



3

Тематическое приложение к газете **Коммерсантъ**

Здравоохранение

Среда 18 апреля 2018 №67 (6305 с момента возобновления издания)

kommersant.ru

15

Как за десять лет в России смертность от инсульта снизилась наполовину

16

На чьи деньги будет реализована программа установки 30 тыс. автоматических наружных дефибрилляторов

18

В июне на белгородском фармзаводе запускается полный цикл производства легендарного препарата для женщин



Резонансное дело гематолога Елены Мисюриной — только одно из череды «дел врачей», количество которых продолжает расти. К урегулированию разногласий между врачами и пациентами оказались не готовы ни системы правосудия и здравоохранения, ни общество (пациенты). У каждой стороны свое представление о врачебной ошибке. Со всей очевидностью это показал проведенный специально для «Ъ» агентством Top of Mind MR&C опрос, в котором приняли участие более 400 врачей со всей страны.

Дело врачей

— протокол —

Следственный эксперимент

Приговоренная 22 января к двум годам лишения свободы врач-гематолог Елена Мисюрина осуждена по ст. 238 УК РФ (оказание услуг, не отвечающих требованиям безопасности и повлекших по неосторожности причинение тяжкого вреда здоровью либо смерть человека). В 2013 году Елена Мисюрина сделала 55-летнему пациенту диагностическую процедуру — трепано-биопсию. Спустя четыре дня мужчина скончался. Эксперты не уверены в том, что врач будет в итоге оправдана. Дело московского гематолога привлекло внимание к «медицинским делам», подняло на ноги медицинскую общественность, в очередной раз обострило взаимоотношения между Следственным комитетом России (СКР) и Генпрокуратурой, а также выявило агрессивное отношение и недоверие пациентов к врачам.

За последние пять лет по статистике Генпрокуратуры число уголовных дел в отношении медиков возросло почти в шесть раз — с 311 в 2012 году до 1791 в 2017 году. «Настораживает рост количества именно уголовных дел. В гражданском суде ответчиком является медицинская организация (хотя фактически вред причиняется конкретным сотрудником), а наказанием служит денежная компенсация. Уголовное дело даже не требует заявления потерпевших или их представителей и может быть возбуждено по решению органов дознания и следствия. Ответчиком обязательно выступает физическое лицо. В качестве наказания за преступления нередко используется лишение свободы как единственно возможный способ исправления виновного и предупреждения совершения им новых преступлений. Однако представляется, что цели данного наказания крайне сомнительны по отношению к медицинским работникам как минимум потому, что, за исключением редких и совсем уж вопиющих слу-



За последние пять лет по статистике Генпрокуратуры число уголовных дел против медиков возросло почти в шесть раз — с 311 в 2012 году до 1791 в 2017-м

чаев, врач неумышленно причиняет вред жизни или здоровью пациента», — говорит Полина Габай, юрист-консульт по медицинскому праву, генеральный директор компании «Факультет медицинского права». Во многих странах наказанием для врачей чаще всего является запрет на работу по специальности (и это очень тяжелое наказание), а ответственность медиков страхуется.

Резкое увеличение числа уголовных дел после 2015 года доктора связывают с указанием главы Следственного комитета Александра Бастрыкина усилить борьбу с врачебными ошибками. После того как в октябре СК предложил ввести в Уголовный кодекс специальную статью о ненадлежащем оказании медицинской помощи, медработники объединились в Лигу защиты вра-

чей. По данным РБК, «врачебные преступления» вошли в категорию особо контролируемых наряду с делами по коррупции и терроризму. В официальных заявлениях Следственного комитета РФ представитель ведомства Светлана Петренко «негативную тенденцию, связанную с привлечением к уголовной ответственности врачей», отрицает, объясняя увеличение количества дел обращениями граждан, на которые ведомство «не может не реагировать». Генпрокуратура критикует СКР за возбуждение дел «без достаточных оснований и с неверной квалификацией».

Медицинское сообщество единодушно выступило в защиту Елены Мисюриной, но ее дело стало для врачей предупреждением: 85% опрошенных врачей знают о нем, 60% из них считают, что вынесенный коллеге приговор окажет влияние на принимаемые ими решения в рамках профессиональной деятельности. Больше 43% участников дали по-

ложительный ответ на вопрос «Привлекали ли вас когда-нибудь к экспертизе врачебных ошибок?».

Добросовестное заблуждение

„Ъ“ выяснял, что такое врачебная ошибка. В опросе, проведенном с помощью онлайн-панели агентства Top of Mind MR&C, приняли участие более 400 врачей разных специальностей из больших и малых городов России, работающих в стационарах и амбулаториях, в муниципальных государственных и частных медицинских учреждениях. Врачей попросили анонимно ответить на вопрос о вероятности врачебной ошибки и ее причинах, о юридических проблемах, с которыми они сталкиваются в своей практике, а также оставить комментарии.

Осложнения и побочные эффекты в процессе лечения, как и риск неблагоприятного исхода, — неотъемлемая часть медицин-

c14

Соблазн контракта

— торги —

ФАС проанализировала состояние торгов и контрактов на поставку лекарственных средств и изделий медицинского назначения. И за 2015–2017 годы возбудила сотни дел о картельных сговорах в 82 регионах страны. Речь идет не только о сговорах между собой хозяйствующих субъектов, но и о сговоре между участниками торгов, которые зачастую договариваются с государственными заказчиками, что в принципе запрещено.

Признаки сговора

За три года признаки картельных сговоров выявлены при проведении более 6 тыс. аукционов с общей суммой начальных (максимальных) цен контрактов более 25 млрд руб. на территории 82 субъектов РФ. ФАС не нашла признаков картелей в сфере закупок для нужд здравоохранения лишь на Чукотке, в Севастополе и Крыму.

Антиконкурентные соглашения распространяются практически на все фармацевтические группы лекарственных препаратов и практически на все виды изделий медицинского назначения. Примерно 70% картелей занимаются закупками лекарственных средств и 30% — закупками изделий медицинского назначения. Участниками антиконкурентных соглашений являются десятки компаний-производителей, официальные дистрибуторы и заказчики. При проверках обнаружены признаки коррумпированности должностных лиц медицинских учреждений.

Прежде всего это сговор на торгах, когда участники торгов договариваются не конкурировать между собой, не подавать ценовые предложения либо договариваются между собой о разделе аукционов и ло-

c18

Уязвимая популяция

— диагноз —

Туберкулез — одна из десяти основных причин смертности в мире. Россия, как и 120 стран, подписавших Московскую декларацию по ликвидации туберкулеза, намерена к 2030 году снизить в стране до минимума показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза. Тенденция позитивна: в сравнении с 2016 годом число больных в 2017 году снизилось на 9,4%, смертность — на 17,3%. Однако эксперты указывают на ряд серьезных факторов, которые ставят под сомнение реальность планов.

Диаскинтест в действии

По данным ВОЗ за 2016 год, Россия входит в число стран с высокой заболеваемостью и смертностью от туберкулеза наряду с Эфиопией, Кенией, Лесото, Намибией, Объединенной Республикой Танзания, Замбией и Зимбабве.

И это на фоне того, что в России на протяжении последних лет стремительно сокращается заболеваемость и смертность от туберкулеза. По предварительным данным ЦНИИОИЗ (Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения), только в 2017 году общая заболеваемость упала в сравнении с 2016 годом на 9,4%, смертность — на 17,3%. Среди детей в возрасте до 14 лет заболеваемость снизилась на 14,2%, в возрасте 15–17 лет — на 9,6%.

«Это самые высокие в мире темпы сокращения заболеваемости и смертности: в мире данная величина составляет 1,5% в год по заболеваемости и около 2% — по смертности, — отметила директор Национального медицинского исследовательского центра фтизиопульмонологии и инфекционных заболе-



Тенденция позитивна: в сравнении с 2016 годом число больных туберкулезом в России в 2017 году снизилось на 9,4%, общая смертность от туберкулеза — на 17,3%. Но снижение смертности фиксируется только в 71 регионе РФ

ваний Министерства здравоохранения РФ, главный внештатный фтизиатр Министерства здравоохранения РФ, профессор, д.м.н., Ирина Васильева. — Результаты достигнуты благодаря новым методам организации борьбы с заболеванием, скрининга населения, расширения охвата населения профосмотрами, внедрению новых подходов диагностики и лечения».

«Положительная тенденция среди детей стала возможна благодаря внедрению современного скринингового метода «Диаскинтест», который позволяет выявить не только активный, но и латентный (скрытый) туберкулез, в том числе в случае, если произошло самоизлечение и остались остаточные посттуберкулезные изменения», — отметила главный детский фтизиатр Министерства здравоохранения Россий-

ской Федерации, заведующая лабораторией туберкулеза у детей и подростков ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор, д.м.н., Валентина Аксенова. — Именно благодаря своевременному выявлению и лечению сокращается заболеваемость туберкулезом среди детей и подростков, в том числе ежегодно уменьшается количество детей с впервые выявленными остаточными посттуберкулезными изменениями».

В ноябре 2017 года на Первой глобальной конференции в Москве главы министерств здравоохранения 120 стран, в том числе России, подписали декларацию, которой подтвердили «решимость положить конец эпидемии туберкулеза к 2030 году».

«Наверное, нельзя сказать, что к 2030 году не будет вообще больных туберкулезом, но мы должны снизить их число до минимума», — пояснила Ирина Васильева.

тов. Кто-то участвует в одних торгах, а кто-то — в других, при этом они не конкурируют между собой. Соблазн очень большой: всегда хочется получить госконтракт на более выгодных условиях.

Но законы о защите конкуренции и контрактной системе говорят о том, что раз ты вышел на торги, ты должен торговаться. Если ты не торговался, то для этого должны быть объективные причины. Любого рода сторовы запрещены. Государство считает такие нарушения опасными. Поэтому санкции здесь уже не 30–50 тыс. руб. Формула штрафа составляет от 10% до 50% от начальной максимальной цены предмета торгов, однако не более 4% годовой выручки, причем для каждого участника такого соглашения независимо от того, выиграл ли он эти торги и получил государственные контракты и доход от их реализации. В любом случае сумма внушительная.

Жалоба как процесс

Ежегодно ФАС рассматривает десятки тысяч жалоб на нарушение процедуры размещения государственного заказа и проведения аукциона. Вовремя ли были размещены объявления о проведении торгов? Правильно ли было сформулировано задание? Законно или незаконно отклонены чьи-то заявки? Правильно ли подведены итоги аукциона? Соблюден или нет закон?

Организаторы аукциона обязаны в пятидневный срок рассмотреть жалобу участников. ФАС со своей стороны проверяет законность проведения торгов и либо подтверждает, что торги проведены незаконно, отменяет их результаты и обяывает заказчика заново провести торги или подвести их итоги, либо признает, что жалоба необоснованна и госконтракт с победителем может быть заключен.

В Видное едут рожать еще и потому, что роды здесь принимают в вертикальном положении. Врачи уверяют, что такие роды безопаснее родов в горизонтальном положении. «Если в горизонтальных родах роженица лежит на спине, то в процессе вертикальных родов она стоит на коленях с прямой спиной, повернувшись лицом к стене и держась за спинку родильной кровати. Рожать в вертикальном положении намного безопаснее: в течение последних шести лет у нас в центре почти не рождаются дети со сломанными ключицами, в половину снизилось количество детей, появляющихся на свет с гематомами, нет детей с парезом Эрба. Начиная с 2012 года мы вдвое реже делаем эпизиотомию роженицам», — говорит заведующая родильным отделением Марина Махмутова.

Первые вертикальные роды здесь приняли весной 2012 года. С тех пор количество женщин, желающих родить ребенка в вертикальном положении, согласно отчету родильного отделения за 2017 год, выросло в 38 раз: в прошлом году вертикальных родов было 3022, а шесть лет назад — всего 78.

Впрочем, рожать в Видном можно и в горизонтальном положении. В родильной палате на третьем этаже в первый час нашего визита родились двое детей. Первый младенец появился на свет в горизонтальных родах.

