

Здравоохранение Тенденции

В зоне риска

За десять лет в России смертность от инсульта снизилась наполовину. Эта победа стала возможной во многом в результате созданной в стране уникальной национальной системы специализированных отделений. Но главный внештатный специалист-невролог департамента здравоохранения Москвы **Николай Шамалов** и главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России **Галина Иванова** отмечают, что инсульт все еще остается основной причиной инвалидности.

— экспертиза —

— За последние годы заметно снизилась смертность от инфарктов и инсультов. Как этого удалось достичь? И главное, это временное явление?

НИКОЛАЙ ШАМАЛОВ: Это, безусловно, устойчивая тенденция. Смертность от острых нарушений мозгового кровообращения снизилась в России за последние 10–12 лет более чем на 50%. Это обусловлено тем, что с 2008 года в стране работает сосудистая программа, которая направлена на снижение заболеваемости инсультом и инфарктом миокарда. В рамках этой программы во всех регионах создана сеть специализированных инсультных отделений. Первый уровень — это первичное сосудистое отделение, где лечатся пациенты с инсультом; второй уровень — это региональные сосудистые центры, где пациентам инсультом оказывается еще и высокотехнологичная медицинская помощь.

ГАЛИНА ИВАНОВА: Сегодня в России существует около 600 сосудистых отделений, из них 143 — региональные. Они берут на себя самых тяжелых пациентов и занимаются оказанием высокотехнологичной помощи, в том числе экстренной. В них применяются все основные технологии лечения: тромболитическая терапия, когда тромб растворяют препаратом-тромболитиком, тромбоэкстракция — удаление тромбов, нейрохирургическое вмешательство. Ни в одной стране мира нет такой системы, даже в США. Центры создавались из расчета 30 коек на 150 тыс. населения — эта пропорция сегодня позволяет полностью удовлетворить потребность в медпомощи этой категории пациентов.

Снижение количества инсультов обусловлено двумя факторами. Первый — это улучшение качества жизни населения и рост числа людей, придерживающихся здорового образа жизни. Мы видим, что увеличивается количество фитнес-клубов, стало модным заниматься скандинавской ходьбой, кататься на лыжах. Второй фактор — создание программ диспансеризации в поликлиниках, которые позволяют определять у людей факторы риска развития инсульта еще до развития критической симптоматики.

— Насколько остро стоит проблема заболеваемости инсультом по сравнению с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями?

Н. Ш.: Среди сердечно-сосудистых заболеваний инсульт находится на втором месте после ишемической болезни сердца в качестве причины смертности. Среди причин инвалидности инсульт — лидер среди всех заболеваний. Именно поэтому лечение инсульта имеет такую большую социальную значимость.

Г. И.: Раньше инсульт воспринимался и врачами, и населением как катастрофа. За последние годы была проведена очень интенсивная работа, ее результатами стали серьезное снижение смертности от инсульта, снижение инвалидизации почти в четыре раза. У тех пациентов, которые тем не менее стали инвалидами, нарушения несопоставимы с теми, которые встречались еще несколько лет назад. Заметно увеличилось количество пациентов, которые не вышли на работу, но самостоятельны в повседневной жизни, сами себя обслуживают. Ежегодно уровень инвалидизации после инсульта снижается где-то на 0,8%.

— Однако число людей, у которых был инсульт, с годами в России все-таки растет...

Н. Ш.: За последние 20 лет это число немного увеличилось. Согласно данным регистров, в начале нулевых годов было примерно 450 тыс. случаев инсульта, сейчас 500–520 тыс. Этот рост связан в первую очередь с увеличением продолжительности жизни населения. К сожалению, чем больше средний возраст населения, тем выше риск сердечно-сосудистой патологии и онкологических заболеваний.

Только в Москве случается 36 тыс. инсультов ежегодно, в Санкт-Петербурге — 12 тыс. в год.

При запуске сосудистой программы мы получили прогнозируемое невероятное увеличение количества инсультов, поскольку это заболевание стало точнее диагностировать. Раньше человеку в 70–80 лет ставили этот диагноз без подтверждения, так как сосудистые заболевания чаще являются причиной смерти пациента в этой возрастной группе. Другой важный момент: в специализированные сосудистые центры довозят около 80% пациентов с симптомами инсульта. Ни в одной стране нет такого — например, в США не более 50% пациентов с инсультом попадают в специализированные отделения.

