

Рекламно-информационное издание

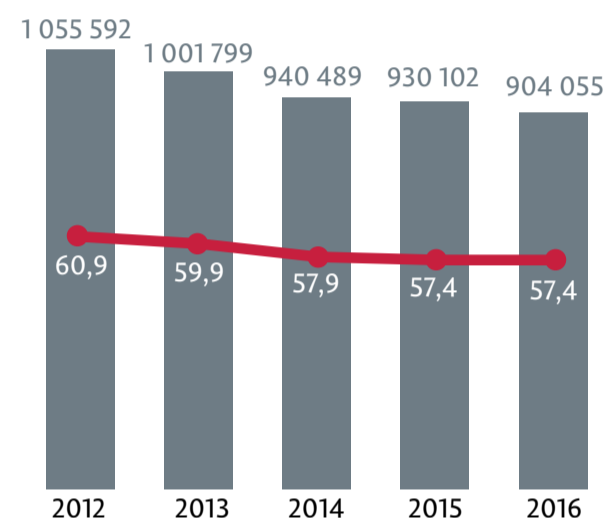
партнер выпуска



Евгений Разумный / Ведомости

Смертность от болезней системы кровообращения в России

■ умершие от всех болезней системы кровообращения
● доля таких болезней во всей смертности, %*



* По абсолютным цифрам.

Источник: Росстат

Цена болезни

Почти 50% смертей в России связано с болезнями органов системы кровообращения – инфарктом, артериальной гипертонией, инсультом. Современное лечение каждого случая инфаркта миокарда в стационаре обходится государству почти в 200 000 руб. Профилактика могла бы снизить не только смертность, но и расходы бюджета в разы

Светлана Хлебникова

За 30 лет в Израиле число смертей от сердечно-сосудистых заболеваний снизилось на рекордные 74%, в Австралии и Англии – на 68%, в Ирландии и Японии – на 67%, указывают аналитики Института статистических исследований и экономики знаний НИУ ВШЭ (абсолютные цифры они не указывают). На Западе 30 лет назад у человека в 55 лет мог случиться сердечный приступ, сейчас – в 70 лет, рассказывал гендиректор производителя лекарств AstraZeneca Паскаль Сорио в интервью «Ведомостям».

Но в большинстве республик бывшего СССР смертность от сердечно-сосудистых заболеваний остается на высоком уровне – более 350 случаев на 1000 жителей. В Израиле это 15 случаев на 1000 че-

ловек, в США – 16, в Германии – 18, в Японии – 9 случаев, по данным ВОЗ (правда, последний доступный доклад датирован 2011 г.).

В России сердечно-сосудистые заболевания – №1 среди причин смерти (из числа медицинских). В январе – октябре 2017 г. от болезней органов системы кровообращения (под этим названием объединены заболевания сердца и сосудов) – ишемической болезни сердца, гипертонии и проч. – умерло 720 792 человека, свидетельствуют оперативные данные Росстата (т. е. без учета окончательных свидетельств о смерти). На 2-м месте – новообразования (241 462 человека). Всего за это время в России умерло 1,53 млн человек, т. е. на болезни сердца и сосудов приходится около 47% (об-

щее число смертей включает и немедицинские причины).

Из-за болезней системы кровообращения Россия теряет до 5% ВВП ежегодно, оценивает Давид Мелик-Гусейнов, директор НИИ организации здравоохранения департамента здравоохранения Москвы.

Долго едут

Средний возраст пациентов, перенесших инфаркт, – 57–60 лет, рассказывает медицинский директор сети клиник «Медси» Павел Богомолов: главная проблема в том, что только 40% из них обращается в «скорую» в первые 12 часов после инфаркта. А нужно обращаться в течение 30–40 минут – тогда есть шанс снизить последствия и риск смерти от инфаркта миокарда (т. е. отмирания части сердечной мышцы), говорит гендиректор российского производителя стентов «Стентекс» Егор Лукьянов (см. интервью на стр. 04).

Среди тех, кто перенес инсульт, цифры такие же неутешительные: в России в 2015 г. только 18% пострадавших получили медицинскую помощь в первые 4,5 часа после приступа, в Москве – 24%, делится статистикой главный невролог Москвы Николай Шамалов. Около 70% пострадавших от инсульта становятся инвалидами (подробнее о лечении инсульта см. интервью главного внештатного кардиолога Москвы Елены Васильевой на стр. 06).

03 →

Просиженные миллиарды

Сидячий образ жизни стоит мировой экономике \$67,5 млрд в год. А пять самых распространенных неинфекционных заболеваний в ближайшие 20 лет обойдутся в \$47 трлн – это больше 4 ВВП Китая

Ольга Волкова

Распространенность неинфекционных заболеваний – в первую очередь болезней образа жизни, вызванных курением, алкоголем, плохим питанием и отсутствием физической на-

грузки, – проблема, достигая масштабов эпидемии, объявила в 2011 г. Генеральная ассамблея ООН. «Прогноз мрачен», – говорил Пан Ги Мун, занимавший тогда пост генерального секретаря ООН. Он подчеркивал: до тех пор за всю историю организации министры здравоохранения собирались лишь один раз – на саммите, посвященном ВИЧ/СПИД.

Болезнь возраста

По данным ВОЗ, неинфекционные болезни – причина 70% смертей в мире (40 млн человек в год). Рекордсмены – сердечно-сосудистые заболевания (17,7

млн смертей), рак (8,8 млн), заболевания дыхательных путей (3,9 млн) и диабет (1,6 млн). Более половины смертей – это люди старшего возраста. Но 15 млн человек умирает в возрасте от 30 до 69 лет.

Главная причина распространения неинфекционных болезней – стареющее население. Если в 2015 г. каждый восьмой житель Земли был старше 60 лет, то к 2030 г. таким будет уже каждый шестой, ожидает ООН. Вторая причина – факторы, связанные с образом жизни: употребление алкоголя, курение, сидячий образ жизни.

07 →

Лечитесь российским

К 2020 г. российские лекарства должны занимать половину рынка, а медицинские изделия – 40%. Благодаря политике импортозамещения отрасль уже получила 150 млрд руб. инвестиций. Примерно такую же сумму государство планировало вложить в импортозамещение до 2020 г.

Мария Ермакова

В 2020 г. доля российских лекарств на рынке должна составить 50% (при объеме рынка 1–1,5 трлн руб. в зависимости от того, какой сценарий развития реализуется), медицинских изделий – 40% (объем рынка – 445 млрд руб.). Такие цели задекларированы в госпрограмме «Развитие фармацевтической и медицинской промышленности» до 2020 г. («Фарма-2020»). Базовый уровень медицинской помощи должно обеспечивать собственное производство медицинской техники, писал Минпромторг в стратегии развития медицинской промышленности в России до 2020 г. (утверждена в 2013 г.).

Вынужденная мера

За последние шесть лет благодаря импортозамещению в отрасль вложено около 150 млрд руб., ссылается вице-президент Stada Дмитрий Ефимов на слова министра промышленности и торговли Дениса Мантурова. По данным PwC, в России за последние годы по программе «Фарма-2020» построено 25 новых фармацевтических предприятий и уже локализовано 76,8% производства жизненно важных препаратов (ЖНВЛП).

Иностранному бизнесу вынужден переносить в Россию производство лекарств из-за ограничений для импортных препаратов при госзакупках, например правила «третий лишний», говорит руководитель группы по работе с компаниями фармацевтической отрасли Deloitte Олег Березин. Статус локального производителя важен для участия в государственных торгах (в том числе по правилу «третий лишний»), много раз говорили «Ведомостям» представители зарубежных компаний.

Среди тех, кто с 2009 г. объявил о проектах по локализации производства, – производители лекарств Nycomed (с 2011 г. входит в японскую Takeda), AstraZeneca, Pfizer, Sanofi, Eli Lilly, Teva, а также производители медтехники и медизделий Philips, GE Healthcare, Medtronic.

Большинство компаний начинали локализацию производства в России с упаковки. Но сейчас одной только упаковки для участия в госзакупках недостаточно: локализованным считается препарат, все технологические процессы производства которого проходят в России (лекарственная форма, упаковка и контроль качества).

Стимулы от государства

С 2015 г. действуют постановления правительства, которые не допускают к торгам иностранные лекарства и некоторые медицинские изделия, если есть минимум две заявки с российскими аналогами (правило «третий лишний»). Из обсуждаемых правительством мер – введение преференции в 25% от стоимости контракта для тех компаний, которые производят в России лекарственные субстанции.