В соседней палате принимали вертикальные роды. Гуле 24 года, она из Бишкека, в Видном живет пять лет, у нее есть шестилетний сын, муж работает водителем. Он привез жену в пять утра, а сейчас на часах родильной палаты без десяти однанадцать. Гуля кричит, акушерка Юлия Данилова проверяет раскрытие матки и уговаривает ее сесть. «Поднимайся, сейчас надо сделать усилие, сесть, а потом быстро повернуться влево и встать на колени», — говорит акушерка. У Гули два датчика на животе, один из них определяет частоту сердцебиения плода, второй — интенсивность сокращения матки. Роды проходят по плану. Сейчас Гуля должна встать, но она не двигается с места и продолжает кричать. «Гуля, сделай усилие, встань на колени и повернись к стене лицом.

c18

ФАС может выдать предписание, а если кто-то нарушил закон — применить штрафные санкции. Максимальный штраф за нарушение процедуры торгов — 50 тыс. руб. По сравнению с масштабами нарушений это символическое наказание.

Свобода штрафа

В Ростовской области к лишению свободы приговорены несколько госзаказчиков, которые получили реальные сроки. В Республике Хакасия бывший глава администрации местного губернатора осужден за взятку на девять лет лишения свободы. А правоохранительными органами расследуется большое уголовное дело о преступном сообществе и картеле на торгах. В Самарской области направлено в суд уголовное дело в отношении государственного заказчика — чиновника местного минздрава и участников картеля на торгах по ремонту медицинского оборудования.

В конце 2017 года ФАС России признала компании «Инвamed», «Микромед», «Медпролайф», «Проммед-закупка», «Медторг» нарушившими ст. 11 Закона о защите конкуренции. В 2015–2017 годах эти компании поставляли кардиостимуляторы и расходные материалы, связанные с проведением операций на сердце, и участвовали в 360 аукционах в 28 субъектах федерации. В результате побед на торгах общая сумма доходов картеля за два года составила 2,5 млрд руб. И хотя все компании признались в организации картелей на торгах, по закону от ответственности освобождается только первая компания, а все остальные должны понести наказание.

Средняя сумма штрафа для каждой фирмы составила 30% от 2,5 млрд руб. То есть каждая компания в итоге могла заплатить до 1 млрд руб.

c17

Review

Надлежащая производственная практика



НИАРМЕДИК

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Перспективный продукт

В текущем году исполняется 15 лет с момента выхода на отечественный фармрынок препарата Кагоцел, национального противовирусного блокбастера, который четыре года подряд занимает первое место по объемам продаж в упаковке в группе противовирусных препаратов (по данным агентства DSM Group).

— юбилей —

Единомышленники из НИИ

Компанию «Ниармедик» основали ученые НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалеи, одного из ведущих российских центров в области эпидемиологии, иммунологии и молекулярной микробиологии. В 1989 году, когда российская наука из-за происходивших в стране процессов оказалась на перепутье, они объединили свои силы, талант и знания, чтобы выжить и реализовать свой научный потенциал.

Стратегический курс на импортозамещение «Ниармедик» начала еще 29 лет назад. Первый приоритетный проект — организация участка по производству тест-систем, отвечающих европейским требованиям. Они оказались очень востребованы на рынке. В 1996 году компания наладила выпуск современных тест-систем четвертого поколения для определения гепатита С.

В тот же период стартовал еще один перспективный проект — создания инновационного противовирусного лекарства Кагоцел. Отметим, что его производство предусматривало не только выпуск готовой лекарственной формы (таблетки), но и синтез активного действующего вещества. После проведения всех обязательных доклинических, клинических исследований и прохождения процедуры регистрации в 2003 году компания приступила к выпуску оригинального препарата. В начале 2010-х годов началось строительство собственных мощностей, которые должны были соответствовать требованиям европейского стандарта GMP.

В сентябре 2010 года «Ниармедик» и администрация Калужской области подписали соглашение о строительстве фармацевтического завода в городе Обнинске, в рамках которого был выделен земельный участок с подведенными коммуникациями и энергоресурсами. Генподрядчиком выступила компания Forma Pharm Engineering Group, обладаю-

щая опытом проектирования и строительства более десятка современных фармацевтических заводов в Европе и России. Официальное открытие «Ниармедик Фарма» состоялось в 2015 году, а с 2016 года завод начал выпуск препарата Кагоцел.

Мощность предприятия на данный момент составляет до 100 млн упаковок лекарственных средств в год. Весь цикл: от синтеза исходных веществ до изготовления готовых препаратов — проходит в рамках одного производства. Завод состоит из готовых и строящихся участков: производство таблеток, капсул, преднаполненных шприцов, производство препаратов во флаконах и саше, синтез фармацевтических субстанций.

На заводе «Ниармедик Фарма» создана действительно надежная система контроля качества продукции на всех этапах ее изготовления: от синтеза субстанции до упаковки таблеток. На заводе площадью 22 тыс. кв. м. все подчинено правилам поддержания абсолютной чистоты, требованиям автоматизации и логической последовательности всех операций.

Соответствие производства высоким стандартам обеспечивается благодаря тому, что завод оснащен по последнему слову техники. Оборудование разработали ведущие европейские компании в фармацевтической отрасли. Управление материальными ресурсами (заказ сырья, материалов), выпуск субстанций и готовых лекарственных средств, а также контроль качества продукции, сырья и материалов осуществляется при помощи автоматизированной системы SAP.

При упаковке таблеток автоматизированные линии контролируют качество заполнения блистера, расположение таблеток в блистере, вес каждой пачки, полноту загрузки пачек в транспортный короб. Если хоть один из параметров упаковки не будет соответствовать программе, машина забракует всю пачку.

И так работает все оборудование завода. В производственных корпусах создана многоуровневая систе-



Чтобы обеспечить высокие стандарты GMP, завод «Ниармедик Фарма» оснащен по последнему слову техники. На снимке: система очистки воды

ма очистки воды от солей, механических частиц и микроорганизмов. Очищенная вода, чтобы исключить ее загрязнение микроорганизмами, хранится в специальном резервуаре, где постоянно поддерживается температура +80°C. Перед подачей на производство вода проходит еще одну проверку и охлаждается до необходимой температуры.

Строгую очистку проходит и воздух, циркулирующий в вентиляционной системе. Три каскада фильтров тонкой очистки позволяют удалить из него как микроорганизмы, так и пылевидные частицы. Система автоматического управления вентиляцией обеспечивает качество воздуха по заданным температуре, влажности, давлению и его перепадам на всех участках производства, лабораторий и складского комплекса. Информация об отклонениях в работе системы вентиляции сохраняется в базе данных несколько лет.

Большое внимание компания уделяет подготовке персонала. На обучении специалистов здесь не экономят. Ядро компании — молодые специалисты, подготовленные в высших и средних специальных учебных заведениях Обнинска и Калуги. На первых порах выпускники набирались опыта на соседнем предприятии «Хемофарм», на котором еще до открытия «Ниармедик Фарма» было организовано кон-

тактное производство Кагоцела. Затем они повышали свою квалификацию на курсах и семинарах как в России, так и за рубежом.

В октябре 2017 года группа молодых специалистов прошла стажировку на заводах в Германии. В рамках этого визита, организованного Калужским фармкластером, было подписано соглашение о переподготовке российских фармацевтов, провизоров и биотехнологов в Государственном университете Эберхарда и Карла в городе Тюбинген. Система подготовки специалистов в компании «Ниармедик» признана образцовой.

Ключевые цели GMP

На заводе «Ниармедик Фарма» всегда помнят о ключевых целях GMP (Good Manufacturing Practice — «надлежащая производственная практика»): эффективности препарата и его безопасности для пациента. Для подтверждения высокого качества производства популярного продукта (Кагоцел уже 15 лет успешно применяется для лечения и профилактики простуды и гриппа) здесь проводят дополнительную проверку эффективности препарата.

«По результатам пострегистрационного исследования, в котором приняли участие более 18 тыс. человек в лечебных учреждениях России, Армении, Грузии и Молдавии, Кагоцел доказал свою эффективность», — отметил профессор Николай Малышев, проработавший почти 26 лет главным инфекционистом Москвы.

Недавно закончились независимые исследования, подтверждающие репродуктивную безопасность

Кагоцела. К такому выводу пришли эксперты крупнейших научно-исследовательских площадок страны, которые с помощью новейших методов изучали данный вопрос.

Благоприятные выводы независимых специалистов позволили компании «Ниармедик» начать работы по выводу препарата на международные рынки. Сейчас Кагоцел зарегистрирован и продается в Армении, Азербайджане, Белоруссии, Грузии, Казахстане, Молдавии, Узбекистане, Киргизии и Монголии. Интерес к эффективному препарату проявился и на перспективном азиатском рынке.

В ближайшем времени на заводе планируется выпуск ряда оригинальных импортозамещающих лекарственных средств и медицинских изделий. Особые надежды возлагают на новый препарат для борьбы с туберкулезом, который разрабатывается совместно со швейцарскими специалистами и уже успешно прошел доклинические испытания и две фазы клинических испытаний.

● *Стандарты GMP (Good Manufacturing Practice), устанавливающие требования к организации производства и контроля качества лекарств, начали формироваться в 1941 году. В США около 300 человек пострадали после принятия сульфата тиазоловых таблеток, в которые было добавлено успокоительное средство фенорбитал. Инцидент заставил Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (FDA) в корне пересмотреть требования к производству, а главное — к контролю качества лекарств. Новый закон «О здравоохранении», подготовленный регулятором американского фармрынка, решал большое количество проблем в сфере контроля лечения заболеваний и стал предшественником системы GMP. Появление стандарта GMP ускорила Вторая мировая война. В это время была введена обязательная групповая сертификация отдельных категорий препаратов. Компания-производитель должна была в обязательном порядке предоставлять в FDA пробы своих продуктов для анализа. Только после этой процедуры управление выдавало разрешение на продажу. Такая практика в 1941 году начала применяться к инсулину, в 1945 году стала обязательной для пенициллина. Чуть позже она рас-*

пространилась на все антибиотики. В 1969 году Всемирная организация здравоохранения рекомендовала странам-участницам взять передовой американский опыт на вооружение. Новый импульс к развитию системы получила в 1970-х годах, когда были утверждены правила GMP для медицинских препаратов и оборудования. Цель, которую преследовали создатели стандарта, — обеспечить безопасной и эффективной продукции тех, кто в ней нуждается. Сейчас на территории РФ по стандартам GMP работают 248 отечественных и 638 зарубежных производителей лекарств.

В продвижении новых стандартов на глобальном рынке лекарств активно участвовали и советские специалисты. Много полезного сделал академик Александр Арзамасцев, работавший в 1960-е научным сотрудником фармацевтической секции ВОЗ в штаб-квартире организации в Женеве. Правда, постепенно интерес к нововведениям у руководителей нашей страны угас. Новшества прижились крайне тяжело: не хватало кадров, имеющих практический опыт, а большинство директоров заводов противились нововведениям из-за значительных расходов. СССР предпочитал закупать качественные лекарства в Венгрии и Югославии, которые в 1980-е годы с успехом освоили формат GMP.

Первым документом, регламентирующим в СССР требования к организации производства по GMP, стали «Правила организации и контроля качества лекарственных средств (РД 64–125–91)», утвержденные министром медицинской промышленности СССР 14 мая 1991 года. Однако кардинальные перемены в стране заставили отложить преобразования до лучших времен. Затем Минздрав РФ разработал несколько перспективных стандартов (ОСТ 42–510–98, ГОСТ Р 52249–2004 и др.).

Реально система госконтроля работала только после того, как Минпромторг утвердил «Правила надлежащей производственной практики» (приказ №916 от 14.06.2013). С 2016 года этим правилам подчиняются все участники Евразийского экономического союза: выйти на объединенный фармрынок разрешили только обладателям сертификата GMP.