— Насколько сопоставимы данные по инвалидизации после инсульта в России с данными развитых стран? По уровню смертности?

Н. Ш.: Смертность у нас сейчас чуть выше по сравнению со странами Западной Европы, США. Инвалидизация — более сложный аспект: наша система медицинской реабилитации только начинает выстраиваться, в то время как за рубежом она функционирует уже давно. Сейчас выстроен первый этап — система острых отделений. Теперь потребность возникает в реализации второго этапа — круглосуточной реабилитации в условиях стационара — и третьем этапе — вне-стационарной реабилитации: это поликлиника, дневной стационар, санаторно-курортное лечение, реабилитация на дому, дистанционная реабилитация с использованием интерактивных технологий и т. д.

Г. И.: Когда благодаря новой системе экстренной помощи при инсульте мы начали спасать больше жизней, возникла проблема восстановления функций пациента, качества его жизни. Мы поняли, что нужна система — такая же, как система сосудистых отделений, но уже реабилитационной помощи. С 2013 года мы начали организовывать систему реабилитационных медицинских организаций для оказания помощи в медицинской реабилитации трех уровней и трех этапов. Система пока в начале создания и в разных субъектах РФ развивается разными темпами. Но мы точно знаем, что мы создаем, и это отражено в нормативных документах Минздрава и профессиональных сообществах. 12 субъектов РФ являются лидерами в этом процессе: Екатеринбург, Санкт-Петербург, Нижний Новгород, Самара, Республика Чувашия, Республика Татарстан, Тверская область, Ивановская область, Ленинградская область, Владимирская, Красноярский край, Пермский край.

В 2017 году включились в этот процесс Воронежская область, Республика Башкортостан, Москва. Надеемся на присоединение к этому процессу и других субъектов в ближайшее время.

— Как оценить потери российской экономики от инсультов?

Н. Ш.: По подсчетам, которые мы делали несколько лет назад, получалось, что совокупность прямых и непрямых расходов более 400 млрд руб. в год.

Г. И.: Помимо прямых и непрямых затрат на лечение, реабилитацию и последующее социальное обеспечение цифры по упущенной выгоде работодателя, если инсульт развивается в трудоспособном возрасте, совершенно заоблачные. Мы в Пермском крае посчитали упущенную выгоду, когда пациент выпал из рабочего процесса — цифры получились такие огромные, как телефонный номер.

— Сколько пациентов остаются активными после инсульта?

Н. Ш.: Если брать пациентов с момента выписки из острого отделения, которые полностью функционально восстановились, то есть могут выполнять то, что в медицине называется повседневной активностью, то таких пациентов более 50%. Дальше идут пациенты с различной степенью нарушений: более тяжелые пациенты, которые не могут выполнять повседневные виды активности, но как-то себя обслуживают в пределах квартиры. Есть также совсем тяжелые пациенты, которые с трудом могут дойти до туалета или вообще прикованы к постели: таких набирается 25–30%.

— Тяжелые пациенты сегодня могут восстановиться?

Н. Ш.: Да, даже те, кто прикован к постели при выписке из острого отделения. Потому что у мозга очень большие компенсаторные возможности, и в течение первых дней мы всегда знаем, как человек будет восстанавливаться.

Прогнозирование того, как будет пациент восстанавливаться и по какому пути пойдет восстановление, называется определением реабилитационного потенциала, и это одна из самых сложных задач при ведении больных с инсультом. Чтобы определить этот потенциал, а он определяется не один раз, нам нужно проанализировать очень большое количество факторов: возраст, сложность инсульта, локализацию очага, тип инсульта, предыдущие заболевания и многое другое.

Переоценка реабилитационного потенциала необходима для того, чтобы постоянно иметь обратную связь с пациентом. Первая оценка дается в конце первой недели, потому что, если пациент совсем тяжелый, то, к сожалению, обычно первая неделя заканчивается летальным исходом. К моменту выписки на 10–15-й день становится понятно, куда дальше он будет двигаться — в реабилитационное или паллиативное отделение.

— Когда начинается реабилитация?