Есть меры господдержки и в медпроме. В 2015 г. правительство назначило компанию «Стентекс» единственным поставщиком некоторых видов коронарных стентов и катетеров для лечения острого коронарного синдрома с 2017 по 2022 г. (позднее срок был продлен до 2024 г.) со встречными требованиями по локализации одного из ведущих мировых производств в России. Другие отечественные игроки рынка – компания «Ангилайн», например, получает от государства субсидии на развитие производства, компания «Мединж» – госсубсидии на НИОКР и проч.

А 4 декабря 2017 г. премьер Дмитрий Медведев подписал постановление «второй лишний». Оно распространяется на госзакупки исключительно стентов и некоторых видов катетеров: если есть хотя бы один российский аналог, то иностранный продукт на госторгах покупать нельзя. Эти меры господдержки направлены на создание тех-

нологических и экономических преимуществ для дальнейшего развития российского производства таких изделий, говорится на сайте правительства. На площадке «Стентекса» с помощью трансфера технологий уже локализовано производство двух видов стентов и будет локализовано производство трех видов баллонных катетеров одного из крупнейших в мире производителей – Medtronic.

Вместе с партнером

Не все компании обзаводятся в России собственными мощностями.

Правительство искало возможность организации в России локального производства именно в части производства медицинских устройств, вспоминает вице-президент Medtronic в России Елена Плясунова. «Одним из основных факторов стал довольно высокий уровень смертности от острого коронарного синдрома в России. Мы начали активно работать в этом направлении», – рассказывает она. Сейчас у Medtronic есть совместное предприятие с группой компаний «Ренова» – производитель стентов и баллонных катетеров «Стентекс». «Для иностранного партнера локализация производства в России означала возможность принести на наш рынок свои технологии, сделать доступнее медизделия мирового уровня, содействовать развитию системы здравоохранения», – говорит гендиректор «Стентекса» Егор Лукьянов (подробнее см. его интервью на стр. 04).

Philips производит ультразвуковые системы в партнерстве с российской «Амико» (ЗАО «Рентгенпром»). Локализованное оборудование соста-

Импортозамещение в цифрах

882 млрд руб.

объем рынка лекарств в 2013 г., из них 26,8% – отечественные

214 млрд руб.

объем рынка медицинских изделий в 2013 г. (на тот момент – прогноз), из них 18% – отечественные

1,21 трлн руб.

объем рынка лекарств в 2016 г., из них 30% – отечественные

245,5 млрд руб. – объем

рынка медицинских изделий (без учета принадлежностей), из них 20,2% – отечественные

По программе «Фарма-2020»

на 1 января 2017 г. выведено на рынок:

14 импортозамещающих препаратов и **2** инновационных

65 импортозамещающих медицинских изделий и **10** инновационных

16 фармацевтических производств и **4** производства медицинских изделий построено в 2016 г.

Источник: Минпромторг

вит до 50% портфеля ультразвуковых систем экспертного класса и базовой линейки томографов Philips в России, рассказывает представитель компании. В 2018 г. планируется следующий этап локализации – выпуск компьютерных томографов. А Johnson & Johnson вместе с «Фармстандартом» производит системы самоконтроля уровня глюкозы в крови OneTouch.

Путь к независимости

Постановление «третий лишний» позволит снизить цены на ЖНВЛП в России, обещал Мантуров. Министр здравоохранения Вероника Скворцова в июне говорила, что политика импортозамещения позволила снизить цены за один год более чем в 2 раза, а по некоторым препаратам – в разы.

Для компаний затраты на производство лекарств в России могут оказаться выше, чем за рубежом, отмечает Березин: экономически выгодно производить здесь только препараты широкого спроса либо в случае существенной господдержки (субсидии, льготы и преференции). Ефимов говорит, что экономика производства привлекательна: сейчас производство в России заметно дешевле, чем в Европе.

Главные цели программы «Фарма-2020» – снизить зависимость страны от импорта лекарств и переориентировать фармацевтическую промышленность на экспорт и инновационный путь развития, а не сэкономить деньги бюджета, объясняет Березин. Программа предусматривает бюджетное финансирование. До 2020 г. государство пообещало выделить из бюджета 120 млрд руб. на поддержку отечественной фармацевтической промышленности и еще 43,23 млрд руб. – на развитие медицинской промышленности.

Что нужно инвесторам

Государство, разработав программу «Фарма-2020», создало большое количество инструментов поддержки отрасли, говорит Ефимов. Но есть нюансы.

Производство медицинских изделий диверсифицировано, поэтому здесь нужны не только традиционные закупочные ограничения, говорит Плясунова. Например, в Европе постепенно внедряется концепция, нацеленная на результаты лечения пациентов, когда оплата за препарат зависит от эффективности лечения: если он не помог пациенту, платательщик – государство или страховая – за него не платит.

Приоритет нужно отдавать долгосрочным экономическим мерам, которые будут стимулировать развитие отечественного производства, а не усилению ограничительных мер, говорит представитель Philips. Нужны стабильные условия для открытой конкуренции, гарантированные льготы и сбыт, снижение административных барьеров, упрощение и сокращение сроков регистрационно-разрешительных процедур, а также господдержка быстрого выхода на рынок локализуемых медицинских изделий. Наконец, нужна господдержка для развития локальной сети поставщиков комплектующих: часто производители медицинских изделий вынуждены импортировать комплектующие, потому что внутреннее производство неразвито.

Бизнесу не хватает прозрачности и определенности в методике ценообразования на жизненно важные лекарства, говорит Ефимов: государство действует в интересах пациента, но зачастую не учитывает реальную экономику производства. Чтобы рынок продолжал развиваться, нужно корректировать механизмы финансирования лекарственного обеспечения и вводить систему соплатежей, считает Ефимов: бесконечно за счет денег пациента отрасль развиваться не сможет. &

Локализовала ли ваша компания производство в России?



Цена болезни

01 → Организовать лечение

В Москве за четыре года число умерших от инфаркта миокарда уменьшилось в 2,8 раза: если в 2012 г. от приступа умерло 4200 человек, то в 2016 г. – 1500 человек, говорит сотрудник пресс-службы департамента здравоохранения Москвы. В 2016 г. процент смертности составил 6,7% – это в 4 раза меньше, чем 10 лет назад, продолжает он. Получается, если раньше от инфаркта умирал приблизительно каждый четвертый житель столицы, то в 2016 г. – каждый пятнадцатый (без учета немедицинских причин).

Снизить смертность удалось за счет программы модернизации столичного здравоохранения, которая реализовывалась в 2011–2013 гг., и запуска инфарктной сети, говорит представитель департамента здравоохранения Москвы. Эта сеть объединила специализированные сосудистые медицинские центры, которые работают на базе почти трех десятков клинических больниц с профильным отделением кардиохирургии (в их числе ГКБ им. Боткина, ГКБ им. Давыдовского, ММА им. Сеченова, ГКБ № 1 им. Пирогова и др.).

Для сосудистых центров город закупил 35 ангиографов – специальных приборов, при помощи которых проводится исследование состояния сердечно-сосудистой системы и выявляется патология, рассказывает представитель городского департамента. Ангиографы (минимальная цена такой системы – 40 млн руб. за штуку) и другое оборудование позволило быстрее проводить стентирование сосудов после инфаркта миокарда, объясняет он: раньше человек с инфарктом вначале должен был пройти лечение и затем попадал на операцию в специализированную клинику, в итоге многие пациенты просто не дожили до нее.

С момента приезда «скорой» до операции должно пройти не больше часа, сейчас операция по открытию артерии в Москве завершается в среднем через 39 минут с момента поступления человека в больницу. Доля больных, которым сделали операцию по стентированию сосудов, выросла с 30% в 2011 г до 87,5% в 2017 г., отмечает представитель департамента здравоохранения.

В Санкт-Петербурге, по данным заведующего научно-исследовательской лабораторией острого коронарного синдрома Алексея Яковлева, в первом полугодии 2017 г. от сердечно-сосудистых заболеваний умерло 604 человека на 100 000 населения. В среднем смертность от сердечных заболеваний по стране составляет более 1000 случаев на 100 000 жителей. Показатели Петербурга Яковлев объясняет распространением операций по стентированию – как и в Москве.

Сколько стоит лечение

Операция по стентированию при инфаркте миокарда с подъемом ST (такие данные электрокардиограммы свидетельствуют о полном поражении сердечной мышцы. – «Ведомости&») по программе госгарантий стоит 192 000 руб., без подъема ST – 171 000 руб.

Лечение инфаркта миокарда с учетом стентирования обходится бюджету почти в 290 000 руб. Эта цифра складывается из стоимости вызова «Скорой помощи», госпитализации, лечения и медицинской реабилитации (данные Федерального фонда ОМС (ФФОМС), см. врез).