Сергей Артемов

Здравоохранение тенденции

Дело врачей

— протокол —

В 1941 году профессор Ипполит Васильевич Давыдовский определил врачебную ошибку как «добросовестное заблуждение врача, основанное на несовершенстве современного состояния медицинской науки и методов ее исследования, либо вызванное особенностями течения заболевания определенного больного, либо объясняемое недостатками знаний, опыта врача, но без элементов халатности, небрежности, профессионального невежества».

Врачи с этим определением согласны. Любая система здравоохранения несовершенна, да и современной медицине, несмотря на ее значительные достижения, безоговорочно доверять не стоит. Вероятность врачебной ошибки участники исследования оценили в среднем в 4,8 балла по 10-балльной шкале (1 — минимальная вероятность, 10 — максимальная). С ростом стажа специалиста вероятность ошибиться снижается, но ненамного: 5,5 балла у врачей с опытом работы до 3 лет, 3,8 балла у врачей с 25-летним стажем.

53% врачей считают, что в большинстве случаев причиной ошибки становится добросовестное заблуждение: из-за нетипичного течения заболевания врач может выбрать неверную тактику лечения, а методы диагностики несовершенны и не всегда удаются выявить заболевание. Возможность совершить ошибку вследствие недостатка опыта или знаний предполагают около 40% медиков, при этом число врачей, отмечающих такую возможность, максимально в группе со стажем до 3 лет (50%), минимально в группе со стажем 16–20 лет (30%) и снова вырастает у врачей со стажем более 25 лет (37%). С тем, что врачебные ошибки чаще всего являются результатом недобросовестно оказанной врачебной помощи, причем по вине лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), согласны около 8% опрошенных. Многие указывают на то, что заполнение документации, количество которой избыточно, мешает врачу уделить достаточно времени пациенту.

«В отличие от гражданской, уголовная ответственность не может наступить, если не доказан ряд условий, включая противоправность действий врача. Большинство случаев



Наивно думать, что врачи, опасаясь уголовного преследования, будут лучше выполнять свои профессиональные обязанности

так называемых врачебных ошибок не имеют состава преступления, — говорит госпожа Габай. — Термин же «ятрогенная», согласно Международной классификации болезней и проблем здоровья (МКБ-10), подразумевает любое нежелательное или неблагоприятное последствие медицинских вмешательств, которое может развиваться в результате как ошибочных, так и правильных действий. «Но в России он часто приобретает «неверный квалифицирующий критерий» — ненадлежащее качество оказания медицинской помощи — и становится поводом для подачи гражданских исков и возбуждения уголовных дел».

Законодательного определения таких понятий, как «врачебная ошибка», «дефект медицинской помощи», «допустимый (обоснованный) медицинский риск» (включая критерий его оценки), «безопасность медицинской помощи» и др., пока не существует, а значит, нет и инструмента для корректных

юридических выводов и оценок. По мнению участников опроса, отсутствие единой и внятной терминологии является одной из причин их юридической незащищенности.

Трудности лечения

Наивно думать, что врачи, опасаясь уголовного преследования, будут лучше выполнять свои профессиональные обязанности. Родственники пожилых или сложных пациентов сообщают о трудностях устройства их в больницы. Зачем медикам, у которых тоже есть семьи и дети, рисковать, пытаясь спасти чужих людей, шансы на выживание которых невелики, а неблагоприятный исход может закончиться судебным разбирательством и тюрьмой? Смертность среди пациентов анестезиологов-реаниматологов и врачей скорой медицинской помощи высока. Но такова специфика этой работы. Если их начнут за это преследовать в уголовном порядке, как они будут оказывать свои «небезопасные услуги»?

Пациенты, их родственники, общественность видят вершущую айсберга — неблагоприятные последствия лечения, а не само

лечение и его условия. «Нас должны судить за некачественное оказание услуг, а судят за врачебную ошибку, врач по умолчанию оказывается виноватым», — пишут врачи в комментариях. Люди, как в магазине, ждут от врача «качественного сервиса», а СКР, а подчас и руководство медучреждений занимают позицию «пациент всегда прав». Между тем во многих случаях причиной нежелательных последствий становится поведение самого пациента: отказ от необходимости обследования или лечения, пропуск приема лекарства, позднее обращение за помощью. Во многих странах пренебрежение рекомендациями автоматически влечет за собой снятие с медиков ответственности за состояние пациента.

Совместный законопроект, подготовленный Лигой защиты врачей и Лигой защиты пациентов, предлагает перевести ответственность врачей из уголовной в административную.

Протокол судьбы

Опрошенные врачи отмечают «несоответствие рекомендаций по лечению и стандартам», «противоречие законов» и не понимают, на что опираться, чтобы не подвергнуться наказанию. «Не окажешь нужную медицинскую процедуру — будешь виновен, окажешь и получишь осложнения — тоже в тюрьму. Это замкнутый круг», — говорят участники опроса. «Отсутствие четких норм приводит к юридическому произволу, и любая медико-правовая оценка действий (бездействия) медицинских работников не является бесспорной», — констатирует госпожа Габай.

Более того, выполнить протоколы и стандарты врачи не всегда могут из-за отсутствия в ЛПУ необходимого оборудования, недокомплектности кадрами. «Законы далеко не всегда соответствуют реальным условиям нашей работы», — свидетельствует участник опроса.

Минздрав предлагает решение: ужесточить контроль за соблюдением клинических протоколов. Но протоколы, поясняет Полина Габай, являются не чем иным, как клиническими рекомендациями, то есть не имеют статуса нормативного документа.

Есть и другие источники знаний и опыта, в том числе зарегистрированные медицинские технологии, национальные руководства, авторитетные монографии и другая сложившаяся клиническая практика. Пока не будет понятен нормативный статус и иерархия всех документов, никакие команды сверху не помогут.

Право врача

Участники опроса отмечают необъективность и некомпетентность судмедэкспертов. Не разбираются в медицинских делах и в судах общей практики. «Судья может назначить дополнительную или повторную экспертизу, но, чтобы увидеть недоработки или противоречия, он должен разбираться в медицине, на изучение которой нет ни времени, ни желания. В день надо рассмотреть 15 и более дел, перегруженный судья обычно не настроен задумываться над результатами экспертизы», — поясняет Полина Габай. Возможный выход — в использовании зарубежного опыта, когда медицинские дела рассматривают специально подготовленные судьи, а также в привлечении присяжных, половину из которых (чтобы избежать подозрений в «корпоративной солидарности») составят люди с медицинским образованием, способные разобраться в обоснованности заключения судмедэксперта.

Врачи также жалуются на свою правовую неграмотность (78% опрошенных) — на получение знаний в этой области у них тоже нет ни времени, ни сил. Далеко не в каждом ЛПУ (больницах, клиниках) есть юристы, а если и есть, то, по свидетельствам медиков, они не разбираются в специфике их деятельности. Участники опроса сообщают о нежелании ЛПУ защищать собственных сотрудников, а также о попытках переложить ответственность на другую организацию, где лечился пациент (если есть такая возможность).

Опрос показал: средняя оценка правовой защищенности врача — 2 балла по 10-балльной шкале (1 — совсем не защищен, 10 — максимально защищен). В таких условиях вполне возможна стагнация отрасли, о чем предупреждают и медики, и юристы.

Екатерина Сирина

Здравоохранение

Тенденции

В зоне риска

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

— экспертиза —

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Г. И.: Когда благодаря новой системе экстренной помощи при инсульте мы начали спасать больше жизней, возникла проблема восстановления функций пациента, качества его жизни. Мы поняли, что нужна система — такая же, как система сосудистых отделений, но уже реабилитационной помощи. С 2013 года мы начали организовывать систему реабилитационных медицинских организаций для оказания помощи в медицинской реабилитации трех уровней и трех этапов. Система пока в начале создания и в разных субъектах РФ развивается разными темпами. Но мы точно знаем, что мы создаем, и это отражено в нормативных документах Минздрава и профессиональных сообществ. 12 субъектов РФ являются лидерами в этом процессе: Екатеринбург, Санкт-Петербург, Нижний Новгород, Самара, Республика Чувашия, Республика Татарстан, Тверская область, Ивановская область, Ленинградская область, Владимирская, Красноярский край, Пермский край. В 2017 году включились в этот процесс Воронежская область, Республика Башкортостан, Москва. Надеемся на присоединение к этому процессу и других субъектов в ближайшее время.

— Как оценить потери российской экономики от инсультов?

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

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

— Сколько пациентов остаются активными после инсульта?

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

— Тяжелые пациенты сегодня могут восстановиться?

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

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

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

— Когда начинается реабилитация?

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



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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

— Насколько распространена тромболитическая терапия при инсульте?

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

ясняется тем, что в Германии население более грамотно в отношении поведения при появлении первых признаков сосудистой катастрофы, а также тем, что на догоспитальном этапе происходит селекция пациентов на тех, кому тромболитическая терапия показана, а кому — нет. Перспективные по проведению высокотехнологичных методов лечения и тромболитической терапии пациенты отправляются в терапевтические, обычные отделения или отделения геронтологии. Мы же, как уже говорили, сегодня оказываем помощь всем пациентам, у которых заподозрен инсульт, что оказывает влияние на статистические показатели. В целом это очень перспективный метод терапии — даже одна спасенная благодаря ему жизнь и ее качество, когда человек после инсульта ушел из больницы без дефектов, стоит того, чтобы его применять.

Пока лечение по этой методике реализовано только на региональном уровне. Москва занимает лидирующие позиции. С прошлого года работает программа правительства Москвы и департамента здравоохранения Москвы по организации той самой инсультной сети, это 29 отделений. Эта сеть будет расширяться. В силу разных причин эта методика будет применяться в большем количестве стационаров. Мы впервые в условиях мегаполиса, причем не только в нашей стране, но и в мире, внедрили совершенно новую систему организации помощи таким пациентам начиная с первого этапа — скорой помощи.

— Каковы признаки инсульта?

Н. Ш.: В первую очередь это асимметрия лица, ее человек даже может увидеть сам в зеркале. Как правило, опущен угол рта. Второй признак — речевые нарушения. Они бывают разных типов, но основная суть в том, что человек вообще не говорит ничего, может только издавать нечленораздельные звуки или же говорит, речь вроде правильно построена, но абсолютно нечеткая, как будто у него каша во рту. Она также может напоминать речь пьяного — именно поэтому бывают ситуации, когда скорую помощь вовремя не вызывают. И третий признак — неспособность удерживать руки на одном уровне. Если одна рука ослабела, человек не может руку поднять или опускает ее — это верный признак инсульта.

Врачи, когда оценивают состояние больного, применяя специальную шкалу, анализируют эти три симптома.

Г. И.: Для того чтобы лучше запомнить признаки инсульта, можно применять аббревиатуру FAST. Где «F» («face») — в переводе с англ. «лицо») — это перекошенное лицо, «A» («arm») — «рука») — когда вы просите пациента поднять руку, он не может это сделать, «S» («smile») — «улыбка») — попросить пациента улыбнуться, у него получится гримаса, перекошенная улыбка, «T» («tell») — «говорить») — когда вы просите человека назвать имя, а он не может. При наличии трех из четырех признаков срочно необходимо вызывать скорую помощь. Как раз в этот момент его время пошло: открывается терапевтическое окно в четыре с половиной часа.

— Чего нельзя делать при инсульте?

Н. Ш.: До приезда скорой помощи нельзя давать человеку есть и пить, таблеток под язык. Потому что у большинства больных с инсультом во время приступа начинается процесс глотания, таблетки и жидкость попадают в легкие, и через какое-то время у человека может развиться пневмония. Если заподозрили инсульт, уложите человека на твердую ровную поверхность, не давайте есть и пить, вызывайте скорую помощь.

— Есть такая точка зрения, что инсульт — это социальная болезнь, что люди умственного труда реже подвержены инсультам. Активная умственная деятельность является профилактикой от инсульта?