Г. И.: Реабилитация первого этапа начинается уже сразу в сосудистом центре. В первые сутки в реанимационном отделении у пациента определяются перспективность или неперспективность восстановления, в течение



По оценке Николая Шамалова, технологии оказания помощи при инсульте не только сопоставимы с зарубежными, но и превосходят их по ряду моментов



Галина Иванова отмечает, что очень важно оказать помощь пациенту, перенесшему инсульт, в первые четыре с половиной часа после инсульта, когда врачи могут предотвратить развитие очага или сделать последствия инсульта минимальными

всего времени его пребывания в сосудистом отделении эти данные уточняются. На втором этапе пациент в зависимости от степени тяжести нарушения, его специфики направляется по профилю нарушенных функций в реабилитационный центр. Главной в процессе лечения становится мультидисциплинарная реабилитационная бригада, основу которой составляют реабилитологи. За рубежом физическая и реабилитационная медицина — это отдельная врачебная специальность, мы только к этому приходим. В настоящее время завершается процесс утверждения профессиональных стандартов специалистов мультидисциплинарных бригад: врача физической и реабилитационной медицины, логопеда, кинезолога, эрготерапевта, клинического психолога, медицинской сестры. Мы уже имеем опыт работы мультидисциплинарных реабилитационных бригад в медицинских организациях различных уровней в различных субъектах РФ, сформированы образовательные программы, мы понимаем, кто должен работать и чем заниматься, и главное, какой должен быть результат в каждом конкретном случае.

— В последнее время инсульт молодеет. Риск подвержены 20-летние. С чем это связано?

Н. Ш.: Да, инсульт молодеет. Более того, сейчас выявляется немало случаев инсульта и у детей. Это связано с расширением нашей диагностической базы. Если раньше инсульт часто проходил под маской других заболеваний, то сейчас мы можем его четко определить. Если взять всех больных с инсультом до 45 лет, а согласно критериям Всемирной организации здравоохранения, это молодые пациенты, то таких пациентов у нас примерно 6–7%. И эта цифра по нашей статистике стабильна в последние годы.

Г. И.: К сожалению, сегодня у нас есть даже статистика по детскому инсульту. Инсульт констатируется у детей сразу после рождения. Помимо новых возможностей, связанных с диагностикой, омоложение инсульта связано и с генетическими особенностями. Ведь мы очень сильно меняемся. Мы и наши бабушки и дедушки по состоянию наших тканей, по скорости, объемам и качеству биохимических процессов, которые протекают в нашем организме в ответ на различные стимулы из внутренней и внешней сред, очень отличаемся. Наши предки были намного крепче нас, а наши дети намного умнее. Вы посмотрите на новорожденных детей — у них осмысленные лица, глаза взрослых. Мы меняемся. Окружающая среда, наш образ жизни, наш накопленный опыт меняют нас.

— Факторы риска у молодых людей и старшей возрастной группы различаются?

Н. Ш.: Да, если говорить о возрасте старше 50 лет, то основными факторами риска являются артериальная гипертензия, атеросклероз, нарушения ритма сердца, мерцательная аритмия. Если говорить о более молодых больных, то одним из основных факторов является так называемая тромбофилия — врожденное состояние, которое приводит к более высокому риску тромбообразования.

— Какие есть возможности для того, чтобы как можно раньше диагностировать риск возникновения инсульта?

Н. Ш.: Всем необходимо проходить диспансеризацию для выявления факторов риска. Пациентам с уже диагностированными артериальной гипертензией, сахарным диабетом, заболеваниями сердца, атеросклерозом, другими состояниями надо уделять пристальное внимание лечению основного заболевания. К сожалению, у нас люди не всегда соблюдают рекомендации докторов. Это приводит к тому, что диагноз есть, лечение назначено, но пациент не выполняет предписанное — и что-то идет не так. Необходимо контролировать основное заболевание и регулярно обследоваться.

— С чем связано то, что у нас показатели обращаемости в первые часы после инсульта ниже, чем в развитых странах?

Н. Ш.: В Европе уровень медицинской грамотности в целом выше, о симптомах инсульта хорошо знают, поэтому раньше обращаются за медицинской помощью — в 50–70% случаев. В России в первые несколько часов в медучреждения обращаются только 30–33% пациентов с инсультом. Поэтому за рубежом высокотехнологичные методы применяются для большего количества пациентов, а их результатом становится снижение летальности и инвалидизации.

