производители, так и иностранные, поэтому вместо запрета на ввоз медицинского оборудования иностранного производства, который планировалось ввести в действие летом текущего года, Министерство промышленности и торговли РФ решило использовать практику введения ограничений.

Теперь к участию в торгах на закупку медоборудования допускаются заявки на поставку иностранного оборудования в случае отсутствия заявок производителей из стран Таможенного союза или наличия только одного предложения на участие в тендере. Такой подход, как полагают в Минпроторме России, нацелен на здоровую конкуренцию среди отечественных производителей медицинского оборудования и должен поддержать инновационное развитие отрасли. Однако, как говорят специалисты, ориентация на отечественного производителя наиболее востребованного оборудования неинвазивного исследования — рентгенодиагностическое оборудование — возможна только при условии поставок для них различных важных узлов и комплектующих из-за рубежа.

Между тем практика неинвазивных методов диагностики и лечения приобретает все более широкое распространение в современной медицине. Медицинская визуализация стала одним из самых перспективных направлений и с точки зрения бизнеса с 2011 года, когда в соответствии с федеральным законом РФ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» стали действовать региональные программы модернизации здравоохранения.



Председатель правительства Дмитрий Медведев (слева), его заместитель Аркадий Дворкович (в центре) и министр здравоохранения Вероника Скворцова (справа) осматривают диагностическое рентгеновское оборудование, выпускаемое в России

Основой медицинской визуализации является исследование организма при помощи разных физических методов с целью получения изображения внутренних органов с дальнейшим компьютерным анализом. Одним из самых распространенных методов медицинской визуализации

РЫНОК ФЛЮОРОГРАФОВ В РОССИИ В 2013 ГОДУ (МЛН РУБ.)

источник: НТЦ «Медитэкс».



в России на протяжении долгого времени традиционно оставались рентгенологические методы исследования организма, к которым относятся ангиография, компьютерная томография, КТ-ангиография, контрастная рентгенография, линейная томография, миелография, рентгеновская маммография, рентгенография, томо-синтез, флюорография.

Это, в частности, обусловило то, что производство рентгенодиагностического оборудования среднего ценового сегмента в России на сегодня можно назвать наиболее конкурентной продукцией среди всей группы оборудования для медицинской визуализации. Так, по данным научно-технического центра «Медитэкс», в 2013 году более четверти всего объема рынка рентгенодиагностическо-

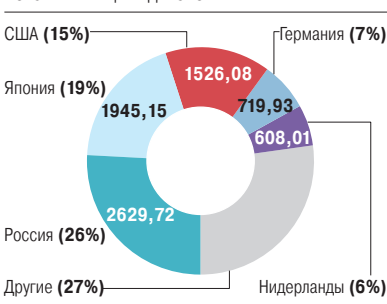
го оборудования в денежном выражении пришлось на российских производителей. Их главными конкурентами стали японские (19%) и американские (15%) компании. Доли 6% и 7% рынка соответственно заняли нидерландские и немецкие бренды.

По итогам 2013 года видно, что отечественные компании освоили преимущественно выпуск недорогой аппаратуры. Так, на 26% рынка в денежном выражении, контролируемого Россией, пришлось 44% всех поставленных аппаратов, в то время как 19-процентная доля японских производителей была обеспечена только 9% рынка в абсолютном значении. Еще более характерные показатели у американских производителей — 15% и 9% соответственно.

Самым крупным сегментом российского рынка рентгеновского оборудования в 2013 году стали рентге-

РЫНОК РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В РОССИИ В 2013 ГОДУ (МЛН РУБ.)

источник: НТЦ «Медитэкс».



нодиагностические комплексы (38%), что составило 3847,14 млн руб. Ровно на 10% меньше доля компьютерных томографов — 2780,94 млн руб. На остальные сегменты приходится чуть более трети рынка.

В сегменте компьютерных томографов на российском рынке лидирует американская компания GE, осуществившая более трети поставок в денежном выражении (1002,47 млн руб.). В два раза меньше доля Японии, представленной компанией Toshiba. Еще 13% сегмента контролировал голландский производитель Philips.

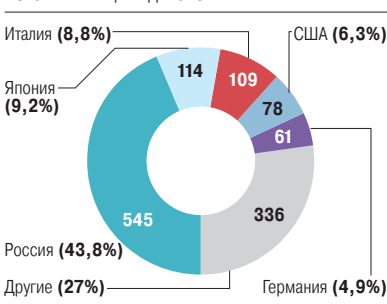
Среди ангиографов основная доля российского рынка также принадлежит американской компании GE (289,91 млн руб.). Второе место — за компанией Philips (21%), на третьей позиции японская Toshiba (7%).

На рынке флюорографов безоговорочно доминирует Россия, доля которой превышает две трети. Слабую конкуренцию ведущим отечественным производителям «Амико» (почти 26% рынка), «НИПК Электрон» (15%) и «Протон» (8%) составляют корейские и украинские компании. Самыми востребованными флюорографами в 2013 году стали ФМЦС-«ПроСкан» (ЗАО «Амико»), ФЦ-ОКО (ЗАО «НИПК „Электрон“»), АРДЦ «Протон» (ООО «ПМП „Протон“»), КФП-ЦРП (ЗАО «Амико»), АРЦП «Медипром» (ООО «Мосрентпрентром»).

Таким образом, анализ рынка диагностических рентгеновских аппаратов в 2013 году показал, что бо-

РЫНОК РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В РОССИИ В 2013 ГОДУ (ШТ.)

источник: НТЦ «Медитэкс».