Н. Ш.: Были зарубежные исследования, которые показали, что здесь дело не в умственном труде, а скорее в уровне жизни, доходов. Люди из более низких социальных слоев чаще не придерживаются здорового образа жизни, у них больше факторов риска, чем у людей с более высокими доходами и более высоким уровнем образования. И разница заболеваемости инсультом в этих группах есть.

— Какая профилактика инсульта эффективнее всего?

Н. Ш.: Если ты не в зоне риска, то нужно соблюдать хорошо известные всем правила: следить за своим давлением, выполнять аэробную нагрузку не менее 30 минут в день, не курить, не злоупотреблять алкоголем, не есть жирное, переселенную пищу (не более 5 г в сутки). А если человек уже в зоне риска, то к этим рекомендациям добавляется контроль того заболевания, что обуславливает его риск. Если он будет халатно относиться к своему здоровью, не будет соблюдать рекомендации, то риск инсульта увеличивается.

Записала Дарья Николаева

здоровоохранение тенденции

«Мы находимся на этапе формирования новой философии потребления лекарств»

Несмотря на то что препараты «Буарон» являются безрецептурными, по словам **Валери Пуансо**, уполномоченного генерального директора группы «Буарон», члена административного совета группы, именно врачи и фармацевты гарантируют их корректное и эффективное применение.

— вектор —

● «Буарон» — производитель гомеопатических лекарственных средств №1 во Франции, один из мировых лидеров отрасли. Основанная в Лионе в 1932 году семейная фармацевтическая компания «Буарон» сегодня насчитывает 22 зарубежных филиала и 4 производственных предприятия. Российский филиал, основанный в 2005 году, стал 16-м по счету филиалом «Буарон» за пределами Франции и одним из самых динамично развивающихся. Согласно исследованию IPSOS-Healthcare Pharma-Q, проведенному среди прозоров, компания «Буарон» входит в ТОП-10 фармпроизводителей, репутация которых получила самую высокую оценку.

— **Насколько российский рынок важен для вашей компании?**

— Российский филиал занимает четвертое место среди 20 филиалов нашей группы. На него приходится 5% нашего товарооборота. Но Россия для нас очень важна с точки зрения имиджа и с точки зрения своего потенциала. В России, как и в других странах, растет запрос на препараты, которые являлись бы одновременно и эффективными, и безопасными. По данным ВЦИОМа, россияне считают, что о гомеопатии в России достоверной информации недостаточно. Поэтому, говоря о России, нам важно не только представить наши лекарственные средства, но и передать специалистам европейский опыт их интегрированного применения.

— **Существуют ли какие-то особенности в работе российского отделения?**

— Одна особенность есть: в России представлены только наши комплексные препараты, тогда как в мире известны две категории лекарств — комплексные и монокомпонентные. Всего под маркой «Буарон» выходит более 60 комплексных и 1,2 тыс. монокомпонентных препаратов. В России мы планируем вывод монокомпонентных препаратов в следующем году — нами уже были получены необходимые документы, а интерес и уровень знаний российских специалистов достигли необходимого уровня. Это часть политики компании: несмотря на то что препараты «Буарон» являются безрецептурными, роль врачей и фармацевтов как гарантов корректного применения лекарства, по нашему мнению, огромна.

— **Создает ли вам помехи процедура регистрации лекарств?**

— Безусловно, это долгий процесс. И каждый раз на разных этапах возникают новые вопросы. Надо понимать, что в России не существует облегченной процедуры регистрации для гомеопатических препаратов. Лекарства «Буарон» проходят такую же стандартную процедуру, как любые другие препараты. Большой разницы с точки зрения состава

ва досье или самого процесса нет: обязательно наличие сертификата GMP и результатов клинических испытаний, подтверждающих эффективность и безопасность. Но это не более жесткие правила, чем в других странах, и мы знаем, что мы можем им соответствовать. — **Есть ли различия в потребительских предпочтениях в разных регионах и странах?**

— Российские пациенты хотят «очевидной» эффективности, и для нас это отличный шанс показать возможности наших препаратов. Например, препарат для облегчения болезненных симптомов при прорезывании зубов дантинорм бэби позволяет наглядно увидеть, работает он или нет. Обычно мамам не приходится долго ждать: результат виден сразу.

Другая особенность — чувствительность к цене. Именно поэтому последнее расширение портфеля состоялось за счет экономичных упаковок — дантинорм бэби и геля арнигель.

— **Какие основные тренды в использовании лекарств вы видите? Компания следует им или пытается идти против течения?**

— Поведение пациентов очень логично: все хотят лечиться, и лечиться безопасно. Мне кажется, что потребности беременных женщин, а также мам, лечащих своих детей, сегодня очень сильно влияют на развитие фарминдустрии. Мы все понимаем, что применять бесконтрольно химически синтезированные препараты крайне нежелательно. Но именно эта категория пациентов не терпит компромиссов. Мы видим в этом большой потенциал: если вы в детстве видели положительный результат от приема гомеопатического лекарства, потом — во время вынашивания ребенка — вы задаетесь вопросом: почему бы не использовать такие же препараты и дальше?

Вторая тенденция — стремление обеспечить хорошее качество жизни и в зрелом возрасте. Мы знаем, что продолжительность жизни постепенно увеличивается, но, к сожалению, продлевается именно период старения, когда мы постоянно принимаем какие-то лекарства. Люди хотят стареть, сохраняя активность, не испытывая боли. Пожилые пациенты также все чаще используют гомеопатию в дополнение к основным лекарствам. Для борьбы со стрессом, при заболеваниях суставов, при проблемах со сном.

Мы находимся сегодня на этапе формирования новой философии потребления лекарств: лекарственное вмешательство не эпизодическое воздействие при той или иной проблеме со здоровьем, это то, что сопровождает человеку с первых дней его жизни и до ее завершения, как питание, вода, воздух и т. д. Может ли сегодня лекарство быть только эффективным, но небезопасным?



Говоря о гомеопатии, Валери Пуансо отмечает, что медицина неделима, но возможности и методы в ней разные

Вряд ли. В 2017 году после двух лет роста французский рынок безрецептурных препаратов упал на 3,7%, а гомеопатических лекарств, наоборот, вырос на 2,4%. Конечно, за этими цифрами стоят и препараты «Буарон», на которые постепенно переключаются пациенты, для которых важен не только сиюминутный эффект, но и здоровье в будущем. — **Чем отличаются стандарты производства гомеопатических препаратов от обычных?**

— С точки зрения регламентации всего процесса и его организации никакой разницы нет, поскольку во Франции требования к фармпроизводству одинаковы для всех производителей. Площадки группы «Буарон», соответствующие стандарту GMP, инспектируются регуляторными органами разных стран, в том числе FDA. На данный мо-

мент основные производственные мощности — 99% всего объема — сконцентрированы во Франции, что тоже является политикой компании. Гомеопатическое производство предъявляет очень высокие требования и к качеству сырья, и к оборудованию, которое разработано под наши нужды и нередко запатентовано. Каждый год 60 сотрудников компании проводят более 30 тыс. рутинных проверок. Технологические линии могут быть разными — это зависит от препарата, и это естественно, так же, как производство вакцин отличается от производства антибиотиков. Но стандарт GMP универсален. — **Какие мифы о гомеопатии самые популярные? Как ваша компания борется с мифами?**

— Самый популярный миф — это то, что лекарство — «пустышка». Он особенно популярен среди скептиков, но легко развеивается при посещении наших лабораторий. Использование высококачественного сырья природного происхождения — принцип, ле-

жащий в основе нашего бизнеса, наш уникальный опыт. Мы получаем сырье только от сертифицированных поставщиков, преимущественно из зон его естественного происхождения, осуществляем тройной контроль перед подачей на производство.

Впрочем, даже на производстве «Буарон» быть не обязательно: возьмите упаковку одного из наших препаратов — мази цикадерма, геля арнигель или сиропа стодалъ — вы увидите список активных веществ в измеримом количестве в их составе. А у мази вы обнаружите явно растительный запах.

Гомеопатия же высоких разведений — это примерно 10⁻²³. Но и ей недолго осталось сохранять тайну: современные нанотехнологии позволяют определять компоненты в 10⁻²⁰.

— **Сейчас довольно активно ведут себя группы людей, которые отрицают достижения как традиционной медицины, так и гомеопатии. Как переубедить таких людей и имеет ли смысл это делать?**

— Мы ведем огромную работу, чтобы ответить на запросы пациентов, которые в нас нуждаются. Но мы не ставим задачу переубедить кого-то в чем-то. И мы стараемся максимально прозрачно и беспристрастно распространять информацию о наших препаратах, не пытаемся всем и всегда их рекомендовать. Медицина неделима, но ее возможности и методы разные. Мы же выступаем за любой легитимный и обоснованный вид медицинской помощи.

— **А можно ли утверждать, что среди потребителей ваших препаратов больше женщин, чем мужчин?**

— Исторически — да, женщины являются нашими «проводниками». Это неудивительно: во Франции говорят, что женщина — это министр здравоохранения в семье. Она выбирает лекарства для себя и определяет, чем будут лечиться близкие. Если она применяла какой-то препарат во время беременности или для лечения своего маленького ребенка и осталась довольна, то далее она расширяет свою домашнюю аптечку за счет других лекарств нашей марки.

Однако сказать, что «Буарон», производит лекарства для женщин, будет неверно. У нас есть очень востребованная мужчинами линия препаратов на основе арники горной — арнигель, арникрем, арника в гранулах. Они незаменимы для облегчения любой боли в мышцах — при перетренировке во время занятий спортом, при травмах. У спортивных врачей во Франции это практически обязательный компонент лечения всех вывихов, мышечных болей.

● По данным всероссийского опроса ВЦИОМ «Индекс Буарон: отношение россиян к гомеопатии», три четверти россиян (74%) знакомо с понятием «гомеопатический метод лечения», каждый пятый (19%) применял гомеопатию лично, большинство (65%) от числа тех, кто хорошо знает о гомеопатии и имеет личный опыт ее применения, считают ее эффективной, 64% считают, что в СМИ недостаточно достоверных данных о гомеопатии, каждый третий (36%) хочет получить информацию о гомеопатии от врача.

Интервью взяла Мария Рыбакова

Десять минут жизни

— инновации —

Минпромторг разработал программу размещения автоматических наружных дефибрилляторов (АНД) в местах публичного доступа. Предусмотрено также принятие закона о предоставлении права оказания первой помощи с применением этих приборов не только медикам, но и обычным людям. Цель — к 2020 году наладить выпуск более 30 тыс. АНД и установить их в аэропортах, на вокзалах, в поездках, торговых центрах и на спортивных объектах — там, где проходимость людей из группы риска (старше 55 лет) составляет не менее 300 человек в день. Смысл программы — дать шанс на спасение людям, у которых остановка сердца произошла вдали от медицинских учреждений.

Механизм внезапной смерти

Проект «дорожной карты» нововведений составлен Минпромторгом России на основе материалов, подготовленных Экспертным советом по развитию биотехнологий, фармацевтической и медицинской промышленности. Этот совет создан при комитете Госдумы по экономической политике, промышленности, инновационному развитию и предпринимательству. Документом предусмотрено размещение автоматических наружных дефибрилляторов в местах публичного доступа, а также принятия закона о предоставлении права оказания первой помощи с применением этих приборов не только медикам, но и обычным людям.

Убедительные аргументы в пользу скорейшего внедрения проекта в нашей стране привел заместитель директора по научной и амбулаторно-поликлинической работе ФГБУ ГНИЦПМ Минздрава России Руслан Линчак в ходе интернет-трансляции на сайте Национального интернет-общества специалистов по внутренним болезням. Данная видеопрезентация была подготовлена им совместно с коллегой из НИИ общей реаниматологии им. В. А. Неговского заведующим лаборато-

рией клинической патофизиологии критических состояний Артемом Кузовлевым.

Ежегодно в России внезапно умирают 235 тыс. человек. Колоссальная цифра, даже в ДТП погибает на порядок меньше! А ведь каждый десятый из внезапно умерших — человек трудоспособного возраста (25–65 лет). И этот показатель в России в семь-восемь раз выше, чем в западных странах.

