

Здравоохранение

Рак пролечат порядком

В последние годы государство не жалеет средств на развитие онкологической помощи в России. Так, на федеральный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями» — крупнейшую часть нацпроекта «Здравоохранение» — до 2024 года выделено 969 млрд руб. из общих 1,725 трлн руб. При этом нововведения, которые разработал для онкологов и их пациентов регулятор, вызывают обеспокоенность профессионального и пациентского сообществ. По мнению ряда экспертов, ключевые решения Минздрава — новый порядок оказания помощи взрослым, формирование клинико-статистических групп и образовательные стандарты — лишь ограничат доступность медицинской помощи, спровоцируют рост платных услуг и, несмотря на новые правила обучения, не решат проблему дефицита кадров.

— перспективы —

Помощь взрослым по-новому

Новый порядок оказания онкопомощи взрослым должен вступить в силу уже 1 января 2022 года. Его разработали специалисты онкоцентров Минздрава России: НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина, МНИОИ им. П. А. Герцена, НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова (Санкт-Петербург), НМИЦ онкологии (Ростов-на-Дону). Документ, в частности, предполагает, что маршрутизацию онкопациента будет определять специальная комиссия в регионе его проживания (сейчас пациенты сами могут выбирать лечащего врача и учреждение). Выбирать комиссия будет из медицинских организаций, «оказывающих онкологическую помощь и осуществляющих диспансерное наблюдение», но не всех, а только тех, которые вошли в перечень маршрутизации. Эксперты отмечают отсутствие конкретных критериев включения либо исключения медицинских организаций в перечень маршрутизации. По мнению онколога Михаила Ласкова, главного врача «Клиники доктора Ласкова», изменения нужны для того, чтобы региональным госорганам в области здравоохранения было проще контролировать потоки пациентов, за которыми, подчеркивает эксперт, следуют и деньги.

Отметим, по данным отчета Федерального фонда ОМС, предоставленного изданию Vademecum, больше всего (13,5%) оплаченных в 2019 году счетов за медпомощь, оказанную по ОМС за пределами региона страхования пациента, пришлось на профиль «онкология». Из 90 млрд руб., отправленных на оплату стационарной медпомощи, 60 млрд руб. (66%) приходится на пять регионов: Москву (31,8 млрд руб.), Московскую область (14,4 млрд руб.), Санкт-Петербург (9,5 млрд руб.), Краснодарский край (2 млрд руб.), Калужскую область (1,5 млрд руб.). Новый порядок, указывают эксперты, может закрепить пациентов и следующие за ними деньги ОМС в родном для них регионе.

Кроме того, документ предполагает, что тактику лечения теперь будет определять консилиум врачей медорганизации, в которой есть отделения противоопухолевой терапии, радиотерапии и хирургии. Отделение противоопухолевой терапии при этом должно иметь от 20 до 50 коек. В отделении радиотерапии предполагается не менее пяти коек на одну установку, при этом оно может быть организовано только в больнице минимум с 50 койками онкологического профиля. В хирургическом отделении должно быть от 25 до 50 коек и не менее 70 коек в медучреждении, где оно организовано. Кроме того, порядок конкретизирует заболевания, при которых пациентов должны направлять к онкологам: теперь это не только злокачественные опухоли, но и некоторые доброкачественные.

Еще на этапе разработки некоторые эксперты отмечали, что эти требования перегрузят службу, лишат возможности полноценно работать онкологов небольших клиник — как частных, так и государственных — и многих узких специалистов: эндокринологов, офтальмологов, колопроктологов.

По словам председателя Национальной ассоциации негосударственных медицинских организаций (НАНМО) Илья Шилькрота, требование к количеству коек наряду с условиями маршрутизации вызвало наибольшее беспокойство экспертов. В частности, избыточным он называет необходимость организовывать пять коек на одну установку в отделениях радиотерапии, поскольку большинство лучевых процедур сегодня не требуют пребывания в стационаре. Господин Шилькрот утверждает, что многие частные клиники уже сворачивают свои проекты, так как оснащать отделения койками им дорого и невыгодно. По его словам, если порядок вступит в силу, это приведет к очередям и увеличению количества платных услуг в государственных медорганизациях: «При этом не уверен, что повысится их качество».

Илья Шилькрот подчеркивает, что НАНМО «куда только ни писала по поводу нового по-



ПАВЛОВ ИВАНОВ

рядка». Пересмотреть его просили и другие профессиональные и общественные организации. С таким предложением к социальному вице-премьеру Татьяне Голиковой в апреле обратилась вице-спикер Госдумы Ирина Яровая. Она попросила обсудить с региональными властями вопросы, которые возникли у пациентов и врачей, чтобы реализация приказа не привела «к ущемлению прав пациентов и к ухудшению оказания медицинской помощи». Однако Минздрав утвердил порядок практически в той же редакции, в какой он обсуждался на этапе проекта.

27 октября вице-премьер Татьяна Голикова поручила членам и экспертам правительственного Совета по вопросам попечительства в социальной сфере подготовить новые предложения о внесении изменений в порядок. Минздрав должен был рассмотреть их и доложить совету о результатах 20 ноября, но до сих пор не сделал этого. В ведомстве не раз подчеркивали, что считают документ завершенным, а механизм — отработанным. Он, по словам одного из разработчиков порядка — заместителя директора по организации клинико-статистической работе МРНЦ им. А. Ф. Цыба Минздрава РФ Жанны Хайловой, приближил онкопомощь к пациентам вне зависимости от места их пребывания.

Тарифы не по протоколу

Система обеспечения госсектора в здравоохранении, основанная на перечне жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), и механизм формирования клинико-статистических групп (КСГ) также могут повлиять на доступность онкологического лечения с будущего января. В проекте рубрикатора Фонда обязательного

медицинского страхования на 2022 год, который разработал Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава, некоторые схемы лечения с использованием современных препаратов были перемещены в КСГ с более низкой стоимостью. На это обратила внимание ассоциация онкологических пациентов «Здравствуй». 10 ноября пациентская организация направила обращение в Минздрав с просьбой не снижать стоимость отдельных видов дорогостоящей химиотерапии. Авторы письма опасаются, что снижение тарифов ниже себестоимости приведет к замене препаратов и ухудшению качества помощи для определенной категории больных. «Больницы ставят в условия, когда им выгодно применять дешевые и часто не самые эффективные схемы лечения» вместо инновационных и действенных», — объясняет позицию президент ассоциации Ирина Боровова.

«Особенности тарификации в ОМС предполагают разную маржинальность, то есть разный доход лечебного учреждения от оказания помощи в каждом конкретном случае», — говорит доктор медицинских наук, руководитель рабочей группы по организации обязательного медицинского страхования Всероссийского союза страховщиков Алексей Березников. По его словам, так как эта доходная составляющая определяется отдельным органом, то фактически из-за отсутствия прозрачности и фиксированной маржи схемы становятся выгодными и невыгодными для медучреждений и руководствоваться они начинают «не потребностями пациента, а экономическими показателями и параметрами», что, отмечает господин Березников, в медицине недопустимо.

ПРОБЛЕМЫ ОСОБОГО МЕДИЦИНСКОГО ПРОФИЛЯ

Отдельное направление — помощь онкогематологическим больным. Исследование фонда семьи Тиньковых показало, что это 5,7%, или 222,7 тыс. случаев из 3,9 млн пациентов с онкологией в России. При этом, отмечает медицинский эксперт фонда Андрей Абросимов, в отличие от западноевропейских стран, в России нет такого профиля медицинской помощи, как онкогематология. У детей данная проблема решена введением новой специальности «детский онколог-гематолог», порядок по которой вступает в силу 1 января 2022 года. Взрослые же (а это девять из десяти пациентов) подпадают под действие сразу двух порядков оказания медицинской помощи и могут наблюдаться

как в гематологических клиниках, так и в онкодиспансерах в зависимости от региона. «Поэтому условия нового порядка онкопомощи, конечно, актуальны для взрослых пациентов, однако в области онкогематологии есть иные проблемы, о которых мы подробно говорим в совместном с Центром стратегических разработок и ВШЭ исследовании», — продолжает господин Абросимов.

Среди барьеров развития онкогематологической службы в исследовании отмечают дефицит кадров, неэффективную маршрутизацию пациентов и биоматериала для диагностики, недостаточные тарифы ОМС в большинстве регионов. В том числе поэтому уровень

По его словам, из-за этого каждый четвертый случай химиотерапии «проблемный». Страховые компании штрафуют медучреждения за невыполнение клинических рекомендаций — в частности, больницы игнорируют необходимые исследования, «мудрят» с дозами, нарушают сроки оказания медпомощи, плохо работают с побочными эффектами основного лечения.

На непрозрачность формирования тарифов указывает председатель исполкома общественной организации «Движение против рака», член общественного совета при Минздраве России Николай Дронов. Тарифы, утверждает он, должны быть устроены таким образом, чтобы пациенту было доступно любое качественное лечение в соответствии с его диагнозом. Однако сейчас, полагает господин Дронов, дебалансированности клинико-статистических групп еще далеко.

Кроме того, с 2021 года медучреждениям предписано отдавать приоритет препаратам, которые включены в перечень ЖНВЛП. Как заявил сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулев в ходе крупного стола «Доступ к лекарственной терапии онкологических пациентов в рамках ОМС», Минздрав «последовательно подталкивает» государственные больницы и клиники лечить пациентов препаратами только из этого списка. При этом комиссия Минздрава по формированию перечней лекарств, отмечал господин Жулев, занимает жесткую позицию, не допуская в перечень ЖНВЛП значительное количество препаратов, в том числе в связи с их стоимостью. В частности, в последнюю версию списка попал только один противоопухолевый препарат из 12. По словам Юрия Жу-

лева, если медучреждение назначает препарат не из списка, согласно поправкам к методическим рекомендациям по способам оплаты медпомощи, их стоимость возмещается учреждению по минимальному тарифу, который не покрывает даже 30% фактической стоимости.

Новые стандарты онкообразования

Еще одна преграда на пути к доступной и качественной онкопомощи — дефицит врачей и уровень их квалификации. Недавний опрос Российского общества клинической онкологии (RUSSCO) показал: 24% опрошенных специалистов считают, что в их регионе не хватает от 51% до 100% онкологов первичного звена. Проблему намерены решать, реформируя систему образования врачей.

1 марта 2022 года вступит в силу профессиональный стандарт «Врач-онколог». Он утверждает три трудовые функции такого специалиста: оказание медицинской помощи по профилю «Онкология» в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара; оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной помощи по профилю «Онкология» (лекарственная терапия); оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «Онкология» (хирургия). Профессиональный стандарт определяет трудовые функции для каждой категории специалистов, а также требования к образованию и обучению врачей-онкологов. В связи с этим в 2023 году Минздрав планирует запустить новые образовательные стандарты для врачей-онкологов.

Как рассказала заместитель министра здравоохранения Татьяна Семенова на XXV Российском онкологическом конгрессе, ординатура для будущих специалистов станет модульной. Первый этап обязателен для всех: в течение года ординаторы будут изучать общие принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей, правила диспансерного наблюдения, реабилитации и паллиативной помощи. После этого специалист сможет работать при поликлиниках и вести амбулаторных онкологических больных. Чтобы продолжить обучение, ему потребуются выбрать одно из двух направлений — химиотерапию (лекарственную терапию) или хирургию.

Специалисты пока активно не комментируют новый стандарт, так как «нет повестки». Как говорил „Б“ Александр Петровский, замдиректора по образовательной деятельности, заведующий хирургическим отделением №15 НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина, обучение онкологов по новому стандарту начнется не раньше, чем создадут и утвердят обновленный федеральный государственный образовательный стандарт, поэтому все те, кто сейчас обучается в ординатуре, закончат ее по предыдущему профессиональному стандарту.

Анна Пошивалова, исполнительный директор Высшей школы онкологии (образовательный проект фонда медицинских решений «Не напрасно»), полагает, что новый образовательный стандарт тем не менее не повлияет на качество образования: «Чтобы повлиять на качество, изменения должны быть качественными, а не количественными». Она отмечает, что обучение в ординатуре по-прежнему остается платным, за исключением целевых мест (сейчас год обучения стоит в среднем от 150 тыс. до 300 тыс.), и, на ее взгляд, малоэффективным: это преимущественно лекции, общепризнанная эффективность которых составляет, по разным оценкам, не более 12%. «Потом студенты выходят в больницы, где, скорее всего, в них никто не заинтересован. Они приезжают три года шесть дней в неделю на такую работу, за которую они же заплатили. Либо учатся по целевому направлению и после окончания будут отбывать два года в медучреждении. Пока речь идет о том, что редкая птица долетит до середины Днепра, и ее очень легко можно понять!» — заключила госпожа Пошивалова.

Наталья Костарова

Пациенты недосчитались здравоохранения

— статистика —

Продолжающаяся пандемия негативно повлияла на всю государственную систему здравоохранения: из-за тотального перераспределения ресурсов на противоковидные меры она в каком-то смысле потеряла ориентиры, по которым функционировала десятилетиями. Разрушились выстроенные цепочки маршрутизации, лекарственного обеспечения и диспансерного наблюдения пациентов, почти на год была остановлена вся профилактическая работа. Результатом стали рост жалоб пациентов на систему ОМС и, возможно, их частичная переориентация на частный сегмент здравоохранения.

Логично, что в 2021 году у населения сохраняется высокий уровень негатива в оценке развития здравоохранения и доступности медицинской помощи, которую сегодня

многие оценивают как крайне низкую, говорится в выводах большого исследования «Актуальные проблемы российского здравоохранения в оценках пациентов и пациентов НКО», проведенного в октябре Всероссийским союзом пациентов (ВСП) и Центром гуманитарных технологий и исследований «Социальная механика». Почти 70% опрошенных убеждены в ухудшении ситуации в здравоохранении. Каждый второй опрошенный пациент не удовлетворен медицинской помощью по ОМС, полученной в 2021 году (удовлетворены только 10%).

По данным страховых компаний, работающих в системе ОМС, в 2021 году существенно выросло число жалоб граждан, недовольных качеством медицинской помощи, особенно амбулаторной. По словам эксперта Всероссийского союза страховщиков, кандидата медицинских наук Сергея Шкиткина, в случае недовольности пациента работой конкретного врача законом предус-

мотрено право на выбор другого, о чем мало кто знает. Эксперты, опрошенные ВСП, отмечают: проблемы в системе здравоохранения привели к ситуации, когда лучшую помощь получают пациенты, готовые обращаться с жалобами. Другая возможность — поискать врача «по знакомству» или в частном секторе.

К платным медицинским услугам в 2021 году обращалось абсолютное большинство пациентов — 86% опрошенных (до пандемии — 40%). Одна из самых частых причин обращения в коммерческие клиники и медцентры — невозможность попасть на прием к специалисту. Самая распространенная ситуация нарушения прав пациентов — отсутствие нужного специалиста в поликлинике: с этим столкнулись 78,7% опрошенных. По данным системы аналитики поисковых запросов «Яндекса», с июня по август 2021 года наиболее часто россияне запрашивали: гинеколога (4 923 735

запросов), психолога (4 657 403), стоматолога (3 391 157), хирурга (2 812 577) и отоларинголога (2 389 657).

По сути, произошло частичное замещение плановой медицинской помощи платной, констатируют эксперты, и одна из объективных причин этого — вынужденная приостановка диспансеризации (подробнее об этом — на стр. 4). Другая, не совсем очевидная: пациенты стали больше заботиться о своем здоровье, и к этому их подтолкнула пандемия.

Согласно экспертным оценкам, ситуация со снижением уровня доступности медицинской помощи широкому кругу россиян связана не только с перераспределением ресурсов на противоковидную работу, но и с дефицитом кадров для оказания помощи пациентам. Острый дефицит многих медицинских специалистов сегодня стал критическим (например, дефицит анестезиологов и реаниматологов достигает 50%).

«На фоне пандемии очевидно напряжение системы здравоохранения, ухудшение доступности медицинских услуг. Опрос, который проводил ВСП, подтвердил, что граждане испытывают сложности при получении медицинских услуг, особенно пациенты с хроническими заболеваниями», — комментирует „Б“ сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулев. — Очень многие проблемы, в том числе лекарственного обеспечения, связаны с дефицитом бюджета здравоохранения. Они сохраняются и в следующем году — мы не увидели увеличения расходов на здравоохранение в бюджете 2022 года». Отметим, что источником объективных данных в ситуации с сокращением объемов медпомощи по ОМС мог бы выступить федеральный фонд, однако в его пресс-службе на запрос „Б“ не ответили. В 2020 году, по оценкам фонда, объем сокращения плановой медпомощи не превысил 7–10% (см. „Б“ от 12 августа 2020 года).

Наталья Тимашева

Здравоохранение

Болезнь выставляет счет

В 2022 году на российский фармацевтический рынок может выйти принципиально новый препарат для лечения пациентов с В-клеточными опухолями крови. «Ъ» разобрался, в чем уникальность инновационной клеточной терапии и как технология CAR-T может стать доступной для российских пациентов.

— ситуация —

На российский рынок в следующем году может быть выведен инновационный препарат, механизм действия которого основан на клеточной терапии CAR-T. По данным международных клинических исследований, он может существенно улучшить прогноз выживаемости пациентов с В-клеточным острым лимфобластным лейкозом (ОЛЛ), от которого в основном страдают дети.

Новая технология

Клеточная терапия CAR-T (Chimeric Antigen Receptor T-Cell, или Т-клетки с химерным антигенным рецептором) — это комплекс терапевтических подходов, основанных на трансплантации в больной организм его собственных клеток. Разработка данной технологии началась еще в 1980-х годах сначала в Израиле, а потом в США. В ее основе — принципы работы иммунной системы организма. Дело в том, что иммунная система любого человека распознает чужеродные вещества в организме, обнаруживая на поверхности этих клеток белки, называемые антигенами. Иммунные клетки, называемые Т-клетками, имеют свои собственные белки, называемые рецепторами, которые прикрепляются к чужеродным антигенам и помогают другим частям иммунной системы уничтожать их. Раковые клетки также имеют антигены, но, если у иммунных клеток злобавшего нет нужных рецепторов, они не могут прикрепиться к антигенам и помочь их уничтожить. Чтобы помочь таким пациентам и была разработана технология клеточной терапии CAR-T, принцип действия которой основан на стимулировании способности иммунной системы распознавать и бороться с онкологическими заболеваниями благодаря перепрограммированию собственных Т-лимфоцитов организма.

Процесс лечения с помощью CAR-T включает в себя несколько этапов и начинается со взятия у пациента необходимого объема Т-клеток крови. Далее Т-клетки пациента отправляют в лабораторию, где их модифицируют чтобы включить химерные антигенные рецепторы (CAR). Затем повторно сконструированные CAR-T клетки размножают в лаборатории, пока они не достигнут нужного количества, необходимого для борьбы с раковыми клетками. Далее их замораживают и доставляют в то медицинское учреждение, где находится пациент, и вводят ему. После попадания в кровь пациента CAR-T клетки атакуют В-клетки и начинают уничтожение раковых антигенов. Перед инфузией CAR-T клеток пациентом проводится специальное лечение (в том числе химиотерапия), направленное на достижение максимального эффекта клеточной терапии.

Самое частое онкологическое заболевание детей

ОЛЛ составляет около 25% от всех злокачественных опухолей у больных в возрасте до 18 лет и является самым частым онкологическим диагнозом детского возраста. Причем пик заболевания приходится на дошкольников — детей от 2 до 5 лет. Это злокачественное заболевание крови и костного мозга, при котором нарушается их созревание и происходит неконтролируемое деление незрелых лейкоцитов (белых кровяных телец).

По оценкам экспертов, ежегодно в нашей стране регистрируется порядка 1 тыс. первичных случаев В-клеточного острого лимфобластного лейкоза у детей. Около 80% пациентов отвечают на проведение стандартной схемы терапии, однако у 20% детей с В-ОЛЛ развиваются резистентность к терапии или рецидивы после изначально полученного полного ответа. В таких случаях спасением могут стать клеточные технологии CAR-T.