В Москве организована инсультная сеть, в которой применяются методы лечения в первые шесть часов заболевания. Эти методы связаны с малоинвазивным удалением тромбов. Основной критерий успешности таких операций — как можно более раннее обращение за медицинской помощью.

Г. И.: Очень важно пациенту, перенесшему инсульт, попасть в терапевтическое окно — это первые четыре с половиной часа после инсульта, когда врачи могут предотвра-

тить развитие очага или сделать последствия инсульта минимальными. За это время мы должны быстро привезти пациента в специализированное сосудистое отделение и провести ему тромболитическую терапию или тромбоэкстракцию. Дальше это окно закрывается и со своей определенной периодичностью открываются возможности восстановления и компенсации нарушенных или утраченных функций. И чем раньше мы начинаем процесс восстановления, тем лучше восстанавливается пациент. Это доказано многочисленными исследованиями в разных странах. Чем быстрее пациент получит лечение, тем меньше будет упущенных возможностей, «закрытых форточек и окон», пациенту будет нанесен наименьший урон.

— Почему обращаемость людей в России за медпомощью настолько ниже, чем в Европе? Потому что им неизвестны признаки инсульта? Или они думают, что само пройдет?

Н. Ш.: Вы сейчас сами ответили абсолютно точно на свой вопрос. Теми же словами, которыми обычно наши пациенты отвечают: само пройдет. В целом население не знает, какой орган поражается во время инсульта, многие думают, что если человек упал, то что-то с сердцем. А инсульт — это острое нарушение мозгового кровообращения.

У нас на региональных уровнях проводится очень много программ. Например, в Москве разрешены билборды в метро, на остановках общественного транспорта размещена информация о симптомах инсульта. И в столице растет количество пациентов, которые поступают практически сразу после инсульта. Но, конечно, нужна более масштабная программа с использованием федеральных телевизионных каналов — они все еще являются самым эффективным способом донесения информации до населения.

Второе, и это уже более долговременная стратегия, — это работа со школьниками, которую мы в Москве проводим. Дети нередко остаются наедине с пожилыми бабушками и дедушками и могут стать первыми свидетелями инсульта. Если посмотреть, как по сумкам распределены потоки пациентов с инсультом, самый пик начинается к вечеру. Это не потому, что люди после обеда больше болевают, а просто потому, что домой кто-то приходит и обнаруживает своего близкого с приступом, звонит в скорую помощь. Утром новый всплеск — когда обнаруживаются симптомы инсульта, случившегося во сне.

— В России и за рубежом технологии оказания помощи при инсульте сопоставимы?

Н. Ш.: Абсолютно. Причем по организационным моментам наша система даже более продвинута, потому что абсолютное большинство пациентов сразу госпитализируют. У нас заложены определенные критерии качества, которые контролируются Росздравнадзором, страховыми компаниями, профессиональными сообществами. У нас жестко прописаны критерии: в течение 40 минут сделать КТ, а если показана тромболитическая терапия, то врачи должны ее начинать в течение 40 минут. Все отделения у нас оснащены необходимым оборудованием: компьютерными томографами, блоками интенсивной терапии с аппаратами ИВЛ, отделениями реанимации с возможностью проведения тромболитической терапии, реабилитационным оборудованием.

— Насколько сейчас методы диагностики и лечения инсульта нуждаются в совершенствовании?

Н. Ш.: В отношении кровоизлияний нейрохирургия в стране сделала большой шаг вперед. Часть пациентов с геморрагическим инсультом подвергаются нейрохирургическому лечению. За годы реализации сосудистой программы количество таких операций увеличилось в несколько раз за счет оснащения региональных центров и подготовки кадров.

Если говорить об ишемическом инсульте, который вызван закупоркой сосудов, то существуют два основных метода лечения. Первый — он у нас в стране был внедрен еще в 2005 году — системная тромболитическая терапия, когда вводится препарат, который растворяет тромб. Но проблема в том, что не все тромбы могут раствориться препаратом-тромболитиком, а сам по себе препарат может вызвать кровотечение в качестве осложнения.

Второй метод связан с хирургическим удалением тромба из мозговых сосудов, так называемой тромбоэкстракцией, — это, пожалуй, сейчас самая эффективная методика.

— Насколько распространена тромболитическая терапия при инсульте?