75–80% таких случаев происходят за пределами больниц. «Если говорить о механизмах внезапной смерти, то в 90% случаев у пациентов регистрируются те или иные желудочковые нарушения ритма», — говорит Руслан Линчак. — Это свидетельствует о том, что дефибрилляция и комплекс сердечно-легочной реанимации являются единственными способами спасения человека, находящегося в состоянии клинической смерти».

В этой ситуации главный враг пациента и медика, пытающегося его реанимировать, — это время. Каждая минута промедления снижает шансы спасти человека на 10%. У пострадавшего есть только 10 минут до момента, когда запускаются необратимые изменения мозга. А в условиях мегаполиса с его постоянными пробками приезд скорой помощи чаще всего оказывается несвоевременным. Медикам остается лишь констатировать смерть пациента.

Субсидия производителю

В программе общедоступной дефибрилляции говорится не о тех неподъемных приборах с металлическими электродами, которыми пользуются врачи в стационарах, а о компактных, не больше планшета, вес которых редко превышает 2,5 кг.

Отдельно подчеркивается, что АНД созданы специально для использования людьми, не имеющими медицинского образования и не способными отличить обморок, гипогликемию, эпилептический припадок, коллапс в результате азненого кровотока и т. д. от внезапной сердечной смерти. Это небольшая коробочка с двумя кнопками и однократными самоклеящимися электродами. И на приборе, и на электродах нарисовано, куда их нужно прикрепить. При включе-

нии дефибриллятора он подсказывает спасателю последовательность реанимационных действий с помощью четких простых голосовых инструкций. Прибор самостоятельно сканирует сердечный ритм пострадавшего, определяет, что именно с ним произошло и нужен ли ему электрический разряд, полностью исключая вероятность ошибки. После совершения разряда он отдает команду спасателю, как правильно проводить следующие этапы реанимации, отсчитывая ритм проведения компрессий грудной клетки, длительность искусственного дыхания.

За все время эксплуатации подобных дефибрилляторов — а это четверть века — не зафиксировано ни одного случая, когда прибор нанес вред пострадавшему при правильном использовании. Если только не бить пациента этим прибором по голове, ничего более худого, чем то, что уже случилось, с пострадавшим не произойдет.

В представленной Минпромторгом «дорожной карте» говорится о том, что дефибрилляторы наподобие огнетушителей должны быть размещены в местах большого скопления людей через каждые 200–300 м в специальных боксах. При открытии такого бокса автоматический сигнал тревоги поступает на пульт службы спасения, и диспетчер направляет к месту происшества бригаду скорой помощи. Количество приборов рассчитывается исходя из площади торгового центра или спортивного комплекса.

Помимо спасения людей программа доступной дефибрилляции ставит целью поддержать отечественных производителей АНД. Предполагается выделение субсидий производителям для закупки на первоначальном этапе 25 тыс. приборов.

Не при исполнении

Однако размещение повсюду этих приборов будет почти бесполезной затеей без изменения отечественного законодательства. И этот момент также предусмотрен разработанной «дорожной картой».

В настоящее время применение АНД людьми без медицинского образования невозможно без последующей административной или

даже уголовной ответственности. Согласно федеральному закону №323 от 21 ноября 2011 года «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», применять наружные дефибрилляторы могут только люди с медицинским образованием, причем находящиеся при исполнении служебных обязанностей. Другими словами, даже врач-кардиолог или врач-реаниматолог, будучи в отпуске, не полномочен спасать человека с помощью этого прибора!

Минпромторг предлагает ввести понятия расширенной первой помощи и первой помощи в особых случаях.

Кстати, проведенное недавно в 36 странах Европы, где проживают 750 млн человек, исследование показало, что в 13 из них право использования АНД предоставлено абсолютно любому человеку. В 11 — только специально обученным. Еще в 11 — только медицинским сотрудникам, и в 3 из них — исключительно врачам. В семи из этих стран существуют законодательные акты, регламентирующие использование АНД.

Так что инициатива Минпромторга вполне согласуется с мировым трендом.

В западных странах программы общедоступной дефибрилляции начали внедрять еще 25 лет назад. Полученная за это время статистика подтверждает эффективность такого метода спасения людей. Так, проведенное в Швеции исследование показало: в 1992 году, до внедрения программы, выживаемость пациентов, у которых произошла остановка сердца в общественных местах, составляла 12,7%. Через 20 лет с начала работы программы — уже 32%. То есть каждый третий внезапно умерший был спасен.

Специализированные медицинские сообщества разных стран выступают за широкое внедрение программ общедоступной дефибрилляции. Так, Европейское общество кардиологов в 2015 году в своих рекомендациях по профилактике внезапной смерти говорит о том, что АНД должны быть установлены в местах большого скопления людей, а также там, где нет иной возможности для дефибрилляции: в поездах, на круизных судах и в самолетах. По рекомендации Европейского совета по реанимации и Америк-

канской ассоциации сердца концепция общедоступной дефибрилляции реализуется в целом ряде государств. Это не только США и страны Евросоюза, но и Канада, Япония, Новая Зеландия, Сингапур. Программа включает в себя два аспекта: установка АНД в местах с повышенной проходимостью и большим скоплением людей и обучение граждан навыкам базовой реанимации. В ряде государств шагнули дальше и начали устанавливать приборы в местах проживания.

А цена вопроса не так-то велика. Один подобный прибор от отечественного производителя обойдется в 100–200 тыс. руб. Что, аэропорт Шереметьево с его многомиллиардными доходами не потянет установку двух десятков дефибрилляторов? Тем более что на первоначальном этапе, как уже говорилось, Минпромторг предлагает субсидировать часть затрат.

Единственным слабым звеном в этой истории является то, что дефибрилляторы, как и огнетушители, нуждаются в контроле и проверках их сроков использования. Как утверждается на сайте одной из отечественных фирм—производителей АНД (создавшего, кстати, этот прибор в рамках государственно-частного партнерства), батарея держит заряд до полугода. Но будет ли должным образом контролироваться ее подзарядка? И в этом месте хочется привести пример Париза. Там внезапная проверка показала, что 20% приборов оказались разряженными.

Автоматические дефибрилляторы уже можно встретить в аэропортах некоторых российских городов. А, к примеру, в Брянской области второй год действует программа обучения методом сердечно-легочной реанимации, ориентированная на членов семей пациентов из группы риска, прежде всего тех, кто перенес инфаркт миокарда.

И то, что сегодня многим кажется благостью и нерациональным использованием средств, уже завтра может стать привычной частью нашей жизни. Как огнетушители в каждой машине, рамки металлодетектора при входе в аэропорт или глюкометр в доме каждого диабетика.

Богдана Лагутина

Здравоохранение

Тенденции

Эталон для детей

„Б“ и Startsmile представляют четвертый ежегодный рейтинг детских частных стоматологических клиник России. В исследовании приняло участие более 300 частных детских и семейных клиник и многопрофильных медицинских центров со всей страны. По традиции клиники разделены на две категории: работающие дольше трех лет и меньше трех лет. Исследование показало, что, несмотря на высокий спрос, новых клиник по-прежнему открывается мало. Инвестиционный кризис на рынке стоматологических услуг продолжается.

— рейтинг —

Как и в прошлые годы, принять участие в проекте могла любая лицензированная стоматологическая клиника, которая имеет хотя бы один отдельный кабинет, оборудованный для приема детей, и одного профильного специалиста в штате. В нынешнем году к разработке системы оценок были привлечены ведущие эксперты стоматологической отрасли, владельцы самых успешных детских стоматологий и наиболее авторитетные специалисты. Более того, представители Startsmile лично посетили все московские клиники, которые принимали участие в проекте, чтобы оценить их соответствие заявленным параметрам. В результате при определении итоговой оценки деятельности клиники сейчас учитывается более 200 критериев.

Прежде всего это качество оборудования и технологий, многообразие предоставляемых услуг, количество профильных врачей и их профессиональный уровень. Дизайн, атмосфера, наличие игровой концепции лечения, адаптационные визиты и индивидуальный подбор гигиенических средств — наличие этих и других опций также сыграло весомую роль. При рассмотрении вопроса о допуске клиники к участию в рейтинге особое внимание уделялось отзывам пациентов о ней и ее специалистах, потому что успех лечения во многом зависит от врача. Если количество негативных отзывов о клинике или работе конкретных врачей превышало 30% от общего числа, стоматология не допускалась к участию в рейтинге. Оценивались и уровень работы административного состава: вежливость, информированность, знание этикета и заинтересованность в комфортном пребывании пациента в стенах клиники.

В 2018 году победители прошлых лет подтвердили свой уровень. На лидирующих позициях остаются клиники Москвы и Санкт-Петербурга.

Новый рейтинг выявил постепенные изменения в сегменте детской стоматологии.

В стране формируется эталон детской стоматологической клиники, что позитивно.

Но новых клиник открывается мало. Основная причина — продолжающийся экономический кризис, затрудняющий выход на рынок новых игроков. При этом сохраняется высокая потребность в профильных клиниках и услугах. Исследование подтвердило высокую загруженность детских стоматологий, хотя многие из них не тратятся на маркетинг и рекламную деятельность.

Медицинские центры и взрослые стоматологии все чаще открывают детские отделения. По данным прошлого, третьего рейтинга, 55% от общего числа клиник составили семейные стоматологии, 35% — детские стоматологии и 10% — медицинские центры. Рейтинг-2018 показал, что количество многопрофильных центров, в которых есть детское стоматологическое отделение, увеличилось на 10%, тогда как количество узкоспециализированных детских стоматологий уменьшилось на то же число.

Средний стаж детских врачей-стоматологов составляет сейчас около десяти лет.

Все чаще детские стоматологии используют интернет как основной инструмент продвижения и самопозиционирования. Если еще пару лет назад хорошим и информативным сайтом могли похвастать считанные клиники, то сегодня большинство клиник имеют качественные сайты, приспособленные для ознакомления с разменнойной на них информацией с разных устройств. Большинство стоматологий следят за отзывами о них в интернете, становятся более интерактивными и имеют представительства в соцсетях.