«В России, как и во всем мире, современные протоколы лечения при В-ОЛЛ позволяют обеспечивать 85% общей выживаемости. В ряде клиник общая выживаемость по всем видам ОЛЛ достигает даже 95%. Для лечения пациентов применяются интенсивная химиотерапия, иммунотерапия, а также трансплантация костного мозга. Однако надо понимать, что это тяжелое, жизнеугрожающее заболевание нередко дает рецидивы или имеет рефрактерное течение (отсутствие ремиссии), может развиваться резистентность к лечению, и для таких пациентов требуются инновационные методы терапии, в том числе клеточные технологии», — комментирует Кирилл Киргизов, заместитель директора по научной и образовательной работе НИИ детской онкологии и гематологии НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина.

Пример такого развития болезни — история девочки Кира из Ярославля. Команда фонда «География добра» познакомилась с родителями Кира в 2020 году. Сквозь слезы и сбивчивый рассказ выяснилось, что 11-летняя Кира почти половину своей жизни борется с раком крови — ОЛЛ. Она пом-



нит, как в один миг за больничными стенами остались друзья, любимая спортивная гимнастика, беззаботное детство. Началась другая жизнь, которую здоровому человеку просто сложно представить. «Родители рассказали нам об уже втором рецидиве, о том, что, по мнению ряда врачей, шансов больше нет и их дочь отправляют на паллиатив. Один врач-гематолог в Москве посоветовал им узнать про инновационное лечение CAR-T. И, конечно, тут же возникла масса вопросов: где можно получить эту терапию, в какую клинику обратиться, сколько это стоит, как все это в принципе организовать, когда в мире бушует пандемия и любые поездки за рубеж могут стать нерешаемой проблемой», — вспоминает руководитель социальных проектов БФ «География добра» Лилия Цыганкова.

Стратегия отчаяния

На сегодняшний день препараты на основе CAR-T технологий производятся как в рамках промышленного производства фармацевтических компаний, так и в рамках академических разработок научных центров. В мире индустриально производимое CAR-T составляет до 83% от общего числа CAR-T (по данным регистра EBMT), тогда как 17% — это производство академических CAR-T продуктов в рамках отдельных научных центров.

«И индустриальная, и так называемая академическая технология CAR-T не только имеют право на существование в России, но и должны быть доступны. Профессиональное сообщество онкологов-гематологов выступает за применение обоих вариантов и при-

ветствует повышению их доступности для наших пациентов. Следует также понимать, что индустриальная технология имеет здесь ряд преимуществ. Прежде всего это воспроизводимость: ее можно с одинаковым результатом применять в различных центрах, а не только там, где препарат был разработан. Это также стандартизированный процесс производства, контроля качества и доставки, а кроме того, подтвержденный благодаря многоцентровым клиническим исследованиям и данным реальной клинической практики профиль безопасности», — поясняет Кирилл Киргизов.

Есть и еще один важный аспект. В России несколько крупнейших исследовательских центров уже занимаются производством CAR-T в рамках своих клинических исследований. Однако на данном этапе они не в состоянии покрыть потребность в лечении для всей страны. Очередь в наши центры, которые способны принимать единичных больных, может быть длинной. А для таких детей, как Кира, столкнувшаяся с рецидивами заболевания после различных линий терапии, крайне важно получить лечение как можно быстрее.

Одним из выходов сегодня остается отправить ребенка на лечение за рубежом на коммерческой основе. Поэтому «стратегией отчаяния» становятся общественные сборы пожертвований.

«В результате переговоров с зарубежными центрами Кира согласилась принять на лечение клиника в Израиле. Общая сумма счета, включая пребывание в госпитале, проведение процедуры и, собственно, сам препарат, составила порядка 45 млн руб. Огромная сум-

ма для любой обычной семьи, да и для любого фонда тоже огромная. Это был сбор по рублю со всей страны в течение нескольких месяцев, и хорошо, что это время у ребенка было. Низкий поклон врачам Ярославской областной больницы, которые сделали все возможное, чтобы поддержать состояние девочки до отъезда в Израиль», — рассказывает Лилия Цыганкова.

Пути решения

CAR-T технология компании «Новартис» была впервые в мире зарегистрирована Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США в 2017 году. За прошедшие годы еще несколько индустриальных CAR-T препаратов были выведены на международный рынок и применяются в реальной клинической практике в различных странах мира. По предварительным прогнозам, к 2024 году будет зарегистрирован 21 CAR-T продукт для лечения целого ряда заболеваний: неходжкинских лимфом, хронического лимфолейкоза и даже солидных опухолей. В связи с этим в международной практике уже накоплен значительный опыт не только регистрации, но и государственного обеспечения этой дорогостоящей терапии.

«CAR-T терапия имеет ряд особенностей, как высокая стоимость и недостаточность данных о клиническом эффекте в долгосрочной перспективе, поэтому у систем здравоохранения естественным образом возникает неопределенность в принятии решения о ее финансировании. Поэтому здесь обычно применяются инновационные модели лекарственного обеспечения. Их также называют «соглашениями об управляемом доступе», что в российской практике более известно как «риск-шеринг». Существуют различные схемы — это и рассрочка платежа, и оплата за результат, и переговорное ценообразование», — комментирует Нурия Мушина, начальник отдела развития и внешних коммуникаций ФГБУ «Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи» Минздрава России.

Как следует из исследования, проведенного экспертами ФГБУ ЦЭККМП, сейчас в 23 странах, где разрешено обращение CAR-T препаратов, для их оплаты из национальных бюджетов применяется несколько различных подходов. Например, в рамках системы здравоохранения США ценообразование на лечение технологией CAR-T происходит с учетом его результатов (Outcomes-Based Pricing Arrangement). При подписании данного соглашения о возмещении клинические центры США будут обязаны оплатить препарат компании-производителю в случае, если у пациентов получен ответ на терапию в конце первого месяца после инфузии. В Италии, где также работает схема «оплата за результат», она состоит из нескольких вылат по установленному графику в три этапа. И в случае, если болезнь прогрессирует после применения технологии CAR-T, компания-производитель возвращает стоимость в госбюджет.

В России сегодня существует несколько каналов финансирования, которые в будущем могли бы позволить обеспечить доступ к CAR-T технологиям пациентам за государственный счет.

«В случае если CAR-T препарат будет зарегистрирован для введения в гражданский оборот в России, то стоимость его эффективной и безопасной будут обоснованы согласно требованиям российского законодательства, мо-

жет быть подано обращение в Минздрав России о возмещении этой высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП) в рамках программы государственных гарантий. Это очень важно, так как число детей, которым требуется такая технология, постоянно растет. В том числе благодаря и усилиям нашей страны, которая принимает все больше пациентов с рецидивами. У НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина уже есть успешный опыт под руководством Минздрава внедрения новых методов в ВМП», — поясняет Кирилл Киргизов.

По мнению Нурии Мушиной, государственное обеспечение клеточной терапии CAR-T могло бы происходить как в формате финансирования ВМП (так сейчас оплачивается большинство терапевтических вмешательств для пациентов с онкологией), так и из бюджета государственного фонда «Круг добра», который был специально создан в 2020 году для лечения российских детей с орфанными заболеваниями. «Было бы правильным сначала пропустить эту технологию через клиническую апробацию: отработать схемы лечения, точно определить возникающие расходы, построить технологические карты — и после этого уже внедрять, например, в ВМП», — говорит эксперт.

Кира из Ярославля повезло. К счастью, собрать деньги на лечение в Израиле удалось за пять месяцев. Это была огромная работа ее родителей, различных фондов, волонтеров, известных блогеров, федеральных телеканалов и частных благотворителей. И сегодня девочка находится в стойкой ремиссии уже семь месяцев, ходит в школу и живет обычной жизнью. Однако сборы на других маленьких пациентов продолжают, и далеко не все похожие истории могут закончиться столь же благополучно.

По мнению Лилии Цыганковой, системное обеспечение высокотехнологичным лечением таким детям возможно только при условии государственных гарантий, в обратном случае это будет происходить лишь в разовых случаях. «Я очень надеюсь, что при эффективной работе Министерства здравоохранения, при уже доказавшем свою важную роль «Круге добра» сбор пожертвований на данный вид терапии эсэмэсками с телезрителей в ближайшее время уйдет в прошлое. Дети должны лечиться дома, в безопасности, в российских медицинских центрах, где есть настоящие профессионалы, готовые делать все возможное и невозможное, чтобы спасти жизни пациентов, столкнувшихся с лейкозами или лимфомами», — говорит она.

В свою очередь, российское онкогематологическое сообщество с оптимизмом смотрит в будущее и приветствует возможности в недалеком будущем сделать технологию CAR-T доступной для своих пациентов. «Благодаря усилиям правительства России, Минздрава, а также активной позиции детских онкологов и гематологов в последние годы сделана очень многое для того, чтобы инновационные технологии входили в регулярную клиническую практику. Благодаря нашим совместным усилиям уже существует отлаженная схема отправки пациентов на трансплантацию костного мозга. Уверен, что подобное будущее ждет и CAR-T. Если мы сможем успешно внедрить эту технологию для детей с ОЛЛ, со временем она войдет в стандарты терапии и для других сфер медицины», — заключает Кирилл Киргизов.

Анастасия Мануйлова

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ДВКЛ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИЕЙ CD-19 CAR-T

Двухлетний уровень выживаемости без прогрессирования заболевания	Уровень ответов на терапию среди пациентов, для которых неэффективны другие виды лечения	Вероятность выживаемости
33%	Общий ответ (ORR)	К 24 месяцам
	53%	40%
33%	Полный ответ (CR)	К 36 месяцам
	39%	36%

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ В-ОЛЛ У ДЕТЕЙ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИЕЙ CD-19 CAR-T

Ремиссия	Вероятность бессобытийной выживаемости	Вероятность выживаемости
82%	18 месяцев	К 12 месяцам
	55%	76%
82%	24 месяца	К 24 месяцам
	49%	66%

здравоохранение

«Новый реестр будет иметь федеральное значение»

В течение последнего года Минэкономики разрабатывало новые подходы к защите интеллектуальных прав фармацевтических компаний. По итогам этой работы ведомство предлагает создать в РФ профильный реестр фармацевтически активных веществ. **Рустам Тихонов**, директор департамента стратегического развития и инноваций Минэкономики, — о характеристиках нового реестра и принципах его функционирования.

— прямая речь —

Проблема защиты прав на изобретения в сфере фармацевтики в нашей стране поднимается достаточно давно. Согласно действующему законодательству, Минздрав при регистрации лекарственных средств не может проверять наличие у компаний прав на охраняющую такие лекарства интеллектуальную собственность. За счет этого зачастую воспроизведенные лекарства оказываются выведены на рынок до завершения срока действия патентов, охраняющих такие вещества. Таким образом, нарушаются права производителей оригинальных лекарств, инвестировавших в исследования, разработки, маркетинг огромные суммы и усилия. При этом судебная практика также складывается не в пользу производителей оригинальных лекарств: обеспечительные меры не накладываются, контракты на закупку нарушающих права лекарств исполняются, нарушители получают свои деньги, а инвесторы не возвращаются.

Существуют разные мнения о возможных способах решения этой

проблемы. Ряд из них прорабатывался с российскими органами власти, ЕЭК, органами власти государств — членом Евразийского экономического союза и, разумеется, заинтересованными компаниями — производителями оригинальных и воспроизведенных лекарств. Обсуждались, в частности, возможности включения процедуры учета патентных прав в закон «Об обращении лекарственных средств» и решения совета ЕЭК «О Правилах регистрации и экспертизы лекарственных средств для медицинского применения».

Следует отметить, что ситуация складывается обоюдоострая: с одной стороны ни подходи — рискуешь порезаться. С другой стороны, страдают права разработчиков, инвесторов, инвестиционный климат. С другой стороны, регуляторы выражают беспокойство относительно возможности доминирования «вечных» патентов на нашем рынке и проблем для снабжения лекарствами населения. В связи с этим предложения о возможном совершенствовании международной нормативной правовой базы,



регулирующей сейчас регистрацию лекарств, не находили поддержки.

Для выхода из этого положения Минэкономики после анализа судебной практики подготовило законопроект «О реестре обладающих фармакологической активностью действующих веществ, охраняемых патентами на изобретение».

Он обеспечивает в рамках устанавливаемых государством процедур удостоверение факта охраны конкретного вещества, содержащегося в лекарстве, конкретным патен-

том на изобретение и дает указание на то, кому принадлежит права на это изобретение. Таким образом, в отношении лекарств, вещества которых внесены в создаваемый реестр, суды, органы власти и все заинтересованные лица однозначно могут видеть, кто является правообладателем изобретений и, соответственно, кто может использовать вещества в своих лекарствах. Учет будет вестись на основании международного непатентованного наименования, которое присваивается Всемирной орга-

низацией здравоохранения каждому новому лекарственному средству (веществу).

В реестр будут включаться только базовые химические вещества, охраняемые патентами как таковые. Все возможные формы, производные, способы применения в реестр включаться не будут. За счет этого на данном этапе преимущество при защите прав будет предоставляться только наиболее наукоемким, инновационным лекарствам. Это также исключит попадание в реестр каких-либо «спорных» веществ, в которых отсутствует принципиальная новизна.

С таким подходом сочетается политика министерства в отношении регистрации изобретений. В 2018 и нынешнем годах мы вносили в 316-й приказ министерства, регламентирующий регистрацию изобретений, поправки, ограничивавшие патентование в сфере фармацевтики объектов, в которых отсутствует реальный изобретательский уровень. К примеру, если патентуется вещество, являющееся формой известного химического соединения, если такое соединение не проявляет новых по сравнению с известным соединением свойств. В народе такие патенты называются «вечными»: за счет постепенного «обешивания» основного патента дополнительными охраняемыми изобретениями охрана длится чрезвычайно долго, правообладатель получает сверхдоходы, а потребители и государство теряют деньги из-за необоснованной монополии компании на технологию.

Для того чтобы в реестр не попадали еще действующие патенты, выданные до последних «антиозеленительных» изменений в приказе Мин-

экономики, в законопроект включены соответствующие исключения.

Реестр будет вести Роспатент как самостоятельную государственную информационную систему. Вначале фармкомпания должна будет обратиться в подведомственный Роспатенту Федеральный институт промышленной собственности, чтобы специалисты провели экспертизу, подтвердили, что патент «закрывает» химическое вещество. После этого необходимо будет обратиться в сам Роспатент и получить государственную услугу, добавив информацию в реестр. При этом у реестра не будет взаимосвязи с государственной регистрацией лекарственных средств или с иными процедурами, реализуемыми другими органами власти. Информация в реестре будет открытой, и любой заинтересованный сможет получить ее статус.

В то же время за счет того, что новый реестр будет иметь федеральное значение и утверждаться федеральным законом, он автоматически становится источником права, который будут признавать суды.

Правообладатели смогут обращаться за судебной защитой, апеллируя к информации, представленной в Реестре, для получения защиты как уже нарушенных прав, так и для предупреждения нарушения прав в перспективе. Такая возможность предусмотрена Гражданским кодексом.

В дальнейшем, когда система заработает, мы планируем поделиться опытом с государствами — членами Евразийского экономического союза и Евразийской экономической комиссией. Это обеспечит гармонизацию подходов по защите патентных прав в области фармацевтики на всем пространстве ЕАЭС.

С COVID-19 какой спрос

— тенденция —

В сентябре компания госпожи Тулолукова получила кредит в размере 70 млрд руб. от Газпромбанка, который планирует направить на развитие сети из 70 медцентров по всей стране, в том числе в Приморском и Хабаровском краях, в каждый из которых инвестирует более 900 млн руб.

Интерес игроков рынка к развитию за пределами Москвы связан с тем, что столичный рынок частных медицинских услуг уже сильно поделен и развиваться здесь можно только за счет приобретения существующих небольших клиник, подтверждает тенденцию Владимир Гераскин. Кроме того, в Москве частным игрокам приходится конкурировать с федеральными центрами, добавляет источник «Ъ». Господин Гераскин считает, что расширить сеть клиник «Медскан» также сможет за счет приобретения небольших региональных клиник с выручкой около от 500 млн руб. до 1 млрд руб. «На мой взгляд, «Медскану» удастся развить собственную сеть в течение двух-трех лет при реализации текущей стратегии слияний и поглощений, а выйти на IPO, как это сделали другие игроки рынка, после того как ее оборот достигнет 20–30 млрд руб.», — заключает эксперт.

В «СМ-Клинике» также рассматривают открытие филиалов за пределами МКАД как перспективное направление, объясняя это низким уровнем развития коммерческого сектора медицины за пределами Московского региона. В июне холдинг открыл еще один многопрофильный медицинский центр в Петербурге, а в январе 2022 года планирует открытие клиники в Иванове. В Москве же «СМ-Клиника» пока планирует открыть один новый медцентр и сосредоточиться на дальнейшем развитии существующих. «Одна из важных задач на этом пути — расширение объемов медицинской помощи в существующих центрах за счет размещения их в более просторных зданиях. Так,



в конце прошлого года состоялся открытие новой (самой большой) клиники площадью более 8,5 тыс. кв. м на Сенезской улице в САО Москвы», — сообщили «Ъ» представители холдинга.

Зачастую власти региона сами заинтересованы в сотрудничестве с поставщиками медицинских услуг для привлечения инвестиций, говорит один из источников «Ъ» на рынке и приводит в пример «Мединвестгрупп» (МИГ) Виктора Харитонина, реализующую несколько проектов в формате государственно-частного партнерства (ГЧП). Наиболее успешными кейсами в компании госпожи Харитонина называют онкологические центры в Балашихе и Подольске, отмечая, что рассматривают такие партнерства со всеми регионами, где есть потребность в инвестициях в медицину. Летом МИГ уже сообщила о строительстве онкоцентра в Краснодаре стоимостью 30 млрд руб. и вела переговоры с правительством Омской обла-

сти с инициативой создания там онкоцентра по концессии. В сентябре МИГ объявила об открытии 14 центров с совокупной мощностью 6,5 тыс. коек в 13 регионах по ГЧП. На это в течение пяти лет планируется направить 160 млрд руб. «В ближайшее время МИГ планирует открытие центров в Новосибирской, Омской, Тульской областях и Пермском крае. Размер инвестиций может составлять 1 млрд руб., если речь идет о небольшом центре, а проект в Новосибирске оценивается более чем в 10 млрд руб.», — добавили в МИГ.

Органический рост или приобретение региональных филиалов не единственный способ работы с регионами. Так, АО «Медицина» в 2022 году намерено привлекать пациентов из субъектов через сотрудничество с территориальными фондами ОМС (по такой схеме Клиника академика Ройтберга работает с Московской областью) и уже подает сведения о возможности оказания луче-

вой и радионуклидной терапии в 16 из них. Предварительная договоренность об оказании консультаций жителям региона и о проведении мастер-классов для врачей уже была достигнута с Камчатским краем.

Директор по коммерческой деятельности и маркетингу ГК «Медси» Алла Канунникова, напротив, говорит, что доля средств ОМС в структуре выручки сети по предварительным итогам этого года составила 18% и сократилась с прошлого года. Пока частные игроки получили на оказание высокотехнологичной медпомощи, погруженной в базовую программу ОМС по онкологическому профилю, только 6% госзаказа, добавляет Владимир Гераскин. «Государство сейчас сосредотачивает оказание дорогостоящей медпомощи в федеральных центрах. Так будет до тех пор, пока государство будет одновременно выполнять функции контролера, собственника, инвестора и управленца в этом сегменте. Трудно рассчитывать на эффективное развитие, когда сам управляешь, сам проверяешь, сам тратишь и инвестируешь и сам же отчитываешься за результат», — заключает он.