лее 26% всего объема рынка рентгеновского диагностического оборудования в денежном выражении пришлось на российских производителей, а самым крупным сегментом рынка стали рентгенодиагностические комплексы. Отечественные производители заняли ведущие позиции в таких сегментах, как маммографы (24%), флюорографы (более 60%), передвижные (палатные) рентгеновские аппараты (41%), рентгенодиагностические комплексы (40%).

Что касается 2014 года, то по итогам первых десяти месяцев потребление отечественным здравоохранением рентгенодиагностического оборудования по сравнению с десятилетиями 2013 года выросло почти на 10% в штучном выражении и почти на 8,5% — в денежном. Однако в условиях международных санкций серьезной проблемой сегмента можно назвать зависимость от иностранных материалов и комплектующих. Даже несмотря на то что отечественные компании удерживают более 60% рынка и в короткие сроки способны нарастить свою долю до 90%, их зависимость от поставок важных узлов и элементов из-за рубежа пока непреодолима. В случае прекращения поставок зарубежных комплектующих организовать их производство внутри страны вряд ли будет возможно. Конечно, если не вести речь о возможности импорта через третьи страны.

Константин Анохин, при участии НТЦ «Медитэкс»

Прямые включения

Летом Государственная дума РФ приняла в первом чтении законопроект о введении в УК статей, по которым за оборот фальшивых и незарегистрированных лекарств виновных можно будет наказать лишением свободы на срок до 12 лет. Однако в России сейчас главная проблема — элементарный лекарственный брак.

— брак —

Тема лекарственного контрафакта актуальна во всем мире. В последней операции Интерпола по борьбе с незаконным распространением лекарств в интернете участвовало 100 стран, было закрыто около 18 тыс. сайтов и изъято поддельных лекарств на сумму около \$11 млн. Правда, эти результаты меркнут перед данными из Китая, где полиция закрыла больше 1 тыс. подпольных производств и изъяла контрафактных лекарств на \$182 млн.

В России сведения о количестве поддельных лекарств сильно разнятся. По данным Росздравнадзора, объем фальсификата составляет лишь 0,2% от общего объема лекарственных средств. В Министерстве экономического развития и торговли говорят о 10%, аналитики считают, что от 5% до 15%. В прошлом году в Ростовской области были выявлены нелегальные цеха по производству поддельных лекарственных средств для лечения онкологических заболеваний. Сырье для псевдолекарств закупалось на Украине и в Китае, также использовались препараты с истекшим сроком годности. Внешне отличить подделку от оригинала было невозможно. По предварительным данным, нелегальный доход составил около 500 млн руб. Главного фигуранта этого дела суд приговорил к 12 годам колонии строгого режима, второго фигуранта — к 5 года и 6 месяцам колонии общего режима. Это едва ли не первый случай, когда по делу о подделках лекарств виновные получили реальный срок.

Но в нашей стране главная проблема все же не фальшивые, а недоброкачественные лекарства. По данным Росздрова, за последний год резко вырос объем бракованных препаратов. Недоброкачественными оказались 50% проверенных Росздравом препаратов. По количеству действующего вещества в препарате объем брака возрос в полтора раза, а по микробиологической чистоте — в два раза. А ведь это два самых главных показателя.

В соответствии с курсом на импортозамещение к 2020 году 50% лекарств в стране должны быть российскими. И, разумеется, доброкачественными. Особенно это касается современных биотерапевтических препаратов (моноклональных антител), применяемых при тяжелых заболеваниях, в частности онкологических, гематологических, орфанных. Клиническое изучение оригинального биологического препарата про-



За последний год резко вырос объем бракованных препаратов. Недоброкачественными оказались 50% проверенных Росздравом препаратов

должается в среднем 10–15 лет до выхода его на рынок. Введение их в практику было настоящим прорывом в лечении многих тяжелейших заболеваний. Цена на эти лекарства высока. Сроки действия патентов на несколько ведущих моноклональных антител первого поколения истекают в ближайшие один-три года, что позволит создавать так называемые биоаналоги. На самом деле это, конечно, не аналоги. Точную копию биологического препарата воспроизвести невозможно. Правильнее называть их биоподобными препаратами. Понятно намерение национальных фармпроизводителей выпустить на рынок биоподобный препарат по известной технологии. Конечно, выйдет дешевле — вопрос, что за препарат получится и чем это может кончиться для получающих его пациентов. Неслучайно Минздрав собирается ввести более длительные сроки клинических исследований для биоподобных препаратов.

В прошлом году в Москве прошла научно-практическая конференция с международным участием, посвященная биотерапевтическим препаратам. Выступая на этой конференции, директор департамента государственного регулирования обращения лекарственных средств Елена Максикина подчеркнула, что биологические препараты нельзя считать взаимозаменяемыми. Многие производители, предлагающие биоподобные препараты, не смогут доказать это подобие. Елена Максикина отметила важность сотрудничества с международными организациями: «Будучи наднациональным органом, ВОЗ является ведущим экспертом в этом вопросе. И у нас есть возможность взять за основу лучшие международные практики для разработки российских критериев оценки биоподобных препаратов. В настоящее время мы законодательно вводим определение биоподобных препаратов и обсуждаем нормы их регулирования, в том числе по вопросу взаимозаменяемости, выбора референтного препарата для оценки биоподобия и других».

Врачи очень настороженно относятся к биоподобным препаратам.

Они опасаются, что те изменения структуры молекулы биоподобного препарата, которые возникают при его воспроизводстве на другой площадке, могут негативно повлиять на эффективность препарата. Есть мнение, что сегодня говорить о взаимозаменяемости биоаналогов в нашей стране просто неуместно. Причина в том, что у нас очень низкий барьер для вывода на фармацевтический рынок различных лекарственных средств. В результате есть большой риск появления на нем недоброкачественных биоаналогов.