Что такое стентирование

Стентирование – операция, когда внутрь пораженного коронарного сосуда, являющегося причиной инфаркта миокарда, помещают специальный каркас, расширяют его и восстанавливают кровоток к сердечной мышце. В результате сердечная мышца – миокард – перестает страдать от недостатка кислорода.

Стентирование – малоинвазивная операция, она менее травматична и дешевле шунтирования, операции на открытом сердце, когда создается дополнительный путь для тока крови в обход участка сосуда при помощи шунтов. Так, отдельно операция по стентированию согласно прайс-листу Национального медицинского исследовательского центра сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева стоит 115 036 руб. без стоимости стента, шунтирование – 228 340 руб.

Клиники – лидеры по числу операций на сердце и сосудах с искусственным кровообращением

Клиника	Регион	Число операций в 2015 г.
Национальный научно-практический центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева	Москва	5294
Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова	Санкт-Петербург	2877
Краевая клиническая больница № 1 им. С. В. Очаповского	Краснодар	2811
Сибирский биомедицинский центр им. Е. Н. Мешалкина	Новосибирск	2442
Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии	Пермь	2036

Источники: расчеты Vademecum, ежегодный справочник «Сердечно-сосудистая хирургия» под редакцией Л. А. Бокерии и Р. Г. Гудковой, 2015 г.

Но в каждом регионе она отличается исходя из структуры заболеваемости и нагрузки на врачей, говорит Мелик-Гусейнов. Общая сумма доходов ФФОМСа в 2018 г. должна составить 1,89 млрд руб., расходов – 1,99 млрд руб., следует из проекта федерального бюджета на 2017 г. и плановый период 2018–2019 гг.

Увеличивает расходы на лечение повторное обращение – когда человек бросает принимать назначенные ему препараты и снова попадает на больничную койку, говорит Мелик-Гусейнов. Разница в стоимости между первичной и повторной госпитализацией и лечением может достигать 5 раз за счет развития осложнений, которые придется лечить отдельно, объясняет Мелик-Гусейнов.

Лечить – мало

Обнащение клиник дорогим оборудованием и проведение высокотехнологичных операций – правильный путь, но он не влияет на причину проблемы, считает Богомолов из «Медси»: дешевле и эффективнее было бы выявлять пациента с высоким артериальным давлением, повышенным холестерином и другими факторами риска и назначать ему лекарственную терапию. Даже если половина пациентов начнет принимать препараты, это радикально снизит число инсультов и инфарктов. Сделать это можно было бы, например, следующим образом: перевести всех пациентов с высоким артериальным давлением и повышенным холестерином в группу льготников и назначить им бесплатные лекарства, рассуждает Богомолов.

Профилактика обходится государству гораздо дешевле лечения: поход к врачу-терапевту в системе ОМС стоит 376 руб. Но пока больших шагов в сторону профилактики нет, констатирует Мелик-Гусейнов. В целом по России число профилактических посещений врача с 2014 по 2016 г. уменьшилось на 14,4%, или почти на 50 млн раз, сокращается и число выявленных при диспансеризации (ее раз в три года должен проходить каждый россиянин старше 21 года) заболеваний: 3,4% в 2016 г. против 6,1% в 2014 г., подсчитал Эдуард Гаврилов, директор фонда независимого мониторинга «Здоровье». На профилактику сердечно-сосудистых заболеваний тратится лишь 3% от бюджета ФФОМСа, говорит заместитель директора Института статистических исследований и экономики знаний НИУ ВШЭ Александр Чулок. &

Федеральные центры, лидирующие по объемам задания на ВМП, не включенную в базовую программу госгарантий, по сердечно-сосудистой хирургии

Клиника	План на 2017 г., число случаев
Сибирский биомедицинский центр им. Е. Н. Мешалкина	8528
ННПЦССХ им. А. Н. Бакулева	7930
Национальный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова	7649
Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (Пенза)	4653
Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (Астрахань)	4653
Томский национальный исследовательский медицинский центр	4499
Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (Красноярск)	4446
Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии им. С. Г. Суханова	4429
Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (Хабаровск)	4367
Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии (Челябинск)	4364

Источники: аналитический центр Vademecum, Федеральное казначейство

Из чего складывается цена лечения острого инфаркта миокарда

Операция стентирования – 171 000–192 000 руб.

Вызов «Скорой помощи» – 1820 руб.

Госпитализация и лечение – 62 000 руб.

Реабилитация второго этапа (длится 14 дней) – 32 709 руб.

Расчеты сделаны «Ведомости&» на основе данных из программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг. (постановление правительства № 1403 от 19.12.2016).

«Наша задача – принести новую технологическую культуру»

Почему в медицинской промышленности партнерство часто эффективнее разработки продуктов с нуля, как совместное предприятие «Реновы» и Medtronic получило статус единственного поставщика государства и что делать с отношением россиян к своему здоровью

Екатерина Кузьмина

Российское правительство рассчитывает, что к 2020 г. 40% медицинских изделий должно будет производиться внутри страны, и активно стимулирует перенос сюда производства – от преференций для отечественных производителей в госзакупках и господдержки предприятий до развития технопарков и биомедицинских кластеров. Корреспонденту «Ведомости&» одному из первых удалось побывать на предприятии компании «Стентекс» в «Сколково» и собственными глазами увидеть, как и где производят медицинские изделия, спасающие жизни тысячам россиян. Экскурсию провел гендиректор компании Егор Лукьянов.

Пять лет назад, когда группа компаний «Ренова» задумала создание производства коронарных стентов и баллонных катетеров для лечения больных с острым инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией, почти 100% таких медизделий на российском рынке были импортными, а операции делали только 3,5% нуждающихся в них пациентов. Сейчас стентирование делают уже каждому четвертому нуждающемуся пациенту, но и это не предел: Егор Лукьянов говорит, что в США, например, стенты устанавливаются в 9 случаях из 10 и этот метод – золотой стандарт современного лечения острого коронарного синдрома.

В 2016 г. было объявлено о создании совместного предприятия ГК «Ренова» в партнерстве с американской Medtronic – компании «Стентекс», и сегодня уже производится два вида стентов, а всего планируется производство пяти продуктов из портфеля Medtronic: два вида стентов и три вида катетеров.

«Это было мнение врачебного сообщества»

– Когда в 2011 г. впервые заговорили о проекте «Стентекс», об участии иностранцев речи не шло. Когда и как среди ваших партнеров появилась Medtronic?

– Когда мы уже начали работу над этим проектом и докладывали о нем на заседании рабочей группы комиссии по модернизации, представители медицинского сообщества, главные специалисты [Минздрава] и руководитель рабочей группы комиссии по модернизации Вероника Скворцова сказали: «Отличная идея, но необходимо обратить внимание, что уже есть мировые лидеры, у которых технологии проверены, собрана мощная доказательная база по клинической эффективности медицинских изделий». Так нам было рекомендовано определить такого партнера [из числа лидеров]. И раз уж речь зашла о такой серьезной, масштабной локализации в России, значит, это должно быть лучшее производство.

– Почему именно Medtronic?

– На рынке медизделий для лечения инфаркта и стенокардии в мире три лидера: Medtronic, Abbott и Boston Scientific. Думаю, что на тот момент компании («Ренова» и Medtronic. – «Ведомости&») нашли друг друга, потому что двигались в одном направлении в одно и то же время. Для иностранного партнера локализация производства в России означала возможность принести на наш рынок свои технологии, сделать доступнее медизделия мирового уровня для российских пациентов, содействовать развитию системы



Евгений Разумный / Ведомости

здравоохранения. И для «Реновы» работа в партнерстве – часть стратегии развития, особенно в высокотехнологичных, новых для нашей страны областях.

– В чем для вас плюсы партнерства?

– На сегодня Medtronic после приобретения Covidien – крупнейший в мире производитель медицинских изделий и оборудования. Спинальная хирургия, рентгенэндоваскулярная и кардиохирургия, аритмология, инсулиновые помпы и средства контроля глюкозы крови для больных диабетом, хирургический шовный материал и наркозно-дыхательная аппаратура – это все Medtronic. В рентгенэндоваскулярной хирургии (к которой относятся стенты и катетеры. – «Ведомости&») их продукция – эталон в мировой практике оказания медицинской помощи больным с ишемической болезнью сердца.

– Вы не обсуждаете с Medtronic локализацию других продуктов кроме стентов и катетеров?