С ростом числа переболевших COVID-19 в будущем году логично возникнет рост спроса на услуги по реабилитации таких пациентов. По словам вице-президента Всероссийского союза страховщиков Дмитрия Кузнецова, это терапевтическое направление появилось еще в прошлом году. Тогда реабилитацию в условиях круглосуточных стационаров смогли пройти всего 19 тыс. пациентов, на что из бюджета было направлено 500 млн руб. (подробнее о статистике текущего года — см. стр. 7). «Ситуация с постковидной реабилитацией постепенно улучшается, но далека от идеальной. Так, менее половины регионов доводят до страховых медицинских организаций порядка по реабилитации граждан, что ограничивает сопровождение после инфекции», — резюмирует господин Кузнецов. Тариф ОМС на постковидную реабилитацию установлен на уровне 25 тыс. руб. При этом, по словам источника «Ъ» из частных медклиник, стоимость амбулаторной реабилитации

составляет в среднем не менее 60 тыс. руб., а стационарной — не менее 120 тыс. руб.

В рамках ОМС углебленная диспансеризация для переболевших COVID-19 возможна лишь спустя 60 дней после выздоровления, коммерческие же клиники и лаборатории принимают в любой момент. Какая-то часть пациентов, перенесших коронавирус, обращается в частные клиники и не попадает в официальную статистику.

Одна из крупнейших коммерческих клиник — АО «Медицина» — запустила несколько комплексных программ исследований для оценки состояния после COVID-19 и программ реабилитации. «Первых пациентов на амбулаторную реабилитацию мы приняли еще в период весеннего локдауна, — сообщила «Ъ» врач-физиотерапевт АО «Медицина» Евгения Мурашкина. — Самые частые причины обращений — дыхательные нарушения, синдром хронической усталости, недомогание после физических нагрузок, проблемы с памятью, снижение внимания, работоспособности, неврологические нарушения».

Лаборатория «Инвитро» проводит три комплексных обследования для оценки состояния после перенесенного коронавируса: диагностика постковидного синдрома — для тех, кто испытывает различные симптомы по истечении 12 недель от начала острого COVID-19; лабораторное обследование детей и подростков при подозрении на развитие осложнений после COVID-19, в том числе болезни Кавасаки и токсического шока; исследование после перенесенной ОРВИ, позволяющее оценить, есть ли воспалительный процесс и из-за чего — после COVID-19 или обострения хронического заболевания. «Контрольное обследование после перенесенной коронавирусной инфекции проводится по желанию пациента. Его цель — раннее выявление возможных осложнений и назначение своевременного лечения», — поясняет Екатерина Терентьева, врач-терапевт, руководитель отдела медицинской экспертизы «Инвитро».

Александр Осипов,
Наталья Тимашева

МНЕНИЕ

ЛАРИСА ПОПОВИЧ, директор Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики, — о концепции ответственного самолечения:

— Россияне активно прибегают к самолечению. Как показывают социологические опросы, более 60% наших соотечественников при легких недомоганиях предпочитают самостоятельно подбирать себе лекарства. Однако понятно, что квалификации граждан для правильной установки диагноза может не хватить и «легкое недомогание» на самом деле может быть началом серьезного заболевания. Тогда неправильный выбор препаратов или методов терапии может привести к очень серьезным негативным последствиям. При этом всегда найдется какая-то причина, из-за которой человек предпочтет не обращаться к медикам, а искать совет в интернете либо у знакомых. Проблема вынужденного самолечения приобретает особую остроту в период ограничений, связанных с распространением коронавируса, когда врачи разных специальностей отоблизнованы на борьбу с инфекцией. Ожидать, что после окончания пандемии удастся решить застарелую проблему дефицита медицинского персонала, вряд ли представляется возможным. Скорее проблема кадровой доступности в медицине только усугубится. Кроме того, сами



пациенты из-за страха заразиться инфекцией старались лишний раз не обращаться к врачам даже при наличии у них симптомов какого-либо заболевания.

Таким образом, и до пандемии, и во время нее существовали серьезные объективные и субъективные причины, которые мешали населению при каждом случае недомогания посетить врача, чтобы получить его

квалифицированную помощь. Эти причины останутся определяющими и после ковида. А значит, многие наши граждане по-прежнему будут ориентироваться на собственный опыт или советы знакомых при возникновении проблем со здоровьем.

Однако в мире активно внедряется другой подход — концепция ответственного самолечения, где основной акцент следует делать на определении «ответственное», и этим такой подход отличается от обычного отказа от квалифицированной помощи. Понимая важность вовлеченности пациентов в поддержание собственного здоровья, еще в 1983 году ВОЗ дала определение термина «ответственное самолечение», подчеркнув, что оно относится к мерам, которые принимают люди, семьи и сообщества с целью улучшения здоровья, предотвращения и лечения заболеваний и восстановления здоровья. Данные меры принимаются непрофессионалами самостоятельно или в сотрудничестве с профессионалами.

В 2015 году была принята декларация ВОЗ, которая определила основные принципы ответственного самолечения, а совсем недавно, в 2021 году, ВОЗ выпустила «Руководство по самолечению для здоровья и благополучия». Как отмечается авторами руководства, многие проблемы со здоровьем уже можно диагно-

стировать и лечить с помощью ответственного подхода к самостоятельному лечению, и этот список продолжает расти. Новые методы диагностики, эффективные и безопасные лекарства и вмешательства, включая цифровые технологии, меняют способы получения медицинской помощи, зачастую устраняя необходимость визита в медицинскую организацию. При этом внедрение концепции ответственного самолечения в практику охраны здоровья способно не только снизить растущую нагрузку на систему здравоохранения, но и существенно повысить эффективность системы здравоохранения за счет расширения ее профилактической составляющей. По оценке генерального директора ВОЗ Тедроса Гебрейесуса, в условиях перегруженности систем здравоохранения и нехватки квалифицированных медицинских работников меры ответственного самолечения, которым ВОЗ уделяет приоритетное внимание, уже способствовали улучшению здоровья и благополучия во многих странах.

При этом ответственное самолечение должно работать как продолжение общественной системы здравоохранения, чтобы при необходимости у пациентов был доступ к услугам квалифицированного медицинского персонала. Важно подчеркнуть, что самолечение в международных документах рассматривается не как

отказ от профессиональной медицинской помощи, а как возможность для людей получить первичные знания и навыки для самостоятельной заботы о своем здоровье в целях снижения избыточной зависимости от системы здравоохранения. В сложные периоды, такие как распространение коронавируса, это оказывается особенно важно.

В России крайне важно внедрять основные принципы ответственного самолечения путем повышения медицинской грамотности населения, заменяя безответственный подход к здоровью на эффективный самоконтроль и информированный выбор безопасных лекарств. Это можно было бы сделать, создав информационную экосистему, которая позволяла бы жителям страны принимать более правильные решения относительно заботы о собственном здоровье, разграничивать ситуации, когда самолечение целесообразно, а когда — вредно, выбирать наиболее результативные и безопасные способы лечения заболеваний в случаях, когда пациент сам может купировать симптомы без вреда для своего здоровья. Это позволит создать условия для активной, ответственной и информированной вовлеченности населения в поддержание собственного здоровья — именно это и подразумевает концепция ответственного самолечения.

Здравоохранение

«Помогать людям сохранять здоровье в течение всей жизни»

Год назад в мире была создана Viatris — компания глобального масштаба в сфере здравоохранения, которая заявляет, что видит здравоохранение не таким, какое оно есть, а таким, каким оно должно быть. **Сергей Скударнов**, генеральный директор Viatris Россия, рассказал, как компания видит свою роль в борьбе с неинфекционными заболеваниями (НИЗ) на глобальном уровне и в нашей стране.

— взгляд —

— Ваша компания создана в рамках объединения двух крупнейших фармпроизводителей на рынке дженериков. В результате сложилась компания, которая по факту обладает крупнейшим на мировом фармрынке банком молекул и портфелем торговых наименований препаратов. Не всякая страна обладает лекарственным портфелем, которым оперирует ваша компания. Можете определить его основные параметры?

— Действительно, компания Viatris образовалась около года назад в результате объединения компаний Mylan и Upjohn. Фармкомпания Mylan обладала впечатляющим портфелем лекарственных средств, который включал в себя как оригинальные препараты, не имеющие аналогов или уже вышедшие из-под патентной защиты, так и собственные дженерики, а также биоаналоги или биосимиляры, как их иногда называют. Портфель компании Upjohn (бывшее подразделение фармгиганта Pfizer) составляли оригинальные препараты, вышедшие из-под патентной защиты. В активе компании более чем 1,4 тыс. молекул. В нашем портфеле присутствуют лекарственные средства, которые показаны для терапии девяти из десяти заболеваний, являющихся основными причинами смертности по статистике ВОЗ.

Если мы говорим о нашем портфеле препаратов для лечения заболеваний центральной нервной системы, то речь идет о достаточно широком спектре болезней: это и нейропатическая боль, и другие виды боли, и когнитивные нарушения, и психические расстройства. В отношении сердечно-сосудистых заболеваний мы говорим о гиперхолестеринемии, об артериальной гипертензии, о хронической сердечной недостаточности. Офтальмология — это глаукома, в мужском здоровье — эректильная дисфункция, в дерматологии — атопический дерматит. Планируется дальнейшая диверсификация российского портфеля препаратов за счет новых продуктов из нашего глобального портфеля.

Viatris была создана с амбициозной целью — создать компанию нового типа в сфере здравоохранения, миссия которой помо-

гать людям сохранять здоровье в течение всей жизни независимо от места проживания и жизненных обстоятельств. Нами движут искренняя забота и энтузиазм во всем, что мы делаем, а также глубокая приверженность к корпоративной ответственности и обеспечению бесперебойного доступа пациентов к высококачественным лекарственным препаратам.

— Несмотря на масштабы пандемии COVID-19 во всем мире, крупнейшей причиной смертности по-прежнему остаются неинфекционные заболевания (НИЗ), в первую очередь сердечно-сосудистые заболевания. Какие решения этой проблемы вы видите?

— COVID-19 — основная и наиболее очевидная проблема в области здравоохранения во всем мире, но по мере того, как мы продолжим бороться с пандемией, НИЗ по-прежнему остаются одним из самых серьезных вызовов. Они являются причиной 71% смертей в мире и основным фактором преждевременной смертности и инвалидности. Ежегодно в мире от неинфекционных заболеваний умирает около 41 млн человек.

Отчет «Масштабы распространенности: бремя неинфекционных заболеваний в развивающихся странах», подготовленный изданием The Economist при поддержке Viatris, свидетельствует о том, что работа систем здравоохранения во всем мире часто направлена на ликвидацию острых проблем и эпизодическую помощь пациентам с хроническими НИЗ без надежной основы для обеспечения им непрерывной помощи.

Несмотря на различия в уровне развития и структуре систем здравоохранения в разных странах, проблема растущего бре-



мени неинфекционных заболеваний и их воздействия на экономику, общество и окружающую среду актуальна для всех. Для решения этой проблемы требуется сотрудничество всех заинтересованных сторон, в центре которого находится пациент, и мы считаем себя важным участником данного партнерского процесса. Для нас важно поддерживать инициативы, направленные на повышение осведомленности и развитие возможностей здравоохранения, что в итоге работает на повышение качества профилактики и лечения НИЗ на национальном уровне.

— Расскажите об активностях компании в области борьбы с неинфекционными заболеваниями.

— Поскольку неинфекционные заболевания являются причиной более двух третей смертей в мире ежегодно, мы стремимся помочь пациентам перейти к тягостному подходу в рамках медицинского обслуживания: информирование, скрининг, диагностика, лечение и приверженность. Мы не только производим препара-

ты — мы смотрим на здравоохранение и на свою роль в нем шире. Например, мы активно работаем над повышением осведомленности специалистов здравоохранения и созданием новых возможностей для улучшения качества оказания медицинской помощи пациентам с неинфекционными заболеваниями на всех этапах их пути. Одним из примеров в этом направлении является Академия НИЗ, которая была создана в рамках глобального партнерства компании с Альянсом НИЗ и Американским колледжем кардиологов.

— Где и как вы производите свои лекарства и как обеспечиваете пациентам доступ к ним?

— Как глобальная компания мы располагаем мощной научно-производственной и логистической инфраструктурой, которую называем Global Healthcare Gateway. Она позволяет нам занимать лидирующие позиции в сфере мирового здравоохранения и открывает возможности для наших партнеров по всему миру. При этом несмотря на то, что мы являемся международной компанией, мы придерживаемся локального подхода и стремимся к глубокой интеграции во всех странах, где мы осуществляем свою деятельность.

Мы ведем совместную научную работу, оказываем регуляторную поддержку, а также помогаем партнерам в производстве и коммерциализации препаратов, необходимых пациентам. Таким образом, мы предоставляем пациентам доступ к большому количеству продуктов и услуг в сфере здравоохранения: от профилактики до лечения.

— С какими основными проблемами вы столкнулись при создании новой компании и команды во время пандемии?

— Прошедший год был непростым, поскольку в разгар глобальной пандемии мы одновременно решали две сверхзадачи — объединение двух организаций и обеспечение пациентов бесперебойным доступом к лекарственным препаратам, в которых они нуждаются.

Еще одним фокусом в этот сложный период стала для нас поддержка медицинского сообщества с помощью наших ресурсов и опыта. И, конечно, нашим приоритетом в первый год работы были — и остаются — забота о здоровье и безопасности наших сотрудников. Эффективная работа по этим направлениям стала возможной благодаря усилиям всех наших команд в разных частях света.

— Каким вы ожидаете развитие российского фармацевтического рынка в ближайшие годы и каковы приоритеты Viatris в России?

— Ряд тенденций, сформировавшихся на фоне пандемии, найдут отражение в фармацевтической промышленности, как это уже происходит в других отраслях. К ним относятся, например, цифровизация, новые нормы организации рабочих процессов, а также возросшая роль партнерств в условиях непредсказуемости окружающего мира. Другими словами, те новые вызовы и возможности внешней среды, которые мы наблюдаем уже сейчас, определяют будущее нашей индустрии.

Viatris продолжит развивать свой портфель в ключевых направлениях, в первую очередь в области терапии неинфекционных заболеваний, уделяя особое внимание расширению возможностей диверсификации портфеля, например за счет биосимиляров. Мы также продолжим постоянно стремиться к развитию философии разнообразия и вовлеченности на рабочем месте, которая является неотъемлемой частью культуры Viatris.

— Наличие некоторых ваших лекарственных бестселлеров, без которых реально люди не могут обходиться, в российских домашних аптечках, на мой взгляд, переводит Viatris в статус социально значимой фармкомпании. И это накладывает на компанию дополнительную ответственность.

— Вне всякого сомнения. Для нас очень важно и очень приятно, что нам удается обеспечивать пациентов доступом к высококачественным лекарственным препаратам, в которых они нуждаются. В этом и заключается миссия Viatris как на глобальном уровне, так и на региональном и национальном уровнях — помогать людям сохранять здоровье в течение всей жизни.

Интервью взял
Владислав Дорфеев

ПРОФИЛ

Viatris Inc. — глобальная компания в сфере здравоохранения со штаб-квартирой в г. Канонсбург, штат Пенсильвания. Образована 16 ноября 2020 года в результате слияния фармкомпаний Mylan и Upjohn (дочерней компании Pfizer). Viatris присутствует в 165 странах и регионах мира, штат компании насчитывает более 38 тыс. человек. У компании 12 научно-исследовательских центров и порядка 50 заводов по всему миру. Портфель препаратов представлен более чем 1,4 тыс. одобренных молекул в широком спектре терапевтических областей, охватывающем как неинфекционные, так и инфекционные заболевания. Среди продуктов компании — всемирно признанные бренды, сложные дженерики и оригинальные препараты, растущее портфолио биосимиляров и безрецептурные лекарственные средства. Через глобальную инфраструктурную платформу Global Healthcare Gateway компания сотрудничает с партнерами по всему миру и предоставляет эффективные решения в сфере здравоохранения.

Ожирение проведут по «дорожной карте»

— инициатива —

Всероссийский союз пациентов (ВСП) представил в Совете Федерации «дорожную карту» с инициативами по борьбе с ожирением. Организация предлагает включить эту болезнь в список социально значимых, что позволит сделать ее лечение бесплатным для пациентов, а также ввести ограничения на рекламу продуктов с высоким содержанием сахара. Бизнес, впрочем, считает, что для пропаганды в РФ здорового образа жизни сделано уже достаточно.

В конце ноября Всероссийский союз пациентов презентовал в Совете Федерации «дорожную карту» с инициативами по борьбе с ожирением и в будущем году планирует представить ее Минздраву. Как рассказали, «Б» в организации, разработку документа предшествовал цикл экспертных сессий с ведущими российскими эндокринологами, терапевтами и диетологами. В ходе дискуссий были выработаны «экономические и социально значимые практические решения», которые, по мнению экспертов союза, необходимо реализовать для «усиления борьбы с ожирением, проводимой государством».

Сейчас в перечень социально значимых заболеваний, утверждаемый правительством, включены болезни с высоким риском смертности, сокращения продолжительности жизни заболевших и первичной инвалидности. В их числе — туберкулез, сахарный диабет, инфекции, передающиеся половым путем, гепатиты В и С, злокачественные новообразования, психические расстройства, расстройства поведения, а также болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением. Лечение пациентов от этих заболеваний входит в программу госгарантий и финансируется за счет государства. Внесение ожирения в этот перечень позволит за счет государства проводить ряд процедур, которые сейчас выполняются платно, например операции по уменьшению желудка.

Избыточная масса тела, утверждает Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), является одним из основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, нарушений опорно-двигательной системы, онкологии. ВОЗ также обращает внимание на то, что риск этих заболеваний возрастает по мере увеличения избыточной массы тела. Организация напоминает и об опасности детского ожирения. Оно, по данным медиков, не только повышает вероятность этой болез-



По мнению Всемирной организации здравоохранения, избыточная масса тела — один из основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, диабета, нарушений опорно-двигательной системы

ни во взрослом возрасте, но и создает проблемы для здоровья ребенка с избыточной массой тела уже сейчас: он испытывает одышку, подвержен повышенному риску переломов, склонен к гипертонии, раннему проявлению признаков сердечно-сосудистых заболеваний, инсулинорезистентности и может испытывать психологические проблемы.

По данным Центрального НИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, в 2021 году в России избыточную массу тела и ожирение имели до 50% населения. Иммунолог, доктор медицинских наук Андрей Продеус считает, что необходимость придания статуса социально значимого заболевания назрела, потому что ожирение приводит «как к негативным медицинским, так и социальным последствиям». По его мнению, это заболевание «недооценено обществом с точки зрения его тяжести и распространенности» и является «серьезным фактором риска для многих болезней и состояний, включая ту же самую коронавирусную инфекцию». Отнесение ожирения к социально значимым болезням, считает го-

сподин Продеус, «обратит внимание людей и государственных структур на то, что это заболевание действительно негативно отражается на всех сторонах жизни как отдельных людей, так и общества в целом». Он полагает, что придание необходимого статуса заболеванию окажет положительное влияние на культуру питания человека, начинающуюся с детских лет, и в целом на отношение общества к здоровому образу жизни.

В разработанной ВСП «дорожной карте» предлагается создать государственную программу по противодействию ожирению, а национальный проект «Демография» развить с учетом создания в каждом регионе центров общественного здоровья. Документ предусматривает также создание специальных клинических рекомендаций для людей с повышенным весом, то есть для тех, кто «не чувствует себя больным». «Мы считаем, что пока не будут созданы возможности и сформулированы права для таких пациентов на борьбу с лишним весом, то говорить о том, что мы действительно профилируем заболевание, не приходится», — считают в ВСП.

Авторы «дорожной карты» предусмотрели в предложениях и расширение скрининга для новорожденных и для детей до 3 лет на изменение липидного обмена. По данным Федерального исследовательского центра питания, биотехнологии и безопасности пищи, 14% детей в России имеют избыточный вес, а половина из них — генетически измененный липидный обмен.

«По опыту ВСП такой формат, как «дорожная карта» с предложениями экспертного сообщества, хорошо зарекомендовал себя как эффективный формат диалога с органами исполнительной и законодательной власти», — считают в ВСП. — Наш опыт выхода с конкретными практическими предложениями по повышению доступности инновационных медицинских технологий и лекарственных препаратов в органы власти показал хороший результат: инициативы находят большой отклик в органах власти и легли в основу общественно-государственного диалога».