«Производство и одобрение биоаналогов Европейским медицинским агентством жестко регламентировано. Большие группы экспертов работают именно по проблемам биоаналогов во всех странах Евросоюза и, соответственно, в Европейском медицинском агентстве. Российское законодательство в этой части несколько отличается от европейского, и эта проблема, безусловно, нуждается в обсуждении и особом контроле. Следует иметь в виду, что малейшие, просто минимальные, изменения в структуре биоаналогов могут катастрофически сказаться на эффективности препарата, вызвать нежелательные явления при его применении», — говорит профессор Елена Артамонова, ведущий научный сотрудник отделения изучения новых противоопухолевых препаратов РОНЦ имени Блохина.

Тревога медиков оправдана. В декабре прошлого года Росздравнадзор изыал из аптек крупную партию самых популярных лекарств, в том числе валидол, нафтизин и другие. Почти 1 млн упаковок. Названия перепутаны, в таблетках обнаружены примеси мусора — волоски, стекло, разные механические включения. В августе нынешнего года изъято из аптек сердечное средство ацекардол (производства фирмы «Синтез»), которое предназначено для лечения ишемической болезни, нестабильной стенокардии, острого инфаркта миокарда, легочной эмболии и для профилактики образования тромба. В ацекардоле тоже найдены посторонние примеси.

Как сообщила министр здравоохранения Вероника Скворцова на заседании президиума Совета по модернизации экономики и инновационному развитию, которое проходило под председательством премьер-министра Дмитрия Медведева, около 60% выявленных в последние два года недоброкачественных лекарств на российском рынке — отечественного производства.

Ада Горбачева

шение результативности своих маркетинговых инструментов, в улучшение планирования и автоматизация бизнеса.

Кроме того, на фоне истечения сроков патентной защиты на ряд препаратов-бестселлеров все более актуальным для компаний становится вопрос разработки и оптимизации продуктовой стратегии, указывают в E&Y. Так, наиболее перспективными респонденты считают препараты в области лечения респираторных и эндокринных заболеваний, а также онкологии.

Анализируя динамику фармрынка начиная с 2011 года, авторы обзора подчеркивают, что рынок предвещает два года демонстрировал двухзначный рост. В этом году фармкомпания не теряют оптимизма, несмотря на непростое начало года и снижение темпов роста рынка до 7,5% в рублевом выражении. Так, более двух третей компаний запланировали рост на уровне 10% или более в 2014 году. Бизнес отмечает, что на состояние рынка может повлиять ухудшение общеэкономических показателей и прекращение действия патентов на ряд препаратов-бестселлеров. Впрочем, как призывает октябрьский блиц-опрос, 70% опрошенных компаний считают, что текущая политико-экономическая ситуация, а также введение санкций никак не повлияли на их бизнес. Только 17% увидели для себя риски и намерены сокращать инвестиционные программы.

Среди основных проблем, с которыми столкнутся производители лекарств в будущем, согласно результатам опроса, станут чрезмерно строгое регулирования ценообразования на лекарства из перечня ЖНВЛП, ухудшение макроэкономических показателей и ужесточение конкуренции из-за замедления темпов роста рынка и увеличения доли дженериков.

Дарья Николаева

Мишень спасения

— прорыв —

«Подавляющее большинство больных сердечной недостаточностью в России — женщины. 60% пациентов стационаров с диагнозом ХСН у нас представительницы прекрасного пола, — рассказывает ведущий научный сотрудник отдела заболеваний миокарда и сердечной недостаточности РКНПК Игорь Жиров. — Причина в том, что женщины не только дольше живут — они тщательнее следят за здоровьем. У мужчин же ХСН, как правило, выявляют на последних стадиях».

В отличие от стран ЕС и США, где сердечная недостаточность — болезнь людей 70–89 лет, у нас ее чаще всего диагностируют в группе 50–69 лет. По данным исследований, в России каждый четвертый больной сердечной недостаточностью моложе 60 лет. При этом медиана выживаемости таких пациентов с момента постановки диагноза — примерно пять лет (в странах Европы — семь-восемь лет). Это хуже, чем при онкологических заболеваниях, где медиана выживаемости доходит до десяти лет.

Главные симптомы ХСН — одышка, удушье, немотивированная слабость, сердцебиение и отеки. При их возникновении нужно немедленно обратиться к врачу. Но не все об этом знают. «В странах Европы, к примеру, прохожим на улицах раздают листовки, как действовать при возникновении таких угрожающих жизни симптомов. У нас же культура обращения за врачебной помощью невысока», — замечает Сергей Терещенко.

«К сожалению, сердечная недостаточность была диагностирована у моего отца народного артиста Семена Фарады слишком поздно, — рассказывает известный актер Михаил Полищаймако. — Болеть он начал куда раньше, чем заметил болезнь. Уже с 55 лет у него появилась одышка. Отец решил, что она есть у большинства людей в таком возрасте, и не обращал на нее внимания. Он не следил за здоровьем, думал, все пройдет. И такое легкомысленное отношение к себе привело к трагическим последствиям».

Пожизненное предписание

При сердечной недостаточности пациент должен неопределенно долго (то есть пожизненно) принимать комплекс препаратов: бета-адреноблокаторы, антагонисты альдостерона, мочегонные. ... Порой количество наименований лекарств на один прием доходит до 8. «Но часто бывает так: попили таблетки — отеки спали, одышка ушла — все, лекарства бросаю. Говорят: „Зачем травиться?“ А такое пренебрежение зачастую заканчивается трагически», — продолжает Сергей Терещенко. «Самое лучшее лечение не поможет больному, если он не будет его принимать», — отмечает Игорь Жиров.