– Безусловно, мы находимся в диалоге по этому поводу. При этом нашей первоочередной задачей является локализация пяти видов изделий для проведения малоинвазивных операций – стентирования и ангиопластики. И уже сейчас мощности и объемов нашего производства достаточно, чтобы удовлетворить потребности российских клиник в стентах и катетерах, которые применяются для оказания медицинской помощи пациентам с инфарктом миокарда и нестабильной стенокардией. В то же время созданная платформа локализации – это системная работа: самые высокие стандарты

контроля качества, передовые технологии производства, высококвалифицированные инженеры по производству и специалисты по качеству – мы создали серьезную базу для развития локализации в медицинской промышленности. Я уверен, что подобный опыт найдет продолжение и в других социально значимых терапевтических областях, других продуктовых сегментах.

– Если бы не было партнерства, а вы делали бы свой стент, что было бы по-другому?

– Это было бы однозначно дольше, потому что, извините за сравнение, это было бы изобретение велосипеда с нуля. Лидеры рынка за десятилетия уже отработали технологии производства и контроля качества. Безопасность и эффективность применения их продукции подтверждены многолетними клиническими исследованиями, масштабной клинической практикой во всем мире.

С новым продуктом на новом предприятии все это пришлось бы проходить с самого начала – с исследовательской стадии (R&D). Но для чего? Чтобы конкурировать с изделием, которое уже проверено эффективнее и безопаснее? Ну и решающий аргумент: мы сейчас говорим об имплантируемом медицинском изделии 3-го класса риска – это жизнь и здоровье людей. Заниматься изобретательством ценой отработки технических характеристик на живых людях – при наличии готового и эффективного продукта – это, на мой взгляд, категорически неприемлемый подход.

Возможно, если бы сейчас действительно существовали какие-либо барьеры для трансфера тех-

Что такое стент

16 сентября 1977 г. 38-летний доктор Андреас Грюнциг в одной из клиник Цюриха впервые в истории расширил суженный просвет коронарной артерии сердца с помощью баллона живому человеку – своему ровеснику, страдавшему стенокардией. Это была первая операция баллонной ангиопластики, которая открыла новую эру в борьбе с заболеваниями сердца и сосудов. Сейчас пациентам с острым коронарным синдромом вставляют в сердце стент (на фото) – это изделие напоминает пружинку, которая вставляется в просвет пораженной артерии и позволяет восстановить кровотоки.



нологий в нашей индустрии, тогда не осталось бы иного пути, как придумывать и создавать что-то новое. Но когда есть возможности и поддержка государства по локализации, нужно выбирать наиболее эффективный путь – перенос передовых технологий компании-лидера, который обеспечит и гарантированное качество, и клиническую эффективность, и безопасность известного проверенного продукта. Сейчас мы завершили очередной этап переноса технологий: коронарные стент-системы уже производятся на площадке в России, причем второй этап локализации завершен досрочно.

– Сколько всего этапов трансфера технологий в вашем проекте?

– Основных – пять, они связаны с продуктами. Сейчас внедрены технологические процессы, регулирующие производство стент-систем и контроль их качества, создан лабораторный комплекс. Следующие этапы – локализация производства различных видов катетеров.

Одновременный перенос нескольких ключевых технологий производства и систем контроля качества по целому ряду продуктов – это в определенной степени уникально для отрасли. Выручают опыт и профессионализм команд как на предприятиях Medtronic за рубежом, с которых мы переносим технологии, так и здесь, на нашей площадке, ну и неукоснительное следование всем процедурам, конечно.

– А объясните, пожалуйста, для неспециалистов: в чем конкретно заключается трансфер технологий?

– Давайте посмотрим шире на этот вопрос. Недостаточно арендовать помещение, купить технику (пусть и передовую), подключить ее, чтобы начать производить качественный, безопасный и клинически эффективный продукт, подчеркиваю последние две позиции – безопасный и эффективный! Оборудование и сырье – лишь часть сложного технологического процесса. Важны именно стандарты производства и контроля качества, ноу-хау. Локализация – это и есть планирование и перенос всех необходимых процедур и технологий производства и стандартов контроля качества предприятия-донора, их внедрение здесь, многоуровневая квалификация идентичности внедряемых процессов и механизмов, обучение персонала, последующий контроль. Только неукоснительное соблюдение всех этапов локализации, которые я перечислил, позволяет на вопрос «это произведено в России, отличается ли оно от оригинального?» однозначно ответить по итогам трансфера: «Нет, никаких отличий нет, тот же продукт». Это абсолютно идентичное производство идентичного продукта.

«В мире это рутинная операция»

– Как вы определяли, какие именно продукты нужно производить?

– В первую очередь мы ориентировались на мнение врачей и главных специалистов. А они выбирают зарекомендовавших себя эффективные изделия с мощной доказательной базой: так, глобальная клиническая программа по стенту с лекарственным покрытием включает более 10 клинических исследований с длительностью наблюдения до пяти лет, проведенных по всему миру с участием более 16 000 пациентов из разных клинических групп. С момента вывода на рынок эти стенты имплантированы более 5 млн пациентов. То есть с точки зрения клинической эффективности, безопасности для пациента и медико-экономического результата применения для российской системы здравоохранения это один из самых эффективных продуктов.

– Вы рассчитывали на рост рынка?

– У нас в стране сердечно-сосудистые заболевания – более 50% среди всех заболеваний. Сегодня в среднем по России стентирование выполняется почти 30% пациентов, у которых есть медицинские показания. Число операций заметно растет: в 2016 г. их сделали 107 000 пациентов, в 2015 г. – только 90 000. Доступность этого вида помощи увеличивается с каждым годом и, безусловно, будет развиваться. В Москве, которая в вопросах лечения острого коронарного синдрома (ОКС) один из ориентиров для всей системы здравоохранения страны, стентирование проводится в 85% случаев. В мире это уже рутинная операция. При первых признаках инфаркта пациент должен не самолечением заниматься, а вызвать «скорую» и, если врач решит, что есть показания, получить эту высокотехнологичную медпомощь. Тем более что инфраструктура в

большинстве регионов позволяет: по данным 2016 г., стентирование и ангиопластику уже выполняют более 300 центров и отделений рентгенэндоваскулярной диагностики и лечения в стране. Ну а наша основная задача – обеспечить для этих медучреждений доступные и качественные медицинские изделия мирового уровня.

– Когда ваше производство будет полностью загружено, какую долю от потребностей российского рынка вы сможете закрывать?

– Федеральные ведомства, когда утверждали для предприятия график локализации, закладывали определенный рост количества пациентов, которым этот вид помощи будет оказан. На пике мощности к 2022 г. мы сможем при работе в одну смену производить стенты для лечения 170 000 человек, это примерно 250 000 стентов в год.

– Сколько уже вложено в проект, какова будет общая сумма инвестиций?

– В создание и оснащение производственных мощностей, формирование и обучение команды, непосредственный трансфер технологий уже вложено более 5 млрд руб. Прогноз по инвестициям в рамках всего графика локализации – до 9 млрд руб., но надо учитывать, что валютная составляющая в проекте существенная.

– Когда все это окупится?

– [В 2015 г. было принято] распоряжение [правительства] об определении «Стентекса» единственным поставщиком, оно предполагает возврат инвестиций к 2022 г., т. е. в пределах срока действия этого документа. Безусловно, это зависит в первую очередь от объемов реализации. Постановление предусматривает встречные обязательства по локализации с нашей стороны. И здесь я хотел бы подчеркнуть, что по этому распоряжению именно профильные ведомства утвердили методику определения цены на наш продукт. Если коротко, она должна соответствовать средневзвешенной цене по такому же виду изделий за предыдущий год – т. е. начальные цены рассчитывались в 2015 г., на момент принятия распоряжения. Учитывая эти факторы и рыночную ситуацию, акционеры совместного предприятия инициировали обращение в правительство РФ с предложением о снижении цены до уровня средневзвешенной за прошедший 2016 год. Это позволило сделать наши стенты и катетеры еще доступнее. Например, цена на стент с лекарственным покрытием – самый востребованный и технологичный продукт – снизилась на 24%.

– В отрасли есть, назовем это так, дискуссия о том, не ограничивает ли ваш статус конкуренцию.

– Обсуждения по поддержке отрасли регулярно происходят, и мы как часть промышленного сообщества в эти обсуждения вовлечены, когда они нас затрагивают. Но мы определены единственным поставщиком только на часть рынка стентов – на те, которые используются для лечения ОКС, а это не весь товарный рынок, а 50–60%. Наша основная задача – обеспечить качественный и клинически эффективный производственный в России продукт мирового уровня. В отношении «Стентекса», как совместного предприятия, были выдвинуты условия по обеспечению трансфера технологий и созданию импортозамещающего предприятия. Инвесторы взяли на себя эти обязательства. Но важно понимать, что это двусторонняя конструкция: мы стремимся достичь гарантий сбыта той продукции, производство которой локализовано в России. Безусловно, локализация предприятия такого масштаба – это инвестиции, возврат которых в рамках проекта нужно гарантировать.