О необходимости сокращения потребления отдельных продуктов в Минздраве заявляли и ранее. По данным ведомства за 2019 год, ответственными за 63% смертей в стране оказались заболевания, связанные с рационом. В 2020-м была разработана «Стратегия формирования здорового образа жизни населения, профилактики и контроля неинфекционных заболеваний на период до 2025 года», в которой Минздрав предлагал сокращать потребление сладких напитков и соли. В министерстве заявляли о беспечности в связи с ростом их потребления.

Президент Союза производителей соков, воды и напитков (входят Coca-Cola, PepsiCo, ГК «Черноголовка» и др.) Максим Новиков считает ограничения рекламы безалкогольных напитков с содержанием сахара «банальным популизмом». «Такие утверждения, как „большое содержание сахара“, — это как „очень много денег“ — непонятно и ненаучно», — пояснил он. — В Стратегии формирования здорового образа жизни (утверждена Минздравом в 2020 году) написано, что любые подобные предложения должны обсуждаться с учетом четкой, научно обоснованной базы».

В свою очередь, ВСП выступил с инициативой о снижении количества рекламы продуктов с избыточным содержанием сахара и указания состава на этикетках этой продукции. «Обсуждение этой инициативы ведется с Союзом производителей соков, воды и напитков для сближения позиций по этому вопросу», — заявили в союзе.

Пока что производители безалкогольных напитков с этой позицией не согласны. «Если мы говорим о высоком потреблении сахара, то давайте посмотрим на то, что же у нас за

продукты являются источниками сахара. И о чудо: сам сахар является основным источником. А на него, между прочим, правительство удерживало цены в 36 руб., — говорит господин Новиков. Эксперт привел данные летнего исследования Аналитического центра при правительстве РФ, согласно которому доля чистого сахара в рационе «по сахару» составила 58% против 55% в 2019 году.

«Потребление сахара растет за счет самого сахара, в то время как доля индустрии напитков в этом балансе не увеличивается и в ближайшие два-три года пойдет дальше на спад», — рассказал Максим Новиков. — Мы еще два года назад подписали Кодекс по снижению содержания сахара в напитках, и его подписали практически все значимые игроки индустрии. На сегодняшний момент их портфолио пополняется новыми напитками как без сахара вообще, так и со сниженным содержанием сахара».

Господин Новиков привел в пример компанию Coca-Cola, в которой доля напитков без сахара или со сниженным его содержанием с 2017 года выросла с 18% до более чем 30%, что составляет 25% литража всего рынка. «Компания Aquanika, которая до недавнего прошлого производила лимонад с использованием сахара, буквально на прошлой неделе объявила о перезапуске всей линейки безалкогольных напитков, которые будут производиться с использованием стевии», — объяснил глава союза. — А в соответствии с исследованием одного из институтов новосибирского Роспотребнадзора такие напитки являются в том числе и иммуномодулятором, то есть калорийность фактически нулевая». Поэтому, заключает он, говорить о каких-то ограничениях, в том числе рекламы, бессмысленно и нецелесообразно.

Впрочем, связь природы веса и риска смертности пока является предметом споров не только бизнеса и пациентов, но и экспертов и многими из них не считается доказанной. Совместное исследование Кембриджского и Гарвардского университетов в рамках Глобальной коллаборации по изучению влияния индекса массы тела на смертность (The Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study) 2019 года такую связь выявило, а, к примеру, эксперты Национального центра медицинской статистики США подтвердили существование «парадокса ожирения», при котором наличие избыточного веса приводит к росту продолжительности жизни.

Мария Литвинова

Здравоохранение

«Мы ориентированы на потребности системы здравоохранения»

Мировой рынок медицинских изделий в настоящее время один из самых динамично развивающихся. Сегодняшний российский рынок высокоточной медтехники пока отстает по уровню своего развития от западного. О том, что делает компания Olympus для решения этой проблемы, рассказал в интервью **Виталий Ершов**, гендиректор компании «Олимпас Москва».

— **мнение** —

— **Насколько, по вашей оценке, в России развит уровень инновационных технологий в сфере здравоохранения? Отвечает ли он мировым трендам и потребностям внутреннего рынка?**

— Индустрия медицинских технологий продолжает оставаться одним из самых разнообразных и инновационных секторов экономики. Разработка и внедрение новейших технологий в области медицины способны существенно улучшить качество жизни людей и увеличить ее продолжительность. По уровню развития нам есть куда стремиться. Если сравнивать нас с мировыми лидерами в этой области, еще до недавних пор уровень затрат на здравоохранение в стране в процентном соотношении к ВВП был ниже даже некоторых африканских стран. В последние годы эта тенденция существенно изменилась, и сейчас мы уже превысили уровень 5% к ВВП по совокупным госрасходам на здравоохранение. Это, конечно же, не может не радовать с точки зрения инвестиций в развитие здравоохранения в стране. И по этим показателям мы приближаемся к развитым европейским странам, на которые равняемся.

Такая тенденция радует нас не только как производителя, обладающего новыми технологиями, но и как непосредственного участника медицинского сообщества, получающего доступ к ряду целевых программ, направленных на обновление парка медицинского оборудования с вводом новых технологий.

Что касается нашей компании, мы можем сказать, что, к сожалению, новые продукты и технологии, которые получают одобрение на европейских рынках, в России запускаются с опозданием в два-три года. Тем не менее мы настроены на то, чтобы как можно быстрее выводить и представлять на российский рынок новые технологии, поскольку стратегически российский рынок очень важен для нашей компании.

— **Как рынок высокоточного медицинского оборудования прошел кризисный период пандемии? Как повлияла пандемия на деятельность вашей компании?**

— На мой взгляд, на фоне продолжающейся пандемии роль качества медицинской помощи и в целом стабильного функционирования системы здравоохранения во всем мире существенно возросла. Что касается медицинского оборудования, то возросла и роль технологий, которые применяются в первую очередь для профилактики, диагностики и лечения заболеваний, поднимая в целом уровень самой системы здравоохранения.

В период пандемии мы смогли протестировать свою способность работать в таких кризисных условиях. Мы, конечно, ощутили определенное сокращение плановых процедур, которое произошло в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ), и это частично сказалось на нашем бизнесе. Но вместе с тем общий спрос на высокоточное и высокотехнологичное оборудование за этот период не упал, а в некоторых регионах даже возрос. Могу с уверенностью сказать, что медтех — одна из отраслей, на развитии которых пандемия отразилась положительным образом.

Причина отчасти в том, что ответственность, которая была возложена на систему здравоохранения в связи с пандемическим периодом, возросла, как я упомянул ранее, и это позволило нам развивать партнерские отношения с большим количеством ЛПУ именно в условиях необходимости обновления или подготовки парка оборудования. Я считаю, что мы успешно справились с этой потребностью, показав, насколько мы в таких условиях можем быть полезными ЛПУ и медицинскому сообществу. Поэтому могу уверенно сказать, что мы ориентированы на потребности системы здравоохранения. Уже более 100 лет наша компания прилагает максимальные усилия для того, чтобы делать жизнь людей более здоровой, безопасной и насыщенной. Мы четко следуем своей миссии, уделяя особое внимание безопасности и благополучию пациентов, медицинского персонала и собственных сотрудников.

— **Какие, на ваш взгляд, сферы здравоохранения в РФ в большей**

степени нуждаются в высокотехнологичном оборудовании?

— Рынок медицинского оборудования отличается большим разнообразием. В условиях пандемии возрастает потребность в полноте и качестве медицинской помощи со стороны населения, а со стороны специалистов растут требования к качеству и надежности медицинского оборудования и изделий. При этом основным индикатором современного состояния системы здравоохранения в стране становится удовлетворенность пациентов и врачей как основных потребителей на рынке медицинского оборудования.

В России мы представляем широкую линейку медицинского оборудования: эндоскопические и хирургические системы, эндотерапевтические и хирургические инструменты, оборудование для дезинфекции, сушки и хранения эндоскопов. Наша компания предлагает комплексные решения для эндоскопических и хирургических отделений. Такое медицинское оборудование прежде всего используется для малоинвазивной диагностики и лечения заболеваний.

То есть все оборудование, которое представлено в России, помогает нашим ключевым специалистам проводить диагностические процедуры для определения той или иной патологии и при необходимости осуществлять определенные манипуляции.

Вместе с тем компания не стоит на месте — глобально мы для себя определяем путь развития и выход на лидерские позиции именно с точки зрения медицинского бизнеса. Сейчас мы сфокусировали все свои усилия на том, чтобы стратегически развиваться в сфере высокоточного оборудования и в ближайшем времени войти в топ-10 компаний на рынке медтехнологий.

Поэтому мы развиваем наш портфель продуктов не только в капитальных эндоскопических и хирургических системах, но и в инструментах. В частности, недавно мы объявили, что третьим новым направлением, абсолютно новым для Olympus, станет и ортопедия. Мы с нетерпением ждем возможности представить это оборудование и в России.

— **Использование в здравоохранении высокотехнологичного оборудования предполагает достаточное количество квалифицированных кадров для работы с ним. Как вы в вашей компании решаете эту проблему?**

— Сегодня с помощью инновационных диагностических систем можно выявлять ряд онкологических заболеваний на стадиях, когда они поддаются лечению. Но это возможно лишь тогда, когда специалист обладает нужными навыками, умениями максимально использовать весь потенциал современного медицинского оборудования. Поэтому мы уделяем большое внимание и инвестируем средства в обучение врачей. Например, в разгар пандемии мы открыли свой собственный Учебный



ФОТО: АЛЕКСАНДР СЕДУХОВ/OLYMPUS

центр в московском офисе по развитию профессиональных компетенций медицинских специалистов в области хирургии и эндоскопии, где представлено абсолютно все оборудование, которое у нас есть. В рамках этого центра мы организуем обучающие программы (лекции, мастер-классы на оборудовании, тренажерах) для медицинских работников разного уровня подготовки. Помимо собственного Учебного центра сегодня на базе многих ЛПУ успешно функционируют тренинг-центры Olympus, где ежегодно проводятся курсы для врачей и медсестер по различным методикам с обучением до 400 слушателей.

Кроме того, мы активно поддерживаем национальный образовательный проект «Эндолидер», цель которого — повышение профессиональных знаний и навыков молодых врачей-эндоскопистов. Благодаря этой инициативе, которая была запущена в 2019 году, победители проекта получают возможность продолжать совершенствовать свои навыки под руководством ведущих российских экспертов в рамках пятилетнего плана профессионального развития молодых врачей-эндоскопистов.

Помимо этого мы активно поддерживаем международное сотрудничество, в особенности российско-японское взаимодействие, нацеленное на обмен передовыми практиками по организации онкологических программ, ранней диагностике и лечению рака, а также повышение квалификации врачей. В текущий непростой период пандемии мы проводим большое количество мероприятий в онлайн-формате, обеспечивая непрерывное обучение врачей.

Эту работу мы будем продолжать — она одно из главных наших направлений с точки зрения поддержки партнерства с врачами. К большому нашему счастью, это имеет огромный отклик у врачей, у нас большое количество запросов от врачей на участие в тренингах.

Но стоит не забывать и про внутреннюю систему поддержки сотрудников: внутри компании мы развиваем систему образования и повышения квалификации сотрудников. Благодаря этому все наши сотрудники получают возможность не только профессионального обучения в рамках продуктовой части, то есть по тому оборудованию, которым они занимаются, но и развитие тех или иных навыков, которые им необходимы для того, чтобы стать еще более высококвалифицированными специалистами. В этой части мы проводим несколько программ не только в России, но и на глобальном уровне.

— **Что, с вашей точки зрения, тормозит в РФ развитие и внедрение новейших технологий в сфере здравоохранения? Что может изменить ситуацию?**

— Государство в последнее время делает очень много для того, чтобы произошел качественный скачок в развитии медицинских технологий. Например, запущен ряд целевых программ, в частности национальный проект «Здравоохранение», который нацелен на серьезную модернизацию в сфере медицинской отрасли, в частности на борьбу с онкологическими и сердечно-сосудистыми заболеваниями, снижение смертности среди населения, увеличения средней продолжительности жизни. В рамках данного проекта Olympus интересна программа по онкологии не только с точки зрения внедрения инновационных технологий, но и социально значимая программа, направленная на улучшение выявляемости онкозаболеваний, просветительскую работу среди населения относительно ранней диагностики.

В России выживаемость онкопациентов на текущий день очень низка из-за поздней выявляемости заболевания, хотя некоторые виды онкологии сегодня неплохо поддаются лечению на ранних стадиях. Мы совместно с комитетом Госдумы по охране здоровья, при поддержке губерна-

торов ряда российских регионов сейчас находимся на активной стадии развития скрининговых программ, нацеленных прежде всего на выявление колоректального рака и рака ЖКТ как одних из самых распространенных видов онкологии, так как они являются скрытопротекаемыми заболеваниями и обнаруживаются часто на последних стадиях. Как показывает мировая статистика, если обнаружить рак на ранней стадии, он поддается лечению. Благодаря нашим технологиям (узкоспектральная оптическая технология Narrow Band Imaging, позволяющая визуализировать мельчайшие структуры слизистой; режим Dual Focus, позволяющий одним нажатием кнопки переключаться между ближним и стандартным фокусом при сохранении высокого качества изображения; технология отзывчивого введения колоноскопа (RT), упрощающая процедуру колоноскопии и другие) это легко сделать. Сейчас все наши усилия и инвестиции направлены на развитие региональных программ, просвещение населения, обучение врачей. Уже успешно запущены пилотные программы в Республике Башкортостан, в Хабаровском крае. Сейчас идет активная работа по запуску или непосредственно проведению программы в Ленинградской, Оренбургской, Кемеровской, Воронежской, Свердловской областях. Ключевая цель — это поэтапно внедрить программы скрининга во всех регионах России в соответствии с возможностями и особенностями каждого региона. Профилактика заболеваний, а не их лечение — это одно из главных направлений современной медицины, ведь болезнь легче предотвратить, чем лечить.

— **Вызывают ли у вас беспокойство законодательные инициативы, связанные с ограничением госзакупки медтехники, такие как «второй лишний» и квотирование?**

— Я прекрасно понимаю задачи, которые стоят перед государством с точки зрения импортозамещения и, соответственно, ухода от какой-то существенной зависимости от импортируемых товаров. Здесь я полностью поддерживаю государство в этом направлении. Однако вынужден сказать, что, конечно же, нужно искать сбалансированный подход, чтобы этот процесс сделать более эффективным для системы здравоохранения и по отношению к качеству лечения пациентов. Для квотирования нужно иметь обоснование в виде наличия собственных конкурентных технологий и производства, а также понимание, что производимое локальное оборудование отвечает требованиям современных методов лечения. В противном случае доктор не сможет качественно проводить лечение. Это скажется на нас с вами и, скорее всего, не увеличит среднюю продолжительность жизни в России в целом.

Также, с точки зрения компании Olympus, проблема в том, что на текущий момент используется классификатор, который разработан для закупки медицинского оборудования, согласно которому все эндоскопическое оборудование практически находится внутри одного большого семейства узлов или, по сути дела, одного кода. Для эндоскопии такой подход не работает. Линейка нашего оборудования очень широкая: от начального уровня до суперпродвинутого, с использованием искусственного интеллекта для выявления самых сложных патологий в организме челове-

ка, которое невозможно вложить в один код. Номенклатурно одна эндоскопическая видеосистема может очень сильно отличаться по количеству компонентов. Но поскольку код на оборудование один, то возникает большая проблема, как развести нашу технику согласно этим кодам и попать под необходимую классификацию с точки зрения госзакупки.

То есть наша задача совместно с государством в данном случае состоит в том, чтобы попытаться найти такой сбалансированный и правильный подход, который обеспечит достижение целей государства, а также который позволит крупнейшим мировым производителям повышать свой интерес в развитие системы здравоохранения России.

— **Какую долю рынка вы занимаете в РФ? Каковы конкурентные преимущества компании на рынке здравоохранения?**

— В ближайшей перспективе Olympus по всему миру будет фокусироваться на решениях, которые необходимы для развития именно медицинского направления, чтобы, как я уже сказал, войти в топ-10 мировых компаний. Будучи японской компанией, очень долго Olympus концентрировала свои усилия именно на японском рынке. Сейчас наша основная цель в том, чтобы стать поистине глобальной компанией с соответствующими решениями и возможностями. Это позволит в том числе развивать наш продуктовый портфель.

У нас есть сильные стороны, такие как эндоскопия. Исторически во всем мире Olympus занимает лидирующие позиции по производству оборудования для гастроинтестинальной эндоскопии и занимает долю на мировом рынке более 70%. Olympus разработала и запатентовала ряд передовых технологий, без которых невозможно представить работу врача-эндоскописта. У нас более 17 тыс. патентов. Но есть и другие направления, как хирургия, где мы, по сути, пока еще новички и конкурируем с крупнейшими европейскими компаниями, чтобы занять свою долю.

Согласно данным аналитической компании Clarivate Analytics, начиная с 2011 года мы регулярно попадаем в рейтинг 100 основных компаний-инноваторов мира. С 1966 года Olympus получила уже 283 национальные и международные награды за инновационный дизайн своей продукции.

— **Какие вызовы возникают для производителя медтехники при создании единого рынка ЕАЭС?**

— Прежде всего это, конечно, сама регистрация по стандартам ЕАЭС. Есть компании, которые получили такую регистрацию, но их очень мало. В условиях пандемических ограничений мы не всегда можем тех же экспертов пригласить на площадки для проведения проверок. Это, конечно, большой вызов.

Индустрия в целом понимает, что для продолжения работы в условиях Евразийского союза потребуются большое количество ресурсов, в том числе для получения новых регистраций на новое оборудование. Смету надеяться, что мы через какой-то период проб и ошибок пройдем все вместе. Возможно, и государство нас поддержит с точки зрения адаптации этого процесса и техтребуваний. Это единственное, что на данный момент нас беспокоит, потому что Olympus представлена во всех странах Евразийского союза.

— **Ваша компания недавно объявила о создании фонда по инвестированию стартапов в области медицинских технологий Olympus Innovation Ventures. Каковы его цели?**

— Это абсолютно свежее решение, и оно вторит тому, что компания глобально стремится развиваться в области медицинских технологий. Olympus объявила о создании фонда Olympus Innovation Ventures в ноябре этого года. Наша цель — продолжить историю инноваций, поддерживать долгосрочный рост и преобразование, инвестировать в стартапы в области медицинских технологий. Мы заинтересованы не только в самостоятельном развитии технологий. Так, наш японский центр R&D (Research and Development), занимающийся исследовательскими разработками, всегда был нацелен на развитие эндоскопического оборудования — мы в этом сильны. Помимо этого уже давно существует команда, которая занимается оценкой потенциальных технологий, существующих на рынке, с точки зрения покупки и интеграции в общий портфель Olympus.

Этот фонд, по сути своей, нацелен на то же самое — только на поиск готовых технологий, а на поддержку интересных идей, стартапов. Сегодня мы все больше и больше заинтересованы в расширении своего портфеля.



ФОТО: АЛЕКСАНДР СЕДУХОВ/OLYMPUS

Review



«Саркомы следует лечить в специализированных онкологических центрах»

При относительной редкости распространения саркомы костей и мягких тканей этот тип рака продолжает оставаться одним из наиболее сложных в лечении. Специалисты Университетской клиники Гейдельберга **Буркхард Лехнер** и **Штефан Хеммер** — о первых симптомах сарком, современных подходах к протезированию и реабилитации.

— практика —

— Хотя саркомы встречаются редко — они составляют всего 1% от всех случаев рака, пятилетняя выживаемость при саркоме ниже, чем при других типах опухолей. Что вызывает саркому и почему ее трудно лечить?

— Саркомы — это злокачественные опухоли в мягких тканях (мышечной, жировой и соединительной) или в костях. Саркомы могут развиваться практически в любом месте тела, и их симптомы трудно распознать, поскольку они часто не вызывают сильной боли и нередко воспринимаются страдающими от них людьми как безобидные опухоли. Не существует определенной причины возникновения саркомы, которую можно было бы назвать. Из-за специфики развития сарком их следует лечить в специализированных саркомальных центрах, обладающих соответствующим опытом и знаниями. Проведение операции по лечению саркомы требует высокого уровня опыта. Во время операции необходимо полностью удалить опухоль в здоровых тканях, сохранив при этом конеч-

ность и как можно меньше нарушив ее функцию. Хирург должен владеть всеми возможностями резекции опухоли, а также реконструкции костного дефекта после такой резекции. Необходимо иметь в наличии соответствующие специальные опухолевые имплантаты. Кроме того, в специализированном центре должен быть составлен индивидуальный план лечения, основанный на точной гистологии пациента, который также учитывает возможные дополнительные виды терапии, такие как химиотерапия или радиотерапия.