Поскольку сердечная недостаточность — заболевание хроническое, добиться снижения риска смерти и госпитализации возможно. Медики отмечают, что важно как можно раньше выявлять и лечить сердечную недостаточность. Для диагностики у нас есть все — главное, чтобы пациенты регулярно проходили хотя бы ЭКГ.

Что же касается лечения, то в большинстве случаев больным ХСН назначают лекарства. В арсенале врачей сегодня немало эффективных препаратов, позволяющих продлить людям жизнь — нужно только как можно раньше начать лечение. У таких долгожителей, как Элизабет Тейлор, Сальвадор Дали, Виталий Гинзбург, в свое время тоже диагностировали сердечную недостаточность.

Лечение прежде всего зависит от болезни, которая вызвала ХСН. У 70% пациентов имеется полиорганная патология. Иными словами, болезней несколько: хроническая обструктивная болезнь легких, депрессия, анемия, болезнь печени, почеч... Поэтому задача у врача очень сложная — подобрать пациенту нужные лекарства в нужной дозе, чтобы помочь, а не навредить. На это может уйти до половины. В случае если врач достаточно компетентен. Но таких у нас, к сожалению, немного.

«Правильное лечение при сердечной недостаточности в России получает только 60% пациентов. Дело в том, что у нас крайне мало специалистов по лечению ХСН. Наше отделение в кардиоцентре единственное в стране. У нас всего 45 коек, и мы не можем взять к себе пациентов со всей страны. А большинство больных лечатся у врача-терапевта в районной поликлинике. Ничего плохого я не хочу сказать о врачах-терапевтах, но у них не хватает времени на больных: они завалены писаниной. А больной с сердечной недостаточностью требует большого внимания, большего времени. России остро нужны региональные отделения по лечению ХСН. И нужны врачи. В Европе, к примеру, лечением таких больных занимаются специалисты по сердечной недостаточности: там сначала пять лет учатся на кардиолога, потом еще два года специализируются по ХСН. Без

решения этого вопроса мы вряд ли сможем решить проблему смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране», — констатирует Сергей Терещенко.

Симптом декомпенсации

Самое страшное, к чему может привести ХСН, — это резкое и угрожающее жизни обострение всех симптомов (в течение нескольких часов, суток, недели), которое называется декомпенсацией. В России треть всех больных, а именно 2,4 млн человек, имеет терминальную стадию заболевания, которая часто сопровождается декомпенсацией.

При каждой декомпенсации повреждается сердечная мышца, а также так называемые органы-мишени, в том числе печень и почки. Именно эпизод обострения кардинально меняет течение болезни и повышает риск летального исхода. По статистике до 30% пациентов с декомпенсацией ХСН после выписки из стационара умирают в течение года. В итоге смертность от сердечной недостаточности почти в десять раз превышает смертность от инфаркта миокарда. Ежегодно до 612 тыс. россиян, страдающих ХСН, умирают. «Больной с сердечной недостаточностью будто бы садится на эскалатор, который везет его вниз. С каждым обострением скорость увеличивается, каждая последующая декомпенсация приближает пациента к летальному исходу», — говорит Игорь Жиров.

К декомпенсации может привести легкомысленное отношение пациента к приему назначенных врачом препаратов, пневмония, повышенные нагрузки, инфекции. Любой эмоциональный стресс также может вызвать декомпенсацию. Даже просмотр футбола! Немецкие ученые провели исследование, согласно которому количество приступов сердечной недостаточности резко возросло в дни, когда играла сборная Германии.

Разумеется, при появлении даже самых легких симптомов декомпенсации (усиление одышки, более редкое мочеиспускание, кашель, появление отеков в области лодыжек и живота, быстрая утомляемость, затруднение дыхания в положении лежа, быстрая прибавка в весе, ощущение сердцебиения и пр.) больной должен обратиться к врачу или вызвать скорую. Ведь в большинстве случаев декомпенсацию можно предупредить.

«По идее такому пациенту требуется реанимационная помощь, но если симптомы неярко выражены, его положат в обычное терапевтическое отделение. А тут еще сокращают стационары, говорят: лечите амбулаторно. Но как можно лечить амбулаторно пациента, которому требуется постоянная инфузионная терапия?» — возмущается Сергей Терещенко.

Лечение декомпенсации ХСН — дело крайне сложное. Практически все существовавшие до сих пор лекарства были нацелены на уменьшение выраженности симптомов — отеков и одышки, что, увы, не уменьшает риска тяжелых последствий. Поэтому появление принципиально нового препарата для лечения больных с декомпенсацией ХСН врачи встретили с особым энтузиазмом.

Бесплатно не положено

«Лекарство создано на основе гормона релаксина, который регулирует в человеческом организме сердечную деятельность. Это один из первых препаратов, который уменьшает летальность при декомпенсации ХСН где-то на 30%. Он одновременно стабилизирует состояние пациента и защищает от повреждения сердце, печень и почки. Нам стоит гордиться, что этот препарат первым зарегистрирован в нашей стране, и пока мы единственные в мире. У России появилась уникальная возможность начать его применение в клинической практике и отработать методики, чтобы потом делиться ими со всем миром. Не мы поедем учиться в Европу или США — мы теперь можем сами учить коллег из-за рубежа», — рассказывает Сергей Терещенко. Речь о препарате серелаксин (международное непатентованное название. — «Ъ»).