– Можно говорить, что у вас более сильный лоббистский ресурс, чем у других компаний?

– Нет, я так не думаю. Наш основной ресурс – это качество и долгосрочная клиническая эффективность нашей продукции. Это первое. Второе, наш ресурс – это те дополнительные ценности, которые мы создаем в стране. Наша задача в этом бизнесе – принести новую технологическую культуру в российскую медицинскую промышленность. Лаборатории «Стентекса» являются в определенной степени эталонными. Технологии, которые уже перенесены, и кадровое инженерное ядро, которое создано, – это технологические и экономические преимущества для Российской Федерации. Это уже даже не наш ресурс, это ресурс отечественной промышленности и системы здравоохранения. Мы говорим о бизнесе, продукция которого предназначена для спасения жизни и здоровья конкретного человека. Это и есть наш

главный ресурс. Наша задача – производить такой продукт, который, попав в организм человека, обеспечит должный терапевтический эффект, минимизирует процент осложнений и прослужит годы, десятилетия.

«Важна сознательность пациента»

– Скольким пациентам из тех, кому по медицинским показаниям необходимо стентирование, делаются такие операции?

– Года три назад специалисты оценивали потребность в 260 000–280 000 человек при ОКС. В прошлом году согласно статистике такую операцию при ОКС сделали более 107 000 человек. Добавьте к этому еще тех, кому показано стентирование в плановом порядке (несколько миллионов человек в год потенциально). Средний показатель выполнения стентирований на 1 млн населения по России в 2016 г. составил около 1250 операций.

В США и европейских странах ежегодно на 1 млн населения выполняется до 3500 операций. Исходя из этого в России в год нужно выполнять порядка 510 000 операций. То есть пациентов, нуждающихся в стентировании, в реальности в 3 раза больше существующих возможностей.

– Почему такая разница?

– Когда этот вид операций только появился в России, был целый ряд системных препятствий, преодоление которых заняло время. № 1 – материальная база. Важно, что нацпроект «Здоровье» и дальнейшие мероприятия Минздрава, региональных органов управления здравоохранения позволили значительно увеличить число сосудистых центров с ангиографическим оборудованием, на котором проводятся малоинвазивные коронарные вмешательства. Второе – это кадры. За последние годы у нас многократно выросло количество специалистов по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению. Спасибо капитанам отрасли – главным специалистам, ведущим научно-клиническим центрам, вузам: проделана действительно колоссальная работа. Помимо материальной и кадровой базы есть много дополнительных факторов: информированность самого населения, обеспечение эффективной логистики пациентов, совершенствованные стандарты оказания помощи. Все это дало кумулятивный эффект: за последний год число чрескожных коронарных вмешательств у больных с ОКС выросло на 20% (если сравнивать 2016 и 2015 гг.). И, что очень важно, растет частота использования стентов с лекарственным покрытием – наиболее эффективного продукта. Когда мы начинали этот проект, ФОМ провел всероссийский опрос, и по результатам выяснилось, что о стентировании как методе лечения ОКС знает только 3% населения. Вот сравните: смертность от сердечно-сосудистых заболеваний составляет более 50%, а о таком эффективном методе знает только 3%...

– А населению надо это знать? Есть же врачи-кардиологи.

– Безусловно, врачи это все знают. Но информированность и, если позволите, сознательность населения – это важный фактор. Если пациент звонит в «скорую» спустя часы после приступа боли в грудной клетке, пытаясь самостоятельно безуспешно купировать болевой синдром, то тут уж, конечно, шансы на успешный исход лечения резко снижаются. А если пациент набрал номер «скорой» сразу, как почувствовал характерную боль в груди, и его доставляют [в сосудистый центр], [при наличии показаний] выполняют стентирование, восстанавливая кровоток в пораженной коронарной артерии, то последствия будут минимизированы, а стент навсегда останется работать в сосуде.

Достижения главного кардиолога города, главного специалиста по рентгенэндоваскулярной диагностике и лечению в Москве – это выстроенная система [на всех этапах]: реагирования, доставки пациента, оказания помощи. Это комплекс мер. И мы, производители медизделий, здесь маленький, но весомый элемент. Мы активно принимаем участие в поддержке развития этой инфраструктуры. Но многое, как вы понимаете, зависит в том числе и от самого пациента. Важны и информированность пациента, и его ответственность по отношению к собственной жизни и здоровью. А мы со своей стороны обеспечим тот маленький, но качественный инструмент, который поможет врачам спасти жизнь и обеспечить ее качество на десятилетия. &

«В московской медицине происходит революция»

Елена Васильева, главный внештатный специалист-кардиолог Москвы, главный врач Городской клинической больницы № 23 им. И. В. Давыдовского, о том, как создать современную систему кардиологической помощи в 12-миллионном мегаполисе, нужно ли в медицине экономить и как в столице теперь одними из первых в мире экстренно оперируют инсульты

Светлана Хлебникова, Екатерина Кузьмина

10 лет назад от инфаркта умирал приблизительно каждый четвертый житель столицы. В 2016 г. – каждый пятнадцатый (без учета немедицинских причин). За четыре последних года число умерших от инфаркта миокарда в Москве уменьшилось почти втрое: если в 2012 г. от приступа скончалось 4200 человек, то в 2016 г. – 1500 человек, внутрибольничная смертность от инфаркта миокарда и острого коронарного синдрома снизилась втрое.

70% не оперировали еще в 2013 г.

– Как удалось снизить смертность от инфарктов за четыре года в разы?

– Причин несколько. Крайне важно, что в 2010 г. в Москве началась программа модернизации больниц: их стали оснащать принципиально новым высокотехнологичным оборудованием – ангиографами, компьютерными и магнитно-резонансными томографами и т. д. Это принципиально изменило диагностические и лечебные возможности больниц. Но чтобы все это реально заработало, надо было организовать правильную логистику оказания помощи больным острым инфарктом миокарда, так называемую инфарктную сеть. Такие системы уже существовали во многих европейских странах и доказали свою эффективность. Основная цель этой системы – как можно быстрее открыть закрытый тромбом сосуд, питающий мышцу сердца. В 2013 г., хотя все оборудование уже было, пациентов оперировали поздно – нередко утром, а иногда даже через сутки-двое.

– Человека с инфарктом можно оперировать через сутки?

– На тот момент вообще мало кого оперировали. В 2013 г. при поступлении оперировали менее 30%. А 70% не оперировали вообще – просто выписывали. Мы знали, что больных с инфарктом надо оперировать как можно быстрее: с подъемом ST (такие данные электрокардиограммы свидетельствуют о полном поражении сердечной мышцы. – «Ведомости&») – в первый час после поступления, а без подъема ST – в течение первых суток.

– Что представляет собой инфарктная сеть?

– Логистика помощи больным инфарктом миокарда включает несколько этапов: быструю диагностику (в течение 10 минут от первого контакта с больным); транспортировку в стационар, в котором окажут помощь и проведут ангиографию, и при этом от момента поступления до открытия артерии должно пройти не больше 60 минут. Среднее время от первого контакта с медиками до открытия артерии по международным стандартам – 2 часа.

– Сколько вообще времени есть у врача от момента, как человек себя плохо почувствовал, до операции?

– Чем раньше человек поступил, тем больше шансов спасти жизнь, меньше последствий. Если он поступил в течение часа, инфаркт может вообще не развиваться. Мы раскрываем артерию иногда и позже, даже если больной поступает через несколько суток, особенно если остается зона ишемии, если остаются боли.

Раньше этого не делали, хотя было известно, что надо делать. Почему? В основном – неверие медиков в себя, неверие в то, что в России можно было делать что-то такое, что делают люди в развитых странах мира. Медики задавались вопросом: как гарантировать, что вы довезете в Москве человека за час? – С мигалкой только.

– Тогда не было выделенных полос. А если не уверен, что довезешь за час, и что в течение 2 часов

«Если задавило грудь, если плохо движется рука, что-то случилось с речью, зрением, вызовите «скорую» немедленно – она работает хорошо»

откроешь артерию, надо вводить лекарство, растворяющее тромб, а позже сделать ангиопластику (это фармакоинвазивный подход). Но лекарство может дать осложнения. Это разумная тактика в отдаленных уголках России – там часто быстро не довезти до больницы. В Москве есть оборудование и можно быстро транспортировать пациентов в специализированные центры, так что вводить лекарство нерационально.