Н. Ш.: Тромболитическая терапия (ТЛТ) в России сегодня проводится 3,7% больных инсультом, в наших планах оказывать ТЛТ 5% поступивших в терапевтическое окно. При этом, к примеру, в Германии эта цифра приближается к 40%. Такая разница объ-

ясняется тем, что в Германии население более грамотно в отношении поведения при появлении первых признаков сосудистой катастрофы, а также тем, что на догоспитальном этапе происходит селекция пациентов на тех, кому тромболитическая терапия или тромбоэкстракция. Дальше это окно закрывается и со своей определенной периодичностью открываются возможности восстановления и компенсации нарушенных или утраченных функций. И чем раньше мы начинаем процесс восстановления, тем лучше восстанавливается пациент. Это доказано многочисленными исследованиями в разных странах. Чем быстрее пациент получит лечение, тем меньше будет упущенных возможностей, «закрытых форточек и окон», пациенту будет нанесен наименьший урон.

— Почему обращаемость людей в России за медпомощью настолько ниже, чем в Европе? Потому что им неизвестны признаки инсульта? Или они думают, что само пройдет?

Н. Ш.: Вы сейчас сами ответили абсолютно точно на свой вопрос. Теми же словами, которыми обычно наши пациенты отвечают: само пройдет. В целом население не знает, какой орган поражается во время инсульта, многие думают, что если человек упал, то что-то с сердцем. А инсульт — это острое нарушение мозгового кровообращения.

У нас на региональных уровнях проводится очень много программ. Например, в Москве разрешены билборды в метро, на остановках общественного транспорта размещена информация о симптомах инсульта. И в столице растет количество пациентов, которые поступают практически сразу после инсульта. Но, конечно, нужна более масштабная программа с использованием федеральных телевизионных каналов — они все еще являются самым эффективным способом донесения информации до населения.

Второе, и это уже более долговременная стратегия, — это работа со школьниками, которую мы в Москве проводим. Дети нередко остаются наедине с пожилыми бабушками и дедушками и могут стать первыми свидетелями инсульта. Если посмотреть, как по сумкам распределены потоки пациентов с инсультом, самый пик начинается к вечеру. Это не потому, что люди после обеда больше болевают, а просто потому, что домой кто-то приходит и обнаруживает своего близкого с приступом, звонит в скорую помощь. Утром новый всплеск — когда обнаруживаются симптомы инсульта, случившегося во сне.

— В России и за рубежом технологии оказания помощи при инсульте сопоставимы?

Н. Ш.: Абсолютно. Причем по организационным моментам наша система даже более продвинута, потому что абсолютное большинство пациентов сразу госпитализируют.

У нас заложены определенные критерии качества, которые контролируются Росздравнадзором, страховыми компаниями, профессиональными сообществами. У нас жестко прописаны критерии: в течение 40 минут сделать КТ, а если показана тромболитическая терапия, то врачи должны ее начинать в течение 40 минут. Все отделения у нас оснащены необходимым оборудованием: компьютерными томографами, блоками интенсивной терапии с аппаратами ИВЛ, отделениями реанимации с возможностью проведения тромболитической терапии, реабилитационным оборудованием.

— Насколько сейчас методы диагностики и лечения инсульта нуждаются в совершенствовании?

Н. Ш.: В отношении кровоизлияний нейрохирургия в стране сделала большой шаг вперед. Часть пациентов с геморрагическим инсультом подвергаются нейрохирургическому лечению. За годы реализации сосудистой программы количество таких операций увеличилось в несколько раз за счет оснащения региональных центров и подготовки кадров.

Если говорить об ишемическом инсульте, который вызван закупоркой сосудов, то существуют два основных метода лечения. Первый — он у нас в стране был внедрен еще в 2005 году — системная тромболитическая терапия, когда вводится препарат, который растворяет тромб. Но проблема в том, что не все тромбы могут раствориться препаратом-тромболитиком, а сам по себе препарат может вызвать кровотечение в качестве осложнения.

Второй метод связан с хирургическим удалением тромба из мозговых сосудов, так называемой тромбоэкстракцией, — это, пожалуй, сейчас самая эффективная методика.

— Насколько распространена тромболитическая терапия при инсульте?