Увы, пока широкое применение нового революционного средства ограничено: ни в одну госпрограмму препарат не входит. А значит, бесплатно людям не положен. Конечно, пациенты могут купить его самостоятельно, однако далеко не всем это средство по карману. «Наша система ОМС направлена в основном на то, чтобы выявлять недостатки в лечении и штрафовать медицинские организации. А на включение лекарства в стандарты лечения или список жизненно необходимых средств могут уйти годы», — сетует доктор Терещенко.

Новое лекарство пока смогли закупить лишь немногие федеральные медицинские центры. Но когда оно будет доступно всем нуждающимся, когда у нас появятся специальные центры для лечения огромной армии больных сердечной недостаточностью — большой вопрос.

Арина Петрова

Власть фармы

— локализация —

Для 40% причины для размещения производства регуляторные, а именно получение преференций в рамках программ лекарственного обеспечения, возможность регистрации препарата в качестве российского препарата. Еще 18% среди причин назвали инициативу правительства о перемещении фармпроизводства на территорию РФ.

В качестве основных мер поддержки со стороны государства большинство респондентов хотели бы видеть гарантированные долгосрочные контракты на закупку лекарств, произведенных в России, а также временное освобождение от уплаты налогов и налоговые субсидии. Фармбизнесу помогли бы господдержка в виде налоговых льгот и пересмотр госрегулирования в отношении охраны прав интеллектуальной собственности.

Проблемная госрегистрация

Несмотря на то что год назад была несколько усовершенствована процедура регистрации лекарств, как и в 2012 году, большинство респондентов относят ее, а также процедуру регистрации предельных отпускных цен на лекарства из списка ЖНВЛП к наиболее проблемным аспектам действующего закона. При этом больше всего бизнес волнует регистрация цен на препараты из списка ЖНВЛП: если в 2012 году на это боевое место указал 31% респондентов, то в 2014 году — уже 78%. Доля респондентов, отмечающих фактор госрегистрации лекарств, снизилась с 85% в 2012 году до 56% в 2014 году.

Процедура регистрации по-прежнему, по мнению бизнеса, занимает много времени, требуя основательной подготовки и предоставления значительного объема информации. А методика установления про-

изводителями предельных отпускных цен на лекарственные препараты из перечня ЖНВЛП от 2010 года устарела. Аналитики E&Y поясняют: действующая методика ценообразования должна быть изменена с целью решения оперативных задач, таких как вымывание дешевого ассортимента, полиморфизм и непрозрачность определения предельных отпускных цен.

Также в E&Y отмечают, что механизм ценообразования на ЖНВЛП правительства просто обязан пересмотреть, поскольку новая методика ценообразования должна обеспечить переход к системе лекарственного обеспечения граждан, заложенной в Стратегии лекарственного обеспечения населения РФ до 2025 года (утверждена в феврале 2013 года). Отметим, что власти рассматривают разные концепции ценообразования, в том числе референтного.

Впрочем, справедливости ради надо сказать, что сама стратегия не очень вдохновляет бизнес. В ней нет данных относительно объема покрытия лекарственного обеспечения и сроков введения стратегии на всей территории РФ. И откровенно говоря, судя по опросу, компании слабо верят в то, что система лекарственного обеспечения скоро заработает. По мнению 67% опрошенных фармпроизводителей, ее внедрение на всей территории РФ может произойти только в долгосрочной перспективе — не ранее чем через пять лет.

Фармкомпании недовольны, как и два года, назад не только слишком жесткими правилами регистрации, но и правилами обращения лекарств, в том числе требованиями по клиническим исследованиям, и производству. Бизнес, согласно опросу, не нравится политика сдерживания роста цен со стороны государства. В качестве барьеров на пути успешного развития бизнеса ре-

спонденты отмечают усиление конкуренции и ухудшение общих экономических условий.

Участники рынка единодушно: назрела необходимость в изменении законодательства, регулирующего порядок обращения лекарственных средств, в том числе системы регистрации препаратов и порядка госрегулирования ценообразования на них. Отметим, что сейчас в Госдуме и профильных министерствах как раз обсуждаются поправки в закон «Об обращении лекарственных средств» и новая методика ценообразования. Одна из самых главных инициатив — введение понятия взаимозаменяемого лекарственного препарата. По мнению подавляющего большинства компаний (76%), появление нового термина в законе приведет к увеличению доли воспроизведенных лекарственных средств в госсегменте. Четверть опрошенных опасается, что доступность качественных и безопасных лекарств для населения снизится.

Отраслевые перспективы

Российская система здравоохранения переживает нелегкие времена, связанные с активно проходящей реформой, а также с осложнившейся политико-экономической ситуацией в целом, что влияет на объем финансирования всех сфер жизнедеятельности страны, в том числе здравоохранения, отмечают в E&Y. Непростая ситуация сейчас и на российском фармрынке, однако компании не собираются отказываться от своих планов развития.

Новые экономические реалии заставили игроков рынка сфокусировать внимание на повышении эффективности бизнеса, в первую очередь на оптимизации процесса продаж, на запуске программ сокращения расходов. Фармацевтические компании, как показал обзор, готовы инвестировать в оценку и повы-

здоровоохранение практика

Тонкие сны

Одним из важных критериев любой медицинской процедуры сейчас становится удобство ее проведения для пациента. Однако если для большинства больных достаточно устранить физическую боль с помощью местной анестезии, то некоторым во время лечения требуется обеспечить и психологический комфорт. Для такой категории пациентов выходом может стать седация.

— процедура —

● Седация, что в дословном переводе с латинского «sedatio» означает «успокоение», представляет собой метод обезболивания, который с помощью специфичных лекарственных препаратов позволяет погрузить пациента в состояние медикаментозного сна.