Важно, что помимо модернизации было принципиальное решение руководства города и департамента здравоохранения сделать в Москве современную систему помощи кардиологическим больным. Например, по нашей инициативе в Москве впервые ввели дифференцированную оплату в зависимости от того, провели ли операцию. Когда мы начинали в 2013 г., всем врачам платили по ОМС одинаково: 103 000 руб. за инфаркт, пролеченный при помощи аспирина, и столько же, если делали дорогостоящую операцию. Если дежурный врач хотел спать, то он мог лечить только аспирином: у руководства больницы не было стимула поощрять проведение операции.

– А смертность?

– За нее тогда не сильно ругали. Не потому, что врачи не хотели улучшений. У многих не было веры в себя и в возможности системы. С 2014 г. начали платить 240 000 руб. за инфаркт прооперированный и 40 000 руб. – за непрооперированный. Сначала сумма затрат бюджета даже немного уменьшилась, но потом, когда стали больше оперировать, конечно же, выросла.



Андрей Гордеев / Ведомости

– А обратной зависимости, что отправят скорее на операцию случай, который можно лечить без операции, не возникло?

– Мы не рисковали: при инфаркте операция жизненно необходима.

– И как вы выстраивали эту систему?

– Мы в ежедневном режиме анализировали работу как «Скорой помощи», так и стационаров. Разбирали каждый случай, если что-то делалось неправильно. Скоро все поняли, что лучше лечить как положено.

– Как к происходящему относились врачи?

– В целом профессиональное сообщество хотело перемен, но многие не верили в себя и в успех самой идеи сделать в Москве что-то полностью отвечающее мировым стандартам. Но и пессимисты быстро поняли, что проще сделать, чем объяснить, почему не сделал. А позже почувствовали и удовольствие: оказывается, как здорово, когда делаешь быстро, а инфаркт не развивается или он меньше, чем должен был развиваться, больные быстрее выписываются. И врачи стали говорить: «Давайте нам побольше инфарктов».

– В каждой больнице проводили тренинг?

– Логистику мы отработывали в ГКБ им. И. В. Давыдовского. Но в каждой больнице отслеживали все временные параметры помощи больным. В течение года удалось добиться того, что так называемое время «дверь – баллон» (от поступления в больницу до раскрытия артерии. – «Ведомости&»), которое по европейским стандартам должно быть меньше 60 минут, у нас 40 минут. Сегодня это 35 минут. Руководство и врачи «Скорой помощи» сумели снизить время транспортировки пациентов с инфарктом миокарда до 55 минут. Сейчас врач «скорой» видит, в какой из ближайших больниц свободна операционная, и везет сразу туда. Сегодня мы на всех этапах работаем в Москве как слаженная команда, и это очень приятно. Ведь что нужно врачу? Ощущать себя профессионалом, работающим на международном уровне. Мы все это почувствовали, и стала меняться психологическая атмосфера.

– Что еще дала новая сеть центров?

– Раньше из 70% больных инфарктом, которых не оперировали, большая часть переходила в другую категорию – больных с сердечной недостаточностью. Сейчас они выписываются в другом состоянии – не просто снижается летальность. Подавляющее большинство больных после инфаркта миокарда могут и должны быстро возвращаться к активной жизни. Я помню время, когда молодой пациент, перенесший инфаркт, чувствовал, что жизнь закончилась: его на четыре месяца отправляли в санаторий, а потом часто на инвалидность. Как правило, запрещали работать. Сейчас человек, перенесший инфаркт, занимается здоровьем больше, чем до инфаркта. Мы очень стараемся всем объяснить важность регулярных физических нагрузок, отказа от курения, контроля уровня холестерина и т. д.

– А денег в пересчете на одного больного стали тратить меньше или больше?

– Когда мы начинали, оперировали максимум 30% больных. А сегодня – уже 90% при инфаркте с подъемом ST, 60% – при инфаркте без подъема

Главное для главного врача

– Вы стали главным врачом ГКБ им. И. В. Давыдовского год назад.

Что самое главное пришлось менять?

– Я уверена, что, когда пациент окружен помимо новейшей техники и хороших специалистов еще и произведениями искусства, выздоровление пойдет быстрее. Старинные корпуса больницы, памятник архитектуры, требуют ремонта, и замечательно, что руководство города приняло решение и нашло средства для полной модернизации больницы. Второе, не менее важное: надо было собрать команду из сильных людей. Мы почти сделали это. Однажды великого скрипача спросили, что

он думает о другом известном виртуозе. Он ответил: «Это вторая скрипка мира». «А кто же первая?» – «Первых много». Мы находим или воспитываем первых, исходя из того, что первых много. В тех специальностях, где создается новая команда, мы берем состоявшегося специалиста. В кардиологию же, например, где уже сложившаяся команда, мы отбираем, напротив, молодых студентов в ординатуру. Разумеется, необходимо знание английского. Большую роль играет базовая культура. Хорошим врачом нельзя стать, не читая серьезную художественную литературу. Ведь мы имеем дело с жизнью и смертью, мы должны понимать психологию наших пациентов из самых разных слоев общества.

ST. Денег в целом, конечно, тратим больше, и так и должно быть. Во всем мире вложения в медицину растут. Медицина – не та сфера, где нужно экономить.

«С инсультами мы одни из первых в мире»

– Теперь Москва занята созданием инсультной сети. Почему?

– В 2015 г. появились доказательства эффективности эндоваскулярного лечения инсультов. Если с инфарктом мы были одни из последних в Европе, то с инсультами мы одни из первых в мире.

– Что это за метод?

– В основе любого инфаркта миокарда и ишемического инсульта лежит закрытие артерии, обычно тромбом и/или атеросклеротической бляшкой, из-за недостаточного кровоснабжения это приводит к гибели ткани, некрозу. Если это происходит в сердце, то это называется инфаркт мио-

«Медицина – не та сфера, где нужно экономить»

карда, если в голове – инфаркт мозга, или ишемический инсульт. Оперировав эндоваскулярно, мы открываем сосуд и даем доступ крови, кислороду. При инфаркте миокарда обычно в сосуд ставят стент – тонкий каркас, уменьшающий риск повторного закрытия артерии. При инфаркте мозга техника несколько отличается, она сложнее, нужны особо «деликатные» инструменты, при помощи которых тромб удаляется из артерии. Уже через несколько часов человек, который был парализован, нередко начинает двигаться и понимать речь. При обычном лечении, как правило, у тяжелых больных прогноз грустный.

– Это новая практика?

– Да. Сейчас весь мир пытается создать систему помощи больным с ишемическими инсультами. Руководство города сформировало в департаменте здравоохранения специальную рабочую группу по профилактике и лечению сердечно-сосудистых заболеваний, одной из первых ее задач стало создание экстренной эндоваскулярной помощи больным с инсультами. Учитывая успешную работу инсультной сети, было принято решение инсультную сеть делать на базе инфарктной. По этому же пути пошли, например, в Чехии – стране, где первой была создана инфарктная сеть.

На сегодня в Москве девять центров проводят эндоваскулярное лечение инсультов, и это очень слаженные команды неврологов, специалистов по лучевой диагностике (компьютерная и магнитно-резонансная томографии) и, конечно, эндоваскулярных хирургов.

И тут как раз можно сократить расходы. Да, операция дорога: себестоимость – 300 000–500 000 руб. Но экономия будет на реабилитации. Ведь она стоит еще как минимум 300 000–400 000 руб. Потом парализованный пациент нередко лежит годами, это тяжелейшая и социальная, и экономическая история. Но если он поправится быстрее, всем будет лучше. Вложения в медицину – это здоровье населения. Сколько в нее вкладывать – это решения политические, как расставить приоритеты.

– Врачей сложно учить новому методу?

– Очень сложно. Но они хотят. Если с инфарктами была некая инертность, то здесь не приходится уговаривать. У нас нет столько инсультов, сколько [врачи] хотят оперировать.

– А департамент здравоохранения заинтересован?

– Да, сейчас сложилась фантастическая обстановка. В московской медицине происходит революция. Я давно в этой сфере, и такой невероятной скорости развития и по технологиям, и по желанию никогда не было.

– Сколько времени нужно на создание инсультной сети?