Юлия Клоуда, Startsmile

Топ-100 стоматологических клиник, работающих на рынке детской стоматологии дольше трех лет		
1	Москва	Стоматология для детей «Дентал Фэнтези» Ул. Молодогвардейская, 2, к. 1
2	Москва	Детская стоматология «Зубренок» Балаклавский просп., 4, к. 8
3	Санкт-Петербург	Детская стоматология «Вероника» Ул. Савушкина, 12а
4	Москва	Стоматология RuDenta Kids Пр-д Березовой Рощи, 8
5	Москва	Семейная стоматология Family Smile Ул. Воронцовская, 20
6	Москва	Семейный стоматологический центр «Диал-Дент» Кожевнический пр-д, 4/5, с. 5
7	Екатеринбург	«Мегадента Клиник» Ул. Кузнечная, 83
8	Москва	Клиника «Медицина» 2-й Тверской-Ямской пер., 10
9	Москва	Детская стоматологическая поликлиника «Маркушка» Ул. Уральская, 23, к. 4
10	Москва	Стоматологическая клиника «Май» Симферопольский бульв., 29, к. 1
11	Воронеж	Центр детской стоматологии «Виртуоз» Ул. Владимира Невского, 14
12	Москва	Orange Clinic Новоясеневский просп., 13, к. 2
13	Москва	Детская стоматология «СМ-Доктор» Волгоградский просп., 42, с. 12
14	Москва	Семейная зубная клиника «Щелкунчик» Ул. Зои и Александра Космодемьянских, 39
15	Екатеринбург	Детская стоматология «Классик Дент» Ул. Мамина-Сибиряка, 36
16	Москва	Детская стоматология «Уткинзуб» Высоковольный пр-д, 1, к. 3
17	Самара	Стоматологическая клиника «Практик» Просп. Ленина, 16
18	Москва	Профессорская стоматологическая клиника на Арбате Ул. Арбат, 9, с. 2
19	Омск	Детская стоматология «Доктор Добряков» Просп. Карла Маркса, 16
20	Волгоград	Стоматологическая клиника «Ольга» Ул. Комсомольская, 6
21	Уфа	Детская стоматология «Табиб Бэйби» Ул. Российская, 45
22	Красноярск	Центр стоматологии «Астрей» («Астрей Kids») Ул. Ладо Кеңкөлөв, 7
23	Челябинск	Детский стоматологический центр «Вэлдент Джунитор» Ул. Коммуны, 106/1
24	Воронеж	Детская стоматология «Дентика Kids» Ул. Ленина, 1046
25	Новосибирск	Детская клиника «Дентал-Сервис» Ул. Ленина, 17
26	Москва	Центр персональной стоматологии Владимира Новикова Лопухинский пер., 3, с. 3
27	Домодедово	Стоматологическая клиника «Домодент» ул. 1-я Коммунистическая, 31б
28	Москва	Научная стоматология «Наудент» Ул. Гризодубовой, 1а
29	Москва	Стоматология «МиПоль» Куркинское ш., 17
30	Санкт-Петербург	Клиника семейной стоматологии «Медгарант» Ул. Бадаева, 6, к. 1
31	Нижний Новгород	Сеть детских стоматологий «Динозубрик» Ул. Варварская, 8/22
32	Москва	Частная практика Ирины Зайцевой Ул. Вавилова, 7
33	Москва	Европейский медицинский центр Ул. Трифоновская, 35
34	Ульяновск	Стоматологическая клиника «Медилайн» Ул. 40-летия Победы, 9
35	Рязань	Стоматологическая клиника «Прайм-стоматология» Ул. Советской Армии, 9
36	Москва	Детская специализированная клиника «Циполлино» Большой Козловский пер., 7
37	Москва	Семейный стоматологический центр Ул. Дмитриевского, 1
38	Москва	Клиника «Неодэнт» Ломоносовский просп., 29, к. 2
39	Москва	Детский стоматологический центр «Сказка» Ул. Косыгина, 5
40	Москва	Стоматология «Мастердент» Кузюзовский просп.т, 33
41	Москва	Детская стоматология для всей семьи Natadent Ул. Зоологическая, 32
42	Екатеринбург	Стоматологическая студия «Скульптура Чарли» Ул. Ленина, 25
43	Челябинск	Детская стоматология BabyDent Ул. Братьев Кашириных, 54г
44	Ижевск	Стоматология «Лада» Ул. Родниковая, 74
45	Казань	Детская стоматология «Экслюзив-Дент» Ул. Дзержинского, 13
46	Омск	Стоматологическая клиника «Улыбка» Ул. Масленникова, 41
47	Красноярск	Стоматологическая клиника Miga Ул. Урачкова, 12
48	Москва	Детская стоматология «Малыш и Карлсон» Ул. Улофа Пальме, 1
49	Казань	«Городская стоматология» Ул. Мавлотова, 48
50	Москва	Семейная стоматологическая клиника «Интердент» Ул. Артамонова, 16, к. 1
51	Москва	«Бест клиник» Ул. Новочеремушкинская, 34, к. 2
52	Москва	Клиника «Планета детства» Ул. Кантемировская, 30
53	Санкт-Петербург	Стоматологическая клиника «Здоровье» Ул. Бабушкина, 2
54	Санкт-Петербург	Клиника щадящей стоматологии «Пандент» Ул. Тилонова, 4
55	Королев	Медицинский центр «Интердентус» Ул. Терешковой, 8/28
56	Москва	Стоматологическая клиника «Доктор Пломбир» Ул. Большая Якиманка, 50
57	Нижний Новгород	Детская стоматология «Здоровенок» Ул. Школьная, 26а
58	Краснодар	Сеть стоматологий «Эскулап» Ул. Карякина, 20
59	Москва	Стоматологическая клиника «Дентомедсервис» Ул. Дмитригия Ульянова, 31
60	Санкт-Петербург	Детская стоматология «Дукан» Ленинский просп., 133, к. 2
61	Волгоград	Детское отделение стоматологии «Лазурь» Ул. Коммунистическая, 10а
62	Москва	Детская стоматология «Мартина» Ул. Профсоюзная, 58, к. 4
63	Санкт-Петербург	Клиника детской стоматологии «Меди на Чаловском» Чкаловский просп., 35
64	Балашиха	Стоматологическая клиника «Дентвилль» Просп. Ленина, 21
65	Санкт-Петербург	Детская стоматология «Белая медведица» Выборгская ш., 23, к. 2
66	Санкт-Петербург	Сеть клиник «Семейная стоматология» Коломяжский просп., 20
67	Новомосковск	Центр семейной стоматологии «Денталика» Ул. Орджоникидзе, 76
68	Хабаровск	Estetica Dental Clinic Ул. Морозова Павла Леонтьевича, 89
69	Владивосток	Первая детская стоматологическая клиника George Dental Group Ул. Светланская, 157
70	Самара	Стоматологическая клиника «Формула улыбки» Ул. Ново-Вокзальная, 146а
71	Москва	Семейная клиника «Дентеа» Ул. Булперова, 4
72	Люберцы	Детская стоматология «Дента Бэйби» 3-е почтовое отделение, 90, микрорайон Городок Б
73	Санкт-Петербург	Клиника «Диадент» Просп. Просвещения, 53
74	Зеленоград	Детская стоматология «Никоренок» Зеленоград, к. 1825
75	Санкт-Петербург	Детская стоматологическая клиника «Светофор» Ул. Брянецкая, 13, к. 1
76	Санкт-Петербург	Академия пластической хирургии, медицинской косметологии и эстетической стоматологии Altheaeste Clinic Новочеркасский просп., 33, к. 3
77	Екатеринбург	Современная стоматология «Гелиосдент» Ул. Победы, 7
78	Иркутск	Стоматологический центр «Стомцентр» Ул. Ленина, 36
79	Сыктывкар	Стоматология «Интерстом» Ул. Ленина, 111
80	Ростов-на-Дону	Детская стоматологическая клиника «Бобренок» Ул. Еременко, 58/11
81	Ижевск	Клиника «Стоматологические технологии» Ул. Красногеройская, 60
82	Владивосток	Стоматологическая клиника «Блеск» Народный просп., 19
83	Москва	Стоматологический центр «Валекс» Старокалужская ш., 62, к. 8
84	Краснодар	Детская стоматология «Эскулап» Ул. Индустриальная, 121
85	Москва	Семейная стоматология «ДентаСпа» Ул. Кашенкин Луг, 6, к. 3
86	Красноярск	Центр эстетической медицины «Реновация» Ул. Весны, 7д
87	Реутов	Стоматологическая клиника «Реудент» Ул. Калинин, 26
88	Тюмень	Семейная стоматология «Эстетик» Ул. Республики, 62
89	Домодедово	Семейная стоматология «Домостом» Ул. 1-я Коммунистическая, с. 1
90	Москва	Клиника «Добрый доктор» Ул. 7-я Парковая, 15, с. 3
91	Санкт-Петербург	Клиника «Хорошая стоматология» Учебный пер., 2
92	Тюмень	Стоматология для детей и взрослых «У хирафа Севы» Ул. Циолковского, 13
93	Санкт-Петербург	Стоматология ARTE 3-я линия Васильевского острова, 58, литера А
94	Калининград	Стоматологическая клиника «Эдхар Виктория» Площадь Калинин, 28
95	Омск	Стоматологическая клиника «Элита Бэйби» Ул. Октябрьская, 120
96	Москва	Детский центр «Медси» Ул. Большая Пироговская, 7
97	Санкт-Петербург	Стоматологическая клиника PerfectSmile7 Ул. Чайковского, 25
98	Уфа	Центр семейной стоматологии Ул. Кирова, 103
99	Воронеж	Центр эстетической медицины «Ваш стоматолог» Бульв. Пионеров, 176
100	Барнаул	Детский стоматологический центр Просп. Ленина, 158а

Топ-15 стоматологических клиник, работающих на рынке детской стоматологии менее трех лет		
1	Москва	Стоматологическая клиника InWhite Medical Ул. Мосфильмовская, 53
2	Москва	Стоматологический центр «Ионика» Ул. Соловьиная Роща, 16
3	Новосибирск	SkyDent Kids Ул. Военная, 9/2
4	Москва	Семейная стоматологическая клиника доктора Осиповой Ул. Островитянова, 9, к. 1
5	Хабаровск	Стоматология для взрослых и детей «Белый кофе» Ул. Советская, 50
6	Краснодар	Клиника детской стоматологии «София и Матвей» Ул. Московская, 79/1
7	Уфа	Детский инновационный стоматологический центр «Гулливер» Ул. Софии Перовской, 54
8	Краснодар	Стоматологическая клиника «ДИАС-дети» Ул. Селезневая, 242/1
9	Кемерово	Стоматологический центр «Добрый день» Ул. Соборная, 12
10	Махачкала	Стоматологическая клиника BEGO5 Ул. Аскерханова, 1в
11	Псков	Детская клиника «М-Дентика» Ул. Кузбасской Дивизии, 24
12	Мурманск	Семейная стоматология «Данти» Ул. Челюскинцев, 9
13	Тверь	Стоматологическая клиника профессора Стрельникова Ул. Спартака, 42б
14	Барнаул	Стоматологическая клиника «Дент Эксперт» Ул. Сергея Ускова, 3
15	Краснодар	Стоматологическая клиника «Новая стоматология» Ул. Бабушкина, 295

Соблазн контракта

— торги —

Однако в случае признания вины штраф может быть минимальным — 10%, то есть 250 млн руб. Тогда же, в конце 2017 года, ФАС подтвердила в суде свою правоту примерно по такому же делу в отношении самарских фармацевтических компаний «Фарм СКД» и «Новофарм», которые договорились на торгах, кто из них должен выиграть, а кто — проиграть. Общая сумма штрафа двух компаний составила около 90 млн руб.

Удивительные цены

Одна из острых проблем нашего рынка — закупки у единственного поставщика: так происходит примерно в 24% госзакупок. Если в Чукотском административном округе 15% закупок осуществляется через единственного поставщика, то в Севастополе — больше 40%.

Сегодня в среднем по России 3% поставщиков аккумулируют 80% контрактов. Это происходит на всех уровнях: начиная от муниципального и регионального до федерального.

Зачастую контракты заключают друг с другом две структуры — ведомство с ведомством. Такая схема характерна для системы здравоохранения. Контракт может быть на что угодно — медосмотр, поставку расходников или оборудования. Это внутренние государственные контракты, поэтому цены там встречаются просто удивительные. К примеру, стоимость аренды помещения может составлять 30 руб. в месяц. Понятно, что в случае маркетингового исследования цен в регионе эти 30 руб. в месяц будут путать всю картину.

Распоряжение правительства Москвы №242-РП от 16 мая 2014 года «Об утверждении методических рекомендаций по применению методов определения начальной (максимальной) цены контракта, цены контракта, заключаемого с единственным заказчиком» позволяет всегда распределять госзаказ между своими. Что творится при этом с ценами — отдельная история.

Недавним постановлением правительства РФ №1429 от 27 ноября 2017 года заказчикам, работающим по 223-ФЗ, разрешено не публиковать информацию о поставщике и субподрядчике. В реестре договоров для общественного наблюдения никто не найдет информацию о том, с кем заключен контракт. Теперь добросовестным поставщикам, чтобы ориентироваться на рынке и понимать, кто был их конкурентом, то

«МЫ НИЧЕГО НЕ ИЩЕМ СПЕЦИАЛЬНО»

По мнению Андрея Тенишева, начальника Управления по борьбе с картелями Федеральной антимонопольной службы (ФАС) России, с 2015 года в стране фиксируется резкий рост картелизации закупок в сфере здравоохранения. И это происходит на фоне снижения обеспеченности больных лекарственными средствами. Цена их не падает, потому что картели на торгах поглощают все средства, дополнительно выделяемые государством на закупку лекарств.