Во время седации пациент оказывается в полудреме, полностью расслабленным и физически, и эмоционально, а все его ощущения притушены настолько, что он не чувствует боли, а испытывает состояние покоя и умиротворения. После седации пациент или совсем ничего не помнит о произведенной процедуре или у него останутся совсем небольшие воспоминания о том, что происходило. Седацию подразделяют на несколько категорий: минимальную, поверхностную (пациент остается в сознании) и глубокую (пациент находится в сознании только часть процедуры).

В отличие от общей анестезии, при седации у пациента сохраняются защитные рефлексы верхних дыхательных путей и самостоятельное дыхание, что снижает риски возможных осложнений. Также он слышит обращенную к нему речь и способен адекватно реагировать на указания врача, например пошевелить рукой, повернуть голову или шире открыть рот, что может быть необходимо при проведении лечения.

Противопоказанием для проведения седации являются наличие у пациента хронических заболеваний, миастении, заболеваний сердечно-сосудистой (повышенное артериальное давление, стенокардия, перенесенные ранее инфаркты или инсульты) и центральной нервной систем,

аллергических реакций. Также седация не может быть использована для беременных пациенток, так как их состояние требует максимально сократить медикаментозное воздействие на организм. Возможные негативные последствия применения препаратов с седативным эффектом — аллергические реакции, а при чрезмерно глубокой седации могут возникнуть нарушение функции дыхания и снижение артериального давления.

В первую очередь седация используется в стоматологии, так как даже профилактические процедуры этого направления могут быть достаточно неприятными для пациентов.

«Около 20% населения в России на данный момент просто боятся идти лечить зубы, и использование седации может существенно облегчить им общение со стоматологом», — отмечает Соломон Рабинович, стоматолог-анестезиолог, заведующий кафедрой обезболивания в стоматологии МГМСУ. Кроме того, по его словам, спокойное состояние пациента в том числе помогает создать условия для качественной и эффективной работы его лечащего врача. Также применение седации позволяет увеличить возможное время сеанса, а значит, за один раз можно провести целый комплекс необходимых процедур и таким образом сократить число визитов к врачу.

«Лечебное учреждение должно иметь лицензию на проведение анестезии от Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и обладать оборудованием, необходимым не только для проведения непосредственно самой седации, но и тем, которое может понадобиться в случае возможных осложнений, например аппаратом для вентиляции лег-



В отличие от общей анестезии, при седации пациент слышит обращенную к нему речь и способен адекватно реагировать на указания врача. Поэтому седация широко используется в стоматологии

ких», — говорит Дмитрий Балин, ведущий врач-стоматолог-хирург, заведующий стоматологическим отделением медицинского центра СОГАЗ (Санкт-Петербург). Кроме того, пациенту необходимо обратить внимание на то, кто именно будет осматривать его перед проведением процедуры. «В Америке, откуда к нам пришла технология проведения седации, большинство стоматологов имеют лицензию, позволяющую им назначать анестезию. У нас же для этого в клинике обязательно должен быть отдельный специалист — анестезиолог», — объясняет Дмитрий Балин. Именно анестезиолог, после того как пациент встретится со стоматологом и решит, что ему при проведении лечения нужна седация, должен определить, нет ли для этого противопоказаний.

«Все зависит от ситуации — например, если у пациента ранее был инфаркт, то риск осложнений при использовании седативных препаратов возрастает, однако волнение, которое он может испытывать перед прове-

ры, само по себе может негативно отразиться на состоянии его сердечной системы», — говорит Михаил Рыбка, заведующий отделением анестезиологии-реанимации Научного центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева. За две недели до процедуры пациенту необходимо сделать ряд медицинских анализов: общий и биохимический анализ крови, коагулограмму, ЭКГ, анализы на ВИЧ и т. д. (необходимые анализы должны назначить в лечебном учреждении, где будет проводиться лечение с седацией). В день проведения лечения нельзя есть, а пить можно в ограниченных количествах, алкогольные и сильногазированные напитки в этот день (до и после процедуры) категорически противопоказаны.

В большинстве случаев пациентам-взрослым седативные препараты вводятся перед стоматологической процедурой внутривенно с помощью катетера. «Для седации используют различные препараты, например пропофол, и выбор анестезиологом какого-то из них определяется как предполагаемой длительностью процедуры, так и особенностями состояния здоровья пациента», — отмечает Дмитрий Балин.

После того как седативный препарат начнет действовать, стоматолог

должен дополнительно выполнить в полости рта местное обезболивание. Во время проведения лечения врач должен с помощью кардиомонитора отслеживать кардиограмму, пульсограмму и артериальное давление пациента. «Необходимо, чтобы во время проведения седации состояние пациента постоянно находилось под контролем анестезиолога во избежание возможных осложнений», — отмечает Дмитрий Балин. После окончания процедуры и извлечения катетера пациенту необходимо в течение некоторого времени отдохнуть в отдельном помещении. «На то, чтобы прийти в себя, требуется некоторое время, обычно около двух часов», — говорит Соломон Рабинович. — Однако необходимо, чтобы пациента из клиники кто-то сопровождал. До конца дня после проведения лечения следует отказаться от управления автомобилем и избегать тяжелых физических нагрузок.

Помимо седации, предполагающей внутривенное введение препарата, в стоматологии также применяется метод с использованием закиси азота (ЗАКС). С помощью назальной маски пациент вдыхает газовую смесь и постепенно погружается в состояние расслабления. Такой вид седации чаще всего используется для лечения детей. «Первое посещение ребенком стоматолога особенно важно, так как оставляет впечатление на всю жизнь и в дальнейшем может являться причиной страха перед стоматологическими процедурами. Поэтому важно провести лечение в игровой форме и часто с использованием успокаивающих седативных средств», — отмечает Соломон Рабинович. Минимальный возраст, с которого можно использовать ЗАКС для лечения ребенка, составляет три года. Еще одним противопоказанием является наличие у пациента лор-заболеваний, затрудняющих носовое дыхание, и эпилепсии: закись азота даже в небольших дозах повышает внутричерепное давление, и ее употребление может спровоцировать у ребенка приступ.