– Она практически создана. Сейчас нужно отрегулировать оплату по ОМС. Важнейший вопрос – работа с населением. К сожалению, прогресс в этом небольшой. Надо биться и повторять: если где-то задавило грудь, если плохо движется рука, что-то случилось с речью, зрением, не дожидайтесь, пока это станет серьезнее. Не надо обращаться в коммерческие центры – это большая глупость в острой ситуации: теряется драгоценное время. Вызовите «скорую» немедленно – она работает хорошо. &

Просиженные миллиарды

06 → Сколько теряет экономика

В течение следующих 20 лет потери мировой экономики из-за пяти самых распространенных групп хронических заболеваний (четыре перечислены выше плюс ментальные расстройства) могут достичь почти \$47 трлн в долларах 2010 г. (более \$30 трлн – четыре группы неинфекционных заболеваний и более \$16 млн – ментальные расстройства), оценивали авторы исследования Всемирного экономического форума (WEF) и Harvard School of Public Health в 2011 г. Это больше 13 расходных частей бюджета США, или больше 4 ВВП Китая за 2016 г.

Все вместе эти болезни убивают в год более 36 млн человек (это, по данным Всемирного банка, население Канады в 2016 г.) и приносят совокупный убыток в 5% от годового глобального ВВП за 2010 г. в течение следующих 20 лет, указывает Reuters.

Уже сейчас преждевременная смертность от инфарктов, инсультов, диабета и рака обходится экономике Европейского союза в 115 млрд евро ежегодно – 0,8% ВВП этих стран, оценивала Организация экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). И эти цифры еще не включают потерю продуктивности и занятости, которые возникают из-за болезней. Так, на оплачиваемые больничные и отпуска по временной нетрудоспособности европейские страны тратят в среднем по 1,7% своего ВВП. А сидячий образ жизни в 2013 г. обошелся мировой экономике в \$67,5 млрд – в виде расходов на здравоохранение и потерю продуктивности, оценили ученые из Университета Сиднея.

Сколько теряют работодатели

Из-за хронических заболеваний люди работают меньше и зарабатывают тоже меньше. В 2013 г. работники 50–59 лет без хронических заболеваний пропустили из-за болезни 7 дней, имеющие одно хроническое заболевание – 10 дней, два и более – 20 дней, оценивает ОЭСР в отчете Health at a Glance за 2016 г. (медианный срок по 14 европейским странам).

В США люди в течение 2–6 лет после постановки диагноза «рак» в среднем работают на 3–7 часов в неделю меньше, чем здоровые, оценили Джон Моран из Университета штата Пенсильвания и его соавторы. В Великобритании, по данным Национальной статистической службы, только на хронические заболевания опорно-двигательного аппарата в 2013 г. пришлось 30,6 млн пропущенных рабочих дней – почти четверть проведенного работниками на больничном времени.

Работодатели в США ежегодно теряют более \$225 млрд из-за пропусков сотрудниками работы, оценивает федеральное агентство CDC (Центра по контролю и профилактике заболеваний США). Люди с ожирением и другими хроническими проблемами пропускают на 450 млн дней больше, чем здоровые сотрудники, – это потеря примерно \$153 млрд.

Депрессивные состояния в среднем увеличивают продолжительность больничного листа работника более чем на 7 дней в год, подсчитали Жюстин Кнебельманн и Кристофер Принц из International Growth Centre в Великобритании.

Меньше работают

Потери продуктивности – это не только пропущенное из-за болезни рабочее время. Но и менее эффективная работа больного сотрудника и более ранний выход на пенсию. Так, в 2011 г. Париназ Гасвалл и Яэна Мин, аналитики американской консалтинговой компании The Morgan Company, провели опрос Medical Expenditure Panel Survey

Как считали

Аналитики WEF и Гарварда использовали модель, которая учитывает влияние заболеваний на капитал и труд: капитала становится меньше, потому что сбережения населения идут на медицинские расходы, труда – из-за заболеваемости и смертности.

среди пациентов, которые тогда лечились от рака. Они выяснили: более половины из 1 млн работников были вынуждены пересмотреть режим работы. Из них 66% брали оплачиваемый отпуск, половина уходила в неоплачиваемый отпуск, примерно пятая часть сократила часы своей работы. Каждый шестой человек признался, что вынужден был уйти на пенсию раньше запланированного срока.

А падение продуктивности работников из-за расстройств психического здоровья ежегодно обходится британскому бизнесу в 15,1 млрд фунтов, оценили аналитики Sainsbury Centre for Mental Health. С учетом оплаты больничных и затрат на замену персонала эта цифра увеличивается до 26 млрд фунтов.

\$67,5 млрд

в такую сумму расходов на здравоохранение и потерю продуктивности обошелся в 2013 г. мировой экономике сидячий образ жизни

Неэффективно работают

Брюс Рамуссен, Ким Суини и Питер Шиан из Института стратегических экономических исследований Университета Виктории в 2016 г. подготовили для Торговой палаты США доклад «Здоровье и экономика: влияние здоровья на производительность труда рабочей силы на глобальном рынке», в который вошли 18 стран (Россия в их число не попала). Исследователи учитывали 13 неинфекционных заболеваний, которые, по их оценке, наиболее сильно влияют на работу: ишемическую болезнь сердца, сахарный диабет, астму, мигрень, рак и др. Так, для ишемической болезни сердца потери продуктивности в расчете на одного работника ежегодно составляют 2,8% (пропущенное рабочее время) плюс 6,8% (неэффективно потраченное рабочее время). При этом потери от менее эффективной работы оказались в среднем в 2 раза выше прямых потерь от пропуска сотрудниками работы по болезни.

Совокупные потери продуктивности за период с 2010 по 2015 г. варьировались от 5,4% ВВП в Китае до 8% ВВП в США, к 2030 г. в среднем они увеличатся на 0,6%, ожидают авторы исследования. Больше других будут терять экономики Польши, США, Бразилии, Турции и Японии – там потери ожидаются выше 8% (в Японии – из-за старения, в Польше – из-за низкого уровня жизни). В среднем к 2030 г. (т. е. за пятилетний период с 2025 г.) из-за больничных и непродуктивного присутствия на работе страны потеряют 3,5–5,5% ВВП, из-за раннего выхода на пенсию – 2–3%. Получается, общие потери могут составить 6–8%, резюмируют исследователи.

Что делать

Несмотря на ужасающие масштабы бедствия, «мы знаем, как снизить цифры», заверял Пан Ги Мун: «Мы должны побуждать людей делать правильный выбор, который сохранит их здоровье, – заниматься спортом, правильно питаться, ограничить употребление алкогольных напитков, бросить курить». Лечение заболеваний может быть доступным, но их предотвращение может почти ничего не стоить и к тому же экономить средства, рассуждал он.

«Многие системы здравоохранения не делают серьезного упора на профилактику, которая бы позволила снизить затраты в будущем: например, сахарный диабет 2-го типа и две трети видов рака можно было бы предотвратить», – говорил Кристофер Виебахер, на тот момент главный исполнительный директор Sanofi, в интервью «Ведомостям» в 2013 г. Во многих странах, объяснял он, нет системы здравоохранения, – вместо нее действует система лечения заболеваний. «Например, в США правительство может потратить \$100 000, чтобы не позволить вам умереть, но даже \$1 не будет потрачен, чтобы не дать вам заболеть», – объяснял он. &

Вино, секс и холестерин

Семь фактов, которые должен знать о болезнях сердца и сосудов каждый

Мария Данилова

Технологии и научные открытия с каждым годом делают медицину все больше похожей на научную фантастику: наш смартфон может снимать кардиограмму и предупреждать врача об отклонениях, стены домов через систему сенсоров умеют контролировать наше дыхание, 3D-принтеры скоро станут печатать для нас таблетки с персональным составом.

Но несмотря на технологические новшества в диагностике и лечении, сердечно-сосудистые заболевания остаются основной причиной смерти во всем мире. Большинство из них сегодня можно предотвращать и успешно лечить.

«Ведомости&» изучили данные доказательной медицины о том, когда и какие исследования нужно пройти, как контролировать факторы риска и что сегодня является золотым стандартом в лечении.

Факт 1: в 40 пора к врачу

Большая часть проблем с сердцем и сосудами начинает проявлять себя после 45–50 лет, а приблизительно оценить вероятность сердечно-сосудистых осложнений можно уже после 40. Чтобы оценить индивидуальные риски, врач – терапевт или кардиолог – может назначить анализы крови (обычно доктор изучает показатели глюкозы и липидного спектра: общий холестерин, холестерин-ЛНП, холестерин-ЛВП, триглицериды), ему также потребуются информация об артериальном давлении, образе жизни, сопутствующих болезнях и близких родственниках с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Факт 2: Врачи не против алкоголя

Чем старше человек, тем вероятность развития болезней сердца выше. Но главными факторами риска врачи обычно называют курение, ожирение (состояния, когда индекс массы тела больше 25), высокий уровень холестерина и стабильно повышенное давление – артериальную гипертензию (гипертонию). Избыток соли в рационе и недостаток физической активности тоже повышают риск сердечно-сосудистых катастроф.