● **ФАС осуществляет контроль над госзакупками на основании 44-ФЗ о контрактной системе в сфере закупок, 223-ФЗ о закупках госкомпаний и компаний с госучастием, участием в федеральном законе «О защите конкуренции».**
— **Электронные торги идут с 2012 года. Что послужило причиной роста картелей в последние три года?**

— До 2015 года картели были, но до 2015 года картели не были экономическим явлением. Кризис в экономике привел к сужению товарных рынков. Ты пришел и если выиграл торги, то получил в среднем 30% аванса без всяких процентов по кредиту. Ты поставил государству быстро, оптом, много и быстро получил всю сумму по госконтракту. А твой конкурент в аптеке будет продавать те же самые лекарства или категории целый год. У него не будет аванса и сразу большой оплаты, он будет в течение года поштучно что-то продавать и потихоньку получать деньги. Кроме того, он будет тратиться на аренду помещения, заработную плату персонала, рекламу, маркетинг, продвижение продукции. Если вы получаете большой заказ от государства, у вас этих затрат нет. Это легкие деньги. И люди, наплевав на все условия, кинулись в эту борьбу за госзаказ, которая зачастую принимает очень уродливые формы.

— **Быть может, массовые нарушения на торгах связаны с несовершенством законодательства?**

— Я бы не сказал. Больше того, рост выявляемости картелей — это результат того, что мы совершенствуем законы о госзакупках. У нас уже проводятся электронные аукционы. В ближайшее время мы планируем все виды закупок перевести на электронные торговые площадки и проводить все открытые и закрытые конкурсы, а также запросы котировок в электронной форме.

Уже сейчас, не выходя из своего кабинета, я могу проверить, как прошли торги в любом регионе: от Чукотки до Калининграда. Каждый шаг электронной торговой площадкой записывается и фиксируется, а потом все это сводится в единую информационную систему. И если кто-то вдруг договорился о том, чтобы поддерживать цены, разделить лоты и т. д., на электронных торговых площадках это видно как на ладони.

— **А если договорились до электронных торгов?**

— Понятно, что все они договариваются до электронных торгов о том, чтобы не мешать друг другу по максимально возможной цене забирать контракты. Но мы посылаем запросы, формируем фильтры. Допустим, мы не знаем, как проходили закупки какого-то лекарственного препарата. А электронная система сразу выдает, что участвовали, например, две компании, здесь выиграла одна, там — другая. Все их поведение абсолютно прозрачно.

— **Это уже является доказательной базой?**

— Это только подозрения. Но электронные торги позволяют нам быстро и эффективно выявлять все эти сговоры и фиксировать. Участвуя в торгах, вы нажимаете кнопку компьютера, и сигнал идет на площадку, где фиксируется, с какого компьютера подана заявка, где этот компьютер расположен, кто какие ценовые предложения делал. Остается масса следов. Все, что происходит в интернете, фиксируется и хранится на серверах с 2012 года, когда начали работать электронные площадки. И мы в любой момент можем все это поднять. На одних подозрениях мы никогда не строим доказательства. У нас есть целая методика расследования, и мы доказываем, что сговор есть.

— **Можно ли предотвратить картельный сговор?**

— Картели существуют во всем мире: в Евросоюзе, США, ЮАР, Зимбабве... Пожалуй, их нет только в Северной Корее, у которой социалистическая экономика и все планирует государство. А в странах с рыночной экономикой всегда есть, во-первых, запрет на сговор, а во-вторых, соблазн сговориться. Вопрос в уровне картелизации. Где-то их больше, где-то — меньше. У нас их очень много. Большая часть всех картелей происходит на торгах. Россия — огромная страна, у нас федеральные закупки, а также 85 субъектов федерации, и в каждом свои государственные, муниципальные закупки. У нас даже больницы, школы и детские сады — это самостоятельные государственные заказчики. Тысячи заказчиков, миллионы конкурсных процедур. Никто в мире не придумал еще такого рецепта и такого законодательства, которое свело бы картели к нулю.
— **Как, на ваш взгляд, минимизировать это явление?**
— Остановить участников картелей можно угрозой наказания. Думаю, наказание у нас суровое, штрафы адекватные, но для крупных и особо злостных картелей его надо ужесточать. По идее наказание должно удерживать правонарушителей от сговоров, но зачастую участники картелей о штрафах не знают, потому что закон не читают. В качестве мер профилактики мы предлагаем вводить подписку для всех участников торгов. Чтобы, перед тем как пойти на торги,



Сегодня в среднем по России 3% поставщиков аккумулируют 80% контрактов. Это происходит на всех уровнях: начиная от муниципального и регионального и заканчивая федеральным

с кем договорился и кто у них выиграл, придется копаться в протоколах и указаниях.

Конечно, ФАС предлагает не расслабляться, поскольку у нее информация аккумулируется по другим правилам. Ключевая норма этого постановления действует временно, но никто не гарантирует, что постановление не будет продлено. Уже год в Госбюджетном законе практикуются закрытые электронные процедуры. Не исключено, что такие же решения будут приняты и в социально чувствительных сферах, включая обращение медицинских изделий и лекарственное обеспечение.

Светлана Белостоцкая

участник расписался, что он предупрежден об ответственности, ознакомился со всеми возможными последствиями своих неправомерных действий и принимает пользовательское соглашение. Тем самым он гарантирует, что не вступал ни с кем в сговор, все заявки готовил сам и предупрежден об ответственности. На мой взгляд, это будет серьезной профилактической мерой.

— **Чем грозит создание картелей на торгах?**

— В законе предусмотрена административная и уголовная ответственность для юридических лиц — хозяйствующих субъектов — и для должностных лиц — директоров, менеджеров — в зависимости от того, кто виновен.

Если доход картеля не превышает 50 млн руб., его участники несут административную ответственность — штраф до 50 тыс. руб. либо дисквалификация в судебном порядке, а если превышает 50 млн руб. — уголовное. Уголовная ответственность есть для заказчиков.

Ежегодно в России ФАС привлекает к административной ответственности до 1,5 тыс. хозяйствующих субъектов. Значительная часть из них вообще не знает о такого рода ответственности, а остальные подозревают, что какая-то ответственность существует, но совершенно не представляют размеров штрафов, которые исчисляются десятками, а иногда и сотнями миллионов рублей. Для многих это настоящий шок! Однако в законе совершенно четко прописан полный расчет штрафа.

— **Как избежать серьезных неприятностей при заключении государственного контракта? Что можно, а чего категорически нельзя?**

— С государственными заказчиками можно вести переговоры, при этом об одном договариваться можно, а о другом — нет.

Когда речь идет о медицинском оборудовании и изделиях медицинского назначения, можно встречаться с государственным заказчиком, рекламировать свою технику, обсуждать технические параметры и возможности своего оборудования. Но совершенно недопустимо напрямую договариваться с государственным заказчиком о том, чтобы прописать техническое задание исключительно под свое оборудование, чтобы никто из конкурентов не мог подать заявку. Нельзя договариваться с государственным заказчиком о том, чтобы он отклонил заявки всех конкурентов, для того чтобы конкретный участник победил в торгах. В этом случае для участников торгов предусмотрен штраф от 10% до 50% от начальной максимальной цены контракта, а для государственного заказчика — уголовная ответственность. Материалы в отношении конкретного должностного лица ФАС передает в правоохранительные органы. Однако здесь система дает сбой. Ежегодно ФАС возбуждает сотни дел в отношении юридических лиц, тогда как в 2017 году МВД возбудило всего девять уголовных дел о картелях...

— **Что делается для того, чтобы наказание было более действенным?**

— 5 августа 2017 года президент РФ дал перечень поручений ФАС и правоохранительным органам об усилении административной и уголовной ответственности за картели. Мы уже разработали несколько законопроектов, которые ужесточают административную и уголовную ответственность за картели. В ближайшее время мы инициируем законопроект о повышении административной ответственности за повторный картель. Если фирму привлекли к ответственности и оштрафовали, а она замечена в сговоре еще раз, то штраф будет вдвое больше, чем был бы, если бы компания привлекалась к ответственности в первый раз. Кроме того, планируется введение специальной нормы об уголовной ответственности за любого рода сговоры на торгах — хоть картельные, хоть с заказчиком. Такая ответственность сейчас есть, но это будет отдельная статья и более суровое наказание, потому что любой сговор на торгах посягает не только на интересы конкуренции, но и на интересы бюджета.

Если проходят здоровые, конкурентные торги, то среднее снижение цены на медикаменты и изделия медицинского назначения составляет 20–22%. При картеле цена либо не падает вообще, либо снижается максимум на 0,5%. Посчитайте, сколько могло бы сэкономить государство, насколько больше тех же лекарств можно было бы закупать на сэкономленные средства, но мы теряем эти деньги.

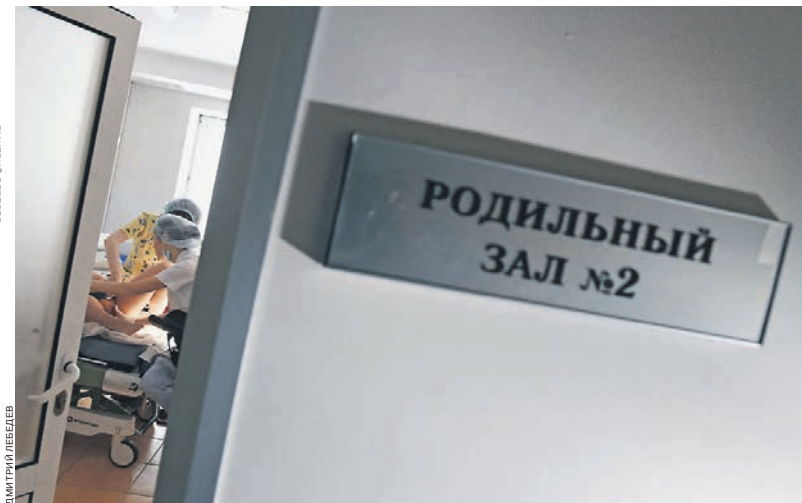
— **Не меньше вопросов вызывает начальная максимальная цена контракта. Кто-то контролирует, как она формируется?**

— Сам по себе механизм формирования начальной максимальной цены контракта, который прописан в законе, в принципе правильный. Запроси цены на рынке, выведи среднюю. Но, возможно, этот метод дает сбой. Однако за все это время только один государственный заказчик обратил на это наше внимание, а случаев-то сотни. У ФАС нет никакого плана ни по количеству дел, которые необходимо выявить, ни по количеству компаний, которые нужно оштрафовать, ни по сумме штрафов. Для ФАС чем меньше будет таких фактов, тем лучше. Мы ничего не ищем специально. Но, это как грибы в лесу: срезаешь один, смотришь — тут же второй. Мы только закончили одно дело и из него выделили дело о втором картеле. И так они плодятся, почкуются — даже искать специально не надо. Практически ежедневно антимонопольная служба выявляет новые и новые антиконкурентные соглашения. Очевидно, жажда наживы превозмогает страх и возможность наказания.

Записала Светлана Белостоцкая

здоровоохранение тенденции

«Видишь, мама, кто у тебя родился?»



Перинатальный центр в Видном является центром третьего уровня: здесь выхаживают новорожденных с низкой и очень низкой массой тела (от 500 г до 1,5 кг). В Видное едут рожать еще и потому, что роды здесь принимают в вертикальном положении. Рожать в таком положении намного безопаснее



— профессия —

с13 Нельзя так долго сидеть: ты на голове у дочки сидишь, ребенку дышать нечем», — спокойно говорит акушерка. Женщина охает, с третьей попытки ей все же удается приподняться, перевернуться, держась за акушерку и наконец встать на колени. Самый опасный момент позади. Теперь Гуля кричит, стоя на коленях, и держась за спинку кресла.