— Поскольку саркомы — редкий вид рака, осведомленность о них остается низкой. Какие группы населения более всего подвержены саркоме?

— Саркомы мягких тканей действительно встречаются редко — с частотой два-три новых случая на 100 тысяч жителей в год — и составляют 1–2% от всех злокачественных опухолей у взрослых. У детей саркомы мягких тканей составляют значительную долю злокачественных опухолей (около 5%). Саркомы мягких тканей могут возникнуть в любом возрасте, но чаще встречаются в возрасте от 45 до 55 лет или в возрасте до 15 лет. Мужчины страдают от них чаще, чем женщины.

— Что делать пациенту, если он думает, что у него саркома? Какие тесты проводятся для диагностики саркомы?

— В случае подозрения на саркому важно найти компетентных специалистов, имеющих большой опыт диагностики и лечения именно этого вида опухоли. После визуализации опухоли с помощью рентгена или магнитно-резонансной томографии необходима биопсия для гистологического подтверждения. Если возможно, биопсия должна быть выполнена в клинике, где опухоль затем будет оперироваться.

— Если диагноз подтвердился, как выбрать клинику для лечения? Есть ли специализированные цен-



тры лечения сарком? Какими средствами могут располагать полноценные центры лечения сарком?

— Для пациентов всегда лучше обращаться в крупный центр, обладающий максимально возможным опытом. Национальный центр опухолевых заболеваний в Гейдельберге занимает уникальное место в Германии по лечению рака и является пионером в области диагностики и лечения рака. Университетская клиника Гейдельберга в 2021 году третий год подряд вошла в число 15 лучших больниц мира. Тесное сотрудничество с Немецким центром исследования рака обеспечивает разработку и

внедрение в практику новых терапевтических подходов. Наши специалисты также могут консультировать пациентов по видеосвязи, когда им необходимо второе мнение.

В Гейдельбергском центре саркомы в Национальном центре опухолевых заболеваний диагностика и лечение сарком костей и мягких тканей осуществляется на междисциплинарной основе. На ежедневных советах по саркоме ежегодно обсуждаются около 600 случаев пациентов и определяются методы лечения. Хирургия, ортопедия, висцеральные хирургии, пластические хирурги, медицинские онкологи, лучевые терапевты, радиологи, патологоанатомы и представители других специальностей участвуют в совете по каждому пациенту, чтобы определить соответствующую стратегию лечения. Также в Гейдельбергском центре саркомы проводится генотипирование всех сарком, что позволяет подобрать индивидуальную терапию. В будущем высокоточные формы лечения с помощью химиотерапии или иммунотерапии могут быть индивидуально адаптированы к каждой опухоли.

— Какое-то время наиболее распространенным способом лечения саркомы была ампутация, однако теперь, похоже, можно использовать несколько техник со-

хранения конечностей. Какие современные имплантаты доступны для пациентов? Какие из них используются в университетской больнице Гейдельберга?

— Да, ампутация пораженной конечности перестала быть единственным выходом для пациента с саркомой. Центр саркомы в Гейдельберге с его высококвалифицированными специалистами использует современные имплантаты из титана. В спинальной ортопедии также используются имплантаты из углерода, чтобы последующая диагностика на МРТ и КТ оставалась максимально эффективной и значимой. Это также может сделать возможной послеоперационную лучевую терапию тяжелыми ионами. Кроме того, для конечностей и таза используются имплантаты с серебряным покрытием для предотвращения инфекции или специфические для пациента имплантаты (3D-изготовленные из титана со специальной поверхностью для оптимизации врастания кости). Для реконструкции больших костных дефектов, особенно в области суставов, используются самые современные опухолевые эндопротезы с серебряным покрытием или металлические имплантаты, изготовленные по индивидуальному заказу. Если возможно, реконструкция

проводится биологическим путем с использованием собственной кости пациента или чужеродной кости.

— Если для лечения саркомы требуется хирургическое вмешательство, что должно произойти после этого?

— После успешной операции разрабатывается индивидуальный план реабилитации для максимального восстановления функции прооперированной конечности или спины. Физioterapeutическое лечение проводится уже во время пребывания в стационаре для проведения операции, чтобы как можно быстрее мобилизовать пациента. Кроме того, составляется индивидуальный план послеоперационного ухода (на период от пяти до десяти лет). Вначале последующие осмотры могут проводиться каждые три месяца, но в будущем интервалы между осмотрами могут быть увеличены. Последующие осмотры могут проводиться амбулаторно. Особое внимание уделяется тому, образуются ли новые опухолевые клетки, после чего проводится их быстрое лечение.

СПРАВКА

Более 600 лет назад в Гейдельберге был основан первый немецкий университет. Университетская клиника Гейдельберга третий год подряд входит в число лучших госпиталей мира. Университетская клиника и медицинский факультет Гейдельбергского университета известны во всем мире в области лечения пациентов, научных исследований и преподавания. Более 50 специализированных отделений предлагают медицинское обслуживание на уровне самых высоких международных стандартов во всех областях специализации с акцентом на онкологию и другие заболевания, требующие комплексного лечения. В больнице и на факультете работает около 13,7 тыс. сотрудников. Более чем в 50 клинических отделениях с почти 2 тыс. койко-мест ежегодно проходят лечение более 1 млн пациентов.



Контактная информация по вопросам лечения в клинике: www.heidelberg-university-hospital.international.office@med.uni-heidelberg.de

* Возможны противопоказания, необходима консультация специалиста

ЛИЧНОЕ ДЕЛО



Доктор медицины, профессор Буркхард Лехнер — руководитель отделения онкологической ортопедии и септической ортопедической хирургии, бывший медицинский директор клиники ортопедии и травматологической хирургии Центра саркомы Университетской клиники Гейдельберга. Специализируется на раке костей и саркомах мягких тканей, особенно остеосаркоме, саркомах Юинга, хондросаркомах, костных метастазах, гигантоклеточных опухолях и опухолях мягких тканей. Обладает специализированными знаниями в области протезирования и биологической реконструкции костных дефектов.

ЛИЧНОЕ ДЕЛО



Доктор медицины Штефан Хеммер — руководитель отделения хирургии позвоночника Центра саркомы Университетской клиники Гейдельберга. Специализируется на оценке стабильности опухолей позвоночника, резекции опухолей и реконструкции позвоночника, лечении сколиоза и деформации позвоночника, комплексном лечении детских заболеваний позвоночника, лечении спинального стеноза и всех видов переломов позвоночника.

Здравоохранение

Реабилитацию отложили до выздоровления

— статистика —

По данным Минздрава России, углубленная диспансеризация после перенесенного коронавируса рекомендована девяти с лишним миллионам россиян, но прошли ее только 9% из них. Обследование показало, что 61% прошедших диспансеризацию нуждаются в дальнейшем наблюдении. Это люди с наиболее серьезными осложнениями после коронавируса, в число которых, по данным Минздрава, входят тромбозы, одышка и кашель.

Программа углубленной диспансеризации действует в России уже почти полгода, но многие до сих пор не воспользовались этой возможностью, предпочитая делиться набравшим не с врачами, а друг с другом в социальных сетях. Такой вывод, «Б» сделал, ознакомившись со статистикой страховых медорганизаций и региональных минздравов РФ.

Напомним, углубленная диспансеризация для тех, кто перенес новую коронавирусную инфекцию, стартовала по приказу Минздрава РФ 1 июля 2021 года и включает исследование, цель которых — выявить наиболее частые осложнения. В их числе: сатурация (оценка насыщения крови кислородом в состоянии покоя) — выявляет дыхательную недостаточность; спирометрия — оценивает функциональное состояние дыхательной системы; определение концентрации Д-димер в крови (для переболевших в средней или тяжелой форме) — выявляет пациентов с высоким риском тромбозов; общий клинический и биохимический анализы крови — первый покажет, есть ли в организме воспалительный процесс, анемия, лейкопения, а второй направлен на исследование функции печени, почек, сердечно-сосудистой системы; рентгенография органов грудной клетки — выявляет фиброзные изменения в легких; тест с шестиминутной ходьбой — покажет снижение толерантности к физическим нагрузкам; эхокардиография — выявляет структурные и функциональные изменения со стороны сердца; компьютерная



томография (КТ) легких — показывает постспиритальные изменения в легких; duplexное сканирование вен нижних конечностей — определяет признаки тромбозов. Последние четыре исследования проводятся по показаниям, назначает их врач-терапевт, который и отправляет пациента на углубленную диспансеризацию. На проведение этой диспансерной кампании правительство РФ направило регионам более 5,8 млрд руб., соответствующее распоряжение было подписано премьер-министром Михаилом Мишустин еще летом.

COVID не проходит бесследно

Диспансеризация нужна всем переболевшим, так как вирус влияет не только на органы, но самые частые изменения врачи фиксируют со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Каждый второй пациент испытывает те или иные симптомы постковида даже через 12 недель после COVID-19, и спектр их очень широк.

«Я легко переболела коронавирусом год назад, были невысокая температура — до 38 градусов — и несильный кашель, обоняние пропало примерно на седьмой день болезни. КТ показало поражение легких до 20%, но лечилась дома, — делится 49-летняя Наталья Т. — До болезни я себя считала в целом здоровым человеком, но сегодня я уже не ощущаю такой же энергии, как раньше. Сильная слабость и кашель после ковида сохранялись очень долго, обоняние до конца так и не вернулось, появились проблемы с вниманием, быстро устаю. Не могу сказать, что я полностью восстановилась после болезни, хотя ездила в санаторий по программе реабилитации после COVID-19, старалась как-то помочь организму».

Болезнь не проходит бесследно ни для тех, кто лежал в отделении интенсивной терапии на ИВЛ, ни для тех, кто перенес инфекцию на ногах. «К нам поступила 22-летняя девушка, перенесшая очень легкий, практически бессимптомный ковид, после которого у нее возник тромбоз вен головного мозга — его пришлось лечить долго и серьезно. Или другой случай: поступает 50-летняя женщина, меньше месяца назад перенесшая ковид, за последние недели она два раза теряла сознание из-за резкого падения артериального давления», — рассказала «Б» главный врач ГКБ им. И. В. Давыдовского, главный внештатный кардиолог Москвы Елена Васильева. Коллектив этой московской больницы участвует в исследовании по постковиду, и уже опубликовано несколько работ по нарушениям в системе свертываемости крови при ковиде и постковиде.

«Различают постковид как синдром, и это большинство случаев, и отдельные болезни, спровоцированные ковидом, что случается реже, — комментирует «Б» Елена Васильева. — Сегодня в PubMed врачи могут найти более 14 тыс. публикаций на тему постковида. Среди его наиболее частых симптомов: ухудшение качества жизни — 50–70% переболевших COVID-19, слабость — 50–60%, одышка — 20–40%, боли в груди — 20–25%, нарушения обоняния и вкусовых ощущений — 20–30%, боли в суставах — 20–25%, головные бо-

ли — 20–50%, нарушения сна — до 47%, ментальные и когнитивные проблемы (нарушения памяти, фокусировки сознания, концентрации внимания, тревожность) — от 25% депрессия — до 40%. Бывают и более редкие поражения, например ортостатические обмороки, нарушения в работе ЖКТ. Природа и механизм симптомов постковида требуют изучения: что лежит в их основе, пока не до конца понятно. Сегодня врачи проводят симптоматическое лечение».

Профессор Васильева назвала несколько направлений, по которым ведутся исследования постковида и его причин. «Ряд данных указывает на то, что в основе постковидного синдрома могут быть аутоиммунные изменения. Многие исследования предполагают повреждение эндотелия (клеток, выстилающих сосуды) при COVID-19, что повышает риски инфаркта и инсульта. Мы видим, что при коронавирусе эндотелий меняется особым образом, и если мы поймем природу изменений, это будет ключом к направленному лечению постковида», — поясняет Елена Васильева.

Помочь в вопросах диагностики постковида у тех, кто переболел бессимптомно и не имеет антител, могут исследования о формировании иммунного ответа у людей, перенесших коронавирусную инфекцию. «В лаборатории НМИЦ гематологии с начала пандемии вплотную занялись изучением нового вируса и Т-клеточного иммунитета, формируемого Т-лимфоцитами, играющими важную роль в предотвращении развития тяжелых форм COVID-19», — рассказывает «Б» Григорий Ефимов, руководитель управления биомедицинских технологий ФГБУ «НМИЦ гематологии» Минздрава. — Наши ученые разработали тест-систему для оценки Т-клеточного иммунитета к SARS-CoV-2. Тестирование предназначено прежде всего для тех, у кого не появились или быстро снизились антитела после перенесенного коронавируса или вакцинации. С помощью анализа можно установить наличие контакта с коронавирусом даже в тех случаях, когда заболевание прошло бессимптомно или диагноз не был установлен».

Отложенный спрос

Темпы углубленной диспансеризации различаются по стране. Например, в Санкт-Петербурге к 1 октября, по данным городского комитета по здравоохранению, ее прошли около 35 тыс. человек. В Татарстане к 1 ноября диспансеризацию после коронавируса прошли около 40% жителей республики от запланированного объема, заявил главный эпидемиолог, специалист по иммунопрофилактике минздрава Республики Татарстан Дмитрий Лопушов. Больше всего обследованных переболевших COVID-19 в Москве, где возможность проверить свое здоровье еще до 1 сентября воспользовались более 76 тыс. человек, перенесших коронавирус, сообщили в пресс-службе столичного Департамента здравоохранения (ДЗМ). В настоящее время любой пациент старше 18 лет, перенесший COVID-19, может пройти углубленную диспансеризацию на базе отделений профилактики всех 46 городских взрослых поликлиник Москвы «как при самостоятельном обращении, так и по приглашению из медицинской организации, при проактивном обзвоне пациентов, переболевших COVID-19», — пояснили в пресс-службе ДЗМ.

По мнению вице-президента Всероссийского союза страховщиков Дмитрия Кузнецова, проведение углубленной диспансеризации осложняется как высокая загруженность медучреждений, опасения людей повторно заразиться коронавирусом и связанное с этим откладывание обследований «на потом», так и нерешенная проблема актуализации списков переболевших COVID гражданами.

Правда, последние данные страховщиков говорят о том, что интерес населения к программе все же начал расти: если летом отклик пациентов на предложение пройти углубленное обследование составлял около 2%, то сегодня, по данным зампреды Федерального фонда ОМС Светланы Кравчук, которые она обнародовала на 12-м Всероссийском конгрессе пациентов 25–29 ноября, по некоторым страховым компаниям отклик до 38%, а средний показатель — 16%.

Наталья Тимашева

здравоохранение

Пандемия как опыт социального развития

Стратегия поддержки здравоохранения крупным бизнесом в пандемию коронавируса строилась различно — разными были и представления о том, что именно необходимо региональным секторам здравоохранения, с какими нагрузками они будут сталкиваться в перспективе. Проект строительства семи медицинских центров для лечения пациентов с COVID-19 в семи городах Сибири и Урала, начавшийся по инициативе Олега Дерипаски, показывает важные принципы такого рода программ: отказ от ориентации только на потребности рынка труда, интеграция вновь вводимых мощностей в общую систему здравоохранения, гибкость в предоставлении ресурсов по разным направлениям, перспективное планирование за пределы пандемии.

— регионы —

Российские компании и крупные предприниматели, как и ожидалось, сразу восприняли начавшуюся весной 2020 года коронавирусную пандемию как будущую крупную проблему — несмотря на то что в марте 2020 года о дальнейшем распространении коронавируса практически не было никаких достоверных прогнозов, а о перспективе выхода на рынок вакцин, с которыми сейчас, в конце 2021 года, связано большинство надежд на прекращение пандемии, никакой информации не было. Практически невозможно найти крупную российскую промышленную структуру, которая бы не реализовывала специальных программ в связи с коронавирусом. Ведь пандемия в первую очередь считалась крупнейшей угрозой именно промышленности — уже весной 2020 года, например, важнейшей проблемой продолжения вахт на нефтеприисках на севере России были периодические вспышки COVID-19 и острая необходимость организации ПЦР-тестирования персонала. У пандемии практически сразу обнаружилось и социальное измерение — основной прогнозируемой (и во многом обуславливающей) частичные локдауны 2020 года) сложностью была ожидаемая перегрузка сетей общественного здравоохранения и дефицит клинических мощностей. Соответственно, разнообразие стратегий реагирования крупных компаний и предпринимателей на пандемию очень высоко: от финансовых пожертвований по запросу региональных властей до попыток создания собственных «контуров» фактически ведомственной медицины на базе имеющихся объектов соцултыта, заводских клиник и поликлиник.

Выбор между мегаполисами и малыми городами

При этом пример основателя «Русала» и общественного деятеля Олега Дерипаски, инициировавшего в семи городах Сибири и Урала проект поддержки местного здравоохранения, выглядит особенно удачным и отличается от многих аналогичных проектов подходом. Весной 2020 года Олег Дерипаска заявил о необходимости поддержки именно региональной медицины и уже в это время провел ряд встреч с российскими губернаторами, на которых и была представлена идея быстрого создания современных многофункциональных центров в удаленных городах, где в сравнении с региональными столицами мощности сектора здравоохранения были средними. Напомним, что именно в этот момент основной угрозой считалась перегрузка пандемией мощностей здравоохранения в крупнейших мегаполисах, где болезнь распространялась на тот момент с самой большой скоростью. Впрочем, очевидно, что при стратегическом подходе к проблеме действовать только в крупнейших городах-миллионниках (и практика это показала отчетливо) было не слишком рационально: мегаполисы на деле обладают большей способностью концентрации ресурсов и мобилизации мощностей.

По итогам встреч с губернаторами началось строительство семи медицинских центров помощи и спасения. Открыты они были год назад — в ноябре—декабре 2020 года, с этого момента они приняли более 13,5 тыс. пациентов. В сумме «Русал», финансирующий проект, вложил в него более 4 млрд руб., при этом вполне можно говорить о высокой эффективности проекта, пред-

полагавшего не только создание семи новых центров для лечения внебольничной пневмонии, но и в целом поддержку регионального здравоохранения, в том числе материально-ресурсную, и множество других мероприятий. Всего же на борьбу с пандемией «Русал» направил за неполные два года 8 млрд руб.

Вопрос о точке приложения сил практически отсутствовал: в семи городах «Русала» — Ачинске, Богучанах, Шелехове, Братске, Тайшете, Саяногорске, Красногуйринске — существовал серьезный риск появления проблем в течение ближайших месяцев. При этом речь не шла о необходимости строительства очень крупных клинических центров. Для Ачинска, Богучан, Братска, Тайшета, Красногуйринска, Саяногорска потенциальные потребности в новых местах для пациентов оценивались в десятках в период пиковой нагрузки на местное здравоохранение, однако этих мест в распоряжении региональных властей не было. В Шелехове потребности были выше. В итоге было принято решение: в первых шести городах строятся клинические центры вместимостью около 60 коек, в Шелехове — до 120 коек. Причем повсеместно речь шла о новой стройке. Лишь в Саяногорске пришлось капитально ремонтировать недостроенный клинический корпус. Все проекты должны были завершиться в течение всего шести месяцев. Причем работы велись «под ключ».

О масштабах «дополнения» региональной сети здравоохранения через проект строительства медцентров говорит то, что именно в конце 2020 года, сразу после открытия (на который, кстати, Олег Дерипаска прилетал во все семь городов, где были открыты новые клинические центры), говорят следующие цифры: в Тайшете, по словам главы города Александра Заики, на тот момент 25 мест в городской инфекционной больнице были полностью заполнены, и дополнительные 60 мест Медцентра помощи и спасения позволили полностью решить вопрос с мощностями по работе с некоронавирусными инфекционными больными. В Ачинске, по словам губернатора Красноярского края Александра Усса, загруженность коечного фонда местных клиник составляла на момент открытия медцентра около 80%. Уско-



ренное строительство клиник оказалось верным решением — к весне 2021 года риски пандемии в регионе уже могли бы реализоваться.