Препараты с седативным эффектом могут применяться не только в стоматологии, но и при прове-

дении обследований. «Есть диагностические процедуры, которые не причиняют боли, но могут быть неприятными или пугающими для пациента», — говорит Михаил Рыбка. К таким относятся, например, томография, эндоскопические и радиологические исследования, биопсия. Особенно сложно их проводить, если пациент — ребенок. «Несколько лет назад, когда невропатолог назначил моему ребенку МРТ, у нас возник вопрос, каким образом мы могли уговорить его довольно долгое время находиться неподвижно», — рассказывает мать маленького пациента Елена. — Врач, назначивший процедуру, предложил использовать седацию, и это действительно помогло ребенку провести все необходимое для процедуры время в нужном положении: в кабинете ему дали маску с газом, а потом поместили его в тубу. Он спал еще около часа после процедуры, а когда проснулся, нормально себя чувствовал и не помнил, как проходил осмотр».

Объем российского рынка медикаментов, применяемых для внутривенной седации, как следует из материалов маркетингового агентства DSM Group, по итогам 2013 года составил около 86 млн руб. За этот период было продано 428 тыс. упаковок препаратов, что позволяет предположить, что за год было проведено 1–2 млн седаций.

Большая часть российского списка препаратов для внутривенной седации приходится на дженерики. Наиболее популярным является прометал — его доля в денежном выражении составила около 25% рынка (28 млн руб.). В пятерку наиболее востребованных также входят диприван (20%, или 20,9 млн руб.), пропофол (15%, или 18,2 млн руб.), тиопентал (4%, или 5,2 млн руб.) и дроперидол (3%, или 4,5 млн руб.). Так как основу препаратов составляют химические, а не биологические вещества, копии лекарств мало чем отличаются от оригинальных патентованных средств. Что же касается цены самой процедуры, то она может составлять от 1,5 тыс. до 10 тыс. руб. за 30 минут.

Анастасия Мануйлова

«Россия — один из приоритетных рынков для „Санофи“»

— инвестиции —

Французская компания «Санофи» первой среди западных компаний построила и запустила в России завод полного цикла по выпуску инновационных лекарств. Насколько оправдался этот риск, какие новые проекты находятся сейчас в инвестиционном портфеле компании, рассуждает МСТИСЛАВ ШИЛОВ, генеральный директор завода «Санофи-Авентис Восток».



По словам Мстислава Шилова, более 65% его сотрудников имеют высшее образование

— Как в компании «Санофи» на сегодняшний день оценивают открытость своего завода в Орле, в России? Не поторопились?

— «Санофи-Авентис Восток» является первым и единственным фармацевтическим заводом полного цикла в России по производству инновационных инсулинов. В июне прошлого года предприятие официально вышло на полный цикл производства. На сегодняшний день наше производство способно полностью удовлетворить потребности российских пациентов в наших инновационных препаратах. Наш завод также является первым и единственным фармацевтическим предприятием в России по выпуску инсулинов в шприцах-ручках. Шприц-ручка обеспечивает возможность введения препарата пациентом практически в любых условиях.

А с января 2012 года на заводе налажена упаковка препарата для лечения рака молочной железы, который производится «Санофи» в Германии, с июля 2012-го налажена упаковка препарата для лечения яичников и колоректального рака. Сейчас мы изучаем возможности локализации производства онкологических препаратов в России.

К тому же наш завод построен с учетом стандартов надлежащей производственной практики (GMP), включая зонирование помещений и организацию потоков персонала и материалов. На заводе установлено современное оборудование известных производителей.

— Каковы мощности предприятия?

— С момента запуска завода выпущено более 40 млн современных одноразовых шприцев-ручек и более 13 млн картриджей. Завод вышел на проектную мощность в нынешнем году. Ежегодно мы можем производить около 30 млн ручек. На се-

годняшний день этого достаточно для удовлетворения спроса России и стран СНГ в наших инсулинах. Завод имеет большой потенциал для увеличения текущих мощностей.

— Как осуществляется контроль качества?

— Системы управления качеством охватывают все аспекты производства: от деятельности и гарантируют четкое соответствие корпоративным стандартам «Санофи», нормам GMP и российского законодательства. Этап приготовления растворов начинается с взвешивания компонентов в специальных зонах с ламинарным потоком осушенного воздуха в асептиче-

ДЕСЯТКИ МИЛЛИОНОВ СПАСИТЕЛЬНЫХ ДОЗ

Основной высокотехнологичный центр по производству инсулинов компании «Санофи» находится во Франкфурте. Второй по важности площадкой по производству инсулинов по полному циклу является завод в России «Санофи-Авентис Восток».

Официальная презентация орловского завода «Санофи-Авентис Восток» состоялась 19 июня 2010 года в Санкт-Петербурге во время Петербургского международного экономического форума. Первые инсулины из Орла начали поступать на российский рынок с сентября 2010 года. Общая площадь территории предприятия составляет 5,8 га, общая площадь здания — около 12,7 тыс. кв. м, в том числе производственная зона (около 2 тыс. кв. м) с чистыми помещениями (около 930 кв. м). С момента запуска завода выпущено более 40 млн современных одноразовых шприцев-ручек; и более 13 млн. картриджей.