К серьезным факторам риска относятся генетическая предрасположенность. Кардиолог и популяризатор современной медицины Антон Родионов в своей книге «Здоровье сердца и сосудов» пишет: «...если хотя бы у кого-то из близких родственников в раннем возрасте (до 55 лет у мужчин и до 65 лет у женщин) был инфаркт или инсульт, это повод вдвойне задуматься о собственном сердечно-сосудистом здоровье».

Не все факторы риска мы можем взять под контроль: например, повлиять на доставшуюся от родителей наследственность мы не в силах. Но многое в любом случае зависит от условий и образа жизни. Изменение привычек доказанно снижает риски повышенного давления, сердечного приступа и инсульта.

При этом советы врачей сложно назвать обременительными. Спорту рекомендуется уделять 150 минут в неделю, если тренировка средней интенсивности, или 75 минут, если тренировка высокой интенсивности. Следить за тем, чтобы в рационе было больше овощей и фруктов (включая замороженные), съедать по крайней мере две порции жирной рыбы в неделю.

От курения придется отказаться, но в большинстве случаев врачи не запрещают употреблять алкоголь в умеренных количествах.

Факт 3: Лечение в праздники

Изменение образа жизни – важнейший и первый шаг, если давление хоть немного повышено (от 120 и 80 мм рт. ст.) или в жизни присутствует артериальная гипертензия (от 130 и 80 мм рт. ст.). Эффективность таких изменений сравнивают с приемом одного препарата, снижающего давление, и порой этого достаточно, чтобы взять гипертонию под контроль.

Но многим пациентам помимо изменения образа жизни все же требуются лекарства. Есть несколько типов препаратов, отличающихся по механизму действия, и нередко при гипертонии их нужно принимать в комбинации. Выбор следует доверить врачу, который учтет все индивидуальные особенности, включая возраст, пол, состояние здоровья и т. д. Чтобы подобрать тот вариант, который лучше всего подойдет конкретному человеку – будет хорошо работать и оказывать наименьшее побочное действие, – лекарство и дозировку, возможно, придется изменить несколько раз.

Высокое давление обычно не имеет симптомов, и появляется соблазн сделать перерыв или прекратить лечение. Но нужно помнить, что при перерыве в приеме лекарств риск жизнеугрожающих состояний увеличивается, даже если самочувствие нормальное: назначенные врачом лекарства нужно принимать именно так, как сказал врач.

В книге «Как прожить без инфаркта и инсульта» Родионов развенчивает популярный миф: «Многие пациенты считают, что если пить лекарства, то нельзя употреблять алкоголь. Полбеда, если во время лечения они отказываются от алкоголя. А гораздо хуже, если в день необходимости принять алкоголь – праздник, день рождения – они отказываются принимать таблетки. Это совершенно неправильно. Большинство наших кардиологических препаратов совершенно нормально совместимы с разумными дозами алкоголя. То есть в день рождения, на Новый год, 8 Марта пропускать лечение не нужно. И в праздники таблетки надо принимать так, как назначено».

Факт 4: Вредный холестерин

Вредные привычки, высокое давление и уровень холестерина – ключевые факторы риска развития атеросклероза. При этом состоянии меняются свойства сосудов, создаются идеальные условия для формирования холестериновой бляшки. Ее разрыв может привести к образованию тромба, который перекрывает доступ крови и способен вызвать инфаркт миокарда (гибель участка сердечной мышцы). Но не все так плохо. Сегодня есть группа препаратов – статины, способные снизить уровень холестерина, остановить рост бляшки и стабилизировать ее, а также уменьшить воспаление, которое способствует развитию атеросклероза, и тем самым предотвратить инфаркт. Их тоже должен назначить врач после обследований. Основной тест, который проводится при подозрении на атеросклероз, – анализ крови на холестерин. Американская ассоциация сердца рекомендует проверять холестерин и оценивать риски каждые 4–6 лет, если предыдущие анализы в норме.

Факт 5: Боль больше 10 минут – надо звонить в «скорую»

Достижения современной медицины позволяют во многих случаях избежать серьезных последствий при сердечном приступе (врачи используют понятие острый коронарный синдром, которое

включает предынфарктное состояние и собственно инфаркт), когда происходит закупорка сосуда, обеспечивающего сердце кровью. Для этого медицинская помощь должна быть оказана как можно скорее, в течение первых часов после появления симптомов, а значит, нужно хорошо знать признаки сердечного приступа. Обычные признаки сердечного приступа – интенсивная боль или чувство жжения в грудной клетке, которое распространяется на левую руку и длится более 10 минут. Симптомами могут быть и внезапная изжога или резкий приступ одышки.

В первую очередь при подозрении на сердечный приступ врачи делают электрокардиограмму. Доктор может дать аспирин (если нет аллергической реакции), нитроглицерин (если артериальное давление не снижено) и другие препараты, помогающие предотвратить появление новых тромбов. В большинстве случаев сердечный приступ – основание для госпитализации.

Если подтверждается инфаркт миокарда, больного экстренно доставляют в рентген-операционную. В таком случае каждые упущенные полчаса – риск потерять дополнительный участок мышцы сердца (миокарда). Задача врачей – как можно скорее открыть закупоренный коронарный сосуд, питающий мышцу сердца. Чем быстрее удастся открыть сосуд, тем большую часть мышцы удастся спасти.

В большинстве случаев на место измененного сосуда и разрушенной бляшки с тромбом устанавливается стент. Стентирование – это малоинвазивная процедура, во время которой зону сужения раздувают с помощью баллона, а затем помещают в этот участок сосуда специальную пружинку-стент. Она как каркас поддерживает сосуд изнутри, обеспечивая доступ крови. В редких случаях необходимо хирургическое вмешательство – аортокоронарное шунтирование. При шунтировании хирург шивает сосуд так, чтобы он обошел пораженный участок. После стентирования в большинстве случаев в больнице нужно будет провести всего несколько дней. При выписке врач предоставит информацию о том, какие лекарства следует принимать, расскажет, как правильно питаться и каким должен быть реабилитационный период.

Факт 6: Жить нормальной жизнью

Особенная реабилитация – например, поездки в санаторий – после инфаркта миокарда, если он пролечен правильно, не требуется, говорит главный внештатный кардиолог Москвы Елена Васильева. Важно, чтобы после выписки из больницы человек регулярно проявлял физическую активность. Нужны так называемые аэробные нагрузки (т. е. длительные и на невысоком пульсе. – «Ведомости&») – ходьба, плавание, велосипед по 20–30 минут в день. Очень важно с первого дня выписки из больницы соблюдать диету по типу средиземноморской, не пропускать прием рекомендованных препаратов и регулярно посещать врача. Крайне важно отказаться от курения – это как минимум на треть снизит риск смерти и повторных инфарктов, говорит Васильева. Улучшает прогноз раннее возвращение к активной работе и повседневной жизни, если они не связаны с тяжелыми физическими нагрузками. Объем физической нагрузки и другие нюансы стоит обсудить с врачом.

Факт 7: Секс после инфаркта

Важный вопрос для людей, перенесших сердечный приступ: когда можно заниматься сексом? Специальных ограничений в этом вопросе нет – сразу после выписки из больницы, если вернулось либидо, говорит Васильева. Но нужно помнить, что секс – тоже физическая нагрузка. «Если вы не ощущаете физических ограничений и не чувствуете себя хуже при ходьбе, никаких специальных ограничений нет», – резюмирует Васильева. &



Рекламно-информационное приложение к газете «Ведомости»

16+

Главный редактор Анфиса Сергеевна Воронина
Генеральный директор Глеб Прозоров
Руководитель проекта Татьяна Сажина
Верстка Анна Ратафьева
Фоторедактор Александра Астахова
Корректор Светлана Борщевская
Менеджер по печати Татьяна Бурнашова
Шрифт «Пермиан», Илья Рудерман, «Студия Артемия Лебедева»

Учредитель и издатель АО «Бизнес Ньюс Медиа»
Адрес учредителя, издателя и редакции: 127018 Москва, ул. Полковая, 3, стр. 1.
Тел. 7 (495) 956-34-58
Рекламное СМИ

Свидетельство о регистрации:

ПИ № ФС77-66973 от 15 сентября 2016 г., выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор)
Все права защищены ©2017, АО «Бизнес Ньюс Медиа»
Любое использование материалов издания, в том числе в электронном варианте, допускается только с согласия правообладателя

Отпечатано в типографии АО «ПК «Экстра М»
143405 Россия, Московская область, Красногорский район, г. Красногорск, автодорога «Балтия», 23-й км, владение 1, дом 1
Тираж 46 500 экз.
Цена свободная