Подарок для государства

Но в реальности значение семи новых центров для регионального здравоохранения существенно выше. Так, для Сибири и Урала перемещения на большие расстояния более привычны, чем для европейской части России, и в данном случае пандемия COVID-19 потенциально создавала проблемы нагрузки на медцентры крупных городов. От Тайшета до Красноярска 400 км, от Красногуйринска до Красногуйринска 300 км. По расчетам же «Русала», при численности населения Красногуйринска чуть менее 60 тыс. человек новый центр позволил обеспечить качественную медицинскую помощь жителям севера всей Свердловской области, в том числе близлежащих городов — Серова, Карпинска, Североуральска. Всего речь идет о населении численностью 200 тыс. человек. При этом разгружался Ека-

теринбург, куда при отсутствии медцентров были бы маршрутизированы пациенты.

Собственно, в силу этого теснейшее взаимодействие «Русала» с местным здравоохранением было центральным принципом проекта: только местные медики точно могут знать собственные потребности — как текущие, так и перспективные — и при этом в меньшей степени поддаваться ажиотажным настроениям, связанным с неопределенностью. Поэтому семь клиник «Русала» сразу интегрировались в местный инфраструктурный ландшафт (хотя часть их мощностей автономны — например, пришлось строить часть современных очистных сооружений, пункты дезинфекции автомобилей, обеспечивать центры электроэнергией по повышенной категории): они стали подразделениями инфекционных или многопрофильных городских больниц. Идея оставить их на балансе частных компаний или организовать на их базе в будущем мощности коммерческой медицины не рассматривалась в принципе. Таким образом, по сути, речь шла о добровольном вкладе «Русала» в местное коммунальное здравоохранение — для нужд всего населения. По словам главы Хакасии Валентина Конавалова, «данная поддержка республике, Саяногорску осуществляется „Русалом“ вне пределов нашего соглашения о социально-экономическом сотрудничестве. И то, что компания сегодня погружена в жизнь республики, заботится о здравоохранении, — это важно и для правительства, и для всех жителей».

При этом важным выбором для проекта, по существу, стала дилемма «временные/постоянные мощности»: напомним, что для ряда регионов в это время были характерны проекты временных массовых медцентров при крупных клиниках, которые сворачивались бы в случае прекращения пандемии. Но Олег Дерипаска в быстрое завершение пандемии не верил еще год назад — на открытии одного из центров он заявил, что пандемия стала проверкой на прочность системы здравоохранения, и не только в России, и дал прогноз, что коронавирус и его последствия продлятся минимум несколько лет. В силу этого проект семи центров в Сибири и на Урале исходно предполагал отказ от времен-

ных решений и исходную ориентацию на высококачественное оборудование и современные технологии. Во всех центрах есть приемно-диагностические отделения, отделения реанимации и интенсивной терапии, они оснащены самыми современными компьютерными томографами, аппаратами ИВЛ и УЗИ, техникой для лабораторной и функциональной диагностики и другим высокотехнологичным оборудованием, в значительной части закупленным у иностранных компаний. Идея в том числе заключалась в том, чтобы быстро поднять уровень местной медицины на максимально достижимый уровень — инвестиции в здравоохранение в данном случае не являются точечными, а обеспечивают общий подъем уровня помощи в регионах, которые в перспективе также будут иметь дело с последствиями пандемии.

Врачи отмечают: клиники получились самые современные. По словам Виталия Каминского, заведующего Ачинским медицинским центром помощи и спасения: «Все палаты, включая палаты интенсивной терапии, также палаты обычной терапии, — все предусмотрено с внешним входом. То есть больные поступают у нас по скорой прямо с улицы и заходят в палату, не соприкасаясь с общим коридором, исключая пересечение потоков пациентов. Это весьма практично и отвечает всем требованиям по санэпидрежиму».

Но не менее важной, чем стройка, составляющей проекта было обучение самих врачей и медперсонала. Делалось это как приглашенными врачами (в том числе из московской клиники №52), так и средствами телемедицины: в апреле 2020 года открылась платформа для дистанционного консультирования врачей ПРО ИВЛ. А в Красногуйринске при поддержке «Русала» была запущена новая лаборатория.

При этом, отметим, семью городами Сибири и Урала проект не ограничивался. Так, в поселке Таежный Красноярского края построена новая кислородная станция, две других открылись в Тайшете и Шелехове. Осуществлялись вложения в инфраструктуру провизорного госпиталя в Каменск-Уральске, а в Саяногорске пришлось дополнительно к новому корпусу оборудовать «коронавирусные» места в основных

мощностях клиники. «Русал» также выделил 100 млн руб. на финансирование строительства городской инфекционной больницы в Заводском районе Новокузнецка.

В этом, собственно, идеология проекта: нельзя сделать абсолютно все за свои деньги, но можно дополнить существующее необходимым, в том числе в среднесрочной, а не только краткосрочной перспективе. Так, в регионы «Русал» передал 17 машин скорой помощи, медицинские маски (3,2 млн) и СИЗы (600 тыс.). Аппараты ИВЛ закупались «Русалом» не только для «своих» семи центров, но и для Волгограда, Кандалакши, Североуральска, Ухты. В Красноярске с мая по сентябрь необходимо было кормить горячими обедами бригады скорой помощи, выезжающие на вызовы ковидных больных. В Саяногорске закупалась мебель в детскую поликлинику. В части случаев рассматривался и вопрос о закупке и поставке в клиники дорогих препаратов, которые в это время нельзя было получить по линии Минздрава. Проводилась акция «Время помогать» в Саяногорске, Красноярске, Миассе, Братске, Каменск-Уральске, Ачинске, Красногуйринске, Кандалакше, Волгограде, Дивногорске, Шелехове — это продовольственная поддержка ветеранов производства и помощь им на карантине. В Ачинске работал Объединенный волонтерский центр из добровольцев — ими стали молодые работники Ачинского глиноземного комбината.

Первые итоги

Безусловно, проект пока не завершен — об этом невозможно говорить, пока не завершена пандемия. Тем не менее предварительные первые итоги за год работы семи центров и полтора года работы всего проекта можно осторожно подводить. Опыт «Русала» показывает, что стратегия «дополнения необходимым» местного здравоохранения эффективна и явно лучше, чем крупные централизованные вливания. Гибкость в такой поддержке регионального здравоохранения не менее важна, чем проектный подход — в изменяющихся постоянно условиях важны все составляющие системы, предоставление ей необходимых ресурсов не менее важно, чем долгосрочные вложения.

Наконец, самое важное: несмотря на то что речь идет об экстренной ситуации — пандемии, долгосрочные стратегии, предполагающие поднятие уровня развития медицины в регионе, предпочтительны. Корпоративная социальная солидарность — необходимая составляющая в социальной стратегии. Впрочем, в данном случае речь идет не только о ней: предпринимательство является частью общественной деятельности, выигрыш может быть существенно больше, чем эффект от разовых экстренных вложений. Все участники проекта, и в первую очередь Олег Дерипаска, продемонстрировали важный и часто упускаемый момент: дело не совсем в COVID-19, а еще и в том, что он рано или поздно будет побежден — и постковидный мир по возможности должен быть лучше, чем доэпидемический. Проблемы своим чередом, но не жалко ни денег, ни времени должно быть именно на это.

Иван Сергеев

ПРЯМАЯ РЕЧЬ



Александр Усс, губернатор Красноярского края: — Видно, что медицинский персонал чувствует себя как дома. Здесь действительно очень уютно, удобно, технологично. Медицинское учреждение такого уровня — это некий образец, по которому нужно строить современную медицину.



Игорь Кобзев, губернатор Иркутской области: — Готовность противостоять пандемии коронавируса — главная задача сегодня для нас всех. Три медицинских учреждения построены в регионе компанией «Русал», одно из них здесь, в Тайшете. Такие проявления социальной ответственности бизнеса для Приангарья очень важны.



Владимир Штыгашев, председатель Верховного совета Хакасии: — Олег Владимирович вообще уникальный человек и руководитель. Ну и компания ответственная. Где бы они ни работали, где бы они ни строили что, ни производили — они

везде проводят активную социальную политику. А так вот этот подарок действительно это будет центр и даже переподготовки работы врачей. Здесь функционально есть все.



Александр Токарев, глава города Ачинск: — Открытие Центра помощи и спасения — это важное событие не только для Ачинска, но и для всех западных территорий Красноярского края. Его строительство было беспрецедентно по срокам: всего за полгода появилось современное, комфортное для пациентов и врачей, оснащенное передовым диагностическим оборудованием учреждение здравоохранения. Здание имеет возможность гибкого перепрофилирования, что позволяет говорить о большом будущем медицинского центра и после окончания пандемии. Я рад, что наш Ачинск вошел в число семи городов, где эти центры были построены. Инвестиции «Русала» в наш город всегда идут на его развитие: это поддержка социальной сферы, благоустройство города, инфраструктурные проекты и многое другое. Медцентр — это еще один важный факт нашего сотрудничества и партнерства.

здравоохранение

Северные рецепты

По решению главы Якутии Айсена Николаева 2021 год в республике был объявлен Годом здоровья. Он дал старт комплексной программе модернизации здравоохранения региона — этот процесс будет идти до 2030 года под эгидой Десятилетия здоровья. За этот год властям республики уже удалось провести реорганизацию первичного звена и обновление онкологической службы в системе здравоохранения субъекта.

— практика —

С 2003 года Якутия лидирует среди других регионов Дальневосточного федерального округа (ДФО) по такому показателю благополучия человека, как ожидаемая продолжительность жизни. Так, если в целом по ДФО в 2020 году, по предварительным данным Росстата, этот показатель составил 69,15 года, то в Якутии он достиг 71,1 года, что всего лишь на 0,44 года ниже аналогичного показателя для всей страны (71,54 года). Также в 2020 году впервые за шесть лет в регионе выросла рождаемость: по итогам прошлого года родились 13 тыс. детей, тогда как в 2019 году — 12,8 тыс. детей. Кроме того, впервые за 30 лет миграционная убыль населения в Якутии сменилась приростом.

Однако для дальнейшего улучшения показателей уровня здоровья людей Якутии были необходимы системные решения. По замыслу местных властей к 2030 году республика должна стать одним из регионов РФ с наибольшей общей продолжительностью жизни. Чтобы эта цель стала достижимой, в декабре 2020 года глава Якутии Айсен Николаев в своем ежегодном Послании Государственному собранию (Ил Тумэн) Якутии объявил 2021 год в республике Годом здоровья. «Столкнувшись с тяжелейшими рисками и угрозами здоровью людей, мы должны сделать ответственный шаг и начать преобразования в обществе для сохранения и приумножения благополучия якутян. Нет ничего более ценного, чем жизнь человека, нет ничего важнее, чем забота о нем», — заявил он тогда в ходе своего выступления. Как отметил Айсен Николаев, Год здоровья в Якутии «станет комплексным годом, в течение которого власть, общество и отдельный человек должны задуматься о здоровье, о здравоохранении и найти способы решения существующих в этой сфере проблем».

Концепция проведения Года здоровья в республике подразумевает, что развитие сферы здравоохранения происходит одновременно по четырем различным направлениям. Первый блок «Мое здоровье — мой выбор» направлен на популяризацию здорового стиля жизни и обеспечение равных условий жизни общества, второй «Здоровая Якутия» — на формирование пространства здоровьесбережения, третий «Медицина для каждого» — на формирование человекоориентированной системы здравоохранения, четвертый «Вклад в здоровое будущее» — на внедрение новейших методов лечения и диагностики заболеваний, которые приносят жителям Севера.

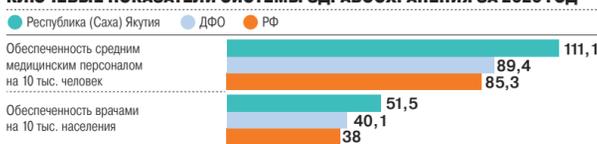
В течение года работа шла сразу по всем четырем направлениям. Так, в рамках блока «Мое здоровье — мой выбор» министерство здравоохранения региона запустило информационную кампанию, направленную на формирование культуры ответственного отношения к своему здоровью как к норме жизни среди населения региона. Ряд мероприятий был запущен конкретно для детей — например, те из них, кто в этом году посетил детские оздоровительные лагеря республики, прошли школы здоровья, а для воспитанников центров помощи детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей, в рамках республиканского марафона «Калейдоскоп здоровья» организовали тематические лекции, беседы и конкурсы по направлениям «Быть здоровым — современно», «Сохранить здоровье», «Я и мое здоровье».

По направлению блока «Здоровая Якутия» на базе Музея и Центра хомуса народов мира реализован проект «Хомусотерапия — детям». Также для популяризации культуры безопасного труда на предприятиях Якутии разработана типовая корпоративная программа «Сохранение и укрепление здоровья работников на рабочих местах». В рамках блока «Медицина для каждого» идет закупка 14 передвижных мобильных комплексов, которые позволят сделать систему здравоохранения более доступной в отдаленных регионах республики. Также в ближайшее время в субъекте начнет работу Республиканский кардиологический диспансер. В перспективе запланировано создание единой сети консультационных центров (пунктов) республиканского, районного и участкового уровней с внедрением системы скрининга и мониторинга населения с высоким сердечно-сосудистым риском и пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении. Наконец, уже стартовало главное мероприятие блока — «Вклад в здоровое будущее», программа ран-



В ноябре 18 новых машин скорой помощи с медицинским оборудованием передали 16 центральным районным больницам городов и поселков Якутии

КЛЮЧЕВЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЗА 2020 ГОД



него пренатального скрининга беременных на носительство семи наследственных заболеваний, таких как заболевания с аутосом-рецессивным типом передачи ТриМ-синдром, SOPH-синдром, нейрональ-

ный цероидный липофусциноз 6 типа, мукополисахаридоз-плюссиндром, несиндромальная глухота 1А типа, наследственная энзимопеническая меттемоглобинемия 1 типа, тирозинемия 1 типа.

ПРЯМАЯ РЕЧЬ

АЙСЕН НИКОЛАЕВ, глава Республики Саха (Якутия), о целях трансформации системы здравоохранения в Якутии:

— События последних двух лет заставили нас посмотреть по-другому на развитие системы здравоохранения и отношение к собственному здоровью.

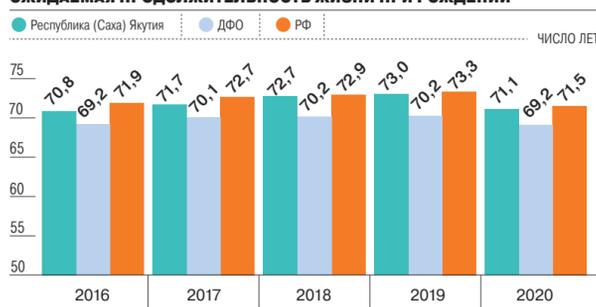
Ключевым критерием для меня, как руководителя региона, при принятии решений является повышение качества жизни в республике. Это важнейшая задача, которую нужно решать комплексно. Это и вопросы экономики, и транспортной, и социальной инфраструктуры, и образования, и досуга, и многое другое. В конце концов, высокое качество жизни — это иметь возможность проводить больше времени с семьей, с друзьями, уделять время хобби, собственному развитию. И высокий уровень медицины, охраны здоровья людей должен здесь стать оплотом, определяющим фактором благополучия.

В этом смысле мы ставим перед собой цель не только улучшить качество и скорость оказания медицинской помощи, но и создать условия, в которых человек сам начнет бережнее относиться к собственному здоровью, лучше чувствовать себя физически, нравственно и духовно. И только синергия данных подходов может дать нам здоровое общество. Необходимо мотивировать людей вести здоровый образ жизни, продолжать планомерную борьбу с алкоголизмом и табакокурением.

Не менее важно здесь усиление профилактики и диспансеризации. Легче предотвратить болезнь, нежели потом лечить ее. При этом медицина должна стать более персонализированной. Это мировой тренд, показывающий свою эффективность. И наша страна не должна стоять в стороне. Более того, в России есть все условия, чтобы в этом вопросе быть впереди многих государств.

В Якутии мы ставим перед собой амбициозную, но реалистичную задачу: к 2030 году республика должна войти в число российских регионов с наибольшей общей продолжи-

ОЖИДАЕМАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ ПРИ РОЖДЕНИИ



Год здоровья — период, когда были заложены принципы и подходы к дальнейшему развитию системы здравоохранения Якутии, которое будет происходить в 2021–2030 годах под эгидой Десятилетия здо-

ровья. Глава республики Айсен Николаев подписал соответствующий указ 31 марта 2021 года. Согласно этому документу, приоритетными направлениями развития системы здравоохранения региона на следу-

ющие десять лет станут формирование ответственного отношения к своему здоровью как норме жизни, развитие генетики, обеспечение достаточного числа квалифицированных кадров, развитие науки в сфере здравоохранения и развитие цифрового здравоохранения.

Координировать работу органов власти Якутии по мероприятиям в рамках Десятилетия здоровья будет Совет при главе Республики Саха (Якутия) по благополучию и устойчивому развитию. Это экспертный, совещательный и консультативный орган, созданный специальным указом главы республики в июле текущего года. Возглавил совет сам глава республики Айсен Николаев, также в его состав вошли представители федеральных органов государственной власти, органов государственной власти и местного самоуправления республики, учреждений, организаций реального сектора экономики, общественных объединений и научного сообщества. По мнению главы региона, совет, в состав которого также вошли авторитетные эксперты с мировым именем, призван выработать путь устойчивого развития, учитывающий климатические, географические, демографические и культурные особенности северного региона. «Мы надеемся, что выработанные подходы, наши эффективные проекты могут быть масштабированы в северных, арктических регионах всего мира, где исходные условия жизни сопоставимы с нашими», — сказал Айсен Николаев, комментируя решение о создании совета.

Реализация мероприятий по развитию системы здравоохранения региона в формате Десятилетия здоровья станет логичным продолжением той работы, которая уже ведется в регионе с 2018 года в рамках национального проекта «Здравоохранение». Так, например, в республике реализуется региональный проект «Борьба с онкологическими заболеваниями», который призван повысить качество медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями. Как рассказывает главный врач республиканского онкодиспансера Татьяна Николаева, одним из его мероприятий является разработка и внедрение региональной программы скрининговых исследований лиц группы повышенного онкологического риска. «Для этого миноздрав Республики Саха (Якутия) и ГБУ РС (Я) «Якутский республиканский онкологический диспансер» совместно разработали веб-приложение проекта «ОнкопоискСаха.РФ», который реализован на территории Якутска и уже начал тиражироваться в районах республики. Скрининговый онлайн-проект «ОнкопоискСаха.РФ» является регионально-специфичным, адаптирован к региональным особенностям Якутии и используется для информирования групп повышенного риска и эффективного отбора лиц, нуждающихся в первоочередном целенаправленном обследовании. Цель проекта — выявить заболевание как можно раньше, поставить без промедления диагноз, начать своевременное лечение», — говорит она. Еще один знаковый для региона проект — «Формирование системы мотивации граждан к здоровому образу жизни, включая здоровое питание и отказ от вредных привычек». Как рассказывает и. о. министра здравоохранения Республики Саха (Якутия) Елена Афанасьева, благодаря этому проекту в республике был создан Региональный центр общественного здоровья и медицинской профилактики по координации мероприятий по общественному здоровью и межведомственному взаимодействию, утверждены региональные, муниципальные и корпоративные программы укрепления здоровья.

Также в регионе идет реализация федерального проекта «Создание единого цифрового контура в здравоохранении Республики Саха (Якутия)». Когда началась пандемия коронавируса, власти региона запустили сервис «Облачная поликлиника». Он позволяет проводить врачам онлайн-консультации хронических больных и людей из группы риска без посещения медицинской организации, осуществлять онлайн-мониторинг здоровья по симптомам COVID-19 у лиц, которые находятся на домашнем карантине. В 2020–2021 годах к сервису подключили 63 медорганизации республики и 445 врачей, которые провели уже более 27 тыс. консультаций пациентам. В 2021 году приложение «Облачная поликлиника» стало бронзовым призером в номинации «Здравоохранение» регионального блока конкурса ИТ-решений «Проф-ИТ».