ских условиях. Высокотехнологичные системы приготовления растворов могут работать в автоматическом и ручном режимах, они оборудованы системами автоматической мойки и стерилизации на месте. Интегрированная линия по розливу может работать и с картриджами, и с флаконами. Контроль всех операций, начиная с мойки и стерилизации стеклянных картриджей/флаконов и заканчивая многоэтапным процессом наполнения, укупоривания и отбраковки продукта при выявлении дефектов, осуществляется автоматизированными системами управления. Аналитическая и микробиологическая лаборатории в отделе контроля качества проводят различные тесты, необходимые для контроля качества производимых на заводе препаратов. Каждый препарат проходит более 20 физических, химических и микробиологических тестов. Особое внимание уделяется микробиологическим тестам и тестам на стерильность, а также мониторингу состояния окружающей среды в полном соответствии с европейскими стандартами и российским законодательством. Таким образом, все препараты, производимые на заводе ЗАО «Санофи-Авентис Восток», идентичны производимым во Франкфурте-на-Майне сточки зрения качества, эффективности и безопасности.

— Где берет специалистов для работы?

— Сотрудники завода проходили обучение в центре производства инсулинов компании во Франкфурте-на-Майне. В настоящее время на заводе ЗАО «Санофи-Авентис Восток» работает около 200 человек, средний возраст сотрудников — 35 лет. Это высококвалифицированный персонал, более 65% сотрудников имеют высшее образование, в том числе фармацевтическое, медицинское, химико-технологическое, биологическое и техническое. Мы уделяем большое внимание дополнительному обучению персонала технологиям производства, методам обеспечения и контроля качества.

— Орловский завод «Санофи-Авентис Восток» является совместным предприятием, где французской компании принадлежит контрольный пакет акций. Возможны ли в ближайшее время приход нового стратегического инвестора или перераспределение долей партнеров?



Завод «Санофи-Авентис Восток» является первым и пока единственным фармацевтическим предприятием в России по выпуску инсулинов в шприц-ручках

— В настоящее время «Санофи» владеет контрольным пакетом акций, и это полностью нас устраивает. При совершении сделки оговаривались временные рамки текущего соотношения долей. У нас долгосрочный контракт на несколько лет вперед.

— Планируется ли дальнейшее расширение производства «Санофи» в России?

— Россия — один из приоритетных рынков для «Санофи». Именно поэтому наша компания стала первой среди глобальных лидеров рынка, запустившей производство жизненно важных высокотехнологичных био-препаратов последнего поколения в России. Для нас было важно создать

производство, качество конечной продукции которого будет таким же высоким, как и на заводе во Франкфурте — нашей основной площадке по производству инсулинов в мире. И мы это сделали.

Мы планируем и дальше развивать наше производство в Орле. В настоящее время рассматривается дальнейшее наращивание мощностей завода. «Санофи-Авентис Восток» — это не только стратегическая площадка «Санофи» по производству инсулинов, но и наш вклад в модернизацию фармацевтической промышленности России («Фарма-2020») и повышение доступности инновационных препаратов для российских граждан. — Каков охват и масштаб образовательной корпоративной программы поддержки людей с сахарным диабетом, проводимой «Санофи»?

— Программа «Каждый день — это ваш день!» реализуется «Санофи» в России с 2009 года совместно с Российской диабетической ассоциацией. В ее рамках проводятся Школы диабета в регионах, спортивные мероприятия (диаспартакиада) и другие мероприятия для пациентов различного возраста с сахарным диабетом первого и второго типов. Главная цель программы — дать пациентам необходимые знания, которые помогут им контролировать свое заболевание и жить полноценной жизнью. За время реализации программы «Каждый день — это ваш день!» было проведено более 130 обучающих школ и семинаров для 15 тыс. пациентов во всех регионах России. Более шести лет для пациентов с сахарным диабетом действует бесплатная круглосуточная горячая линия «Оптилайн».

Записал Сергей Артемов

91 ГОД В БОРЬБЕ С ДИАБЕТОМ

Уже в 1923 году, 91 год назад, компания Hoechst, одна из предшественниц «Санофи», стала первой в Европе компанией, получившей лицензию на производство инсулина.

В 1976-м началось производство первого образца генно-инженерного чистого человеческого инсулина. С появлением генной инженерии произошел значительный прогресс в области производства инсулинов. В 1986 году начат выпуск самой маленькой в мире инсулиновой помпы. В 2004 году в результате слияния Sanofi-Synthelabo и Aventis Pharma, образуется компания «Санофи-Авентис» (теперь «Санофи»). «Санофи-Авентис» получает разрешение на применение нового аналога человеческого инсулина ультракороткого действия, предназначенного для лечения сахарного диабета первого и второго типов. В 2007 году на рынок выведена одноразовая инсулиновая шприц-ручка для введения базального аналога инсулина длительного действия и аналога инсулина

короткого действия. С целью расширения производства инсулина в 2009 году оформлено приобретение завода Diabel во Франкфурте. Разработана новая многодозовая шприц-ручка, которая производится во Франкфурте. Образовано новое глобальное подразделение по сахарному диабету. 2013 год: выход российского завода «Санофи-Авентис Восток» на полный цикл производства инсулинов, и прежде всего инсулина лантус. В 2013 году продажи в мире препарата лантус составили €5,715 млн. Лантус доступен в более чем 120 странах мира, включая Россию. Во всем мире более 8 млн пациентов получают лечение препаратом лантус. Общий объем продаж препаратов «Санофи» для лечения сахарного диабета в 2013 году составил €6,568 млн, что на 18,7% больше, чем в 2012 году (совокупный объем чистых продаж «Санофи» по всем бизнесам в 2013 году составил €32,951 млн). Всего у «Санофи» 112 производственных предприятий в 41 стране.