Н. Ш.: Тромболитическая терапия (ТЛТ) в России сегодня проводится 3,7% больных инсультом, в наших планах оказывать ТЛТ 5% поступивших в терапевтическое окно. При этом, к примеру, в Германии эта цифра приближается к 40%. Такая разница объ-

ясняется тем, что в Германии население более грамотно в отношении поведения при появлении первых признаков сосудистой катастрофы, а также тем, что на догоспитальном этапе происходит селекция пациентов на тех, кому тромболитическая терапия или тромбоэкстракция. Дальше это окно закрывается и со своей определенной периодичностью открываются возможности восстановления и компенсации нарушенных или утраченных функций. И чем раньше мы начинаем процесс восстановления, тем лучше восстанавливается пациент. Это доказано многочисленными исследованиями в разных странах. Чем быстрее пациент получит лечение, тем меньше будет упущенных возможностей, «закрытых форточек и окон», пациенту будет нанесен наименьший урон.

— Почему обращаемость людей в России за медпомощью настолько ниже, чем в Европе? Потому что им неизвестны признаки инсульта? Или они думают, что само пройдет?

Н. Ш.: Вы сейчас сами ответили абсолютно точно на свой вопрос. Теми же словами, которыми обычно наши пациенты отвечают: само пройдет. В целом население не знает, какой орган поражается во время инсульта, многие думают, что если человек упал, то что-то с сердцем. А инсульт — это острое нарушение мозгового кровообращения.

У нас на региональных уровнях проводится очень много программ. Например, в Москве разрешены билборды в метро, на остановках общественного транспорта размещена информация о симптомах инсульта. И в столице растет количество пациентов, которые поступают практически сразу после инсульта. Но, конечно, нужна более масштабная программа с использованием федеральных телевизионных каналов — они все еще являются самым эффективным способом донесения информации до населения.

Второе, и это уже более долговременная стратегия, — это работа со школьниками, которую мы в Москве проводим. Дети нередко остаются наедине с пожилыми бабушками и дедушками и могут стать первыми свидетелями инсульта. Если посмотреть, как по сумкам распределены потоки пациентов с инсультом, самый пик начинается к вечеру. Это не потому, что люди после обеда больше болевают, а просто потому, что домой кто-то приходит и обнаруживает своего близкого с приступом, звонит в скорую помощь. Утром новый всплеск — когда обнаруживаются симптомы инсульта, случившегося во сне.

— В России и за рубежом технологии оказания помощи при инсульте сопоставимы?

Н. Ш.: Абсолютно. Причем по организационным моментам наша система даже более продвинута, потому что абсолютное большинство пациентов сразу госпитализируют.

У нас заложены определенные критерии качества, которые контролируются Росздравнадзором, страховыми компаниями, профессиональными сообществами. У нас жестко прописаны критерии: в течение 40 минут сделать КТ, а если показана тромболитическая терапия, то врачи должны ее начинать в течение 40 минут. Все отделения у нас оснащены необходимым оборудованием: компьютерными томографами, блоками интенсивной терапии с аппаратами ИВЛ, отделениями реанимации с возможностью проведения тромболитической терапии, реабилитационным оборудованием.

— Насколько сейчас методы диагностики и лечения инсульта нуждаются в совершенствовании?

Н. Ш.: В отношении кровоизлияний нейрохирургия в стране сделала большой шаг вперед. Часть пациентов с геморрагическим инсультом подвергаются нейрохирургическому лечению. За годы реализации сосудистой программы количество таких операций увеличилось в несколько раз за счет оснащения региональных центров и подготовки кадров.

Если говорить об ишемическом инсульте, который вызван закупоркой сосудов, то существуют два основных метода лечения. Первый — он у нас в стране был внедрен еще в 2005 году — системная тромболитическая терапия, когда вводится препарат, который растворяет тромб. Но проблема в том, что не все тромбы могут раствориться препаратом-тромболитиком, а сам по себе препарат может вызвать кровотечение в качестве осложнения.

Второй метод связан с хирургическим удалением тромба из мозговых сосудов, так называемой тромбоэкстракцией, — это, пожалуй, сейчас самая эффективная методика.

— Насколько распространена тромболитическая терапия при инсульте?

Н. Ш.: Тромболитическая терапия (ТЛТ) в России сегодня проводится 3,7% больных инсультом, в наших планах оказывать ТЛТ 5% поступивших в терапевтическое окно. При этом, к примеру, в Германии эта цифра приближается к 40%. Такая разница объ-

Записала Дарья Николаева