Елена Николаева



тельностью жизни. Сейчас этот показатель находится на уровне 71 года, за последние два десятилетия он увеличился на 10 лет.

Для такого рывка мы определили узкие места, которые нам предстоит устранить, поэтому я считаю, что преодолеть планку, которую мы наметили, более чем реально. В конце прошлого года я объявил 2021-й в Якутии Годом здоровья, а в апреле этого года подписал стратегический указ о дальнейшем укреплении общественного здоровья и мерах по развитию здравоохранения и объявил текущее десятилетие в республике Десятилетием здоровья.

Год здоровья в Якутии — это комплексный год, в рамках которого мы проводим мероприятия, нацеленные на модернизацию сферы медицины, популяризацию здорового образа жизни, формирование человеко-

ориентированной системы здравоохранения и среды здоровьесбережения, а также на интеграцию научно-исследовательских организаций в медицинскую практику с учетом специфики региона. По всем этим направлениям мы начали очень серьезную и планомерную работу, для координации которой был создан проектный офис и совет по благополучию и устойчивому развитию.

За этот год нам удалось многое достичь. Опережающими темпами строятся республиканские онкологический и кардиологический центры. Закупаются современное медицинское оборудование, в распоряжение больниц, поликлиник, врачебных амбулаторий и ФАПов поступили 72 новых автомобиля скорой помощи. Осуществляется цифровизация медицинской инфраструктуры, повышается количество телемедицинских консуль-

таций. Внесены изменения в региональное законодательство в сфере охраны здоровья граждан, обеспечения инфекционной безопасности населения. В рамках внедрения культуры безопасного труда на предприятиях республики разработана типовая корпоративная программа. Проводится информационная кампания, направленная на формирование культуры ответственного отношения к своему здоровью как к норме жизни. Внедряются разработки местных технологических компаний и биотехнологов. И многое другое.

Объявляя Год здоровья в Якутии, я преследовал цель, чтобы власть, общество и отдельный человек задумались о здоровье, о здравоохранении и наших способах решения существующих в этой сфере проблем. За год сделано многое, предстоит еще больше.

ТЕРРИТОРИИ ОПЕРЕЖАЮЩЕГО РАЗВИТИЯ НАУКИ

Последние несколько лет правительство Якутии последовательно инвестирует в развитие науки в регионе. Как ранее заявлял глава Якутии Айсен Николаев, «связь между здравоохранением и медицинской наукой в республике должна быть реализована, так как ученые должны помогать нашей медицине лечить людей, изобретать новые подходы в лечении, ориентированные на северный тип людей». Поэтому в 2019 году Якутия совместно с еще четырьмя регионами РФ — Чукоткой, Камчатским краем, Магаданской и Сахалинской областями — создала научно-образовательный центр (НОЦ)

«Север: территория устойчивого развития». Его главная цель — разработка и апробация технологий для повышения качества жизни в условиях Арктики. Местные ученые уже не одно десятилетие занимаются изучением вечной мерзлоты и холода, влияющих экстремальных температур на технические системы и живые организмы. В июле 2021 года НОЦ «Север» стал победителем конкурсного отбора межрегиональных научно-образовательных центров мирового уровня и вошел в число 15 российских центров, которые могут претендовать на гранты из федерального бюджета.

По словам главы республики, в ближайшее время в Якутии появится еще один центр научной мысли. «В рамках инновационного научно-технологического центра, который создадим по поручению президента Владимира Путина, должен появиться и биотехнологический кластер, и креативный кластер», — заявил Айсен Николаев. В качестве перспективного резидента будущего биотехнологического кластера господин Николаев отметил компанию, создавшую проект «искусственной печени», появление которого может спасти людей, находящихся в ожидании пересадки.

Здравоохранение

Злокачественный диагноз

Сегодня диагностика онкологических заболеваний перешла на другой уровень: развитие медицинских технологий значительно повысило процент раннего обнаружения злокачественных новообразований. А изучение факторов риска позволяет специалистам делать выводы о зависимости болезни от вредных привычек, разрабатывать концепции снижения вреда и здоровьесберегающего образа жизни.

— тенденция —

По данным Международного агентства по изучению рака, в 2020 году в мире зафиксировано примерно 19,3 млн новых случаев онкологических заболеваний. По статистике Минздрава, в 2019 году в России выявлен 640 391 случай онкологических патологий (по 2020 году цифры пока не опубликованы). Это на 2,5% превышает показатель 2018 года. Другими словами, в РФ на 100 тыс. населения приходится примерно 436 случаев злокачественных образований.

«Рост онкологических заболеваний наблюдается во всем мире, и чем выше уровень жизни в стране, тем, как правило, этот показатель больше», — заявил РБК генеральный директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр радиологии» Минздрава России, академик РАН, хирург-онколог Андрей Каприн. По его словам, это вызвано демографическими причинами и развитием науки и медицины, благодаря чему диагностика рака становится все более точной и эффективной.

«Население планеты растет и одновременно стареет. Чем старше человек, тем больше вероятность заболеть раком», — утверждает Андрей Каприн. Еще конкретнее говорит о проблеме заведующий онкохирургическим отделением опухолей кожи и мягких тканей Московского клинического научного центра Константин Титов. «Чем дольше человек живет, тем больше он контактирует с канцерогенами: курит, обгорает на солнце, употребляет в пищу фастфуд, сахар, копченые и жареные продукты, имеет хронические инфекции или ожирение», — цитирует эксперта РБК. Эти факторы риска отмечает и Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ): примерно одна треть случаев смерти от рака обусловлена курением, высоким индексом массы тела, злоупотреблением алкоголем, низким уровнем потребления фруктов и овощей, а также отсутствием физической активности.

По данным ВОЗ, самые распространенные виды рака (с точки зрения числа новых случаев) — это рак молочной железы, легких, толстой и прямой кишки, предстательной железы, кожи, желудка. По словам заместителя главного внештатного специалиста-онколога Москвы Ирины Андреевской, заболеваемость раком легких в РФ занимает второе место по распространенности (после рака молочной железы) и первое место по смертности. По данным врачей-онкологов, 90% больных раком легкого — бывшие курильщики. Об этом говорилось в ходе международного мультидисциплинарного симпозиума проекта PMI Science в рамках съезда онкологов и радиологов стран СНГ и Евразии в мае.

Дело — табак

В 30-х годах прошлого века аргентинский врач Анхель Роффо, директор-основатель Экспериментального института медицины по изучению рака в Буэнос-Айресе, провел эксперимент с поразительными результатами. В течение некоторого времени он натирал уши домашних кроликов веществами, выделенными из табачного дыма в результате дистилляции. В итоге эксперимента у подопытных кроликов появились злокачественные образования. Об этом опыте рассказал врач-онколог, маммолог, хирург Николай Климов на вебинаре «Персонализированный подход к пациенту с онкологическим заболеванием с учетом вредных привычек». Он привел в пример еще одно показательное исследование британского доктора Ричарда Долла, который более 50 лет наблюдал за здоровьем курящих врачей: в эксперименте участвовали 35 тыс. его английских коллег. Долл установил, что риск развития рака легких напрямую зависит от количества выкуриваемых сигарет за один день и повышается в 50 раз у тех, кто выкуривал более 25 сигарет в течение одного дня.

Многолетние наблюдения за большими группами добровольцев — мужчин и женщин — подтверждают, что вероятность развития онкологических патологий увеличивается под влиянием следующих факторов: ранний возраст начала курения, продолжительный стаж курения, суточная доза сигарет — 20 штук и более, злоупотребление спиртными напитками.

«Для развития рака легкого необходим временной период от 10 до 30 лет курения. Вместе с тем риск увеличивается в три-четыре раза при выкуривании более 25 сигарет в день. Наибольший риск развития болезни отмечен у мужчин, начавших курить в возрасте до 15 лет. Риск снижается после того, как человек бросает курить. Наибольшее снижение риска наблюдается в течение приблизительно пяти лет после отказа от курения», — подчеркнул Николай Климов.



Но, как известно, отказаться от сигарет задлго курильщикам не так-то просто. Они продолжают курить даже в больнице, справляясь со стрессом привычным способом. «Некоторые пациенты не чувствуют никакой дополнительной пользы от отказа от курения на этом этапе. Несмотря на заверение лечащих онкологов о возможности излечения, они скептически к этому относятся», — делает вывод хирург-онколог высшей категории Дмитрий Стрункин. А ведь известно, что курильщики со стажем больше рискуют попасть в отделение реанимации, у них чаще бывают послеоперационные осложнения, плохо заживают раны.

Более злокачественно протекает и рак пищевода, вызванный табакокурением: он чаще склонен к метастазированию, констатирует заместитель генерального директора по научной деятельности федеральной сети клиник экспертной онкологии «Евроонко», врач-радиотерапевт Денис Романов. «Курильщики хуже переносят лечение, хуже восстанавливаются. Частота достижения полных эффектов лучевой терапии у курильщиков ниже, чем у некурящих», — отмечает специалист.

«Потребление табака увеличивает риск развития рака полости рта, ротоглотки, гортаноглотки в четыре раза и более чем в десять раз — рака гортани. Курение и алкоголь увеличивают риск возникновения рака головы и шеи в 35 раз», — сообщила заведующая хирургическим отделением опухолей головы и шеи, доцент ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова» Минздрава России Замира Раджабова. — Особенно курение влияет на риск возникновения меланомы слизистой оболочки полости рта и носа. Это вызвано ингибиционными факторами — канцерогенами, которые проглатываются с дымом». После операции у курильщиков могут длительно заживать швы, увеличивая риск инфекций. Чаще всего за помощью в отказе от курения обращаются женщины, отметила врач в своем докладе на научно-практической конференции «Амбулаторная онкология и сопроводительная терапия».

В России в 2020 году рак носоглотки был диагностирован более чем в 90 тыс. случаев — такие данные привела Замира Раджабова. К сожалению, часто пациенты обращаются к врачу уже на последних стадиях болезни. Исключение составляет рак губы: он заметнее, поэтому в 85,6% случаев пациенты приходят к онкологу на первой и второй стадиях заболевания.

Альтернатива есть

Безусловно, лучше всего полностью отказаться от курения. Чем больше канцерогенов попадает в организм человека вместе с табачным дымом, тем выше вероятность развития онкологических заболеваний. При этом у курильщика страдают не только органы дыхания. Канцерогены, содержащиеся в табачном дыме, вызывают примерно 15 форм рака. Влияние курения на смертность подтверждают и данные Минздрава: более 16% смертей в России так или иначе связаны с курением, особенно в случае с онкологическими заболеваниями. К сожалению, не все пациенты отказываются от табакокурения даже после установления онкологического диагноза. Для таких пациентов возможно использовать концепцию снижения вреда, суть которой заключается в минимизации вредного воздействия, которое невозможно полностью устранить.

На российском рынке уже несколько лет назад появились научные разработки, предоставляющие менее вредный способ доставки никотина. Это электронные системы нагревания табака, которые, по данным раз-

личных исследований, снижают вред от табакокурения в среднем на 95% по сравнению с традиционными сигаретами. В таких устройствах табак не сжигается, а нагревается до температуры, не превышающей 350 градусов. Научно доказано, что на возникновение злокачественных образований влияет не сам никотин, а именно продукты горения табака. В результате нагревания табака вместо токсичных продуктов горения вырабатывается менее вредный аэрозоль. В 2020 году Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов США выдало разрешение на продажу электронной системы нагревания табака производителя Philip Morris International в статусе продукта с пониженным воздействием. При выдаче разрешения отмечалось, что продажа этого продукта на рынке США соответствует целям улучшения общественного здоровья.

«Лучший способ минимизировать риск заболеваний, связанных с курением, — это вообще никогда не начинать курить. Для нынешних курильщиков, которых около 1 млрд человек во всем мире, лучший и единственный шаг, который они могут предпринять для снижения риска здоровью, — это полностью отказаться от табака и употребления никотина. Для взрослых курильщиков, которые в противном случае продолжили бы курить, переход на научно обоснованные бездымные альтернативы может снизить риск развития серьезных заболеваний, связанных с курением», — отметила управляющий по научно-исследовательским вопросам аффилированных компаний «Филип Моррис Интернешнл» в России Елена Волкова. — Снижение связанного с табаком вреда на уровне населения с помощью менее вредных альтернатив зависит не только от абсолютного риска для человека, употребляющего этот продукт, но и от его принятия взрослыми курильщиками. Наибольшее положительное влияние на здоровье населения будет оказано тогда, когда как можно больше курильщиков полностью бросят курить. Или если взрослые, которые в противном случае продолжали бы курить, перейдут на продукты со сниженным риском вместо того, чтобы продолжать употреблять обычные сигареты».

Елена Волкова подчеркнула, что не все табачные и никотинсодержащие изделия одинаковы. Наносимый здоровью вред можно представить в виде пирамиды рисков, где курение табака дает самый высокий риск, а отказ от никотина и табачных изделий — самый низкий. «Продукты, в которых отсутствует горение табака, вероятно, будут гораздо менее вредной альтернативой продолжению курения. Исследование Национального института общественного здоровья и окружающей среды Нидерландов, проведенное в 2020 году, выявило, что аэрозоль системы нагревания табака содержит в 10–25 раз меньше канцерогенов, чем дым сигарет», — сообщила Елена Волкова.

Психолог в помощь

Онкологическое заболевание может разрушить человека не только в физическом плане, но и в психическом — далеко не каждый человек может справиться с внезапным диагнозом, с осознанием реальной угрозы жизни, с ощущением беспомощности. Поэтому помимо хирургического и медикаментозного лечения необходимы и другие меры поддержки психического и физического здоровья пациентов.

В психиатрии и психотерапии появилось новое направление — психоонкология, призванное изучать психологические расстрой-

ства, связанные с онкологическими заболеваниями. Диагноз врача-онколога звучит для человека как приговор — многие теряются, не знают, что теперь делать, куда обратиться, начинают прибегать к сомнительным методам лечения. Также огромный стресс переживают близкие пациента. Врачи-психоонкологи анализируют культурные и социальные связи пациентов, психологические и психические аспекты их состояния на разных стадиях онкологических заболеваний, чтобы мотивировать к лечению, помочь справиться с депрессивным состоянием. «От своих внутренних переживаний мы уходим в зависимости, прибегаем к курению и алкоголю. Как правило, работать приходится с женщинами с раком молочной железы», — рассказала врач-психоонколог, суицидолог федеральной сети клиник экспертной онкологии «Евроонко» Ирина Мансурова на вебинаре «True Detective. Зарисовки онкопсихолога». — Они часто также отличаются социальным поведением: слишком сосредоточены на своих партнерах, боятся их потерять. Я объясняю своим пациентам, что надо жить и чувствовать, искать опору в себе».

Ежегодно в мире регистрируется около 13 млн впервые выявленных пациентов с онкологическими заболеваниями, и 1,2 млн из них приходится на заболевания органов репродуктивной системы. Наибольший удельный вес по структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения России имеют злокачественные образования органов репродуктивной системы: они составляют практически 40%.

«У каждого онкопациента есть свое онкогенное поведение», — утверждает Ирина Мансурова. К основным факторам риска она относит психологические травмы, депрессии, вредные привычки как способ уйти от реальности, чувство вины, ощущение ненужности, чрезмерные нагрузки. «Женщины, склонные пребывать в подавленном состоянии, обычно переполнены меланхолией и заболевают раком чаще жизнерадостных женщин. Им свойственны невротические рамки, долгая печаль, тяжелое переживание жизненных трагедий, провоцирующие выраженную тревожность и депрессию», — констатирует Ирина Мансурова. В то же время она отмечает: если научить пациента бороться онкогенное поведение, справляться со стрессом, ценить себя, избавиться от зависимости, могут появиться силы бороться с болезнью. «Задача онкопсихолога во многом — это научить пациента по-другому реагировать на различные события и ситуации», — говорит специалист. — Детские острые и хронические стрессовые события имеют неслучайные психотравмы и внутриличностные конфликты, в результате появляются сложности в осознании своих чувств, подавление отрицательных эмоций, чрезмерная ответственность, зависимость от мнения других. Такие пациенты часто склонны заесть, закурить или запить свой стресс». Но любые зависимости и потребности можно заменить. Когда человек, например, курит или съедает пирожное, он получает удовольствие. Нужно найти замещающее действие, которое может давать такие же положительные эмоции, считает врач: «У человека должна быть отдушина или, например, самогипноз, состояние расслабления, медитация».

«Работа психолога не до конца оценена в разрезе онкологии», — утверждает заместитель генерального директора по научной деятельности федеральной сети клиник экспертной онкологии «Евроонко», врач-радиотерапевт Денис Романов. — А без специалиста такого профиля невозможно обходиться. Это огромный пласт работы».

Мифы и реальность

Сегодня все чаще говорят о том, что рак «молодеет». Но есть здесь один парадокс, который специалисты объясняют примерно одинаково. «Наука дает врачам все больше методов распознавания рака во всех его проявлениях, особенно на ранних стадиях, поэтому говорят, что рак «помолодел». Мы просто научились его раньше обнаруживать», — заявил РБК Андрей Каприн. — Например, сейчас благодаря специальному анализу выявляют на ранних стадиях рак предстательной железы у молодых людей. «Но это потому, что мы его стали распознавать без клинических симптомов. Раньше мы многие опухоли только пальпировали, теперь «умная» аппаратура их видит даже размером с просяное зернышко», — рассказал специалист в интервью «Ъ» в 2018 году (подробнее см. «Ъ» от 5 февраля 2018 года).

«В последние годы наблюдается изменение профиля пациента, страдающего раком языка: ранее это были в основном мужчины старше 50 лет. Сейчас это больше молодые женщины. Увеличение заболеваемости раком языка среди пациентов до 45 лет, особенно среди женщин, — реальный «синдром рака языка у молодых». Динамика заболеваемости плоскоклеточным раком органов головы и шеи в зависимости от пола за последние десятилетия говорит о том, что среди мужского населения наблюдается значительное снижение частоты рака гортани, но присутствию некоторых увеличений за счет вируса папилломы человека рака ротоглотки», — отметил профессор, доктор медицинских наук, хирург-онколог, заведующий отделением опухолей головы и шеи ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина Михаил Кропотков, выступая на Российском онкологическом конгрессе.

«За 32 года (с 1980-го по 2012-й) отмечено увеличение частоты заболеваемости раком языка среди женщин до 45 лет на 382%. По поводу причин увеличения случаев заболевания среди молодых женщин были разные предположения: и вирусная теория, и иммунодефицитные состояния, и наследственность. Ничего из этого не подтвердилось. Также были проведены исследования на предмет того, что, возможно, дело в гормональных нарушениях, гормональных контрацептивах, в реакциях на стрессы, факторах окружающей среды, но достоверных причин выявлено не было», — сообщил профессор Кропотков.

Специалисты во всем мире отмечают раннее появление отдельных видов опухолей. Например, исследователи из Медицинского центра университета Эразма Роттердамского выяснили, что в Европе и США с 2008 по 2016 год на 7,4% возросло количество случаев рака кишечника среди молодых людей 20–39 лет, назвав в числе факторов риска неправильное питание и, как следствие, ожирение. Об этом писала британская газета The Guardian в 2018 году.

Сегодня доказано: около 30–50% онкологических заболеваний поддаются профилактике. Для этого надо исключить факторы риска или по крайней мере свести их к минимуму. В наши дни существуют научно обоснованные стратегии профилактики. Огромное значение для своевременного лечения онкологических заболеваний имеет и ранняя диагностика, возможная при современном состоянии медицины. Опыт врачей-онкологов и научные данные говорят о том, что многие виды рака поддаются излечению, если выявлены на ранних стадиях.