«На акушерках лежит весь физиологический процесс родов»

Юлия Данилова работает акушером 14 лет. В бригаде, которая принимает роды, главный все-таки врач: именно врач принимает кардинальные решения в процессе родов, но акушерка assisteрует. «Случается, что ребенок в утробе матери заражается патогенной флорой, когда бактерии проникают сквозь плаценту, ребенку плохо — это отражается на мониторах, и тогда его срочно надо достать. Задача врача — как можно быстрее оценить, какой ребенок рождается с патологией и кому надо экстренно помочь. На акушерках лежит весь физиологический процесс родов», — рассказывает Юлия.

В предродовом, родильном и постродовом отделениях Перинатального центра работают 48 акушерок. Акушерка встречает роженицу в приемном покое, заносит ее данные в журнал, измеряет пульс, температуру, затем женщину поднимают в смотровую, где доктор осматривает ее. Если все в норме, патологий плода не обнаружено и схватки несильные, то у женщины берут анализ крови, и она ждет наступления родов.

Акушерка — медработник среднего звена. Чтобы получить эту специ-

альность, нужно окончить медицинский колледж. В Московской области таких колледжей пять: в Орехово-Зуево, Раменском, Наро-Фоминске, Коломне, Серпухове (был еще колледж в Ступино, но его закрыли). Молодежь из колледжей редко задерживается в Перинатальном центре: многие уходят учиться или работать в московские родильные дома.

Рабочая смена акушерки длится 24 часа, в течение которых она не имеет права спать. Режим работы — сутки через двое, поэтому многие сотрудники Перинатального центра приезжают в Видное из Каширы, Ступино, Москвы и других городов. Пересменка в восемь часов утра. Смену акушерка начинает с того, что анализирует, какие женщины в отделении, когда они поступили, с какими патологиями. Она должна знать историю родов, вместе с врачом сделать обход отделения, познакомиться с новыми роженицами. Роды — процесс труднопрогнозируемый, поэтому в начале смены не понятно, сколько детей родится в

ближайшие сутки. Акушерка в Видном может принять и семь, и десять родов в смену.

Медики говорят, что теперешние роженицы ведут себя совсем не так, как те, что рожали лет 20 назад. «Идут рожать, как будто подвиг совершают, будто не для себя это делают, а для нас. Раньше женщина в родах слушала то, что ей говорят врач и акушерка. Сейчас женщина может заявить всякое — что, например, не хочет, чтобы у нее роды принимал мужчина. Они могут отказаться от прививок для ребенка, и мы настаивать не можем», — говорит врач Андрей Сащенко.

В перинатальном центре практикуются партнерские роды: отец будущего ребенка поддерживает жену, перерезает пуповину вместе акушерки. Партнерские роды стоят 80 тыс. руб., в 2017 году в Перинатальном центре города Видное провели больше сотни партнерских родов.

Сейчас Гуля ведет себя тише, чем час назад, когда ее одолевали схватки. Она держится за спинку кровати,

стоит на коленях и тужится. Акушерка стоит рядом, разговаривает с роженицей, часто проверяет раскрытие матки. Минут через 20 появляется головка. Юлия поддерживает ребенка за голову, высвобождает левое плечико, затем правое, появляется тело, закрученная пружиной пуповина. Ребенок кричит, акушерка перерезает пуповину, берет девочку и подносит к Гуле с поднятой ножкой: «Видишь, мама, кто у тебя родился?» «Так принято делать во избежание дальнейших недоразумений: нас впоследствии могут обвинить, что мы ребенка подменили», — объясняет Юлия Данилова. У Гули все прошло благополучно, приняв девочку, акушерка помогает Гуле лечь, взвешивает малыша, измеряет и заворачивает в синее одеяльце. В течение двух часов после родов за Гулей наблюдают в постродовой, где работают другие акушерки.

Если роженице недостает молока, то его доставляют с молочной кухни, которая есть в перинатальном центре.

ГЛОБАЛЬНОЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ

В июне на белгородском заводе «Верофарм» группы Abbott запускается полный цикл производства (за исключением выпуска субстанции, которую будет поставлять в Россию один из зарубежных заводов группы Abbott) по выпуску препарата дюфастон (МНН/активное действующее вещество — дидрогестерон), который применяется у женщин при нарушении менструального цикла, бесплодии, угрозе прерывания беременности на ранних сроках. Ежемесячный выпуск составит около 1 млн упаковок дюфастона, или примерно 20 млн таблеток. Разумеется, этот препарат, который на мировом фармрынке уже более полувека, давно известен и в России, поскольку компания Abbott в РФ присутствует уже более 40 лет. Препарат сейчас входит в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Продукция Abbott представлена более чем в 150 странах мира. В компании работают 99 тыс. человек. В крупнейших международных фармкомпаниях (из числа так называемой большой фармы) доходы от продаж лекарственных препаратов в России составляют 1–3% в общем лекарственном обороте, то есть не являются решающим для бизнеса



Препарат дюфастон, 200 млн таблеток которого планируется ежегодно выпускать на линии, запущенной на белгородском заводе компании «Верофарм» группы Abbott, уже входит в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов

компаний. Abbott — исключение. По словам Шона Шримптона, старшего вице-президента подразделения лекарственных препаратов Abbott, продажи в России составили в прошлом году 10% всех доходов подведомственного ему подразделения глобальной компании в секторе быстрорастущих рынков: «Abbott приобрела в 2014 году „Верофарм“ с определенным стратегическим намерением, и тому было несколько причин. „Верофарм“ производит большой спектр доступных онкологических препаратов. „Верофарм“ дал нам производственные мощности для локализации своих препаратов. То есть в качестве дженериковой компании „Верофарм“ хорошо дополняет бизнес-модель Abbott. На данном этапе в глобальной компании Abbott в разной стадии разработки находится 400 молекул. 20–25% этих разработок находятся на четвертой стадии — это уже клинические испытания и подготовка к регистрации. Это препараты для лечения гастроэнтерологических, сердечно-сосудистых заболеваний и болезней центральной нервной системы. Наши главные бестселлеры в России — дюфастон, бетасерк, дюфалак».

Владислав Дорофеев

Анна Героева

Уязвимая популяция

— диагноз —

ВИЧ-носители туберкулеза

Фтизиатры признают, что России предстоит принять прорывные решения, чтобы устранить факторы, усложняющие борьбу с туберкулезом. Снижение смертности фиксируется только в 71 регионе РФ, высокие показатели заболеваемости и смертности демонстрируют Дальний Восток, Сибирь, Урал, Республика Тыва, Чукотский автономный округ, Приморский край, ЕАО, Хабаровский край, отметила Ирина Васильева.

По итогам 2016 года «Общероссийский народный фронт» сообщил о росте смертности в Чукотском автономном округе (+51,3%), Севастополе (+11,9%), Республике Калмыкия (+10,9%), Красноярском крае (+8%), Псковской области (+3,4%), Калужской области (+2,1%) и Республике Тыва (+1,5%).

«Ежегодно в Российской Федерации растет распространенность ВИЧ-инфекции, в отношении которой туберкулез является вторичным заболеванием. Каждый пятый впервые выявленный и вставший на учет в 2017 году пациент с туберкулезом был также инфицирован ВИЧ. Следовательно, снизить заболеваемость туберкулеза к 2030 году на фоне такой распространенности ВИЧ-инфекции, как сейчас, не представляется возможным, а в ряде субъектов РФ может произойти рост летальности пациентов с

туберкулезом», — отметил директор фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов.

Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) по-прежнему представляет собой серьезную проблему. По оценкам ВОЗ, в 2016 году зафиксировано 600 тыс. новых случаев туберкулеза с устойчивостью к рифампицину — самому эффективному препарату первой линии, из которых в 490 тыс. случаев наблюдалась МЛУ-ТБ. Из всех стран мира на долю Индии, Китая и России приходится почти половина случаев. «В 2017 году доля пациентов с множественной лекарственной устойчивостью среди пациентов с туберкулезом органов дыхания, выделяющих микобактерии туберкулеза, выросла с 51% до 54%», — подчеркнул Эдуард Гаврилов.

На фоне растущей доли заболевших, у которых обнаружена МЛУ-ТБ увеличивается процент пациентов с широкой лекарственной устойчивостью, отмечают эксперты.

«Тренд к улучшению есть. За последний год эффективность лечения больных с множественной лекарственной устойчивостью достигла 50%, однако заболеваемость лекарственно устойчивым туберкулезом пойдет на убыль при показателе 75%», — рассказала Ирина Васильева, которая полагает, что показатели эффективности терапии пока «не позволяют думать, что мы справимся с лекарственно устойчивым туберкулезом в ближайшее время».

По словам Эдуарда Гаврилова, многие регионы, принимая территориальные программы, утверждают перечни льготных лекарственных препаратов для амбулаторного этапа с заниженными обязательствами. 22 региона не включили в льготные перечни ни одного лекарственного препарата для лечения туберкулеза амбулаторно.

В организации противотуберкулезной службы очень медленно внедряются стационарзамещающие технологии, считают эксперты. «На фоне снижения заболеваемости сократилось число санаториев, а должно быть наоборот. Не стационары надо увеличивать, а санатории — для превентивного лечения, оздоровления», — считает Валентина Аксенова.

Известно и о переборах с лекарствами. На сайте pereboi.ru, разработанном движением «Пациентский контроль», только с начала 2018 года появилось десять сообщений пациентов из разных регионов, в том числе от находящихся в лечебном исправительном учреждении, о том, что их перестают обеспечивать лекарствами или вместо пяти препаратов выдают два, один.

Федеральный запрос

«Основными уязвимыми группами населения по туберкулезу являются лица без определенного места жительства, находящиеся под следствием и осужденные, иностранные граждане, беженцы. Поэтому ликвидация туберкулеза требует усилий не только

так называемой гражданской системы, но и иных федеральных органов исполнительной власти (ФСИН, ФМС и т. д.)», — напомнил Эдуард Гаврилов.

По данным ЦНИИОИЗ, среди впервые зарегистрированных пациентов с туберкулезом доля больных из контингента ФСИН в 2017 году составила 8% (2016-й — 8,5%), лиц БОМЖ — 2,2% (в 2016-м — 2,3%).

«Небольшая динамика снижения заболеваемости простым туберкулезом наблюдается, но при этом места лишения свободы никуда не делись и условия в них лучше не стали», — отметила президент Фонда имени Андрея Рылькова (включен в реестр иностранных агентов) Аня Саранг. — Не работают программы заместительной терапии, которые помогают снижать уровень заболеваемости ВИЧ и риск заболевания туберкулезом, позволяя проводить скрининг туберкулеза в уязвимой популяции, способствуют снижению криминальности среди людей, страдающих наркозависимостью, а именно они в основном подвержены ВИЧ-инфекции и смертности от туберкулеза». Кроме того, по ее словам, эти программы позволяют повысить приверженность таких пациентов лечению, снижая риск развития МЛУ-ТБ.

В последние годы в России катастрофически снижается вакцинация новорожденных. Охват населения прививками в соответствии с национальным календарем должен быть не менее 95%, у нас — 81% в 2017

году. Причина — в основном человеческий фактор: религиозные соображения, негативные публикации в СМИ и прочее. Среди больных туберкулезом детей в возрасте до 3 лет 22% — невакцинированные, в возрасте до года — 41%, — подчеркнула Валентина Аксенова.

При достаточном выборе средств скрининга на туберкулез определенная доля родителей также отказывается от обследования ребенка. Законодательство никоим образом не ограничивает пребывание таких детей и подростков в образовательном учреждении.

«Медицинская помощь, к которой относятся и противотуберкулезные мероприятия, оказывается гражданам на основе добровольного информированного согласия, без согласия гражданина принудительное лечение возможно лишь по решению суда. Образовательные учреждения не имеют права оказывать давление, отстранять от обучения, применять иные меры административного или психологического принуждения к проведению медицинской помощи детям. Скрининг — это та же медицинская помощь», — пояснил врач-юрист, эксперт при уполномоченном по правам человека, директор КРОО «Правозащита здоровья» Николай Чернышков. В результате в детских садах, школах, колледжах оказываются дети и подростки, которые заражают сверстников туберкулезом.

Ирина Смирнова