Елена Федотова

здравоохранение

Телемедицина ждет назначений

Популярность телемедицинских сервисов на фоне прошлогодних локдаунов и даже после снятия ограничений продолжает расти. За прошлый год ими воспользовались более 5 млн человек, а по итогам 2021 года рынок этих услуг может достигнуть 10 млрд руб., считают эксперты. Основные поставщики этих услуг считают, что развитию направления мешает действующий запрет на постановку диагноза на первичной консультации — сейчас самым востребованным типом таких услуг.

— тенденция —

Пандемия стала поворотным моментом для игрового рынка, пробующих вывести свои услуги, в том числе медицинские, в онлайн. По оценкам источников «Ъ» в IT-компаниях, объем телемедицинских услуг в денежном выражении может вырасти в три раза по сравнению с допандемийным уровнем и достигнуть 10 млрд руб. к концу 2021 года. Из-за регулярных волн заболеваемости COVID-19 и страха инфицирования пациенты стали избегать посещения медицинских центров. В такой ситуации им приходилось откладывать прием у врача до стабилизации эпидемиологической обстановки либо общаться с врачом онлайн. Клиники, в свою очередь, стремясь сохранить поток пациентов, стали активнее предлагать дистанционные консультации через интернет и включили их в пакеты ДМС.

В «Медси» отмечают, что максимальный рост числа обращений пользователей их телемедицинского сервиса SmartMed пришелся на прошлый год. Тогда им воспользовались более 35 тыс. раз — на 300% больше, чем в 2019 году. Число скачиваний сервиса SmartMed за прошедшие 11 месяцев текущего года превысило 1 млн, добавили в «Медси». Всего, по подсчетам аналитиков EverCare, в прошлом году за телемедицинской помощью обратились более 5 млн россиян, а число пользователей таких приложений превысило 10 млн. Дмитрий Гапонов, операционный директор и сооснователь телемедицинского сервиса iBolit (сотрудничает более чем с 300 клиниками, включая АО «Медицина»), отмечает, что и после снятия ограничений популярность онлайн-консультаций только росла: к декабрю 2020 года активность пациентов была такой же, как в весенний локдаун, по итогам всего 2020-го число онлайн-консультаций на платформе выросло в восемь раз, а за десять месяцев текущего года — еще на 80% год к году. В «СберЗдоровье» сообщили о 350 тыс. консультаций, проведенных за январь—сентябрь 2021 года, что на 177% больше, чем за аналогичный период прошлого года. «Во-первых, многие пациенты оценили удобство онлайн-формата и продолжили его использовать. Во-вторых, врачи, которые ранее скептически относились к консультациям онлайн, теперь убедились, что в работе на телемедицинской платформе нет ничего сложного. В нашей практике были интересные случаи, когда клиника, впервые запуская у себя телемедицинские услуги, была заранее готова возвращать пациентам деньги, если бы они оказались недовольны результатом. В итоге же клиника ни разу не столкнулась с необходимостью возврата средств», — рассказывает господин Гапонов.

По словам Антона Никольского-Волконского, директора по цифровым продуктам медицинского онлайн-сервиса «СберЗдоровье», самыми востребованными услугами сервиса в этом году стали консультации терапевта, гинеколога, дерматолога, а также психолога и психотерапевта. В iBolit добавляет, что большой популярностью пользуются консультации педиатров. Это связано с тем, что у матерей в первые годы жизни ребенка, особенно первого, постоянно появляется огромное количество вопросов о здоровье малыша, которые раньше требовали постоянного очного посещения поликлиники, пояснили там.

Сейчас медицинские онлайн-сервисы представлены двумя видами консультаций: первичных обращений, работающих по модели медицинского Uber, где пациент выбирает себе нужного специалиста, а ему отвечает первый освободившийся врач, и повторного обращения, когда пациент общается онлайн со своим лечащим врачом уже после очного приема. Стоимость первичной консультации врача из колл-центра составляет около 1 тыс. руб., а для узких специалистов обычно соответствует стоимости очного приема и может достигать 4 тыс. руб. и



более в зависимости от квалификации врача и целевой политики клиники, пояснили «Ъ» опрошенные представители клиник. Большинство известных телемедицинских сервисов также позволяют получать услуги в рамках ДМС или предоставляют возможность приобретения пакетов консультаций («Яндекс.Здоровье», «Сбер.Здоровье»).

Сегодня лидером мирового рынка телемедицины являются США, где после объявления пандемии доля консультаций врачей онлайн выросла до 10%. Это связано со снятием запрета на постановку диагноза и назначения лечения на первичном онлайн-приеме, а также возможностью оплаты таких консультаций из средств страховых программ, поясняет директор по цифровой трансформации ГК «Медси» Александр Пилипчук. В России пока действует запрет на постановку диагноза при первичном онлайн-приеме, а его оплата из средств ОМС невозможна и производится пациентами за собственный счет. В то же время именно первичные приемы терапевтов пользуются большим спросом, а необходимость очного посещения врача для получения диагноза, назначения лекарств и анализов сводит ценность такой консультации к нулю, замечает Дмитрий Гапонов.

Согласно приказу Минцифры об утверждении методики расчета целевых показателей «Цифровой трансформации», количество медицинских консультаций онлайн должно достичь 50% к 2030 году. Сейчас правительством прорабатывается трехлетний эксперимент, который позволит клиникам и телемедицинским платформам, удовлетворяющим определенным условиям, ставить диагноз пациентам уже на первичном онлайн-приеме, а также корректировать диагноз, поставленный другим врачом ранее. Отбором участников в эксперименте занимается АНО «Цифровая экономика», где «Ъ» сообщили, что принять в нем участие хотели бы все коммерческие медорганизации. Пока положительное решение было принято по заявкам на участие, поступившим в октябре от ГК «Медси», «Сбера» и «Доктор рядом» (телемедицинский проект «Ниярмедик» и ВЭБ.РФ). Последний участник совместно с правительством Ивановской области уже запустил пилотный проект по оказанию телемедицинских услуг

по полису ОМС с постановкой диагноза на первичном приеме. В «Доктор рядом» планируют выдавать назначения на анализы и направления к узкопрофильным специалистам до конца текущего года. В «Цифровых решениях» добавляет, что тиражирование опыта подобных проектов станет возможным не раньше, чем через три года после проведения эксперимента.

По оценкам Александра Пилипчука, в случае снятия запрета на постановку диагноза телемедицинскими специалистами доля онлайн-консультаций могла бы вырасти на 5–7%. Первичный прием доктора онлайн при адекватной стоимости пользовались бы большим спросом у россиян, согласен гендиректор DSM Group Сергей Шуляк. По его мнению, в России сейчас существует большой неудовлетворенный спрос на первичную медпомощь в удаленных регионах и небольших населенных пунктах, а телемедицина могла бы стать альтернативой самостоятельному поиску диагнозов и способов лечения в интернете. «Пациенты не любят идти в поликлинику из-за очередей, ожидания записи, и врач на онлайн-консультации при легких случаях мог бы дать адекватную рекомендацию, а в тяжелых — мотивировать пациента посетить узкого специалиста очно», — резюмирует эксперт.

У телемедицинских сервисов сейчас есть еще один существенный недостаток, ограничивающий круг проблем, с которыми пациенты могут обратиться к доктору онлайн, замечает директор по развитию RNC Pharma Николай Беспалов. Формально врачу никто не может запретить «рекомендовать» какие-либо лекарства, но назначить даже безрецептурные средства официально он сможет только очно. Доставка лекарств сейчас тоже разрешена только для безрецептурных препаратов, добавляет эксперт. Игроки рынка, опрошенные «Ъ», считают, что пока невозможность назначения и ограничения на доставку лекарств не являются критичными. Однако признают, что по мере снятия ограничений на работу телемедицинских сервисов возможна интеграция с аптеками и системой электронных рецептов позволит пациенту свести очные визиты к врачу и в аптеку к минимуму.

Александр Осипов

«Спутник» защищает независимо

— наука —

Недавний мониторинг РАНХиГС показал, что к октябрю уровень вовлеченности взрослого населения страны в вакцинацию вырос вдвое по сравнению с маем 2021 года: с 25,9% до 53,2%. Прививку охотнее делают люди с высшим образованием, старше 34 лет, имеющие работу. Однако, отмечают социологи, несмотря на «очевидные успехи» прививочной кампании, каждый четвертый респондент не собирается прививаться от COVID-19. Исследование центра социального проектирования «Платформа» в конце июня показало похожие результаты: 17% точно не будут делать прививку, 23% — скорее всего, не будут. Среди главных причин: страх перед долгосрочными последствиями для здоровья (40%) и сомнение в эффективности вакцины (30% полагают, что заболеть COVID-19 можно даже с прививкой).

Основатель «Платформы» социолог Алексей Фирсов полагает, что критиков вакцинации в России гораздо больше: «Всех тех, кто по разным причинам не привился (официально в России завершили вакцинацию чуть более 60 млн человек, или около 50% взрослого населения — «Ъ»), можно отнести к группе не желающих вакцинироваться. Более того, некоторые из тех, кто привился, сделали это не по своей воле и также являются критиками вакцинации. Не надо питать иллюзий, что это малая группа», — говорит господин Фирсов. По его мнению, идейных противников вакцинации действительно 20–25% и этих людей не смогут переубедить даже ученые. «Для массового населения все эти исследования еще не аргумент просто потому, что они их не видят. Любой интеллектуальный продукт нужно презентовать. У нас это часто заменяется разными шоу типа экскурсий в «красную зону». Вторая причина — кризис доверия и связанные с ним аргументы, что все исследования и их авторы куплены», — продолжает Алексей Фирсов. — Наконец третья причина, фундаментальная, на мой взгляд: научные данные говорят об эффективности вакцинации в коротком временном диапазоне, здесь и сейчас, тогда как критиков в большом проценте случаев беспокоят долгосрочные последствия».

Елена Савинова, соучредительница АНО по развитию и поддержке вакцинопрофилактики «Коллективный иммунитет», автор научно-популярных статей и блога «О прививках без истерик», призналась, что даже для нее (хотя она давно «в теме» критиков вакцинации вообще) стало неожиданностью, сколько именно людей в России не хотят прививаться и не верят в пандемию, несмотря на ежедневные сводки о заразившихся, госпитализированных и умерших. Кроме того, отмечает она, большая доля людей считает, что вирус был создан искусственно, чтобы уменьшить население планеты. При этом ей «не хотелось бы» основной причиной такого скептицизма называть недоверие к власти. «Выделение какой-то одной, даже двух главных причин кажется уходом от понимания того, насколько эта проблема важна. Я сейчас скорее прихожу к выводу, что даже наличие высшего образования, возможно, не такую важную, как казалось бы, роль играет, когда люди принимают решение, вакцинироваться или нет. Возможно, это глубинные черты характера, основополагающие черты личности, которые, в том числе генетически, передаются от родителей к детям», — говорит госпожа Савинова. Она полагает, что «надо принять как данность», что в России «много людей» не хотят прививаться не только от коронавируса, но и от других болезней, и «прямо сейчас с этим вряд ли можно что-то сделать».

Исследования, но не одно, а «целый пласт», по ее мнению, могли бы переубедить сомневающимися, однако на это может понадобиться время: «И тут главное, что такой человек действительно должен быть открыт к разной информации и хотеть ее воспринимать».

Отметим, в конце ноября АНО «Коллективный иммунитет», а также ряд ученых, медиков и «активных людей» подготовили петицию, в которой попросили правительство РФ открыть подробные данные о пандемии и вакцинации от COVID-19. На основании законов и нормативно-правовых актов они потребовали наполнить уже существующие порталы актуальными подробными данными, «чтобы любой желающий мог получить ответ на вопросы» о том, как переносятся вакцины у людей разных возрастов и с разным здоровьем, а также насколько эффективны вакцины от заражения, легкого течения заболевания, госпитализации и смерти. «Сейчас опубликована лишь малая толика той информации, что собирается о пандемии, а также о ходе вакцинации и эффективности и безопасности вакцин», — говорится в петиции. — «Закрытость государства существенно затрудняет открытый разговор с теми, кто сомневается в вакцинации. Нам нужны открытые данные, чтобы в заявлениях о сравнении рисков разных событий после вакцинации и при ковиде, о том, что эффективнее — прививаться или не прививаться, мы могли опираться на конкретные числа, полученные из реальной практики».

Наталья Костарнова

COVID-19 ПЕРЕСЧИТАЛ УМЕРШИХ

На фоне недостаточно высоких темпов вакцинации в России продолжает расти число умерших в результате заражения коронавирусом. Такой вывод можно сделать из данных Росстата, которые ведомство представило на прошлой неделе.

Так, в октябре коронавирус стал основной причиной смерти 58 822 человек в России, еще в 9912 случаях он предполагается как основная причина смерти (для подтверждения требуются дополнительные медицинские исследования). Кроме того, в 1141 случае коронавирусная инфекция, не являясь основной причиной, повлияла на летальный исход, а у 5018 умерших коронавирусом был выявлен, но их смерти не связаны с ним. Представляя данные за октябрь, Росстат уточнил статистику за сентябрь: число умерших непосредственно от COVID-19 выросло до 40 172 человек. Таким образом, всего за десять месяцев 2021 года от коронавируса и связанных с ним осложнений в РФ скончались более 300 тыс. человек. По итогам прошлого года этот показатель был почти в два раза ниже: за апрель—декабрь 2020 года в РФ умерли 160 291 человек, у которых был обнаружен коронавирус (из них 94 223 человека умерли непосредственно от него).

С начала текущего года смертность в РФ по сравнению с аналогичным периодом прошлого года возросла на 19,1%. Смертность в России в октябре 2021 года на 20,3% превысила показатель прошлого года, сообщила журналистам вице-премьер Татьяна Голикова. «Из общего прироста смертности в октябре текущего года более 100% приходится на смертность от COVID-19, при этом смертность от других заболеваний снизилась на 6,2%», — сказала она. Важнейшими мероприятиями по снижению смертности от COVID-19, как напомнила вице-премьер, являются соблюдение ограничительных мероприятий и вакцинация.

Из-за прироста числа умерших естественная убыль населения в России в январе—октябре 2021 года, как подсчитал Росстат, выросла на 71,6% по сравнению с январем—октябрем 2020 года, составив 802,8 тыс. человек. Число умерших в РФ в январе—октябре 2021 года увеличилось на 18,7% — до 1 млн 972,7 тыс. человек с 1 млн 661,4 тыс. в январе—октябре 2020 года. Число родившихся в январе—октябре 2021 года снизилось на 2% — до 1 млн 169,9 тыс. с 1 млн 193,4 тыс. в январе—октябре 2020 года.

Отметим, что, хотя статистика уже фиксирует прирост числа умерших вследствие коронавируса в текущем году по сравнению с 2020 годом, оценить, каковы демографические итоги РФ на фоне других стран, можно будет только уже в следующем году. В 2020 году, напомним, по данным из The Human Mortality Database, по относительному росту числа умерших по сравнению с 2019 годом Россия оказалась на шестом месте в мире после Испании, Польши, Словакии, США и Бельгии. В то же время РФ оказалась на гораздо более высоком месте в рейтинге стран с учетом потерь ожидаемой продолжительности жизни: для россиян этот показатель сократился на 1,8 года, что свидетельствует в пользу того, что в основном они умирали от коронавируса, будучи моложе 45 лет.

МНЕНИЕ

БОРИС ЗИНГЕРМАН, генеральный директор ассоциации искусственного интеллекта в медицине ИБМЗ, о телемедицине в эпоху после COVID:

— Все говорят, что пандемия подтолкнула развитие телемедицины, но так ли это в России? Карантины, закрытие и перепрофилирование медицинских учреждений действительно способствовали выходу из тени телемедицинских технологий. Для их поддержки во многих странах были приняты экстренные законодательные решения. Так, в США в апреле 2020 года президент издал указ, снимающий ограничения на технические инструменты, используемые в телемедицине (общедоступные мессенджеры, средства видеоконференцсвязи и др.), а также закрепляющий оплату телемедицинской помощи (за счет страхового покрытия) по тем же ценам, что и очных медицинских услуг. Именно этот шаг обеспечил огромный всплеск телемедицины в ковидный период. Однако врачебное сообщество гадало, сохранится ли такой механизм в постковидную эру. И вот две недели назад в палату представителей был подан законопроект (поддержанный и демократами, и республиканцами), закрепляющий этот механизм оплаты на будущее. Во Франции недавно было принято аналогичное решение. Судя по этим примерам, для многих государств ключевым является именно вопрос оплаты телемедицины.

Ключевой он и в России, но... У нас его практически не обсуждают. В отличие от других стран, никаких экстренных законодательных решений принято не было. Хотя их многие ждали, собирались различные рабочие группы, при этом даже весьма влиятельные. И только летом 2021 года в составе закона-спутника



к закону об экспериментальных правовых режимах были приняты дополнения к статье 36 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья в РФ». Эти изменения допускают снятие достаточных жестких ограничений с телемедицины внутри «цифровых песочниц», но только для медицинских организаций частной системы здравоохранения. Причем для усиления эффекта специально добавлено: «Финансовое обеспечение оказания гражданам медицинской помощи с применением телемедицинских технологий в рамках экспериментального правового режима не может осуществляться за счет средств бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования». Особенно странно, что во всем законе-спутнике ни одна другая возможность создания ЭПР (медицинская или нет) не ограничивается таки-

ми «финансовым строгостями». Телемедицина и тут оказалась на особом положении. Сейчас рассматривается инициативное предложение чисто «телемедицинской» ЭПР, предложенное группой частных компаний, но и оно получило отрицательный отзыв Минздрава.

В целом именно отсутствие четко понимаемых моделей финансирования телемедицины (на фоне жестких законодательных ограничений ее использования) приводит к тому, что всплеск телемедицинских надежд и телемедицинских платформ, возникших в 2017 году после принятия соответствующих статей в законе, явно выдыхается. И в терминах прививочной гартнеровской кривой инноваций телемедицина сейчас проваливается в самую середину «пропасты разочарования».

Даже ее апологеты все чаще говорят, что телемедицина «финансово неэффективна» ни в государственном здравоохранении (где она просто отсутствует в ОМС), ни в частном. Вино тому и миф, тиражируемый СМИ, что телемедицинская консультация должна быть дешевле очной. Безусловно, она не так эффективна, как очная (особенно с учетом запрета на постановку диагноза и назначения лечения). Но для врача в части затраты времени и усилий она, пожалуй, даже дороже. Ведь у него нет в руках привычных «очных инструментов» — возможностей пальпации, аускультации, перкуссии, да и сам дистанционный процесс общения отнимает у врача больше времени.

Таким образом, для использования телемедицины в привычной форме «телемедицинской консультации» остается очень узкая площадка, удобная тем, что пациент может куда-то ехать, но очень ограниченная по решаемому

кругу вопросов и эффективности. Но здесь фактически речь идет о привнесении новой коммуникационной составляющей в привычный прием врача. В общем, здесь не ничего нового, просто вместо того, чтобы прийти к врачу в кабинет, пациент приходит к нему «лицом в компьютер». И, похоже, недостатков у такого способа больше, чем достоинств.

Но есть и другие направления телемедицины, приносящие новую ценность, которой сегодня в медицине просто нет, — это дистанционный мониторинг пациентов. Эта технологическая новация позволяет обеспечить постоянное наблюдение, контроль и информационную поддержку пациента его лечащим врачом в домашних условиях. И такая отсутствующая сегодня медицинская услуга будет крайне востребована пациентами, которые выписались из стационара после операции, хроническими больными, онкологическими и орфанными пациентами, проходящими дома длительное и сложное лечение, беременными женщинами, маленькими детьми и пожилыми гражданами, постоянное наблюдение за здоровьем которых крайне важно. И в этом сегменте кроме телемедицины будут большую роль играть интернет-вещи (всевозможные гаджеты и медицинские изделия), а также искусственный интеллект, который сможет освободить врача от рутинных, алгоритмизируемых функций мониторинга. Врачей ведь больше не становится, а их «естественный интеллект» будет очень востребован для решения сложных медицинских проблем пациента, которые вывиг интеллект искусственный.

Видимо, в этом направлении и стоит ожидать телемедицинских прорывов, которые значительно изменят сам характер здравоохранения.